

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ



ЖАЛОБЫ

- Одышка, её характер и время появления,
- сердцебиение.
- перебои.
- боли в области сердца и за грудиной, их характер, продолжительность,
- иррадиация
- кровохарканье
- отеки.



Боль

Боль является не только субъективным, но и в значительной степени объективным признаком.

- **постоянная** возможна при миокардите, перикардите, неврозе сердца; кардите, неврозе сердца; периодическая – характерна для стенокардии, инфаркте.

Зависимость боли от физической нагрузки: если боль периодическая, когда она возникает – нужно уточнить (в покое или после физической нагрузки). Боль, возникающая после физической нагрузки, часто наблюдается при стенокардии напряжения, инфаркте миокарда. Боль, возникающая в покое, может указывать на стенокардию или инфаркт миокарда.

Продолжительность и локализация болей: при стенокардии или инфаркте миокарда боли локализуются в области грудины, за грудиной, **иррадиируют** вверх в плечевой сустав, челюсть, левую руку. Продолжительность боли при стенокардии: минимальная - 3, 5, 10 мин., максимальная - 20, 45 мин. Загрудинная боль, длящаяся более часа должна наводить на мысль об инфаркте миокарда.

Характер болей: для стенокардии и инфаркта миокарда характерна боль сжимающая, давящая, жгучая. При миокардитах – колющие, острые, пульсирующие или наоборот, тупые боли.

Время появления болей: нередко боли при стенокардии покоя появляются ночью, когда больной ложится спать, или позже, пробуждая его ото сна. При стенокардии напряжения они чаще появляются в утренние часы, после завтрака, по пути на работу, тогда как в дальнейшем, в течение дня, боли наблюдаются значительно реже.

Одышка

– является признаком недостаточности сердца. Она может возникать остро, в виде приступов удушья, нередко ночью. Такая одышка, как правило, сочетается с тахикардией, носит название "сердечная астма". Она может закончиться грозным явлением – отеком легкого. Одышка может возникать в покое и при физической нагрузке.



Сердцебиение и перебои в сердце

может наблюдаться при:

- инфаркте миокарда,
- миокардитах,
- пороках
- аритмиях (пароксизмальной тахикардии или мерцательной аритмии).

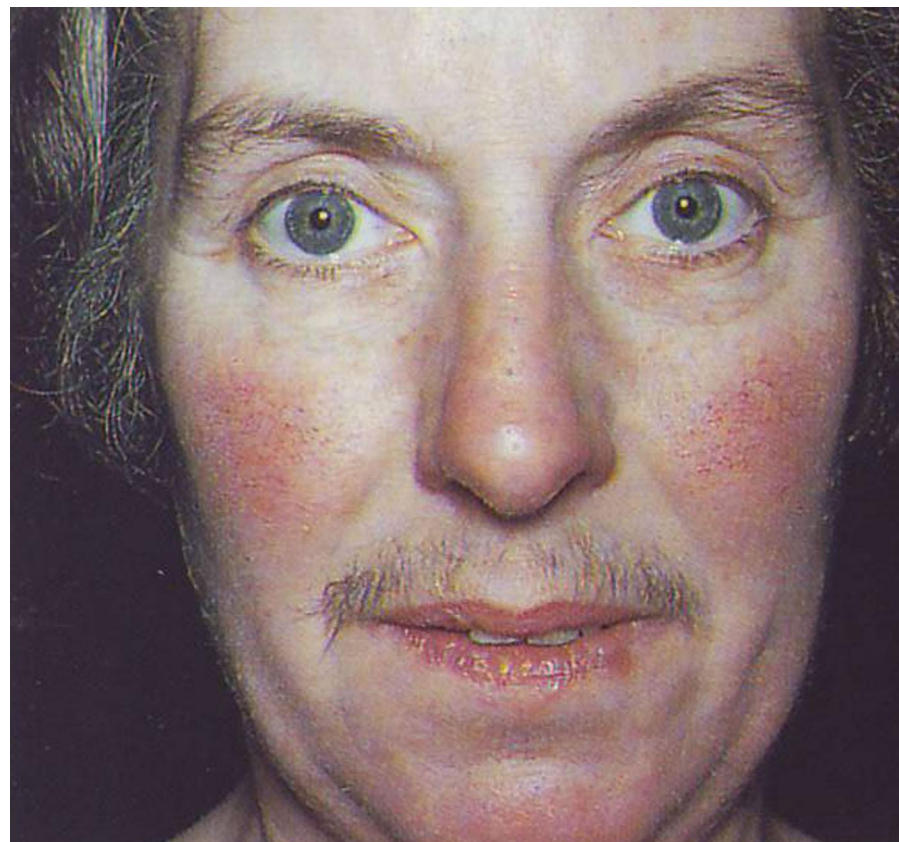
часто появляются в виде кратковременной остановки сердца, замирание его с последующим неприятным чувством «пустоты в груди», «подкатыванием кома к горлу». Подобные жалобы характерны для экстрасистолии. Эти явления нередко вызывают у больных тревогу (экстрасистолия – внеочередные сокращения, после которых очередная волна пульса нередко следует через необычно длительный промежуток).

Мерцательная аритмия определяется беспорядочными пульсовыми ударами.

Пароксизмальная тахикардия – выявляется в виде очень частого пульса, иногда с трудом поддается счету, причем тахикардия возникает внезапно и столь же внезапно может закончиться, нередко угрожая жизни больного.

Данные осмотра

- Митральное
лицо

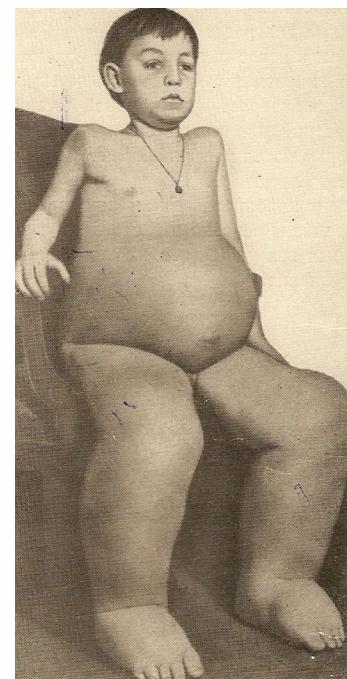
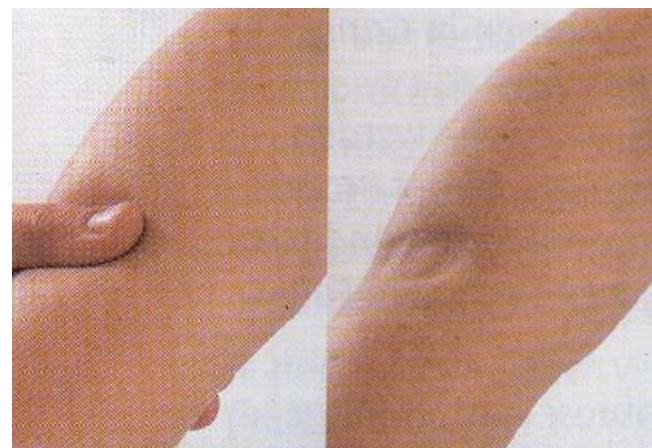


Отеки

- являются признаком недостаточности сердца. Вначале они появляются на дистальных частях тела (стопах, лодыжках), затем поднимаются выше – на голени, бедра. Отеки выявляются путем надавливания пальцем на мягкие ткани исследуемой области. При наличии отеков на месте давления остается не сглаживающаяся ямка.

Различают следующие степени сердечных отеков:

- **скрытые отеки** (выявляются путем взвешивания)
- **пастозность** (при надавливании пальцами на переднюю поверхность голени остается небольшая ямка, которая улавливается на ощупь)
- **явные** (видна дефигурация суставов и тканей, при надавливании видимая ямка)
- **анасарка** (распространенные, массивные отеки, захватывающие все тело, сопровождающиеся асцитом).



Кровохарканье

- симптом застоя крови в системе легочной артерии.

Вследствие острой левожелудочковой недостаточности наступает отек легкого, который вызывает выделения пенистой жидкости, окрашенной в розовый цвет из-за примеси большого количества эритроцитов, поступающих в просвет альвеол.

ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

При любом сердечно-сосудистом заболевании следует спросить о начале болезни (давно ли заболел). Это дает возможность характеризовать заболевание: острое или хроническое. Затем следует выяснить, что было непосредственной причиной заболевания.

Необходимо указать динамику болезни – в каких симптомах выразилось заболевание, как эти симптомы развивались.

Если больной получал лечение – выяснить, в чем оно выражалось и как подействовало на симптоматику болезни. Имеет ли группу инвалидности по заболеванию.

Получал ли санаторно-курортное лечение и каков эффект.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

В этом разделе нужно выявить те моменты, которые могли привести к данному заболеванию или способствовать его развитию.

Выяснить наличие следующих факторов риска:

- курение (длительность, интенсивность),
- злоупотребление алкоголем,
- чрезмерная полнота,
- избыточное потребление соли, жирной пищи.
- выяснить профессию,
- не болен ли сахарным диабетом, гипертонической болезнью.
- наследственность – заболевания родителей.
- Перенесенные заболевания – частые ангины, очаговая инфекция, простудные заболевания.
- характер работы – условия жизни, склонность к аллергии, непереносимость лекарств.

ОСМОТР

- а) положение – полусидячее с приподнятой верхней половиной туловища. Такое положение указывает на имеющую сердечную недостаточность. Любая попытка лечь вызывает приступ нарастающей одышки;
- б) цианоз может быть: распространенным (все лицо, туловище, руки) или местным (губы, нос, кончики ушей, кисти рук). Местный цианоз иначе называется **акроцианозом**;
- в) отеки сердечного происхождения перемещаются под действием силы тяжести. Они наиболее выражены в той части тела, на которой лежит больной. Сердечные отеки цветные, т.е. отечные места обычно цианотичны;

ОСМОТР

- г) набухание шейных вен – важный признак недостаточности миокарда. Иногда вены пульсируют, что может быть признаком недостаточности трехстворчатого клапана. Пульсация сонных артерий называется "пляска каротид". Пульсация каротид – признак недостаточности клапанов аорты. У некоторых больных пульсация сочетается с синхронным покачиванием головы «симптом Мюссе»;
- д) выпячивание грудной клетки в проекции сердца - "сердечный горб" – при развитии порока сердца в детском возрасте, при аневризме аорты, при выпотном перикардите;
- е) верхушечный толчок - небольшое выпячивание межреберной области. Возникшие ритмичные пульсации синхронны сокращениям сердца. В норме виден на 1-2 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье. При пороках, сопровождающихся гипертрофией левого желудочка, гипертонии может значительно смещаться. Иногда можно видеть отрицательный сердечный толчок, выпячивание межреберья во время систолы сердца (при сращении перикарда с передней стенкой грудной клетки).

ПАЛЬПАЦИЯ

верхушечного или сердечного толчка, их характеристика (локализация, сила, распространенность и т.д.). Определение систолического и диастолического дрожания, вибрация грудной клетки ("кошачье мурлыканье").

Пальпаторно можно определить локализацию верхушечного толчка, надчревную пульсацию, "кошачье мурлыканье" – при пальпации сердца ощущается дрожание грудной клетки, подобное тому, что ощущается прикладывании руки к спине мурлыкающей кошки. Этот признак характерен для стеноза левого венозного отверстия, при совпадении с систолой – свидетельствует о стенозе аорты или легочной артерии.

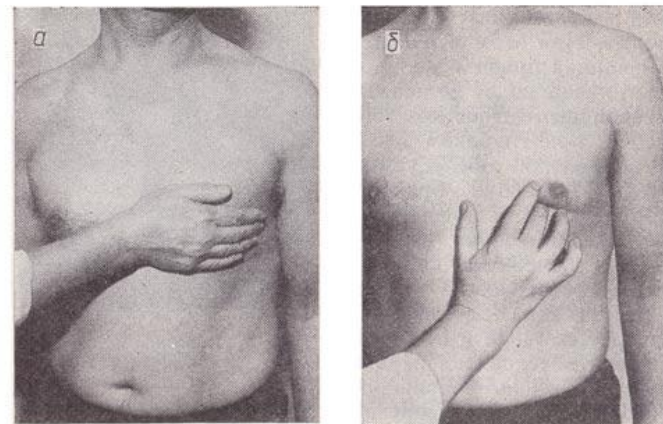


Рис. 38. Определение верхушечного толчка:
а — ладонной поверхностью кисти; б — концевой фалангой согнутого пальца.



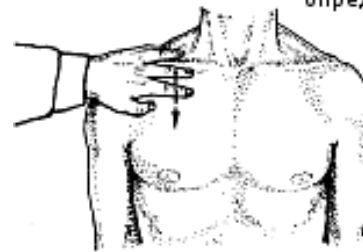
ГРАНИЦЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА

ЛЕВАЯ: 1-2 см кнутри
от среднеключичной
линии

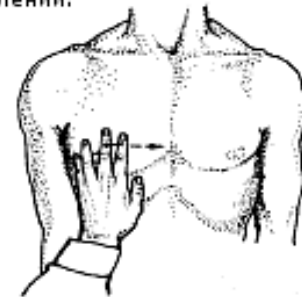
ПРАВАЯ: 1-1,5 см
кнаружи от правого
края грудины

ВЕРХНЯЯ: по верхнему
краю III ребра

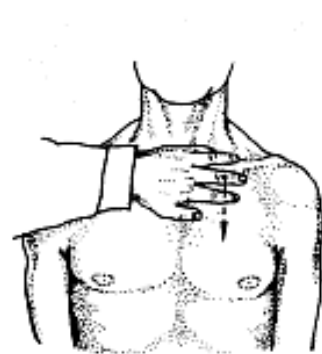
Рис. 30. Исходное положение пальца-пlessиметра
и направление его перемещения при перкуторном
определении:



верхней границы печени (а)



правой границы сердца (б)



верхней границы сердца (в)



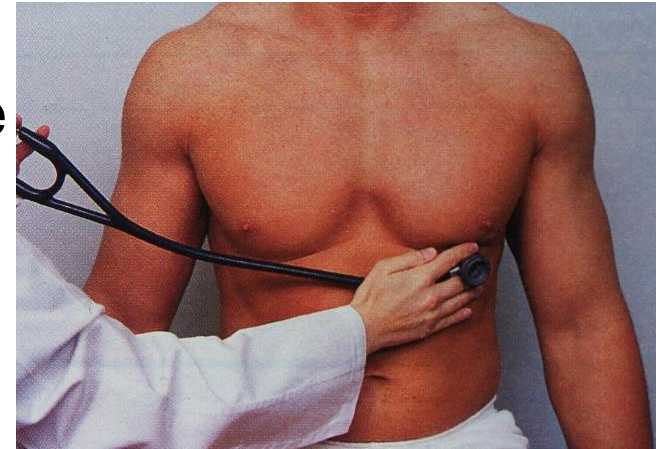
нижней границы сердца (г)

АУСКУЛЬТАЦИЯ

Тоны сердца: громкие, приглушенные, глухие.

Характеристика тонов сердца:

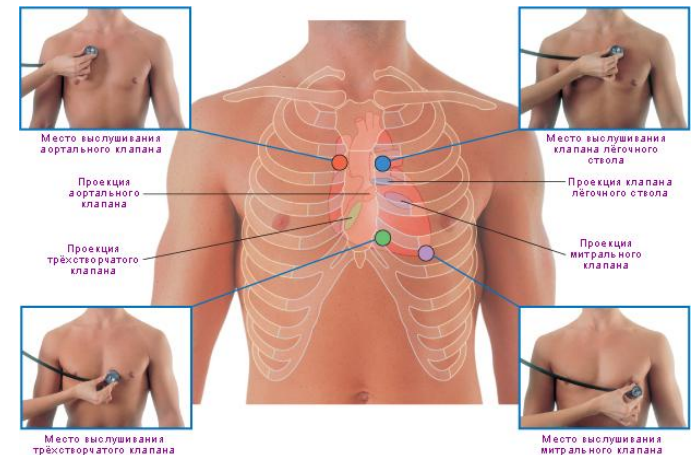
- а) ослабление I и II тона; усиление I и II тона
- б) изменение I тона: ослабление, усиление
- в) изменение II тона: ослабление, усиление (акцент)
- г) расщепление и раздвоение II тона
- д) ритм галопа
- е) ритм "перепела"



Точки выслушивания сердца

Точки выслушивания сердца

- 1. На вершухе (митральный клапан) – V межреберье по левой срединноключичной линии
- 2. На аорте – II межреберье справа от грудины
- 3. На лёгочной артерии – II межреберье слева от грудины
- 4. Трёхстворчатый клапан - у основания мечевидного отростка
- 5. Точка Боткина-Эрба – III ребро у левого края грудины



ТОНЫ СЕРДЦА

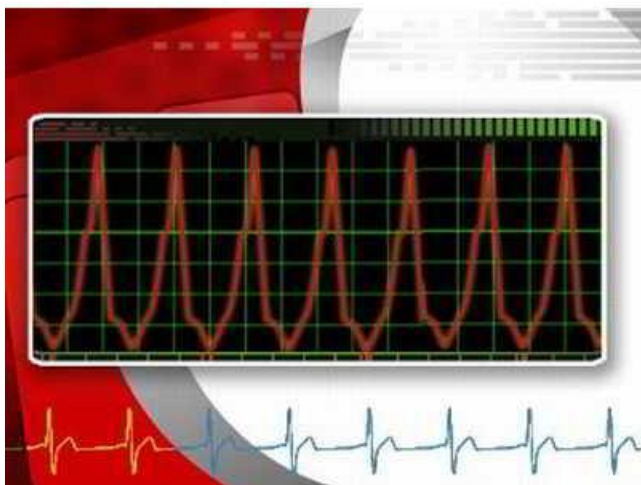
- I тон складывается из напряжения и дрожания клапанов и мышцы сердца в период систолы и дрожания стенок сосудов в начале фазы изгнания и поэтому называется "систолическим"
- II тон – во время диастолы, волна крови в аорте и легочной артерии устремляется назад и приводит к захлопыванию клапанов, их напряжению и вибрации, называется "диастолический".
- I тон слышится после диастолической паузы (большая пауза), а II тон слышится после малой паузы.
- На верхушке сердца громче слышен I тон, на основании – II тон. I тон совпадает с верхушечным или пульсом на сонной артерии. II тон выслушивается в момент отсутствия пульса.
- **ОСЛАБЛЕНИЕ ТОНОВ** (обоих) может наблюдаться у здоровых людей, но чрезмерно полных или мускулистых; но может быть и признаком миокардита, инфаркта миокарда, кардиосклероза, экссудативного перикардита.
- **УСИЛЕНИЕ ОБОИХ ТОНОВ** имеет меньшее значение, встречается у людей худых, здоровых, после физической нагрузки.
- **УСИЛЕНИЕ I ТОНА** или акцент на верхушке наблюдается при митральном стенозе - "хлопающий" I тон. Во время диастолы створки захлопываются с большим трудом и размахом, преодолевая давление струи крови. Усиление I тона может встречаться при мерцательной аритмии, т.к. периодически возникают одновременно сокращения предсердий и желудочков.

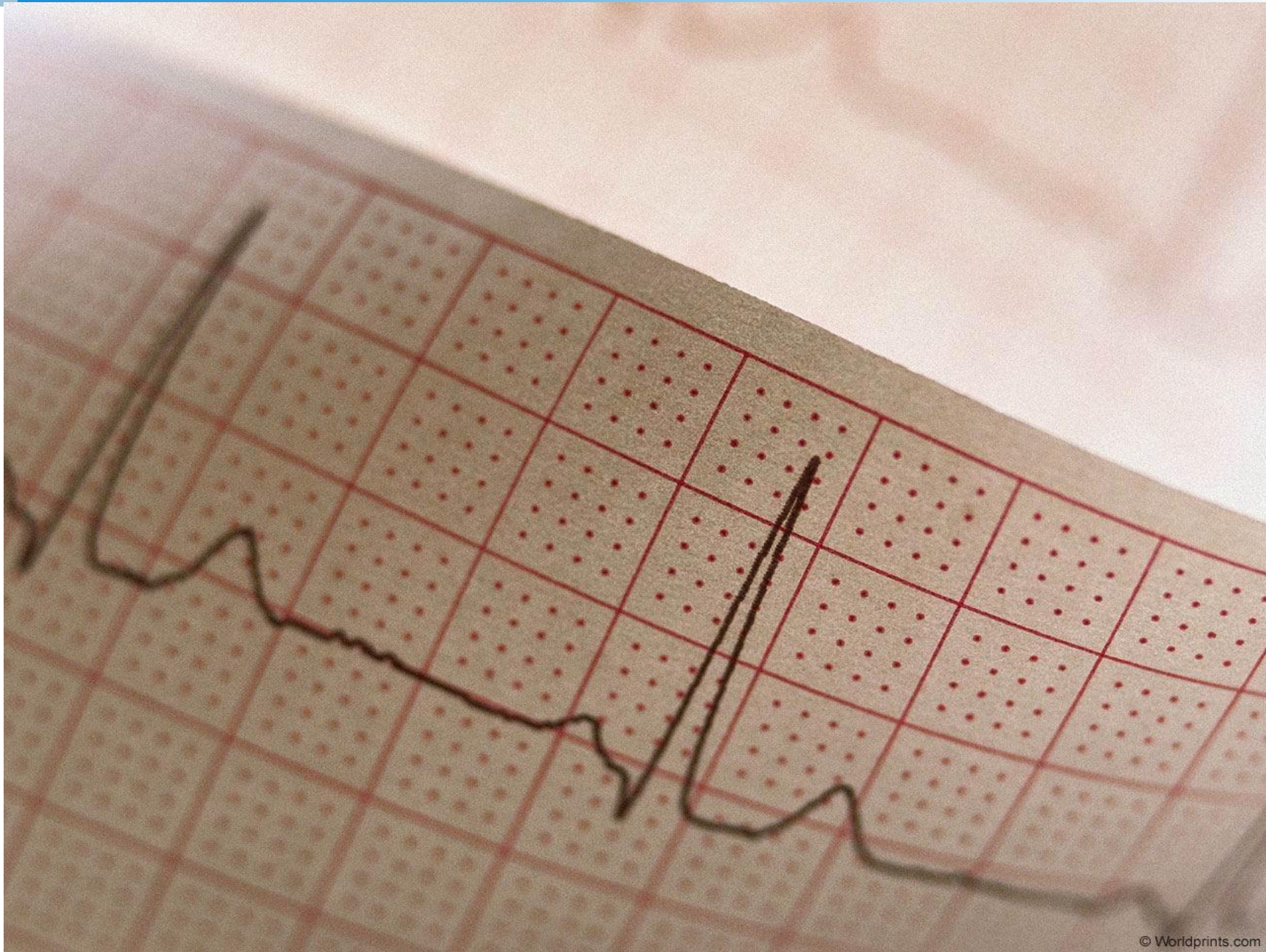
ТОНЫ СЕРДЦА

- **ОСЛАБЛЕНИЕ I ТОНА** – на верхушке выслушивается при недостаточности митрального клапана, вследствие сморщивания клапанов, а также при недостаточности клапанов аорты из-за сильного переполнения кровью левого желудочка.
- **УСИЛЕНИЕ II ТОНА** или акцент на аорте – признак повышения артериального давления при атеросклерозе, кальцификации створок аортального клапана.
- **УСИЛЕНИЕ II ТОНА** на легочной артерии связано с повышением давления в малом круге кровообращения. Такое может быть при недостаточности митрального клапана и стенозе митрального отверстия, а также при комбинации этих пороков, при врожденных пороках.
- **ОСЛАБЛЕНИЕ II ТОНА** на аорте – при недостаточности клапанов аорты, при стенозе аорты.
- **ОСЛАБЛЕНИЕ II ТОНА** на легочной артерии – при некоторых врожденных и приобретенных пороках сердца (стенозе легочной артерии или недостаточности клапанов легочной артерии).
- **РИТМ "ГАЛОПА"** – трехчленный ритм, когда аускультативно создается впечатление раздвоения I тона. Возможно при ослаблении сократительной способности желудочков сердца.
- **РИТМ "ПЕРЕПЕЛА"** – трехчленный ритм, при котором создается впечатление о раздвоении II тона. Он обусловлен появлением добавочного тона – щелчка (или тона) открытия – митрального клапана при митральном стенозе.
Нарушение ритма сердца: тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия.

Нарушение ритма сердца

- тахикардия,
- брадикардия,
- экстрасистолия,
- мерцательная аритмия,
- пароксизмальная тахикардия.





Шумы и их характеристика

Отношение к фазам сердечной деятельности (систолический шум возникает во время систолы между I и II тоном, диастолический шум возникает во время диастолы между II и I тоном). Характер (дующий, пилящий, музыкальный); сила (резкий, слабый); продолжительность (длинный, короткий, нарастающий, убывающий).

Место наилучшего выслушивания шумов (верхушка сердца, аорта, легочная артерия, основание мечевидного отростка, точка Боткина). Проводимость шумов. Изменение шумов в зависимости от положения больного. Шум трения перикарда. При наличии недостаточности клапанов аорты выслушивание на бедренной артерии двойного тона Траубе и двойного шума Дюрозье.

- **ШУМЫ СЕРДЦА** – это своеобразные звуковые явления, возникающие в самом сердце.
- **ОРГАНИЧЕСКИЕ ШУМЫ** – возникают при наличии каких-либо изменений в сердце или сосудах, отходящих от сердца (изменение в клапанах или отверстиях сердца).
- **ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ШУМЫ** – возникают в анатомически нормальном сердце при наличии: разжижения крови, ускорения кровотока, временного расширения полостей сердца.
- **СИСТОЛИЧЕСКИЕ ШУМЫ** – это патологические звуковые явления, возникающие в сердце или крупных сосудах в фазу сокращения (систола сердца).
- **ДИАСТОЛИЧЕСКИЕ ШУМЫ** – патологические звуковые феномены, возникающие в сердце и крупных сосудах, но в фазу диастолы сердца.

РАСПОЗНАВАНИЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ШУМОВ

Систолический органический шум

выслушивается в малой паузе I и II тоном, сопровождается ослаблением I тона, совпадает с верхушечным толчком и пульсом на сонных артериях. Является признаком пороков сердца или крупных сосудов при недостаточности двухстворчатого и трехстворчатого клапанов, сужении устья аорты или легочной артерии, коарктации аорты, не заражения межжелудочковой перегородки. Выслушивается на тех же точках, что и тоны сердца, но имеют иррадиацию.

Диастолические шумы органического происхождения выслушиваются при недостаточности клапанов аорты, легочной артерии и стенозе левого атриовентрикулярного отверстия.



Дополнительные методы исследования

Лабораторные исследования (тропонин, КФК, ЛДГ, липидный спектр, натрий-уретический пептид, электролиты, белки крови

- Электрокардиография, нагрузочные пробы (велоэргометрия, тредмил-тест, холтэровское мониторирование)
- Эхокардиография
- Сцинтиграфия
- Коронароангиография

