Государственное образовательное учреждение

Медицинское училище № 17

Департамент здравоохранения г. Москвы

Курсовая работа

Особенности наблюдения и ухода за пациентом при ревмокардите

Москва 2010

**Введение**

Я выбрал эту тему потому, что в наше время ревматизм является одним из самых распространенных заболеваний, а его сердечная форма одна из основных форм.

Любое заболевание, это потеря трудоспособности, а ревматические заболевания являются второй после респираторных болезней причиной временной нетрудоспособности. Около трети трудоспособного населения планеты в возрасте от 18 до 64 лет не могут заниматься профессиональной деятельностью из-за ревматических болезней. Сегодня в России насчитывается более 400 тысяч больных **ревматическими заболеваниями**. Такая широкая распространенность объясняет их социальную важность.

Также, данную группу заболеваний отличает то, что инвалидизация пациентов наступает очень быстро. Причем за последние несколько лет отмечен рост заболеваемости именно костно-суставной системы, в особенности – крупных суставов. В первую очередь речь идет о ревматоидном артрите, при котором более чем в половине случаев появляется ревматический порок сердца.

При ревматизме уже в остром периоде заболевания у 80-85 % больных с первой атакой и практически у всех больных с рецидивами обнаруживаются признаки поражения сердца, что является основным критерием для постановки диагноза. Так же пор примерно 10 процентов операций на сердце производится именно по поводу его хронического ревматического поражения.

Миокардит, эндокардит, перикардит – это все проявление ревмокардита. И каждая из этих патологий может вести к невосстановимым повреждениям сердца, которые в свою очередь приведут к смерти.

В лечении больных ревмокардитом важную роль играет медсестра. Пациенты, попадая в больницу, чувствуют себя некомфортно и наш долг создать им максимально удобные условия. Так же надо сделать упор на уходе, который необходим больному с ревмокардитом.

Следует обучить родственников правилам ухода за больным. Так же необходимо попросить их, что бы они контролировали прием медикаментов и сообщали о каких то ухудшениях в состоянии больного.

**1. Теоретическая часть**

Ревмокардит – это воспалительное поражение сердца при ревматизме. Может возникать как на фоне болезни суставов, так и без неё. Ревмокардит может быть первичным или возвратным (при наличии порока сердца).

Основные формы ревмокардита:

-диффузный;

-очаговый.

**История**

Еще не так давно поражение сердечно-сосудистой системы при ревматизме рассматривали как осложнение суставного синдрома. Лишь после опубликования работ французского врача Буйо (1836 г.) и русского врача И.Г. Сокольского (1838 г.) ревматизм был выделен в самостоятельное заболевание, предусматривающее поражение сердца.

Когда-то и в Советском Союзе, и во всем мире имели место массовые вспышки и даже эпидемии ревматизма. Уже в 30-е и 40-е годы больничная летальность детей от ревматизма, причем главным образом от активного процесса с вовлечением миокарда, составляла до 40%. Частота формирования пороков сердца доходила до 50–75%. У каждого пятого-шестого ребенка формировались сочетанные пороки сердца.

Долгое время ученые не могли выяснить причину возникновения ревматизма и только в 60-е годы удалось подтвердить и уточнить роль стрептококка как специфического возбудителя или этиологического фактора ревматизма, и притом именно β-гемолитического стрептококка группы А.

Так же была проблема с диагностированием заболевания. Сегодня же более чем у половины детей уже в остром периоде удается обнаружить поражение клапанного аппарата сердца - эндокардит.

**Этиология**

Причиной возникновения ревматизма, вследствие которого появляется ревмокардит, в основном является инфицирование β-гемолитическим стрептококком группы А. Так же причинами могут быть: наличие очагов инфекции в носоглотке (ангина, хронический фарингит, хронический тонзиллит), скарлатина и генетическая предрасположенность.

**Патогенез**

При ревмокардите поражаются оболочки сердца: эндокард, миокард и перикард. Чаще всего возникает миокардит или его сочетания с эндокардитом, перикардитом. В основе ревмокардита лежит неспецифический экссудативный воспалительный процесс и дезорганизация соединительной ткани сердца с образованием ревматических узелков. Позже происходит рубцевание и развитие пороков сердца и кардиосклероза.

**Клиническая картина**

Ревмокардит возникает чаще в молодом возрасте через 1—2 недели после перенесенной инфекции (как правило, носоглоточной) или переохлаждения.

Диффузный ревмокардит сопровождается проявлениями сердечной недостаточности. При очаговом ревмокардите симптомы сердечной недостаточности проявляются в меньшей степени.

Пациент испытывает нехватку дыхания, усталость, боль в груди, потерю сознания, повышение температуры, боль и опухание суставов, тошноту, желудочные спазмы и рвоту.

При миокардите характерны тахикардия или брадикардия, экстрасистолия, признаки сердечной недостаточности, нарушения предсердно-желудочковой проводимости — увеличение интервала Р — R на ЭКГ.

Поражение эндокарда проявляется признаками порока сердца — появляются характерные шумы в точках выслушивания клапанов сердца.

Чаще поражается митральный клапан. При ревматическом перикардите непродолжительное время может выслушиваться шум трения перикарда. В ряде случаев первичный ревмокардит протекает бессимптомно и диагностируется только по наличию сформировавшегося порока сердца.

Возвратный ревмокардит может проявляться нарушениями ритма (мерцательная аритмия, экстрасистолия), развитием или усилением признаков сердечной недостаточности у больных с пороком сердца, присоединением поражения аортального клапана на фоне митрального порока с появлением новых шумов над областью сердца.

**Лечение**

**1.** Медикаментозное

Лечение ревмокардита в основном направлено на снижение воспалительных явлений и устранение сердечной недостаточности. Лечение осуществляется в условиях стационара. Применяют комплексную терапию, сочетающую назначение антибиотиков и противовоспалительных средств.

Из антибиотиков применяют:

- пенициллин в дозе 1,5-2 млн. ЕД в сутки в течение 10-14 дней;

- бициллин по 600 тыс. ЕД 2 раза в неделю.

При непереносимости пенициллина назначают эритромицин.

Противовоспалительная терапия заключается в применении нестероидных противовоспалительных препаратов (аспирин, ибупрофен, диклофенак). После выписки из стационара больные должны получать аспирин: при остром течении 1 месяц, при подостром 2 месяца.

Затяжное и латентное течение ревматизма требует применения препаратов хинолинового ряда (делагил, плаквенил), которые эффективны и при непрерывно рецидивирующих формах. Обычно их используют в сочетании с салицилатами. Цитостатические иммунодепрессанты (6-меркап-топурин, азотиоприн, хлорбутин) показаны при непрерывно рецидивирующем и затяжном течении ревматизма, только при отсутствии эффекта от классических антиревматических средств.

Гамма-глобулиновые препараты (гамма-глобулин неспецифический, гистоглобулин и др.) в связи с их аллергенными свойствами используют вместе с десенсибилизирующими средствами (димедрол, тавегил, диазолин, кларйтин), но не применяются при высокой активности ревматического процесса и серьезных нарушениях сердечной деятельности. В этом случае в комплексуную терапию входят сердечные гликозиды (строфантин, коргликон, изоланид, дигоксин, дигитоксин) и мочегонные препараты (фуросемид, лазикс, бринольдикс).

**2.** Физиотерапия

Применяют ультрафиолетовое облучение, УВЧ, микроволны, а так же воздействие волновых и электрических импульсов, лечебных вод и грязей, ванн и сухого тепла.

В комплекс лечебных мероприятий обязательно включают лечебную физкультуру. После выписки пациент продолжает принимать противовоспалительные препараты, антибиотики, витаминные и десенсибилизирующие средства.

При переходе ревматизма в неактивную фазу целесообразно проведение санаторно-курортного лечения в условиях местных санаториев. Так же при отсутствии недостаточности кровообращения оптимальны такие курорты, как в Кисловодске или на южном берегу Крыма.

**Особенности наблюдения и ухода**

Больным ревмокардитом необходим полный физический и психический покой, особенно при сильной одышке, частом, слабом и легко возбудимом пульсе, так как лишние движения в постели, незначительные возбуждения нервной системы могут усилить одышку и вызвать еще большее учащение пульса. Во время одышки больному придают полусидящее положение.

Так как больные иногда месяцами лежат в постелях, следует проводить профилактику пролежней. Так же при ослаблении сердечной деятельности часто наблюдается похолодание конечностей, тогда к ним прикладывают грелки. На область сердца, наоборот, кладут пузырь со льдом — холод действует успокаивающе.

Ванну больному можно сделать, но только при хорошем состоянии сердца и пульса. В противном случае ограничиваются обтиранием больного в постели.

Следует тщательно следить за питьем и питанием больного, которому нельзя в один прием пить много жидкости, чтобы не заставить сердце усиленно работать, дабы вывести через почки излишнее количество жидкости.

Пищу нужно давать легкую и в небольших количествах, но чаще, чтобы не перегружать пищеварительные органы, так как при этом также усиливается сердечная деятельность. Пища должна быть бессолевой или малосоленой, без острых экстрактивных приправ и содержать достаточное количество витаминов; дают ее в протертом или размолотом виде (стол № 10а). Необходимо следить за работой кишечника и в случае надобности давать больному слабительные или ставить клизму, так как застоявшиеся в кишках каловые массы вызывают образование газов, которые вздувают кишки, давят на диафрагму, и, таким, образом, затрудняют деятельность сердца.

Ввиду возможного ухудшения сердечной деятельности сестра при всяких сердечных заболеваниях должна уделять особое внимание пульсу, проверяя его по нескольку раз в день, а иногда и ночью.

Сестра должна внимательно следить за дыханием больного, особенно если у него отмечается одышка.

Особое внимание следует уделить количеству выделяемой мочи, которое должно соответствовать количеству выпитой жидкости.

**Рекомендации**

Без поддерживающего лечения ревмокардит может прогрессировать.

Чтобы надолго удержать достигнутые результаты лечения, потребуются следующие меры:

1. Гимнастика. Обычно достаточно заниматься ею 2-3 раза в неделю по 15 минут. Помогает снизить риск возникновения полиартрита, который может привести к развитию ревмокардита.

2. Периодическое профилактическое лечение (хондропротекторы, физиолечение, мануальная терапия, массаж). Периодичность профилактического лечения – от 1 раза в 2 года до 2-3 раз в год, в зависимости от возраста пациента.

3. Соблюдать рекомендованные врачом режим нагрузок и рациональное питание.

Мы рассмотрели теоретическую часть, в которой была изложена основная информация по ревмокардиту: его клинические проявления, способы лечения и особенности ухода. На основе полученных данных следует особое внимание обратить на выявление вялотекущих форм ревмокардита и обращать внимание на людей, переболевших ангиной или другим простудным заболеванием.

Информировать пациента о факторах риска (наследственность, инфекционные агенты, недолеченные инфекции), которые могут привести к развитию полиартрита, который в свою очередь приводит к ревмокардиту и сообщить о мерах по профилактике ревмокардита.

Необходимо следить за состоянием пациента и своевременно сообщать врачу о всех изменениях. Так же нужно тщательно оказывать сестринский уход, особое внимание, уделяя профилактики пролежней и питанию пациента.

В лечебных учреждениях созданы кабинеты доврачебного контроля, в которых любой человек после 25 лет может пройти обследование и получить рекомендации. При установлении диагноза пациент берется на диспансерное наблюдение и регулярно посещает кардиолога и ревматолога.

**2. Практическая часть**

Носова Надежда Ивановна.

Поступила 21.12.09 в кардиологическое отделение ГКБ № 81.

Возраст - 14 лет

Образование – нет

Надежда Ивановна была доставлена в стационар из районной поликлиники бригадой скорой помощи.

Жалобы на: боли в области сердца тянущего, колющего характера, слабость, утомляемость, потливость, снижение аппетита, повышенную температуру, периодическую боль в крупных суставах.

Диагноз - ревматизм

**Анамнез заболевания**

1. Выявлено впервые

2. 2 месяца назад переболела ангиной, после чего появились боли в суставах, температура.

**Анамнез жизни**

Родилась в городе Реутов в 1996 году. В детстве переболела ветряной оспой, корью, краснухой.

Наследственность: у бабушки и мамы ревматизм.

Социальные условия: в норме.

Аллергия: нет

Вредные привычки: нет

**Объективное обследование**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное

Кожные покровы: бледно – розовой окраски, отеков нет

Дыхание: 23

Температура тела: 37,8

Сердце: границы сердца изменены, тоны не приглушены, АД 100/60, пульс 75

Больная нормастенического телосложения рост 153 см, вес 51 кг.

**Проблемы пациента**

1. Не может справиться с болью в сердце.

2. Не знает, как справиться с болью в суставах.

3. Не может справиться с лихорадкой.

4. Не может справиться с беспокойством по поводу возникшего заболевания сердца и его исходом.

**Решение проблем**

1. а) Придать пациенту удобное возвышенное положение.

б) Обеспечить доступ свежего воздуха.

в) Дать под язык 1 таблетку нитроглицерина.

г) Если боль не купирована, повторить дачу нитроглицерина и по назначению врача ввести в/м или в/в ненаркотический анальгетик (анальгин) или при перикардите наркотический анальгетик (промедол).

д) Провести беседу о необходимости постельного режима и диетического питания.

2. а) Обеспечить покой и тепло конечностям и приподнять их на 20 – 30 градусов.

б) Использовать согревающие компрессы на суставы.

в) Выполнять назначенные физиотерапевтические процедуры.

г) По назначению врача дать парацетамол, аспирин.

д) Провести беседу о выполнении двигательного режима.

3. а) Согревать пациента грелками, одеялами в момент озноба.

б) Следить за температурой пациента и тщательно фиксировать результаты в температурный лист.

в) Следить за пульсом, АД, полостью рта и физиологическими отправлениями пациента.

г) По назначению врача применить жаропонижающие средства (парацетамол, ибупрофен) и проводить антибактериальную и противовоспалительную терапию (пенициллин).

4. а) Провести беседу с пациентом о сути заболевания и о благоприятных исходах.

б) Поместить пациента в палату выздоравливающих от подобного заболевания.

в) Побеседовать с родственниками перед их визитом к пациенту.

г) По назначению врача дать пациенту седативные и болеутоляющие средства (валокордин, корвалол).

Кузнецова Ирина Васильевна.

Поступила 05.11.09 в кардиологическое отделение ГКБ № 50.

Возраст - 24 лет

Образование – высшее.

Место работы – секретарь в юридической фирме

Надежда Ивановна была доставлена в стационар из дома бригадой скорой помощи.

Жалобы на: боли в локтевых и коленных суставах, боли в левой части грудной клетки, общая слабость.

Диагноз – ревматизм.

**Анамнез заболевания**

1. Заболевание началось в возрасте семи лет, когда после перенесенной ангины появились боли в суставах, сопровождавшиеся их отеком и невозможностью движений.

2. На основании клинических и лабораторных данных врачом детской поликлиники был поставлен диагноз ревматизма, назначено лечение.

3. Ухудшение началось 5 ноября 2009 года, когда на фоне общей слабости возникли боли в суставах и неприятные ощущения в области сердца, впоследствии перешедшие в болевые.

**Анамнез жизни**

Родилась в городе Москва в 1986 году. В детстве переболела ветряной оспой, корью, краснухой, скарлатиной, перенесла несколько ангин.

Наследственность: у мамы ревматизм.

Социальные условия: в норме.

Аллергия: на пенициллин.

Вредные привычки: употребляет алкоголь.

**Объективное обследование**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное

Кожные покровы: бледно – розовой окраски на передней поверхности голеней имеются округлые уплотнения диаметром до 1 сантиметра.

Дыхание: 18

Температура тела: 39,4

Сердце: границы сердца изменены, тоны не приглушены, АД 120/80, пульс 85

Больная норма-стенического телосложения рост 163 см, вес 66 кг.

**Проблемы пациента**

1. Не может справиться с болью в сердце.

2. Не знает как справиться с болью в суставах.

3. Не может справиться с лихорадкой.

4. Не может справиться с беспокойством по поводу возникшего заболевания сердца и его исходом.

**Решение проблем**

1. а) Придать пациенту удобное возвышенное положение.

б) Обеспечить доступ свежего воздуха.

в) Дать под язык 1 таблетку нитроглицерина.

г) Если боль не купирована, повторить дачу нитроглицерина и по назначению врача ввести в/м или в/в ненаркотический анальгетик (анальгин) или при перикардите наркотический анальгетик (промедол).

д) Провести беседу о необходимости постельного режима и диетического питания.

2. а) Обеспечить покой и тепло конечностям и приподнять их на 20 – 30 градусов.

б) Использовать согревающие компрессы на суставы.

в) Выполнять назначенные физиотерапевтические процедуры.

г) Выполнять назначения врача (таблетки, инъекции).

д) Провести беседу о выполнении двигательного режима.

3. а) Сменять бельё при жаре и потах.

б) Подвесить пузырь со льдом над головой пациента.

в) Следить за температурой пациента и тщательно фиксировать результаты в температурный лист.

г) Следить за пульсом, АД, полостью рта и физиологическими отправлениями пациента.

д) По назначению врача применить жаропонижающие средства (парацетамол, ибупрофен) и проводить антибактериальную и противовоспалительную терапию (пенициллин).

4. а) Провести беседу с пациентом о сути заболевания и о благоприятных исходах.

б) Поместить пациента в палату выздоравливающих от подобного заболевания.

в) Побеседовать с родственниками перед их визитом к пациенту.

г) По назначению врача дать пациенту седативные и болеутоляющие средства (валокордин, корвалол).

**Заключение**

Помимо возникновения нетрудоспособности ревмокардит является причиной инвалидности и смертности. Пациентам после 25 лет необходимо посещать кабинет доврачебного контроля с целью выявления факторов риска и следить за образом жизни. Также важно снижение стрессового фактора, профилактика гиподинамии.

При ревмокардите больным рекомендуется физиотерапевтическое лечение, ЛФК, поскольку энерготраты его организма уменьшаются из-за вынужденного ограничения физической активности. Очень важно не допускать гиподинамии.

При выявлении факторов риска или клинических проявлениях ревмокардита необходимо обратиться к ревматологу и кардиологу для обследования, установления диагноза, назначения лечения и получения рекомендаций.

Огромная роль отводится медицинским работникам, которые должны проводить санпросвет работу. Объяснять опасность, необходимость профилактического обследования и формировании здорового образа жизни.

Пациент должен знать, признаки анемии, лейкоцитоз, увеличение СОЭ приводит к возникновению фактора риска, в результате которого может возникнуть полиартрит, при котором велик риск возникновения ревмокардита. Гиподинамия приводит к атрофии мышечной ткани. Пациент должен быть информирован об этом.

Необходимо объяснить пациентам и родственникам правила ухода за больным, сообщить названия лекарственных препаратов, которые выписал врач и о правилах их приема. Так же нужно попросить о необходимости периодического обследования на выявления ухудшений в состоянии.

Для исключения прогрессирования ревмокардита провести беседу с пациентом о необходимости вести здоровый образ жизни. Обучить пациента и родственников гимнастическим упражнениям, способствующим укреплению иммунитета.

**Список литературы**

1. Белова Н.И. Беренбейн Б.А. Великорецкий К.И. Справочник медицинской сестры по уходу, Новая волна 2003г. Стр. 278-292.

2. Иоффе В. И., Иммунология ревматизма, Л., 1962 с 99

3. Лямперт И. М., Этиология, иммунология и иммунопатология ревматизма, М., 1972 с 76 -77

4. Маколкин В. И., Овчаренко С. И., Семенков Н.Н., Внутренние болезни, 2 изд., М., 1998 с 153 – 157

5. Матвиенко Г.П., Справочник по лечению внутренних болезней, Беларусь, 1997 с 234-235

6. Михеев В. В., Нейроревматизм, М., 1960 с 42

7. Нестеров А. И., Ревматизм, М., 1973 с 132

8. Померанцев В.П. Цкипури Ю.И. Основы рациональной диагностики и лечения в клинике внутренних заболеваний, Тула 1992 г. Стр.204-226.

9. Смолева Э.В., Сестринское дело в терапии, М., 8 изд., 2009 с 154 – 160

10. Талалаев В. Т., Острый ревматизм, 2 изд., М., 1932 с 154