


Министерство образования и науки Республики Саха (Якутия)

ГБПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж»

Допущен(а) к защите

Зам. директора по УР

 Иванова М.Н.

Дипломная работа

на тему: « Роль фельдшера в проведении профилактики рецидива
атопического дерматита»

По специальности 31.02.01 – Лечебное дело

Студентка отделения «Лечебное дело»

Буждан Лилия Рамильевна

Гр.ЛД-42:

Руководитель:

Охлопкова Сардаана Алексеевна

Якутск 2018 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Глава 1. Общая характеристика. Основные проявления и профилактика рецидива атопического дерматита	4
1.1. Общая характеристика атопического дерматита	4
1.2. Профилактика рецидива атопического дерматита.....	14
Глава 2. Роль фельдшера в проведении профилактики рецидива атопического дерматита	23
2.1. Анализ деятельности Государственного бюджетного учреждения РС (Я) «Якутский республиканский кожно-венерологический диспансер»	23
2.2 . Факторы, способствующие развитию атопического дерматита на примере пациентов ЯРКВД	35
2.3. Санитарно-просветительная работа фельдшера в проведении профилактики рецидива атопического дерматита	41
Практические рекомендации	42
Выводы	43
Список использованных источников:	45

Введение

Актуальность обусловлена тем, что атопический дерматит (диффузный нейродермит) – одно из самых распространенных и тяжелых аллергических заболеваний, достаточно частое аллергическое поражение кожи. На данный момент проблема АД приняла глобальный характер, потому как рост заболеваемости в последние десятилетия увеличился в несколько раз. Так, если ранее у детей до года атопический дерматит регистрировался в 5% случаев, а у взрослого населения этот показатель несколько ниже и варьировался от 1 до 2 %, то современные данные статистики указывают, что распространенность заболеваемости атопическим дерматитом превышает 12% (то есть из 100 человек 12 страдают атопическим дерматитом) (по данным ВОЗ). Так, в Соединенных Штатах Америки на данный момент в сравнении с данными двадцатилетней давности количество пациентов с атопическим дерматитом увеличилось вдвое. Несмотря на огромный шаг вперед, сделанный в этой области за последние годы, лечение АД является достаточно сложной проблемой и требует совместной работы врача, больного и членов его семьи.

Поэтому исключительно важно, чтобы фельдшер имел достаточный уровень навыков и опыта по вопросам профилактики атопического дерматита, а также предоставление пациентам соответствующих обучающих программ.

Цель исследования – изучение деятельности фельдшера в профилактике рецидива атопического дерматита

Для достижения цели, поставленной в дипломной работе, были определены следующие **задачи**:

- 1) изучить общую характеристику атопического дерматита;
- 2) выявить факторы риска развития атопического дерматита по данным ЯРКВД;
- 3) определить роль фельдшера в профилактике рецидива атопического дерматита

Глава 1. Общая характеристика. Основные проявления и профилактика рецидива атопического дерматита

1.1. Общая характеристика атопического дерматита

Атопический дерматит (далее - АтД) – это генетически обусловленное, хроническое заболевание кожных покровов. Типичными клиническими проявлениями этой патологии являются экзематозная сыпь, кожный зуд и сухость кожи. Впервые термин «атопия» (что с греческого означает - необычный, чуждый) был предложен ученым Кока. Под атопией он понимал группу наследственных форм повышенной чувствительности организма к различным воздействиям внешней среды. Сегодня термином «атопия» обозначается наследственная форма аллергии, которая характеризуется наличием антител IgE. Причины развития данного феномена полностью не ясны. Синонимами АтД являются конституциональная экзема, конституциональный нейродермит и пруриго (или почесуха) Бенье.[6 с. 177]

Атопический дерматит относится к одному из самых часто диагностируемых заболеваний среди детского населения. Среди девочек это аллергическое заболевание встречается в 2 раза чаще, чем среди мальчиков.

В реализации АтД важную роль играет наследственная детерминированность, приводящая к нарушению кожного барьера, дефектам иммунной системы, гиперчувствительности к аллергенам и неспецифическим раздражителям, колонизации патогенными микроорганизмами, а также дисбалансу вегетативной нервной системы.

Атопический дерматит - одно из наиболее распространенных заболеваний (от 20% до 40% в структуре кожных заболеваний), встречающееся во всех странах, у лиц обоего пола и в разных возрастных группах.¹

¹ Делягин, В. М. Атопический дерматит у детей. Современные концепции патогенеза и терапии: руководство для практических врачей / В. М. Делягин, А. Г. Румянцев. - М.: МАКС Пресс, 2016. - 68 с.

Заболеваемость АТД за последние 16 лет возросла в 2,1 раза. Распространенность АТД среди детского населения составляет до 20%, а среди взрослого населения - 1-3%.

Атопический дерматит развивается у 81% детей, оба родителя которых страдают этим заболеванием, и у 56% детей - когда болен только один родитель, при этом риск развития увеличивается в полтора раза, если больна мать.²

Раннее формирование АТД (в возрасте 2 – 6 месяцев) отмечается у 45% больных, в течение первого года жизни – у 60% больных. К 7 годам у 65% детей, а к 16 годам у 74% детей с атопическим дерматитом наблюдается спонтанная ремиссия заболевания. У 20–43% детей с атопическим дерматитом в последующем развивается бронхиальная астма и вдвое чаще – аллергический ринит.

Согласно статистическим данным, распространенность АТД в Российской Федерации в 2016 году составила 244,5 случаев на 100000 населения [12].

Различные исследования в этой области подтверждают тот факт, что наиболее подвержены атопическому дерматиту жители больших городов. Среди факторов, которые сопутствуют развитию детского АТД, наиболее значимым является наследственность. Так, если один из родителей страдает этим заболеванием кожи, вероятность того, что у ребенка будет аналогичный диагноз, достигает 50 процентов. Если у обоих родителей присутствует в анамнезе данное заболевание, шансы ребенка родиться с атопическим дерматитом возрастают до 75 %. Данные статистики говорят о том, в 90 процентах случаев это заболевание проявляется в возрасте от 1 года до 5 лет. Очень часто, примерно в 60 процентах случаев, болезнь дебютирует еще до достижения ребенком годовалого возраста. Намного реже отмечаются первые проявления АТД в более зрелом возрасте.

² Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. -- М. : МФОЗМиР, 2016. - 177 с.

Причины АтД, как и многих иммунных заболеваний, на сегодня остаются до конца неизученными. Существует несколько теорий относительно происхождения АтД. На сегодняшний день наиболее убедительной является теория аллергического генеза, теория нарушенного клеточного иммунитета и наследственная теория. Помимо непосредственных причин АтД, существуют еще и факторы риска этого заболевания. Теориями развития АтД являются: теория аллергического генеза; генетическая теория АтД; теория нарушенного клеточного иммунитета. Теория аллергического генеза Эта теория связывает развитие АтД с врожденной сенсibilизацией организма.

Сенсibilизацией называется повышенная чувствительность организма к определенным аллергенам. Этот феномен сопровождается повышенной секрецией иммуноглобулинов класса Е (IgE). Чаще всего организм развивает повышенную чувствительность к пищевым аллергенам, то есть к пищевым продуктам. Пищевая сенсibilизация больше всего характерна для детей грудного и младшего дошкольного возраста. Взрослые, как правило, развивают сенсibilизацию к бытовым аллергенам, пыльце, вирусам и бактериям. Результатом подобной сенсibilизации является повышенная концентрация в сыворотке антител IgE и запуск иммунных реакций организма. В патогенезе АтД принимают участие антитела и других классов, но именно IgE провоцируют аутоиммунные феномены. Количество иммуноглобулинов коррелирует (взаимосвязано) со степенью тяжести заболевания. Так, чем выше концентрация антител, тем выраженнее клиническая картина АтД. В нарушении иммунных механизмов также принимают участие тучные клетки, эозинофилы, лейкотриены (представители клеточного иммунитета). Если у детей ведущим механизмом в развитии АтД является пищевая аллергия, то у взрослых большое значение приобретают пыльцевые аллергены. Пыльцевая аллергия среди взрослого населения встречается в 65 процентах случаев. На втором месте находятся

бытовые аллергены (30 процентов), на третьем располагаются эпидермальные и грибковые аллергены [11].

Учеными достоверно установлен тот факт, что атопический дерматит – это наследственное заболевание. Однако до сих пор не удалось установить тип наследования дерматита и уровень генетической предрасположенности. Последний показатель варьирует в различных семьях от 14 до 70 процентов. Факторы риска АТД существенно повышают риск развития АТД. Нередко наличие того или иного фактора риска является тем механизмом, который задерживает ремиссию АТД. Например, патология желудочно-кишечного тракта у ребенка может длительное время сдерживать выздоровление. Аналогичная ситуация наблюдается у взрослых во время стресса. Стресс является мощным психотравмирующим фактором, который не только предотвращает выздоровление, но и отягощает течение заболевания.

Факторами риска АТД являются:

- патология желудочно-кишечного тракта;
- искусственное вскармливание;
- стресс;
- неблагополучная экологическая среда [14].

1. Патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) Известно, что кишечная система человека выполняет защитную функцию организма. Эта функция реализуется благодаря обильной лимфатической системе кишечника, кишечной флоре и иммунокомпетентным клеткам, которые в ней содержатся. Здоровая желудочно-кишечная система обеспечивает нейтрализацию патогенных бактерий и их выведение из организма. В лимфатических сосудах кишечника также находится большое количество иммунных клеток, которые в необходимый момент противостоят инфекциям. Таким образом, кишечник является своеобразным звеном в цепочке иммунитета. Поэтому, когда имеются различные патологии на уровне кишечного тракта, это в первую очередь отражается на иммунной системе человека. Доказательством тому является тот факт, что более чем у 90

процентов детей с атопическим дерматитом отмечаются различные функциональные и органические патологии ЖКТ. К заболеваниям ЖКТ, которые чаще всего сопровождают атопический дерматит, относятся: дисбактериоз; гастродуоденит; панкреатит; дискинезия желчных путей. Эти и многочисленные другие патологии снижают барьерную функцию кишечника и запускают процесс развития АТД.

2. Преждевременный переход на искусственные смеси и раннее введение прикорма также являются факторами риска АТД. Принято считать, что натуральное грудное вскармливание снижает риск развития АТД в несколько раз. Причиной тому является то, что в грудном молоке содержатся иммуноглобулины матери. В дальнейшем вместе с молоком они поступают в организм ребенка и обеспечивают ему формирование иммунитета на первое время. Собственные иммуноглобулины организм ребенка начинает синтезировать гораздо позже. Поэтому на первых порах жизни иммунитет ребенку обеспечивает иммуноглобулины материнского молока. Преждевременный отказ от грудного вскармливания ослабевает иммунную систему малыша. Следствием этого являются многочисленные аномалии в иммунной системе, что повышает в несколько раз риск развития АТД. [8].

3. Стресс и иные психоэмоциональные факторы способны провоцировать обострение АТД. Влияние этих факторов отражает нервно-аллергическую теорию развития АТД. Сегодня принято считать, что атопический дерматит является не столько кожным заболеванием, сколько психосоматическим. Это означает, что нервная система играет решающую роль в развитии этого заболевания. Подтверждением тому, является тот факт, что в лечении АТД с успехом применяются антидепрессанты и другие психотропные средства.

4. Неблагополучная экологическая среда Этот фактор риска в последние десятилетия приобретает все большее значение. Объясняется это тем, что выбросы промышленных предприятий создают повышенную нагрузку на иммунитет человека. Неблагополучная окружающая среда не

только провоцирует обострения АТД, но и может участвовать в его первоначальном развитии. Факторами риска также выступают бытовые условия, а именно температура и влажность помещения, в котором проживает человек. Так, температура более 23 градусов и влажность менее 60 процентов негативно сказываются на состоянии кожи. Такие бытовые условия снижают резистентность (сопротивляемость) кожного покрова и запускают иммунные механизмы. Ситуацию отягощает нерациональное использование синтетических моющих средств, которые могут попадать в организм человека через дыхательные пути. Мыло, гель для душа и другие средства гигиены выступают раздражающими факторами и способствуют появлению зуда³

В развитии АТД принято различать несколько стадий. Эти стадии или фазы свойственны определенным возрастным промежуткам. Также для каждой фазы характерна своя симптоматика.

Фазами развития АТД являются:

- младенческая фаза;
- детская фаза;
- взрослая фаза.

Поскольку кожа является органом иммунной системы, то эти фазы рассматриваются как особенности иммунного ответа в различные возрастные периоды:

-Младенческая фаза АТД развивается в возрасте 3 – 5 месяцев, редко в 2 месяца. Такое раннее развитие заболевания объясняется тем, что начиная с 2-х месяцев у ребенка начинает функционировать лимфоидная ткань. Поскольку эта ткань организма является представителем иммунитета, то ее функционирование связано с началом АТД. Поражение кожи в младенческой фазе АТД отличается от других фаз. Так, в этом периоде характерно развитие мокнущей экземы. На коже появляются красные мокнущие бляшки, которые

³ Хамаганова И. В. Комплексное лечение атопического дерматита [ТЕКСТ] // Клин. дерматология и венерология. - 2015. - N 3. - С. 87-89.

быстро покрываются корочками. Параллельно с ними появляются папулы, пузырьки и уртикарные элементы. Изначально высыпания локализуются в области кожи щек и лба, не затрагивая носогубный треугольник. Далее кожные изменения затрагивают поверхность плеч, предплечья, разгибательные поверхности голени. Нередко поражается кожа ягодиц и бедер. Опасностью в этой фазе является то, что очень быстро может присоединиться инфекция. Атопический дерматит в младенческой фазе характеризуется периодическими обострениями. Ремиссии, как правило, непродолжительны. Болезнь обостряется при прорезывании зубов, при малейшем расстройстве кишечника или простуде. Спонтанное излечение наблюдается редко. Как правило, болезнь переходит в следующую фазу.

-Детская фаза АтД характеризуется хроническим воспалительным процессом кожных покровов. На этой стадии характерно развитие фолликулярных папул и лихеноидных очагов. Высыпания чаще затрагивают область локтевых и подколенных складок. Также сыпь затрагивает сгибательные поверхности запястных суставов. Кроме типичных для АтД высыпаний, в этой фазе развиваются еще, так называемые, дисхромии. Они проявляются в виде шелушащихся очагов бурого цвета. Течение АтД в этой фазе также носит волнообразный характер с периодическими обострениями. Обострения возникают в ответ на различные провоцирующие факторы внешней среды. Взаимосвязь с пищевыми аллергенами в этот период уменьшается, но зато присутствует повышенная сенсibilизация (чувствительность) к пыльцевым аллергенам.

-Взрослая фаза АтД совпадает с периодом полового созревания. Для этой стадии характерно отсутствие мокнущих (экзематозных) элементов и преобладание лихеноидных очагов. Экзематозный компонент присоединяется только в периоды обострения. Кожа становится сухой, появляются инфильтрированные высыпания. Отличием этого периода является изменение локализации высыпаний. Так, если в детском периоде сыпь преобладает в области складок и редко затрагивает лицо, то во взрослой

фазе АтД она мигрирует на кожу лица и шеи. На лице зоной поражения становится носогубный треугольник, что также не характерно для предыдущих стадий. Также высыпания могут покрывать кисти рук, верхнюю часть туловища. В этом периоде также минимально выражена сезонность заболевания. В основном, атопический дерматит обостряется при воздействии различных раздражителей [18, С. 16].

Диагностика АтД основывается на жалобах пациента, данных объективного осмотра и лабораторных данных. На приеме медицинский работник должен внимательно расспросить пациента о начале заболевания и, если есть возможность, о семейном анамнезе. Большую диагностическую значимость представляют данные о заболеваниях родственников. Врачебный осмотр при атопическом дерматите начинается с осмотра с кожных покровов пациента. Важно осмотреть не только видимые участки поражения, но и весь кожный покров. Нередко элементы сыпи маскируются в складках, под коленями, на локтях. Далее врач-дерматолог оценивает характер высыпаний, а именно локализацию, количество элементов сыпи, цвет и так далее. Диагностическими критериями АтД являются:

-Зуд – является облигатным (характерным) признаком АтД.

-Высыпания – учитывается характер и возраст, когда появились первые высыпания.

-Для детей характерно развитие эритемы в области щек и верхней половины туловища, в то время как у взрослых преобладают очаги лихенификации (утолщение кожи, нарушение пигментации).

-Также после подросткового возраста начинают появляться плотные изолированные папулы.

Рецидивирующее (волнообразное) течение заболевания - с периодическими обострениями в весенне-осенний период и ремиссиями летом. Наличие сопутствующего атопического заболевания (например, атопической астмы, аллергического ринита) – является дополнительным диагностическим критерием в пользу Атопического дерматита. Наличие

аналогичной патологии среди членов семья – то есть наследственный характер заболевания.

Повышенная сухость кожи (ксеродермия) и усиление рисунка на ладонях (атопические ладони) являются наиболее часто встречаемыми в клинике Атопического дерматита. Однако также существуют еще дополнительные диагностические критерии, которые также говорят в пользу данного заболевания.

Дополнительными признаками АтД являются:

- частые инфекции кожи (например, стафилодермии);
- рецидивирующий конъюнктивит; хейлит (воспаление слизистой губ);
- потемнение кожи вокруг глаз;
- повышенная бледность или, наоборот, эритема (покраснение) лица;
- повышенная складчатость кожи шеи;
- симптом грязной шеи (гиперпигментация, потемнение кожи на некоторых участках);
- наличие аллергической реакции на медикаменты;
- периодические заеды (нарушение целостности слизистой оболочки губ или кожи, преимущественно в уголках рта. Если говорить проще, то трещинки по краям губ, которые затем преобразовываются в ранки, часто не заживающие в течение длительного периода времени);

-географический язык (состояние, характеризующееся воспалительными и дистрофическими (связанными с ухудшением питания тканей) процессами в слизистой оболочке языка.

Проявляется чередованием участков утолщения и десквамации (шелушения, отслаивания) на поверхности языка, в результате чего он приобретает характерный вид географической карты

Объективная диагностика (то есть осмотр) АтД также дополняется лабораторными данными. Лабораторными признаками АтД являются:

- повышенная концентрация эозинофилов в крови (эозинофилия);

-наличие в сыворотке крови специфических антител к различным аллергенам (например, к пыльце, некоторым пищевым продуктам);

-снижение уровня CD3 лимфоцитов;

-снижение индекса CD3/CD8;

-снижение активности фагоцитов.

Эти лабораторные данные также должны подкрепляться кожными тестами на аллергию.

Нередко atopический дерматит сочетается с поражением других органов в виде atopического синдрома. Atopический синдром – это наличие одновременно нескольких патологий, например, AtД и бронхиальной астмы или AtД и патологии кишечника. Протекает данный синдром всегда намного тяжелее, чем изолированный atopический дерматит. Для того чтобы оценить тяжесть atopического синдрома, европейской рабочей группой была разработана шкала SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis). Данная шкала объединяет объективные (видимые врачом признаки) и субъективные (предъявляемые пациентом) критерии AtД. Главным преимуществом использования шкалы является возможность оценки эффективности лечения. Шкала предусматривает балльную оценку шести объективных симптомов - эритемы (покраснения), отека, корок/чешуек, эксфолиаций/расчесов, лихенификации / шелушения и сухости кожи.

Интенсивность каждого этого признака оценивается по 4-балльной шкале:

0 – отсутствие;

1 – слабая;

2 – умеренная;

3 – сильная.

Суммируя эти баллы, вычисляют степень активности AtД [11].

К степеням активности AtД относятся:

-Максимальная степень активности эквивалентна atopической эриродермии или распространенному процессу. Интенсивность

атопического процесса максимально выражена в первом возрастном периоде болезни.

-Высокая степень активности определяется распространенными кожными поражениями.

-Умеренная степень активности характеризуется хроническим воспалительным процессом, чаще локализованного характера.

-Минимальная степень активности включает локализованные поражения кожи - у детей грудного возраста это эритематозно-сквамозные очаги на щеках, а у взрослых – локальная периоральная (вокруг губ) лихенификация и/или ограниченные лихеноидные очаги в локтевых и подколенных складках.

1.2. Профилактика рецидива атопического дерматита

Периоды ремиссии и обострения атопического дерматита характерны для хронического течения заболевания. Чем чаще возникает рецидив болезни, тем выше степень тяжести. При рецидиве не более 2 раз в год течение считается легким, при ремиссии менее 4 месяцев заболевание средней тяжести, а если рецидивы случаются чаще 5 раз в год течение тяжелое.

Причины обострения атопического дерматита

Нервное напряжение. Нагрузка на нервную систему, при условии, что она не является устойчивой, является спусковым фактором для зуда.

Чрезмерно высокая или низкая температура воздуха, а также ее перепады. Спровоцировать воспаление может в равной степени как пребывание на солнце, так и на морозе. Поэтому перед выходом на улицу надо защищать кожу, а дома пользоваться кондиционером и увлажнителем воздуха для достижения оптимальных условий.

Грубая натирающая, шерстяная, синтетическая одежда.

Пищевые аллергены. Атопикам не рекомендуется принимать в пищу цитрусовые, орехи, шоколад, мед, экзотические фрукты. С осторожностью – молочные продукты.

В весенне-летний период провокатором может послужить пыльца цветущих растений.

Дома аллергенами являются пыль, шерсть домашних животных, продукты жизнедеятельности тараканов, клопов.

Контакт с бытовой химией.

Обильное выделение пота при интенсивных физических нагрузках.

Пересушивание кожи при частом мытье с мылом, гелем. После душа рекомендуется наносить на тело увлажняющие средства.

Клинические проявления

Сильное обострение атопического дерматита начинается с упорного зуда. Затем на коже выступают красные пятна, которые превращаются в сыпь. Высыпания могут быть в виде красных бугорков, возвышающихся над кожей, или в форме пузырьков. Пузыри могут быть одиночные или располагаться по группам. При их вскрытии выделяется прозрачная или желтоватая жидкость, а на этом месте остается ранка. Рецидивирует заболевание обычно на одном и том же месте. У взрослых это подколенные и локтевые сгибы, кисти рук.

Обострение атопического дерматита у грудничка возникает на щеках, лбу, шее, в кожных складках, на ягодицах.

Кожа больных атопическим дерматитом более чувствительна к воздействию факторов окружающей среды и различного рода раздражающих веществ, чем кожа здоровых людей. Поэтому важно наиболее полно определить и исключить раздражающие агенты, которые могут вызывать и поддерживать зуд. К ним относятся различные виды физических, химических и биологических раздражающих факторов, в том числе моющие средства, химические препараты, грубая одежда, крайние значения температуры и влажности. Уход за кожей больных атопическим дерматитом должен

проводиться как в периоды обострения заболевания, так и в периоды клинической ремиссии. Ногти надо коротко стричь, чтобы не повредить кожу при расчёсывании. Больным необходим ежедневный приём душа или ванны водой комфортной температуры (не холодной и не горячей). Оптимальная продолжительность - около 20 минут. Лучше, если это возможно, использовать дехлорированную воду (фильтры или отстаивание воды в ванне в течение 1-2 часов с последующим добавлением кипятка. Должно быть ограничено использование мыла, наружных средств, содержащих компоненты, растворяющие жир, различных детергентов (от лат. *detergeo* — стираю — вещество или смесь, помогающее отмывать что-либо от грязи, моющее средство), ароматических добавок. При купании использовать слабощелочные или индифферентные мыла (ланолиновое, детское), желательное использование моющих средств с нейтральным рН, например, не содержащих мыла гелей, таких как «Джонсон и Джонсон рН 5,5» или высококачественные шампуни, не содержащие отдушек или красителей например «Умка». Лучше всего при обострении атопического дерматита применять для мытья волосистой части тела шампуни серии «Фридерм» (при покраснении кожи — «Фридерм Дёготь», при шелушении кожи — «Фридерм Цинк», вне обострения — «Фридерм рН-Баланс»). Во время мытья не следует интенсивно тереть кожу и использовать для мытья приспособления более жесткие, чем следует. После купания кожу следует промокнуть мягким полотенцем (не вытирать насухо и не растирать) и сразу в течение 3 минут нанести на кожу питательные, увлажняющие средства, а, при необходимости — кортикостероиды (например Акридерм СК, ГК). В качестве средства с противовоспалительным, противозудным, эпителизирующим, смягчающим действием можно рекомендовать новый отечественный крем «Глутамол», не содержащий кортикостероидов. Для увлажнения и смягчения кожи можно использовать кремы на основе норкового масла серии «Мюстела», например «Аекол», крем с маслом чайного дерева, шиповника и др. Выбор соответствующего смягчающего средства должен быть индивидуальным,

основанным на субъективных ощущениях больного. Стиральные порошки, даже в небольших количествах остающиеся на свежестырированной одежде и белье, также могут оказывать раздражающий эффект. Поэтому рекомендуется использовать «аллергенсвободные» стиральные порошки (типа Tide Free) и повторные циклы полоскания белья. Одежда не должна быть слишком тесной. Кроме того, нежелательно носить шерстяные изделия. Одежда больного атопическим дерматитом должна быть свободной и изготовленной из мягких хлопчатобумажных тканей. Следует избегать одежды из плотных синтетических, шерстяных и ворсинчатых материалов. Одежду из шерсти и синтетики носить только поверх хлопчатобумажной. В период обострения спать в хлопчатобумажных носках и перчатках. И тем не менее, два рандомизированных (от англ. random - выбранный наугад, случайный - процедура случайного выбора элементов статистической совокупности при проведении выборочного исследования, в т. ч. медико-биологического характера) контролируемых исследования выявили, что с точки зрения комфорта и отсутствия раздражения кожи большую роль играли такие факторы, как текстура или мягкость/грубость ткани, чем использование натурального или синтетического материала.[4]

Пот способен раздражать кожу больного с атопическим дерматитом, и, следовательно, необходимо чаще менять бельё. В зимнее время года следует избегать, особенно больным с эпидермальной аллергией, ношения шерстяных, ворсинчатых шарфов и шапок, а также изделий из натурального меха. В семье, где есть больной, страдающий атопическим дерматитом, не рекомендуется держать животных. Определённое значение имеет и микроклимат в доме. Так, температура и влажность воздуха в помещении должны быть по возможности комфортными (постоянная температура 20-24°C и относительную влажность не менее 60%). Необходимо проводить ежедневную влажную уборку помещения. Из комнаты целесообразно убрать компьютер и телевизор, которые «притягивают» на себя пыль. В квартире не должно быть большого количества мягкой мебели, ковров. Книги

обязательно хранить в застеклённых книжных шкафах. Больным атопическим дерматитом нельзя использовать пуховые и перьевые подушки и одеяла (необходимо заменить их на синтетические). Подушки должны быть покрыты двумя наволочками. Рекомендуется ежегодная смена подушки. Постельное бельё необходимо менять не менее 2 раза в неделю, рекомендуется его стирка с кипячением. Не крахмалить! Накрахмаленное постельное бельё является местным раздражителем. Использование специальных противоаллергенных защитных чехлов, непроницаемых для аллергенов, это та мера, которая может оказаться полезной всем больным с атопическим дерматитом. Об этом говорят данные медицинских исследований. В исследовании проведённом на взрослых, применение специальных защитных чехлов на постельные принадлежности привело к клиническому улучшению течения атопического дерматита даже у пациентов, у которых не была выявлена гиперчувствительность к клещу домашней пыли. Это свидетельствует о том, что такие чехлы уменьшают контакт с целым рядом факторов (с аллергенами других групп, раздражающими факторами и даже, возможно, с бактериальными суперантигенами).

Больным с атопическим дерматитом можно рекомендовать занятия плаванием. При этом, однако, необходимо учитывать, что хлорсодержащие соединения и другие антисептики, используемые для обеззараживания бассейна, могут вызвать раздражение кожи. Обычно для того, чтобы убрать данный эффект, достаточно после занятий принять лёгкий душ и нанести на кожу смягчающие средства. В летнее время при длительном пребывании больных атопическим дерматитом на солнце, несмотря на то, что инсоляция обычно оказывает положительное воздействие на кожу, целесообразно применять солнцезащитные средства для профилактики солнечных ожогов. Особенно важен правильный выбор препарата, для определения которого выбранное средство наносят на кожу внутренней поверхности предплечья сроком на 24 ч. При отсутствии местной побочной реакции средство

считается пригодным для применения. Нельзя забывать о том, что длительное воздействие солнечного света может привести к избыточной потере влаги, перегреванию и потению. Больным атопическим дерматитом также необходимо: - максимально избегать контактов с сильными моющими (очищающими) средствами (стиральными порошками, средствами для мытья посуды и т.д.); - максимально исключать попадание на кожу растворителей (бензина, скипидара, ацетона и др.), клеев, красок, лаков; - избегать контакта с кремом для обуви, воском для натирания полов, средствами для чистки мебели, окон, машин и др.; - избегать контакта кожи рук с соками фруктов и овощей (апельсина, лимона, свежего картофеля, лука, томата и др.);

- при мытье волосистой части головы, стирке, полоскании белья пользоваться перчатками из пластика (не резиновыми, которые могут вызывать экзематозные высыпания), под которые надевать тонкие перчатки из хлопка или льна; - продолжительность нахождения в перчатках – не более 20 мин. При выборе вида спорта для больного атопическим дерматитом следует помнить о том, что чрезмерная физическая нагрузка вызывает потение и усиливает зуд. При занятиях плаванием после бассейна необходимо сразу принять душ и нанести на кожу смягчающие средства. Кожа при атопическом дерматите изменена даже вне обострения и на внешне неизменённых участках кожи. Её структура и водный баланс нарушены. Это диктует необходимость особого ухода за кожей. Для устранения сухости кожи необходимо постоянно использовать питательные и смягчающие средства, причём наносить их на кожу следует достаточно часто, чтобы кожа оставалась мягкой в течение всего дня. Обязательна также обработка кожи перед прогулками в ветреную и холодную погоду — защитными кремами и мазями.[2]

Психологическая коррекция Больные АД нуждаются в психологической коррекции. Невротические изменения наблюдаются практически у всех больных АД, что обуславливает необходимость постоянной психотерапии с больным. Особого внимания требует оценка

психического статуса ребенка и членов его семьи. Хроническое течение АД и связанные с ним постоянный зуд, нарушение сна становятся причиной постоянного стресса у многих больных и приводят к психо-нейровегетативным нарушениям, ухудшающим течение АД. В таких ситуациях необходима консультация психоневролога. Санаторно-курортное лечение и климатотерапия.

При этапной противорецидивной терапии atopического дерматита рекомендуется санаторно-курортное лечение для закрепления полученных результатов. Мощное оздоровительное действие при atopическом дерматите оказывает перемена климата на более теплый, а также морской и высокогорный. В этих случаях особенно показано длительное пребывание в Крыму, на черноморском побережье Кавказа. Больные atopическим дерматитом должны длительное время находиться под активным диспансерным наблюдением. Концепция «контролируемого самолечения» при atopическом дерматите длительного, многолетнего течения АД, обращение больного к различным специалистам и в различные учреждения, полноценное обследование и выявление ведущих патогенетических механизмов и провоцирующих факторов у конкретного больного, подобранная терапия позволяет выдвинуть новую, основанную на нашем многолетнем опыте ведения больных АД новой концепции «Контролируемого самолечения». Суть ее сводится к обучению пациента самостоятельно снимать и предотвращать вспышки заболевания самому, без обязательного обращения к лечащему врачу. Это стало возможным на основе внедрения обучающих программ в практическую деятельность, а также появления эффективных препаратов позволяющих их приобретать без рецептов (безрецептурные препараты). [5]

Пациенту нельзя дожидаться, когда процесс распространится до такой степени, что возникает необходимость обращаться за помощью к врачу. Эта концепция предусматривает самое раннее применение лечебных мероприятий, на стадии доклинических проявлений, выявляемых самим

пациентом, а также обучение его превентивным мерам профилактики. Подобный подход позволяет своевременно предотвращать развитие рецидива, что в итоге приводит к затиханию процесса и в большинстве случаев ведет к стойкой ремиссии и выздоровлению. Кроме того, важно объяснить пациенту о необходимости проведения «превентивной фармакотерапии» в известные ему периоды возможных обострений. Следует подчеркнуть, что рекомендовать этот подход необходимо пациентам, прошедшим полноценное обследование и полный курс специального обучения. Больные должны находиться на активном динамическом наблюдении и при любом неясном вопросе немедленно обращаться к лечащему врачу за консультацией. Программы обучения пациентов и их родителей важная роль в общем комплексе профилактических мер при АД отводится сотрудничеству между пациентом или его родителями и лечащим врачом. Это касается прежде всего обучению их контролю течения заболевания, предупреждения обострений и их своевременному лечению, а также детальному информированию о причинах АД, механизмах развития, факторах риска и прогнозе течения, а также современных методах лечения и профилактики. Темы обучающих программ необходимо информировать пациентов и их родителей о сущности заболевания, об вызывающих обострения аллергенах, о возможных осложнениях, о зуде и методах его купирования, возможном присоединении респираторной аллергии, необходимости профилактики обострений, гипоаллергенной диете, правильном уходе за кожей, климатотерапии, выборе профессии и многом другом. Обучающие программы для больных АД следует строить в зависимости от различных возрастных периодов больных или их родителей.⁴

⁴ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (в редакции от 29 июля 2017 г. № 242-ФЗ) // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. № 48 ст. 6724

Диета при обострении атопического дерматита

Гипоаллергенная диета назначается с момента постановки диагноза. Соблюдение диеты является важным звеном в профилактике и лечении заболевания.

Список продуктов гипоаллергенной диеты:

- вареное мясо (телятина или говядина);
- супы на овощном бульоне с добавлением различных круп;
- очищенное (рафинированное) масло;
- перетопленное сливочное масло;
- различные каши;
- свежие огурцы;
- зелень;
- печенные в духовке яблоки;
- вареный картофель;
- отрубной хлеб;
- отвар шиповника или яблочный компот;
- слабый чай.

Запрещенные продукты питания:

- все цитрусовые;
- алкоголь;
- куриные яйца;
- жирные соусы, на основе майонеза;
- грецкие орехи, фундук, арахис и другие виды;
- жирное мясо, рыба и икра;
- копченое мясо, рыба, колбаса;
- острые и соленые соусы, такие как горчица, кетчуп, соевый соус;
- овощи, такие как редька, репа, помидоры;
- жирное коровье молоко;
- красные и оранжевые ягоды и фрукты;
- сдобная выпечка;

Глава 2. Роль фельдшера в проведении профилактики рецидива атопического дерматита

2.1. Анализ деятельности Государственного бюджетного учреждения РС (Я) «Якутский республиканский кожно-венерологический диспансер»

Решением заседания Совета Народных Комиссариатов Якутской АССР от 8 апреля 1927 года утверждены структура и штаты учреждений здравоохранения ЯАССР. Дерматовенерологическая служба в Якутске была открыта 8 апреля 1927 года по причине широкого распространения в республике туберкулеза, сифилиса и трахомы.

В 1960-х годах в республике были открыты диспансеры в г. Алдане, Нерюнгри, Мирном, кожвенотделения в п. Эге-Хая Верхоянского района. В 17 крупных районах республики населению оказывалась специализированная помощь.

В 1970-1990 годах ЯРКВД становится крупным организационно-методическим и консультативно-методическим центром республики. За пройденные годы дерматовенерологическая служба провела значительную работу по оздоровлению населения. С 1980 года больные с псориазом начали получать ПУВА-терапию. В 1990 годах при ЯРКВД организована Объединенная лаборатория, включающая отделы: клинико-диагностический, серологический, биохимический, бактериологический, где была открыта и работает ПЦР - лаборатория для диагностики инфекций, передаваемых половым путем, ведутся ИФА, РПГА, РИФ - исследования. Внедрены в лечебную практику новые препараты для лечения хронических дерматозов и диуратные антибиотики для лечения сифилиса и других инфекций, передаваемых половым путем. В 2004 году открыт кабинет врача андролога оборудованная новейшими медицинскими аппаратами (УЗИ, вакуумный лазерный массажер, уретроскоп). Создан кабинет псориаза, отдел профилактики, физиокабинет. В 2005 году диспансер получил здание под стационарное отделение на 90 коек, из них 60 круглосуточных и 30 коек

дневного пребывания. Общая территория охватывает 1 га, здание 3-х этажное каменное, общей площадью 1278,7 кв.м.

С 2010 года главным врачом ГБУ РС (Я) “ЯРКВД” работает Петров Сергей Егорович.

В 2010 году получили новое каменное здание под поликлинику на 150 посещений в смену на 1 этаже 192 квартирного 9 этажного жилого дома, общей площадью 1241,4 кв. м.

В настоящее время ГБУ РС (Я) “Якутский республиканский кожно-венерологический диспансер” является головным специализированным учреждением, оснащенным современным оборудованием, располагающим высокопрофессиональными кадрами и владеющим новейшими медицинскими технологиями по диагностике и лечению хронических дерматозов, инфекций, передаваемых половым путем и заразных кожных заболеваний.⁵

В диспансере на сегодня трудятся 118 работников, из них 26 врачей, 47 средних медицинских работников, младшего медицинского персонала – 21 и прочего персонала - 24. Все медицинские работники имеют сертификаты специалиста, своевременно повышают свою квалификацию на курсах усовершенствования. Категорированность врачей - 77,8%, среднего медицинского персонала – 59,2%, 1 кандидат медицинских наук, 1 заслуженный врач РС (Я), 7 отличников здравоохранения РФ, 25 отличников здравоохранения РС (Я).

Главной задачей диспансера являются оказание высококвалифицированной и специализированной дерматовенерологической помощи населению республики в амбулаторных и стационарных условиях с применением высокоэффективных медицинских технологий, а также оказание организационно-методического руководства деятельностью лечебно-профилактических учреждений по вопросам оказания

⁵ Фокина Римма Анатольевна. Клинико-патогенетические особенности атопического дерматита у детей в условиях Якутии : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.16 / Фокина Римма Анатольевна; [Место защиты: ГОУВПО “Якутский государственный университет”].- Якутск, 2009.- 128 с.: ил.

консультативной, диагностической, лечебной и профилактической помощи населению, учеба кадров, контроль качества лабораторных исследований, усиление диспансерной работы больных хроническими дерматозами, мероприятия по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП).

В структуру Якутского республиканского кожно-венерологического диспансера входят: поликлиническое отделение, стационарное отделение, объединенная лаборатория, организационно-методический отдел, отдел профилактики, администрация, бухгалтерия, хозяйственная часть.

Диспансер – база для обучения врачей и средних медицинских работников районных больниц и ЛПУ г. Якутска, а также студентов медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова и Якутского базового медицинского колледжа.[9]

В ГБУ РС (Я) “Якутский республиканский кожно-венерологический диспансер” с 2010 года открыты и внедрены в работу:

- кабинет антицитокиновой терапии для оказания специализированной медицинской помощи больным псориазом с использованием генно-инженерного биологического препарата Инфликсимаб “Ремикейд”, косметологический кабинет.

- для повышения доступности экстренной диагностики и лечения лиц с заболеваниями, передаваемыми половым путем, преодоления социально-негативных мотиваций, препятствующих обращению населения за специализированной помощью в кожно-венерологические учреждения и снижению числа случаев самолечения открыт анонимный кабинет анонимного обследования и лечения “АБН”. В составе которой входят специалисты - врача акушер-гинеколог, уролог.

- в целях оказания квалифицированной дерматовенерологической помощи подросткам открыт на базе поликлиники специализированный подростковый кабинет профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем.

- внедрены новые методы диагностики как диагностика бактериального вагиноза Фемофлор – 16, Фемофлор – Скрин, выявление иммуноглобулинов класса А к грибам *Candida* в сыворотке крови человека, методы аллергодиагностики, определение наличия АФС для исключения ложноположительных серологических реакций на сифилис, определение онкомаркера СА – 125.

- освоено лечение тяжелых форм псориаза, угревой сыпи, дискератозов с применением системной и местной ретиноидной терапии.

Диспансер осуществляет большую организационно-методическую работу с улусными звеньями здравоохранения, оказывает практическую помощь на местах. Ежегодно специалисты диспансера делают 10 и более выездов в улусы, направляется на места необходимая документация, инструкции и т.п.

Для усиления работы по профилактике венерической заболеваемости в республике был подготовлен и Государственным Собранием Республики Саха (Якутия) – (Ил Тумэн) 29 июня 1999 года принят Закон “О защите населения Республики Саха (Якутия) от заболеваний, передаваемых половым путем”.

В 2002 году была разработана и утверждена Постановлением Правительства Республики Саха (Якутия) №433 от 21.08.2001г. Республиканская целевая подпрограмма “О мерах по предупреждению дальнейшего распространения инфекций, передаваемых половым путем” на 2001-2006 годы. Затем с 2007 по 2011 года программа вошла подпрограммой “Инфекции, передаваемые половым путем” на 2007 – 2011 годы в республиканскую целевую программу “Охрана здоровья населения РС (Я)”. В 2012 году подпрограмма пролонгировалась “Анти-ВИЧ/СПИД и профилактика социальных заболеваний на 2012-2016 годы”.

Основной целью подпрограммы является профилактика и активное выявление заболеваний, передаваемых половым путем, предотвращение их дальнейшего распространения на территории путем создания комплекса

организационных, лечебно-профилактических мероприятий, лабораторной диагностики в полном объеме, достаточного финансирования дерматовенерологической службы и лечебно-профилактических учреждений городов и улусов.

За период 2002-2013 годы, выделенные ассигнования были направлены на приобретение современного лечебно-диагностического оборудования, компьютерной и множительной техники, приобретение медикаментов и тест-систем, на повышение квалификации кадров. За последние годы внедрены многие современные методы лечебно-диагностического процесса, приобретена аппаратура для постановки ПЦР, ИФА, аппарат УЗИ – диагностики. В настоящее время достаточная материальная база ГБУ РС (Я) “ЯРКВД” позволяет осуществлять все виды лечебно-диагностической помощи, предусмотренной Федеральными стандартами ведения больных ИППП и заболеваниями кожи.

Диспансером уделяется первоочередное внимание профилактической работе, создан и работает отдел профилактики. Отдел оснащен компьютером, магнитофоном, видеокассетами. Работа ведется по трем основным направлениям: - работа со школьниками, молодежью; с контингентом “группы риска”; с населением через средства массовой информации (СМИ).

Усилиями специалистов ГБУ РС (Я) “ЯРКВД” ежегодно проводятся научно-практические конференции, семинары дерматовенерологов, а также совместно с акушер-гинекологами и педиатрами с приглашением ведущих ученых, руководителей диспансеров и врачей дерматовенерологов с городов как Москва, Иркутск, Хабаровск.

На сегодняшний день в республике благодаря активной работы специалистов кожно-венерологических учреждений республики и реализации целевой подпрограммы профилактики социальных заболеваний по Республике Саха (Якутия) ежегодно улучшается материально-техническая база кожно-венерологической службы, активизируется работа по

предупреждению, выявлению и лечению инфекций, передаваемых половым путем, увеличивается количество обследованных на инфекции, передаваемые половым путем, происходит ежегодное снижение уровня заболеваемости.

Распространенность атопического дерматита среди детского населения экономически развитых стран варьирует в широких пределах (от 3% до 28%). В регионах России и странах СНГ распространенность АД отмечается от 5,2% до 15,5%, составляя в среднем 7,2%

Краевые особенности структуры аллергопатологии в Республике Саха (Якутия), заключаются в преобладании аллергических заболеваний кожи. Так, по данным Н.С. Платоновой (2002) аллергодерматозы составляют 41,44% среди всех форм аллергических заболеваний, из них атопический дерматит (АД) -22,3%. Ежегодно наблюдается рост заболеваемости детей аллергическими заболеваниями, причем показатели по РС (Я) превышают данные по РФ. Заболеваемость атопическим дерматитом на 100 тысяч населения у детей от 0 до 14 лет составляла в 2005 году по РС (Я) -2614,7, по РФ-1735,4; в 2006 году по РС (Я) -3250,5, по РФ-1852,6

В старшей возрастной группе детей РС (Я) показатели распространенности АД составляют 20,6%, что превышает среднемировой показатель в 3 раза. В связи с этим приобретает особую актуальность изучение АД у детей в условиях РС (Я).

Факторы риска, способствующие развитию атопического дерматита, многочисленны: наследственная предрасположенность, нарушение деятельности центральной и вегетативной нервной системы (психогенный фактор), нарушение иммунной системы, работы желудочно-кишечного тракта, дисбактериоз кожи и кишечника, нерациональное питание, влияние неблагоприятных факторов окружающей среды.

Фокиной Риммой Анатольевной кандидатом медицинских наук проведено комплексное клинико-иммунологическое и бактериологическое исследование у 70 детей в возрасте от 2 до 15 лет, страдающих атопическим

дерматитом, находившихся на стационарном и диспансерном лечении в Якутском республиканском кожно-венерологическом диспансере . Кроме того, проведен в динамике клинико-статистический анализ 142 детей с АД, проходивших стационарное лечение в ЯРКВД в 2003 - 2007 годах. Клинические особенности течения АД у детей изучались в сравнительном аспекте. Установлено, что в возрастной группе от 2 до 9 лет клиническая картина атопического дерматита проявляется в основном эритематозно-сквамозной формой (66%) ($\chi^2 = 10,24$; $p < 0,001$), при которой преобладает распространенная локализация кожного патологического процесса (67%) ($\chi^2 = 58,51$; $p < 0,0001$) и эритематозно-сквамозной формой с лихенизацией (34%), при которой преобладает распространенная осложненная пиодермией форма (47%) ($\chi^2 = 8,2$; $p < 0,004$) с часто и непрерывно рецидивирующим типом течения.⁶

В группе от 10 до 15 лет чаще наблюдается лихеноидная клинико-морфологическая форма (55%) ($\chi^2 = 7,45$; $p < 0,0006$), с диффузной локализацией кожного патологического процесса, осложненного пиодермией (46%) ($\chi^2 = 12,25$; $p < 0,0001$), часто и непрерывно рецидивирующего типа течения, то есть с возрастом отмечается хронизация болезненного процесса, что соответствует литературным данным [16].

Изучены клинико-морфологические формы и типы течения АД по основным и дополнительным симптомам. Оказалось, что дополнительных симптомов, определяющих индивидуальные особенности в три раза больше. При этом все клинико - морфологические формы характеризуются эритемой, отеком, шелушением, зудом и экскориациями, а также сухостью кожи (ксероз). А при лихеноидной форме у всех больных наблюдается еще хейлит, конъюнктивит и лейкодерма. При редко-рецидивирующем типе течения в 100% наблюдается бледность лица, высокий процент дает белый, быстрый, стойкий дермографизм. Особо следует отметить, что во всех случаях тяжесть

⁶ Фокина Римма Анатольевна. Клинико-патогенетические особенности атопического дерматита у детей в условиях Якутии : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.16 / Фокина Римма Анатольевна; [Место защиты: ГОУВПО "Якутский государственный университет"].- Якутск, 2009.- 128 с.л. ил.

клинических вариантов АД имеет прямую зависимость от частоты локальных изменений кожных покровов.

Особенностями течения АД у детей Якутии является преобладание распространенной формы (64,3%), непрерывно и часто рецидивирующего типа течения АД (72%).

Патология беременности разной степени тяжести наблюдалась во всех случаях, а патология родов — в 73% случаев. Выраженность патологии беременности и родов существенно влияет на распространенность кожного патологического процесса у детей (r от 0,75 до 0,99) и не оказывает влияния на формирование типа течения АД.

Наследственная отягощенность по кожным аллергическим заболеваниям у больных АД в условиях Якутии составляет 83%, особенно выражена по материнской линии.

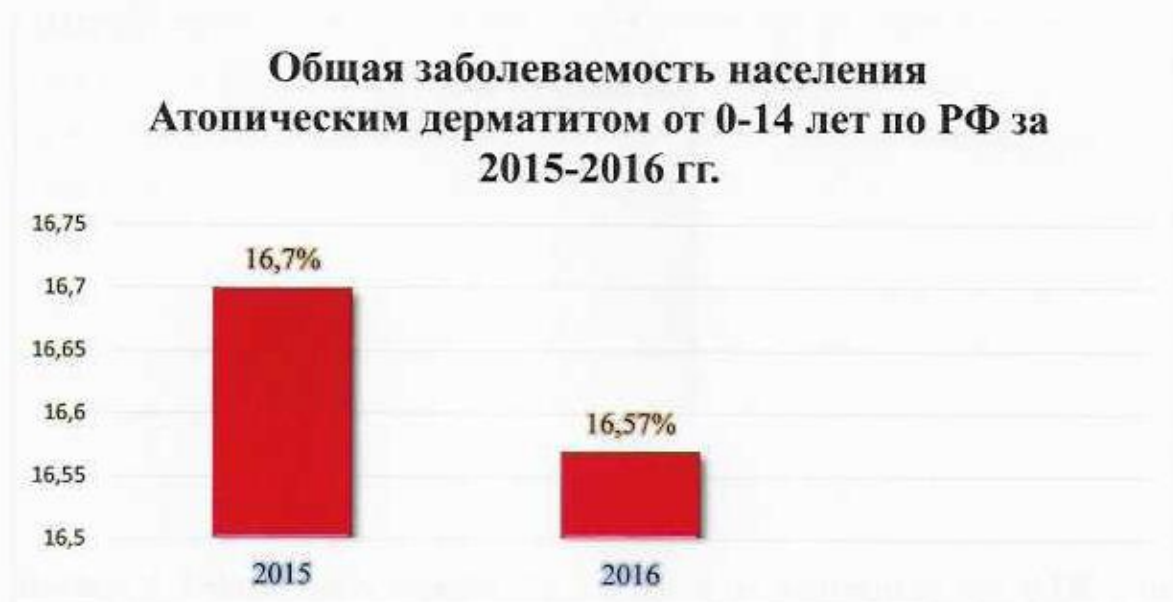
Проведение анализа статистических данных по РС(Я)

Общая заболеваемость от 0-14 лет Республики Саха (Якутия) за 2015-2017г.



Вывод: Общая заболеваемость за 2015-2017 гг. снизилась на 11%.

Общая заболеваемость от 0-14 лет по РФ на 1000 населения за 2015-2016гг.



Вывод: Общая заболеваемость у детей от 0-14 лет по РФ в 2016 снизилась на 0,50% в сравнении с 2015г.

Общая заболеваемость от 15-17 лет РС(Я) за 2015-2017 г.



Вывод : Общая заболеваемость в 2016 г. возросла на 2% по сравнению с 2015 г. На 2017 г. заболеваемость значительно снизилась на 9%.

Общая заболеваемость от 15-17 лет по РФ за 2015-2017г.



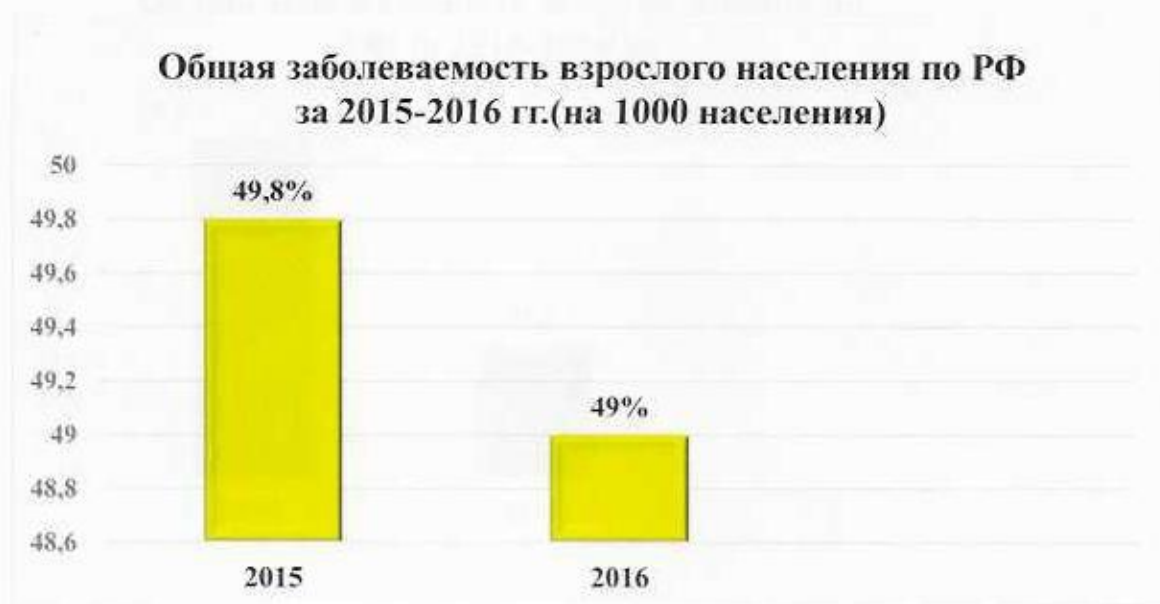
Вывод : Общая заболеваемость на 2016 г. снизилась на 0,18% по сравнению с 2015 г.

Общая заболеваемость взрослого населения за 2015-2017 гг.



Вывод : Общая заболеваемость за 2015-2017 г. снизилась на 0,7%

Общая заболеваемость Атопическим дерматитом взрослого населения по РФ за 2015-2016г.



Вывод: Общая заболеваемость взрослого населения по РФ в 2016 г. снизилась на 0,8% по сравнению с 2015г.

Общая заболеваемость всего населения РС(Я) за 2015-2017 гг.



Вывод: Общая заболеваемость за 2015-2017 г. снизилась на 3%

Общая заболеваемость всего населения по РФ за 2015-2016 гг.



Вывод: Общая заболеваемость всего населения по РФ в 2016 г. снизилась на 1,1% по сравнению с 2015г.

2.2 . Факторы, способствующие развитию атопического дерматита на примере пациентов ЯРКВД

Было проведено анкетирование пациентов ЯРКВД. Всего было опрошено 102 пациента, из них 72 ребенка, и 30 взрослых.

Анкета « Атопический дерматит»

Уважаемые пациенты, просим Вас ответить на вопросы

1.Ваш возраст и пол? (написать);

2.Отмечалась ли у вас аллергическая реакция? Если да ,то на что?

3.Через какой период Вы обратились к врачу?

Сразу

Позже

Не обращался

4.Отмечались ли аллергические реакции у Ваших близких родственников?(Нужное подчеркнуть)

Да (мамы, папы, дедушки, бабушки)

Нет

5.Как часто вы делаете влажную уборку в доме?

6.Влияет ли стресс на ваше здоровье?

Да

Нет

Затрудняюсь ответить

7.Если вы поступили с рецидивом заболевания,то что вызвало обострение Вашего заболевания?

8.Какую подушку Вы используете?(Пух, шерсть,синтепон,др)
Нужное подчеркнуть.

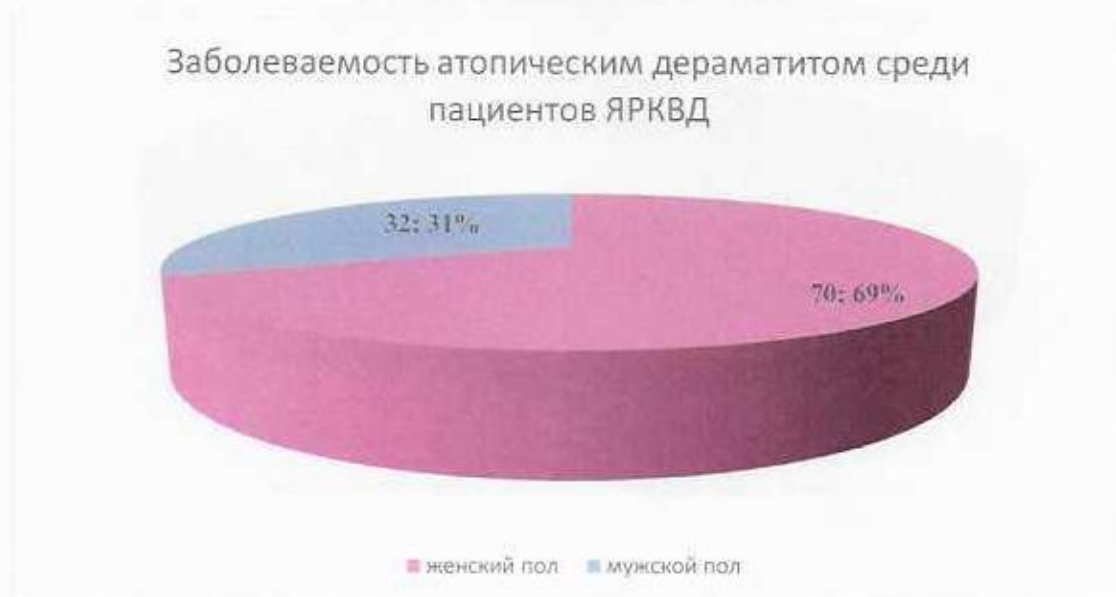
9.Есть ли в вашей квартире ковры ,цветы,домашние животные

Да

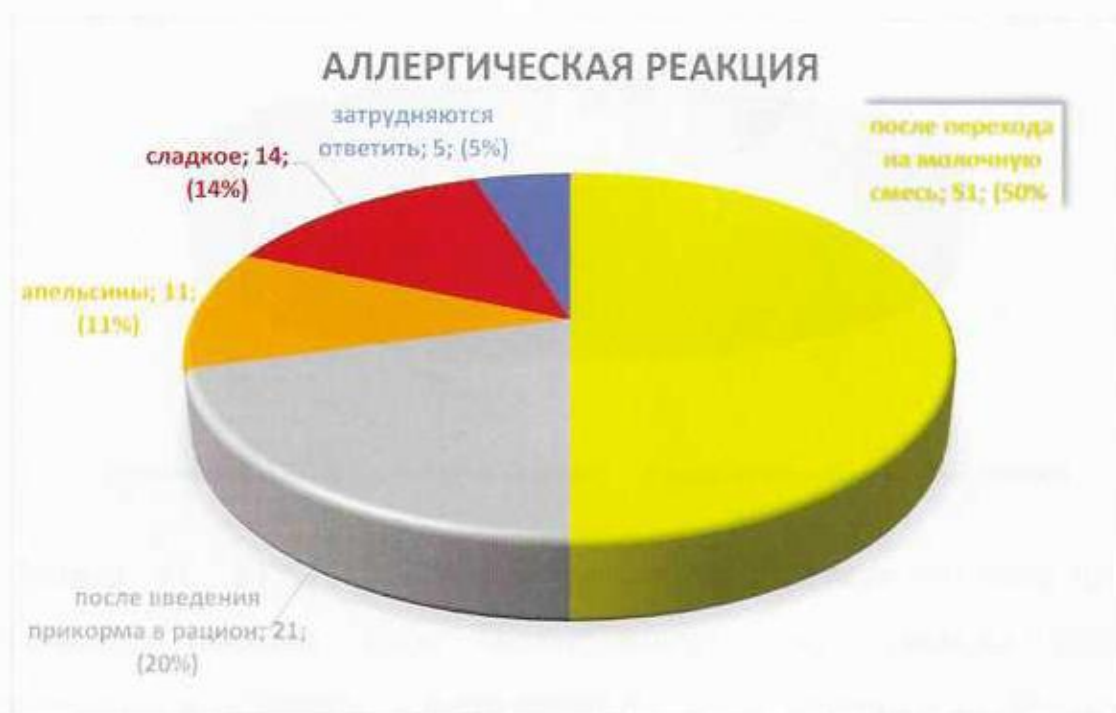
Нет

10.Хотели бы Вы больше узнать о своем заболевании и профилактике обострений?

Результаты анкетирования родителей детей и взрослых пациентов ЯРКВД



По результатам анкетирования - было выяснено что 70 (69%) болеет атопическим дерматитом женский пол. Остальные 32(31%) мужской пол

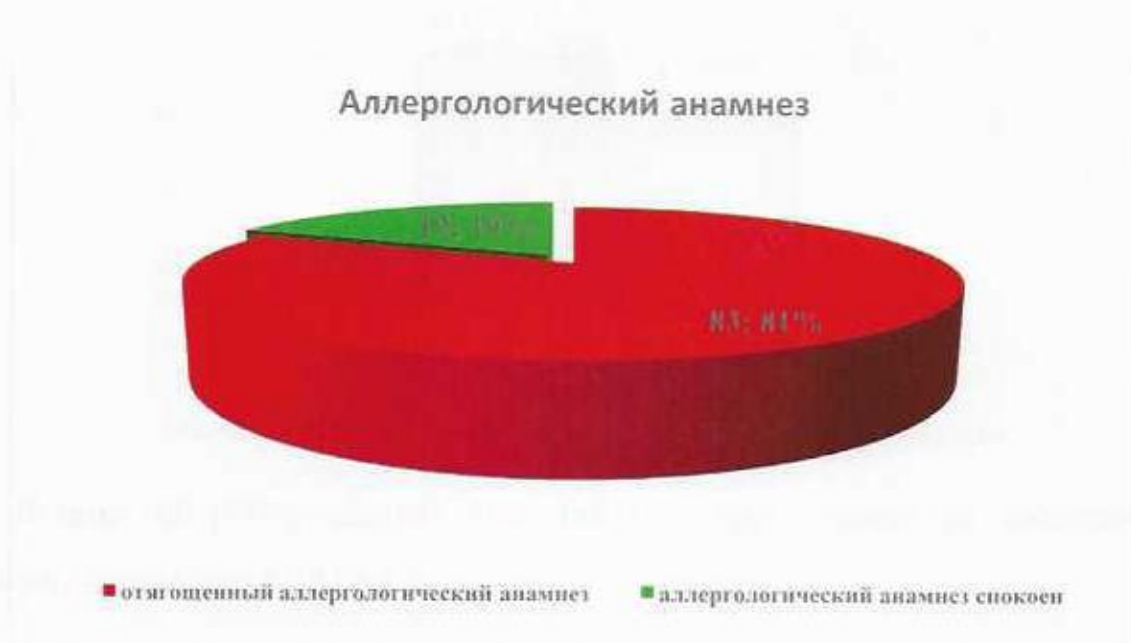


Вывод: У 51 (50%) детей отмечались аллергии после перехода на молочную смесь, у 21 (20%) детей на введение прикорма в рацион фруктовых

пюре и каш, на апельсины 11 (11%), сладкое 14 (14%), остальные 5 (5%) затрудняются ответить

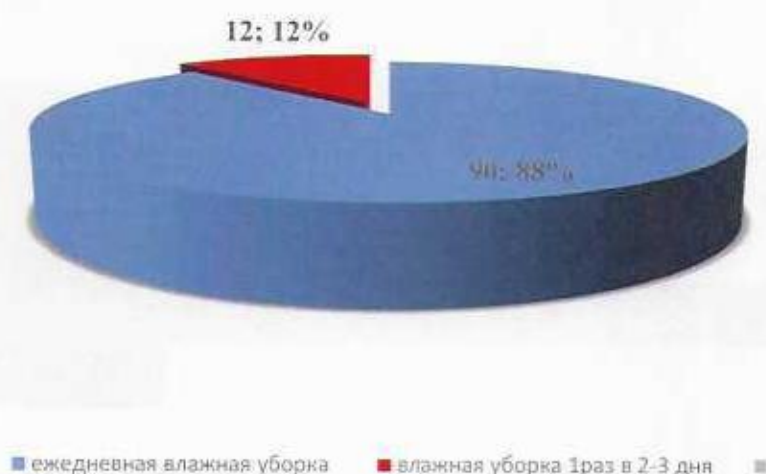


Вывод: 85 (83%) заболевших отметили что обратились к врачу сразу, из них обратились позже 17 (17%)



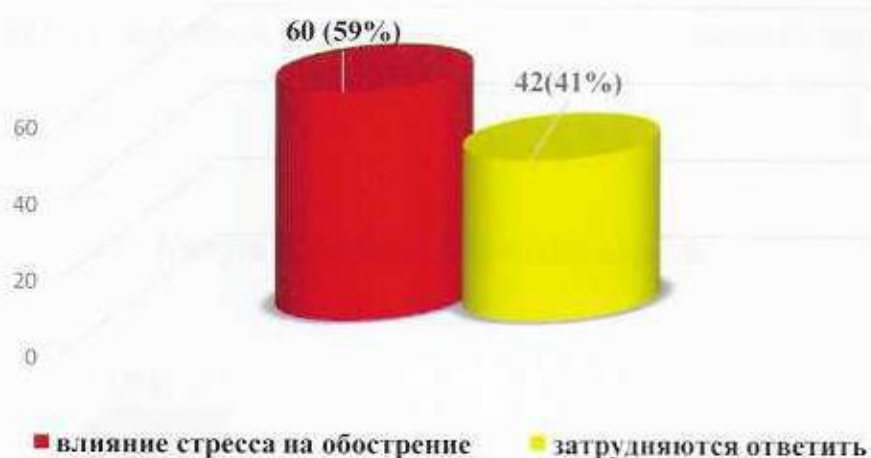
Вывод: 83 (81%) опрошенных пациентов ответили что сами имеют аллергические реакции, либо имеют аллергические реакции близкие родственники (в основном подчеркивали по линии матери) у остальных 19 (19%) аллергический анамнез спокоен

Проведение влажной уборки



Вывод: 90 (88%) пациентов ответили что делают влажную уборку каждый день, остальные 12 человек (12%) 1 раз в 2-3 дня.

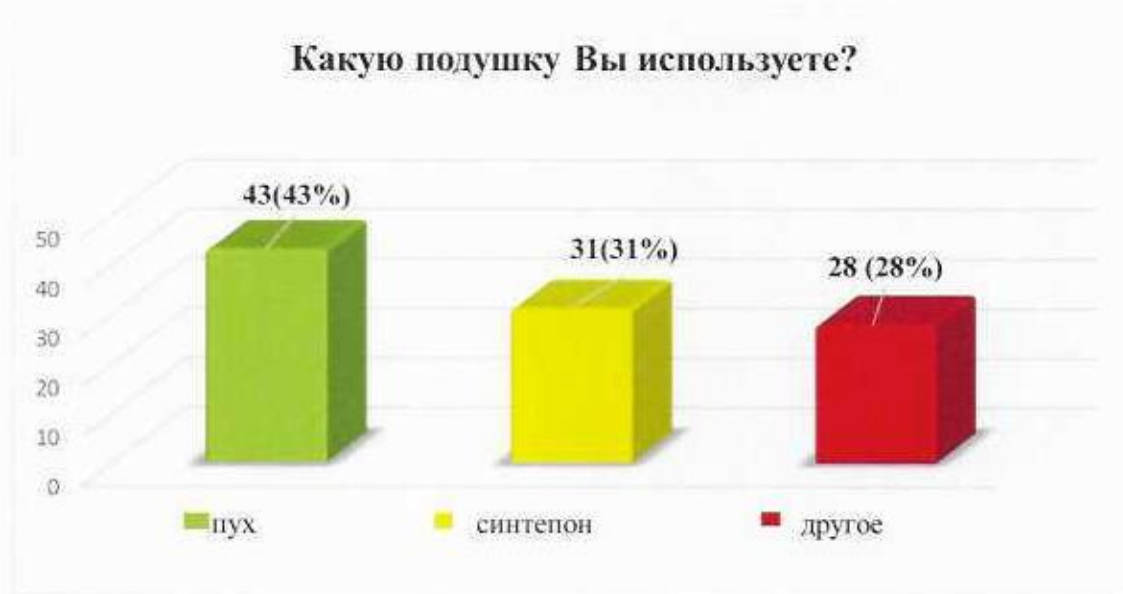
Влияние стресса на обострение аллергии



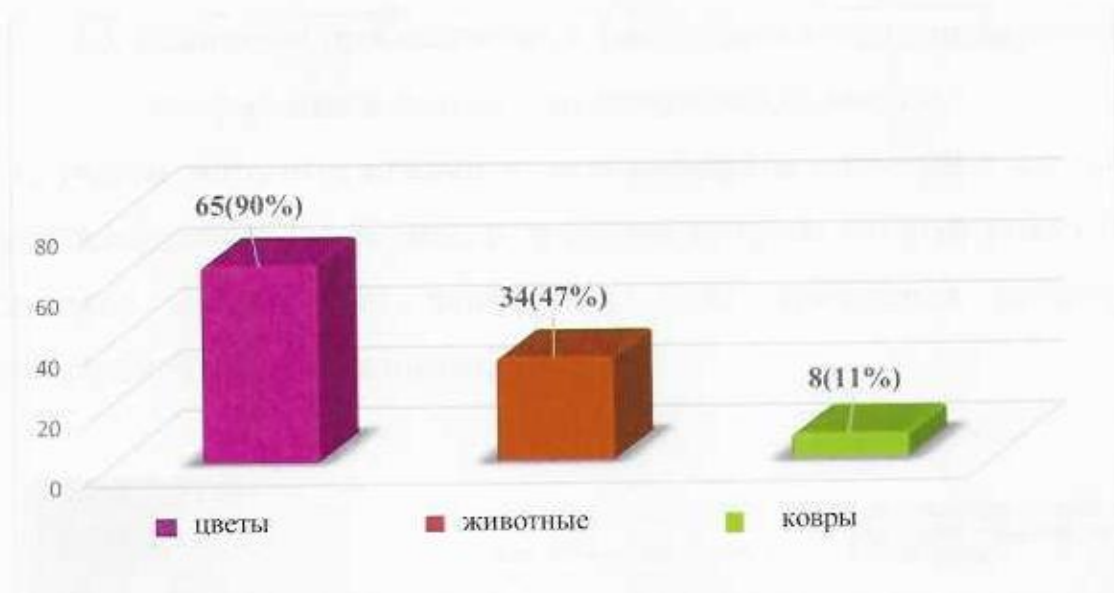
Вывод: 60 (58%) человек ответили что стресс влияет на обострение аллергии, остальные 42(41%) затрудняются ответить



Вывод: 11 (11%) человека пришли на прием с рецидивом –по причине отмене препарата, 35(35%), 35(35%) из них – не соблюдали диету, 29(29%)- считают что обострение произошло на фоне перенесенного стресса, 19(19%)- ответили что хуже стало после родов, остальные 8 (8%) человек затрудняются ответить



Вывод: 43 человек(43%)- отметили что используют подушку с наполнителем «пух» 31(31,%) -синтепон , остальные 28(28%) –другое



Вывод: 65 (90%) пациентов отметили что в квартире имеются цветы, 34(47%)-животные, 8(11%) человек ковры

100% опрошенных отметили что хотели бы больше узнать о своем заболевании.

2.3. Санитарно-просветительная работа фельдшера в проведении профилактики рецидива атопического дерматита

С учетом того, что, каждый второй ребенок и взрослый с аллергией имеет родственников аллергиков, разработанная мною памятка может быть использована в лечебных учреждениях для проведения санитарно-просветительной работы с пациентами.



Атопический дерматит

— распространенное заболевание кожи детей раннего возраста, а также взрослых и детей старшего дошкольного возраста. Заболевание характеризуется обострениями и ремиссиями, сопровождается чувствительностью и различными аллергиями. Своеобразием является образование зудящих очагов на определенных участках кожи, с последующим распространением, образованием корок, эрозий и отрубевидных пятен на лице. Заболевание протекает хронически: рецидивы сменяются периодами ремиссии. Атопический дерматит чаще возникает у девочек, чем у мальчиков, причем дети, заболевшие в раннем возрасте, болеют чаще, чем остальные дети.

ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ

Целью профилактики является, прежде всего, то, что бы снизить количество обострений болезни и улучшить качество жизни пациента.

Второй задачей профилактики атопического дерматита является также исключение, или сведение к минимуму «триггеров»:

- пищевые продукты;
- бытовые раздражители;
- лекарственной уходом за кожей.

Из рациона питания исключаются атопические продукты, которые вызывают аллергическую реакцию: цитрусовые, шоколад, «красные» овощи и фрукты, красную рыбу, жареное, острое, жареное и копченое и т.д. (приложение 1).



Так, обострения атопического дерматита могут вызывать:

- клеши домашней пыли;
- плесень, образующаяся на зёрнах злаковых культур и содержащаяся в сырах и пищевых продуктах;
- воздействие влаги и пыли в помещениях; кондиционеры; средства;
- шерсть животных и др.



ВАЖНО СОБЛЮДАТЬ ОПРЕДЕЛЕННЫЕ МЕРЫ, ЧТОБЫ ИЗБЕЖАТЬ РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ!

- Поддерживать влажность
- Регулярная влажная уборка
- Регулярная замена постельного белья
- Обработка кожи увлажняющими средствами
- Исключение одежды из натуральных тканей (шерсть, мех)
- Не носить в жару одежду из синтетических тканей



Меры ухода за кожей при атопическом дерматите таковы:

- Очищение. Для реализации процедуры лучше использовать крем для очищения, который не содержит агрессивных компонентов (скраб, абразив, щелочь, консерванты). Оптимальные средства имеют pH-баланс, близкий к pH здоровой кожи.
- Увлажнение. Для реализации процедуры лучше использовать крем для увлажнения, который не содержит агрессивных компонентов (скраб, абразив, щелочь, консерванты). Оптимальные средства имеют pH-баланс, близкий к pH здоровой кожи.
- Защита. В теплое время года лучше использовать крем для защиты от солнца, который не содержит агрессивных компонентов (скраб, абразив, щелочь, консерванты). Оптимальные средства имеют pH-баланс, близкий к pH здоровой кожи.
- Питание. Средства для питания лучше использовать крем для питания, который не содержит агрессивных компонентов (скраб, абразив, щелочь, консерванты). Оптимальные средства имеют pH-баланс, близкий к pH здоровой кожи.



ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

Создание аллергошкол, аллергоклубов в Республике Саха (Якутия) для пациентов, страдающих атопическим дерматитом, и членов их семей. Где пациенты в ходе занятий смогут получить необходимую информацию о причине развития, факторах риска, основах патогенеза аллергических заболеваний, основных принципах противорецидивной и противовоспалительной терапии. Обучение их основным правилам личной гигиены, ухода за кожей, использования наружных средств, рационального питания, проведения элиминационных мероприятий. Где так же важным этапом образовательных программ являются вопросы социальной адаптации и профессиональной ориентации больных атопическим дерматитом.

Выводы:

1. Первые симптомы атопического дерматита обычно появляются в раннем возрасте, в 50% случаев диагноз ставится к первому году жизни. Заболевание имеет волнообразное рецидивирующее течение: у 60% детей симптомы со временем полностью исчезают, а у остальных сохраняются или рецидивируют в течение всей жизни. Предположительно, дети, заболевшие атопическим дерматитом на первом году жизни, имеют лучший прогноз заболевания. Тем не менее в целом чем раньше дебют и чем тяжелее протекает заболевание, тем выше шанс его персистирующего течения, особенно в случаях сочетания с другой аллергической патологией. Доказано наличие патофизиологической связи между тяжелым атопическим дерматитом, бронхиальной астмой и аллергическим ринитом. Атопический дерматит оказывает существенное влияние на качество жизни детей. По степени негативного влияния на качество жизни атопический дерматит превосходит псориаз и сравним с такими серьезными состояниями, как дебют сахарного диабета.

2. На примере пациентов ЯРКВД были установлены следующие факторы риска:

1. Женский пол
2. Вскармливание ребенка грудного возраста искусственной смесью
3. Генетическая предрасположенность
4. Перенесенные стрессы
5. Погрешности в диете
6. Содержание в квартире (доме) цветов и животных
7. Отмена назначенного препарата

3. Роль фельдшера – Необходимо информировать пациентов и их родителей о сущности заболевания, об вызывающих обострения аллергенах, о возможных осложнениях, о зуде и методах его купирования, возможном присоединении респираторной аллергии, необходимости профилактики обострений, гипоаллергенной диете, правильном уходе за кожей,

климатотерапии, выборе профессии и многом другом. Обучающие программы для больных АД следует строить в зависимости от различных возрастных периодов больных или их родителей. Особого внимания требуют лица, составляющие группу риска в отношении аллергии. К ним относятся люди с неблагоприятной аллергологической наследственностью, часто болеющие хроническими заболеваниями органов дыхания, пищеварения, эндокринными болезнями, перенесшие ранее острые аллергические реакции и заболевания. Особое внимание надо обратить на профилактику и лечение дерматита во время сельско - хозяйственных работ. Уделить особое внимание пропаганде здорового образа жизни, мерам индивидуальной защиты (рабочая спецодежда, обувь и т. д.). так же для профилактики АД предпочтительны групповое психотерапевтическое воздействие, обучение техникам релаксации, снятия стресса и модификации поведения.

Обязанность фельдшера здравпункта — в целях предупреждения аллергизации работающих — бороться с нарушениями технологического процесса, санитарно-технологических и гигиенических правил, а также пропагандировать грудное вскармливание в профилактической деятельности фельдшера.

Нормативно – правовые документы

1. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. (с поправками от 21 июля 2014 г.) // //Российская газета. 1993. 25 декабря; 2014. 23 июля.
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 декабря 2007 г. N 746 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с атопическим дерматитом" // Здоровоохранение - 2008. - N 4.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 декабря 2012 г. N 1613н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при тяжелых формах атопического дерматита" // Российская газета. - 2013. - N 125/1 (специальный выпуск).
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 ноября 2012 г. N 770н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при атопическом дерматите" // Российская газета от 24 мая 2013 г. N 110/1 (специальный выпуск).
5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (в редакции от 29 июля 2017 г. N 242-ФЗ) // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. N 48 ст. 6724

Научная литература

6. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. -- М. : МФОЗМиР, 2016. - 177 с.
7. Делягин, В. М. Атопический дерматит у детей. Современные концепции патогенеза и терапии: руководство для практических врачей / В. М. Делягин, А. Г. Румянцев. - М.: МАКС Пресс, 2016. - 68 с.

8. Хамаганова И. В. Комплексное лечение атопического дерматита [ТЕКСТ] // Клин. дерматология и венерология. - 2015. - N 3. - С. 87-89.
9. Фокина Римма Анатольевна. Клинико-патогенетические особенности атопического дерматита у детей в условиях Якутии : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.16 / Фокина Римма Анатольевна; [Место защиты: ГОУВПО "Якутский государственный университет"].- Якутск, 2009.- 128 с.: ил.

Интернет источники

10. <http://oldmedik.ru/gigiena/267-organizaciya-profilaktiki-allergii.html> 2017 г.
11. <http://medbe.ru/materials/profilaktika-raznoe/profilaktika-allergicheskikh-zabolevaniy/2013r>.
12. <http://myadvices.ru/gipoallergennaya-dieta/> 2017г
13. <http://www.docme.ru/doc/333079/atopicheskij-dermatit-2013> г.
14. <https://allergiya5.ru/kozha/dermatit/kak-vyglyadit-atopicheskij-dermatit.html> 2018
15. <https://www.tiensmed.ru/news/atopiceskii-dermatit1.html> 2016 г.
16. <https://studfiles.net/preview/4022054/page:2/> 2015 г.
17. <https://pro-dermatit.ru/obostrenie-atopicheskogo-dermatita.html> 2017 г.

ЭФФЕКТИВНЫЕ КРЕМА ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

- * **Целестодерм** – Кортикостероид
- * **Солкосерил**; – улучшает трофику и стимулирует регенерацию тканей
- * **Лостерин** – комплексный препарат
- * **Протопик** – противоспалительное средство
- * **Цинокап** – обладает противоспалительной, антибактериальной и противогрибковой активностью.
- * **Судокрем** – обладает противоспалительной, антибактериальной и противогрибковой активностью.
- * **Бепантен** – Стимулятор регенерации тканей
- * **Адевантан** – Гормональный препарат (глюкортикостероид)
- * **Mustela Stelatoria Crème** – увлажняющий
- * **Эмолюм** – увлажняющий
- * **Судокрем** – Обладает универсальным действием
- * **Липикар** – Увлажняющий
- * **Цинокап** – обладает антипролиферативным, антибактериальным и противогрибковым терапевтическим эффектом.
- * **Зорьха** – Обладает универсальным действием
- * **Элаком** – Кортикостероид

Виды крема при атопическом дерматите

От зуда – содержат компоненты, купирующие воспаление, могут уменьшать выработку гистамина, что приводит к снижению выраженности зуда. Ввиду высокой вероятности привыкания к препарату продолжительность использования таких кремов – 10-14 суток (острый период дерматита).

Гормональные – работают на основе глюкокортикоидов (преднизолон, флутиказон, гидрокортизон), останавливают воспаление в глубоких слоях дермы, используются только при тяжелом течении дерматита, длительном заживлении ранок, появлении осложнений. Назначаются врачом – самостоятельный подбор запрещен. Имеют большое количество противопоказаний и побочных эффектов.

Противовоспалительные (гормональные) – устраняют зуд, гиперемию (покраснение), облегчают состояние, используются при обострении атопического дерматита коротким курсом (1-2 недели). Большая часть таких кремов вызывает привыкание, поэтому быстро перестает действовать.

С антибиотиком – рекомендованы только при появлении вторичной инфекции (преимущественно бактериальной), подбираются врачом. Зачастую назначаются при стафилококковой и стрептококковой активности. Если к антибактериальным веществам добавлены противогрибковые компоненты, у крема более широкий спектр действия.

Увлажняющие – способствуют избавлению от сухости и стянутости кожных покровов, зачастую безопасны по составу. Увлажняющий крем для детей при атопическом дерматите может назначаться с рождения и является обязательным компонентом любой терапевтической схемы.

Министерство образования и науки РС(Я)
ГВНОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж»

г. Якутск, ул. Державина 40

Телефон: +7 4112 22-63-42

Факс: +7 4112 22-65-30

Сайт: ybm1.ykt.ru



Перед применением обязательно проконсультируйтесь с врачом

