Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:
https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/161895

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина (другое)

СОДЕРЖАНИЕ
СОДЕРЖАНИЕ 2
ВВЕДЕНИЕ 3
ГЛАВА 1. ХАРАКТЕРИСТИКА РЕВМАТИЗМА 5
1.1. Этиология, патогенез, клинические проявления, лечение ревматизма 5
1.2. Реабилитация при ревматизме 20
1.3. Особенности сестринского ухода при ревматизме 23
ГЛАВА 2. РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ 25
2.1. Анализ заболеваемости ревматизмом в г. Иркутске и Иркутской области 25
2.2. Результаты анкетирования пациентов 27
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 33
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 35
ПРИЛОЖЕНИЕ 38

ВВЕДЕНИЕ
По данным статистики ВОЗ в настоящее время ревматизм остается одной из главных причин инвалидизации трудоспособного населения.
Ревматизм (болезнь Сокольского-Буйо) – заболевание, достаточно часто встречающееся. Среди заболевших преобладают, главным образом, часто и длительно болеющие дети от 6 до 14-15 лет, у которых имеются низкий иммунитет, очаги хронической инфекции (тонзиллит), наследственная предрасположенность к сердечной патологии. Не является исключением появление в совершеннолетнем возрасте первой атаки, однако у взрослых дебют болезни представляет собой явление довольно редкое. Современной медицине известно большое количество способов борьбы с этим весьма серьезным заболеванием, которое часто приводит к поражению сердца и формированию клапанных пороков [8].
В России заболеваемость и смертность за последние 25 лет снизились более чем в 3 раза. Однако, по данным различных авторов, все еще остается высокой распространенность ревматических пороков сердца (1,4 %), что, по-видимому, обусловлено увеличением количества таких больных в старших возрастных группах за счет снижения смертности и увеличения продолжительности жизни [2, 11].
Ревматизм считается в настоящее время одним из наиболее распространенных и опасных заболеваний человечества. Поэтому, несмотря на то, что в его лечении были достигнуты значительные успехи, значение данной патологии сложно переоценить как в медицинском, так и в социальном аспекте. Как правило, развитие болезни приходится на детский возраст, однако из-за доминирующего латентного течения поражения сердца выявляются только у взрослых пациентов, нередко приводя к временной потере трудоспособности, а в 10% случаев даже к инвалидности [11].
Ревматизм может поражать любые органы. Ревматизмом болеют преимущественно молодые люди и дети. Первичный ревматизм во взрослом и пожилом возрасте выявляется крайне редко. Женщины болеют ревматизмом чаще, чем мужчины.
Результаты клинических наблюдений, многочисленные эпидемиологические данные, результаты иммунологических и других экспериментальных исследований убедительно доказывают связь β-гемолитического стрептококка и ревматизма. Увеличение заболевших после вспышек ОРЗ является подтверждающим фактором. L –формам стрептококка медики придают определенное значение.
Большую работу по реабилитации больных ревматизмом выполняет медицинская сестра. Улучшение самочувствия и быстрота выздоровления пациента во многом зависит от грамотной, профессиональной работы среднего медицинского персонала.
Объект исследования: роль медицинской сестры в процессе реабилитации при ревматизме.
Предмет исследования: анализ профессиональной деятельности медицинской сестры при ревматизме.
Цель исследования: изучить профессиональную деятельность медицинской сестры в реабилитации

пациентов с ревматизмом.
Задачи исследования:
- изучить ревматизм, его этиологию, патогенез, клиническую картину и основные причины заболевания;
- описать проблемы пациента при ревматизме;
- рассмотреть особенности реабилитации при ревматизме;
- проанализировать профессиональную деятельность медицинской сестры в реабилитации пациентов с ревматизмом.

ГЛАВА 1. ХАРАКТЕРИСТИКА РЕВМАТИЗМА

1.1. Этиология, патогенез, клинические проявления, лечение ревматизма

При острых формах заболевания основным этиологическим фактором является β-гемолитический стрептококк группы А. Связь заболевания со стрептококком часто не удается установить у больных с затяжными и непрерывно рецидивирующими формами ревмокардита. Полностью соответствующее всем главным критериям ревматизма поражение сердца в подобных случаях имеет, по-видимому, иную природу - инфекционно-токсическую, аллергическую (вне связи со стрептококком или вообще инфекционными антигенами), вирусную. Существенное значение в развитии ревматизма придают иммунным нарушениям, хотя не выяснены конкретные этапы патогенеза.
Предполагают, что на первых этапах сенсибилизирующие агенты (вирус, стрептококк, неспецифические антигены и т. д.) могут приводить к иммунному воспалению в сердце, а затем к трансформации антигенных свойств его компонентов с превращением их в аутоантигены и развитием аутоиммунного процесса [22].
В развитии ревматизма важную роль играет генетическая предрасположенность. При ревматизме системный воспалительный процесс проявляется морфологически характерными изменениями системной дезорганизации соединительной ткани (мукоидное набухание - фибриноидное набухание - фибриноидный некроз) и клеточными реакциями (инфильтрация лимфоцитами и плазматическими клетками, образование гранулем Ашофф-Талалаева). Начиная со стадии фибриноидного набухания, невозможна полная тканевая репарация, и процесс завершается склерозированием.
Необходимо выделять в соответствии с современной классификацией неактивную или активную фазу болезни. Активность может быть минимальной (I степени), средней (II степени) и максимальной (III степени). Судить о ней можно по выраженности клинических проявлений, а также по изменениям лабораторных показателей.
Также классификацию проводят по локализации активного ревматического процесса (кардит, артрит, хорея и т. д.), состоянию кровообращения, характеру резидуальных явлений (миокардиосклероз и др.) и течению болезни. Выделяеют острое течение ревматизма, подострое, затяжное, непрерывно рецидивирующее и латентное (клинически бессимптомное). Только для ретроспективной характеристики ревматизма выделение "латентного течения" является оправданным: латентное формирование порока сердца и т. д [8, 12].
Заболевание развивается в типичных случаях через 1 - 3 недели после перенесенной ангины или реже другой инфекции. Этот срок при повторных атаках может быть меньшим. У некоторых больных даже первичный ревматизм возникает без какой-либо связи с инфекцией через 1 - 2 дня после охлаждения. Часто рецидивы болезни развиваются после любых оперативных вмешательств, интеркуррентных заболеваний, физических перегрузок. Сочетание острого мигрирующего и полностью обратимого полиартрита крупных суставов с умеренно выраженным кардитом является наиболее характерным проявлением ревматизма, его "основным синдромом". Обычно начало заболевания бурное, острое, реже подострое.
Быстро развивается сопровождающийся ремиттирующей лихорадкой до 38 - 400 С полиартрит, суточные колебания составляют 1 - 20 С и сильным потом, но обычно без озноба. Нарастающая острая боль в суставах, которая усиливается при малейших пассивных и активных движениях и достигает большой выраженности у нелеченых больных является первым симптомом ревматического полиартрита. Почти одновременно появляется выпот в суставной полости, быстро присоединяется отечность мягких тканей в области суставов. Над пораженными суставами кожа горячая, пальпация суставов является резко болезненной, из-за боли объем движений крайне ограничен. Характерно симметричное поражение крупных суставов - обычно коленных, голеностопных, лучезапястных, локтевых [17, 18].
Типичной является "летучесть" воспалительных изменений, которая проявляется быстрым (в течение нескольких дней) обратным развитием артритических явлений в одних суставах и столь же быстрым их нарастанием в других. Все суставные проявления исчезают бесследно; они длятся не более 2 - 4 недель

даже без лечения. Клинические симптомы ревматического полиартрита при современной терапии могут быть устранены в течение первых суток. Полагают что полиартрит развивается при остром ревматизме в 60 - 70% случаев. На первый план выступают по мере стихания суставных явлений (реже с самого начала болезни) обычно не столь яркие симптомы поражения сердца, считающегося у многих больных единственным и наиболее частым органным проявлением ревматизма [4, 5].

Вопреки прежним представлениям в то же время заболевание не столь редко протекает без явных сердечных изменений. При отсутствии сопутствующего порока сердца ревматический миокардит у взрослых протекает, как правило, нетяжело. Больные жалуются на легкую одышку при нагрузках, слабые боли или неясные неприятные ощущения в области сердца, реже - на сердцебиения или перебои. При исследовании области сердца патологии обычно не отмечается. По данным перкуссии и рентгеноскопии сердце нормальных размеров или умеренно увеличено. Обычно наблюдается увеличение влево, реже - диффузное расширение.

При аускультации и ФКГ определяются характерная удовлетворительная звучность тонов, мягкий мышечный систолический шум на верхушке сердца и проекции митрального клапана, небольшое приглушение I тона, иногда возникновение III, реже IV тона. Артериальное давление умеренно снижено или нормальное. Иногда отмечается несколько превышающая уровень, соответствующий температуре, умеренная тахикардия. На ЭКГ - уплощение, и зазубренность зубца P и комплекса QRS, реже удлинение интервала PQ более 0,2 с. У ряда больных регистрируются небольшое смещение интервала S-T книзу от изоэлектрической линии и изменения зубца T (низкий, отрицательный, реже двухфазный прежде всего в отведениях V1-V3).

Экстрасистолы, внутрижелудочковая блокада, атриовентрикулярная блокада II или III степени, узловой ритм наблюдаются редко. Развивается в редких случаях недостаточность кровообращения в связи с первичным ревматическим миокардитом. Так называемый диффузный ревматический миокардит встречается у отдельных больных чаще в детском возрасте. Он проявляется бурным воспалением миокарда с его выраженным отеком и нарушением функции. С самого начала заболевания беспокоят заставляющая принимать положение ортопноэ выраженная одышка, учащенное сердцебиение, постоянная боль в области сердца. Характерны набухание шейных вен, "бледный цианоз". Верхушечный толчок слабый, сердце значительно и диффузно расширено. Часто выслушивается четкий II тон (протодиасталический ритм галопа) и отчетливый, но мягкий систолический шум, тоны резко приглушены. Пульс слабого наполнения, частый. Значительно понижено артериальное давление, может развиваться коллаптоидное состояние. Быстро повышается венозное давление, но с присоединением коллапса оно может снижаться.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллоев М.Ф. Шукурова С.М., Тоиров Х.К., Каримова Г.Н. Медико-социальная значимость ревматических заболеваний // Вестник Авиценны. - 2012.-№4.- С.163-168.
2. Балабанова Р.М. Заболеваемость населения России острой ревматической лихорадкой и хроническими ревматическими болезнями сердца (2011-2012 гг.) // Современная ревматология.- 2014.- №1.- С.14-21.
3. Балабанова, Р. М. Ревматоидный артрит: новые подходы к старой проблеме [Электронный ресурс] / Р. М. Балабанова, Е. В. Шекшина. – URL: http://medi.ru/doc/g24050801.htm
4. Белов Б.С., Бабаева А.Р. Новые критерии диагностики острой ревматической лихорадки (предложения Американской Ассоциации Сердца по пересмотру критериев Джонса) // Вестник Волгоградского ГМУ.- 2016.- Вып. №2
5. Белов Б.С., Кузьмина Н.Н., Медынцева Л.Г. и др. Диагностика острой ревматической лихорадки // Научно-практическая ревматология.- 2016.- Т. 54, № 4.- С. 395-397.
6. Белов Б.С., Насонова В.А., Кузмина Н.Н. Острая ревматическая лихорадка: современные этиопатогенетические аспекты //Научно- практическая ревматология.- 2008.- №5.- С. 51-57
7. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация или восстановительная медицина. – Физиотерапия, бальнеология и реабилитация, 2015, 1, с. 3-12.
8. Вальдман, В. А. О ревматизме / В.А. Вальдман. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2015. - 160 с.
9. Виды реабилитации: физиотерапия, лечебная физкультура, массаж: учебное пособие / Т.Ю. Быковская, А.Б. Кабарухин, Л. А. Семененко, Л. В. Козлова, С. А. Козлов, Т. В. Бесараб; под общ. Ред. А. Б. Кабарухина-: Феникс, 2015 г - 557 с.
10. Епифанов В.А., Кузбашева Т.Г. Роль и место лечебной физкультуры в медицинской реабилитации. – Физиотерапия, бальнеология и реабилитация, 2014.с – 560.

11. Заболеваемость населения России в 2018 г. Статистические материалы.- Москва, 2019.
12. Клиническая ревматология (руководство для врачей) / (ред.) чл.-корр. РАМН проф. В. И. Мазуров. — 2-е изд., перераб. и доп. — СПб.: ООО "Издательство ФОЛИАНТ", 2005. — 520 с.
13. Кузьмина Н.Н., Белов Б.С., Медынцева Л.Г. Острая ревматическая лихорадка в XXI веке - проблема, которую забывать нельзя // Научно-практическая ревматология.- 2016.-№3.- С. 5-4.
14. Кузьмина Н.Н., Медынцева Л.Г., Белов Б.С. Ревматическая лихорадка: полувековой опыт изучения проблемы. Размышления ревматолога // Научно-практическая ревматология.- 2017.- № 55(2).- С. 125-137.
15. Наиболее часто встречающиеся заболевания суставов: актуальные вопросы диагностики и лечения / С. А. Турдиалиева, Е. А. Можаровская, О. М. Кудрина, Д. В. Черкашин // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2015. – № 3. – С. 227-233.
16. Новые возможности повышения качества ранней диагностики ревматических заболеваний / А. В. Александров, Р. А. Грехов, Л. Н. Шилова, И. Ю. Алехина // Фундам. исследования. – 2011. – № 11- 2. – С. 255-258.
17. Орлова Е. В. Комплексная этапная реабилитация больных ранним ревматоидным артритом. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2013; 90(1): С. 44–50.
18. Орлова Е. В. Рекомендации для пациента с ревматоидным артритом. Москва, 2015.
19. Основы реабилитации для медицинских колледжей: учебное пособие /Л. В. Козлова, Л. А. Семененко; под общ.ред. Б. В. Кабарухина- Изд. 6-е.-: Феникс, 2017 г.- 475 с.
20. Основы реабилитации: учебное пособие для студентов учреждений сред. Мед. Проф.образования/М.А.Еремушкин.- 2-е изд., стер.- М.: Изд. Центр «Академия», 2015 г .- 208 с.
21. Реабилитация при ревматических заболеваниях. Пер. с англ. Н. Д. Фирсовой (2018)
22. Соколова-Пономарева, О. Д. Ревматизм у детей / О.Д. Соколова-Пономарева. - М.: Медицина, 2015. - 290 с.
23. Царфис, П. Г. Лечение ревматизма и болезней суставов / П.Г. Царфис. - М.: Медицина, 2014. - 336 с.
24. https://rosstat.gov.ru

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:
https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/161895