

КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж»

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ
Преподаватель ПМ 02 Епонешникова С.В.**

по теме: «Ревматизм»

МДК. 01.02. Проведение обследования и диагностика пациентов
терапевтического профиля.

ПМ. 02. Участие в лечебно – диагностическом и реабилитационном
процессах.

Специальность «Лечебное дело»

Курс 2

**Рубцовск
2021 г**

Тема: «Ревматизм»

Методическая разработка семинарско-практического занятия по
МДК. 01.02. Проведение обследования и диагностика пациентов
терапевтического профиля.

ПМ. 01 Участие в лечебно – диагностическом и реабилитационном
процессах.

Разработал: Преподаватель КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж»
Светлана Владимировна Епонешникова, Рубцовск, 2021 г.

«Утверждено»

на заседании ЦМК _____

Протокол №__ от «__» ____ 2021г.

Председатель ЦМК (Ф.И.О.) _____ Н.Н. Кравцова.

(подпись председателя)

«Согласовано»

с методическим кабинетом колледжа

методист колледжа

(Ф.И.О.) _____ Захарова И.В.

(подпись методиста)

СОДЕРЖАНИЕ

1. Пояснительная записка.....	4
2. Технологическая карта доклинического занятия.....	5
3. Теоретический материал по теме занятия	11
4. Теоретические вопросы для контроля знаний.....	17
5. Деловая игра.....	21
6. Тестовый контроль.....	22
7. Решение ситуационных задач.....	25
8. Практическая часть.....	27
9. Список рекомендуемой литературы.....	33

Пояснительная записка

Методическая разработка практического занятия составлена в соответствии с требованиями Федерального Государственного образовательного стандарта по специальности 31.02.01. «Лечебное дело»

ПМ 01 «Диагностическая деятельность»

МДК. 01.02. Проведение обследования и диагностика пациентов терапевтического профиля.

На данном занятии студенты демонстрируют знания, которые они приобрели при изучении темы «Ревматизм». Студенты работают с тестовыми заданиями, решают ситуационные задачи по теме, демонстрируют технику проведения практических манипуляций в соответствии с алгоритмами, отвечают на устные вопросы по теме.

Для успешного освоения темы необходимы фундаментальные знания, прежде всего анатомии и основ физиологии. Используются знания, полученные на других дисциплинах общепрофессионального цикла: «Основы латинского языка с медицинской терминологией», «Фармакология», «Основы микробиологии», «Психология», знания основ сестринского дела.

Для данной темы предусмотрено 4 часа практического занятия.

Внеаудиторная работа представлена в форме презентаций, сообщений, буклетов, памяток на темы: «Патогенез ревматизма», «Роль фельдшера в профилактике ревматизма», «Проведение диспансеризации при ревматизме», составление студентами кроссвордов по теме.

1. Учебно методическая карта темы

2.

Профессиональный модуль «Диагностическая деятельность»

МДК 01.02 «Обследования и диагностика болезней терапевтического профиля».

Специальность 31.02.01 «Лечебное дело» (углубленная подготовка)

Курс II

Семестр IV

Тема: «Ревматизм»

Цели:

1. Образовательные:

Студент должен иметь практический опыт:

- проведения обследования пациента при ревматизме;
- оценки результатов лабораторных и инструментальных обследований для диагностики данного заболевания.

Студент должен уметь:

- осуществлять диагностическую деятельность;
- провести субъективное и объективное обследование пациента с ревматической лихорадкой;
- правильно интерпретировать данные дополнительных обследований;
- обосновать и поставить предварительный диагноз;
- заполнить историю болезни
- выполнить манипуляции: аускультацию сердца, подсчет ЧДД, определение и подсчет пульса, измерение АД, измерение температуры тела, выполнение в\м, п\к, в\в инъекций.
- Обучить пациента правилам питания в соответствии с диетой №10, оформить медицинскую документацию, подготовить к методам исследования (ЭКГ, ЭХО-КГ, тредмил тест, ВЭМ).

Студент должен знать:

- определение, сущность ревматизма;
 - современную квалификацию;
 - этиологию и патогенез ревматизма;
 - признаки активного ревматического процесса;
 - особенности течения ревматизма;
 - лабораторные и инструментальные методы исследования при ревматизме.
2. Воспитательные:
- воспитывать в себе чуткое отношение к пациенту;
 - воспитать в себе личную ответственность за правильное проведение обследования пациента;
 - воспитывать в себе чувство коллективизма, стремление помогать друг другу.

3. Развивающие:

- развивать профессиональную грамотность;
- развивать логическое мышление, способность анализировать;

- развивать интерес к дисциплине через привлечения к самостоятельной творческой деятельности;

- развивать умение вести беседу с пациентом.

4. Методические:

- использовать различные формы контроля: тесты, ситуационные задачи, деловые и ролевые игры;

- применять самоконтроль и взаимоконтроль.

Осваиваемые профессиональные компетенции:

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

Осваиваемые общие компетенции:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Междисциплинарные связи:

Обеспечивающие:

1. Анатомия и физиология человека.
2. ПМ «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными».
3. Основы патологии.
4. Пропедевтика в терапии.

Обеспечиваемые темы ПМ:

1. «Обследование и диагностика заболеваний сердечно – сосудистой системы».

Материальное обеспечение учебного занятия:

- 1.Методическая разработка
- 2.Ноутбук
- 3.Тестовые задания
- 4.Карточки с заданиями для студентов (ситуационные задачи, практические манипуляции)
5. Оснащение для выполнения зачетных практических манипуляций

Оборудование:

фонендоскоп;
тонометр.

6. Технические средства обучения на лекции:

- мультимедийная установка;
- компьютерная установка;
- презентации по теме;
- видеофильм по теме

7. Информационное обеспечение:

– Основная литература: Смолева Э.В. «Терапия с курсом ПМСП»
стр.134 – 144.

– Интернет-ресурсы, отвечающие тематике профессионального модуля

2. Семинарско - практическое занятие №1

Тип занятия: занятие обобщения и систематизации знаний и умений.

Вид занятия: смешанный

№	Этап занятия	Время	Содержание этапа	Деятельность	
				преподавателя	студента
1	Организационный этап	5	Объявление темы, цели занятия.	Приветствует студентов, организует внимание, сообщает тему и цель занятия.	Приветствуют преподавателя, готовятся к занятию. Записывают тему занятия.
			Оценка готовности аудитории и студентов.	Проверяет присутствующих, наличие халатов и т.д.	Участвуют в переключке.
			Характеристика порядка проведения занятия	Объясняет порядок проведения занятия	Внимательно слушают, задают вопросы
2	Основной этап	200	Актуализация и мотивация деятельности студентов.	Объясняет значимость темы для профессиональной деятельности.	Слушают, задают вопросы.
		60	Индивидуальный устный опрос студентов по теме. Ролевая игра по теме.	Проводит опрос по контролирующим вопросам, оценивает ответы. Студенты проигрывают роль фельдшера и пациента.	Студенты отвечают на заданные вопросы.
		20	Проведение тест - эталонного контроля.	Предоставляет тестов.	Пишут ответы тестов.
		20	Проверка тест	Контролирует	Проводят

			- эталонного контроля.	работу студентов.	проверку тестов друг у друга.
		20	Работа студентов по записи в дневник.	Преподаватель предоставляет программу обследования при ревматизме.	Студенты делают записи в дневнике.
		40	Решение ситуационных задач по теме.	Каждому раздают ситуационную задачу	Обосновывают предварительный диагноз, составляют план дополнительных обследований.
		20	Разбор результатов решения задач.	Контролирует работу студентов, оценивает результаты.	Докладывают результаты, решения задач. Отвечают на вопросы.
		20	Оформление дневников	Преподаватель контролирует работу, оценивает результаты.	Студенты заполняют дневники с отчетом о проделанной работе.
3	Заключительный этап	20	Обобщение, выводы, выставление оценок	Анализ достижений цели.	Слушают, анализируют, оценивают свою работу.
			Задание для самостоятельной работы.	Оценка работы студентов.	Слушают, записывают задание, задают вопросы.
	Всего	225			

Самостоятельная внеаудиторная работа

Вид работы	Задание	Метод контроля
1. Составление ситуационных задач	Тема: «Ревматизм».	Защита на практическом занятии.
2. Заполнение словаря мед. терминов	Тема: «Диагностика заболеваний с.с.с.»	Предоставление на практическом занятии

Контроль и оценка результатов

Компетенция	Действие	Метод контроля	Критерии оценки
ПК. 1.2. Проводить диагностические исследования.	Проведение субъективного и объективного обследования при ревматизме.	Оценка практической деятельности	Обследование проведено в полном объеме
ОК. 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.	Организация собственной деятельности, выбор способа выполнения метода обследования пациента с оценкой выполнения.	Оценка практической деятельности	Способ выполнения метода обследования в соответствии с требованиями

Преподаватель _____
(подпись)

Епонешникова С.В.
(ФИО)

3. Ревматизм

Ревматизм — системное токсико-иммунологическое воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы, развивающееся в связи с инфицированием р-гемолитическим стрептококком группы А у предрасположенных к нему лиц, а также детей и подростков.

Этиология.

-Стрептококковая инфекция (в-гемолитический стрептококк группы А). Наиболее часто стрептококковая инфекция проявляется поражением носоглоточного кольца (тонзиллит, фарингит). Начальная инфекция может пройти в течение нескольких дней, после чего наступает латентный период (примерно 18—40 дней), во время которого в организме возникает иммунная перестройка.

Инфекция играет роль пускового механизма. Стрептококк вырабатывает вещества, которые обладают кардиотоксическим действием. Они повреждают мышечные волокна и основное вещество соединительной ткани, подавляют фагоцитоз. Происходит активизация аутоиммунного механизма — появление аутоантител к миокарду, формирование иммунных комплексов и усугубление воспалительного процесса под действием биологически активных медиаторов воспаления (гистамин, серотонин и др.).

А так-же в развитии ревматизма играет роль:

- чувствительность организма к возбудителю (аллергия)
- семейно-генетическая предрасположенность к ревматизму
- охлаждение
- эмоциональные
- физические перегрузки,
- неполноценное питание

Заболевают чаще люди с группами крови А (II) и В (III).

Патолого-анатомическая картина.

Ревматическая гранулема — узелок, развивающийся в соединительной ткани (в эндокарде, миокарде, около суставов и т.д.).

Гранулема названа именем ученых, впервые ее описавших, — Ашоффа и Талалаева.

Гранулема проходит 4 фазы развития:

- 1) мукоидное набухание (поверхностная и обратимая фаза поражения соединительной ткани);
- 2) фибриноидные изменения;
- 3) образование ревматических гранулем;
- 4) склерозирование гранулемы с нарушением целостности окружающих тканей, что может привести к деформации клапанов сердца.

При ревматизме поражаются

нервная система,
железы внутренней секреции и другие органы и системы.

Клиническая картина.

Клиническая картина ревматизма разнообразна. Отмечают недомогание, повышение температуры тела, изменения в крови, поражение клапанного аппарата сердца.

Существует несколько форм ревматизма.

Суставная форма - одновременно с поражением сердца страдают суставы, в основном крупные — коленные, голеностопные, плечевые, локтевые. Нарушается их подвижность, кожа над пораженными суставами краснеет, околосуставные ткани отекают.

Характерна летучесть болей в суставах (локализация боли поочередная) и симметричность поражения. Под влиянием лечения патологические изменения в суставах исчезают, деформаций не остается. Суставная форма ревматизма встречается часто, но не обязательно всегда. Кроме того, иногда отмечаются только артралгии (боли в суставах).

Кожная форма ревматизма (Аннулярная): эритема представлена в виде плоских безболезненных колец без зуда и шелушения, которые чаще локализуются на коже внутренней поверхности бедер и предплечий. Могут появляться и исчезать в течение нескольких часов бесследно.

Ревматические узелки представляют собой подкожные безболезненные плотные образования размером с горошину. Чаще располагаются вокруг суставов. В области апоневрозов, то есть в местах, богатых соединительной тканью.

Изменения возникают в коже, в подкожно-жировой клетчатке образуются плотные узелки, кожа над ними приобретает багрово-синий цвет. Возможна кольцевая эритема (см. рис.).

Церебральная форма. Преимущественно поражается ЦНС. Клинически заболевание проявляется произвольными, некоординированными движениями верхних конечностей, которые усиливаются при волнении или физической нагрузке и прекращаются во сне. Такую форму называют малой хореей («пляска святого Витта»).



Ревмоваскулит. Поражаются сосуды головного мозга. Клинически эта форма проявляется головными болями, головокружениями, возможны судороги.

Различают и такие формы ревматизма как: полисерозит (плеврит, перитонит), абдоминальный синдром, нефрит, гепатит, иридоциклит.

Рис. Кольцевая эритема (ревматизм)

Какие бы формы ревматизма ни наблюдались, почти во всех случаях поражается сердце.

Кардиальная форма ревматизма.

Клинически проявляется вначале небольшой одышкой, сердцебиением, перебоями в сердце.

Возможно поражение только эндокарда – ***эндокардит*** или миокарда – ***миокардит***, или перикарда – ***перикардит***.

Если поражаются эндокард и миокард, что бывает чаще всего, говорят о ***ревмокардите***.

При поражении всех слоев сердца говорят о ***панкардите***.

В любом случае в клинической картине доминируют симптомы миокардита:

- одышка,
- увеличение границ сердца влево,
- глухость тонов сердца,
- аритмии,
- систолический шум мышечного характера.

Возможно увеличение печени, отеки, застойные хрипы в легких (при декомпенсации).

Поражение эндокарда приводит к деформации клапанов (преимущественно митрального), сужению атриовентрикулярного отверстия или недостаточности клапана и формированию порока сердца.

Выделяют 2 основные фазы ревматизма:

- активную
- неактивную.

Активная фаза ревматизма (ревматическая атака) характеризуется признаками воспаления и симптомами вышеперечисленных клинических форм.

В неактивную фазу отсутствуют признаки воспаления, имеют место остаточные явления перенесенного ревмокардита — пороки сердца, кардиосклероз.

Диагностика ревматизма.

Диагноз ревматизма не всегда легко выставить, учитывая тот факт, что клиническая картина ревмокардита неспецифична. Для диагностики используются обобщенные диагностические критерии. Они включают в себя большие и малые клинико-лабораторные признаки (см. схему).

Диагностические критерии ревматизма

1 группа - Признаки заболевания

Большие

Кардит

Полиартрит

Хорея

2 группа - Малые

Клинические: предварительная ревматическая лихорадка,

порок сердца

артралгии

лихорадка

3-я группа – дополнительные критерии:

- указания на перенесенную стрептококковую инфекцию (высокие титры противострептококковых антител.

- **антистрептолизин** (**Антистрептолизин-О (АСЛ-О, ASL-О)** в крови – это количественный показатель титра антител, выработанных организмом человека в ответ на один из токсинов бета-гемолитического стрептококка группы А – стрептолизина типа О. АСЛ-О назначают в комбинации с клиническим анализом крови, скоростью оседания эритроцитов, С-реактивным протеином, ревматоидным фактором. Определение концентрации антистрептолизина-О используется для диагностики недавно перенесённой стрептококковой инфекции, оценки степени активности заболевания, успешности проводимой терапии. Для исследования антистрептолизина-О используют сыворотку венозной крови. Унифицированным способом определения АСЛ-О является иммунотурбидиметрический метод. Нормальные значения антистрептолизина-О у взрослого человека находятся в диапазоне от 0 до 250 МЕ/мл.

Результаты анализа предоставляются в течение 1 рабочего дня),

- **высева из зева бета-гемолитического стрептококка группы А.**

Диагноз считается достоверным при наличии двух больших или одного большого и двух малых критериев с обязательным подтверждением предшествующей стрептококковой инфекции.

Лабораторная диагностика.

ОАК— лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

БАК — положительные **ревмопробы**; уменьшение количества общего белка и альбуминов (увеличение глобулинов), увеличение сиаловых кислот, появление СРБ.

Доказательства, которые подтверждают предыдущую инфекцию:
повышение титра АСЛ-О или других противострептококковых

антител (выделение из зева стрептококка А или недавно перенесенная скарлатина)

Инструментальные

методы.

ЭКГ — нарушение процессов реполяризации, внутрижелудочковой проводимости, синусовая аритмия, удлинение интервала P—Q.

ФКГ — I тон ослаблен, шумы.

Рентгенография с контрастированием пищевода — выявляется гипертрофия левого желудочка.

Течение заболевания может быть
острым,
подострым,
затяжным,
непрерывно-рецидивирующим,
латентным.

Ревматизм в пожилом возрасте. Диагностика трудна из-за сходства с клиническим течением атеросклеротического поражения сердца, особенно при наличии мерцательной аритмии и сердечной недостаточности.

Имеет значение измерение температуры тела каждые 3 часа для выявления субфебрильной температуры в течение суток. Помогает анамнез: ревматические атаки в прошлом, частые ангины, боли в суставах. Обращает на себя внимание неэффективность лечения сердечной недостаточности диуретиками и сердечными гликозидами.

Лечение.

Лечение включает: противомикробную и противовоспалительную терапию; мероприятия, направленные на восстановление иммунологического гомеостаза, десенсибилизирующую и корригирующую метаболизмтерапию, сбалансированное питание, лечебную физкультуру, своевременное решение вопроса о тонзиллэктомии и о хирургическом лечении больных с пороками сердца.

Антибиотики обычно применяют до полного исчезновения инфекционного очага. Выбор и доза их зависят от чувствительности микрофлоры, интенсивности и тяжести воспалительного процесса, состояния пациента. Применяют антибиотики широкого спектра действия, синтетические пенициллины.

Ко второй группе лекарственных средств относятся нестероидные противовоспалительные препараты. Это ацетилсалициловая кислота, индометацин, вольтарен, ортофен, ибупрофен и др. Они быстро ликвидируют боли в суставах, нормализуют температуру тела.

К третьей группе лекарственных средств относятся: а) препараты, снижающие иммунную активность и обладающие противовоспалительным

действием, — глюкокортикоиды (кортизон, преднизолон, триамцинолон, декса-метазон); б) иммунодепрессанты (имуран, азатиоприн); в) препараты, характеризующиеся легким иммунодепрессивным и противовоспалительным действием (резохин, делагил). Такие препараты назначают при тяжелом течении болезни, связанном с иммунной активностью. Тяжелые, острые и затяжные ревматические кардиты слабо поддаются действию салициловых и пиразолоновых препаратов. Наиболее часто применяют сочетание препаратов второй и третьей групп.

К четвертой группе лекарственных средств относятся антигистаминные препараты: димедрол, тавегил, диазолин. Их назначают пациентам с аллергическими реакциями.

Пятая группа препаратов: витамины, витаминные препараты, стимуляторы метаболизма.

Если развивается сердечная недостаточность, то проводится комплексная терапия с учетом характера поражения сердца и стадии недостаточности кровообращения.

Проблемы пациентов:

- дефицит информации о заболевании;
- лихорадка;
- боли в сердце, суставах;
- страх инвалидизации.

В уходе используются модели В. Хендерсен (удовлетворение потребностей пациента), Д. Орэм и М. Аллен (обучение членов семьи мерам профилактики, укрепления здоровья пациента).

Профилактика

Различают первичную и вторичную профилактику.

Первичная профилактика заключается в санации инфекционных очагов (гайморит, тонзиллит, синусит), правильном лечении стрептококковых инфекций, улучшении материально-бытовых условий, рациональном питании, закаливании организма.

Вторичная профилактика заключается в проведении круглогодичной бициллинопрофилактики. Пациенты после перенесенной ревматической атаки ставятся на диспансерный учет в поликлиниках по месту жительства. Бенза-тинпенициллин (бициллин) 2,4 млн ЕД вводится 1 раз в 3 недели внутримышечно в течение 5 лет. В осенне-весенний период пациенты в течение 2—3 недель получают противоревматические средства. Кроме того, проводится текущая профилактика — 10-дневная терапия пенициллином при острых ангинах, до и после операций (тонзиллэктомия, экстракция зуба и др.).

Санаторно-курортное лечение применяется в неактивную фазу. С диспансерного учета пациенты снимаются, если в течение 5 лет у них не было ревматических атак.

3. Теоретические вопросы для контроля знаний

1. Определение понятия «Ревматизм».
2. Этиология ревматизма.
3. Классификация ревматизма.
4. Патогенез ревматизма.
5. Назовите основные критерии диагностики ревматизма.
6. Клинические проявления ревматизма.
7. Характерные признаки ревмокардита.
8. Признаки ревматического полиартрита.
9. Опишите поражение кожных покровов при ревматизме.
10. Назовите признаки поражения нервной системы.
11. Принципы диагностики ревматизма.
12. Профилактика ревматизма и реабилитация.

Контрольно – оценочный материал (с эталонами ответов)

Эталоны ответов:

- 1. Ревматизм** – это системное воспалительное заболевание соединительной ткани инфекционно-аллергического типа с преимущественным поражением сердечнососудистой системы, развивающееся у лиц, предрасположенных к нему, вследствие инфицирования бета-гемолитическим стрептококком группы А.
- 2.** Эпидемиология наиболее часто заболевают молодые люди (7-15 лет). Заболевание начинается спустя 14-18 дней после перенесенной острой стрептококковой инфекции (ангина, тонзиллит, ОРЗ). Способствуют развитию ревматизма переохлаждение, эмоциональные и физические перегрузки, неполноценное питание. Предрасположенность к ревматизму может носить наследственный характер: в семьях больных ревматизмом повторные случаи заболевания встречаются в 3 раза чаще, чем в популяции, а ревматические пороки сердца - даже в 4 раза. Исследования показали, что среди больных ревматизмом чаще встречаются лица с группами крови А (II), В(III). При ревматизме в организме больного происходит образование антител к стрептококку и аутоантител к собственной соединительной ткани (сердце, суставы, ЦНС).
- 3.** Классификация ревматизма сгруппированна следующим образом:
Ревматический полиартрит
Ревмокардит,
Ревматический перикардит, может быть сухим (фибринозным) и выпотным (экссудативным).
Аннулярная (кольцевидная) эритема

Малая хорея («пляска святого Витта») Поражение остальных органов и систем встречается реже.

4. Ревматическая гранулема — узелок, развивающийся в соединительной ткани (в эндокарде, миокарде, около суставов и т.д.).

Гранулема названа именем ученых, впервые ее описавших, — Ашоффа и Талалаева.

Гранулема проходит 4 фазы развития:

1) мукоидное набухание (поверхностная и обратимая фаза поражения соединительной ткани);

2) фибриноидные изменения;

3) образование ревматических гранулем;

4) склерозирование гранулемы с нарушением целостности окружающих тканей, что может привести к деформации клапанов сердца.

При ревматизме поражаются

нервная система,

железы внутренней секреции и другие органы и системы.

5. 1-ая группа – большие критерии диагностики, к которым относится: Ревматический полиартрит, Ревмокардит, Аннулярная (кольцевидная) эритема, Ревматические узелки, малая хорея («пляска святого Витта»)

2-я группа – малые критерии диагностики:

лихорадка;

артралгии, ревматизм в анамнезе;

увеличение СОЭ;

повышение содержания С-реактивного белка;

лейкоцитоз;

удлинение интервала PQ на ЭКГ.

3-я группа – дополнительные критерии: указания на перенесенную стрептококковую инфекцию (высокие титры противострептококковых антител, антистрептолизина, антистрептокиназы), высева из зева бета-гемолитического стрептококка группы А.

Диагноз считается достоверным при наличии двух больших или одного большого и двух малых критериев с обязательным подтверждением предшествующей стрептококковой инфекции.

6. Клиническая картина ревматизма разнообразна. Отмечают недомогание, повышение температуры тела, изменения в крови, поражение клапанного аппарата сердца.

7. Ревмокардит, который развивается одновременно или вслед за полиартритом. Поражаются все слои сердца, но характерно преобладающее поражение миокарда.

При этом отмечается:

- ноющая боль в области сердца;
 - сердцебиение;
 - одышка;
- ощущение перебоев в работе сердца.

Врач при осмотре выявляет увеличение размеров сердца, глухость тонов, ослабление 1-го тона, мягкий систолический шум.

8. Ревматический полиартрит развивается у 40% пациентов через 2-3 недели после перенесенной ангины или скарлатины и характеризуется поражением крупных и средних суставов, симметричностью их изменения, «летучестью» болей в суставах, доброкачественностью артрита (никогда не оставляет деформаций).

9. Аннулярная (кольцевидная) эритема представлена в виде плоских безболезненных колец без зуда и шелушения, которые чаще локализуются на коже внутренней поверхности бедер и предплечий. Могут появляться и исчезать в течение нескольких часов бесследно.

Ревматические узелки представляют собой подкожные безболезненные плотные образования размером с горошину. Чаще располагаются вокруг суставов. В области апоневрозов, то есть в местах, богатых соединительной тканью.

10. Малая хорея («пляска святого Витта») является проявлением васкулита мелких мозговых сосудов и обычно наблюдается в детском возрасте, проявляясь гиперкинезами (насильственные движения, гримасы, изменения почерка, эмоциональная лабильность).

Поражение остальных органов и систем встречается реже.

11. Лабораторная диагностика.

-Клинический анализ крови (лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышение СОЭ до 30-50 мм/час);

-биохимические реакции (повышение уровня гамма-глобулинов, фибриногена, С-реактивного белка, мукопротеинов);
повышение титров антистрептолизина, антистрептокиназы, антигиалуронидазы.

-*Инструментальная диагностика.*

ЭКГ — нарушение процессов реполяризации, внутрижелудочковой проводимости, синусовая аритмия, удлинение интервала R—Q.

ФКГ — I тон ослаблен, шумы.

Рентгенография с контрастированием пищевода — выявляется гипертрофия левого желудочка.

12. Профилактика первичная:

улучшение социальных условий (питание, жилищно-бытовые условия, - нормализация режима труда и отдыха) и условий труда; закаливание; санация очагов хронической инфекции (хронический гайморит, тонзиллит); правильное лечение заболеваний вызванных стрептококком (ангина, обострение хронического тонзиллита).

Профилактика вторичная:

Профилактика рецидивов в течение 5-ти лет после перенесенной атаки (круглогодичная, сезонная, текущая) является обязательной (бициллином). Для этого пациентов, перенесших ревматизм, ставят на диспансерный учет в кардиоревматологических кабинетах районной поликлиники.

Профилактика рецидивов в течение 5-ти лет после перенесенной атаки (круглогодичная, сезонная, текущая) является обязательной.

В настоящее время яркой клинической картины атаки ревматизма обычно не бывает. Поражение суставов, высокая температура тела обычно отсутствует, и болезнь распознается на основании признаков поражения сердца и данных лабораторных исследований.

После атаки ревматизма может сформироваться порок сердца: недостаточность митрального клапана – через 0,5 года стеноз левого атриоventрикулярного отверстия – через 1,5-2 года.

4. Деловая игра.

Роль:

1 студент – фельдшер ФАП.

2 студент – пациент.

Сценарий:

Пациент – студент предъявляет жалобы, самостоятельно исходя из пройденной темы.

Фельдшер – студент, собирает анамнез, проводит объективный осмотр пациента, направляет на дополнительные методы обследования.

Тестовые задания

1. Этиология ревматизма:

- а) бета- гемолитический стрептококк группы А
- б) золотистый стрептококк
- в) кишечная палочка
- г) пневмококк

2. Ревматизм развивается после ангины:

- а) 1-2 дня
- б) 3-4 дня
- в) 2-3 недели
- г) 1-3 месяца

3. Повышение температуры, ревмакардит, полиартрит наблюдается при:

- а) атеросклерозе
- б) гипертонической болезни
- в) ишемической болезни сердца
- г) ревматизме

4. При ревматизме чаще поражается клапан:

- а) аортальный
- б) митральный
- в) пульмональный
- г) трехстворчатый

5. Воспаление крупных суставов, летучесть болей наблюдается при:

- а) деформирующем остеоартрозе
- б) ревматоидном артрите
- в) ревматическом полиартрите
- г) подагре

6. Исход ревматического полиартрита:

- а) анкилоз
- б) стойкая деформация кисти
- в) кровоизлияние в полость суставов
- г) все явления проходят бесследно

7. Наиболее частый исход ревмакардита:

- а) атеросклероз
- б) гипертоническая болезнь
- в) порок сердца
- г) выздоровление

8. При вторичной профилактики ревматизма применяют:

- а) ампициллин
- б) бициллин
- в) верошпирон
- г) супрастин

9. Ревматизм относится к группе:

- а) инфекционных заболеваний
- б) обменных заболеваний
- в) инфекционно - аллергических
- г) аллергических заболеваний

10. Предрасполагающий фактор развития ревматизма:

- а) физическая нагрузка
- б) нерациональное питание
- в) гиподинамия
- г) снижение реактивности организма

11. Ревматизм поражает:

- а) суставы
- б) сердце
- в) кожу
- г) все перечисленное

12. При ревматизме чаще поражаются:

- а) мелкие суставы кистей
- б) крупные и средние суставы конечностей
- в) мелкие суставы стоп
- г) все суставы

13. Исходом эндокардита при ревматизме является:

- а) выздоровление
- б) атеросклероз
- в) инфаркт миокарда
- г) порок сердца

14. Первичный ревматизм возникает:

- а) преимущественно в детском и юношеском возрасте
- б) преимущественно в среднем возрасте
- в) преимущественно в пожилом возрасте

15. Установите соответствие:

Для профилактики ревматизма применяют:
Вид профилактики

- а. Первичная
- б. Вторичная
- в. профилактика развития стрептококковой инфекции
- г. санация хронических очагов инфекции
- д. назначение бензилпенициллина 1 раз в месяц в течение 5 лет и более
- е. всё перечисленное верно.

16. Нормальный уровень холестерина в крови у взрослых:

- А) 2,8 ммоль/л
- Б) 4,0 ммоль/л
- В) 5,2 ммоль /л
- Г) 6,9 ммоль/л

17. Поражение кожи при ревматизме:

- А) диффузный цианоз
- Б) кольцевидная эритема
- В) «сосудистые звездочки»
- Г) акроцианоз

Эталоны ответов на тестовые задания: «Сестринский уход при ревматизме»

- 1. А
- 2. В
- 3. Г
- 4. Б
- 5. В
- 6. Г
- 7. В
- 8. Б
- 9. В
- 10. Г
- 11. Г
- 12. Б
- 13. Г
- 14. А
- 15. Е
- 16. В
- 17. Б

Ситуационные задачи

Задача 1

Пациент 17 лет поступил с жалобами на повышение температуры до 37,8°C, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах, которые носят летучий характер, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДЦ=18 в мин. Границы сердца не увеличены, тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД=110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

Задания:

- 1 Диагноз. В какое отделение должны госпитализировать больного?
- 2Дополнительные методы обследования.
- 3Профилактика.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ

1. Диагноз: ревматизм, активная фаза. Ревматический полиартрит. Стационар кардиологического отделения.
2. Клинический анализ крови где будут изменены показатели - лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышение СОЭ до 30-50 мм/час; биохимические реакции - повышение уровня гамма-глобулинов, фибриногена, С-реактивного белка, мукопротеинов; повышение титров антистрептолизина, антистрептокиназы, антигиалуронидазы. Пациенту назначено: строгий постельный режим, диета № 10;
- 3 **Первичная профилактика** заключается в санации инфекционных очагов (гайморит, тонзиллит, синусит), правильном лечении стрептококковых инфекций, улучшении материально-бытовых условий, рациональном питании, закаливании организма.
Вторичная профилактика заключается в проведении круглогодичной бициллинопрофилактики. Пациенты после перенесенной ревматической атаки ставятся на диспансерный учет в поликлиниках по месту жительства. Бенза-тинпенициллин (бициллин) 2,4 млн ЕД вводится 1 раз в 3 недели внутримышечно в течение 5 лет. В осенне-весенний период пациенты в течение 2—3 недель получают противоревматические средства. Кроме того, проводится текущая профилактика — 10-дневная терапия пенициллином при острых ангинах, до и после операций (тонзиллэктомия, экстракция зуба и др.).

Санаторно-курортное лечение применяется в неактивную фазу. С диспансерного учета пациенты снимаются, если в течение 5 лет у них не было ревматических атак.

Задача 2

Пациентка В., 40 лет. Предъявляет жалобы на сильные боли в мелких суставах стоп и кистей, синдром утренней скованности, ограничение движений в этих суставах, субфебрильную температуру. С трудом обслуживает себя, не может самостоятельно умыться, причесаться, застегнуть пуговицы, особенно утром. Пациентка обеспокоена своим состоянием, боится ухудшения состояния. Кисти и стопы отечны, движения в них ограничены из-за их деформации.

Задания:

1 Диагноз.

2 Дополнительные методы обследования, какие изменения вы ожидаете?

3 К какому специалисту отправите на консультацию?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ

1. Ревматоидный полиартрит, с контрактурой мелких суставов.

2. С целью обследования пациента надо назначить: КАК, Биохимический анализ крови где посмотрим повышение уровня гамма-глобулинов, фибриногена, С-реактивного белка, мукопротеинов; повышение титров антистрептолизина, антистрептокиназы, антигиалуронидазы.

Рентгенография.

3. Консультация врача ревматолога.

7. Практическая часть по теме занятия

Алгоритмы практических манипуляций

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ПОДСЧЕТ ПУЛЬСА

Оснащение: часы или секундомер, температурный лист, ручка с красным стержнем.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

1. Придать пациенту удобное положение сидя или лежа.
2. Предложить расслабить руки, при этом кисти и предплечья не должны быть на весу.

ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

1. Прижать одновременно кисти пациента пальцами своих рук выше лучезапястного сустава так, чтобы 2,3,4 пальцы находились над лучевой артерией (2 палец – указательный, у основания большого пальца) и почувствовать пульс.
2. Сравнить периодичность колебаний стенок артерий на правой и левой руках, определяя ритм. Продолжить исследование на одной руке, где лучше прощупывается пульс.
3. Оценить интервалы между пульсовыми волнами. Пульс ритмичный, если интервалы равны между собой.
4. Взять часы с секундомером и провести подсчет пульсовых волн. Считать в течение 30 сек, умножить на 2, если пульс ритмичный, или 60 сек, если неритмичный.
5. Оценить наполнение пульса. Определяется по величине объема артериальной крови, образующей пульсовую волну. Если волна хорошо ощущается, пульс удовлетворительного наполнения.
6. Оценить напряжение, сдавливая лучевую артерию до исчезновения пульса. Если пульс исчезает при умеренном сдавлении – он удовлетворительного напряжения; при сильном сдавлении – пульс напряженный; при легком – ненапряженный (нитевидный).

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

1. Провести регистрацию качеств пульса в температурном листе графическим, а в листе наблюдения цифровым способом.
2. Сообщить пациенту результаты исследования.

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Оснащение: тонометр, фонендоскоп, ручка с синей пастой, температурный лист, 70% этиловый спирт, ватные шарики, бумага.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

1. Предупредить пациента о предстоящей процедуре за 15 минут до ее начала
2. Придать пациенту удобное положение сидя или лежа.

ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

1. Уложить руку пациента в разогнутом положении ладонью вверх, подложив валик под локоть или попросить подложить под локоть сжатый кулак кисти свободной руки.
2. Выбрать правильный размер манжетки.
3. Наложить манжетку тонометра трубками вниз на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба так, чтобы между ними проходил только 1 палец.
4. Соединить манометр с манжеткой, укрепив его на ней.
5. Проверить положение стрелки манометра относительно отметки «0» на шкале манометра.
6. Определить пальцами пульсацию в локтевой ямке, приложить на это место мембрану фонендоскопа.
7. Закрывать вентиль «груши», нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации в локтевой артерии +20-30 мм.рт. ст
8. Открыть вентиль, медленно выпускать воздух, выслушивая тоны, следить за показаниями манометра.
9. Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны, соответствующей систолическому АД.
- 10.«Отметить» исчезновение тонов, что соответствует диастолическому АД.
11. Выпустить весь воздух из манжетки.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

1. Снять манжетку.
2. Уложить манометр в чехол.
3. Проздезинфицировать головку фонендоскопа методом двукратного протирания 70% спиртом.
4. Оценить результат высоты АД и пульсового давления.
5. Сообщить пациенту результат измерения.
6. Провести регистрацию результата в виде дроби (в числителе систолическое давление, в знаменателе – диастолическое).

ПОДСЧЕТ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ

Цель: оценка состояния сердечно-сосудистой системы и общего состояния пациента

Показания: контроль за состоянием пациента

Противопоказания: нет

Оснащение:

- Секундомер или часы с секундной стрелкой
- Лист наблюдения за пациентом

Алгоритм действий:

1. Придать пациенту удобное положение, усадить или уложить его
2. Положить свою руку на лучевую артерию пациента, как для подсчета пульса (чтобы отвлечь внимание пациента)
3. Подсчитать число движений грудной клетки или эпигастральной области за 1 минуту (вдох и выдох считается за 1 дыхательное движение)
4. Внести полученные цифровые данные в лист наблюдения

Примечание:

Частота дыхания у взрослого в норме 16-18 в минуту. Частое дыхание - тахинноэ. Редкое дыхание - брадипноэ

ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА

Противопоказания: опрелости, воспалительные процессы в подмышечной области.

Оснащение: медицинский термометр, индивидуальная салфетка, емкость с дезраствором, температурный лист, ручка с черным стержнем, часы, температурный журнал.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие.
2. Вымыть и осушить руки.
3. Достать термометр из футляра, встряхнуть его так, чтобы ртутный столбик опустился ниже 35
4. Осмотреть подмышечную впадину.
5. Вытереть насухо кожу в подмышечной впадине салфеткой.

ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

1. Поместить термометр ртутным резервуаром в подмышечную впадину так, чтобы он со всех сторон соприкасался с кожей.
2. Фиксировать руку пациента, прижав ее к грудной клетке, или попросить пациента удерживать термометр прижатием согнутой руки.
3. Фиксировать время измерения температуры
4. Извлечь термометр через 10 минут.
5. Оценить результат.
6. Сообщить результат пациенту.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

1. Записать показания цифровым способом в температурном журнале (листе наблюдений), затем графическим способом в температурном листе.
2. Продезинфицировать термометр методом полного погружения в дезраствор
3. Надеть перчатки
4. Извлечь термометр из дезраствора, ополоснуть проточной водой, дать высохнуть.
5. Снять перчатки
6. Встряхнуть термометр так, чтобы ртутный столбик опустился в резервуар
7. Поместить термометр в футляр
8. Вымыть и осушить руки.

ВЫПОЛНЕНИЕ ВНУТРИМЫШЕЧНОЙ ИНЪЕКЦИИ

Оснащение:

- **Стерильные:** шприц однократного применения (5-10мл), иглы для инъекции длиной 60-80 мм, сечением 0,8-1,0 мм, игла для набора лекарственного средства;
- Лоток стерильный, накрытый стерильной салфеткой в 4 слоя, с марлевыми тампонами под первым слоем и пинцетом – под вторым слоем салфетки;
- 70% этиловый спирт
- Ампула с лекарственным средством
- Перчатки латексные, стерильные
- Емкости с дезрастворами

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, уточнить информированность о лекарственном средстве, получить согласие.
2. Надеть маску, подготовить руки к работе, надеть перчатки.
3. Проверить пригодность лекарственного средства (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, внешний вид).
4. Обработать шейку ампулы тампоном, смоченным спиртом, двукратно.
5. Вскрыть ампулу, поставить аккуратно на манипуляционный стол.
6. Вскрыть пакет, собрать шприц.
7. Набрать в шприц необходимое количество лекарственного средства.
8. Надеть на конус шприца другую стерильную иглу для внутримышечной инъекции, закрепить по часовой стрелке, выпустить воздух из шприца так, чтобы из иглы выделилось только 1-2 капли лекарственного средства, надеть колпачок на иглу.
9. Положить шприц на стерильный лоток.

ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

1. Уложить пациента в удобную позу (в положении лежа)
2. Взять шприц в правую руку иглой вниз, фиксируя конус иглы мизинцем.
3. Определить место для внутримышечной инъекции (верхний наружный квадрант ягодицы, наружная поверхность бедер)
4. Пропальпировать место инъекции, обработать дважды разными тампонами кожу пальцами левой руки, сбросить в дезраствор.
5. Растянуть кожу в месте инъекции пальцами левой руки
6. Ввести иглу под прямым углом на глубину 5-6 см к поверхности тела пациента.
7. Ввести лекарственное средство, надавливая на поршень первым пальцем левой руки (не менять руку при введении лекарственного средства)
8. Приложить стерильный тампон, смоченный спиртом, к месту инъекции.

9. Извлечь иглу быстрым движением, придерживая ее за канюлю.
10. Придержать тампон, не отнимая его от кожи, 1-2 мин.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

1. Провести дезинфекцию шприца, иглы, ватных тампонов.
2. Снять перчатки, поместить в дезраствор.
3. Вымыть и осушить руки.
4. Помочь пациенту занять удобное положение (оценить реакцию пациента на процедуру).
5. Сделать запись о выполнении процедуры в листе назначения и реакции пациента на процедуру.

8. Критерии оценок различных видов работ на занятии

Устный опрос

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи по специальности:

5 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;

3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;

2 «неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала; неумение оказать неотложную помощь.

Критерии оценивания тестового задания:

- 91-100% правильных ответов - "отлично";
- 81-90% правильных ответов - "хорошо";
- 71-80% правильных ответов - "удовлетворительно";
- 70% и менее правильных ответов - "неудовлетворительно"

9. Список рекомендованной литературы

Основная литература:

1. Смолева Э. В. Терапия с курсом первичной медицинской помощи. - Изд. 3-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2011. - 473 с
2. Обуховец Т. П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи: практикум. - Изд. 3-е, стер. - Ростов н/Д: Феникс, 2013. - 412 с.: ил. - (Медицина)
- 3.

Дополнительная литература:

1. Щукин Ю. В. Методы исследования пациента. - Ростов н/Д: Феникс, 2014. - 287 с.: ил. - (Медицина)

Интернет – ресурсы:

1. <http://vmede.org/index.phpboard=1.0>
2. http://sestrinskoedelo.ru/obschenie_v_sestrinskom_dele.