

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ГБОУ РС(Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»



КОНДАКОВА ЯНА ЯКОВЛЕВНА

**ПРОФИЛАКТИКА РЕВМАТИЗМА С УЧЕТОМ ФАКТОРОВ РИСКА
РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ
НА ПРИМЕРЕ ГБУ РС(Я) ЯКУТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА**

Выпускная квалификационная работа
по специальности 31.02.01-Лечебное дело

Студент отделения «Лечебное дело»
группа: ЛД-41

Кондакова Я.Я

Руководитель-преподаватель терапии

Дмитриева М.Н

г. Якутск 2018

Содержание:

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ О РЕВМАТИЗМЕ, ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ	
1.1. Общие понятия о ревматизме.....	5
1.2. Клиника и диагностика заболевания.....	9
1.3. Особенности профилактики заболевания.....	16
ГЛАВА II. ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. ПРОФИЛАКТИКА РЕВМАТИЗМА С УЧЕТОМ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
2.1 Анализ по статистическим данным ГБУ РС (Я) «Якутская городская клиническая больница» Ревматологического отделения.....	21
2.2. Анализ факторов риска путем анкетирования у пациентов с ревматизмом.....	26
Вывод.....	30
Приложение.....	31
Список источников литературы.....	32

ВВЕДЕНИЕ

На данный момент по данным статистики ВОЗ ревматизм остается одной из главных причин инвалидизации трудоспособного населения во многих развивающихся странах, тогда как в развитых странах частота встречаемости заболевания постепенно снижается.

Ревматизм - болезнь преимущественно молодого возраста. В группе риска чаще всего оказываются молодые люди 7-15 лет, однако повторные атаки ревматизма отмечаются и у лиц среднего и пожилого возраста, ранее перенесших атаки ревматизма с последующим формированием порока сердца. Причем у женщин это заболевание отмечается в 2 раза чаще, чем у мужчин.

Симптомы ревматизма, у представителей сильного пола и женщин старше 15 лет, как правило, начинаются постепенно. На первых этапах развития симптоматика выражена слабо. Среди основных признаков ревматизма у взрослых можно выделить: воспаление суставов, кардит, специфическую сыпь, а точнее кольцевидную эритему, повышение показателей температуры тела до отметки в 39 градусов и сочетаться с сильными головными болями, сонливостью, повышенным потоотделением.

Распространенность ревматической лихорадки и ревматических пороков сердца и обусловленная ими высокая временная и стойкая нетрудоспособность взрослого контингента больных свидетельствуют о социальной значимости данной проблемы.

Актуальность:

Данная проблема в медицине вызывает ряд трудностей и остается окончательно нерешенной. В современное время аутоиммунные заболевания годами идут на сторону «омоложения». И часто несвоевременная диагностика приносит ряд осложнений в практике. Рост распространенности ревматических заболеваний с 2015 по 2017 год отмечается ряде субъектов Российской Федерации, в т.ч. в Республике Саха (Якутия)-46%.

Связи с увеличением заболевания болезни системы кровообращения необходимо улучшение доступности и качество обслуживания потребности в различных видах медицинской помощи.

Цель:

Изучение распространенности ревматизма и меры профилактики на примере ГБУ РС (Я) ЯГКБ – ревматологического отделения.

Задачи:

1. Раскрыть основной этиопатологический и предрасполагающие факторы по литературным данным.
2. Обработать и проанализировать результаты эксперимента по данным ревматологического отделения за 3 года.
3. Изучить принципы профилактики и факторы риска заболевания.

ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ О РЕВМАТИЗМЕ, ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ

1.1 Общие понятия о ревматизме

Французский ученый Лассег говорил о ревматизме следующее: "Ревматизм лижет суставы, плевру и даже мозговые оболочки, но больно кусает сердце". Данное заболевание развивается, как правило, незаметно. Это и делает его достаточно коварным.

Ревматизм был известен уже в V столетии до нашей эры. Гиппократ в труде "Четыре книги болезней" писал: "При артрите появляется лихорадка, острая боль захватывает все суставы тела, и эти боли то более резкие, то более слабые, поражают то один, то другой сустав". В древности врачи считали, что воспаление в суставах вызывается тем, что какая-то ядовитая жидкость растекается по организму. Отсюда и произошло название болезни - "ревматизм" (от греч. "ревма" - течение). Поражение сердечнососудистой системы рассматривали как осложнение суставного синдрома. Лишь после опубликования выдающихся работ французского врача Буйо (1836 г.) и русского врача И.Г. Сокольского (1838 г.) ревматизм был выделен в самостоятельное заболевание, предусматривающее поражение сердца.[1]

Ревматизм (болезнь Сокольского-Буйо) – инфекционно-аллергическое заболевание, поражающее соединительную ткань сердечнососудистой системы (эндокард, миокард, реже перикард) и крупных суставов. В результате развиваются деформации клапанного аппарата сердца и формируется порок сердца. Поражение суставов (преимущественно крупных) в настоящее время наблюдается редко, только в активной фазе болезни, а при ее ликвидации деформации суставов не остаются. Ревматизм является хроническим заболеванием, протекает с периодами обострения (активная фаза) и ремиссии (неактивная фаза). Активная фаза называется также ревматической атакой.

Главным виновником болезни считают β -гемолитической стрептококк группы – А поскольку при заболевании в крови обнаруживается много антител к данному виду микроорганизмов. Поэтому для профилактики ревматизма больным со стрептококковой инфекцией назначают антибактериальные препараты.

Этиология.

Бета-гемолитические стрептококки группы А являются причиной поражения верхних дыхательных путей. Именно поэтому возникновению ревматизма, как правило, предшествуют ангина, обострение хронического тонзиллита, а в крови у заболевших выявляется повышенное количество стрептококкового антигена и противострептококковых антител (АСЛ-О, АСГ, АСК, антидезоксирибонуклеазы В (анти-ДНКазы В)). В развитии ревматизма играют роль возрастные, социальные факторы (неблагоприятные бытовые условия, недостаточное питание), имеет значение и генетическая предрасположенность (ревматизм – полигенно наследуемое заболевание, хорошо известно существование «ревматических» семей), которая заключается в гипериммунном ответе на антигены стрептококка, склонности заболевших к аутоиммунным и иммунокомплексным процессам.

Патогенез.

При ревматизме возникает сложный и многообразный иммунный ответ (реакции гиперчувствительности немедленного и замедленного типов) на многочисленные антигены стрептококка. При попадании в организм инфекции вырабатываются противострептококковые антитела и образуются иммунные комплексы (антигены стрептококка + антитела к ним + комплемент), которые циркулируют в крови и оседают в микроциркуляторном русле. Токсины и ферменты стрептококка также оказывают повреждающее действие на миокард и соединительную ткань. Вследствие генетически обусловленного дефекта иммунной системы из организма больных недостаточно полно и быстро элиминируются

стрептококковые антигены и иммунные комплексы. В результате развиваются аутоиммунные процессы по типу гиперчувствительности замедленного типа, и в крови больных обнаруживаются лимфоциты, реагирующие с сердечной тканью. Этим клеткам придают большое значение в происхождении органных поражений (главным образом сердца).

В соединительной ткани при ревматизме возникают фазовые изменения: мукоидное набухание – фибриноидные изменения – фибриноидный некроз. Морфологическим выражением иммунных нарушений являются клеточные реакции – инфильтрация лимфоцитами и плазмócитами, образование ревматической, или ашофталалаевской, гранулемы. Патологический процесс завершается склерозированием. При поражении сердца воспалительный процесс может распространяться на все оболочки сердца (панкардит) либо изолированно на каждую из оболочек.

Способствующие факторы:

Развитию ревматизма способствуют переохлаждение, неблагоприятные социальные условия, микроклиматические факторы (работа в сыром холодном помещении). Имеет значение также и наследственный фактор.

Ревматизмом болеют преимущественно дети и лица молодого возраста. Однако повторные атаки ревматизма отмечаются у лиц среднего и пожилого возраста.

Факторы риска развития ревматизма:

Выделяют целую группу факторов риска развития ревматизма у мужчин и женщин. Причем важно понимать, что именно эта группа играет особенную роль для профилактики появления и развития воспалительной токсико – иммунологической болезни. Тут следует отметить:

- носоглоточные инфекции в анамнезе;
- возраст с 6-7 до 15 лет;
- наличие ревматизма у матери или отца;
- наличие врожденной неполноценности соединительных тканей у одного или обоих родителей;

- перенесенная острая стрептококковая инфекция;

Классификация:

В России общепринятой является классификация ревматизма, принятая в 1951 г. и дополненная в 1956 г. А.И. Нестеров предложил (1964) несколько изменить эту классификацию с тем, чтобы учитывалась степень активности процесса.

Классификация ревматизма (А.И. Нестеров, 1964) [2]

Фаза болезни	Клинико-анатомическая характеристика поражения		Характер течения	Состояние кровообращения
	Сердца	Других органов и систем		
Активная	Ревмокардит первичный без порока клапанов	Полиартрит, серозиты (плеврит, перитонит), абдоминальный синдром	Острое Подострое	Н0
Активность I, II, III степени	Ревмокардит возвратный с пороком клапанов	Хорея, энцефалит, менингоэнцефалит, церебральный васкулит, нервно-психические расстройства	Затяжное Непрерывно-рецидивирующее	НI
	Ревматизм без явных сердечных изменений	Васкулиты, нефриты, гепатиты, пневмонии, поражение кожи, ирит, иридоциклит, тиреоидит		НIIА НIIБ
Неактивная	Миокардиосклероз ревматический порок сердца	Последствия и остаточные явления перенесенных внесердечных поражений	Латентное	НIII

Клиническая картина:

Заболевание начинается чаще всего спустя 2-3 недели после первоначальной стрептококковой инфекции (ангина, скарлатина, фарингит, обострения хронического тонзиллита, острой респираторной инфекции). Эти же болезни в дальнейшем могут иметь значение при обострениях (рецидивах) ревматизма. На фоне общего недомогания повышается температура тела (чаще до субфебрильных цифр), возможны боли в крупных суставах при движении.

Существуют несколько форм ревматизма:

Поражение сердечно-сосудистой системы. Поражение сердечно-сосудистой системы проявляется неприятными ощущениями в области сердца, перебоями, сердцебиениями, небольшой одышкой. Наблюдаются приглушенность тонов сердца, небольшой систолический шум на верхушке; иногда нарушения ритма - экстрасистолия, тахикардия или брадикардия. Все эти признаки являются проявлением поражения мышцы сердца (ревматический миокардит, или ревмокардит). Если миокард поражен значительно, то могут появиться признаки сердечной недостаточности в виде отчетливой одышки, увеличения печени, Нерезко выраженных отеков; границы сердца отчетливо расширены.

Ревматический полиартрит. Первым симптомом ревматического полиартрита является нарастающая острая боль в суставах, усиливающаяся при малейших пассивных и активных движениях. К боли быстро присоединяется отечность мягких тканей в области суставов. Суставы припухшие, в них может накапливаться экссудат. Кожа над пораженными суставами горячая, пальпация их резко болезненна, объем движений из-за боли крайне ограничен. Характерно симметричное поражение крупных суставов - обычно коленных, лучезапястных, голеностопных, локтевых. Типична "летучесть" воспалительных изменений, проявляющаяся в быстром (в течение нескольких дней) обратном развитии артритических явлений в

одних суставах и столь же быстром их нарастании в других. Все суставные проявления исчезают бесследно; даже без лечения они длятся не более 2 - 4 недели. При современной терапии клинические симптомы ревматического полиартрита могут быть устранены в течение первых суток

Ревматические васкулиты. Ревматические васкулиты (артерииты, флебиты, капилляриты) относятся к проявлениям ревматических висцеритов (воспаление внутренних органов) и выявляются очень редко.

Ревматические поражения кожи. К ним относятся ревматические узелки (плотные, малоподвижные, безболезненные образования, расположенные в подкожной клетчатке, суставных сумках, фасциях, апоневрозах), кольцевидная и узловатая эритемы (бледно-розовые, едва заметные высыпания в виде тонкого кольцевидного ободка). Могут быть крапивница и другие кожные аллергические проявления.

Ревматические поражения других органов. Ревматические поражения легких, плевры, почек, пищеварительного аппарата в настоящее время встречаются редко, быстро подвергаются обратному развитию при соответствующем лечении.

Малая хорея. Малая хорея - наиболее типичная форма нейроревматизма, наблюдаемая преимущественно у детей.

Ревматические поражения центральной нервной системы. Острые ревматические поражения центральной нервной системы редки и протекают по типу менингоэнцефалита, хорошо поддаются противоревматической терапии.

Осложнения:

После атаки ревматизма в большинстве случаев формируются пороки сердца: недостаточность митрального клапана - через 0,5 года, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия - через 1,5-2 года. Однако формирование порока сердца не является фатальной неизбежностью. У части больных при своевременном начале лечения и достаточной его длительности порок сердца

не возникает. Чаще всего порок формируется после второй и даже третьей атаки ревматизма.

Развитие осложнений ревматизма предопределяется тяжестью, затяжным и непрерывно рецидивирующим характером течения. В активной фазе ревматизма могут развиваться недостаточность кровообращения и мерцательная аритмия.

Исходом ревматического миокардита может являться миокардиосклероз, эндокардит - пороки сердца (митральная недостаточность, митральный стеноз и аортальная недостаточность). При эндокардите также возможны тромбоэмболические осложнения (инфаркт почек, селезенки, сетчатки, ишемия головного мозга и др.). При ревматическом поражении могут развиваться спаечные процессы плевральной, перикардальной полостей. Смертельно опасными осложнениями ревматизма служат тромбоэмболии магистральных сосудов и декомпенсированные пороки сердца.

Методы диагностики:

Для распознавания ревматической атаки большое значение имеют установление связи начала заболевания с перенесенной стрептококковой инфекцией, выявление поражения сердца и суставов, изменение показателей лабораторно-инструментальных исследований.

Опрос больного

Дает возможность определить связь ревматизма с перенесенной инфекцией (ангина, тонзиллит, гайморит, фарингит и др.). Выяснить, болеют ли родственники ревматизмом либо другими заболеваниями соединительной ткани, для установления генетической предрасположенности к ревматизму.

Осмотр больного

При осмотре больного обращает на себя внимание бледность кожи, акроцианоз (синюшность губ, кончика носа, ушей), одышка и отеки на ногах. При (аускультации) выслушивании сердца определяется специфический шум в сердце, ослабление сердечных тонов, расширение границ сердца и аритмия.

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови. Увеличение СОЭ, нейтрофилез со сдвигом влево (лейкоцитоз лишь при отчетливом поражении суставов);
- биохимический анализ крови. Отмечаются признаки воспаления в виде увеличения содержания в крови фибриногена, грубодисперсных фракций белков крови (повышение уровня α_2 -глобулинов);
- Исследование крови на ревмопробы. Возрастает содержание антител к антигенам стрептококка: анти-О-стрептолизина и антигиалуронидазы. В крови появляется С-реактивный белок.

Инструментальные исследования:

- рентгенологическое исследование. При рентгенологическом исследовании в сердце и легких не выявляется никаких характерных изменений, однако при тяжелом течении ревмокардита и наличии признаков сердечной недостаточности размеры сердца могут быть увеличены;
- ЭКГ (электрокардиограмма). На ЭКГ у части больных выявляются признаки нарушения проводимости (удлинение интервала P-Q), появляются аритмии, а также снижение амплитуды зубца Т (так называемые неспецифические изменения зубца Т);[3]

Принципы лечения

Применяется трехэтапная система лечения: Первый этап - длительное (4-6 недель) стационарное лечение в активной фазе; Второй этап - послебольничное, санаторное или курортно-санаторное лечение; Третий этап - диспансерное наблюдение, активное бициллино-медикаментозное лечение. В комплекс лечения должны входить: лечебно-охранительный и двигательный режим, рациональное питание, медикаментозные и физиотерапевтические средства, ЛФК (лечебная физкультура). Больные с активным ревматическим процессом (на фоне порока сердца или без порока сердца) подлежат госпитализации.

Медикаментозное лечение:

Лечение ревматической лихорадки, ревматизма проводится в стационаре. На

амбулаторном этапе осуществляется вторичная профилактика ОРЛ бензатин-бензилпенициллином:

Для больных, перенесших ОРЛ без кардита (полиартрит, хорея) - 5 лет;

Для больных, перенесших ОРЛ с кардитом проводить профилактику более 5 лет (по крайней мере до достижения больным 25 лет). Больным с клапанным пороком сердца и тем, кому выполнялась хирургическая коррекция порока сердца - в течение всей жизни.

Антибактериальная терапия:

При наличии у пациента ревматического порока сердца однократно проводится вторичная профилактика бактериального эндокардита

Антибиотики эффективны в предотвращении острой ревматической лихорадки после перенесенного острого тонзиллита (градация рекомендаций

Вторичная профилактика бензатин-бензилпенициллином 2,0 - 2,4 млн ЕД 1

раз в 3 нед - круглогодично. Амоксициллин 2 г за 1 час до процедуры

перорально. При невозможности принять внутрь в/в или в/м ампициллин 2 г за 30 мин до процедуры. При аллергии к пенициллину - азитромицин 500 мг

или кларитромицин 500 мг или клиндамицин 600 мг. При аллергии к пенициллину и невозможности приема внутрь в/в клиндамицин 600 мг или

цефазолин в/в или в/в 1 г. При манипуляциях на желудочно-кишечном и урогенитальном трактах: Амоксициллин 2 г за 1 час до процедуры

перорально. При невозможности принять внутрь в/в или в/м ампициллин 2 г за 30 мин до процедуры. При аллергии к пенициллину ванкомицин 1 г в/в в

течение 1-2ч, введение закончить за 30 мин до процедуры. Профилактика:

бензатин бензилпенициллин 2,4млн в/м 1 раз в 3 недели. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС): диклофенак натрия.

17. Назначение глюкокортикоидов обосновано при тяжелом кардите, особенно с симптомами сердечной недостаточности: преднизолон (0,5-2мг/кг веса) каждые 6-12 часов, затем через 2 дня повышают суточную дозу до 120-160мг. Затем при сохранении нормальных показателей СОЭ в течение 1 нед. снижают дозу каждые 2 дня на 5мг. Для профилактики обострения во время

отмены преднизолона и 2 нед. после прекращения назначают лечебную дозу аспирина.. Санация очагов инфекции. Лечение нарушений ритма: при мерцательной аритмии: дигоксин, антагонисты кальция или амиодарон, по показаниям - кардиоселективные В-адреноблокаторы: под контролем сердечных сокращений, А/Д, ЭКГ. Лечение сердечной недостаточности: мочегонные: фуросемид - доза подбирается в зависимости от степени сердечной декомпенсации, при отечном синдроме - верошпирон 100-300мг/сутки. Препараты калия: аспаркам, панангин. Ведение больных с искусственным митральным или аортальным протезом: непрямые антикоагулянты - фенилин - доза подбирается в зависимости от ПТИ (менее 75 %), варфарин 2,5-5мг/сутки - начальная доза, контроль уровня МНО (2,8-4,4) - 1раз в месяц.

Перечень основных медикаментов:

1. Бензатин-бензилпенициллин порошок для инъекций во флаконе 1 200 000 ЕД, 2 400 000 ЕД.
2. Диклофенак натрия 25 мг, табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Преднизолон 5 мг, табл.
2. Дигоксин 0,025 мг, табл.
3. Амиодарон 200 мг, табл.
4. Фуросемид 40 мг, табл.
5. Аспаркам 0,5 г, табл.
6. Варфарин 2,5 мг, табл.

Критерии перевода на следующий этап лечения: обострение острой ревматической лихорадки. При обострении ОРЛ госпитализируют всех пациентов, активность 2-3ст., неэффективность лечения при 1 ст. активности в течение 2-х недель, появление осложнений.

Диетотерапия:

Назначается диета №10 с ограничением жидкости до 1,5 л. Диета включает все основные компоненты (белки, жиры, углеводы, а также

витамины), ограничивается прием поваренной соли (до 5-6г в сутки), прием жидкости, особенно при наличии признаков сердечной недостаточности, а также углеводов. Белковая пища (не менее 1 г на 1 кг массы) обладает десенсибилизирующими свойствами, повышает иммунобиологическую защиту организма, улучшает сократительную способность миокарда и функцию печени. Важное значение придается овощам и фруктам, которые содержат большое количество витаминов, а также калия и кальция.

Важно соблюдать питьевой режим: жидкости не более 1,5 л в сутки, а при выраженной сердечной недостаточности прием жидкости следует ограничить до 1л.

После выписки из стационара все больные должны находиться на диспансерном учете у кардиолога и ревматолога, в поликлинике по месту жительства и продолжать амбулаторное лечение. С этой целью назначают бициллин - 3 в течение 2 месяцев, а затем бициллин - 5 ежегодно на протяжении 5 лет.

При переходе ревматизма в неактивную стадию, больных рекомендуется направлять в лечебные санатории. В фазе ремиссии (стойкое отсутствие симптомов) используют грязелечение и лечебные ванны (углекислые, радоновые, кислородные и сероводородные).

Прогноз:

Своевременное лечение ревматизма практически исключает непосредственную угрозу для жизни. Тяжесть прогноза при ревматизме определяется поражением сердца (наличием и тяжестью порока, степенью миокардиосклероза). Наиболее неблагоприятно с прогностической точки зрения непрерывно прогрессирующее течение ревмокардитов.

Опасность формирования пороков сердца повышается при раннем возникновении ревматизма у детей, поздно начатом лечении. При первичной ревматической атаке у лиц старше 25 лет течение более благоприятно, клапанные изменения обычно не развиваются.

Ревматологическая служба:

Оказание специализированной медицинской помощи больным ревматизмом возложено на ревматологическую службу.

В задачи службы входит оказание лечебно-диагностической и консультативной помощи. Представлена данная служба республиканскими, краевыми, областными центрами, кабинетами поликлиник, специализированными отделениями в больницах. Ревматологический центр принимает активное участие в проведении мероприятий по повышению квалификации медицинских работников в области ревматологии, осуществляет медицинскую реабилитацию больных с ревматическими заболеваниями.

Важное место в системе службы занимают ревматологические кабинеты поликлиник. Основными задачами специалистов, работающих в них, являются выявление, профилактика и оказание помощи заболевшим ревматизмом. Персонал кабинета осуществляет профилактические мероприятия, диспансерное наблюдение и лечение больных, оказывает консультативную помощь.

Ревматологические отделения входят в структурные подразделения многопрофильных больниц, где оказывается высококвалифицированная диагностическая и лечебная помощь.[4]

1.3 Профилактика ревматизма

Основой профилактики является укрепление сопротивляемости организма в отношении инфекции, а также борьба с ней.

Различают:

Первичную профилактику - систему мероприятий по предупреждению заболеваний ревматизмом здоровых людей;

Вторичную профилактику - систему мероприятий у лиц, ранее перенесших атаки ревматизма.

При первичном профилактике ревматизма, рекомендуется систематическое общеукрепляющие мероприятия: закаливания организма, занятия физкультурой и спортом, водные процедуры, соблюдение режима труда и отдыха, рациональное питание, пребывание на свежем воздухе, отказ от вредных привычек (алкоголя курения), уменьшение по возможности контактов с больными, стрептококковой инфекцией, своевременное и правильное лечение острых и хронических стрептококковой инфекцией.

Ранняя диагностика стрептококковых заболеваний нередко затруднительно, так как, связана с необходимостью дополнительных бактериологических и серологических исследований. Необходимо учитывать, что типичная картина стрептококковых заболеваний обнаруживается не более чем у четверти больных. В остальных случаях наблюдается стертые, иногда бессимптомные формы. На большую вероятность стрептококковой природы носоглоточной инфекции указывают боли в горле, гиперемия зева с реакцией регионарных лимфатических узлов, лейкоцитоз, обнаружение стрептококка в мазке и зева, стрептококкового антигена в крови, нарастание титров стрептококковых антител на 2-3й неделе от начала инфекции.

Выписка на работу, в школу или детский сад разрешается только при нормальных показателях анализов крови. После перенесенной ангины больной в течение месяца должен находится под наблюдение врача-терапевта, педиатра, а также ревматолога, поскольку, обычно в этот период появляются первые симптомы ревматизма.

Наряду с лечением острых стрептококковых инфекций важным профилактическим мероприятием является лечение хронической стрептококковой инфекции: тонзиллитов, фарингитов, синуситов, гайморитов.

Также должно проводится лечение множественного кариеса зубов, периодонтита. Метод их санации определяется лечащим врачом совместно с отоларингологом и стоматологом.

При эпидемических вспышках стрептококковой инфекции (ангина, острый фарингит, скарлатина), острых респираторных вирусных инфекций или при одновременном появлении нескольких случаев острого ревматизма, особенно в закрытых коллективах в период их формирования, наряду с изоляцией и активным лечением заболевших показана бициллинопрофилактика всем контактировавшим с заболевшими. Однократно вводится бициллин-5 1, 5 млн ЕД. Экстенциллин (ретарпен) 2,4 млн. ЕД 1 раз в три недели. Особенно тщательно первичную профилактику необходимо проводить детям, подросткам и молодым людям из семей, в которых имеются больные ревматизмом, так как эти лица более других угрожаемые по ревматизму.

Вторичная профилактика ревматизма включает комплекс мероприятий, направленных на предупреждение обострений, рецидивов и прогрессирования болезни у лиц, больных ревматизмом. Вторичная профилактика ревматизма проводится врачами ревматологами, а при отсутствии ревматологических кабинетов - участковыми терапевтами под руководством заведующих отделениями.

В связи с тем, что ревматизм относится к хроническим болезням и склонен к рецидивированию, комплекс профилактических мероприятий необходимо проводить многие годы. Комплекс мероприятий по предупреждению рецидивов и обострений ревматизма включает:

- интенсивное и продолжительное лечение больных первичным ревматизмом;
- проведение продолжительной противоревматической терапии, по возможности до полной ликвидации проявлений активности ревматического процесса, больным с хроническими вариантами течения (затяжным непрерывно рецидивирующим, латентным) препаратами хинолинового ряда (делагил, резохин, плаквенил), индольными производными (индометацин, метиндол, ибупрофен, вольтарен);
- своевременное и эффективное лечение острых стрептококковых инфекций

носоглотки;

- меры по борьбе со стрептококковой инфекцией, включающие и длительную бициллинопрофилактику;

- повышение сопротивляемости организма общий лечебно-оздоровительный режим, индивидуальные комплексы лечебной гимнастики, прогулки на свежем воздухе, рациональное питание, закаливающие водные процедуры, использование климатических факторов и др.

- проведение симптоматической терапии больным с пороками сердца, направленной на улучшение функциональной способности сердечной мышцы и сохранение компенсации кровообращения (сердечные гликозиды, мочегонные и улучшающие метаболизм сердечной мышцы средства, препараты калия).

При вторичной профилактике ревматизма рекомендуется по возможности проводить круглогодичную бициллопрофилактику, поскольку она значительно эффективнее чем сезонная. Штаммы стрептококка весьма чувствительны к препаратам пенициллина, в частности к бициллину, и не образуют устойчивых форм.

Бициллинопрофилактика назначается:

- всем больным ревматизмом в активной фазе болезни, причем вводить бициллин следует в стационаре, сразу после окончания курса антибактериальной терапии;

- всем больным впервые выявленными ревматическими пороками сердца, независимо от фазы болезни в возрасте до 35 лет;

- лицам, перенесшим достоверный приступ ревматизма, независимо от локализации процесса и не получившим бициллин непосредственно после выписки из стационара.

Бициллинопрофилактика не показана больным со стойкой недостаточностью кровообращения, не связанной с активностью ревматического процесса, и больным с склонностью к тромбоэмболическим осложнениям. В зимние и особенно весенние месяцы эти препараты

целесообразно сочетать с витаминотерапией, в первую очередь с аскорбиновой кислотой до 0,5-1гр./сутки.

Больным с хроническими вариантами течения ревматизма, затяжным, непрерывно-рецидивирующим и латентным бициллинопрофилактика проводится на фоне длительного, нередко многомесячного приема лечебных доз противоревматических средств, а больным с выраженной декомпенсацией сердечной деятельности – фоне симптоматической терапии сердечными гликозидами, мочегонными препаратами, препаратами калия.

Длительность бициллинопрофилактики определяется особенностями течения болезни:

-больным, перенесшим первичный ревмокардит без признаков клапанного поражения или хорею без явных сердечных изменений, при отсутствии или тщательно санированными очагами хронической инфекции – 3года подряд;

-больным перенесшим первичный ревмокардит с формированием порока сердца, -5 лет и ее отмене решается индивидуально.

После инъекции бициллина больной должен находиться под наблюдение медицинского персонала, который обязан знать клинические проявления аллергии на бициллин и меры неотложной помощи при этом, а также иметь полный набор инструментария и медикаментов для лечения анафилактического шока и других аллергических проявлений.

Больным, перенесшим митральную комиссуротомию, должна проводиться длительная непрерывная (круглогодичная) бициллино-медикаментозная профилактика, срок которой зависит от характера ревматического процесса у каждого больного.

Важную роль в комплексе профилактических мероприятий играют вопросы правильного и рационального трудоустройства больных ревматизмом. Так, лицам, перенесшим ревматизм, независимо от наличия или отсутствия порока сердца, противопоказаны ночные смены, дежурства, длительное пребывание на сквозняках, резкие колебания температуры в течение

рабочего дня. Вопросы трудоустройства должны решаться совместно лечащим врачом, ВКК поликлиники и профсоюзной организацией предприятия.

При определении показаний к санаторно-курортному лечению необходимо учитывать не только органические изменения сердечной мышцы, клапанов сердца, но, прежде всего, функцию последних, стадию нарушения кровообращения, а также функциональное состояние центральной нервной системы.

ГЛАВА II. ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. ПРОФИЛАКТИКА РЕВМАТИЗМА С УЧЕТОМ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

2.1. Анализ по статистическим данным ГБУ РС (Я) «Якутская городская клиническая больница» Ревматологического отделения

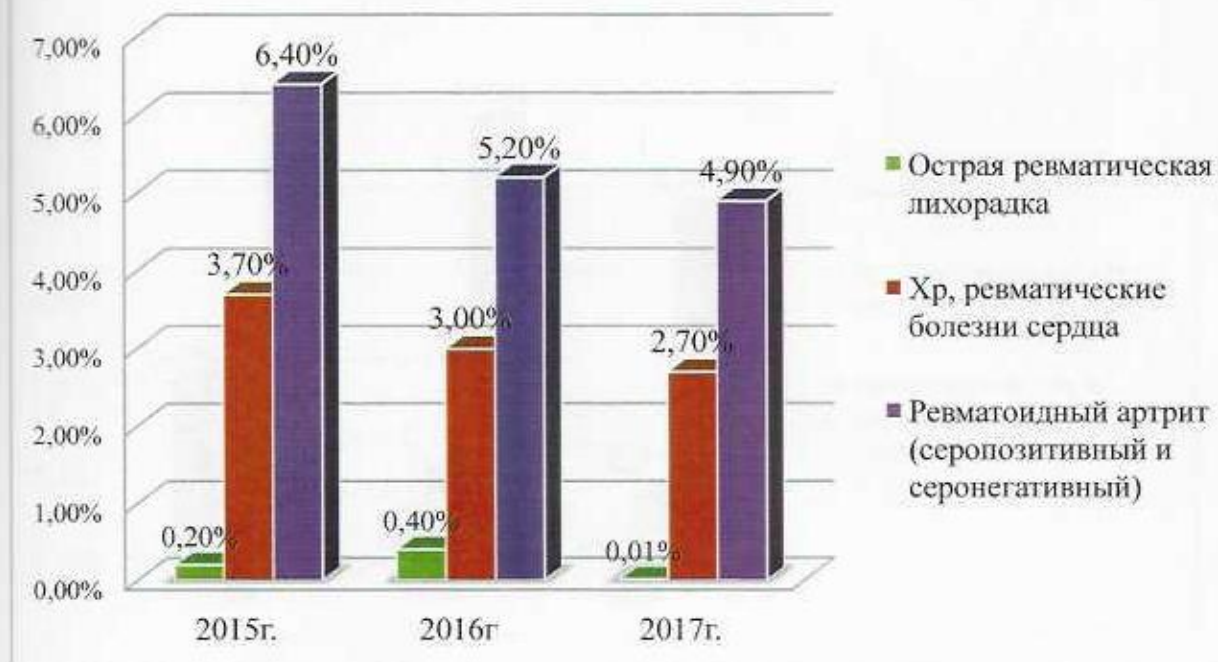
По данным ревматологического отделения ЯГКБ мы провели статистику по динамике возникновения заболевания в период с 2015 по 2017 гг.

Болезненность взрослого населения за 2015-2017 гг.

Диаграмма №1. Болезненность взрослого населения в период с 2015 по 2017.

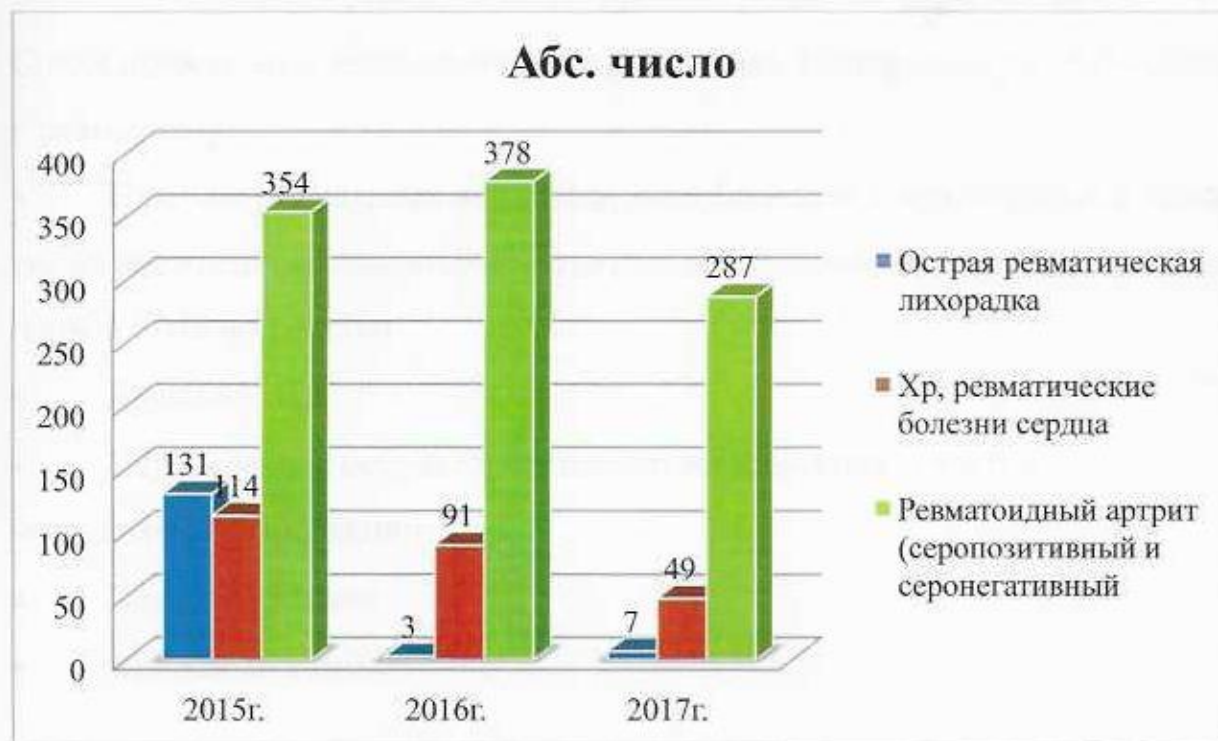


на 1000 взрослого населения

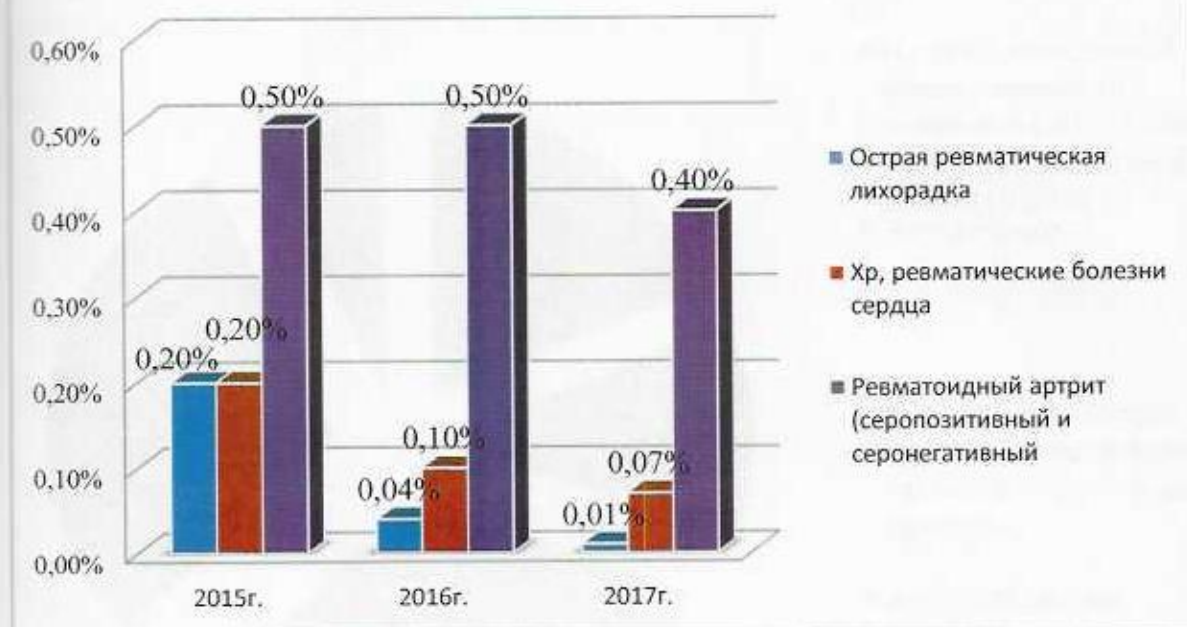


Заболеваемость взрослого населения за 2015-2017гг.

Диаграмма №2. Заболеваемость взрослого населения в период с 2015 по 2017.



на 1000 взрослого населения



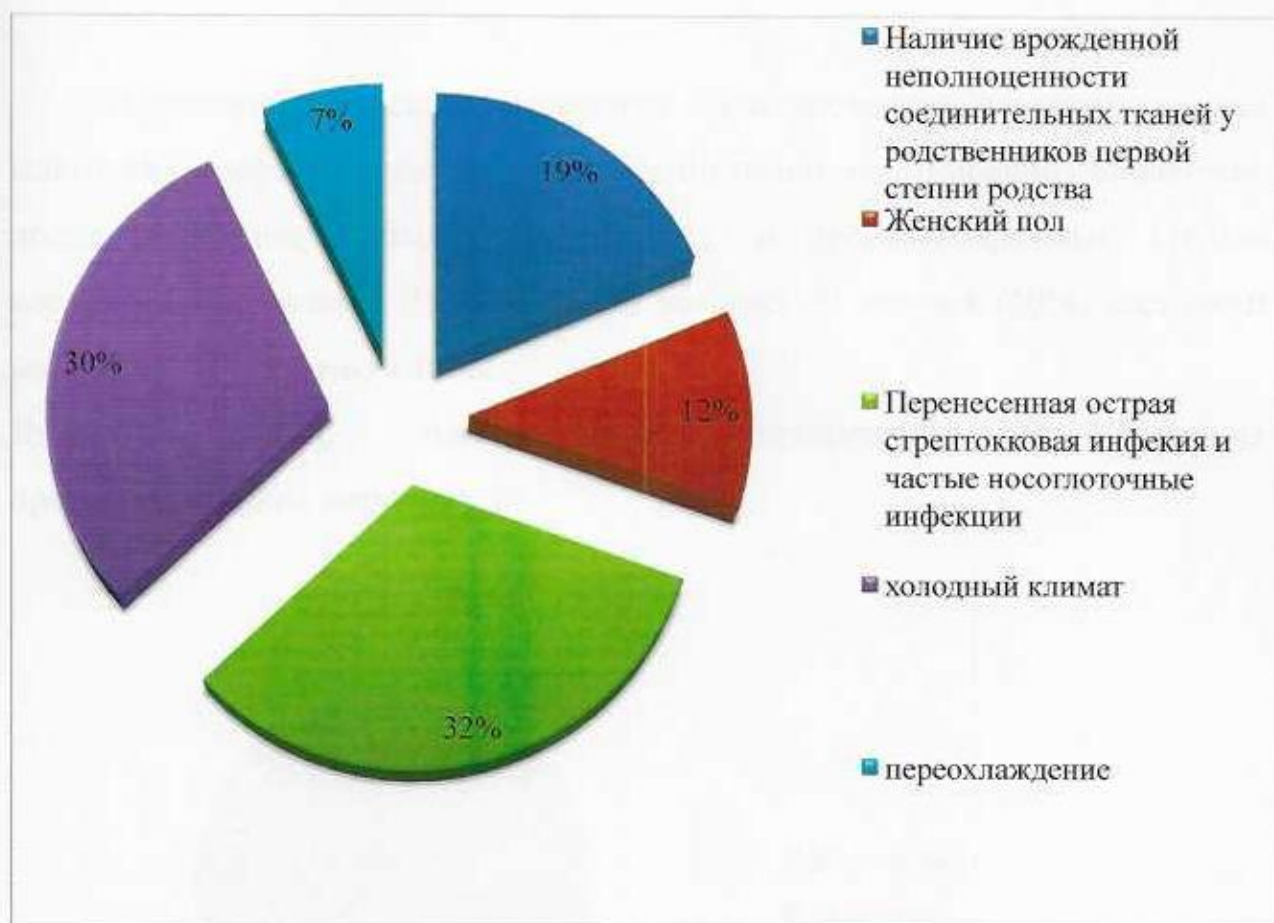
Если учесть данные предыдущих годов, то, болезненность и заболеваемость взрослого населения в 2017г. отмечается снижение уровня частоты возникновения острой ревматической лихорадки на 0,1% Ревматические болезни сердца 0,7%, ревматоидный артрит 0,4%.

Факторы риска, способствующие развитию ревматизма

Среди проводимых исследований по статистике факторов риска приводящих к ревматизму:

- Наличие ревматизма или диффузных болезней соединительной ткани, а также врожденной неполноценности соединительной ткани у родственников первой степени родства
- Женский пол
- Перенесенная острая стрептококковая инфекция и частые носоглоточные инфекции
- Переохлаждение
- Холодный климат

Диаграмма №3. Статистика факторов риска, приводящих к ревматизму



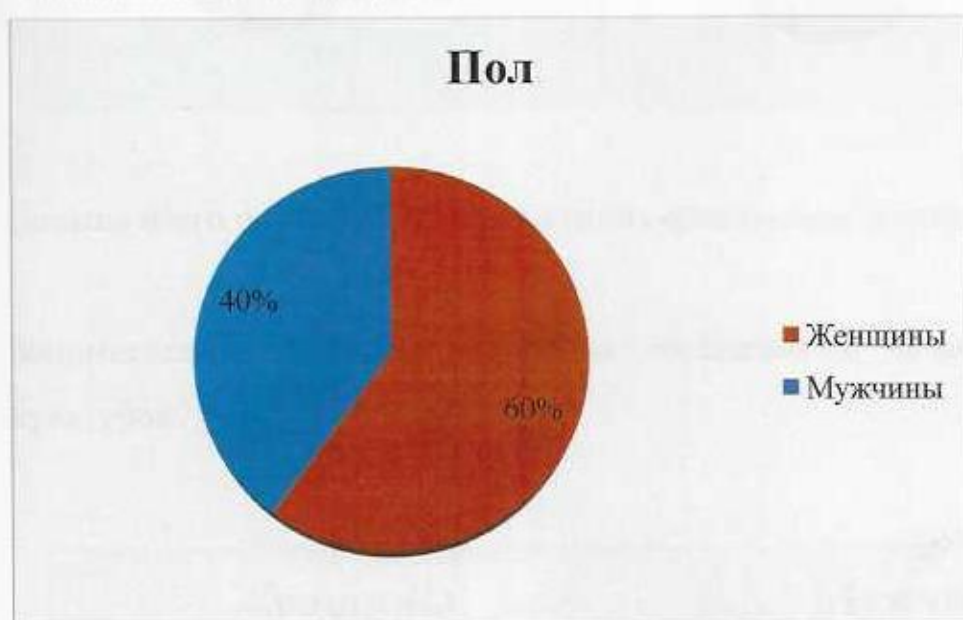
Из данных проводимых исследований выявляется, что в большинстве случаев причиной развития ревматизма является в последствии перенесенной острой стрептококковой инфекции и частые носоглоточные инфекции составляет около 32% приводящих к его развитию.

Выводы: исходя из статистических данных наших исследований, меры профилактики нужно заострить внимание на обострение острой стрептококковой инфекции и частые носоглоточные инфекции, тогда показатель уменьшится при эффективной борьбе с ними.

2.2 Проведение анкетирования среди пациентов ГБУ РС (Я) ЯГКБ-ревматологического отделения

В ревматологическом отделении было проведено исследование для выявления профилактических мероприятий путем анкетирования пациентов, после чего анкеты были подсчитаны и проанализированы. Группа исследуемых составила 35 человек, из которых 20 человек (60%) составили женщины, 15 (40%)-мужчины.

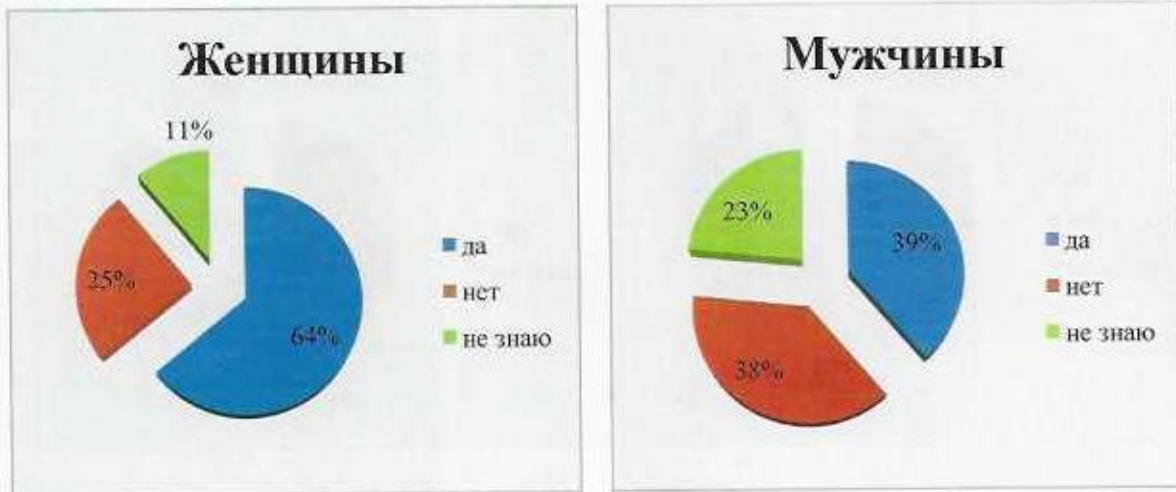
Диаграмма № 4. Анализ путем анкетирования для выявления профилактических мероприятий



Из проведенного анкетирования на стационарном лечении ревматологического отделения находились большинство по половому признаку женщины. Исходя из диаграммы, видно, что чаще болеют женщины. Среди женщин ревматизм в 2 раза более распространена и носит более тяжелый характер по сравнению с мужчинами. Тестостерон у мужчин защищает от развития воспалительных проявлений в суставах, а действие эстрогена способствует большей восприимчивости воспалительных клеток. Также подверженность к системным воспалительным заболеваниям соединительной ткани способствуют гормональные препараты применяемые женщинами (с целью предотвращения зачатия). Состояние страдающих ревматизмом женщин часто ухудшается при беременности и во время

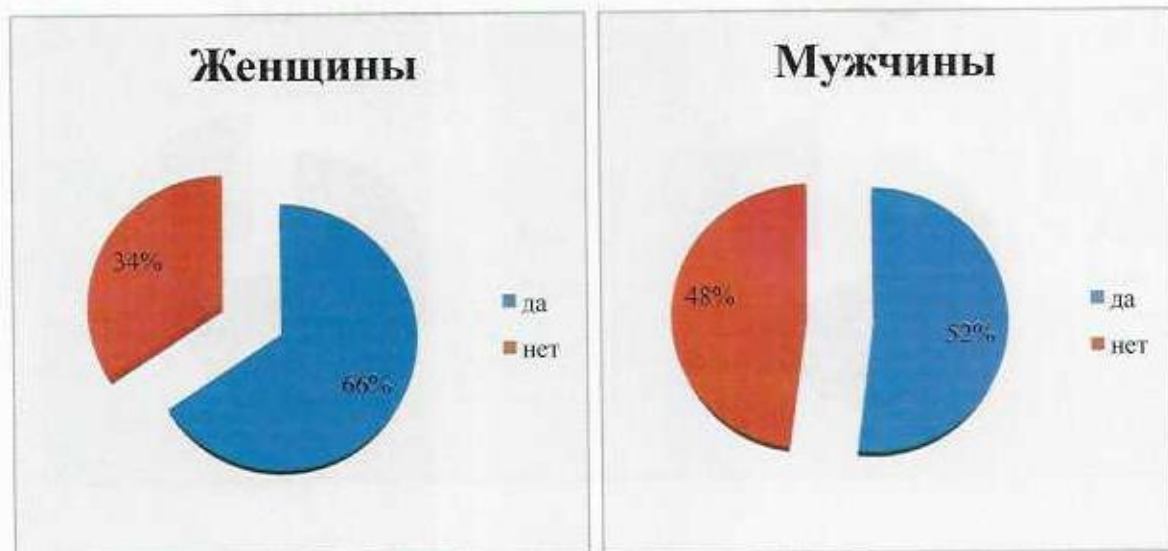
климактерического периода, которая сопровождается серьезными гормональными перестройками.

Знаете ли вы методы профилактики в отношении своего заболевания?



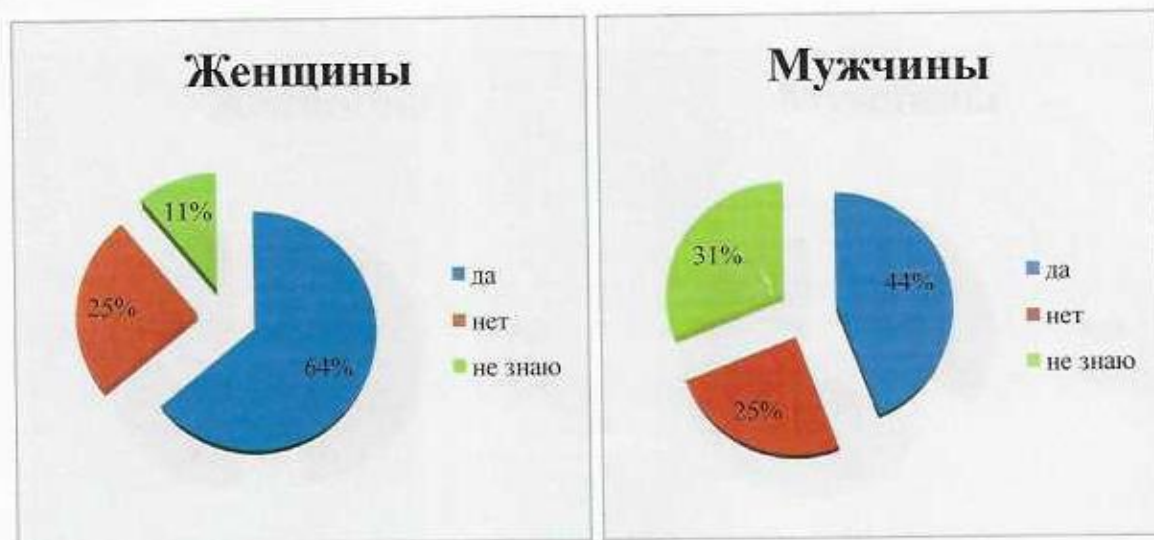
Больше всего о методах профилактики осведомлены женщины-64%.

Занимаетесь ли вы закаливанием организма и лечебной физической культурой?



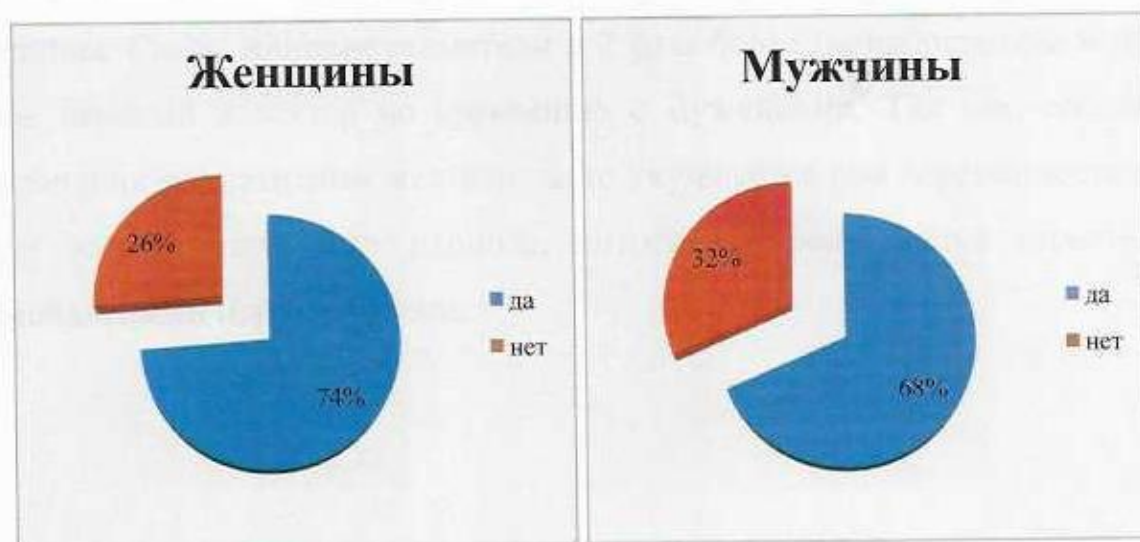
Больше всего женщины следят за своим здоровьем, в процентном соотношении составляет среди женщин 66%.

Прибегаете ли вы к своевременному лечению стрептококковой инфекции (ангина, фарингит и тд)?



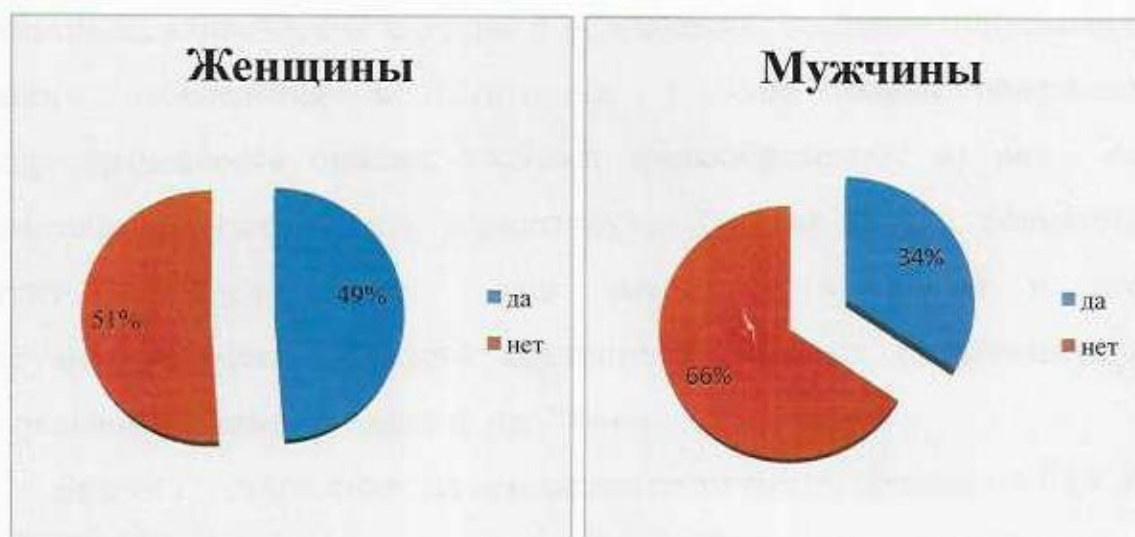
Своевременно проходят полный курс лечения от стрептококковой инфекции (ангина, фарингит и тд) женщины, их составляет 64%.

Получали ли вы в течение 5 лет, путем введения внутримышечной инъекции Бициллина-5 (1500 ЕД)?



Всем было назначено внутримышечное введение Бициллин-5 (1500 ЕД) и из диаграммы видно что женщины получали препарат полностью 74%

Посещали ли вы санаторно-курортное лечение по поводу вашего заболевания?



По санаторно-курортным лечением больше всего по посещаемости преобладают женщины 49%

Вывод: Исходя из проведенного анкетирования, было выявлено, что женщины намного больше осведомлены о профилактике своего заболевания, чем мужчины. Исходя из проведенной работы видно, что чаще болеют женщины. Среди женщин ревматизм в 2 раза более распространена и носит более тяжелый характер по сравнению с мужчинами. Так как, состояние страдающих ревматизмом женщин часто ухудшается при беременности и во время климактерического периода, которая сопровождается серьезными гормональными перестройками.

ВЫВОД:

1. Изучив необходимую литературу и проанализировав данную болезнь по этиологии и патогенеза, способствующих факторов возникновения ревматизма, клинической картины и осложнений, особенностей диагностики данного заболевания и подготовки к ним, меры профилактики. Распространенность болезни системы кровообращения, из них острой ревматической лихорадки и ревматические болезни сердца, ревматоидный артрит и обусловленная ими высокая временная и стойкая нетрудоспособность взрослого контингента больных свидетельствуют о социальной значимости данной проблемы.

2. Вывод по статистике: на основе статистических данных по ГБУ РС(Я) «Якутская городская клиническая больница» Ревматологического отделения, с этой болезнью в период 2015-2017 годов, в общем количестве нуждающихся за медицинской помощью зарегистрировано 3147 людей. Пик заболеваемости ревматизмом было зафиксировано в 2015 г.

3. Исходя из проведенного анкетирования, было выявлено, что женщины намного больше осведомлены о профилактике своего заболевания, чем мужчины. Исходя из проведенной работы видно, что чаще болеют женщины. Среди женщин ревматизм в 2 раза более распространена и носит более тяжелый характер по сравнению с мужчинами. Тестостерон у мужчин защищает от развития воспалительных проявлений в суставах, а действие эстрогена способствует большей восприимчивости воспалительных клеток. Также подверженность к системным воспалительным заболеваниям соединительной ткани способствуют гормональные препараты применяемые женщинами (с целью предотвращения зачатия). Состояние страдающих ревматизмом женщин часто ухудшается при беременности и во время климактерического периода, которая сопровождается серьезными гормональными перестройками.

АНКЕТА

1. Пол

А) муж Б) жен

2. Знаете ли вы методы профилактики в отношении насчет своего заболевания?

А) да Б) нет В) не знаю

3. Занимаетесь ли закаливанием организма и лечебной физической культурой?

А) да Б) нет

4. Прибегаете ли Вы к своевременному лечению стрептококковой инфекции (ангина, фарингит и тд.)?

А) да Б) нет В) не знаю

5. Получали ли вы в течение 5 лет, путем введения внутримышечной инъекции Бициллина-5 (1500 ЕД)

А) да Б) нет

6. Посещали ли вы санаторно-курортное лечение по поводу вашего заболевание?

А) да Б) нет

Список источников и литературы

1. Вальдман, В. А. О ревматизме/ В. А. Вальдман.-М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2015. -160 с.
2. В. А Насонова; Сост. Я.А. Сигидин; Э.Р. Агабабова, М. Г. Астапенко, К.В. Баятова и др.: Справочник по ревматологии. – М.: Медицина, 1978
3. Гребеник М. Бакалюк А. Шостак И. Причины гипердиагностики ревматизма у взрослых //). 2015
4. Маколкин В. И, Овчаренко С. И." Внутренние болезни". Издательство // ГЭОТАР-Медиа, 2013
5. Мешков А.П.: Заболевания суставов: Диагностика и лечение. - Н. Новгород: НГМИ, 2013
6. Насонов Е.Л., Насонова В. А. «Рациональное фармакотерапия ревматических заболеваний. М.: Литтерра; 2013. 86-141.
7. Люсов В. А.: Сердечно - сосудистые заболевания в молодом возрасте. _М.: Медицина, 2016
8. Лямперт И.М.: Этиология, иммунология и иммунопатология ревматизма. – М.: Медицина, 2013
9. Острая ревматическая лихорадка: Джесси Рассел-Санкт Петербург, Книга по Требованию, 2013 г.-101 с.
10. Ревматические болезни: номенклатура, классификация, стандарты диагностики и лечения / Под ред. В.Н. Коваленко, Н.М. Шубы. 2013
11. Ревматизм и ревматическая болезнь сердца. Доклад исследовательской х группы ВОЗ. Серия технических докладов 764. ВОЗ, Женева.-2013.
12. Радионова О. «Семейный доктор. Ревматизм. Лучшие методы лечения и профилактики» Издательство вектор-2014
13. Ревматизм. Лечение. Профилактика. Питание Вольвганг Брюкле-Санкт Петербург, Мой мир Гмб-2013
14. Иоффе, В. И. Иммунология ревматизма / В.И. Иоффе.- М Государственное издательство медицинской литературы, 2014.-356с

15. «Клиническая ревматология» под редакцией профессора В. И. Мазурова, Санкт-Петербург, 2016г.
16. Фармакотерапия в ревматологии. М., «Медицина, 2010. Авт.: В.А. Насонова, Я.А. Сигидин, К.Трнавский, М. Выкидал.
17. Федеральный закон №323-ФЗ от 01.01.2011 года "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
18. Царфис, П. Г. Лечение ревматизма и болезней суставов/ П.Г. Царфис.- М.: Медицина, 2014.- 336 с.

<http://medside.ru/revmatizm-sustavov>[1]

<https://stud-baza.ru/revmatizm-referatyi-meditcina>[2]

https://revolution.allbest.ru/medicine/00612961_0.html[3]

<https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=577036>[4]