**Содержание:**

1. Введение
2. Исследование пульса
3. Измерение артериального давления
4. Уход за больными с болезнями органов кровообращения
5. Список литературы

Введение

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются наиболее распространенной патологией внутренних органов и занимают первое место среди всех причин смертности населения. Повсеместно продолжается рост заболеваемости гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца и другимм сердечно-сосудистыми заболеваниями, нередко приводящими к преждевременной инвалидности или смерти, причем средний возраст больных заметно снижается. Все это ставит перед кардиологией чрезвычайно важную задачу поиска новых методов диагностики заболеваний органов кровообращения на ранних стадиях развития, разработки действенных способов их лечения и профилактики.

Последние годы характеризуются значительным расширением числа лечебно-диагностических средств в кардиологии. Так в практику повсеместно внедряются компьбютерные кардиографы с программным обеспечением и автоматизированными функциями, аппараты кардиомониторинга как в стационаре, так и на расстоянии с помощью радиосвязи. Эти методикик позволяют регистрировать нарушения сердечного ритма, возникаэщие в течении суток и не выявляющиеся при обычных методиках записи ЭКГ.

В диагностике заболеваний сердца применяются различные рентгенологические методы исследования. Традиционными считаются рентгеноскопия и рентгенография органов грудной клетки. К специальным методам относится: рентгенокимография, коронарография, фонокардиография, поликардиография, эхокардиография, зондирование полостей сердца и так далее. В то же время в диагностике заболеваний полностью сохранили свое значение и классические простые методы исслеждования: сфигмометрия, перкуссия, аускультация.

**Методика исследования артериального пульса.**

Артериальный пульс – это ритмичное колебание стенки артерии, обусловленное выбросом крови в артериальную систему. Характер пульса зависит от величины и скорости выброса крови сердцем и от состояния стенки артерии, ее эластичности.

Пульс обычно исследуется на лучевой артерии; для этого охватывают пальцами правой руки руку пациента в области лучезапястного сустава. Первый палец располагают на тыле предплечья, а 2-5 пальцами прижимают артерию к лучевой кости.

**Свойства пульсовой волны:**

1. Ритм – определяют по интервалам между пульсовыми волнами. При ритмичном пульсе колебания стенки сосуда должны возникать через равный промежуток времени. При неретмичном пульсе наблюдается неправильное чередование пульсовых волн.
2. Частота пульса подсчитывается в течении минуты. В покое у здорового человека пульс составляет 60-80 ударов в минуту. При тахикардии число пульсовых волн увеличивается, пульс становится учащенным. Учащение пульса у здоровых людей может возникнуть при эмоциональной или физической нагрузке, у больных – при лихорадочных состояниях, гипертонической и ишемической болезнях сердца. Брадикардия возникает при некоторых инфекционных заболеваниях, отравлениях, обморожениях. Для физически тренированных людей брадикардия является нормой.
3. Напряжение пульса – определяется по силе. С которой нужно прижать лучевую артерию, чтобы полностью прекратить ее пульсовые колебания. Если АД нормальное и артерия сдавливается при умеренном усилии, говорят о пульсе умеренного напряжения. При высоком АД артерию сжать трудно – пульс напряженный, а при низком – просто( пульс мягкий).
4. Наполнение пульса характеризуется наполнением артерий кровью и зависит от величины сердечного выброса, а также от общего количества крови в сосудистой системе. Если сердечный выброс нормален, то пулься полный. При недостаточности кровообращения или больших кровопотерях пульс становится пустым.
5. Величина пульса зависит от наполнения и напряжения. Пульс хорошего наполнения и напряжения называют большим, слабого – малым. Иногда величина пульсовых волн настолько незначительна, что они определяются с трудом – это нитевидный пульс.

**Места определения пульса:**

Помимо лучевых артерий пульс также исследуют и на других сосудах: височной, сонных, бедренных, подколенных артериях, артериях тыла стопы.

1. На сонных артериях пульс исследуют поочередно с каждой стороны без сильного давления. При значительном давлении возможны проявления нарушений сердечной деятельности вплоть до потери сознания.
2. На бедренной артерии пульс исследуют в паховой области при выпрямленном бедре с небольшим поворотом его кнаружи.
3. На подколенной артерии пульс определяют в подколенной ямке при положении больного лежа на животе.
4. Пульс назадней большеберцовой артерии исследуют за медиальной лодыжкой, прижимая артерию.
5. Пульс артерий тыла стопы исследуют на тыльной поверхности стопы, в проксимальной части первого межплюсневого пространства.

Данные исследования частоты пульса ежедневно отмечаю в температурном листе в графе «П». Возможно построение пульсовых кривых по данным исследования.

**Измерение артериального давления.**

Артериальным давленипем называют давление, оказываемоме кровью на стенки артерий. Оно зависит от величины сердечного выброса и тонуса артериальной стенки.

Различают систолическое (максимальное или верхнее) и диастолическое (минимальное или нижнее) и пульсовое давление. Систолическое АД – это давление в период систолы сердца, которое достигает максимальной величины на протяжении сердечного цикла. Оно отражае работу сердца(левого желудочка). Диастолическое – это давление к концу диастолы, когда оно достиает минимальной величины. Отражает величину тонуса периферических сосудов. Разница между систолическим и диастолическим давлением составляет пульсовое давление.

АД чаще всего определяется аускультативым методом, предложенным Н.С. Кротовым. Для этого используются тонометры, состоящие из манжетки с текстильной застежкой, резиновой груши и манометра. Измерение проводят в положении сидя после 10-15 минутного отдыха.

**Техника определения АД:**

1. Наложить манжету на обнаженное плечо больного на 2-3 см выше локтевого сгиба ( между манжеткой и рукой должен проходить только 1 палец).
2. Положить руку больного в разогнутом положении ладонью вверх, мышцы должны быть расслаблены.
3. Соеденить манометр с манжеткой. Проверить положение стрелки манометра относительно 0.
4. Нащупать пульс на лучевой артерии в области локтевой ямки и поставьте на это место фонендоскоп.
5. Закрыть вентиль на груше и накачать манжетку воздухом до уровня на 30 мм.рт.ст. большего, чем тот, при котором перестала определяться пульсация на лучевой артерии.
6. Открыть вентиль и медленно выпускать воздух из манжетки со скоростью не больше 20 мм.рт.ст. Одновременно фонендоскопом выслушивают тоны на плечевой артерии, следя за показателями манометра.
7. При появлении на плечевой артерии первых звуков (тоны Кротова) отмечают уровень систолического давления.
8. При резком ослаблении или исчезновении тонов отмечают уровень диастолического давления.
9. Данные измерения АД записывают округленными до 0 или 5 в виде дроби. (120\80 мм.рт.ст.)

Полученные данные вносят в температурный лист.

Повышение АД носит название гипертензии, понижение ниже 100\60 – гипотензии. Артериальная гипертензия развивается в следствии нарушения сложных механизмов регуляции АД, встречается при гипертонической болезни, болезнях почек, сосудов, эндокринной системы. При наблюдении и уходе за такими больными большое внимание следует уделять соблюдению правил лечебно-охранительного режима, поскольку различные нервно-психические факторы могут отрицательно сказаться на состоянии больного.

В пищевом рационе больных с артериальной гипертензией целесообразно ограничить содержание поваренной соли до 1.5-2 гр, что в ряде случаев способствует нормализации АД.

**Уход за больными с заболеваниями органов кровообращения**

При оценке жалоб больного на боли в области сердца нужно иметь в виду, что они не всегда связаны с заболеваниями сосудистой системы. Болевые ощущения в левой части груди наблюдаются также при поражениях плевры, межреберной невралгии,миозитах, остеохондрозе, заболеваниях пищевода и желудка. Боли связанные с заболеваниями сердца также могут носить различный характер:поражения перикарда, аорты, невротические состояния.

Большое диагностическое значение имеет установление приступов стенокардии, возникающих при ишемии миокарда на фоне спазма или атеросклероза коронарны артерий, сопровождающийся раздражением нервных рецепторов миокарда продуктами обмена.

Типично приступ характеризуется болями за грудиной давящего или сжимающего зхарактера, рнаспространяющиеся в левое плечо, лопатку, шею. Сопровождаются потливостью, чувством страха и быстро купируются приемом нитролицерина. Выделяют стенокардию покоя и напряженную в зависимости от обстоятельств начала приступа.

Приступ стенокардии требует неотложной помощи. Больному необходимо обеспечить покой, дать 1 таблетку нитроглицерина или 3-4 капли р-ра на кусочке сахара, либо 1 таблетку валидола и 30-40 капель валокордина и 1 таблетку валидола. Также ставят горчичник на область сердца и грудину.

Чрезвычайно серьезным является инфаркт миокарда, при котором в миокарде образуются островки некроза. Типичный вариант инфаркта миокарда – прежние стенокардийные боли оказываются более интенсивными и длятся несколько часов, сопровождаясь общей слабостью и страхом смерти. Возможно удушье, боли в подложечной области, расстройства сердечного ритма и нарушения мозгового кровообращения.

Больным с инфарктом необходима срочная помощь. Они транспортируются специализированными бригадами Скорой помощи в отделения кардиореанимации. Эти отделения оснащенны необходимой аппаратурой для контроли деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Эти отделения в любое время суток связаны с экспресс-лабораторией. Штатное расписание ( 1 врач и 2 сестры на 6 больных) позволяет осуществлять постоянное наблюдение за состоянием больных. После стабилизации течения острого инфаркта миокарда болных через 5-7 дней переводят в общетерапевтическое или кардиологическое отделения. Первые 2-3 недели больные находятся на строгом постельном режиме, в первые дни им не разрешается даже поворачиваться.

Сердечная недостаточность развивается в результате поражений миокарда, может быть острой и хронической. В клинической практике часто встречается острая левожелудочкрвая недостаточность, вызванная резким падением сократительной способности левого желудочка, проявляющиеся приступами сердечной астмы, отеком легких, кардиогенным шоком. Приступы сердечной астмы возникают призастое в малом круге кровообращения и характеризуются удушьем, одышкой, цианозом. Если больному не будет оказана помощь, то может развиться отек легких. Уход и первая помощь заключаются в приданий больному полусидячего ( при гипотензии) или сидячего ( при гипертензии) положения, применение горячих ножных ванн, аспирация пенистой мокроты из дыхательных путей, оксигенотерапия с парами 96% этилового спирта или 10% р-ра антифомсилана( пеногасители), накладывание жгутов на нижние конечности. Назначают сердечные гликозиды и мочегонные средства.

При остром падении сократительной способности левого желудочка развивается кардиогенный шок. Он характеризуется бледностью кожи, холодным потом, одышкой, частым напряженным пульсом слабого наполнения, спутанностью сознания. Помощь состоит в снятии болевых ощущений, повышении АД и усилении сократительной способности сердца, увеличении объема циркулирующей крови.

Хроническая сердечная недостаточность характеризуется постепенным ослаблением сократительной способности миокарда, проявляется нарастающей одышкой, цианозом, тахикардией, периферическими отеками, увеличением печени. Такие больные кроме постоянного према препаратов нуждаются еще и в тщательном уходе. В период декомпенсаиции больные должны соблюдать строгий постельный режим, в постели им придают положение с поднятым изголовьем, в случае одышки проводят ингаляции кислородом. Ежедневно отмечают частоту дыхания, пульс, уровень АД в температурном листе. Такж проводится контроль динамики отеков, т.е. соотношение поступающей в организм жидкости и диуроеза. По которым оценивают эффективность проводимого лечения. Ограничивают употребления жидкости и поваренной соли. Назначают лечебный стол № 10, а т.к. больные часто принимают препараты, снижающие уровень калия, в рацион включают богатые им продукты (курага, печеный картофель и т.д.).

Острая сосудистая недостаточность характеризуется падением сосудистого тонуса. Ее относительно легким проявлением считается обморок, вознкиающий при нарушениях регуляции сосудистого тонуса. Обморок проявляется побледнением кожных покровов, кратковременной потерей сознания, снижением мышечного тонуса, гипотензией. Сознание обычно восстанавливаеться в течении нескольких минут. Больному придают горизонтальное положение с приподнятыми ногами и опущенной головой, облегчают доступ свежего воздуха, снимают стесняющую одежду, дают понюхать ватку с нашатырным спиртом, хлопают по щекам.

Острая сосудистая недостаточность связанная с выраженным падением сосудистого тонуса и уменьшением объема циркулирующей крови, носит название коллапса. Он наблюдается при ряде инфекций и острых воспалительных заболеваниях, кровопотерях, отравлениях, аритмиях, тромбоэмболии. Сознание больного обычно сохранено, кожные покровы бледные, снижается температура тела, дыхание поверхностное и учащенное, частый и малый пульс, низкое АД. Первая помощь заключается в устранении причин коллапса, согревании, повышении Ад и объема циркулирующей крови.

**Список литературы**

1. Введение в клиническую медицину. Основы ухода за больными. СПб., 2000.
2. Гребнев А.Л., Шептулин А.А. Основы общего ухода за больными. М., 1991.
3. Заликина Л.С. Домашний уход за больными. М., 1993.
4. Заликина Л.С. Общий уход за больными. М., 1984.
5. Клинический справочник среднего медицинского работника. Под ред. О.А.Кудинова. Ростов-на-Дону, 2001.