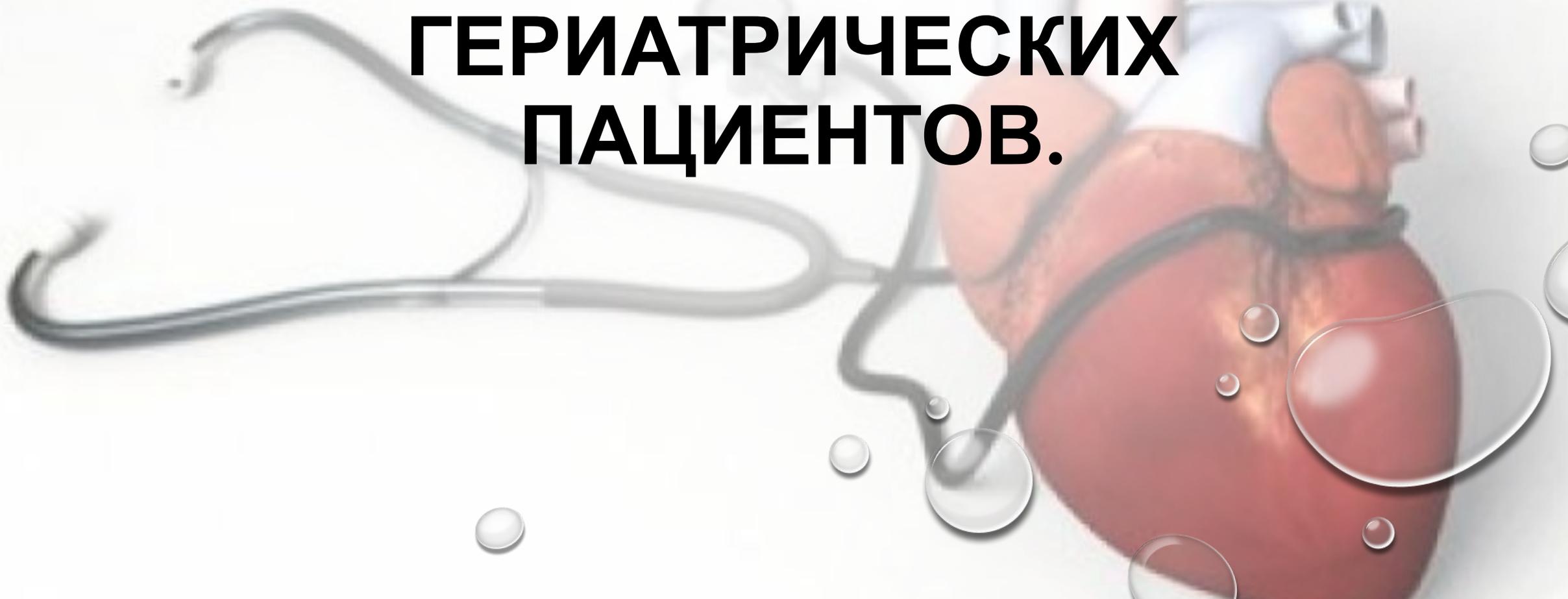


**СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ССС И
СИСТЕМЫ КРОВИ У
ГЕРИАТРИЧЕСКИХ
ПАЦИЕНТОВ.**



ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СТАРЕНИИ ЧЕЛОВЕКА

СОСУДЫ

- СКЛЕРОТИЧЕСКОЕ УПЛОТНЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО СЛОЯ (ИНТИМЫ)
- АТРОФИЯ МЫШЕЧНОГО СЛОЯ
- СНИЖЕНИЕ ЭЛАСТИЧНОСТИ
- УМЕНЬШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ КАПИЛЛЯРОВ НА ЕДИНИЦУ ПЛОЩАДИ
- УТОЛЩАЕТСЯ БАЗАЛЬНАЯ МЕМБРАНА (ВЕДЕТ К СНИЖЕНИЮ ИНТЕНСИВНОСТИ ТРАНСКАПИЛЛЯРНОГО ОБМЕНА)
- СНИЖАЕТСЯ СЕРДЕЧНЫЙ ВЫБРОС, УДАРНЫЙ ОБЪЕМ СЕРДЦА
- ПОВЫШАЕТСЯ АД
- УРЕЖАЕТСЯ ЧСС
- ИЗВЕТВЛЕНИЕ И ДИЛАТАЦИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

ЭНДОКАРД, МИОКАРД, ПЕРИКАРД

- СНИЖАЕТСЯ СОКРАТИТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА (ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ СКЛЕРОЗ, ОЧАГОВАЯ АТРОФИЯ МЫШЕЧНЫХ ВОЛОКОН)
- СНИЖЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В МИОКАРДЕ – ОСНОВА ОГРАНИЧЕНИЯ РЕЗЕРВА АДАПТАЦИИ СЕРДЦА
- УМЕНЬШЕНИЕ ИНОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ КАТЕХОЛАМИНОВ
- ЗАМЕДЛЕНИЕ АВ ПРОВОДИМОСТИ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ В ПРЕДСЕРДИЯХ
- УТОЛЩЕНИЕ АОРТАЛЬНЫХ И МИТРАЛЬНЫХ СТВОРОК С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ КАЛЬЦИФИКАЦИЕЙ
- УВЕЛИЧЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО ДИАМЕТРА ЛЖ
- ГИБЕЛЬ КЛЕТОК ВОДИТЕЛЕЙ РИТМА, К 75-ЛЕТНЕМУ ВОЗРАСТУ ИХ ЧИСЛО УМЕНЬШАЕТСЯ НА 90%

НЕЙРОГУМОРАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ

-ОСЛАБЛЕНИЕ РЕФЛЕКСОВ С БАРОРЕЦЕПТОРОВ СОННОГО СИНУСА, ДУГИ АОРТЫ , ЧТО ВЕДЕТ К НАРУШЕНИЮ РЕГУЛЯЦИИ АД

-ИНЕРТНОСТЬ СОСУДИСТЫХ РЕАКЦИЙ

-ОСЛАБЛЕНИЕ СИМПАТИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ НА ССС (ДЕСТРУКЦИЯ СИМПАТИЧЕСКИХ НЕРВНЫХ ОКОНЧАНИЙ, СНИЖЕНИЕ СИНТЕЗА НА И УГНЕТЕНИЕ ЕГО ОБРАТНОГО ЗАХВАТА)

-ПОД ВЛИЯНИЕМ КАТЕХОЛАМИНОВ ЧАЩЕ ПРОИСХОДЯТ НАРУШЕНИЯ РИТМА

-ОСЛАБЛЕНИЕ ВЛИЯНИЯ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА НА СЕРДЦЕ

-СНИЖЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ГОРМОНОВ АНАБОЛИЧЕСКОГО ТИПА (ИНСУЛИН, ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ), ЧТО СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФУНКЦИИ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА

-РАСТЕТ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗМА К ВАЗОПРЕССИНУ, АНГИОТЕНЗИНУ, ГИСТАМИНУ

Т.О В РЕГУЛЯЦИ ССС С ВОЗРАСТОМ ОСЛАБЕВАЕТ РОЛЬ НЕРВНЫХ МЕХАНИЗМОВ И ПОВЫШАЕТСЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГУМОРАЛЬНЫХ

ОСТРАЯ КОРОНАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (СТЕНОКАРДИЯ)

А. СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ.

I КЛАСС. БОЛИ В СЕРДЦЕ ПРИ СВЕРХСИЛЬНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ НАГРУЗКАХ

II КЛАСС. БОЛИ В СЕРДЦЕ НАЧИНАЮТСЯ ПРИ ПОДЪЕМЕ ПРИМЕРНО НА 2 ЭТАЖА ИЛИ ПРИ БЫСТРОЙ ХОДЬБЕ НА РАССТОЯНИЕ 2Х КВАРТАЛОВ.

III КЛАСС. БОЛИ В СЕРДЦЕ ВОЗНИКАЮТ ПРИ МЕНЬШЕЙ НАГРУЗКЕ. ПРИ БЫСТРОЙ ХОДЬБЕ НА РАССТОЯНИЕ 1ГО КВАРТАЛА ИЛИ ПРИ БЫСТРОМ ПОДЪЕМЕ НА 1 ЭТАЖ.

IV КЛАСС. БОЛИ В СЕРДЦЕ ВОЗНИКАЮТ В ПОКОЕ.

В. НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ.

-ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШАЯ (ПРИСТУП ВОЗНИК ВПЕРВЫЕ ИЛИ ПОВТОРИЛСЯ В ТЕЧЕНИЕ 1ГО МЕСЯЦА)

-ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ (В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ УВЕЛИЧИЛОСЬ ЧИСЛО ИЛИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИСТУПОВ ИЛИ КОЛ-ВО ТАБЛЕТОК НИТРОГЛИЦЕРИНА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА)

КЛИНИКА:

- ПРИСТУПООБРАЗНЫЙ, ДАВЯЩИЙ ИЛИ СЖИМАЮЩИЙ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ **ЗА ГРУДИНОЙ**
- ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ В ЛЕВУЮ РУКУ, ПЛЕЧО, ЛОПАТКУ
- ОДНОТИПНОСТЬ УСЛОВИЙ, ВЫЗЫВАЮЩИХ БОЛЬ (БЫСТРАЯ ХОДЬБА, ПОДЪЕМ ПО ЛЕСТНИЦЕ, СМЕНА ТЕМПЕРАТУРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ)
- ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕЙ 10-15 МИН
- ПРЕКРАЩЕНИЕ БОЛЕЙ В ПОКОЕ ИЛИ СРАЗУ ПОСЛЕ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИМ, КОГДА БОЛИ КУПИРУЮТСЯ НАРКОТИЧЕСКИМИ АНАЛЬГЕТИКАМИ И ДЛЯТСЯ БОЛЕЕ 30 МИН).

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

- БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ МОЖЕТ БЫТЬ ТИПИЧНЫМ, НО С ВОЗРАСТОМ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ЧАСТОТА АТИПИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ
- ОТСУТСТВИЕ ЯРКОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ОКРАСКИ
- БОЛИ ЧАЩЕ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ, ИМЕЮЩИЕ ХАРАКТЕР СДАВЛЕНИЯ, СТЕСНЕНИЯ ЗА ГРУДИНОЙ
- НЕОБЫЧНАЯ ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ – В ЧЕЛЮСТЬ, ЗАТЫЛОК, ШЕЮ, КИСТЬ, ЛУЧЕЗАПЯСТНЫЙ СУСТАВ, ИЛИ ОНА ОЩУЩАЕТСЯ ТОЛЬКО В МЕСТАХ ИРРАДИАЦИИ
- ИНОГДА ОБОСТРЕНИЕ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СВЯЗАНО С ПОДЪЕМОМ АД
- ПРИСТУП МОГУТ ПРОВОЦИРОВАТЬ: МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ (ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ АТМОСФЕРНОГО ДАВЛЕНИЯ ИЛИ ВЛАЖНОСТИ), ОБИЛЬНАЯ ЖИРНАЯ ЕДА, ВЫЗЫВАЮЩАЯ ПЕРЕПОЛНЕНИЕ И ВЗДУТИЕ КИШЕЧНИКА

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИСТУПЕ СТЕНОКАРДИИ

-УЛОЖИТЬ ЕГО, СОЗДАВ ПОЛНЫЙ ФИЗИЧЕСКИЙ И ПСИХИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ

-ОБЕСПЕЧИТЬ ДОСТУП СВЕЖЕГО ВОЗДУХА

-ДАТЬ НИТРОГЛИЦЕРИН (ОДНУ ТАБЛЕТКУ ПОД ЯЗЫК ТРИЖДЫ ЧЕРЕЗ 5 МИН, НО НЕ БОЛЕЕ 3 ТАБ. СЛЕДИТЬ ЗА ПУЛЬСОМ И АД, **ПРИ СНИЖЕНИИ АД МЕНЕЕ 100 ММ.РТ.СТ ПРЕКРАТИТЬ ВВЕДЕНИЕ НИТРАТОВ!**)

-30-40 КАПЕЛЬ КОРВАЛОЛА ИЛИ ВАЛОКОРДИНА

-ГОРЧИЧНИКИ НА ОБЛАСТЬ ГРУДИНЫ

ПРИ ПРИСТУПЕ, ДЛЯЩЕМСЯ БОЛЕЕ 15 МИНУТ, НЕОБХОДИМО СНЯТЬ ЭКГ, ЧТОБЫ ПРОВЕРИТЬ ВЕРОЯТНОСТЬ НАЛИЧИЯ У БОЛЬНОГО ИМ!

ОИМ – НЕКРОЗ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРО ВОЗНИКШЕГО И РЕЗКО ВЫРАЖЕННОГО НЕСООТВЕТСТВИЯ МЕЖДУ ПОТРЕБНОСТЬЮ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ И ЕГО ДОСТАВКОЙ

ЭТИОЛОГИЯ – ТРОМБОЗ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ НА ФОНЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА, РЕЖЕ НА ФОНЕ СПАЗМА КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

КЛАССИФИКАЦИЯ:

- МЕЛКООЧАГОВЫЙ (СУБЭНДОКАРДИАЛЬНЫЙ, СУБЭПИКАРДИАЛЬНЫЙ)
- КРУПНООЧАГОВЫЙ
- ТРАНСМУРАЛЬНЫЙ

ПЕРИОДЫ ИМ:

- 1)ОСТРЕЙШИЙ (ДО 24 ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПЕРИОД ОСТРОЙ ИШЕМИИ ДО ФОРМИРОВАНИЯ НЕКРОЗА)
- 2)ОСТРЫЙ (ДО 10 ДНЯ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПЕРИОД ФОРМИРОВАНИЯ НЕКРОЗА)
- 3)ПОДОСТРЫЙ (ДО 4-8 НЕД, ФОРМИРОВАНИЕ РУБЦА)
- 4)ПОСТИНФАРКТНЫЙ (2-4 МЕС)

КЛИНИКА:

-ОСНОВНАЯ ЖАЛОБА – БОЛЬ ЗА ГРУДИНОЙ С ИРРАДИАЦИЕЙ В ЛЕВОЕ ПЛЕЧО, ПРЕДПЛЕЧЬЕ, ЛОПАТКУ, ШЕЮ, НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ, НАДЧРЕВЬЕ

-ДЛИТСЯ БОЛЕЕ 30 МИН, НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ, ДНЕЙ

-НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

-РЕАКЦИЯ НА ПРИЕМ НИТРОГЛИЦЕРИНА ОТСУТСТВУЕТ

-БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ

-ПОХОЛОДАНИЕ КОНЕЧНОСТЕЙ

-ИНОГДА ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ, ЛЕЙКОЦИТОЗ (ДО 12-15 ТЫС МАХ НА 2-4 СУТКИ), СО 2-4 ДНЯ УСКОРЕНИЕ СОЭ, ВЫЯВЛЯЕТСЯ СРБ

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ:

- НЕВЫРАЖЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ – БОЛЬ МОЖЕТ БЫТЬ НЕИНТЕНСИВНОЙ, НЕ ИМЕТЬ ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ И ИРРАДИАЦИИ
- С ВОЗРАСТОМ ЧАЩ РАЗВИВАЮТСЯ АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ (АСТМАТИЧЕСКИЙ, АРИТМИЧЕСКИЙ, ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ, АБДОМИНАЛЬНЫЙ, БЕЗБОЛЕВОЙ ИМ), НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРЕДКО БЫВАЕТ В ВИДЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА
- ПРОГНОЗ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ЗНАЧИТЕЛЬНО ХУЖЕ
- ЧАЩЕ ОТМЕЧАЮТСЯ ПОВТОРНЫЕ ИМ
- ИМ ЧАЩЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЯМИ (ИНСУЛЬТ, НАРУШЕНИЯ РИТМА, ТРОМБОЭМБОЛИИ В БАССЕЙНЕ ЛЕГОЧНОГО СТВОЛА, АНЕВРИЗМЫ СЕРДЦА
- ЯВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОМУ ТИПУ ВЫРАЖЕНЫ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ, ЧЕМ У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА
- ТЕМПЕРАТУРНАЯ РЕАКЦИЯ ЗНАЧИТЕЛЬНО СЛАБЕЕ

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИМ:

- УСПОКОИТЬ БОЛЬНОГО, ИЗМЕРИТЬ АД, ПОДСЧИТАТЬ И ОЦЕНИТЬ ХАРАКТЕР ПУЛЬСА;
- ПОМОЧЬ ПРИНЯТЬ ПОЛОЖЕНИЕ ПОЛУСИДЯ ИЛИ УЛОЖИТЬ БОЛЬНОГО, ОБЕСПЕЧИВ ЕМУ ПОЛНЫЙ ФИЗИЧЕСКИЙ И ПСИХИЧЕСКИЙ ПОКОЙ
- ДАТЬ БОЛЬНОМУ НИТРОГЛИЦЕРИН (1 ТАБЛЕТКУ - 5 МГ ИЛИ 1 КАПЛЮ 1% СПИРТОВОГО РАСТВОРА НА КУСОЧКЕ САХАРА ИЛИ ТАБЛЕТКУ ВАЛИДОЛА ПОД ЯЗЫК);
- ВНУТРЬ ПРИНЯТЬ КОРВАЛОЛ (ИЛИ ВАЛОКОРДИН) 30-35 КАПЕЛЬ
- ДО ПРИХОДА ВРАЧА ВНИМАТЕЛЬНО НАБЛЮДАТЬ ЗА СОСТОЯНИЕМ БОЛЬНОГО.

АГ – СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АД ДО 140/90 ММ.РТ.СТ И БОЛЕЕ.

ЛЕЧЕНИЕ:

1 СТУПЕНЬ. ДИУРЕТИК, В-БЛОКАТОР, ИНГИБИТОР АПФ, АНТАГОНИСТ СА

2 СТУПЕНЬ. ПРЕПАРАТ ПЕРВОЙ СТУПЕНИ + ДИУРЕТИК

3 СТУПЕНЬ. ПРЕПАРАТЫ 2 СТУПЕНИ + 3Й ПРЕПАРАТ (ИНГИБИТОР АПФ, АНТАГОНИСТ СА, В-БЛОКАТОР, ДИУРЕТИК, АНТАГОНИСТ РЕЦЕПТОРОВ АТ II

ДИУРЕТИКИ: ГИПОТИАЗИД, ИНДАПАМИД, ВЕРОШПИРОН

ИАПФ: КАПТОПРИЛ, ЭНАЛАПРИЛ

В-БЛОКАТОР: МЕТОПРОЛОЛ, АТЕНОЛОЛ, ПРОПРАНОЛОЛ

АНТАГОНИСТЫ СА: ВЕРАПАМИЛ, ДИЛТИАЗЕМ, НИФЕДИПИН

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АГ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

- ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ «ГИПЕРТОНИЯ БЕЛОГО ХАЛАТА» – ЗАВЫШЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АД ПРИ ЕГО ИЗМЕРЕНИИ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ. НАЗНАЧЕНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТОМ С «ГИПЕРТОНИЕЙ БЕЛОГО ХАЛАТА» ПРИВОДИТ К УХУДШЕНИЮ САМОЧУВСТВИЯ ИЗ-ЗА РАЗВИТИЯ ГИПОТЕНЗИИ.
- ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ (С ВНЕЗАПНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ ПРИ ПЕРЕХОДЕ ИЗ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ В ВЕРТИКАЛЬНОЕ), ОСОБЕННО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ (НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ АД В ПОЛОЖЕНИИ СТОЯ.)
- ДОВОЛЬНО ЧАСТО ПОЖИЛЫЕ ПАЦИЕНТЫ С ПОВЫШЕННЫМ АД ЧУВСТВУЮТ СЕБЯ ХОРОШО, ЧТО ПРИВЕЛО К РАСПРОСТРАНЕННОМУ МНЕНИЮ, ЧТО ЛЕЧИТЬ ГИПЕРТонию СЛЕДУЕТ ТОЛЬКО В СЛУЧАЕ ПЛОХОГО САМОЧУВСТВИЯ, НО 70% ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВЫЕ ИНСУЛЬТЫ, СТРАДАЛИ ТАК НАЗЫВАЕМОЙ МЯГКОЙ ФОРМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.
- НЕОБХОДИМО ОБУЧЕНИЕ САМОКОНТРОЛЮ АД В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ. СЕЙЧАС ШИРОКО ДОСТУПНЫ ПАМЯТКИ, БРОШЮРЫ, ПОСВЯЩЕННЫЕ ПРОБЛЕМЕ ПОВЫШЕННОГО АД.
- ЧАСТО, КРОМЕ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОТСУТСТВУЮТ КАКИЕ-ЛИБО СУБЪЕКТИВНЫЕ И ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ, ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ. ЖАЛОБЫ ИМЕЮТ ОБЩИЙ ХАРАКТЕР. ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, ШУМ В УШАХ, ОДЫШКА ПРИ ФИЗИЧЕСКИХ УСИЛИЯХ ХОТЯ ЧАСТО ВОСПРИНИМАЮТСЯ ИМИ КАК ЕСТЕСТВЕННЫЕ НЕДОМОГАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ВОЗРАСТОМ. ПРИ СИСТЕМАТИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ МОЖНО ОТМЕТИТЬ, ЧТО НАИБОЛЬШАЯ ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭТИХ ПРИЗНАКОВ СОВПАДАЕТ С

ТЕХНИКА ИЗМЕРЕНИЯ АД

1. УСАДИТЬ ИЛИ УЛОЖИТЬ ПАЦИЕНТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО СОСТОЯНИЯ
2. ОБНАЖИТЬ РУКУ ПАЦИЕНТА, РАСПОЛОЖИВ ЕЕ ЛАДОНЬЮ ВВЕРХ, НА УРОВНЕ СЕРДЦА
3. ПОДЛОЖИТЬ ВАЛИК ИЛИ КУЛАК ПОД ЛОКОТЬ ПАЦИЕНТА
4. НАЛОЖИТЬ МАНЖЕТУ ТОНОМЕТРА НА ПЛЕЧО ПАЦИЕНТА НА 2-3 СМ ВЫШЕ ЛОКТЕВОГО СГИБА (МЕЖДУ МАНЖЕТКОЙ И РУКОЙ ПАЦИЕНТА ДОЛЖЕН СВОБОДНО ПРОХОДИТЬ ПАЛЕЦ)
5. НАЙТИ ПАЛЬПАТОРНО НА ЛОКТЕВОЙ АРТЕРИИ ПУЛЬСАЦИЮ, ПРИЛОЖИТЬ ФОНЕНДОСКОП
6. СОЕДИНИТЬ МАНЖЕТУ С ТОНОМЕТРОМ
7. НАГНЕТАТЬ ПОСТЕПЕННО ВОЗДУХ БАЛЛОНОМ ДО ИСЧЕЗНОВЕНИЯ ПУЛЬСАЦИИ +20-30 ММ РТУТНОГО СТОЛБА СВЕРХ ТОГО
8. С ПОМОЩЬЮ ВЕНТИЛЯ БАЛЛОНА СНИЖАТЬ ПОСТЕПЕННО ДВИЖЕНИЕ В МАНЖЕТКЕ, ПРИОТКРЫВ ВЕНТИЛЬ БОЛЬШИМ И УКАЗАТЕЛЬНЫМ ПАЛЬЦАМИ ПРАВОЙ РУКИ ПРОТИВ ЧАСОВОЙ СТРЕЛКИ
9. ЗАПОМНИТЬ ПО ШКАЛЕ НА ТОНОМЕТРЕ ПОЯВЛЕНИЕ ПЕРВОГО ТОНА - ЭТО СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ
10. ОТМЕТИТЬ ПО ШКАЛЕ НА ТОНОМЕТРЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ГРОМКОГО ТОНА, ПРИ ПОСТЕПЕННОМ СНИЖЕНИИ ДАВЛЕНИЯ - ЭТО ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ.
11. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ТОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ИЗМЕРИТЬ ДАВЛЕНИЕ 3 РАЗА НА РАЗНЫХ РУКАХ
12. ВЗЯТЬ МИНИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ АД И ЗАПИСАТЬ ДАННЫЕ В ЛИСТ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Тонометры

Механические



Автоматические



Полуавтоматические



ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ – ВНЕЗАПНОЕ ПОВЫШЕНИЕ АД СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ (СЕРДЦА, ПОЧЕК, ГМ)

КЛИНИКА

ИЗОЛИРОВАННЫЕ СИСТОЛИЧЕСКИЕ КРИЗЫ (КРИЗ 1 ТИПА)

- РЕЗКИЙ ПОДЪЕМ СИСТОЛИЧЕСКОГО АД (ВЫШЕ 220-230 ММ РТ. СТ.) ПРИ СОХРАНЕНИИ НОРМАЛЬНОГО ИЛИ ПОНИЖЕННОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АД (60-90 ММ РТ. СТ.).
- ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОТ НЕСКОЛЬКИХ МИНУТ ДО НЕСКОЛЬКИХ ЧАСОВ
- ГИПЕРЕМИЯ ЛИЦА, КРАСНЫЕ ПЯТНА НА КОЖЕ, ПОТЛИВОСТЬ
- ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ОЩУЩЕНИЕ ЖАРА И ДРОЖИ В ТЕЛЕ, ПОЯВЛЕНИЕ ТУМАНА ПЕРЕД ГЛАЗАМИ

СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКИЕ КРИЗЫ (КРИЗ 2 ТИПА)

- РЕЗКОЕ ПОВЫШЕНИЕ КАК СИСТОЛИЧЕСКОГО, ТАК И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ ДО ИНДИВИДУАЛЬНО ВЫСОКИХ ЗНАЧЕНИЙ
- ОТ НЕСКОЛЬКИХ ЧАСОВ ДО НЕСКОЛЬКИХ ДНЕЙ
- ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, СЛАБОСТЬ
- БЛЕДНОСТЬ ЛИЦА
- ТЯЖЕЛЫЙ СЛУЧАЙ – ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ (СИЛЬНЕЙШАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ, ВПЛОТЬ ДО ПРЕХОДЯЩЕЙ СЛЕПОТЫ, ТОШНОТА, РВОТА, СУДОРОГИ, КОМА)

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ

- 1) ИЗМЕРИТЬ АД
- 2) ВЫЗВАТЬ ВРАЧА
- 3) УЛОЖИТЬ В ПОСТЕЛЬ С ПРИПОДНЯТЫМ ИЗГОЛОВЬЕМ, ОБЕСПЕЧИТЬ ПОЛНЫЙ ФИЗИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИЙ ПОКОЙ
- 4) ОБЕСПЕЧИТЬ ДОСТУП СВЕЖЕГО ВОЗДУХА
- 5) СДЕЛАТЬ ХОЛОДНЫЙ КОМПРЕСС НА ГОЛОВУ, ГОРЯЧИЕ НОЖНЫЕ ВАННЫ, ТЕПЛЫЕ ВАННЫ ДЛЯ РУК
- 6) ГОРЧИЧНИКИ НА ИКРОНОЖНЫЕ МЫШЦЫ
- 7) ПРИГОТОВИТЬ ЛС ПО НАЗНАЧЕНИЮ ВРАЧА (КОРИНФАР, ФУРОСЕМИД)

ВРАЧИ ДОЛЖНЫ СНИЖАТЬ АД ПОСТЕПЕННО, В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ЧАСОВ, Т. К. БОЛЕЕ БЫСТРЫЙ ТЕМП МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К УХУДШЕНИЮ МОЗГОВОГО И КОРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. ПОСЛЕ СНИЖЕНИЯ И НОРМАЛИЗАЦИИ АД БОЛЬНОМУ НЕЛЬЗЯ ВСТАВАТЬ В ТЕЧЕНИЕ 3 Ч ИЗ-ЗА ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ВЫРАЖЕННОМ ПАДЕНИИ СОСУДИСТОГО ТОНУСА И ПРОЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ АД И ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ:

1. ОБМОРОК
2. КОЛЛАПС
3. ШОК

ОБМОРОК - ПРОЯВЛЕНИЕ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, КОТОРАЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ИШЕМИЕЙ МОЗГА И ПРОЯВЛЯЕТСЯ КРАТКОВРЕМЕННОЙ ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ:

- КРАТКОВРЕМЕННАЯ УТРАТА СОЗНАНИЯ (НА 10–30 С).
- ВЫРАЖЕННАЯ БЛЕДНОСТЬ
- ПАДЕНИЕ АД
- ПУЛЬС СЛАБОГО НАПОЛНЕНИЯ И НАПРЯЖЕНИЯ

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ:

- ВЫЗВАТЬ ВРАЧА ЧЕРЕЗ ТРЕТЬЕ ЛИЦО.
- УЛОЖИТЬ БОЛЬНОГО ГОРИЗОНТАЛЬНО, ПРИПОДНЯВ НОЖНОЙ КОНЕЦ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КРОВАТИ
- ОСВОБОДИТЬ ОТ СТЕСНЯЮЩЕЙ ОДЕЖДЫ
- ОБЕСПЕЧИТЬ ДОСТУП СВЕЖЕГО ВОЗДУХА
- СБРЫЗНУТЬ ХОЛОДНОЙ ВОДОЙ ЛИЦО И ГРУДЬ
- ДАТЬ ВДОХНУТЬ ПАРЫ НАШАТЫРНОГО СПИРТА
- СОГРЕТЬ ГРЕЛКАМИ
- ВВЕСТИ П/К 10% РАСТВОР КОФЕИНА И КОРДИАМИН В ВОЗРАСТНОЙ ДОЗИРОВКЕ ПО НАЗНАЧЕНИЮ ВРАЧА.
- ПРОДОЛЖИТЬ НАБЛЮДЕНИЕ.

КОЛЛАПС – ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С РЕЗКИМ ПАДЕНИЕМ АД И РАССТРОЙСТВОМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

КОЛЛАПС ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ПОТЕРИ КРОВИ ИЛИ НЕПРАВИЛЬНЫМ РАСПРЕДЕЛЕНИЕМ КРОВИ В СОСУДИСТОМ РУСЛЕ (БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ СКАПЛИВАЕТСЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДАХ И ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ), СЛЕДСТВИЕМ ЧЕГО ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗКОЕ ПАДЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ.

КЛИНИКА:

- ВНЕЗАПНОЕ УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ, ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ;
- БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ;
- ХОЛОДНЫЙ ЛИПКИЙ ПОТ;
- ЧАСТЫЙ НИТЕВИДНЫЙ ПУЛЬС;
- НИЗКОЕ АД (САД 80-60, ДАД В ПРЕДЕЛАХ 40 ММ.РТ.СТ)

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

- 1.ВЫЗВАТЬ ВРАЧА ЧЕРЕЗ ТРЕТЬЕ ЛИЦО.
- 2.БОЛЬНОГО УЛОЖИТЬ ГОРИЗОНТАЛЬНО НА РОВНУЮ ТВЕРДУЮ ПОВЕРХНОСТЬ, ПРИПОДНЯВ НОЖНОЙ КОНЕЦ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КРОВАТИ.
- 3.ОСВОБОДИТЬ ОТ СТЕСНЯЮЩЕЙ ОДЕЖДЫ.
- 4.ОБЕСПЕЧИТЬ ПРИТОК СВЕЖЕГО ВОЗДУХА.
- 5.ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ (УВЛАЖНЕННЫЙ КИСЛОРОД)
- 6.УКУТАТЬ, СОГРЕТЬ ГРЕЛКАМИ.
- 7.П/К ВВЕСТИ 0,1% РАСТВОР АДРЕНАЛИНА, 0,5% РАСТВОР ЭФЕДРИНА В ВОЗРАСТНОЙ ДОЗИРОВКЕ
- 8.ВВЕСТИ П/К 10% РАСТВОР КОФЕИНА В ВОЗРАСТНОЙ ДОЗИРОВКЕ ПО НАЗНАЧЕНИЮ ВРАЧА
- 9.В ТЯЖЕЛЫХ СЛУЧАЯХ ВВОДИТСЯ В/В ПЛАЗМА ИЛИ КРОВЕЗАМЕНТЕЛИ.
- 10.ПРОДОЛЖИТЬ НАБЛЮДЕНИЕ

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ХСН) — КАРДИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННОЕ НАРУШЕНИЕ (НАСОСНОЙ) ФУНКЦИИ С СООТВЕТСТВУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ, ЗАКЛЮЧАЮЩЕЕСЯ В НЕСПОСОБНОСТИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ДОСТАВЛЯТЬ ОРГАНАМ И ТКАНЯМ НЕОБХОДИМОЕ ДЛЯ ИХ НОРМАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КОЛИЧЕСТВО КРОВИ.

КЛИНИКА:

- ОДЫШКА (ИНСПИРАТОРНЫЙ ХАРАКТЕР) ПОСЛЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ
- ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ОТЕКИ

Нью-Йоркская классификация ХСН

Функциональный класс (ФК)	Ограничение физической активности, клинические проявления
I ФК	Ограничений в физической активности нет. Обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения
II ФК	Умеренное ограничение физической активности. В покое какие-либо патологические симптомы отсутствуют. Обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку
III ФК	Выраженное ограничение физической активности. Больной комфортно чувствует себя только в состоянии покоя, но малейшие физические нагрузки приводят к появлению слабости, сердцебиения, одышки
IV ФК	Невозможность выполнять какие-либо нагрузки без появления дискомфорта. Симптомы сердечной недостаточности имеются в покое и усиливаются при любой физической нагрузке

ОСОБЕННОСТИ УХОДА

- КОНТРОЛЬ ДИЕТЫ 10
- КОНТРОЛЬ КОЛИЧЕСТВА ВЫПИТОЙ И ВЫДЕЛЕННОЙ ЖИДКОСТИ
- ОГРАНИЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, НО НЕ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ (Т.К. ПРИВОДИТ К ПНЕВМОНИЯМ, ТРОМБОЭМБОЛИЯМ, ПРОЛЕЖНЯМ)
- КРОВАТЬ С ПРИПОДНЯТЫМ ИЗГОЛОВЬЕМ
- ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ НЕ БОЛЕЕ 1500-1600 МЛ/СУТ
- КОНТРОЛЬ ДИНАМИКИ ОТЕКОВ (ЕСЛИ ВЫРАЖЕНЫ – ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИДКОСТИ ДО 1 Л В ДЕНЬ, ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ДО 5 Г В ДЕНЬ)
- ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ
- СМАЗЫВАТЬ СУХИЕ УЧАСТКИ КОЖИ КРЕМОМ
- ПРИ НАЛИЧИИ ОДЫШКИ – ИНГАЛЯЦИИ КИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ, ПРОПУЩЕННОЙ ЧЕРЕЗ ПЕНОГАСИТЕЛЬ (40-95 СПИРТ)

КОНТРОЛЬ ДИНАМИКИ ОТЕКОВ

ПОКАЗАНИЯ:

- 1) НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ С ОТЕКАМИ;
- 2) ВЫЯВЛЕНИЕ СКРЫТЫХ ОТЕКОВ, НАРАСТАНИЯ ОТЕКОВ И КОНТРОЛЬ ЗА ДЕЙСТВИЕМ ДИУРЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ.

ОСНАЩЕНИЕ РАБОЧЕГО МЕСТА:

- 1) МЕРНАЯ СТЕКЛЯННАЯ ГРАДУИРОВАННАЯ ЕМКОСТЬ ДЛЯ СБОРА МОЧИ;
- 2) ЛИСТ УЧЕТА ВОДНОГО БАЛАНСА.

ЭТАПЫ

1) ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИИ.

- УБЕДИТЬСЯ, ЧТО БОЛЬНОЙ СМОЖЕТ ПРОВОДИТЬ УЧЕТ ЖИДКОСТИ (АДЕКВАТЕН)
- ОБЪЯСНИТЬ БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМОСТЬ СОБЛЮДЕНИЯ ОБЫЧНОГО ВОДНО-ПИЩЕВОГО И ДВИГАТЕЛЬНОГО РЕЖИМА.
- УБЕДИТЬСЯ, ЧТО БОЛЬНОЙ НЕ ПРИНИМАЛ ДИУРЕТИКИ В ТЕЧЕНИЕ 3-Х ДНЕЙ ДО ИССЛЕДОВАНИЯ.
- ДАТЬ ПОДРОБНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ПОРЯДКЕ ЗАПИСЕЙ В ЛИСТЕ УЧЕТА ВОДНОГО БАЛАНСА. УБЕДИТЬСЯ В УМЕНИИ ЗАПОЛНИТЬ ЛИСТ.

2) ОСНОВНОЙ ЭТАП ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИИ.

- ОБЪЯСНИТЬ, ЧТО В 6:00 НЕОБХОДИМО ВЫПУСТИТЬ МОЧУ В УНИТАЗ.
- СОБИРАТЬ МОЧУ ПОСЛЕ КАЖДОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ В ГРАДУИРОВАННУЮ ЕМКОСТЬ, ИЗМЕРЯТЬ ДИУРЕЗ.
- ФИКСИРОВАТЬ КОЛИЧЕСТВО ВЫДЕЛЯЕМОЙ ЖИДКОСТИ В ЛИСТЕ УЧЕТА.
- ФИКСИРОВАТЬ КОЛИЧЕСТВО ПОСТУПИВШЕЙ В ОРГАНИЗМ ЖИДКОСТИ В ЛИСТЕ УЧЕТА.
- ОБЪЯСНИТЬ, ЧТО НЕОБХОДИМО УКАЗЫВАТЬ ВРЕМЯ ПРИЕМА ИЛИ ВВЕДЕНИЯ ЖИДКОСТИ, А ТАКЖЕ ВРЕМЯ ВЫДЕЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ЛИСТЕ УЧЕТА ВОДНОГО БАЛАНСА В ТЕЧЕНИЕ СУТОК, ДО 6:00 СЛЕДУЮЩЕГО ДНЯ.
- В 6:00 СЛЕДУЮЩЕГО ДНЯ СДАТЬ ЛИСТ УЧЕТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ.

3) ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИИ.

- ОПРЕДЕЛИТЬ КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖИДКОСТИ ДОЛЖНО ВЫДЕЛИТЬСЯ С МОЧОЙ. РАСЧЕТ ВОДНОГО БАЛАНСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ: КОЛИЧЕСТВО ПРИНЯТОЙ ЖИДКОСТИ \times НА 0,8 (80%) = КОЛИЧЕСТВУ МОЧИ, КОТОРОЕ ДОЛЖНО ВЫДЕЛИТЬСЯ В НОРМЕ.
- СРАВНИТЬ КОЛИЧЕСТВО ВЫДЕЛЕННОЙ ЖИДКОСТИ С КОЛИЧЕСТВОМ РАССЧИТАННОЙ ЖИДКОСТИ В (НОРМЕ).
- СЧИТАТЬ ВОДНЫЙ БАЛАНС ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ, ЕСЛИ ВЫДЕЛЯЕТСЯ МЕНЬШЕ ЖИДКОСТИ, ЧЕМ РАССЧИТАНО (В НОРМЕ).
- СЧИТАТЬ ВОДНЫЙ БАЛАНС ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ, ЕСЛИ ВЫДЕЛЕНО БОЛЬШЕ ЖИДКОСТИ, ЧЕМ РАССЧИТАНО (ЭТО МОЖЕТ БЫТЬ РЕЗУЛЬТАТОМ ДЕЙСТВИЯ ДИУРЕТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, УПОТРЕБЛЕНИЕ МОЧЕГОННЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ, ВЛИЯНИЕ ХОЛОДНОГО ВРЕМЕНИ ГОДА).

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВОДНЫЙ БАЛАНС СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И СХОЖДЕНИИ ОТЕКОВ. ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ВОДНЫЙ БАЛАНС СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАРАСТАНИИ ОТЕКОВ ИЛИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ДОЗЫ ДИУРЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ.

ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ДИЕТЫ №10 (ОГРАНИЧЕНИЕ ЛЕГКОУСВОЯЕМЫХ УГЛЕВОДОВ (САХАРА) И ЖИРОВ ЖИВОТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, А ТАКЖЕ ПОВАРЕННУЮ СОЛЬ, СВОБОДНУЮ ЖИДКОСТЬ)

- МЯСО ПРЕДВАРИТЕЛЬНО ЗАЧИЩАЮТ ОТ ФАСЦИЙ И СУХОЖИЛИЙ. МЯСО И РЫБУ ОТВАРИВАЮТ, ГОТОВЯТ НА ПАРУ, ЗАПЕКАЮТ, ТУШАТ **БЕЗ СОЛИ**.
- ОВОЩИ УПОТРЕБЛЯЮТ ПОСЛЕ КУЛИНАРНОЙ ОБРАБОТКИ, ФРУКТЫ И ЯГОДЫ – В СВЕЖЕМ ВИДЕ.
- **СОЛЬ В ПРОЦЕССЕ ТЕРМИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ, ПРИСАЛИВАЮТСЯ УЖЕ ГОТОВЫЕ БЛЮДА.** СУТОЧНАЯ НОРМА ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ОТ 3 ДО 5 ГР, ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ОТЕЧНОСТИ СОЛЬ ИСКЛЮЧАЮТ ПОЛНОСТЬЮ.
- КОЛИЧЕСТВО СЛОЖНЫХ УГЛЕВОДОВ В СТОЛЕ 10 СОСТАВЛЯЕТ ДО 350 ГР, БЕЛКОВ – ДО 107 ГР (ДВЕ ТРЕТИ ПРИХОДИТСЯ НА ЖИВОТНЫЕ), ЖИРОВ – ДО 68 ГР (ТРЕТЬ ПРИХОДИТСЯ НА РАСТИТЕЛЬНЫЕ).
- ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ НЕ БОЛЕЕ 1,2 Л В ДЕНЬ, ВКЛЮЧАЯ НАПИТКИ И ЖИДКИЕ БЛЮДА – КОМПОТЫ, ЧАИ, СУПЫ.
- ВЕС БЛЮД СУТОЧНЫЙ ДО 3 КГ, КАЛОРИЙНОСТЬ – 2500-2550 ККАЛ. ПИТАНИЕ ПЯТИРАЗОВОЕ, РАВНОМЕРНЫМИ НЕБОЛЬШИМИ ПОРЦИЯМИ, ПОСЛЕДНИЙ ПРИЕМ ПИЩИ НАЗНАЧАЮТ НЕ ПОЗДНЕЕ, ЧЕМ ЗА 3 ЧАСА ДО ОТХОДА КО СНУ.

ДИЕТА СТОЛ 10 ПО ПЕВЗНЕРУ ПРОПИСЫВАЕТСЯ МЕДИКАМИ ПАЦИЕНТАМ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ МИОКАРДА, МОЗГА И ПРОЧИХ ОРГАНОВ, ГИПЕРТОНИКАМ (II И III СТЕПЕНИ), ПЕРЕНЕСШИМ ИНФАРКТ

СЕРДЕЧНАЯ АСТМА – КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ССС: ГБ, ИМ

ПРИЗНАКИ:

- ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ
- КЛОКОЧУЩЕЕ ДЫХАНИЕ, СЛЫШИМОЕ НА РАССТОЯНИИ
- ИНОГДА ВЫДЕЛЕНИЕ ПЕНИСТОЙ РОЗОВОЙ МОКРОТЫ
- ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ **ОРТОПНОЭ** (ОБЛЕГЧАЕТ ДЫХАНИЕ)
- АКРОЦИАНОЗ КОНЧИКОВ УШЕЙ, НОСА, ПАЛЬЦЕВ РУК, НОГ

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ:

- 1) ВЫЗВАТЬ ВРАЧА
- 2) ИЗМЕРИТЬ АД
- 3) ПРИДАТЬ БОЛЬНОМУ ПОЛУСИДЯЧЕЕ (ПРИ ГИПОТЕНЗИИ) ИЛИ СИДЯЧЕЕ (ПРИ ГИПЕРТЕНЗИИ) ПОЛОЖЕНИЕ
- 4) ЕСЛИ САД НЕ НИЖЕ 100 ММ.РТ.СТ., ДАТЬ НИТРОГЛИЦЕРИН
- 5) НАЧАТЬ ОКСГЕНОТЕРАПИЮ С ПЕНОГАСИТЕЛЕМ ЧЕРЕЗ МАСКУ ИЛИ НОСОВОЙ КАТЕТЕР (96% ЭТИЛОВЫЙ СПИРТ НАЛИВАЮТ В УВЛАЖНИТЕЛЬ И ПРОПУСКАЮТ ЧЕРЕЗ НЕГО КИСЛОРОД). НАЧАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ 2-3 Л/МИН, А ЧЕРЕЗ 5-10 МИН 6Л/МИН
- 6) НАЛОЖИТЬ ВЕНОЗНЫЕ ЖГУТЫ НА КОНЕЧНОСТИ (НОГИ – НА 15 СМ НИЖЕ ПАХОВОЙ СКЛАДКИ. НА РУКИ МОЖНО МАНЖЕТКУ ОТ ТОНОМЕТРА, НАКАЧИВАЯ В НЕЕ ВОЗДУХ И ОДНОВРЕМЕННО ИСПОЛЬЗУЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ АД. ЧЕРЕЗ 15-20 МИН ОДИН ИЗ ЖГУТОВ СНИМАЮТ И НАКЛАДЫВАЮТ НА СВОБОДНУЮ КОНЕЧНОСТЬ)

ПЕРЕЖИМАТЬ ТОЛЬКО ВЕНЫ! НИЖЕ МЕСТА СДАВЛЕНИЯ ДОЛЖЕН СОХРАНЯТЬСЯ АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПУЛЬС!

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ КРОВИ

- ЧИСЛО ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ, ГЕМАТОКРИТ ОБЫЧНО НЕ МЕНЯЮТСЯ
- УМЕНЬШАЕТСЯ АБСОРБЦИЯ ЖЕЛЕЗА
- УВЕЛИЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ В ПЛАЗМЕ БЕЛКОВ: ФИБРИНОГЕНА, ГАММАГЛОБУЛИНА
- УМЕНЬШЕНИЕ МАССЫ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОСТНОГО МОЗГА
- ИЗМЕНЕНИЕ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ, ПРИВОДЯЩЕЕ К РАССТРОЙСТВАМ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ
- РИСК РАЗВИТИЯ ЦИТОПЕНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НА СИСТЕМУ КРОВИ
- ЗАМЕЩЕНИЕ КРОВЕТВОРНОЙ ТКАНИ ЖИРОВОЙ
- УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ЧИСЛО ПЛАЗМАТИЧЕСКИХ КЛЕТОК, МАКРОФАГОВ
- УМЕНЬШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА МЕГАЛОКАРИОЦИТОВ
- ВОЗМОЖНО УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ ДО 40 ММ/Ч

АНЕМИЯ – КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ СНИЖЕНИЕМ СОДЕРЖАНИЯ ГЕМОГЛОБИНА И В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЭРИТРОЦИТОВ В ЕДИНИЦЕ ОБЪЕМА КРОВИ

-ЖДА (ЛЕЧЕНИЕ: ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА (ЧАЩЕ ВНУТРЬ) С АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТОЙ (УЛУЧШАЕТ ВСАСЫВАНИЕ)

-В12-ДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ (В/М ИНЪЕКЦИИ ВИТ В12 (ЦИНОКОБАЛАМИН))

-ФОЛИЕВОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ (В/М ИНЪЕКЦИИ ВИТ В6 (ПИРИДОКСИН))

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ:

- БЫСТРАЯ ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ПОЯВЛЕНИЕМ ОДЫШКИ, ОТЕКОВ, ТАХИКАРДИИ
- БОЛЕЕ БЫСТРОЕ РАЗВИТИЕ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ
- ОТСУТСТВИЕ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ МЕГАЛОЦИТОВ И ОТНОСИТЕЛЬНО НЕБОЛЬШОЕ ЧИСЛО ГИПЕРХРОМНЫХ ЭРИТРОЦИТОВ

ЛЕЙКОЗЫ – ОПУХОЛИ КРОВЕТВОРНОЙ ТКАНИ, ПЕРВИЧНО ПОРАЖАЮЩИЕ КОСТНЫЙ МОЗГ

-**ОСТРЫЕ** (ОСНОВНОЙ СУБСТРАТ – БЛАСТНЫЕ (МАЛО- ИЛИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ КЛЕТКИ)

-**ХРОНИЧЕСКИЕ** (ОСНОВНОЙ СУБСТРАТ – БОЛЕЕ ЗРЕЛЫЕ КЛЕТКИ, ДОСТИГШИЕ ОПРЕДЕЛЕННОГО УРОВНЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ)

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ О. ЛЕЙКОЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

- НА ПЕРВЫЙ ПЛАН ЖАЛОБЫ НА ОДЫШКУ, СЕРДЦЕБИЕНИЕ, ОБЩУЮ СЛАБОСТЬ, КРОВОТОЧИВОСТЬ
- ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ОТЛИЧАЕТСЯ БОЛЬШЕЙ ТЯЖЕСТЬЮ, Т.К. КРОВОИЗЛИЯНИЯ ВО ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ
- УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ РЕДКО
- ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ ИНФЕКЦИОННЫМИ ПРОЦЕССАМИ – ПНЕВМОНИИ, СЕПСИС, АНГИНА
- ЗНАЧИТЕЛЬНО ВЫРАЖЕНЫ АНЕМИЯ И ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ
- ЛЕЙКОЦИТОЗ НЕ ДОСТИГАЕТ ВЫСОКИХ ЦИФР, У 50 % ЛЕЙКОПЕНИЯ
- ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ФОРМА О. ЛЕЙКОЗА, ПРОТЕКАЮЩАЯ СРАВНИТЕЛЬНО СПОКОЙНО, С МЕДЛЕННО ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ