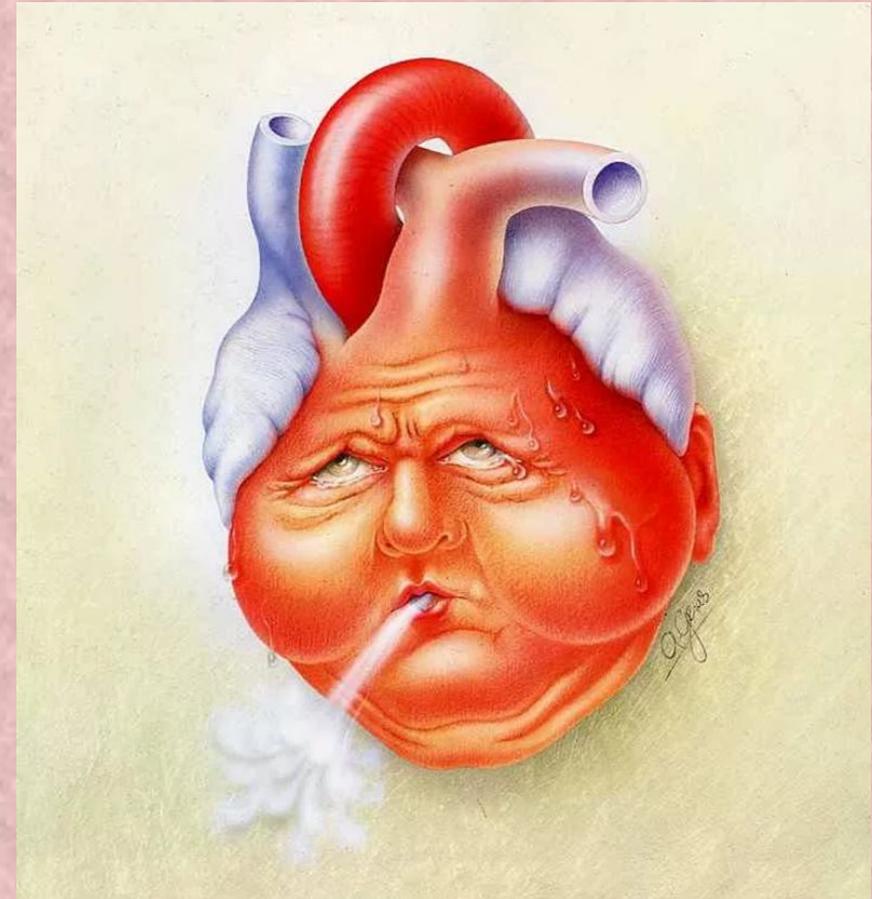


Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

**Расспрос и осмотр
пациентов с
заболеваниями
сердечно-
сосудистой
системы**



Ассистент, к.м.н. Седова

ОБЩИЙ ОСМОТР

- оценка общего состояния;
- положение больного;
- состояние сознания;
- кожа и видимые слизистые;
- осмотр лица и шеи;
- определение отеков;
- костно-мышечная система

Общее состояние больного

Зависит от степени выраженности заболевания. При болезнях сердечно-сосудистой системы в стадии компенсации у больных удовлетворительное состояние. Ухудшение состояния развивается в динамике прогрессирования патологического процесса и присоединения осложнений.

Положение больного

Может быть активное, пассивное, вынужденное.

Активное положение определяется у больных с пороками сердца, гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца без признаков сердечной недостаточности.

Пассивное положение – горизонтальное с низким изголовьем – у больных с острой сосудистой недостаточностью.

При некоторых заболеваниях сердца и сосудов больные занимают вынужденное положение (см. таблицу)

Положение больного

Положение ортопное



Orthopneic



Вынужденное положение	Патологические состояния	Патофизиологические механизмы
Стоя	Приступ стенокардии	В покое снижается потребность тканей в кислороде, уменьшаются явления ишемии миокарда
Лежа на правом боку с высоко поднятым изголовьем	Хроническая недостаточность кровообращения II стадии	Перераспределение крови в нижние конечности: уменьшение преднагрузки на сердце и объема циркулирующей крови, снижение венозного давления в малом круге кровообращения, улучшение газообмена в системе — «альвеола-легочный капилляр», смещение асцитической жидкости в малый таз
Ортопноэ – положение сидя с опущенными ногами	Острая левожелудочковая недостаточность, хроническая сердечная недостаточность II-III стадии	
Сидя с наклоном вперед	Сухой перикардит	Листки переднего участка перикарда тяжестью сердца придавливаются друг к другу, уменьшаются их взаимные смещения, что уменьшает раздражение болевых рецепторов в перикарде
Коленно-локтевое положение	Выпотной перикардит	Улучшается диастолическая функция сердца

Осмотр кожи



Важное диагностическое значение имеет окраска кожи и слизистых оболочек.

Цианоз – (синюшное окрашивание кожи)

Степень выраженности: от едва заметной синюшности до темно-синей окраски

- *акроцианоз* (встречается наиболее часто): выражен на наиболее отдалённых от сердца участках тела - пальцах рук и ног, губах, кончике носа, ушных раковинах.

Связан с повышением содержания в венозной крови восстановленного гемоглобина в результате избыточного поглощения кислорода крови тканями при замедлении кровотока.

- *центральный (разлитой) цианоз*, возникает вследствие кислородного голодания в результате недостаточной артериализации крови в малом круге кровообращения (при «синих» пороках сердца - с наличием артериовенозного сообщения)

Осмотр кожи

Бледность

- *постоянная:*

аортальный стеноз (малый ударный объем левого желудочка)

аортальная недостаточность (низкое диастолическое давление)

- *временная:*

острая сосудистая недостаточность (малый ударный объем левого желудочка, спазм периферических сосудов, перераспределение крови)

- *нарастающая:*

расслаивающаяся аневризма аорты (кровотечение, шок)

Желтушность

- *бледность с желтушным оттенком («кофе с молоком»)*

инфекционный эндокардит

- *желтуха*

Хроническая правожелудочковая недостаточность, инфекционный эндокардит (застойные и цирротические изменения в печени, инфекционно-токсический гепатит)

Осмотр кожи



При нарушениях липидного обмена появляются плоские или слегка возвышающиеся желтоватые очаги, обусловленные отложением холестерина:
у внутреннего угла глазной щели (ксантелазмы век)
и других частях тела – на коленях, локтях, сухожилиях (ксантомы)

Отёки

Локальное или генерализованное увеличение объема мягких тканей (набухание, припухлость) вследствие избыточного накопления жидкости в интерстициальном (межклеточном) пространстве.

Отечная жидкость представляет плазменный транссудат, который начинает накапливаться в тканях при избыточном поступлении жидкой части крови из сосудистого ложа в интерстициальное пространство.

Отёки наблюдаются при различных заболеваниях, таких как цирроз печени, нефротический синдром, почечная недостаточность, синдром мальабсорбции, гипотиреоз, тромбозы и другие.



Отёки

Характеристики отеков, обусловленных сердечной недостаточностью:

Локализация: носят восходящий характер, начинаются с нижних конечностей, преимущественно области голеней и стоп, затем, по мере нарастания сердечной недостаточности, распространяются на бедра, поясничную область, половые органы, живот, т.е. приобретают генерализованный характер (анасарка). При этом присоединяется скопление жидкости в полостях: брюшной (асцит), грудной (гидроторакс) и полости перикарда (гидроперикард).

Если больной долго лежит на одном боку, отечная жидкость перемещается в нижерасположенные отделы (подвижные отеки).

Симметричность: изолированный отек одной конечности чаще всего обусловлен венозным тромбозом или обструкцией путей лимфооттока.

Время появления: более выражены во вторую половину дня, увеличиваются и становятся более отчетливыми при длительном стоянии.

Цвет кожи: цианотичная, при длительных отеках – язвы, пигментация.

Температура кожи: холодная.

Отличительными особенностями кардиогенных отеков является сочетание их с одышкой и ортопноэ.



Отёки



Способы выявления отеков:

осмотр, пальпация, взвешивание больного, контроль диуреза

- **Осмотр:** увеличение частей тела за счет накопления жидкости в подкожной клетчатке, сглаживаются складки кожи, костные выступы, кожа растянута, напряженная, могут возникать разрывы, пузыри, из которых вытекает жидкость.
- **Пальпация:** при прижатии пальцем тканей в области внутренней поверхности голени, лодыжки, тыльной поверхности стопы остается ямка, которая медленно исчезает.
- **Взвешивание больного:** увеличение массы тела (для выявления скрытых отеков).
- **Контроль диуреза:** количество выпитой и полученной при внутривенных вливаниях жидкости превышает количество выделенной мочи.

Для определения полостных отеков используется также перкуссия, аускультация, рентгенологический и ультразвуковой методы исследования. Для дифференциальной диагностики отеков необходимо знать особенности сердечных отеков.

Мышечная и костно-суставная система



Осмотр лица

- «Митральное» лицо у больных с декомпенсированным митральным стенозом характеризуется цианотичным румянцем щек, цианозом губ, кончика и спинки носа, ушей.
- Лицо больного при аортальной недостаточности бледное, отмечается покачивание головы, синхронное с пульсацией сонных артерий – симптом Мюссе. Можно наблюдать ритмичные побледнения и покраснения слизи-стой мягкого неба, пульсацию зрачков —»дышащие зрачки».
- Лицо «Корвизара» у больных с тяжелой недостаточностью кровообращения отличается одутловатостью, безразличием, сонливостью. Окраска кожи такого больного желтовато-бледная с синеватым оттенком, тусклые глаза, полуоткрытый рот, цианотичные губы.
- При инфаркте миокарда, осложненном кардиогенным шоком, лицо больного бледное с цианотичным оттенком, покрыто холодным потом.
- «Воротник Стокса» – резкое расширение вен шеи с одновременным резким отеком ее, кожа приобретает цианотическую окраску, отечность не ограничивается только шейей, распространяется на голову и плечи. Все эти признаки появляются в результате сдавления верхней полый вены аневризмой аорты, опухолями средостения, загрудинным зобом.
- Липоидная дуга роговицы - белый либо серовато-белый слой липидных отложений на периферии роговицы.

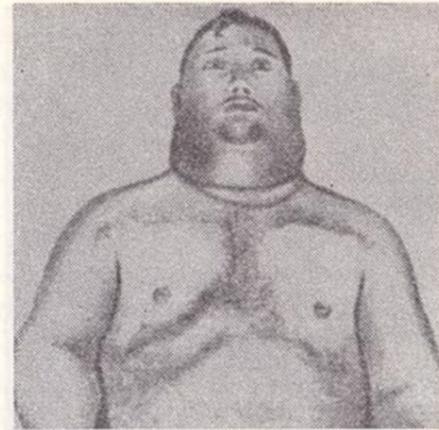


Рис. 37. Воротник Стокса (по А. Л. Мясникову, 1956).



Лицо Корвизара



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**