**Тема: «Сестринская помощь пациентам при острой ревматической лихорадке»**

План:

1. Этиология

2. Симптомы

3. Лечение

4. Профилактика

**МОТИВАЦИЯ ТЕМЫ**

Острая ревматическая лихорадка является основной причиной приобретенных пороков сердца. Первичная атака ОРЛ возникает преимущественно в молодом возрасте. Женщины болеют в 2,5-3 раза чаще мужчин.

**Блок учебной информации.**

**РЕВМАТИЗМ** (острая ревматическая лихорадка, болезнь Сокольского-Буйо)  **-** системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением сердца, развивающееся в связи с острой стрептококковой инфекцией у предрасположенных лиц. Болеют в основном дети и подростки, женщины чаще, чем мужчины.

 ***Этиология. Патогенез.*** Основной этиологический фактор острой ревматической лихорадки- бета- гемолитический стрептококк группы А. В патогенезе заболевания большое значение имеют особенности иммунитета, возможно, наследственные. Предполагают, что антигены стрептококка могут фиксироваться в тканях сердца и сосудов, взаимодействие с соответствующими антителами обусловливает развитие ревмокардита и артрита. Возможно также, что под воздействием иммунного воспаления антигены сердца становятся аутоантигенами и развивается аутоиммунный процесс.

 ***Симптомы, течение.*** Начало заболевания острое. В типичных случаях острая ревматическая лихорадка развивается через 1-3 недели после перенесенной ангины или другой стрептококковой инфекции. Наиболее ее типичное проявление – сочетание острого полиартрита и умеренно выраженного ревмокардита, реже встречаются хорея, еще реже- кольцевидная эритема, подкожные ревматические узелки.

 *Ревматический полиартрит* проявляется лихорадкой до 38-40С и нарастающей острой болью в крупных суставах- коленных, голеностопных, плечевых, локтевых. При осмотре в типичных случаях выявляют все признаки воспаления: отечность мягких тканей, местные гиперемию и гипертермию, болезненность при пальпации, ограничение объема движений пораженных суставов из-за боли; иногда поражение суставов проявляется только болевым синдромом. Характерны симметричность поражения суставов и «летучесть» артралгий- воспалительные изменения в течение нескольких дней подвергаются обратному развитию в одних суставах и столь же быстро нарастают в других. При отсутствии лечения суставные проявления исчезают в течении 2-3 недель, при использовании ацетилсалициловой кислоты или других нестероидных противовоспалительных средств- в течении нескольких дней, а иногда часов. Хронический постревматический артрит Жаку развивается крайне редко и проявляется поражением мелких суставов кистей и стоп, ульнарной девиацией кистей, сгибанием пястно- фаланговых суставов и переразгибанием дистальных межфаланговых.

 По мере стихания суставных проявлений болезни проявляются признаки воспалительного поражения сердца - *ревмокардита,* определяющего тяжесть и исход заболевания. Считается , что чем старше больной, впервые переносящий острую ревматическую лихорадку, тем менее тяжело протекает у него ревмокардит. Поражение захватывает внутренний (эндокардит), мышечный (миокардит) и наружный (перикардит) слои сердца. Ревмокардит может быть первичным или возрастным ( у больного с уже имеющимся пороком сердца); в пользу активного воспалительного процесса в сердце свидетельствует динамичность симптоматики, возникновение нарушений ритма и проводимости, появление или нарастание признаков сердечной недостаточности.

 Наиболее характерно для ревматизма поражение эндокарда выявляют при аускультации сердца. Чаще поражается митральный клапан- на верхушке может выслушиваться длительный, дующий, связанный с 1 тоном систолический шум, проводящийся в подмышечную область, усиливающийся при физической нагрузке, лучше выслушивающийся в положении на левом боку. Признаком аортального вальвулита может быть диастолический шум, лучше всего выслушивающийся у левого края грудины после глубокого выхода при наклоне больного вперед. У больных с уже имеющимся пороком сердца признаком эндокардита можно также считать изменчивость существовавших ранее шумов и особенно возникновение новых. Диагноз подтверждают при эхокардиографии- выявляют утолщение створок, их «лохматость»,множественные эхосигналы от них. Иногда ревмокардит протекает бессимптомно и диагносцируется только после формирования порока сердца.

 Ревматический миокардит протекает, как правило, легко. Больных могут беспокоить слабая боль или неопределенный дискомфорт в левой половине грудной клетке, небольшая одышка при физической нагрузке , реже- сердцебиение или перебои в работе сердца. При осмотре могут выявляться тахикардия, не соответствующая температуре тела, приглушение 1 тона, мягкий систолический шум на верхушке сердца. Застойная сердечная недостаточность развивается редко и свидетельствует о тяжелом поражении миокарда. Наиболее характерное электрокардиографическое проявление миокардита- атриовентикулярная блокада 1, реже- 2 степени, могут также выявляться экстросистолия, нарушение внутрижелудочковой проводимости, депрессия ST и изменения зубца T(он может бытьсглаженным, отрицательным, реже- двухфазным, изменения чаще регистрируется в отведения V1-V3). При отсутствии адекватного лечения в исходе ревматического миокардита может развиться миокардический кардиосклероз, проявляющийся стойкой экстросистолией, атриовентикулярной блокадой, в тяжелых случаях обуславливающий развитие сердечной недостаточности.

 Перикардит встречается редко. Проявление сухого перикарда- постоянная боль в левой половине грудиной клетке, шум трения перикарда, выслушивающийся чаще вдоль левого края грудины, конкордантный подъем интервала ST во всех отведениях. При появлении выпота боль стихает, появляется одышка, усиливающаяся в положении лежа. Наличие жидкости в сердечной сумке подтверждаются при рентгеновском исследовании органов грудной клетки и эхокардиографии.

 Ревматическое поражение нервной системы- *хорея*- развивается главным образом у детей и подростков, а также у беременных женщин. Обычно она возникпет через 3 месяца после перенесенной стрептококковой инфекции и проявляется беспорядочными подергиваниями конечностей и мимических мышц лица, мышечной гипотонией (дряблость мышц), нарушениями координации, сосудистой дистонией, эмоциональной лабильностью. Неврологические расстройства могут изчезнуть самостоятельно через 1-2 недели.

 Другие проявления ревматизма встречаются реже.

*Кольцевидная эритема* представляет собой бледно-розовые кольцевидные высыпание на туловище и проксимальных отделов конечностей. Кожная сыпь не сопровождается неприятными субъективными ощущениями, исчезает бесследно.

*Ревматические узелки* представляют собой округлые, плотные, малоподвижные бесполезные образования, выявляющиеся под кожей в области разгибательной поверхности суставов, в затылочной части. Ревматические узелки появляются незаметно для больных и в течении 1-2 месяцев бесследно исчезают. Кожа над узелками обычного цвета. Легко смещается.

 Крайне редко при ревматизме встречаются поражения других органов- легких (пневмонии, устойчивые к антибиотикотерапии и поддающиеся лечению противоревматическими средствами), плевры с появлением серозно- фиброзного плеврального выпота, почек (протеинурия, гематурия).

 При лабораторном исследовании выявляют неспецифические признаки воспаления- повышение СОЭ до 40-60 мм в час, лейкоцитоз. При доказанном диагнозе об активности ревматизма позволяют судить повышение уровня фибриногена, диспротеинемия (увеличение содержания альфа-2 и гамма- глобулинов), появление в крови С –реактивного белка. В большинстве случаев биохимические показатели активности параллельны величинам СОЭ. О перенесенной стрептококковой инфекции свидетельствует повышение титров простивострептококковых антител, в частности антистрептолизина О.

 Обычная длительность ревматической лихорадки- 6-12 недель; возможные ***осложнения заболевания***- формирования порока сердца, присоединение инфекционного эндокардита. Выделяют несколько вариантов течения заболевания- острое( продолжительность не более 2-3 месяцев), затяжное, рецедивирующее (периоды обострения сменяются неполными ремиссиями), латентное (диагноз устонавливает ретроспективно на основании выявленного порока сердца).

 ***Диагноз.*** Наиболее принятой международной системой диагностики ревматизма являются *диагностические критерии Джонса*, пересмотренные Американской кардиологической ассоциацией в 1992. Выделяют большие диагностические критерии ревматизма- кардит, полиартрит, хорея, кольцевая эритема, ревматические узелки- и малые- клинические( перенесенный в прошлом ревматизм или наличие ревматического порока сердца, артралгии, лихорадка) и лабораторные (повышение СОЭ или положительная реакция на С- реактивный белок, лейкоцитоз), удлинение интервала P-Q на ЭКГ. Перенесенную стрептококковую инфекцию подтверждают повышения титра противострептококковых антител, в частности антистрептолизина О, наличие стрептококка группы А в мазке из зева. Диагноз ревматизма считают достоверным при наличии двух больших критериев или одного из них в сотетании с двумя малыми признаками и данными, документально подтверждающими предшевствовавшую инфекцию стрептококками группы А.

 При преимущественном поражении суставов дифференциальный диагноз проводят с другими артритами, системными заболеваниями соединительной ткани, при ревмокардите- с инфекционном эндокардитом, вирусным миокардитом, кардиомиопатией.

 ***Лечение*** проводят в специализированном учреждении. Показаны госпитализация, соблюдение постельного режима в течении 2-3 недель. Проводят антибиотикотерапию ( бензилпенициллин в дозе 1,5- 4 млн ЕД у подростков и взрослых, 400-600 тысяч ЕД у детей), в качестве патогенетической терапии у взрослых чаще используют нестероидные противовоспалительные средства( индометацин или диклофенак в дозе 150 мг в течении 2 месяцев), у детей- глюкокортикоиды (преднизолон 20-30 мг в сутки в течении 2 недель с последующим снижением дозы на 2,5 мг каждые 5-7 дней вплоть до полной отмены).

 Первичная ***профилактика*** ревматизма подразумевает своевременное м адекватное лечение стрептококковых инфекций, вторичная направлена на предупреждение повторных атак и заключается в регулярном проведении курсов антибиотикотерипии с применением длительно действующих пенициллинов (бициллина-5, бензатин бензилпенициллина).

**Уход:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наблюдение**За пульсом, АД, температурой, кожей, суставами, одышкой, отеками | **Независимый**- соблюдение и обеспечение постельного режима в период атаки- рекомендации по диете и контроль за ее выполнением- аэрация и соблюдение комфортных условий в палате пациента | **Зависимый**- выполнение введения ЛВ в/мышечно: НСПВП, бициллина.- через рот, учитывая особенности дачи НСПВП: принимать только после еды, в измельченном виде с водой или холодным молоком.- участие в проведении профилактических мероприятий (бициллином и т. д.)  |

**Вопросы для самоконтроля**

1. Дайте определение ОРЛ?

2. Основная причина развития ОРЛ?

3. Перечислите клинические признаки ОРЛ?

4. Назовите признаки полиартрита при ОРЛ.

5. Назовите признаки ревмокардита.

6. Перечислите группы препаратов используемых при лечении ОРЛ?

**Литература**

1. Э. В. Смолева «Сестринское дело в терапии с курсом ПМСП», 2015г., Ростов-на-Дону, стр. 154-162.
2. Петрова Н.Г., Петров В.Н., Лапотников В.А. Сестринское дело в терапии 2-е изд., испр. и доп. Учебник для СПО. , 2016г

**Электронные ресурсы:**

Электронная библиотека "Юрайт" [https://urait.ru](https://urait.ru/)