



Тема: Диагностика ревматизма, приобретенных пороков сердца

ПМ.01 «Диагностическая деятельность»

МДК. 01.01 «Пропедевтика клинических дисциплин»

Выполнила:

Студентка 2 курса, 231 группы

Специальности 31.02.01 Лечебное дело

Емтыль Д.А.

Преподаватель:

Шевченко Л.М.



СОДЕРЖАНИЕ

1. Определение ревматизма , факторы риска
2. Причины появления ревматизма
3. Клинические симптомы ревматизма
4. Лабораторно-инструментальная диагностика
5. Приобретенные пороки сердца и их диагностика
6. Список использованных источников

Определение заболевания



Ревматизм (от др.-греч. ῥεῦμα, «поток, течение» — растекание (по телу)) — системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией патологического процесса в оболочках сердца.

• **Факторы риска развития ревматизма :**

- наличие ревматизма или системных заболеваний соединительной ткани у родственников первой степени родства (мать, отец, братья, сестры)
- женский пол
- возраст 7 — 15 лет
- перенесенная острая стрептококковая инфекция и частые инфекции носоглотки
- содержание в организме особого белка — В-клеточного маркера D8/17

Этиопатогенез



Основной причиной ревматизма является респираторная стрептококковая инфекция группы А. Как правило, заболеванию предшествуют ангина, тонзиллит, фарингит, скарлатина и т. д., во время которых иммунная система активно продуцирует специфические антитела для борьбы со стрептококками. Антитела обнаруживают возбудителей инфекции по определенным белковым молекулам, но такие же белки у некоторых людей присутствуют в соединительной ткани сердца и сосудов. В результате противострептококковые антитела атакуют собственные ткани, вызывая в них воспалительный процесс. В ряде случаев можно говорить о генетической предрасположенности, так как заболеваемость детей значительно выше в тех семьях, где у кого-то из родителей диагностирован ревматизм.

Патологический процесс носит аутоиммунный характер, поэтому заболевание протекает волнообразно, обостряясь под влиянием инфекции или неспецифических факторов (переохлаждения, физического напряжения, эмоционального стресса и пр.).

Клинические симптомы

- Характеризуется полисиндромностью с вовлечением в патологический процесс сердца, суставов, нервной системы, кожи и реже других органов.

РЕВМАТИЗМ



Усталость



Боль в суставах



Потеря аппетита



Ангина



Агрессивность



Сильное повышение давления



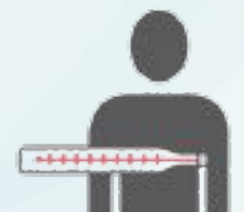
Заболевания сердца



Вспышки сыпи



Боль в сердце



Повышение температуры



Кашель



Боль в ногах



Кардиографические изменения



Боль в коленях

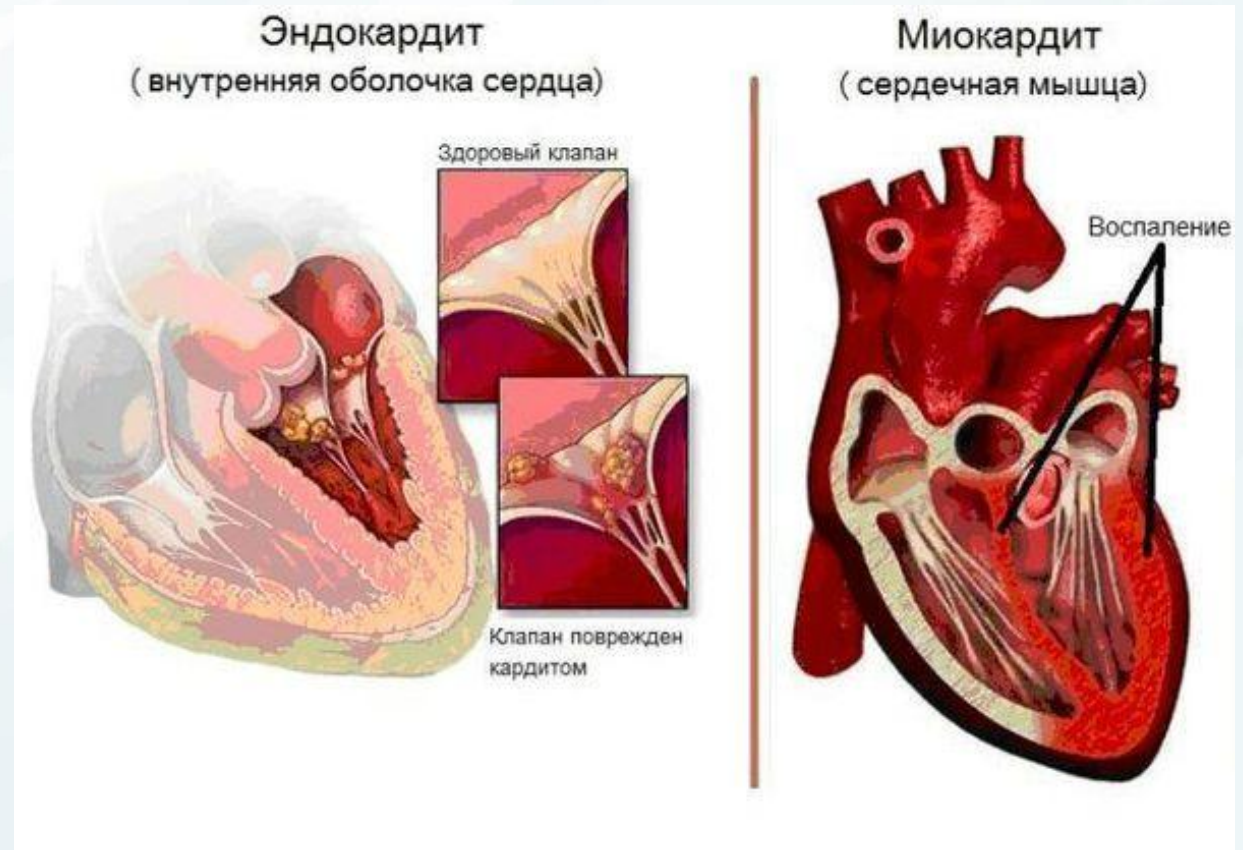


Проблемы суставов пальцев

Сердечная форма

Основным, а в большинстве случаев и единственным проявлением ревматизма является поражение сердца, вызванное воспалением — ревмокардит (кардит). При ревмокардите происходит одновременное поражение миокарда и эндокарда. Это главный синдром, определяющий тяжесть и исход заболевания.

В случае кардита взрослые пациенты испытывают дискомфорт в области сердца, перебои сердечного ритма, учащённое сердцебиение. Может быть лёгкая одышка при физической нагрузке



Суставная форма

При ревматизме возможно развитие ревматического полиартрита, который поражает опорно-двигательный аппарат. Пациенты жалуются на боли в крупных суставах, невозможность двигаться, увеличение суставов в объёме. Полиартрит может протекать изолированно или в сочетании с другим синдромом, чаще всего с кардитом.



Нервная форма



Ревматические поражения нервной системы встречаются преимущественно у детей. Стоит отметить такой симптом, как "малая хорея", или ревматическая хорея (хорея Сиденхама, пляска святого Вита). Она проявляется эмоциональной нестабильностью и насильственными, беспорядочными, произвольными движениями (гиперкинезами) верхней части туловища, верхних конечностей и мимической мускулатуры.

Начало постепенное: у пациентов возникает плаксивость, раздражительность, подёргивания мышц туловища, конечностей, лица. Они жалуются на неустойчивость походки, нарушение почерка.

Малая хорея (хорея Сиденгама)



Непроизвольные движения головы и пальцев при попытке держать руки прямо перед собой.

Кожная форма



Кольцевидная эритема — редкое, но специфическое клиническое проявление . Она появляется в период наибольшей активности процесса примерно у 7-17 % детей. Кольцевидная эритема представляет собой незудящую сыпь бледно-розовой окраски. Она не возвышается над уровнем кожи, появляется на ногах, животе, шее, внутренней поверхности рук. Элементы сыпи имеют вид тонкого ободка, который исчезает при надавливании. Диаметр элементов — от нескольких миллиметров до ширины детской ладони.

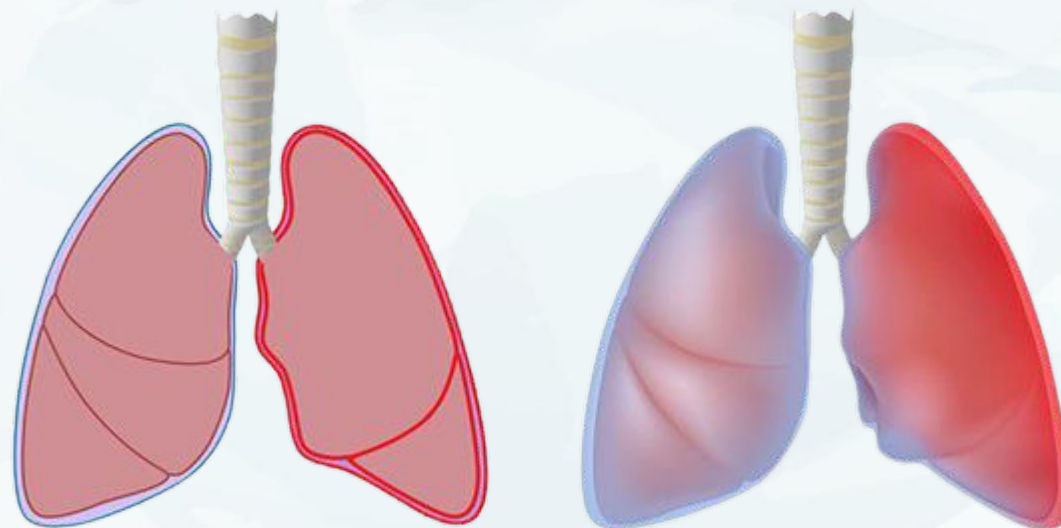


Подкожные ревматические узелки также являются редким признаком ревматизма. Это округлые, плотные, безболезненные образования, варьирующие по размерам от 2 мм до 1-2 см. Они образуются в местах костных выступов (вдоль остистых отростков позвонков, краёв лопаток) или по ходу сухожилий (обычно в области голеностопных суставов). Иногда представляют собой скопления, состоящие из нескольких узелков. Часто сочетаются с тяжёлым кардитом.



Висцеральная форма

Помимо перикардита возможно развитие плеврита (воспаления серозной оболочки, покрывающей поверхность лёгких). При ОРЛ чаще наблюдается сухой плеврит.. Может протекать клинически бессимптомно или сопровождаться болью при дыхании, сухим кашлем, иногда выслушивается шум трения плевры.



ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА



1. Клинический анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз, резко ускоренное СОЭ, очень редко - анемия (обычно у детей при тяжелом течении заболевания);
2. Б/хим.иссл.крови: появление С-реакт.белка +++ или ++++ ,повышение сиаловых кислот, глобулинов.
3. Идет повышенное расщепление гиалуроновой кислоты - становится положительной гексозо-дифениламиновая проба ДФА, которая в норме составляет 25-30 Ед.
4. Повышение титра антистрептолизина «О»(выше 1:250), титра антистрептогиалуронидазы и антистрептокиназы
(выше 1:300)
5. Увеличивается фибриноген крови .
6. В анализе мочи – б/изменений (м.б.протеинурия)
7. Бактериологическое исследование мазка из зева – обнаруживается бетта-гемалитический стрептококк группы А.
8. ЭКГ – проводится для уточнения характера нарушений ритма;
9. ЭхоКГ: проводится для оценки анатомической структуры сердца и состояния внутрисердечного кровотока, выявления митральной или аортальной регургитации, а также перикардита

Пороки сердца

Порок сердца – это анатомическое изменение клапанного аппарата и крупных сосудов, при котором нарушается структура и функция сердца.

ВЫДЕЛЯЮТ ПОРОКИ ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИБРЕТЕННЫЕ

- Врожденные возникают в результате нарушения нормального развития сердца во внутриутробном развитии.
- Приобретенные- это группа заболеваний сердца, которые обусловлены изменениями анатомии клапанного аппарата вследствие органического поражения, что вызывает значительное нарушение гемодинамики.

В 90 % случаев у взрослых и детей приобретенные пороки являются следствием перенесенной острой ревматической лихорадки.



Приобретенные пороки сердца

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

- **Клиническая картина.**
 1. В стадии компенсации больные не предъявляют жалоб и способны выполнять значительную физическую нагрузку.
 2. При снижении сократительной функции левого желудочка и развитии легочной гипертензии появляются одышка и сердцебиение при физической нагрузке. По мере нарастания легочной гипертензии возможны приступы сердечной астмы. У части больных в этой стадии появляется кашель, сухой или с отделением небольшого количества слизистой мокроты (иногда с примесью крови).
 3. При развитии правожелудочковой недостаточности появляются боли и тяжесть в области правого подреберья, отеки ног.



Объективные исследования

- **Пальпация**
 1. Смещение верхушечного толчка влево, толчок разлитой, усиленный.
- **Перкуссия**
 1. увеличение границы относительной тупости сердца влево (ЛЖ) и вверх (ЛП).
- **Аускультация**
 1. ослабление I тона, часто выслушивается у верхушки III тон, акцент и расщепление II тона над легочной артерией.
 2. систолический шум на верхушке мягкий, дующий или грубый с музыкальным оттенком в зависимости от выраженности клапанного дефекта, проводится в подмышечную впадину или на основание сердца. Шум наиболее громкий при средней степени митральной недостаточности, менее интенсивный — при незначительной или очень выраженной.
 3. В положении на левом боку на фазе выдоха шум выслушивается лучше

Митральный стеноз

- **Клинические симптомы.**
 1. В периоде компенсации жалоб нет.
 2. В периоде декомпенсации кашель с примесью крови в мокроте, одышка, сердцебиение, перебои и боли в области сердца, отеки на ногах, при выраженной декомпенсации — боли в области правого подреберья, увеличение живота.
- При осмотре
 1. цианотический румянец щек в виде «бабочки».
 2. акроцианоз, у детей — плохое физическое развитие, инфантилизм.
 3. «сердечный горб» (за счет гипертрофии и дилатации правого желудочка).
 4. пульсация в эпигастрии за счет правого желудочка.

- Пальпация- на верхушке сердца диастолическое дрожание — «кошачье мурлыканье».
- Перкуссия- увеличение границ ОТС вверх (ЛП) и вправо (ПЖ).
- Аускультация- хлопающий I тон, щелчок открытия митрального клапана, ритм «перепела» (хлопающий I тон, нормальный II тон, щелчок открытия митрального клапана), акцент и раздвоение II тона на легочной артерии.
- При значительной легочной гипертензии над легочной артерией может определяться диастолический шум Стилла (относительная недостаточность клапанов легочной артерии).

Диагностика

В настоящее время наиболее эффективным методом диагностики является ЭХО-кардиография с доплерографией, которая позволяет оценить выраженность порока и степень его декомпенсации.

Помимо этого, проводится ЭКГ и суточный мониторинг ЭКГ для установления ритма сердца, а также фонокардиография для регистрации тонов и шумов сердца. Для уточнения вида порока сердца проводится рентгенография.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Пропедевтика клинических дисциплин: В.М. Нечаев, Т.Э. Макурина, Л.С. Фролькис – ГЭОТАР-Медиа, 2019.
2. Пропедевтика внутренних болезней: Мухин Н.А., Моисеев В.С. – ГЭОТАР-Медиа, 2008.
3. <https://ru.wikipedia.org> › wiki
4. <https://www.invitro.ru/library/bolezni/27432/>
5. <https://www.google.com/search?q>