БОУ Омской области медицинский колледж

Тема лекции:

Сестринский уход при ревматизме

Омск 2008

План

- Ревматизм: актуальность проблемы, социальная значимость
- Ревматизм: определение понятия, этиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз, исход, профилактика
- Основные проблемы при ревматизме. Решение проблем с позиции сестринского процесса
- Решение некоторых проблем пациента

Ревматизм: актуальность проблемы, социальная значимость

- болеют в основном дети и молодые люди с генетической предрасположенностью
- женщины в 3 раза чаще
- исходы ревматизма являются в большом проценте случаев причинами инвалидности из-за недостаточности кровообращения у лиц зрелого возраста

Ревматизм — это системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы.

Этиология

- Бета гемолитический стрептококк группы А

Патогенез

- Токсическая теория: продукты жизнедеятельности стрептококка (стрептолизины O и S, протеазы, дезоксирибонуклеазы) оказывают токсическое действие на организм

Патогенез

- Иммунная: основана на том, что после внедрения стрептококка до начала заболевания проходит 3 недели, в течение которых образуются противострептококковые антитела

Патоморфология:

Стадия мукоидного набухания:

- происходит накопление кислых мукополисахаридов)
- длится 4 - 6 недель.
- Возможно обратное развитие.

Патоморфология:

Стадия фибриноидных изменений:

- дезорганизация коллагеновых волокон, т.е. нарушение их структуры, больше в эндокарде и образование фибриноида.
- Длительность 4 - 6 недель.
- Обратима.

Патоморфология:

- **Образование гранулемы Ашофф-Талалаева** - морфологическая единица ревматизма. Образование группы клеток, их разрастание, среди которых выделяют особые клетки Аничкова.
- Длительность 4 - 6 недель.
- Обратима.

Патоморфология:

Склеротические процессы:

- разрастание грубой соединительной ткани.
- Необратима.
- В это время формируется порок сердца, кардиосклероз.
- Длительность 4 - 6 недель.

Клиника

- **Латентный** (преморбидный) период. От начала внедрения возбудителя до явных клинических проявлений.

Клиника

- **Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ)**, первичная атака - период острых клинических проявлений
- **Повторная ОРЛ**

Клиника

- **Исходы:**

А) выздоровление

Б) Хроническая ревматическая болезнь

- ✔ без порока
- ✔ с пороком

Хроническая ревматическая болезнь

Клинически проявляется:

- эпизодами повторной острой ревматической лихорадки (суставной синдром, поражение серозных оболочек, легких, печени, почек)
- ведущим является кардит с прогрессирующей недостаточностью кровообращения.

Латентный (преморбидный)

- От начала внедрения возбудителя (ангина, фарингит, пневмония, синусит…) до явных клинических проявлений ревматизма.

Латентный (преморбидный)

- бессимптомно
- клинические симптомы выздоровления от острой стрептококковой инфекции
- симптомы затянувшегося течения острой стрептококковой инфекции: недомогание, артралгии, носовые кровотечения, бледность кожного покрова.

Латентный (преморбидный)

- ОАК: лейкоцитоз, ускорение СОЭ, эозинофилия
- ЭКГ: экстрасистолия, тахикардия
- Иммунный статус: увеличение титра антистрептолизина О, S.

Период острых клинических проявлений – острая ревматическая лихорадка, первичная атака

- Начало: острое или подострое. Через 7-14 дней после острой стрептококковой инфекции.
- Температура до 39-40° без озноба.

Особенность современного течения: лихорадка может быть не столь выражена.

Полиартрит – воспаление суставов

Общие признаки артрита (неспецифические):

1. боль в суставах,
2. отечность тканей над воспаленными суставами,

Полиартрит – воспаление суставов

Общие признаки артрита (неспецифические):

3. покраснение кожи
4. местное повышение температуры кожи (горячая на ощупь)
5. ограничение объёма движений в суставе

Специфические признаки:

- поражение **крупных** суставов (коленные голеностопные, тазобедренные, локтевые, плечевые, лучезапястные)
- **летучесть** - нарастание признаков воспаления суставов в одной группе с их угасанием в другой
- **симметричность** - одновременное поражение суставов на одном уровне на симметричных сторонах

Специфические признаки:

- сравнительно **быстрый эффект** от противовоспалительных препаратов, признаки воспаления исчезают даже самостоятельно, без лечения через 8-10 суток

- **не остается деформации** после стихания воспалительного процесса

Кардит – воспаление эндокарда и миокарда

Ревматическим процессом охватываются все слои:

- **эндокардит** - воспаление эндокарда
- **миокардит** - воспаление миокарда
- **кардит** – воспаление эндокарда и миокарда
- **перикардит** – воспаление перикарда
- панкардит – воспаление всех трёх оболочек

Эндокардит - воспаление эндокарда

- изменение систолического шума на верхушке спустя 2-3 недели от начала острых проявлений:
- более интенсивный
- усиливается при перемене положения
- сопровождается волной лихорадки с ознобом.

Исход: ***формирование порока сердца.***

Миокардит – воспаление миокарда

3 формы (степени тяжести) кардита

- **Легкая** : нет увеличения размеров сердца и нет застойной сердечной недостаточности.
- **Средняя** : увеличение размеров сердца - кардиомегалия, нет застойной сердечной недостаточности.
- **Тяжелая** : кардиомегалия, признаки сердечной недостаточности и тяжелые нарушения ритма.

Виды миокардита по площади поражения:

- очаговый
- диффузный миокардит

Очаговый миокардит

- состояние средней тяжести,
- признаки сердечной недостаточности отсутствуют (редко одышка)
- слабая боль и неприятные ощущения в области сердца
- сердцебиение

Очаговый миокардит

- АД - норма
- сердце в размерах не увеличено
- тоны сердца могут быть слегка приглушены (1 тон)
- мягкий систолический шум

Диффузный миокардит

- тяжелое общее состояние
- выраженная слабость
- признаки острой сердечной недостаточности
- выраженная тяжесть, боль в области сердца
- нарушение ритма и частоты (ТК, БК, синусовая аритмия)

Диффузный миокардит

- верхушечный толчок слабый
- увеличение сердца (при перкуссии левая граница смещена влево)
- аускультация: глухость тонов, патологические 3 и 4 тоны, систолический шум у верхушки (мышечный)
- кожный покров бледный или цианоз

Исход: ревматический кардиосклероз

Ревматический перикардит – воспаление перикарда

Виды перикардита:

- Сухой
- Экссудативный

Сухой перикардит (фибринозный)

- постоянная **боль** в области сердца, больше по левому краю грудины
- аускультация: **шум трения перикарда** по левому краю грудины

Экссудативный перикардит

- повышение лихорадки, ухудшение состояния
- жалобы на боль, давление в груди
- **одышка**, усиливается в положении лежа
- верхушечный толчок не пальпируется
- границы сердца увеличены влево

Исход перикардита

- Спаечный процесс в перикарде

Поражение других органов и систем

- В основе их лежит иммунное воспаление и ревматический васкулит – воспаление сосудов.

Нервная система - малая хорея

- В детском и юношеском возрасте. Протекает с рецидивами, но к 17-18 годам заканчивается.

Нервная система - малая хорея

Клиника:

- внезапное изменение психического состояния ребенка: плаксивость, эмоциональная неустойчивость, пассивность, повышенная утомляемость,

Нервная система - малая хорея

- двигательное беспокойство с **гиперкинезами** (гримасничанье, невнятность речи, дизартрия, нарушение почерка, насильственные вычурные движения туловища)
- мышечная слабость с **гипотонией**: симптом «дряблого плеча», невозможность удержать ложку

Малая хорея

- *Малая хорея (ревматическая хорея, хорея Сиденгама). Хорея – от греческого «пляска». В 15 веке в Европе широко распространился вид истерии, которую называли пляской Святого Витта. В 1686 году Сиденгам назвал этим термином описанную им ревматическую хорею. Непроизвольные движения при попытке держать руки прямо перед собой. Пальцы сгибаются, голова отклоняется, кисти поворачиваются. Движения быстрые, беспорядочные, плавные и размашистые, сопровождаются подёргиванием мимических мышц. Хорея развивается через несколько месяцев после стрептококковой инфекции, в основном у детей и подростков, чаще у девочек. Хореические движения развиваются постепенно и могут захватывать все группы мышц. Малая хорея продолжается несколько месяцев и после 18 лет, как правило, прекращается.*

Кожный покров - ревматический дерматит

- **Кольцевидная эритема**: бледно-розовые с синеватым оттенком кольцевидные высыпания, не возвышаются над покровом кожи, легко исчезают при надавливании, не оставляют пигментации, шелушения

Кожный покров - ревматический дерматит

- **Ревматические узелки** в коже, сухожилиях, фасциях сосудах. На 2-3 неделе ревматической атаки около суставов пальцев рук, ног, коленных, локтевых, на разгибательных поверхностях
- **Экссудативная эритема**

Кольцевидная эритема

бледно-розовые с синеватым оттенком кольцевидные высыпания, не возвышаются над покровом кожи, легко исчезают при надавливании, не оставляют пигментации, шелушения

Экссудативная эритема

Лёгкие

- ревматические пневмониты: клиника пневмонии
- ревматический плеврит: сухой или экссудативный.

Нет эффекта от лечения антибиотиками.

Положительный эффект от лечения НПВП.

Почки

- кратковременная протеинурия
- микрогематурия
- редко цилиндрурия
- клиника гломерулонефрита без отёков и высокого АД

Органы пищеварения

- абдоминальный синдром: приступообразная боль в животе, с мышечным напряжением, метеоризмом, рвотой, поносами или запорами
- нарушение функции поджелудочной железы
- нарушение функции печени (диффузный гепатит)

Полисерозит – воспаление серозных оболочек

- **плеврит** – воспаление плевры
- **перикардит** – воспаление перикарда
- **перитонит** – воспаление брюшины

Диагностика

Большие диагностические признаки - признаки Киселя — Джонса – это совокупность признаков, при наличии которых диагноз достоверен

- **Ревматический анамнез:** стрептококковая инфекция: ангина или фарингит, или скарлатина + латентный период 10-14 дней
- Ревматический кардит
- Ревматический полиартрит
- Ревматическая хорея
- Ревматическая кольцевидная эритема

Малые диагностические признаки – это совокупность признаков, при наличии которых диагноз вероятен

- повышение температуры
- адинамия
- утомляемость
- раздражительность
- слабость
- носовое кровотечение
- абдоминальный синдром

Лабораторные показатели

Специфические:

увеличение титра антистрептококковых антител:

- АСЛ-О, АСЛ-S, АСК,
- Фибриноген,
- Серомукоид,
- ДФА

Лабораторные показатели

Неспецифические:

- ОАК: Лейкоцитоз, ускорение СОЭ, гипохромная анемия, эозинофилия
- БАК: Диспротеинемия, С-РБ высокий, альфа-2 и гамма-глобулины

Хроническая ревматическая болезнь сердца

- с пороком сердца
- без порока на фоне:
  - кардиосклероза: нарушение проводимости и ритма
  - дистрофии миокарда

ЛЕЧЕНИЕ

- **1 этап - стационарный** — лечение активной фазы;

ЛЕЧЕНИЕ

- **2 этап** — послебольничное лечение **в местном санатории**, загородном стационаре или в поликлинике (завершение лечения, начатого в стационаре);

ЛЕЧЕНИЕ

- **3 этап — лечение в поликлинике** и длительное многолетнее диспансерное наблюдение ревматологом.

Режим

Постельный :

- при тяжелом кардите — около 2 недель,
- при кардите средней тяжести — примерно 10 дней,
- при легком кардите — 5 дней,
- постепенное расширение режима, присоединение ЛФК.

К моменту выписки больной должен быть переведен на свободный режим.

Диета

- поваренная соль не более 3—6 г/сут,
- углеводы до 200 г/сут,
- белки до 2 г/кг • сут
- Желательны овощи, фрукты, богатые витаминами группы В, С, Е, соли калия,
- противопоказаны аллергизирующие продукты (цитрусовые, мед, шоколад, кофе, какао, клубника)

Медикаментозная терапия

1. Антибактериальные средства

Цель: ликвидация очага стрептококковой инфекции в носоглотке.

1. Антибактериальные средства

Бензилпенициллин в течение 10—14 дней.

Препараты пенициллиновой группы:

- *феноксиметилпенициллин* по 0,5-1,0 г 4 раза в день,
- *амоксициллина* по 0,5 г 3 или 1,0 г 2 раза в день.

Макролиды

- *спирамицин (ровамицин)*
- ***азитромицин**, рокситромицин,*
  ***кларитромицин**, эритромицин*

Комбинированные препараты

- *амоксициллин-клавунат,*
- *ампициллин-сульбактам*

цефалоспорины :

- Цефалексин
- Цефаклор
- Цефиксим

Новые противострептококковые антибиотики:

- *Томицид*
- *Имудон*

2. НПВП

- диклофенак
- ацетилсалициловая кислота
- ибупрофен

3. Глюкокортикоиды

- *преднизолон*

4. Аминохинолиновые препараты

- делагил
- плаквенил

5. Витаминотерапия и метаболическая терапия

- *большие дозы витамина С*
- *рибоксин*
- *милдронат*
- *неотон, продектин (триметацидин), триметазидин (предуктал)*

6. Симптоматические средства

- ***при развитии недостаточности кровообращения*** *: сердечные гликозиды, ингибиторы АПФ, мочегонные средства, препараты калия,*

- ***при развитии аритмий*** *— антиаритмические препараты*

Профилактика ОРЛ

Виды профилактики

- Первичная
- Вторичная

Первичная профилактика

Цель ***первичной профилактики*** — организация комплекса индивидуальных, общественных и общегосударственных мер, направленных на ликвидацию первичной заболеваемости острой ревматической лихорадки

Первичная профилактика

- санация хронического тонзиллита,
- лечение родственников больных РЛ,
- закаливание,
- организация здорового быта,
- санаторное лечение,
- своевременная и адекватная терапия острых заболеваний верхних дыхательных путей (ангин и фарингитов), вызванных бета гемолитическим стрептококком группы А.

Вторичная профилактика

Цель вторичной профилактики - предупреждение рецидивов хронического ревматизма у лиц, уже перенесших ОРЛ.

Мероприятия вторичной профилактики

- ***Пенициллины пролонгированного действия*** (бициллины, бензатин-пенициллин). В России они выпускаются в виде бициллина-1 и бициллина-5, содержащего 1 часть бензилпенициллина новокаиновой соли и 4 части бициллина-1. Бициллин-1 вводят внутримышечно в дозе 1,2 млн ЕД 1 раз в неделю. Бициллин-5 вводят внутримышечно в дозе 1,5 млн ЕД 1 раз в 2 недели.

Мероприятия вторичной профилактики

- ***бензатинбензилпенициллина 1 раз в 3 недели в/м (детям до 25 кг 600 000ЕД; более 25 кг 1 200 000 ЕД; взрослым – 2 400 000 ЕД),*** аналогами которого в других странах являются пендепон (Чехия), тардоциллин (Германия), ретарпен (Австрия), экстенциллин (Франция), бензациллин (Болгария).

Мероприятия вторичной профилактики

Бициллинопрофилактика должна проводиться круглогодично без перерывов.

Длительность бициллинопрофилактики экспертами ВОЗ определяется в соответствии со следующими правилами:

- при отсутствии клинических симптомов поражения сердца и очагов активной хронической инфекции (без кардита) — не менее 5 лет после последней атаки ОРЛ, но прекращается не ранее, чем по достижении пациентом 18 лет (по принципу: «что дольше»)

Мероприятия вторичной профилактики

- после перенесенного кардита — не менее 10 лет после первой атаки или до 25-летнего возраста и более.
- Больным с ХРБС и тем, кому выполнялась хирургическая коррекция порока сердца, эксперты ВОЗ рекомендуют проводить вторичную профилактику ОРЛ в течение всей жизни.

Текущая профилактика

Цель текущей профилактики:

- предотвращение ОРЛ
- предотвращение развития инфекционного эндокардита

Текущая профилактика

антибактериальные препараты, к которым чувствителен стрептококк, назначаются всем больным, перенесшим ОРЛ, при интеркуррентных инфекционных заболеваниях и малых операциях (экстракция зуба, аборт, тонзиллэктомия и др.)

Литература

- Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи /Э.В. Смолева; под ред. к.м.н. Б.В. Кабарухина. — Изд. 2-е. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. — 473, [1] с. — (Среднее профессиональное образование)
- Руководство по внутренним болезням /Под ред. Н. А. Жукова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Омск, 1998. - 587 с.
- Белов Б. С. Современные аспекты острой ревматической лихорадки. — М., 1998. — 16 с.
- Белов Б. С. Острая ревматическая лихорадка: современное состояние проблемы. РМЖ. — 2004. №6.— С. 418-421.
- Ермолина Л. М. Острая ревматическая лихорадка. Хронические ревматические болезни сердца. — М., 2004. — 184 с.
- Профилактика ревматизма и его рецидивов у детей и взрослых: Метод, рекомендации. — М., 1981.
- Ревматизм и ревматическая болезнь сердца: Докл. исследовательской группы ВОЗ: Ред. — М.: Медицина, 1998.
- Столлерман Д. Х. Ревматизм / В кн.: Внутренние болезни. В 10 кн. Кн. 5: Пер. с англ. / Ред. Т. Р. Харрисон. — М.: Медицина, 1995. — С. 212-223.