



**БОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

Лекция № 15

ТЕМА: «Врожденные пороки сердца. Острая ревматическая лихорадка»

**ДИСЦИПЛИНА: «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В
ПЕДИАТРИИ»**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ: 060109 «Сестринское
дело»**

Разработчик: О.В. Нечепоренко

План лекции

1. АФО ССС

2. Ревматическая лихорадка, этиология.

3. Клиника, проблемы пациентов при:

А) ревматическом кардите,

Б) полиартрите,

В) хорее

4. Диагностика.

5. Принципы лечения, сестринский уход.

6. Профилактика, диспансерное наблюдение.

АФО ССС

признак

значение

Овальное окно в МПП, открытый арт. проток у плода	Необходимы плоду пока не функционирует малый круг кровообращения
Богатое кровоснабжение сердечной мышцы	Часто развиваются воспалительные процессы и редко инфаркт
Более широкий просвет сосудов	У детей ниже АД Формула Молчанова $MAX = 80 + 2п$ $MIN = 1/2 - 2/3$ от MAX
Рост сердца отстает от длины тела, гормональный дисбаланс в пубертатный период	«юношеское сердце», часто обмороки, тахикардия боли в сердце, чаще у девочек
ЧСС или PS лабильный и более частый Новорожд.-120-140	Подсчет в спокойном состоянии и за 1 минуту

Острая ревматическая лихорадка

Болезнь Сокольского-Буйе.

Чаще болеют дети школьного возраста.

Острая ревматическая лихорадка – это системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы (с.с.с.).

Этиология:

1. ведущее значение придается *гемолитическому стрептококку группы А.*

Острая ревматическая лихорадка возникает через 2 – 3 недели после острой стрептококковой инфекции (ангины, фарингита, стрептодермии, скарлатины) или на фоне хронических очагов стрептококковой инфекции (например, хронического тонзиллита, кариеса зубов).

2. Не меньшее значение имеет нарушение *иммунного статуса*, т.е. острая ревматическая лихорадка – это *иммунное* заболевание. Стрептококк воздействует на организм своими токсинами, которые обладают свойствами антигенов, к которым вырабатываются антитела. В результате реакции «антиген + антитело» образуются иммунные комплексы, которые, циркулируя в сосудистом русле, фиксируются на стенках мелких сосудов, повреждают их и проникают в соединительную ткань, вызывая ее деструкцию(ЦИК)

Клиника, проблемы пациентов.

В клинической картине выделяют *активную и неактивную фазы*.

Продолжительность активной фазы составляет 10 – 12 мес. от начала клинических проявлений.

Наиболее часто у детей поражаются:

- с.с.с. – ревматический кардит (*Миокардит, эндокардит, перикардит, все оболочки – панкардит*);
- суставы – *ревматический полиартрит*;
- нервная система – *хорея*;

Реже встречаются:

- кольцевидная эритема;
- ревматические узелки.

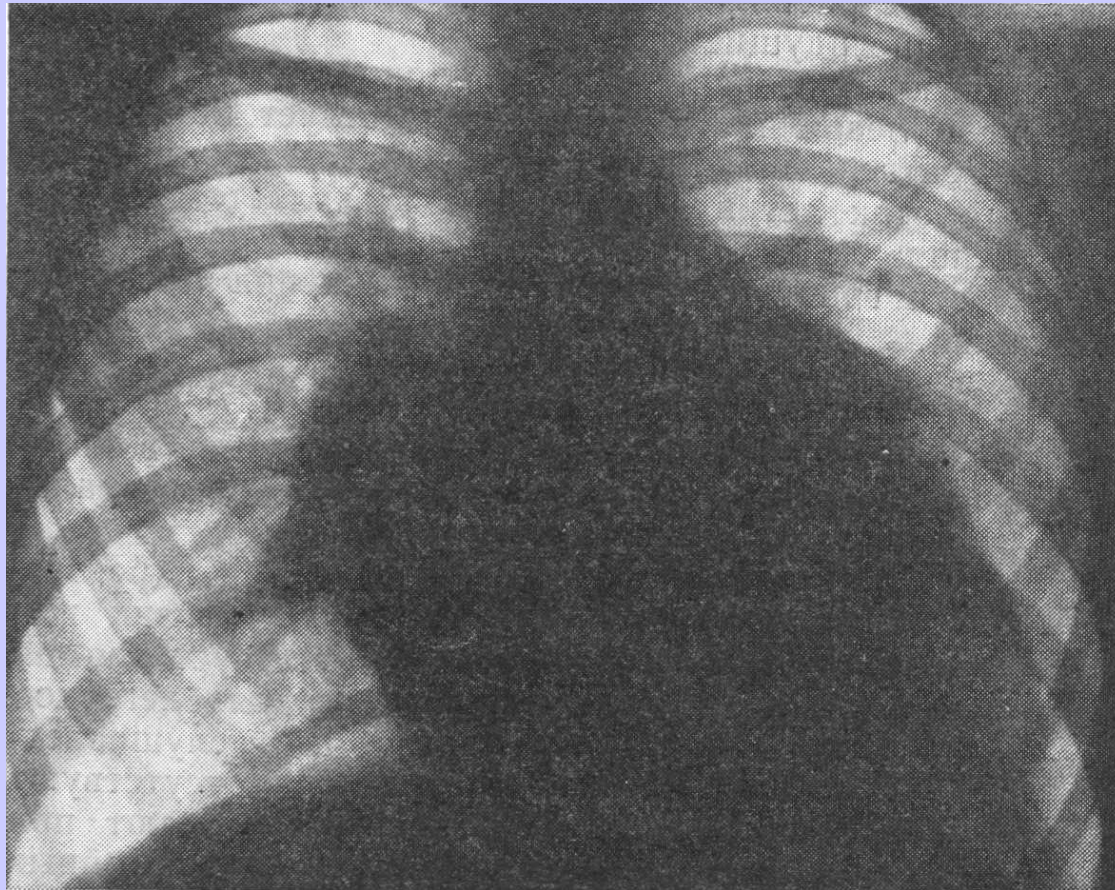
Проблемы пациентов при ревматическом кардите:

- общая интоксикация: повышение T тела, недомогание, вялость, снижение аппетита, головная боль и т.д.,
- боли или неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение,
- одышка, чаще после физической нагрузки,
- пульс – частый, аритмия.

При объективном обследовании со стороны с.с.с.:

- верхушечный толчок ослаблен,
- границы сердечной тупости расширены, больше влево,
- бради- или тахикардия;
- тоны сердца приглушены,
- выслушивается систолический шум, чаще на верхушке.

Потенциальные проблемы: развитие сердечно-сосудистой недостаточности, формирование приобретенных пороков сердца (недостаточность и стеноз митрального клапана).



Проблемы пациентов при ревматическом полиартрите

Характерно для ревматического полиартрита:

- Поражаются крупные или средние суставы (коленные, голеностопные, локтевые, лучезапястные).
- Поражения симметричны.
- Летучесть и миграция болей.
- Резко выражен болевой синдром.
- Пассивные и активные движения резко ограничены.
- Хороший эффект от противоревматического лечения(салицилаты
- Не остается последствий.

Хорея – нейроревматизм, ревматический подкорковый ревматизм. Чаще встречается у девочек, 90 % случаев – изолированно, реже – в сочетании с кардитом.

Заболевание развивается постепенно: ухудшаются самочувствие, сон, успеваемость в школе, ребенок становится раздражительным, плаксивым, рассеянным. Через 1 – 2 недели появляются

Основные проблемы пациентов:

- **гиперкинезы** – непроизвольные сокращения каких-либо мышц, усиливающиеся при эмоциях, воздействии внешних раздражителей и исчезающие во сне

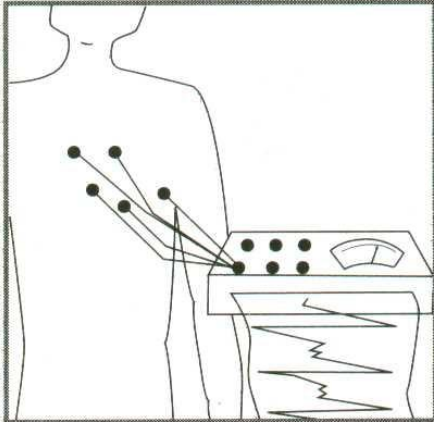
- **ГИПОТОНИЯ МЫШЦ** – положительные симптомы «дряблых плеч», «складного ножа», «складной руки»
- **нарушение координации движений:** ребенок не может повторить простые движения (проба Иогихеса), неустойчивость в позе Ромберга, отрицательные пальце-носовая и коленно-пяточная пробы; нарушение походки
- **нарушение эмоциональной сферы:** плаксивость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, быстрая смена настроения

Кольцевидная эритема – васкулит кожи. Розовые кольцевидные пятна на передней брюшной стенке, груди, боковой поверхности бедер. При надавливании исчезают, зуда нет, не шелушатся, мигрируют по телу, исчезают бесследно.

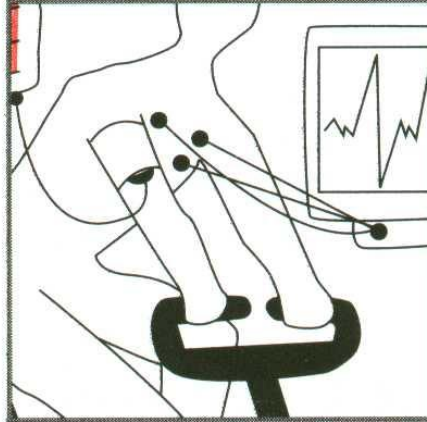
Ревматические узелки – плотные образования до 1,0 см в диаметре, расположены на тыле стопы, боковых поверхностях голеностопных суставов, ахиллова сухожилия, тыле ладони. Быстро исчезают.

Лабораторное обследование.

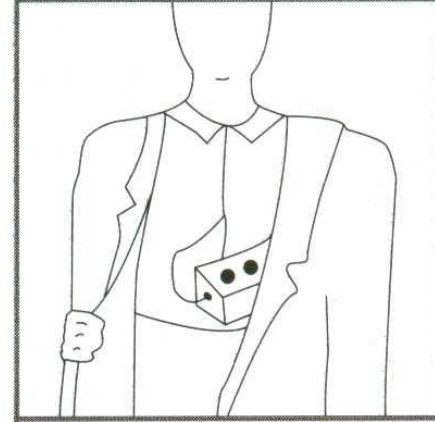
- ОАК: увеличение СОЭ, лейкоцитоз нейтрофильного характера, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
- Биохимический анализ крови:
на иммунотесты (ревматесты): повышение титров стрептококковых антител: АСЛ-О, АСК, АСГ; обнаружение С-реактивного белка, ДФА и повышение серомукоида; ЦИК +
- Поражение сердца подтверждается данными ЭКГ, ЭХОкардиографии и другими методами



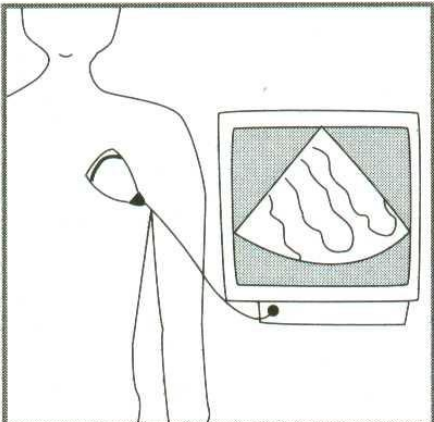
Электро-
кардиография



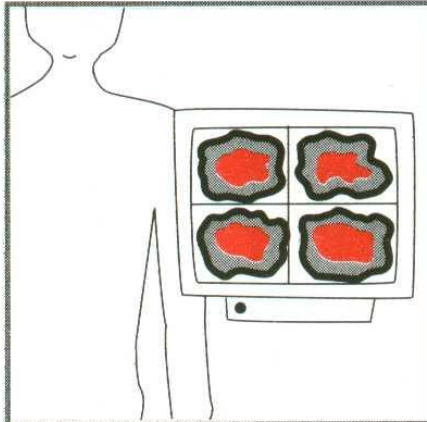
Вело-
эргометрия



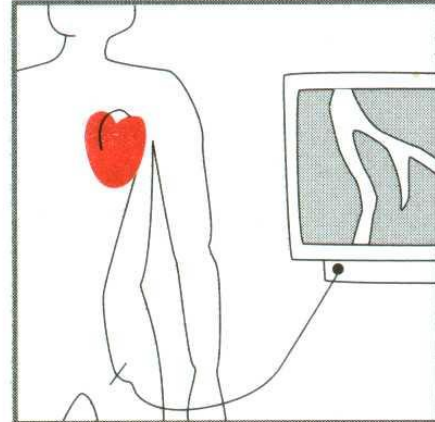
Холтеровское
ЭКГ-мониторирование



Эхо-
кардиография



Перфузионная
сцинтиграфия



Коронарная
ангиография

Лечение.

I этап – стационар.

Сестринский уход.

- постельный режим (2 – 3 недели), затем полупостельный и тренирующий, занятия ЛФК,
- возвышенное положение в постели,
- регулярное проветривание 4-5 раз в день,
- ограничить физическую и эмоциональную нагрузки, организовать досуг,
- помощь при проведении личной гигиены, уход за кожей, волосами, ногтями,
- диета – 4-5 разовое питание небольшими порциями,

- уменьшение количества поваренной соли,
- при гормонотерапии – продукты, богаты калием (изюм, курага, печеный картофель и др.),
- ограничение в питании облигатных аллергенов,
- ограничение жидкости при признаках сердечной недостаточности,
- профилактика сопутствующих инфекций,
- регулярный контроль за состоянием, ЧСС, ЧДД, АД, диурезом.

Медикаментозное лечение:

- антибактериальная терапия (борьба со стрептококковой инфекцией) - пенициллин, реже – цефалоспорины, макролиды (спирамицин, сумамед);
- Нестероидные противовоспалительные средства: *диклофенак, вольтарен, ортофен, найз, мовалис, индометацин,*
- Гормональная терапия: преднизолон – при тяжелых кардитах, угрозе формирования порока сердца.





- симптоматические средства: при сердечной недостаточности: диуретики (*фуросемид, верошпирон* и др.); гипотензивные средства: ингибиторы АПФ - *капотен, эналаприл*
- средства, регулирующие метаболические процессы в мышце сердца: карбоксилаза, вит. С, Е, рибоксин, милдронат
- при хорее – седативные средства, снотворные
- при полиартрите – физиотерапевтические процедуры
- санация хронических очагов инфекции.

2-ой этап – местный ревматологический санаторий или отделение реабилитации – в его задачу входит достижение полной ремиссии. Это достигается с помощью определенного лечебно-оздоровительного режима, занятий ЛФК, физиотерапевтическими процедурами и продолжением медикаментозной терапии.

3-ий этап – детская поликлиника.

Дети, перенесшие острую ревматическую лихорадку, берутся на Д-учет, группа Д-наблюдения – III или IV. Срок наблюдения: 3 – 5 лет.

- Наблюдение у педиатра и кардиоревматолога: 1-ый год – 1 раз в месяц, затем – 1 раз в 6 мес.
- Осмотр ЛОР-врача и стоматолога – 2 раза в год.
- Профилактические прививки по разрешению ревматолога.
- Освобождение от занятий физкультурой на 6 – 12 мес., затем подготовительная группа, через 2 года при полном благополучии возможен перевод в основную группу.
- ЭКГ не реже 1 раза в 6 мес., при поражении клапанов – не реже 1 раза в 3 мес.

Проведение вторичной профилактики:

Круглогодично, в течение 3 – 5 лет вводится пролангированный пенициллин: бициллин-5 внутримышечно.

Детям школьного возраста *1 500 000 ЕД* 1 раз в месяц.

Детям дошкольного возраста *750 000 ЕД* 2 раза в месяц.

Снимают с Д-учета при полной клинико-лабораторной ремиссии в течение 3 лет.

При сформировавшемся пороке сердца с Д-учета не снимают. При ХРБ с Д-учета не снимают и передают во взрослую сеть

IV этап – санаторно-курортное лечение – Малаховка, Сочи, Кисловодск, Белокуриха.

Профилактика.

Первичная профилактика – направлена на предупреждение первичного ревматического процесса, она включает:

- меры, направленные на повышение естественного иммунитета (закаливание, полноценное питание, соблюдение режима дня и т.д.)
- своевременное и правильное лечение острой и хронической стрептококковой инфекции
- введение однократно бициллина после перенесенной стрептококковой ангины
- систематические осмотры стоматологом и ЛОР-врачом
- оздоровление часто болеющих простудными заболеваниями детей.

Вторичная профилактика –
направлена на предупреждение рецидивов, система диспансерного наблюдения в детской поликлинике, круглогодичная бициллинопрофилактика.

круглогодично, в течение 3 – 5 лет вводится пролонгированный пенициллин:

ретарпен = экстенциллин внутримышечно, 1 раз в 3 недели, в дозе:

детям старше 12 лет 2 400 000 Е Д,

детям от 7 до 12 лет 1 200 000 Е Д,

детям младше 7 лет 600 000 ЕД.