**СОДЕРЖАНИЕ**

**Введение**

**Глава1.Профессиональная деятельность м/с в реабилитации пациентов при острой ревматической лихорадке.**

1.1.АФО органов кровообращения……………………………………8

1.2 Этиология ………………………………………………………..…..13

1.3 Классификация ………………………………………………….…..16.

1.4 Клиническая картина………………………………………………..17

1.5 Методы диагностики………………………………………………..19

1.6.Осложнения………………………………………………………….19.

1.7 Методы лечения……………………………………………………..21.

1.8. Профилактика, уход……..…………………………………………24

**Глава2.Исследовательская работа.**

**2.1.**Характеристика базы исследования………………………………29

2.2.Материалы(история болезни)………………………………………30.

2.3.Методы исследования……………………………………………….30.

2.4.Выводы ………………………………………………………………32

**Заключение**…………………………………………………………………….. **Литература……………………………………………………………………….**

**Приложение**

# Острая ревматическая лихорадка - это острое воспалительное заболевание, при котором чаще всего в патологический процесс вовлекается сердце, суставы, нервная система и кожа. Не являясь массовым заболеванием, она, тем не менее, представляет серьезную проблему детской кардиоревматологии в связи с нередким формированием пороков сердца и инвалидизации пациентов. О ревматизме было известно еще в V веке до нашей эры. Гиппократ писал: «Появляется лихорадка, острая боль захватывает все суставы тела. Эти боли то резкие, то более слабые, поражают то один, то другой сустав». В древности врачи считали, что воспаление в суставах вызывается тем, что какая-то ядовитая жидкость растекается по организму. Отсюда и произошло название болезни - «ревматизм» (от греческого «ревма» - течение). Актуальность темы. Несмотря на существенные успехи, достигнутые в течение второй половины минувшего столетия в лечении и профилактике острой ревматической лихорадки, в последние годы стало очевидно, что данная проблема еще не решена и сохраняет свою актуальность и в наши дни. При этом заболевании необходимо отметить, что роль социальных факторов в формировании вспышек болезни минимальна. Таким образом, тенденция к нарастанию заболеваемости подтверждает проблему о том, что данная патология не исчезнет до тех пор, пока циркулирует стрептококк группы А. Несмотря на существенные успехи, достигнутые в течение второй половины минувшего столетия в лечении и профилактике острой ревматической лихорадки, в последние годы стало очевидно, что данная проблема еще не решена и сохраняет свою актуальность и в наши дни. В перспективе проблема ревматической лихорадки не потеряет своей актуальность. Так, за последние 2 - 3 года в России вновь наблюдается рост заболеваемости. Распространенность острой ревматической лихорадки среди школьников в настоящее время в различных регионах страны по-прежнему велика. Вспышки болезни, имевшие место в последнее десятилетие в разных странах мира, в том числе и в России, обусловлены ростом стрептококковой инфекции верхних дыхательных путей. При этом заболевании необходимо отметить, что роль социальных факторов в формировании вспышек болезни минимальна. Таким образом, тенденция к нарастанию заболеваемости подтверждает постулат о том, что данная патология не исчезнет до тех пор, пока циркулирует стрептококк группы А. В перспективе проблема ревматической лихорадки не потеряет своей актуальность. Я полагаю, что имеющий место в литературе спор о ревматизме—как об остром или хроническом заболевании — основан на недоразумении или, говоря точнее, на ненаучных, метафизических противопоставлениях „или—или". Всем ясно, что с точки зрения течения ревматического процесса, характера суставной атаки и цикла развития ревматической гранулемы—это острое, склонное к рецидивированию заболевание; с точки же зрения перестройки реактивности организма, создающей эту наклонность к рецидивированию острых приступов ревматизма, так же как и с точки зрения развертывания и течения ревматического поражения сердца, он представляет собой хроническую болезнь. Я полагаю также, что, как бы в конце концов ни разрешился вопрос о природе затяжного септического эндокардита— как самостоятельного заболевания или как эволютивной формы ревматизма,—в тех случаях, когда он протекает на фоне ревматизма, ревматического порока сердца, он выходит уже за пределы и ревматизма и сепсиса. Поэтому его следует рассматривать и именовать как ревмосепсис и лечить комбинированно салицилатами и антибиотиками. Предложенная в 1951 г. на объединенной конференции пленума Всесоюзного общества терапевтов и Антиревматического комитета классификация ревматизма, как показал опыт ее применения в течение истекших лет, в основном удовлетворяет предъявляемым к ней требованиям. Приходится только отметить, что решение некоторых диагностических вопросов наталкивается нередко на существенные затруднения. Лечение ревматизма до сих пор составляет проблему не более освещенную, чем и предыдущие вопросы. Мы не располагаем специфической этиологической терапией: известные до сих пор химиопрепараты и антибиотики не решают вопроса. Надежных терапевтических воздействий через макроорганизм мы также до сих пор не имеем: салицилаты оказывают отчетливое действие только на суставной и серозный компонент ревматического процесса, другие десенсибилизирующие средства еще менее эффективны, гормональная терапия действует только в период ее применения, специальные методы воздействия через нервную систему не разработаны. Вследствие этого и инвалидизация и летальность от ревматизма и ревматических поражений — особенно сердца—еще очень велики. Особенно большое значение в настоящее время имеет профилактика ревматизма, являющаяся знаменем нашего советского здравоохранения. Однако как теоретические основы ее при ревматизме, так и практические мероприятия еще далеко не разработаны. Профилактическое лечение ангин, хронических тонзиллитов, катаров верхних дыхательных путей и т. д. должно привлечь к себе несравненно большее внимание, чем до сих пор. Широко должно осуществляться правильное закаливание организма к простуде. Необходимо разрабатывать методы иммунопрофилактики ревматизма. Огромное значение в борьбе с ревматизмом и оказании практической помощи ревматикам имеет широко и правильно организованная диспансеризация. Эта мысль уже достаточно проникла в массы наших врачей, поэтому важнейшая задача учета и диспансеризации больных ревматизмом и ревматическими поражениями сердца, изучения условий заболеваемости и мер против них нуждается в настоящее время не столько в отстаивании самой идеи, сколько в разработке конкретных методических указаний по проведению этой работы. Не решены еще также и многие вопросы экспертизы трудоспособности и трудоустройства больных ревматизмом. Таким образом, проблема ревматизма, составляющая одну из главных проблем современной внутренней медицины, во многом требует еще дальнейшей углубленной разработки. Только наше советское государство создает все необходимые условия как для плодотворного развития науки, так и для успешного разрешения всех важнейших задач практического здравоохранения. На данный момент по данным статистики ВОЗ ревматизм остается одной из главных причин инвалидизации трудоспособного населения во многих развивающихся странах, тогда как в развитых странах частота встречаемости заболевания постепенно снижается

# Ревматизм - болезнь преимущественно молодого возраста. В группе риска чаще всего оказываются молодые люди 7-15 лет, однако повторные атаки ревматизма отмечаются и у лиц среднего и пожилого возраста, ранее перенесших атаки ревматизма с последующим формирование порока сердца. Причем у женщин это заболевание отмечается в 2 раза чаще, чем у мужчин.

# Распространенность ревматической лихорадки и ревматических пороков сердца и обусловленная ими высокая временная и стойкая нетрудоспособность взрослого контингента больных свидетельствуют о социальной значимости данной проблемы.

# Предмет изучения.

# Сестринский процесс при ревматизме.

# Объект.

# Роль медицинской сестры в профилактике ревматизма.

# Цель исследования - изучение сестринского процесса при ревматизме.

# Задачи.

# Для достижения данной цели исследования необходимо изучить:

# этиологию и предрасполагающие факторы ревматизма;

# клиническую картину ревматизма;

# методы диагностики и подготовку к ним;

# принципы лечения и профилактики ревматизма;

# манипуляции, выполняемые медицинской сестрой;

# особенности сестринского процесса при данной патологии.

# Для достижения данной цели исследования необходимо проанализировать:

# два случая, иллюстрирующие тактику медицинской сестры при осуществлении сестринского процесса у пациентов с данной патологией;

# основные результаты обследования и лечения описываемых больных в стационаре.

# Методы исследования, такие как:

# научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;

# эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования:

# - организационный (сравнительный, комплексный) метод;

# - субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза);

# - объективные методы обследования пациента (физикальные, инструментальные, лабораторные);

# -биографические (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);

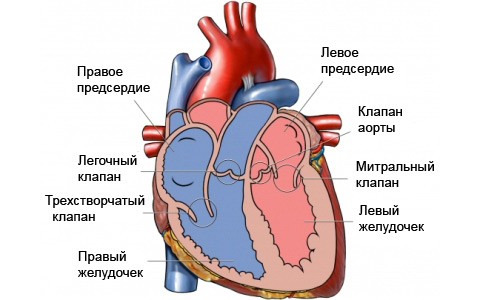
# -психодиагностический (беседа).

# Практическое значение дипломной работы.

# Подробно раскрыть и изучить проблемы пациента, а также этиологию, клинику, методы диагностики, лечение и элементы сестринского ухода в целях повышения качества оказания сестринской помощи при ревматизме.

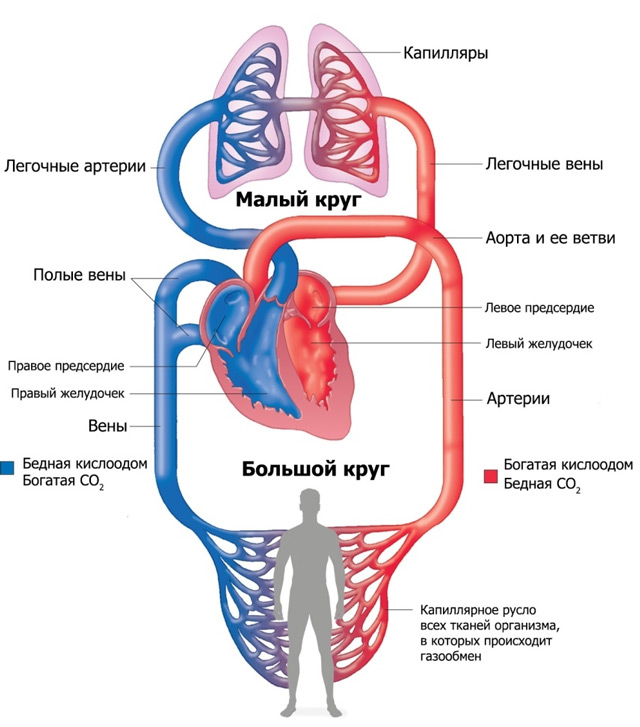
# 54468848646481.1.АФО сердца.

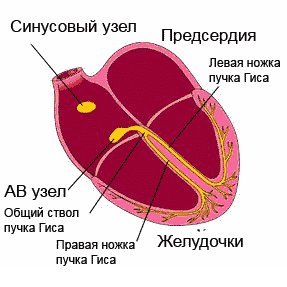
# Итак, сердце является не чем иным, как полым органом, состоящим из специфической мышечной ткани, которая и осуществляет моторную функцию. Сердце располагается в грудной клетке за грудиной, больше слева, а продольная ось его направлена кпереди, влево и вниз. Спереди сердце граничит с легкими, почти полностью прикрываясь ими, оставляя лишь незначительную часть, непосредственно прилегающую к грудной клетке изнутри. Границы этой части по другому называются абсолютной сердечной тупостью, а определить их можно с помощью простукивания грудной стенки (перкуссии).

Спереди сердце граничит с легкими, почти полностью прикрываясь ими, оставляя лишь незначительную часть, непосредственно прилегающую к грудной клетке изнутри. Границы этой части по другому называются абсолютной сердечной тупостью, а определить их можно с помощью простукивания грудной стенки (перкуссии).Задняя стенка сердца прилегает к пищеводу и к крупным магистральным сосудам (к грудному отделу аорты, к нижней полой вене). Сердце плода участвует в кровотоке по его организму, но отличается кругами кровообращения — у плода пока не работает собственное дыхание легкими, а «дышит» он через плацентарную кровь. В сердце плода существуют некоторые отверстия, позволяющие «выключать» легочной кровоток из кровообращения до родов. Во время родов, сопровождающихся первым криком новорожденного, и, следовательно, в момент повышения внутригрудного давления и давления в сердце ребенка, эти отверстия закрываются. Но это происходит далеко не всегда, и у ребенка они могут остаться, например, открытое овальное окно (не следует путать с таким пороком, как дефект межпредсердной перегородки. Формирование четырех камер (двух предсердий и двух желудочков) происходит уже в первые два месяца беременности. Мельчайшие структуры полностью формируются к родам. Именно в первые два месяца сердце эмбриона наиболее уязвимо для негативного влияния некоторых факторов на будущую маму.). Анатомические и функциональные особенности сердца..Анатомически сердце представляет собой орган, разделенный с помощью перегородок и клапанов на четыре камеры. «Верхние» две называются предсердиями (atrium), а «нижние» две — желудочками (ventriculum). Между правым и левым предсердиями располагается межпредсердная перегородка, а между желудочками — межжелудочковая. В норме эти перегородки не имеют в себе отверстия. Если же отверстия имеются, это приводит к смешиванию артериальной и венозной крови, и, соответственно, к гипоксии многих органов и тканей.. Такие отверстия называются дефектами перегородок и относятся к порокам **с**ердца. мере роста ребенка, зарастает. Границами между верхними и нижними камерами являются атрио-вентрикулярные отверстия — левое, прикрытое створками митрального клапана, и правое, прикрытое створками трикуспидального клапана. Целостность перегородок и правильная работа клапанных створок предотвращают смешивание кровяных потоков в сердце, и способствуют четкому однонаправленному движению крови. Предсердия и желудочки отличаются — предсердия имеют меньшие размеры, нежели желудочки, и меньшую толщину стенок. Так, стенка предсердий составляет порядка всего трех миллиметров, стенка правого желудочка — около 0.5 см, а левого — около 1.5 см. У предсердий имеются небольшие выступы – ушки. Они обладают незначительной присасывающей функцией для лучшего нагнетания крови в полость предсердий. В правое предсердие возле его ушка впадает устье полой вены, а в левое – легочные вены в количестве четырех (реже пяти). справа и луковица аорты слева. Изнутри верхние и нижние камеры сердца тоже отличаются и имеют свои особенности. Поверхность предсердий является более гладкой, чем желудочков. От клапанного кольца между предсердием и желудочком берут начало тонкие соединительнотканные клапаны — двустворчатый (митральный) слева и трехстворчатый (трикуспидальный) справа. Другим краем створки обращены внутрь желудочков. Хорды берут начало от сосочковых мышц из стенки желудочков — в составе трех в правом и двух в левом желудочке. Желудочки проталкивают кровь в аорту (слева) и в легочную артерию (справа). Условно сердце разделяется на правую и левую половину. Правая половина служит для потока исключительно венозной крови, а левая – для артериальной. Схематично «правое сердце» обозначается синим цветом, а «левое сердце» — красным. В норме эти потоки никогда не смешиваются. Основная функция сердца сводится к насосной, то есть к проталкиванию определенного кровяного объема в аорту с такими давлением и скоростью, чтобы кровь была доставлена к самым отдаленным органам и к мельчайшим клеточкам организма. Причем в аорту проталкивается артериальная кровь с высоким содержанием кислорода и питательных веществ, поступающая в левую половину сердца из сосудов легких (притекает к сердцу по легочным венам).Венозная кровь, с низким содержанием кислорода и других веществ, собирается от всех клеток и органов с систему полых вен, и притекает в правую половину сердца из верхней и нижней полых вен. Далее венозная кровь выталкивается из правого желудочка в легочную артерию, а затем в легочные сосуды с целью осуществления газообмена в альвеолах легких и с целью обогащения кислородом. В легких артериальная кровь собирается в легочные венулы и вены, и вновь притекает в левую половину сердца (в левое предсердие). И так регулярно сердце осуществляет перекачивание крови по организму с частотой 60-80 ударов в минуту.

Данные процессы обозначаются понятием «кругов кровообращения». Их два – малый и большой.

**Малый круг включает в** себя поток венозной крови из правого предсердия через трикуспидальный клапан в правый желудочек – затем в легочную артерию — далее в артерии легких – обогащение крови кислородом в легочных альвеолах – поток артериальной крови в мельчайшие вены легких – в легочные вены – в левое предсердие***.***

***Большой круг включает поток*** артериальной крови из левого предсердия посредством митрального клапана в левый желудочек – через аорту в артериальное русло всех органов – после газообмена в тканях и органах кровь становится венозной (с большим содержанием углекислого газа вместо кислорода) – далее в венозное русло органов – в систему полых вен- в правое предсердие. 

**Морфологические особенности сердца**. Если рассмотреть срезы сердца под микроскопом, то можно увидеть особенный тип мускулатуры, который больше не встречается ни в одном органе. Это разновидность поперечно-полосатой мускулатуры, но имеющей существенные гистологические отличия от обычных скелетных мышц и от мышц, выстилающих внутренние органы. Основная функция сердечной мышцы, или миокарда, заключается в обеспечении важнейшей способности сердца, составляющей основу жизнедеятельности всего организма в целом. Это способность к сокращению, или сократимость.Для того, чтобы волокна сердечной мышцы сокращались синхронно, к ним необходимо подвести электрические сигналы, которые и возбуждают волокна. В этом з сердечный цикл В норме электрический импульс зарождается в клетках синусового узла, который располагается в зоне ушка правого предсердия. За короткий промежуток времени (около половины миллисекунды) импульс распространяется по миокарду предсердий, а далее попадает в клетки атрио-вентрикулярного соединения. Обычно сигналы передаются к АВ-узлу по трем основным трактам – пучкам Венкенбаха, Тореля и Бахмана. В клетках АВ-узла время передачи импульса удлиняется до 20-80 миллисекунд, а затем импульсы попадают посредством правой и левой ножек (а также передней и задней ветвей левой ножки) пучка Гиса к волокнам Пуркинье, и в итоге, к рабочему миокарду. Частота передачи импульсов по всем проводящим путям равна частоте сердечных сокращений и составляет 55-80 импульсов в минуту.аключается другая способность сердца — проводимость. Итак, миокард, или сердечная мышца является средней оболочкой в стенке сердца. Внутренняя и внешняя оболочки представляют собой соединительную ткань, и называются эндокардом и эпикардом. Последний слой входит в состав перикардиальной сумки, или сердечной «сорочки». Между внутренним листком перикарда и эпикардом образуется полость, заполненная очень незначительным количеством жидкости, для обеспечения лучшего скольжения листков перикарда в моменты сердечных сокращений. В норме объем жидкости составляет до 50 мл, превышение данного объема может свидетельствовать о перикардите. Итак, миокард, или сердечная мышца является средней оболочкой в стенке сердца. Внутренняя и внешняя оболочки представляют собой соединительную ткань, и называются эндокардом и эпикардом. Последний слой входит в состав перикардиальной сумки, или сердечной «сорочки». Между внутренним листком перикарда и эпикардом образуется полость, заполненная очень незначительным количеством жидкости, для обеспечения лучшего скольжения листков перикарда в моменты сердечных сокращений. В норме объем жидкости составляет до 50 мл, превышение данного объема может свидетельствовать о перикардите. Морфологические особенности сердца. Если рассмотреть срезы сердца под микроскопом, то можно увидеть особенный тип мускулатуры, который больше не встречается ни в одном органе. Это разновидность поперечно-полосатой мускулатуры, но имеющей существенные гистологические отличия от обычных скелетных мышц и от мышц, выстилающих внутренние органы. Основная функция сердечной мышцы, или миокарда, заключается в обеспечении важнейшей способности сердца, составляющей основу жизнедеятельности всего организма в целом. Это способность к сокращению, или сократимость.Для того, чтобы волокна сердечной мышцы сокращались синхронно, к ним необходимо подвести электрические сигналы, которые и возбуждают волокна. В этом заключается другая способность сердца — проводимость. Проводимость и сократимость возможны за счет того, что сердце в автономном режиме генерирует в себе электричество. Данные функции (автоматизм и возбудимость) обеспечиваются особенными волокнами, которые являются составной частью проводящей системы. Последняя представлена электрически активными клетками синусового узла, атрио-вентрикулярного узла, пучком Гиса (с двумя ножками — правой и левой), а также волокнами Пуркинье. В том случае, когда у пациента поражение миокарда затрагивает эти волокна, развиваются нарушения сердечного ритма, по-другому называемые аритмиями.

**1.2.Определение, частота, причины**.

Сущность ревматического процесса, определяется деструктивными изменениями межклеточного вещества соединительной ткани. Главным является дезорганизация основного вещества и коллагеновых структур соединительной ткани сердца и сосудов, проявляющаяся тяжелым поражением клапанов сердца. Этим он отличается от других коллагенозов.Ревматизм уже давно вышел за пределы педиатрической и терапевтической практики. Он занимает видное место в неврологии (хорея, васкулит сосудов головного мозга, менингит, энцефалит), дерматологии (узловатая эритема, полиморфная экссудативная эритема и др.), офтальмологии (фликтена, иридоциклит), психиатрии и т. д.

**Основной причиной, вызывающей** ревматизм, является b-гемолитический стрептококк группы А. Это положение утвердилось после долгих поисков, ошибок и открытий.Можно выделить три основных взгляда на этиологию ревматизма:

1) ревматизм — полиэтиологическое заболевание аллергического генеза, в развитии которого стрептококк является только одной из причин

2) ревматизм — заболевание, вызываемое специфическим вирусом

3) ревматизм является инфекционно-аллергическим заболеванием, его возбудитель — стрептококк.

Кардиологи считают считают, что суставной ревматизм развивается вследствие сенсибилизации организма, обусловленной парентеральным поступлением в организм бактериопротеинов. Вначале этих взглядов придерживался Н. Д. Стражеско, выдвинувший положение, что ревматизм полиэтиологическое, но монопатогенетическое заболевание. Как пример приводился туберкулезный полиартрит типа Понсе. Однако уже в 1930 г. Н. Д. Стражеско указывал, что в большинстве случаев ревматизма удается высеять гемолитический стрептококк.

Положение о вирусном происхождении ревматизма основывалось на наличии вирусоподобных элементарных телец во взвеси, полученной из плеврального и перикардиального экссудатов больных ревматизмом и специфического антигена, не принадлежащего ни к какойфракции стрептококкового антигена в сыворотке крови больных ревматизмом. Г. Д. Залесский считал, что стрептококк, вызывая изменения в миндалинах, только способствует проникновению вируса в организм.Несомненно доказано ведущее значение стрептококковой инфекции в развитии ревматизма. Уже в исследованиях Н. Д. Стражеско было показано, что при особых методиках посева стрептококк высевается в 70% случаев ревматического полиартрита, в 64% — при различных формах эндокардита и в 100% случаев узловатой эритемы и хореи. В последние годы процент высева стрептококка при ревматизме снижается. Это можно объяснить тем, что больные, как правило, при появлении первых признаков заболевания, до установления диагноза, начинают принимать антибиотики, сульфаниламиды и аналгетики, что значительно снижает возможности высева стрептококка.

Выявление стрептококковой инфекции возможно по определению в крови титра антистрептококковых антител. Исследованиями многих авторов доказано, что наблюдающееся при ревматизме повышение титра антистрептококковых антител закономерно. Подтверждением стрептококковой этиологии ревматизма являются и эпидемиологические наблюдения, выявляющие несомненную связь между развитием ревматизма у людей молодого возраста и тонзиллитом, вызываемым гемолитическим стрептококком, а также предшествующими эпидемиями стрептококковых инфекций. И, наконец, успехи первичной и вторичной профилактики ревматизма, достигнутые в последние годы благодаря применению пенициллина и препаратов пенициллина продленного действия, обладающих выраженным противострептококковым действием, подтверждают стрептококковую этиологию ревматизма.Приняв теорию стрептококкового происхождения ревматизма, необходимо вместе с тем ответить на ряд вопросов. Известно, что стрептококковые инфекции, в том числе верхних дыхательных путей, очень распространены, однако ревматизм развивается не более чем в 3% случаев после перенесенной стрептококковой инфекции.

**Способствующие факторы**

Развитию ревматизма способствуют переохлаждение, неблагоприятные социальные условия, микроклиматические факторы (работа в сыром холодном помещении). Имеет значение также и наследственный фактор.

Ревматизмом болеют преимущественно дети и лица молодого возраста

# Ревматизмом болеют преимущественно дети и лица молодого возраста. Однако повторные атаки ревматизма отмечаются у лиц среднего и пожилого возраста.

# 1.3. Классификация

# В России общепринятой является классификация ревматизма, принятая в 1951 г. и дополненная в 1956 г.А.И. Нестеров предложил (1964) несколько изменить эту классификацию с тем, чтобы учитывалась степень активности процесса.

# Классификация ревматизма (А.И. Нестеров, 1964)

|  |
| --- |
|  |
| ***Фаза***  ***болезни*** | Клинико-анатомическая характеристика поражения | Характер течения | Состояние кровооб-ращения |  |
|  | Сердца | Других органов и систем |  |  |  |
| ***Актив-ная*** | Ревмокардит первичный без порока клапанов | Полиартрит, серозиты (плеврит, перитонит), абдоминальный синдром | Острое  Подострое | H0 |  |
| ***Актив-ность I, II, III***  ***степени*** | Ревмокардит возвратный с пороком клапанов | Хорея, энцефалит, менингоэнцефалит, церебральный васкулит, нервно-психические расстройства | Затяжное  Непрерывно-рецидиви-рующее | HI |  |
|  | Ревматизм без явных сердечных изменений | Васкулиты, нефриты, гепатиты, пневмонии, поражение кожи, ирит, иридоциклит, тиреоидит |  | HIIA  HIIБ |  |
| ***Неактив-ная*** | Миокардиосклероз ревматический порок сердца. | Последствия и остаточные явления | Латентное | HIII |  |
|  |  |  |  |  |  |

# 1.3 Клиническая картина

# Заболевание начинается чаще всего спустя 2-3 недели после после первоначальной стрептококковой инфекции (ангина, скарлатина, фарингит, обострения хронического тонзиллита, острой респираторной инфекции). Эти же болезни в дальнейшем могут иметь значение при обострениях (рецидивах) ревматизма. На фоне общего недомогания повышается температура тела (чаще до субфебрильных цифр), возможны боли в крупных суставах при движении.

# Существуют несколько форм ревматизма.

# 1.*Поражение сердечно-сосудистой системы* проявляется неприятными ощущениями в области сердца, перебоями, сердцебиениями, небольшой одышкой. Наблюдаются приглушенность тонов сердца, небольшой систолический шум на верхушке; иногда нарушения ритма - экстрасистолия, тахи- или брадикардия. Все эти признаки являются проявлением поражения мышцы сердца (ревматический миокардит, или ревмокардит). Если миокард поражен значительно, то могут появиться признаки сердечной недостаточности в виде отчетливой одышки, увеличения печени, нерезко выраженных отеков; границы сердца отчетливо расширены.

# *2. Ревматический полиартрит*. Первым симптомом ревматического полиартрита является нарастающая острая боль в суставах, усиливающаяся при малейших пассивных и активных движениях. К боли быстро присоединяется отечность мягких тканей в области суставов. Суставы припухшие, в них может накапливаться экссудат. Кожа над пораженными суставами горячая, пальпация их резко болезненна, объем движений из-за боли крайне ограничен. Характерно симметричное поражение крупных суставов - обычно коленных, лучезапястных, голеностопных, локтевых. Типична "летучесть" воспалительных изменений, проявляющаяся в быстром (в течение нескольких дней) обратном развитии артритических явлений в одних суставах и столь же быстром их нарастании в других.

# Все суставные проявления исчезают бесследно; даже без лечения они длятся не более 2 - 4 нед. При современной терапии клинические симптомы ревматического полиартрита могут быть устранены в течение первых суток

# *3.Ревматические васкулиты.*

# Все суставные проявления исчезают бесследно; даже без лечения они длятся не более 2 - 4 нед. При современной терапии клинические симптомы ревматического полиартрита могут быть устранены в течение первых суток

# v Ревматические васкулиты.

# Ревматические васкулиты (артерииты, флебиты, капилляриты) относятся к проявлениям ревматических висцеритов воспаление внутренних органов) и выявляются очень редко.

# *4.Ревматические поражения кожи.*

# К ним относятся ревматические узелки (плотные, малоподвижные, безболезненные образования, расположенные в подкожной клетчатке, суставных сумках, фасциях, апоневрозах), кольцевидная и узловая эритемы (бледно-розовые, едва заметные высыпания в виде тонкого кольцевидного ободка). Могут быть крапивница и другие кожные аллергические проявления.

# v Ревматические поражения других органов.

# *5.Ревматические поражения легких*, плевры, почек, пищеварительного аппарата в настоящее время встречаются редко, быстро подвергаются обратному развитию при соответствующем лечении.

# *6.Малая хорея.*

# Малая хорея - наиболее типичная форма нейроревматизма, наблюдаемая преимущественно у детей.

# Ревматические поражения центральной нервной системы.

# Острые ревматические поражения центральной нервной системы редки и протекают по типу менингоэнцефалита, хорошо поддаются противоревматической терапии.

# 1.6.Осложнения .

# После атаки ревматизма в большинстве случаев формируются пороки сердца: недостаточность митрального клапана - через 0,5 года, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия - через 1,5-2 года.

# После атаки ревматизма в большинстве случаев формируются пороки сердца: недостаточность митрального клапана - через 0,5 года, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия - через 1,5-2 года.

# После атаки ревматизма в большинстве случаев формируются пороки сердца: недостаточность митрального клапана - через 0,5 года, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия - через 1,5-2 года. Однако формирование порока сердца не является фатальной неизбежностью. У части больных при своевременном начале лечения и достаточной его длительности порок сердца не возникает. Чаще всего порок формируется после второй и даже третьей атаки ревматизма.

# Развитие осложнений ревматизма предопределяется тяжестью, затяжным и непрерывно рецидивирующим характером течения. В активной фазе ревматизма могут развиваться недостаточность кровообращения и мерцательная аритмия.

# Исходом ревматического миокардита может являться миокардиосклероз, эндокардит - пороки сердца (митральная недостаточность, митральный стеноз и аортальная недостаточность). При эндокардите также возможны тромбоэмболические осложнения (инфаркт почек, селезенки, сетчатки, ишемия головного мозга и др.). При ревматическом поражении могут развиваться спаечные процессы плевральной, перикардиальной полостей. Смертельно опасными осложнениями ревматизма служат тромбоэмболии магистральных сосудов и декомпенсированные пороки сердца.

# 1.4. Методы диагностики. Для распознавания ревматической атаки большое значение имеют установление связи начала заболевания с перенесенной стрептококковой инфекцией, выявление поражения сердца и суставов, изменение показателей лабораторно-инструментальных исследований.

# Для распознавания ревматической атаки большое значение имеют установление связи начала заболевания с перенесенной стрептококковой инфекцией, выявление поражения сердца и суставов, изменение показателей лабораторно-инструментальных исследований.

# *Опрос больного*

# Дает возможность определить связь ревматизма с перенесенной инфекцией (ангина, тонзиллит, гайморит, фарингит и др.). Выяснить, болеют ли родственники ревматизмом либо другими заболеваниями соединительной ткани, для установления генетической предрасположенности к ревматизму.

# *Осмотр больного*

# При осмотре больного обращает на себя внимание бледность кожи, акроцианоз (синюшность губ, кончика носа, ушей), одышка и отеки на ногах. При (аускультации) выслушивании сердца определяется специфический шум в сердце, ослабление сердечных тонов, расширение границ сердца и аритмия.

# *Лабораторные исследования:*

# общий анализ крови. Увеличение СОЭ, нейтрофилез со сдвигом влево (лейкоцитоз лишь при отчетливом поражении суставов);

# биохимический анализ крови. Отмечаются признаки воспаления в виде увеличения содержания в крови фибриногена, грубодисперсных фракций белков крови (повышение уровня a2-глобулинов);

# Исследование крови на ревмопробы. Возрастает содержание антител к антигенам стрептококка: анти-О-стрептолизина и антигиалуронидазы. В крови появляется С-реактивный белок.

# *Инструментальные исследования*:

# рентгенологическое исследование. При рентгенологическом исследовании в сердце и легких не выявляется никаких характерных изменений, однако при тяжелом течении ревмокардита и наличии признаков сердечной недостаточности размеры сердца могут быть увеличены;

# ЭКГ (электрокардиограмма). На ЭКГ у части больных выявляются признаки нарушения проводимости (удлинение интервала P-Q), появляются аритмии, а также снижение амплитуды зубца Т (так называемые неспецифические изменения зубца Т);

# *Подготовка к ЭКГ.*

# ЭКГ проводится после 15-20 минутного отдыха, не ранее, чем через 1 час после еды. Перед исследованием не рекомендуется плотный прием пищи. Исключается употребление кофе, крепкого чая и других тонизирующих напитков в течение 4-6 часов перед исследованием.

# На исследование иметь простынь (пеленку).

# ФКГ (фонокардиография) - это метод определения шумов в сердце. При проведении ФКГ прослушиваются шумы в сердце, присущие порокам сердца;

# *Подготовка к ФКГ.*

# ФКГ проводится после 15-20 минутного отдыха, не ранее, чем через 1 час после еды. Желательно проводить исследование утром. Рекомендуется легкий завтрак без использования тонизирующих продуктов (крепкого чая, кофе и т.п.). ФКГ записывают в положении больного лежа на спине, микрофон помещают на грудную клетку в точке наилучшего выслушивания клапанов сердца.

# УЗИ сердца - определяется снижение сократительной способности сердца, изменения структуры сердца при формировании пороков.

# 1.5 Принципы лечения.

# Применяется трехэтапная система лечения:

# Первый этап - длительное (4-6 недель) стационарное лечение в активной фазе; второй этап - послебольничное, санаторное или курортно-санаторное лечение; третий этап - диспансерное наблюдение, активное бициллино-медикаментозное лечение. В комплекс лечения должны входить: лечебно-охранительный и двигательный режим, рациональное питание, медикаментозные и физиотерапевтические средства, ЛФК (лечебная физкультура).

# Больные с активным ревматическим процессом (на фоне порока сердца или без порока сердца) подлежат госпитализации.

# Медикаментозное лечение.

# Медикаментозное лечение направлено на ликвидацию воспалительного процесса в сердце (а также в суставах и других органах) и на борьбу с очаговой инфекцией.

# При ревматизме этиотропная терапия направлена на бета-гемолитический стрептококк. Для борьбы с инфекцией назначают двухнедельный курс антибиотиков (чаще всего из группы пенициллина): например, внутримышечно пенициллин 2000000-4000000 ЕД/сут, ампициллина 2,0 г, оксациллина 2,0-3,0 г.

# *Второе направление* в лечении ревматизма занимает терапия, направленная на патогенез заболевания, так называемая патогенетическая терапия. Это прежде всего воздействие на различные фазы воспалительного процесса. При воспалении соединительной ткани в течение длительного времени назначают неспецифические противовоспалительные средства (НПВС), которые оказывают противовоспалительное, жаропонижающее и анальгезирующее действие: ацетилсалициловая кислота (100 мг/кг/сут в 5-6 приемов), индометацин (60 мг в/м, 1-2 раза в сутки), вольтарен (75 мг в/м 1 раз в день), ортофен (25-50 мг внутрь 2-3 раза в сутки). Следует помнить, что при приеме НПВС могут наблюдаться диспепсические расстройства в виде снижения аппетита, тошноты. Медицинская сестра должна предупредить об этом больного. Эти симптомы в значительной мере снижаются, если лекарственные средства принимать после еды. В редких случаях в желудке могут появиться изъязвления, что проявляется болями в подложечной области; возможны кровотечения из образовавшихся язв. Следствием кровотечений являются рвота кофейной гущей, черный жидкий стул, резкая слабость и падение содержания в крови эритроцитов и гемоглобина. Медицинская сестра первой может заметить эти симптомы. Она должна сообщить о них врачу, чтобы своевременно провести необходимые лечебные мероприятия.

# При выраженной активности ревматизма назначают кортикостероидные гормоны: преднизолон до 30мг в сутки, затем, по мере уменьшения проявлений болезни, доза уменьшается. Также используют дексаметазон (2-4,5 мг в сутки), триамцинолон (4-40 мг в сутки, внутрь).

# При прогрессировании сердечной недостаточности назначают сердечные гликозиды: дигоксин (1 таблетка по 0,25 мг 1-4 раза в сутки, внутрь), строфантин (0,025% раствора обычно 0,25 мг (1 мл), в/в), коргликон (0,5-1 мл 1-2 раза в сутки, в/в). Раствор строфантина и коргликона разводят предварительно в 10-20 мл 5%, 20% или 40% раствора глюкозы или изотонического раствора натрия хлорида.

# Мочегонные средства: фуросемид (20-60 мг 1-2 раза в сутки, в/м) верошпирон (внутрь по 0,05-0,3 г в сутки).

# При ревматизме с низкой степенью активности процесса большой эффект дает многомесячный прием аминохинолиновых препаратов делагила (0.5 г/ сутки за 2 приёма на протяжении 6-8 дней, внутрь после еды). Эти средства, как правило, переносятся хорошо. Однако у отдельных больных могут развиваться изменения глазного дна, что проявляется нарушением зрения. Кроме того, возможно развитие лейкопении, в связи с чем необходимо регулярно исследовать содержание лейкоцитов в крови.

# Для распознавания ревматической атаки большое значение имеют установление связи начала заболевания с перенесенной стрептококковой инфекцией, выявление поражения сердца и суставов, изменение показателей лабораторно-инструментальных исследований Витамины группы В повышают работоспособность сердечной мышцы, улучшают коронарное кровообращение, способствуют урежению сердечного ритма.

# Диетотерапия.

# Назначается диета №10 с ограничением жидкости до 1,5 л. Диета включает все основные компоненты (белки, жиры, углеводы, а также витамины), ограничивается прием поваренной соли (до 5-6г в сутки), прием жидкости, особенно при наличии признаков сердечной недостаточности, а также углеводов.

# Белковая пища (не менее 1 г на 1 кг массы) обладает десенсибилизирующими свойствами, повышает иммунобиологическую защиту организма, улучшает сократительную способность миокарда и функцию печени.

# Важное значение придается овощам и фруктам, которые содержат большое количество витаминов, а также калия и кальция.

# Важно соблюдать питьевой режим: жидкости не более 1,5 л в сутки, а при выраженной сердечной недостаточности прием жидкости следует ограничить до 1 л.

# После выписки из стационара все больные должны находиться на диспансерном учете у кардиолога и ревматолога, в поликлинике по месту жительства и продолжать амбулаторное лечение. С этой целью назначают бициллин - 3 в течение 2 месяцев, а затем бициллин - 5 ежегодно на протяжении 5 лет.

# При переходе ревматизма в неактивную стадию, больных рекомендуется направлять в лечебные санатории. В фазе ремиссии (стойкое отсутствие симптомов) используют грязелечение и лечебные ванны (углекислые, радоновые, кислородные и сероводородные).

# *Прогноз*

# Своевременное лечение ревматизма практически исключает непосредственную угрозу для жизни. Тяжесть прогноза при ревматизме определяется поражением сердца (наличием и тяжестью порока, степенью миокардиосклероза). Наиболее неблагоприятно с прогностической точки зрения непрерывно прогрессирующее течение ревмокардитов.

# Опасность формирования пороков сердца повышается при раннем возникновении ревматизма у детей, поздно начатом лечении. При первичной ревматической атаке у лиц старше 25 лет течение более благоприятно, клапанные изменения обычно не развиваются.

# 1.8.Профилактика

# Основой профилактики является укрепление сопротивляемости организма в отношении инфекции, а также борьба с ней.

# Различают:

# ·первичную профилактику - систему мероприятий по предупреждению заболеваний ревматизмом здоровых людей;

# · вторичную профилактику - систему мероприятий у лиц, ранее перенесших атаки ревматизма.

# Первичная профилактика заключается в возможной ликвидации факторов, способствующих развитию заболевания: улучшение социальных условий (питание, жилищно-бытовые условия, нормализация режима труда и отдыха) и условий труда. К числу мер первичной профилактики относятся закаливание, санация очагов хронической инфекции (хронический тонзиллит, гайморит и пр.) и правильное лечение заболеваний, вызванных стрептококком (ангина, обострение хронического тонзиллита).

# Вторичная профилактика заключается в проведении сезонной или круглогодичной бициллинопрофилактики. Для этого больных, перенесших ревматизм, ставят на диспансерный учет в кардиоревматологических кабинетах районной поликлиники.

# Вторичная профилактика также направлена на предупреждение осложнений, после перенесенного ревматизма.

# для профилактики рецидивов (повторов) ревматизма необходимо своевременно посещать врача и принимать бициллин (антибиотик из группы пенициллинов), который вводят внутримышечно раз в неделю (бициллин-3) или раз в месяц (бицилллин-5); это делается с целью борьбы с очаговой инфекцией. Бициллин - 5 ежемесячно, в течение 3 лет после перенесенного ревматизма, затем бициллин - 5 назначают только в осеннее - весенний период в сочетании с аспирином;

# после протезирования митрального клапана назначают прием нитроглицерина и бета - блокаторов (лекарственных средств регулирующих артериальное давление, нормализующих частоту сердечных сокращений, обладающих противоишемическим и противоаритмическим эффектом). Назначают препараты для снижения артериального давления (нитраты, мочегонные, ингибиторы АПФ и антагонисты кальция);

# рекомендовано санаторно-курортное лечение в Сочи и Цхалтубо (с применением сероводородных и радоновых ванн).

# Ревматологическая служба

# Оказание специализированной медицинской помощи больным ревматизмом возложено на ревматологическую службу.

# В задачи службы входит оказание лечебно-диагностической и консультативной помощи. Представлена данная служба республиканскими, краевыми, областными центрами, кабинетами поликлиник, специализированными отделениями в больницах.

# Ревматологический центр принимает активное участие в проведении мероприятий по повышению квалификации медицинских работников в области ревматологии, осуществляет медицинскую реабилитацию больных с ревматическими заболеваниями.

# Важное место в системе службы занимают ревматологические кабинеты поликлиник. Основными задачами специалистов, работающих в них, являются выявление, профилактика и оказание помощи заболевшим ревматизмом. Персонал кабинета осуществляет профилактические мероприятия, диспансерное наблюдение и лечение больных, оказывает консультативную помощь.

# Ревматологические отделения входят в структурные подразделения многопрофильных больниц, где оказывается высококвалифицированная диагностическая и лечебная помощь.

# Сестринский процесс при ревматизме

# Непосредственно сестринскому уходу за больным предшествуют расспрос, объективное исследование, позволяющее медицинской сестре оценить физическое и психическое состояние пациента, выявить его проблемы, заподозрить заболевание ревматизма, наметить план ухода.

# Анализ полученных данных помогает выявить проблемы пациента - сестринский диагноз. Наиболее значимыми являются:

# · боли в сердце;

# · боль в суставах;

# · одышка;

# · сыпь или узелки под кожей;

# · деформация суставов;

# · повышенное или пониженное АД;

# · субфебрильная температура.

# Палата, где находится больной, должна быть достаточно теплой, проветривание, влажная уборка обязательны. Физиологические отправления разрешаются вне постели, однако при наличии высокой активности патологического процесса (повышенная температура тела, боли в суставах, одышка) следует соблюдать постельный режим, чтобы снизить нагрузку на сердечно-сосудистую систему. Строгий постельный режим соблюдается больным в активной фазе не менее 2 недель. Двигательный режим расширяется по мере стихания активности ревматического процесса или уменьшения недостаточности кровообращения.

# Медицинская сестра информирует пациента и членов его семьи о сути заболевания, принципах лечения и профилактики, разъясняет ход определённых инструментальных и лабораторных исследованиях и подготовку к ним.

# *Сестринский уход за больным ревматизмом включает в себя:*

# Проведение беседы о:

# · значении соблюдения режима труда, быта, отдыха, питания;

# · правилах двигательного режима в активную фазу ревматизма;

# · правилах приема лекарственных препаратов;

# · значении систематической бициллино-медикаментозной профилактики;

# · значении периодического обследования в кардиоревматологическом кабинете.

# Осуществление контроля за переносимостью противоревматической терапии и своевременное выявление симптомов, говорящих об осложнениях медикаментозной терапии (диспептические расстройства, желудочно-кишечное кровотечение).

# Осуществление контроля за регулярностью приема медикаментов.

# Осуществление контроля за соблюдением диеты № 10. Контроль за передачами родственников

# Контроль АД, ЧДД, пульса, температуры тела, массой тела, суточным диурезом.

# Осуществление ухода за полостью рта, кожей, слизистыми, своевременная смена нательного и постельного белья.

# Обучение пациентов и их родственников уходу (самоуходу) при ревматизме.

# Четкое выполнение назначений врача.

# Глава№2.Исследовательская работа.

# 2.1.Характеристика базы исследования.

# Исследование проводила в кардиологическом отделении Бйнакской городской центральной больницы. Отделение расположено в главном корпусе стационара. В кардиологическом отделении стационара находится кабинет заведующего отделения, кабинет главной медсестры, процедурный кабинет, ординаторская, манипуляционная комната, где проводят подготовку пациентов к диагностическим обследованиям, душевые комнаты для пациентов и медперсонала, мужской и женский туалеты, туалет для персонала. Для отдыха пациентов имеется холл с мягкой мебелью и телевизором. В отделении развернуто два медицинский поста с необходимым оборудованием: рабочие столы с набором документации: должностные инструкции палатной медсестры, алгоритм выполнения врачебных назначений, рабочие журналы; медицинский шкаф для хранения медикаментов в соответствии со стандартными требованиями, шкаф для хранения предметов медицинского назначения, шкаф для хранения дезинфектантов и емкостей для дезинфекции. Процедурный кабинет состоит из двух блоков: первый – для проведения подкожных, внутримышечных, внутрикожных и внутривенных инъекций и забора крови на биохимический и бактериологический анализ; второй – для проведения инфузионной терапии. Также имеются шкафы для медикаментов, холодильник для хранения термолабильных препаратов (витамины, гормоны, хондропротекторы, инсулины), шкаф для хранения стерильных растворов, бактерицидный облучатель, емкости для дезинфекции предметов медицинского назначения одноразового использования, которые подлежат утилизации (шприцы, системы для вливания инфузионных растворов), кушетки, уборочный инвентарь.

**2.2.Материалы иследования.**

В ходе исследовательской работы

Мною были обработаны : истории болезни, карты амбулаторных работ

**2.3.Методы исследования**

**Наблюдение из практики 1.**

Пациент 17 лет поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом: ревматизм, активная фаза, ревмокардит HI степени, артрит правого коленного сустава. **Осуществляя I этап сестринского процесса** - сестринское обследование, была заполнена медицинская документация - лист первичной оценки. (Приложение 1)При обследовании установлены жалобы на: повышение температуры тела до 38, 20С, боль в области сердца, боль в области правого коленного суставе, слабость, снижение аппетита. Две недели назад перенес ангину. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни.Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые. Температура тела 37,10С, в легких дыхание везикулярное. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца глухие, ритмичные. Прослушивается систолический шум у верхушки. Пульс 102 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Правый коленный сустав отечен, горячий на ощупь, болезненный; движения в суставе ограничены из-за боли.На основе полученных результатов переходим к осуществлению

**II этапа сестринского процесса** - выявление нарушенных потребностей определение проблем - настоящие, потенциальные, приоритетные.Нарушенные потребности: быть здоровым, есть, пить, поддерживать нормальную температуру тела, двигаться.После определения проблем приступаем к осуществлению

**III этапа сестринского процесса** - планирование сестринских вмешательств.На **IV этапе сестринского процесса** происходит реализация сестринского ухода. (Приложение 2)

**На V этапе происходит оценка ре**зультатов сестринских вмешательств: пациент отмечает уменьшение болей в области сердца.

# Наблюдение из практики 2

# Пациентка, 35 лет, находящаяся на лечении в стационаре с диагнозом: ревматизм, активная фаза; сочетанный митральный порок сердца с преобладанием стеноза HIIA степени, пожаловалась медсестре на то, что у нее появилась одышка, чувство "нехватки воздуха”, кашель с выделением розовой пенистой мокроты.

# При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, цианотичные. Дыхание шумное, клокочущее, изо рта выделяется розовая пенистая мокрота, ЧДД 35 в мин. Тоны сердца глухие, пульс 120 в мин., АД 145/95 мм рт. ст.

# На фоне митрального порока сердца у больной развилась острая левожелудочковая недостаточность (отёк легкого), о чём свидетельствуют одышка, шумное клокочущее дыхание, кашель с розовой пенистой мокротой.

# Алгоритм действий м/с:

# 1. Вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи;

# 2. Обеспечить положение сидя с опущенными ногами для уменьшения притока венозной крови к сердцу, создать абсолютный покой, освободить от стесняющей одежды для улучшения условий дыхания;

# 3. Очистить ротовую полость от пены и слизи, с целью удаления механических препятствий прохождению воздуха;

# 4. Обеспечить ингаляцию увлажненного кислорода через пары этилового спирта с целью улучшения условий оксигенации и профилактики пенообразования,

# 5. Поставить грелки и горчичники к ногам на область голени с отвлекающей целью;

# 6. Обеспечить контроль за состоянием пациента (АД, пульс, ЧДД);

# 7. Наложение венозных жгутов на конечности с целью депонирования крови; (по назначению врача)

# 8. Приготовить к приходу врача: гипотензивные препараты, мочегонные средства, сердечные гликозиды;

# 9. Выполнить назначения врача.

# 2.4.Выводы

# Несмотря на то, что медицинская сестра самостоятельно не производит лечение больного, а лишь выполняет назначения врача, она все время присутствует рядом с пациентом и первая замечает изменения, происходящие в состоянии пациента.

# Медицинская сестра, в обязанности которой входит уход за больными, должна не только знать все правила ухода и умело выполнять лечебные процедуры, но и ясно представлять какое действие лекарства или процедуры оказывают на организм больного. Лечение ревматизма главным образом зависит от тщательного правильного ухода, соблюдения режима и диеты. В связи с этим возрастает роль медицинской сестры в эффективности проводимого лечения. Очень важной является и профилактика заболевания: медицинская сестра обучает членов семьи организации режима, питания и рассказывает о профилактическом лечении пациента.

# Заключение

# Изучив необходимую литературу и проанализировав два случая, можно сделать выводы: знание этиологии и способствующих факторов возникновения ревматизма, клинической картины и осложнений, особенностей диагностики данного заболевания и подготовки к ним, принципов лечения и профилактики, манипуляций поможет медицинской сестре осуществить все этапы сестринского процесса.

# В ходе работе показано, что использование всех этапов сестринского процесса, а именно:

# - 1 этап: оценка состояния (обследование) пациента;

# - 2 этап: интерпретация полученных данных (определение проблем пациента);

# - 3 этап: планирование предстоящей работы;

# - 4 этап: реализация составленного плана (сестринских вмешательств);

# - 5 этап: оценка результатов перечисленных этапов, позволяет повысить качество сестринской помощи.

# *Литература*

# *1.*Федеральный закон №323-ФЗ от 01.01.2012 года "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

# 2. Приказ №88 от 30.03.2007 "О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство".

# 3. Давлицарова К.Е., Миронова С.Н. "Манипуляционная техника". Издательство // Форум-Инфра-м, 2005.

# 4. Лычев В.Г., Карманов В.К. "Руководство по проведению практических занятий по предмету сестринское дело в терапии с куросм первичной медицинской помощи". Издательство // Форум, 2008.

# 5. Лычев В.Г., Карманов В.К. "Основы сестринского дела в терапии". Издательство // Феникс, 2008.

# 6. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. "Сестринское дело в терапии". Издательство // Медицинское информационное агенство, 2008.

# 7. Маколкин В. И, Овчаренко С. И." Внутренние болезни". Издательство // ГЭОТАР-Медиа, 2011.

# 8. Мухина С.А., Тарновская И.И. "Практическое руководство к предмету Основы сестринского дела". Издательство // Родник, 2009.

# 9. Мухина С.А., Тарновская И.И. "Теоретические основы сестринского дела". Издательство // ГЭОТАР-Медиа, 2010.

# 10. Смолева Э.В. "Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи". Издательство // Феникс, 2010.

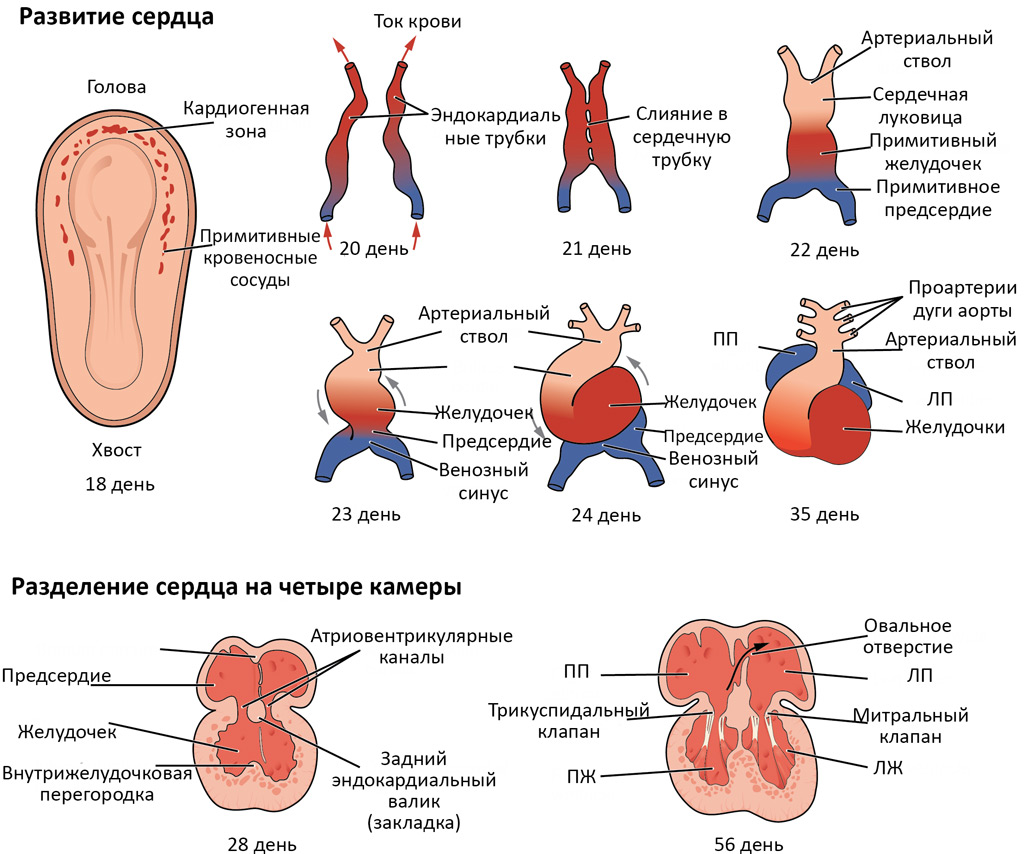
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

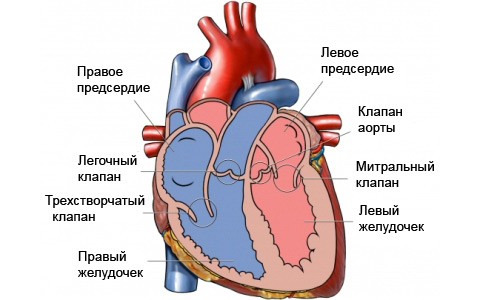
Таблица 3. Особенности диетического питания при ревматизме

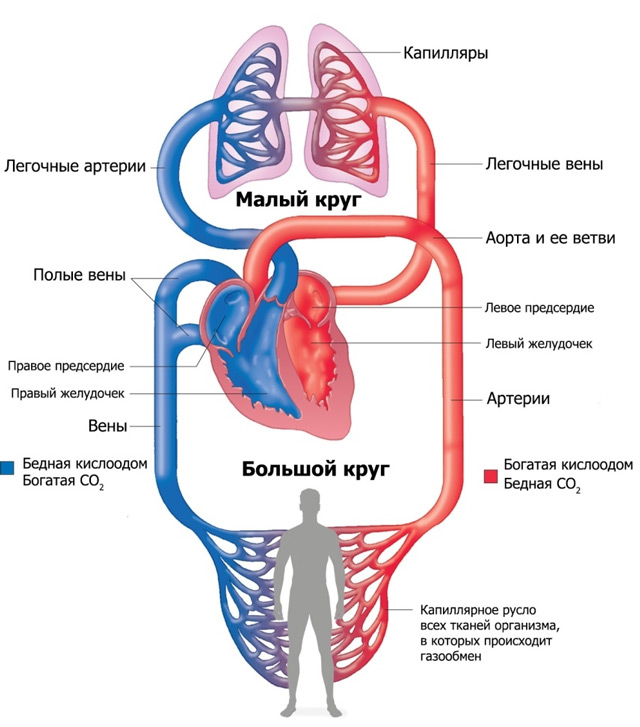
Стол №10.

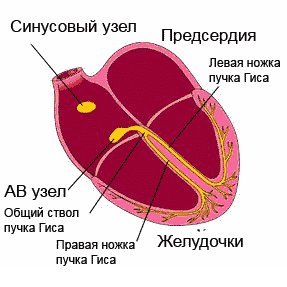
|  |
| --- |
|  |
| Диета № | Рекомендуемые продукты | Не рекомендуемые продукты |  |
| 10 | Хлеб и мучные изделия. Хлеб пшеничный из муки 1-го и 2-го сорта вчерашней выпечки или слегка подсушенный | Свежий хлеб; изделия из сдобного и слоеного теста, блины, оладьи |  |
|  | Супы.250-400 мл на прием, вегетарианские с разными крупами, картофелем, овощами (лучше с измельченными), молочные, фруктовые. Холодный свекольник. | Супы из бобовых, мясные, рыбные, грибные бульоны |  |
|  | Мясо и птица. Разрешаются нежирные сорта говядины, телятины, мясной и обрезной свинины, кролика, курицы, индейки. После зачистки от сухожилий и фасций мясо отваривают, а потом запекают или обжаривают. Готовят блюда из рубленого или кускового отварного мяса, заливное из отварного мяса. | Жирные сорта мяса, гуся, утку, печень, почки, мозги, копчености, колбасные изделия, мясные консервы. |  |
|  | Рыба. Можно употреблять нежирные сорта рыб в отварном виде или с последующим обжариванием, куском и рубленые. Блюда из отварных продуктов моря. | Жирные виды рыб, соленую, копченую, икру, консервы. |  |
|  | Молочные продукты. Молоко употреблять по переносимости, можно кисломолочные напитки, творог и блюда из него с крупами, морковью, фруктами. Ограниченно применяются сметана и сливки (только в блюда), сыр. | Соленые и жирные сыры |  |
|  | Крупы. Блюда из различных круп, приготовленные на воде или молоке (каши, запеченные пудинги и др.). Отварные макаронные изделия. | Бобовые. |  |
|  | Овощи. В отварном, запеченном, реже в сыром виде. Можно картофель, цветную капусту, морковь, свеклу, кабачки, тыкву, томаты, салат, огурцы. Белокочанную капусту и зеленый горошек следует ограничивать. | Соленые, маринованные, квашеные овощи, шпинат, щавель, редьку, редис, чеснок, репчатый лук, грибы. |  |
|  |  |  |  |

ой 









**ГБПОУ РД «БУЙНАКСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧИЛИЩЕ»**

**ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

**МАХТИБЕКОВОЙ УМУКУСЮМ УМАРОВНЫ.**

**Ст-ки 4 м/с «Ж»**

**РУКОВОДИТЕЛЬ: АТАЕВА МАРИНА МАХАЧЕВНА,**

**ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ТЕРПИИ ВЫСШЕЙ**

**КАТЕГОРИИ.**

**2020 год.**

**Доклад**

Здравствуйте уважаемые члены главной аттестационной комиссии. Я **Махтибекова Умукусюм Умаровна** выпускница 4 м/С Ж ,предлагаю вашему вниманию выпускную квалификационную работу .

**ТЕМА :**

« **Профессиональная деятельность м/с в реабилитации пациентов при острой ревматической лихорадке.»**

**Работа состоит из двух глав. В первой части я описала теорию, во второй практическую часть.**

**Актуальность темы** .Несмотря на существенные успехи, достигнутые в течение второй половины минувшего столетия в лечении и профилактике острой ревматической лихорадки, в последние годы стало очевидно, что данная проблема еще не решена и сохраняет свою актуальность и в наши дни. В перспективе проблема ревматической лихорадки не потеряет своей актуальности..

# Предмет изучения.

# Сестринский процесс при ревматизме.

# Объект.

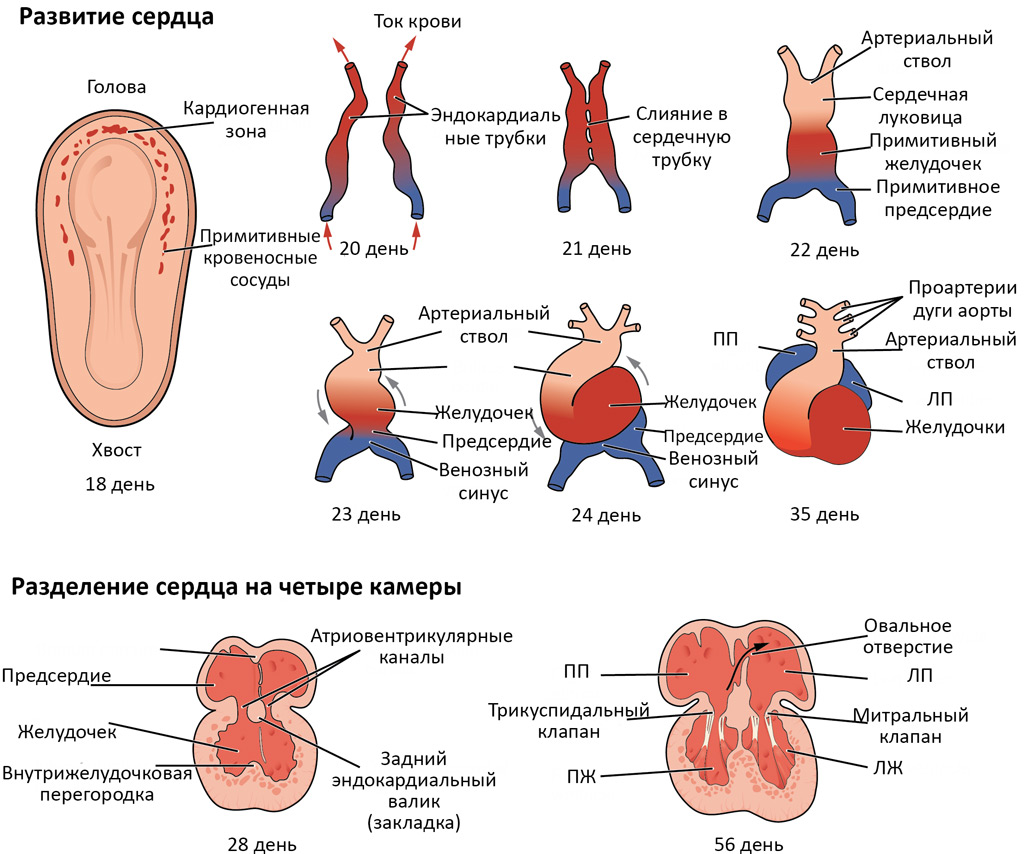
# Роль медицинской сестры в профилактике ревматизма.

**Цель исследования - изучение сестринского процесса при ревматизме**.

**1.1.АФО сердца.** Итак, сердце является не чем иным, как полым органом, состоящим из специфической мышечной ткани, которая и осуществляет моторную функцию. Сердце располагается в грудной клетке за грудиной, больше слева, а продольная ось его направлена кпереди, влево и вниз. Спереди сердце граничит с легкими, почти полностью прикрываясь ими, оставляя лишь незначительную часть, непосредственно прилегающую к грудной клетке изнутри. Границы этой части по другому называются абсолютной сердечной тупостью, а определить их можно с помощью простукивания грудной стенки (перкуссии).

Спереди сердце граничит с легкими, почти полностью прикрываясь ими, оставляя лишь незначительную часть, непосредственно прилегающую к грудной клетке изнутри. Границы этой части по другому называются абсолютной сердечной тупостью, а определить их можно с помощью простукивания грудной стенки (перкуссии) **Сердце имеет два предсердия , желудочка. Между отдела располагаются перегородки , клапаны. При поражении клапанов развиваются пороки.**





**1.2.Определение, частота, причины**.

Ревматизм это инфекционно-аллергическое , системное заболевание , характеризуется поражением соединительной ткани преимущественно крупных суставов и сердечно –сосудистой системы.

**Основной причиной, вызывающей** ревматизм, является b-гемолитический стрептококк группы А. Это положение утвердилось после долгих поисков, ошибок и открытий.Можно выделить три основных взгляда на этиологию ревматизма:

1) ревматизм — полиэтиологическое заболевание аллергического генеза, в развитии которого стрептококк является только одной из причин

2) ревматизм — заболевание, вызываемое специфическим вирусом

# 3) ревматизм является инфекционно-аллергическим заболеванием, его возбудитель — стрептококк.

# 1.3. Классификация

А.И. Нестеров предложил (1964) несколько изменить эту классификацию с тем, чтобы учитывалась степень активности процесса .Различают ; активную форму и неактивную форму ревматизма.

В зависимости от выраженности клинических симптомов различают ; легкую или неосложненную и тяжелую осложненную форму.

В зависимости от поражения систем выделяют;

1.суставная форма.

2.кардиальная форма.

3.кожная форма.

4.поражение ц.н.с. малая хорея.

5.висцеральная форма- поражение внутренних органов.

Хроническая ревматическая болезнь имеют ;

1. Стадию обострения
2. Стадию ремиссии.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**1.3 Клиническая картина**

Заболевание начинается чаще всего спустя 2-3 недели после после первоначальной стрептококковой инфекции (ангина, скарлатина, фарингит, обострения хронического тонзиллита, острой респираторной инфекции). Эти же болезни в дальнейшем могут иметь значение при обострениях (рецидивах) ревматизма. На фоне общего недомогания повышается температура тела (чаще до субфебрильных цифр), возможны боли в крупных суставах при движении.

Существуют несколько форм ревматизма.

**1.*Поражение сердечно-сосудистой системы*** проявляется неприятными ощущениями в области сердца, перебоями, сердцебиениями, небольшой одышкой. Наблюдаются приглушенность тонов сердца, небольшой систолический шум на верхушке; иногда нарушения ритма - экстрасистолия, тахи- или брадикардия. Все эти признаки являются проявлением поражения мышцы сердца (ревматический миокардит, или ревмокардит). Если миокард поражен значительно, то могут появиться признаки сердечной недостаточности в виде отчетливой одышки, увеличения печени, нерезко выраженных отеков; границы сердца отчетливо расширены.

***2. Ревматический полиартрит***. Первым симптомом ревматического полиартрита является нарастающая острая боль в суставах, усиливающаяся при малейших пассивных и активных движениях.К боли быстро присоединяется отечность мягких тканей в области суставов. Суставы припухшие, в них может накапливаться экссудат. Кожа над пораженными суставами горячая, пальпация их резко болезненна, объем движений из-за боли крайне ограничен. Характерно симметричное поражение крупных суставов - обычно коленных, лучезапястных, голеностопных, локтевых. Типична "летучесть" воспалительных изменений, проявляющаяся в быстром (в течение нескольких дней) обратном развитии артритических явлений в одних суставах и столь же быстром их нарастании в других.

Все суставные проявления исчезают бесследно; даже без лечения они длятся не более 2 - 4 нед. При современной терапии клинические симптомы ревматического полиартрита могут быть устранены в течение первых суток

***3.Ревматические васкулиты.***

Все суставные проявления исчезают бесследно; даже без лечения они длятся не более 2 - 4 нед. При современной терапии клинические симптомы ревматического полиартрита могут быть устранены в течение первых суток

v Ревматические васкулиты.

Ревматические васкулиты (артерииты, флебиты, капилляриты) относятся к проявлениям ревматических висцеритов воспаление внутренних органов) и выявляются очень редко.

***4.Ревматические поражения кожи.***

К ним относятся ревматические узелки (плотные, малоподвижные, безболезненные образования, расположенные в подкожной клетчатке, суставных сумках, фасциях, апоневрозах), кольцевидная и узловая эритемы (бледно-розовые, едва заметные высыпания в виде тонкого кольцевидного ободка). Могут быть крапивница и другие кожные аллергические проявления.

v Ревматические поражения других органов.

***5.Ревматические поражения легких***, плевры, почек, пищеварительного аппарата в настоящее время встречаются редко, быстро подвергаются обратному развитию при соответствующем лечении.

***6.Малая хорея.***

Малая хорея - наиболее типичная форма нейроревматизма, наблюдаемая преимущественно у детей.

Ревматические поражения центральной нервной системы.

# Острые ревматические поражения центральной нервной системы редки и протекают по типу менингоэнцефалита, хорошо поддаются противоревматической терапии.

# ДИГНОСТИКА.

***Опрос больного***

Дает возможность определить связь ревматизма с перенесенной инфекцией (ангина, тонзиллит, гайморит, фарингит и др.). Выяснить, болеют ли родственники ревматизмом либо другими заболеваниями соединительной ткани, для установления генетической предрасположенности к ревматизму.

***Осмотр больного***

При осмотре больного обращает на себя внимание бледность кожи, акроцианоз (синюшность губ, кончика носа, ушей), одышка и отеки на ногах. При (аускультации) выслушивании сердца определяется специфический шум в сердце, ослабление сердечных тонов, расширение границ сердца и аритмия.

***Лабораторные исследования:***

* общий анализ крови. Увеличение СОЭ, нейтрофилез со сдвигом влево (лейкоцитоз лишь при отчетливом поражении суставов);
* биохимический анализ крови. Отмечаются признаки воспаления в виде увеличения содержания в крови фибриногена, грубодисперсных фракций белков крови
* Исследование крови на ревмопробы. Возрастает содержание антител к антигенам стрептококка: В крови появляется С-реактивный белок.

***Инструментальные исследования***:

* рентгенологическое исследование. При рентгенологическом исследовании в сердце и легких не выявляется никаких характерных изменений, однако при тяжелом течении ревмокардита и наличии признаков сердечной недостаточности размеры сердца могут быть увеличены;
* ЭКГ (электрокардиограмма). На ЭКГ у части больных выявляются признаки нарушения проводимости (удлинение интервала P-Q), появляются аритмии, а также снижение амплитуды зубца Т (так называемые неспецифические изменения зубца Т);

**1.5 Принципы лечения.**

Применяется трехэтапная система лечения:

Первый этап - длительное (4-6 недель) стационарное лечение в активной фазе; второй этап - послебольничное, санаторное или курортно-санаторное лечение; третий этап - диспансерное наблюдение, активное бициллино-медикаментозное лечение. В комплекс лечения должны входить: лечебно-охранительный и двигательный режим, рациональное питание, медикаментозные и физиотерапевтические средства, ЛФК (лечебная физкультура).

# Больные с активным ревматическим процессом (на фоне порока сердца или без порока сердца) подлежат госпитализации.

# 1.8.Профилактика

Основой профилактики является укрепление сопротивляемости организма в отношении инфекции, а также борьба с ней.

**Различают:**

**·первичную профилактику** - систему мероприятий по предупреждению заболеваний ревматизмом здоровых людей;

**· вторичную профилактику** - систему мероприятий у лиц, ранее перенесших атаки ревматизма.

**Первичная профилактика** заключается в возможной ликвидации факторов, способствующих развитию заболевания: улучшение социальных условий (питание, жилищно-бытовые условия, нормализация режима труда и отдыха) и условий труда. К числу мер первичной профилактики относятся закаливание, санация очагов хронической инфекции (хронический тонзиллит, гайморит и пр.) и правильное лечение заболеваний, вызванных стрептококком (ангина, обострение хронического тонзиллита).

**Вторичная профилактика** заключается в проведении сезонной или круглогодичной бициллинопрофилактики. Для этого больных, перенесших ревматизм, ставят на диспансерный учет в кардиоревматологических кабинетах районной поликлиники.

**Глава№2.Исследовательская работа.**

**2.1.Характеристика базы исследования.**

Исследование проводила в кардиологическом отделении Бйнакской городской центральной больницы. Отделение расположено в главном корпусе стационара. В кардиологическом отделении стационара находится кабинет заведующего отделения, кабинет главной медсестры, процедурный кабинет, ординаторская, манипуляционная комната, где проводят подготовку пациентов к диагностическим обследованиям, душевые комнаты для пациентов и медперсонала, мужской и женский туалеты, туалет для персонала. **2.2.Материалы иследования.**

В ходе исследовательской работы

Мною были обработаны : истории болезни, карты амбулаторных работ

**2.3.Методы исследования**

**Наблюдение из практики 1.**

Пациент 17 лет поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом: ревматизм, активная фаза, ревмокардит HI степени, артрит правого коленного сустава. **Осуществляя I этап сестринского процесса** - сестринское обследование, была заполнена медицинская документация - лист первичной оценки. (Приложение 1)При обследовании установлены жалобы на: повышение температуры тела до 38, 20С, боль в области сердца, боль в области правого коленного суставе, слабость, снижение аппетита. Две недели назад перенес ангину. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни.Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые. Температура тела 37,10С, в легких дыхание везикулярное. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца глухие, ритмичные. Прослушивается систолический шум у верхушки. Пульс 102 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Правый коленный сустав отечен, горячий на ощупь, болезненный; движения в суставе ограничены из-за боли.На основе полученных результатов переходим к осуществлению

**II этапа сестринского процесса** - выявление нарушенных потребностей определение проблем - настоящие, потенциальные, приоритетные.Нарушенные потребности: быть здоровым, есть, пить, поддерживать нормальную температуру тела, двигаться.После определения проблем приступаем к осуществлению

**III этапа сестринского процесса** - планирование сестринских вмешательств.На **IV этапе сестринского процесса** происходит реализация сестринского ухода. (Приложение 2)

# На V этапе происходит оценка результатов сестринских вмешательств: пациент отмечает уменьшение болей в области сердца.

# 2.4.Выводы

Несмотря на то, что медицинская сестра самостоятельно не производит лечение больного, а лишь выполняет назначения врача, она все время присутствует рядом с пациентом и первая замечает изменения, происходящие в состоянии пациента.

Медицинская сестра, в обязанности которой входит уход за больными, должна не только знать все правила ухода и умело выполнять лечебные процедуры, но и ясно представлять какое действие лекарства или процедуры оказывают на организм больного. Лечение ревматизма главным образом зависит от тщательного правильного ухода, соблюдения режима и диеты. В связи с этим возрастает роль медицинской сестры в эффективности проводимого лечения. Очень важной является и профилактика заболевания: медицинская сестра обучает членов семьи организации режима, питания и рассказывает о профилактическом лечении пациента.

Таким образом, анализ литературы показал, что наиболее выраженный восстановительный эффект при реабилитации больных с ревматическими пороками сердца достигается при дифференцированном комплексном применении средств лечебной физической культуры и физитерапии, включающих аппаратную, бальнео-, гидро-, пеллоидо-, и аэротерапии

Выводы1. Анализ литературы и собственные клинические наблюдения показали, что ревматические пороки сердца являются одним из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, требующих хирургической коррекции

2. В комплексе реабилитационных мероприятий ведущее значение имеют кинезитерапия и различные физиотерапевтические процедуры

3. Наряду с аппаратной физиотерапией (УФО, УВЧ, индуктотерапия электрофорез), значительный лечебный эффект достигается при одновременном применении аэрогелиотерапии пеллоидотерапц бальнеотерапии в виде углекислых кислородных, родоновых, сульфидных азотный и йодобромных ванн.

Дальнейшие исследования будут направлены на изучение кинези- и физиотерапии на этапах

восстановительного лечения после хирургической коррекции клапанных пороков сердца.

# Заключение

# Изучив необходимую литературу и проанализировав два случая, можно сделать выводы: знание этиологии и способствующих факторов возникновения ревматизма, клинической картины и осложнений, особенностей диагностики данного заболевания и подготовки к ним, принципов лечения и профилактики, манипуляций поможет медицинской сестре осуществить все этапы сестринского процесса.

# В ходе работе показано, что использование всех этапов сестринского процесса, а именно:

# - 1 этап: оценка состояния (обследование) пациента;

# - 2 этап: интерпретация полученных данных (определение проблем пациента);

# - 3 этап: планирование предстоящей работы;

# - 4 этап: реализация составленного плана (сестринских вмешательств);

# - 5 этап: оценка результатов перечисленных этапов, позволяет повысить качество сестринской помощи.

**Список литературы**

1. Амосов А.Н., Бендет Я. А. Терапевтические аспекты кардиохирургии- К.: Здоровья ,1991.-296 с.

2. Бендет Я.А. Экспертиза трудоспособностибольных оперированных по поводу пороков сердца. -Киев: Здоровье, 1991.-318 с.

3. Боголюбова В.М. Курортологияи физиотерапия. В 2 Т. - М.: Медицина 1995,- 427 с.

4. Воловой В.Л. Реабилитация больных оперированных по поводу приобретенных пороков сердца.- М.: Медицина, 1989.-302 с.

5. Воронков Л.Г. Хроническая сердечная недостаточность Киев 2002,-136 с.

6. Ильяш М.Г. Новое в лечении пороков сердца. Изд.- ООО ДСГ Лтд, Киев. 2005,- 80 с.

7. Руденко Т. Л. Физиотерапия : Учеб. пособие.- Ростов н/Д. : Феникс, 2000,- 352 с.

8. Маколкин С.В. Сестринский уход в терапии 2011 год.

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ,**