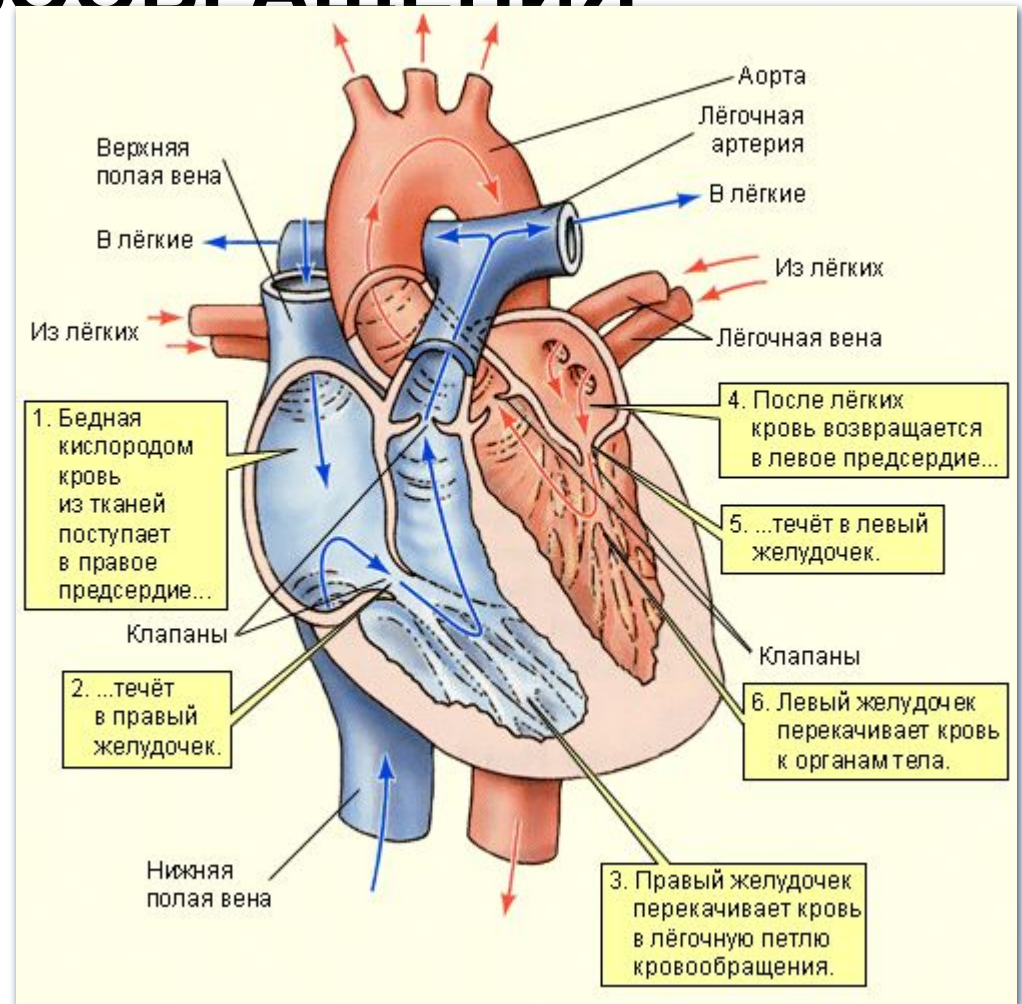


РАСПРОС БОЛЬНОГО С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ



От правильной оценки болевого синдрома в грудной клетке зачастую зависит жизнь больного



«Врач, который не может собрать хороший анамнез, и пациент, который не может хорошо его рассказать, находятся в опасности, первый - от назначения, а второй - от применения неудачного лечения.»

П. Уайт

- *Один из крупнейших современных кардиологов, американский врач П. Д. Уайт, которому принадлежат капитальные клинические и эпидемиологические исследования атеросклероза и коронарной недостаточности, септического эндокардита, сифилиса сердечно-сосудистой системы и нарушений ритма.*

Основные жалобы больных с заболеваниями органов кровообращения

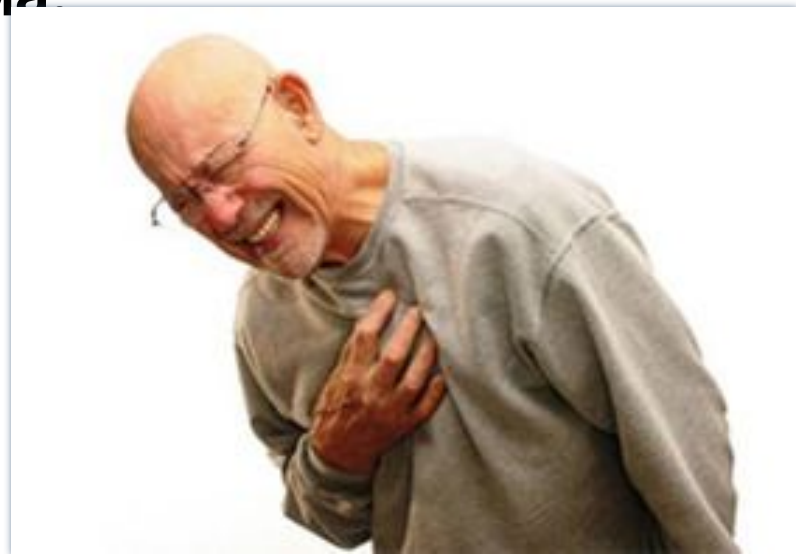
1. Боль в области сердца и/или за грудиной

2. Жалобы при нарушениях ритма:

- сердцебиение
- перебои в работе сердца

3. Жалобы при ЛЖН:

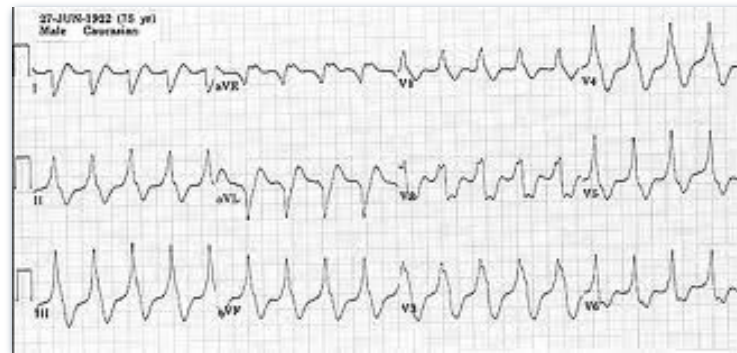
- кашель
- кровохарканье
- одышка
- удушье



Основные жалобы больных с заболеваниями органов кровообращения

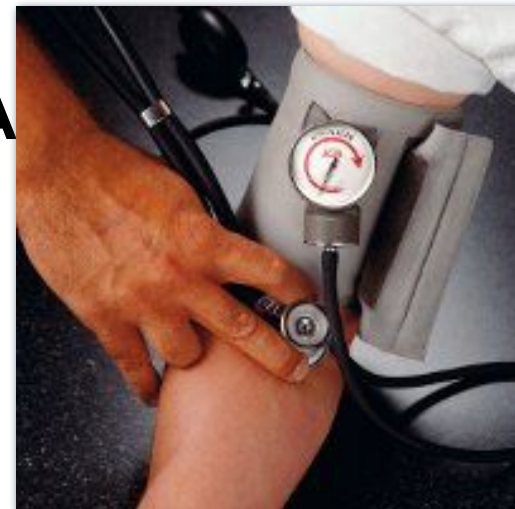
4. Жалобы при ПЖН:

- боли в правом подреберье
- уменьшение диуреза
- диспепсия
- отеки



5. Жалобы, связанные с изменением АД

- головные боли
- головокружение
- мелькание «мушек» перед глазами
- шум в ушах



Основные жалобы больных с заболеваниями органов кровообращения

6. обмороки

7. Жалобы, связанные с нарушением периферического кровообращения:

- боли в икроножных мышцах
- ощущение «мертвого» пальца
- онемение
- несимметричные отеки



8. Ощущение пульсации в отдаленных от сердца участках тела

Боль в области сердца и/или за грудиной

При
заболеваниях
органов

Экстра-кардиальные

- Заболевания грудной стенки и опорно-двигательного аппарата
- патология средостения
- заболевания органов дыхания
- заболевания органов пищеварения
- психогенная боль
- и др.

При заболеваниях ССС

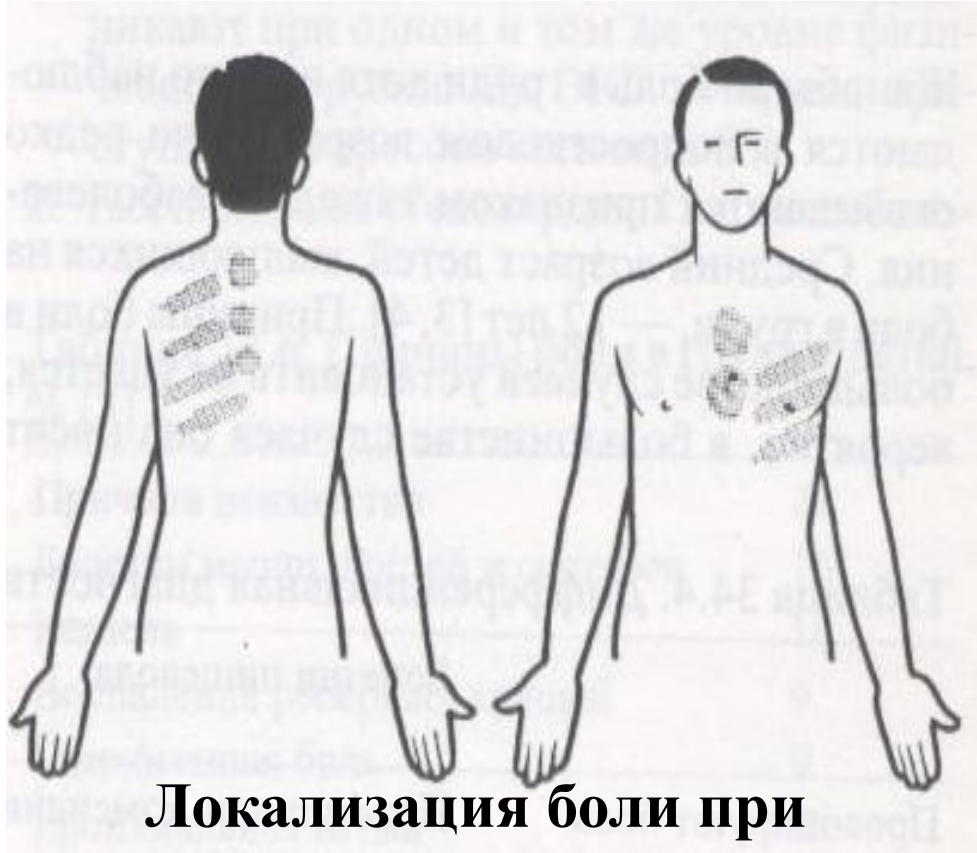
Кардиальные

- Коронарогенные
- Некоронарогенные

Некардиальные

- Аортиты
- Расслаивающая аневризма аорты

1. Заболевания грудной стенки



**Локализация боли при
заболеваниях грудного
отдела позвоночника**

- 1. Болезни
позвоночника**
- 2. Межреберная
невралгия**
- 3. Опоясывающий
лишай**
- 3. Миозиты**
- 4. Синдром Титце**

Болезненность грудной клетки

- По ходу межреберных промежутков:

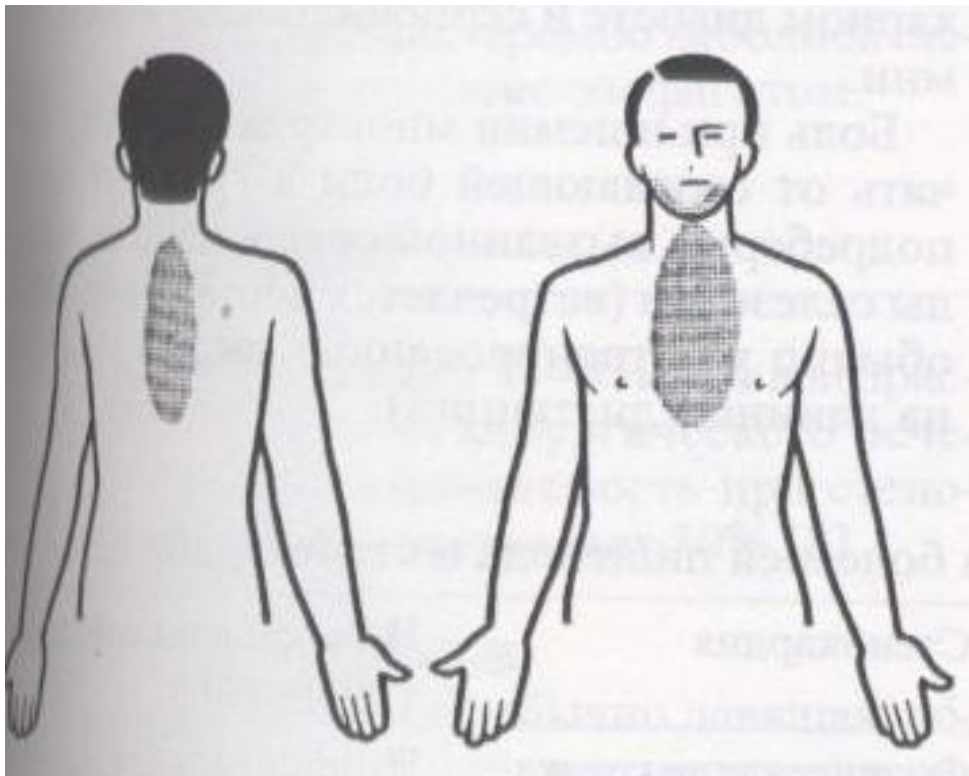
- миозиты,
- невралгии.

- Болезненность ребер:

- переломы,
- миеломная болезнь, лейкозы,
- метастазы опухолей.



2. Болезни органов средостения



**Локализация боли при
заболеваниях пищевода**

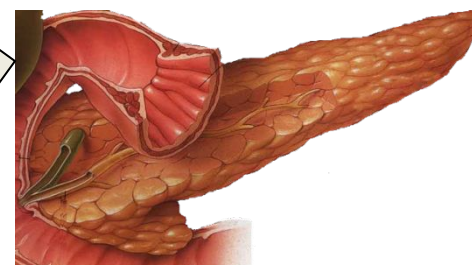
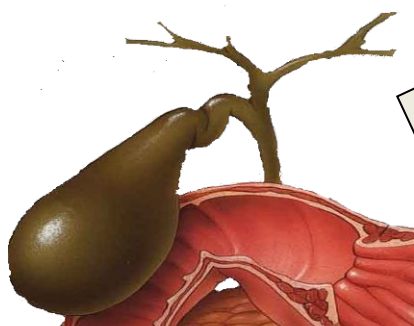
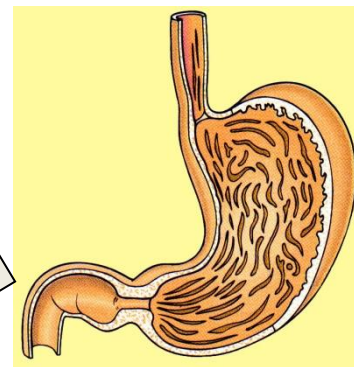
- 1. Заболевания
пищевода**
- 2. Медиастениты**
- 3. Опухоли
средостения**

3. Болезни органов дыхания



1. Острый фибринозный плеврит
2. Пневмония с вовлечением плевры
3. Острый трахеит
4. Спонтанный пневмоторакс
5. Тромбоз эмболия легочной артерии
6. Опухоли легких и плевры

4. Боль иррадирующая с органов брюшной полости



5. Психогенная боль



Локализация психогенной

боли



Боль в области сердца и/или за грудиной

При
заболеваниях
органов

Экстра-кардиальные

- Заболевания грудной стенки и опорно-двигательного аппарата
- патология средостения
- заболевания органов дыхания
- заболевания органов пищеварения
- психогенная боль
- и др.

При заболеваниях ССС

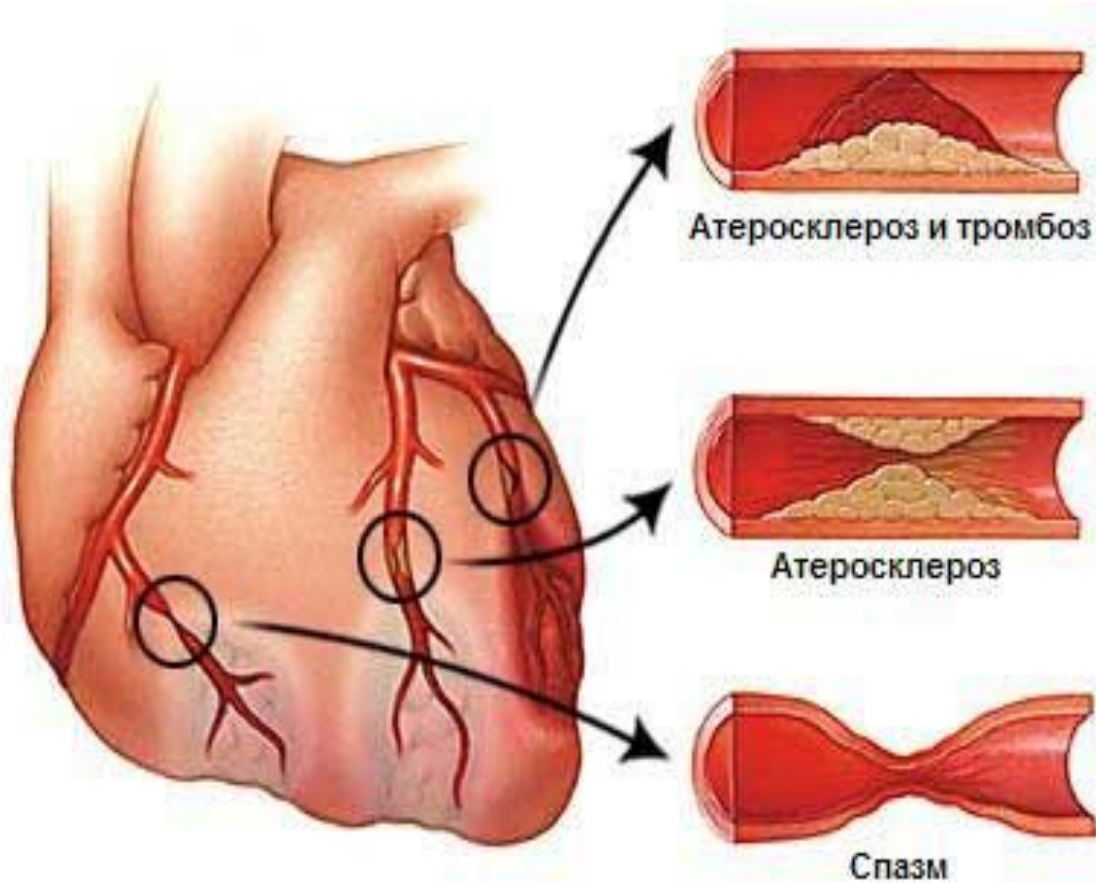
Кардиальные

- Коронарогенные
- Некоронарогенные

Некардиальные

- Аортиты
- Расслаивающая аневризма аорты

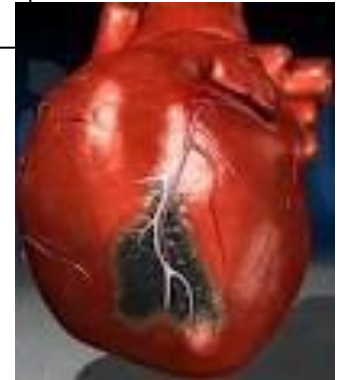
Причины коронарогенных болей



1. **Органические**
2. **Функциональные**
3. **Относительная коронарная недостаточность**

Коронарогенная боль: патогенез

- сужение сосуда
- уменьшение притока крови



ИШЕМИЯ

СТЕНОКАРДИЯ –
обратимое состояние.
После прекращения
приступа сердечная
мышца возвращается
к первоначальному
состоянию.

**ИНФАРКТ
МИОКАРДА** –
необратимое
повреждение
(некроз сердечной
мышцы).

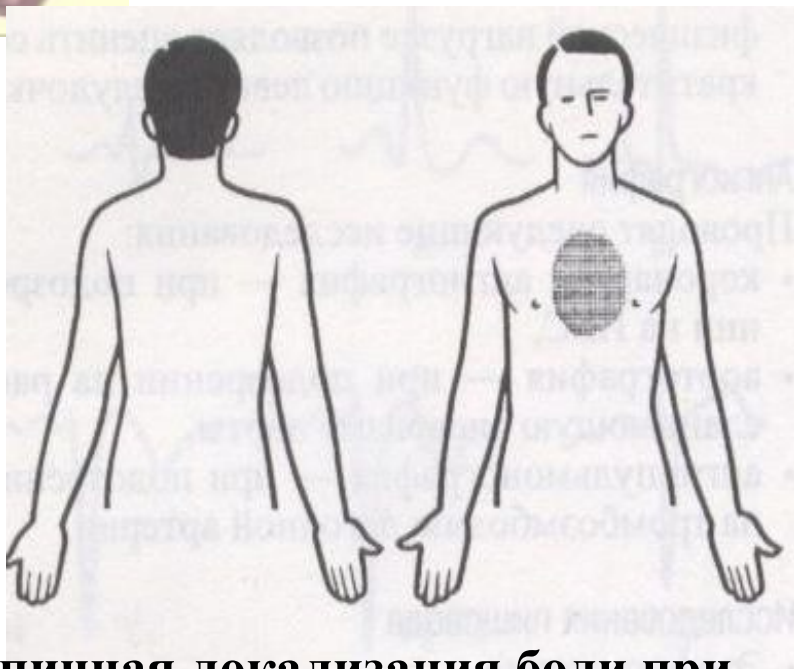
Оценка (детализация) болей в области сердца

1. Локализация
2. Характер боли
3. Иррадиация
4. Условия
возникновения
5. Условия
прекращения
боли
6. Интенсивность боли
7. Длительность
8. Сопутствующие явления
9. Частота возникновения
10. Давность боли

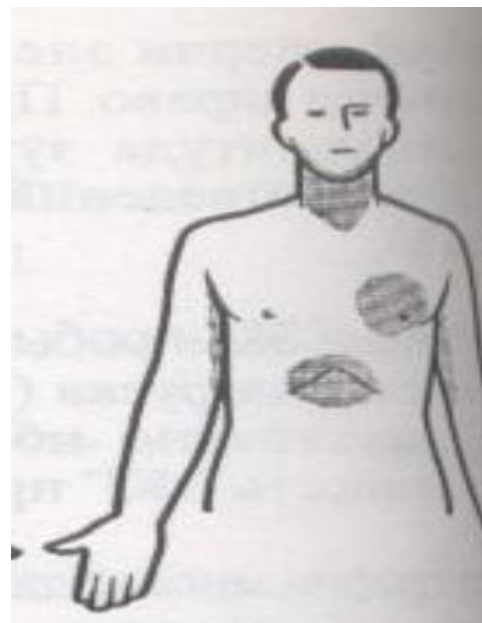




Коронарогенная боль: локализация

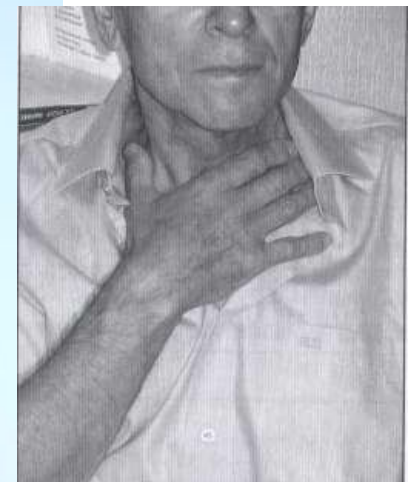
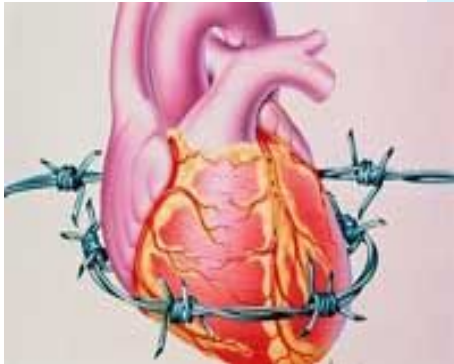


**Типичная локализация боли при
стенокардии и инфаркте**

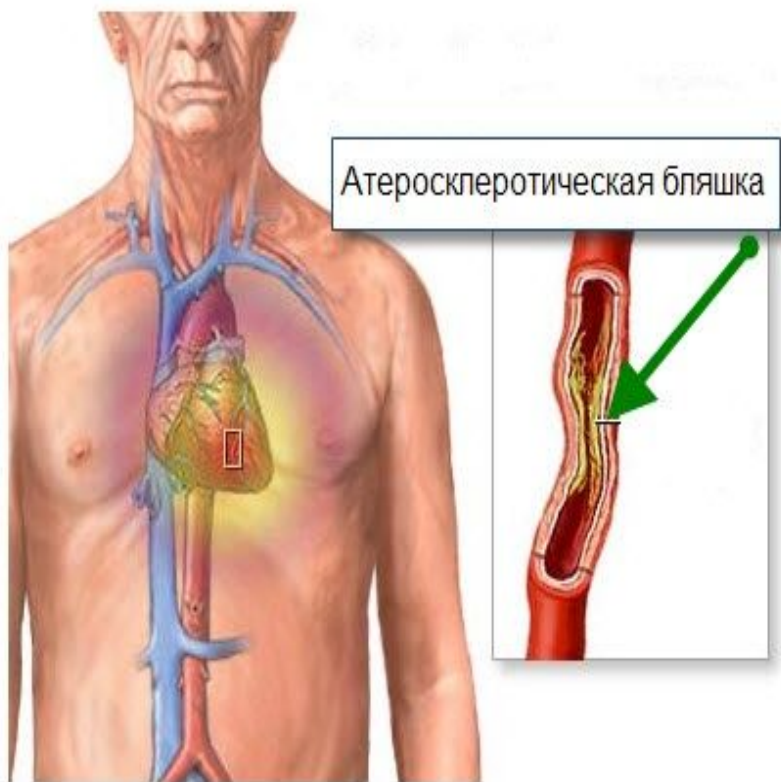


**Локализация боли при
абдоминальной форме
инфаркта миокарда**

Коронарогенная боль: характер



Коронарогенная боль: иррадиация

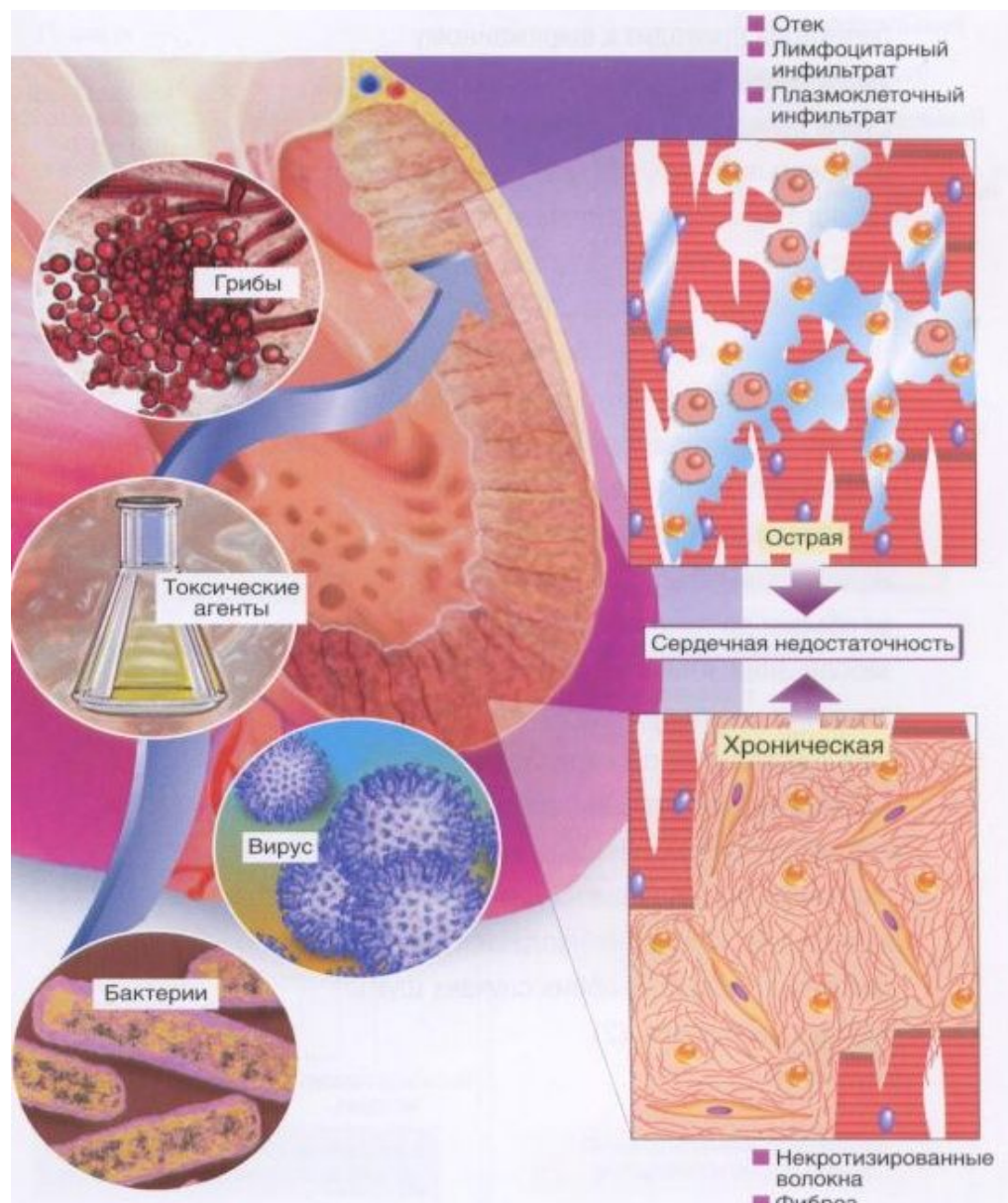


СТЕНОКАРДИЯ – КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА



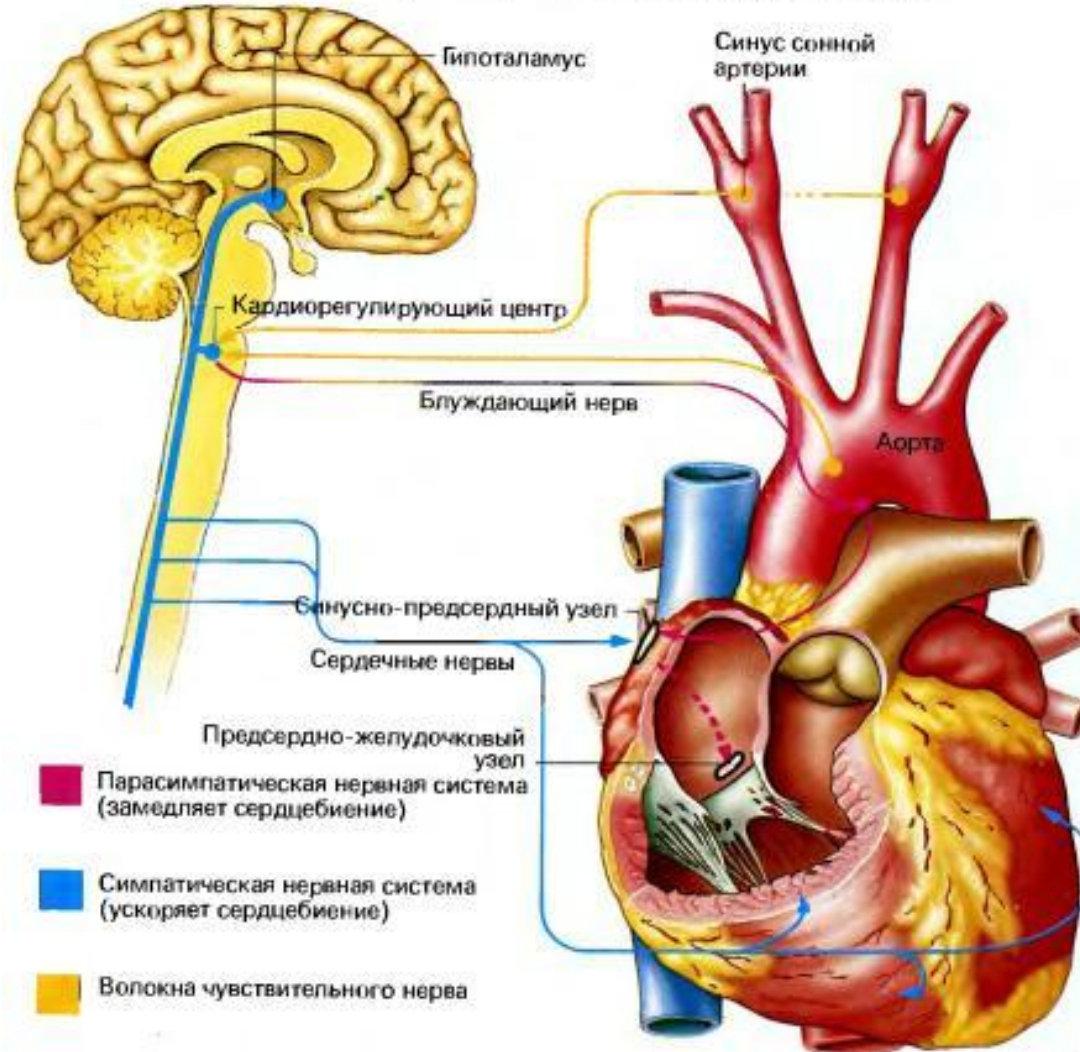
Некоронарогенные боли

- Миокардиты
- Перикардиты
- Кардиомиопатии
- Миокардиодистрофии



Сердцебиение

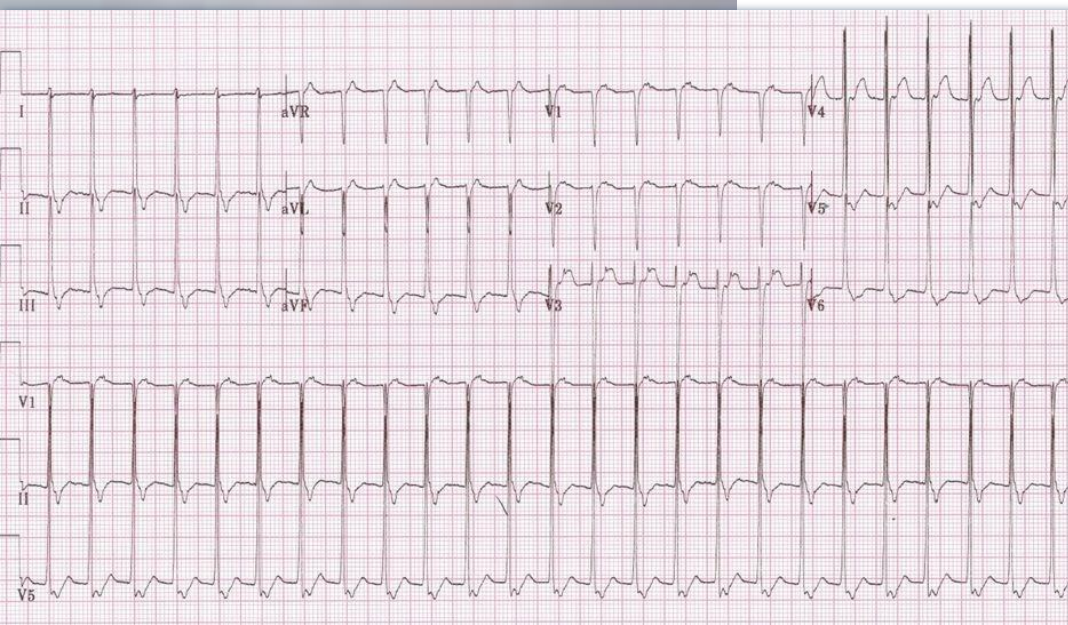
Контролирование сердцебиения



Тахикардия



1. Органическая
2. Функциональная
3. Рефлекторная
4. Токсическая



1. Постоянная
2. Периодическая
3. Пароксизмальная

Пароксизмальна тахикардия



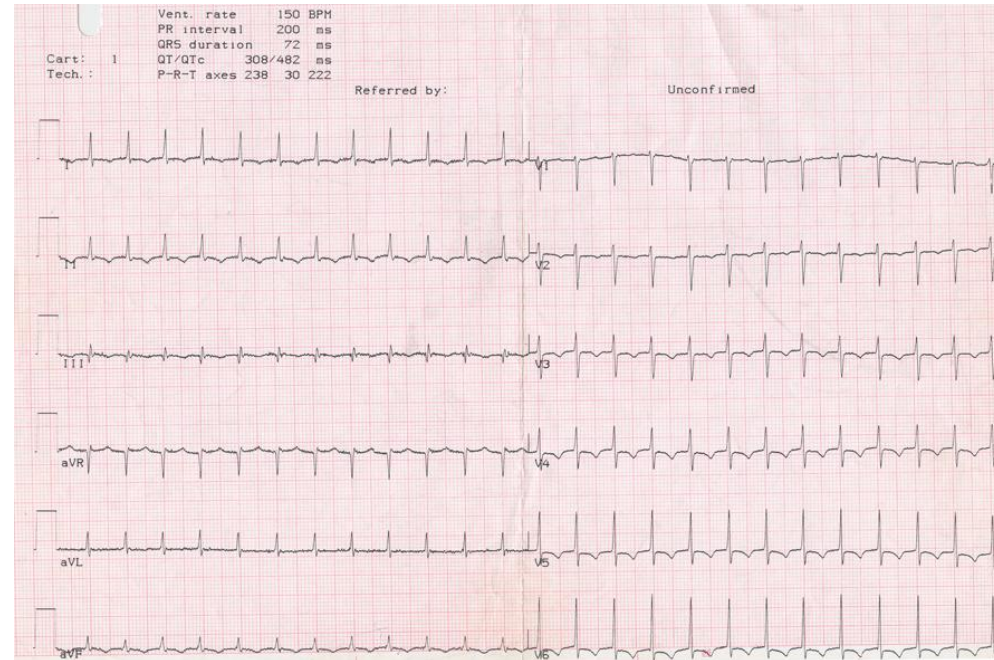
Тахикардия

По причинам возникновения тахикардия:

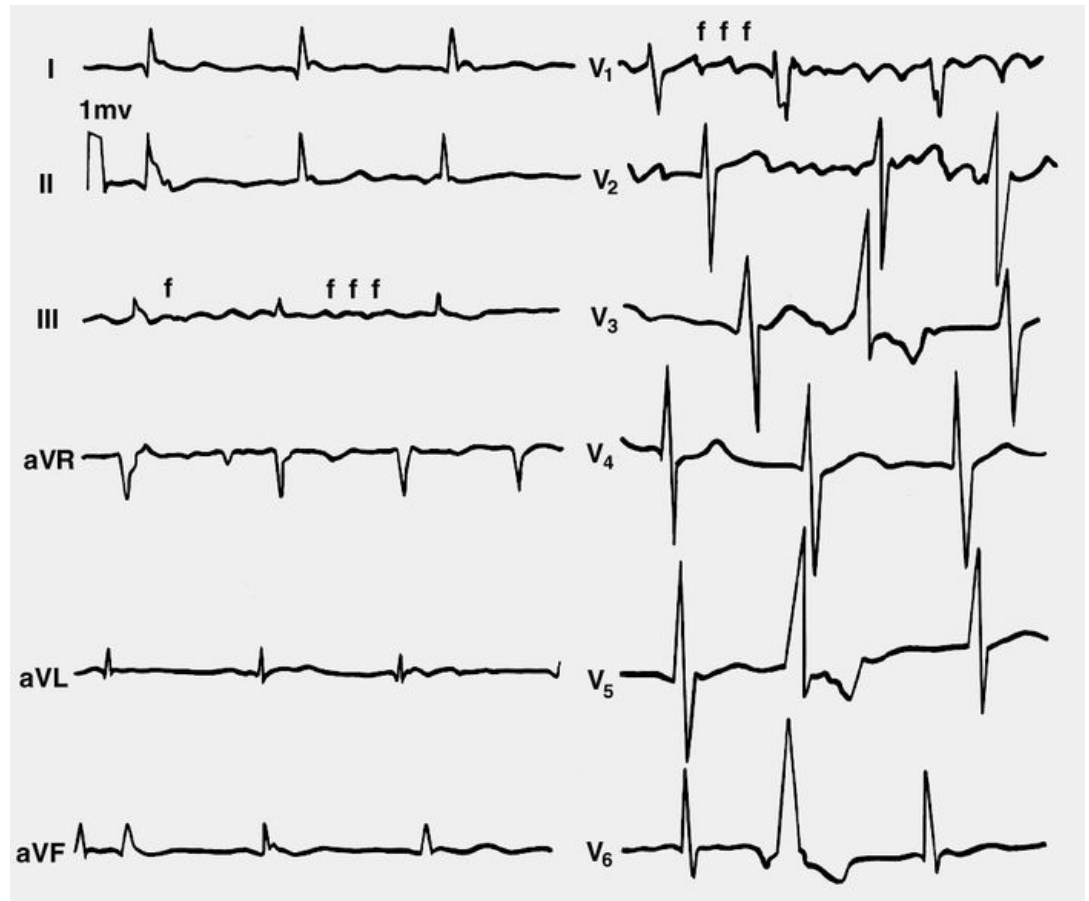
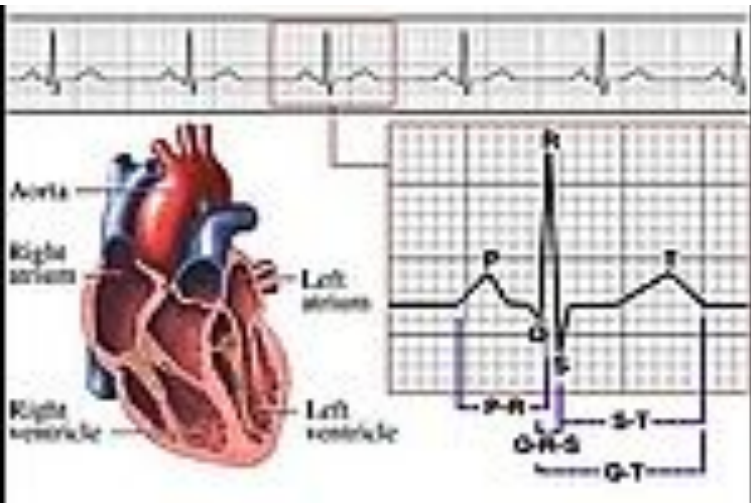
- Органическая тахикардия
- Функциональная тахикардия
- Рефлекторная тахикардия
- Токсическая тахикардия

По продолжительности тахикардия:

- Постоянная
- Периодическая



Перебои в работе сердца



Жалобы, связанные с изменением уровня АД

- головная боль,
- головокружение,
- шум в ушах,
- мелькание мушек перед глазами



Обмороки

Причины обмороков:

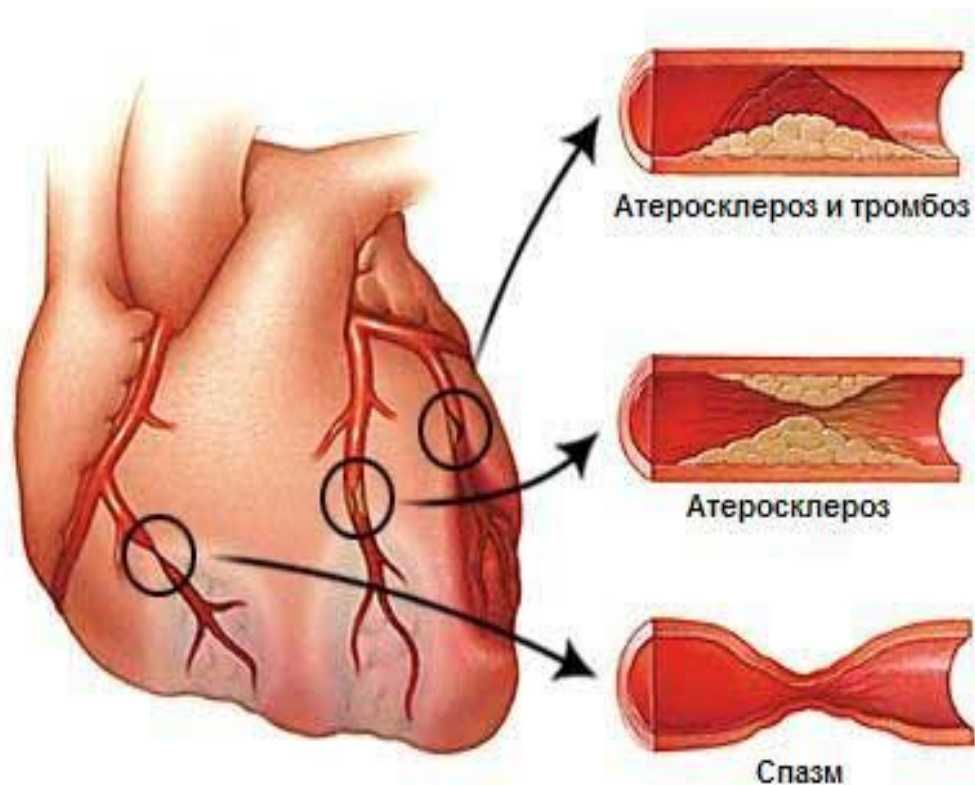
- Сердечно-сосудистые заболевания
- Нарушения регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы
- Сосудистые заболевания мозга
- Другие заболевания (гипогликемия, эпилепсия, истерия и другие психические заболевания)



Клиническая ситуация 1

- У больного Е., 49 лет, перенесшего инфаркт миокарда, в течение последнего месяца при обычной физической нагрузке появились сердцебиение, одышка, снижение работоспособности, по ночам – чувство нехватки воздуха, никтурия. К вечеру возникают отёки ног.
- При объективном исследовании: положение активное, умеренный акроцианоз, пастозность стоп, голеней. Подвижность нижних краёв лёгких уменьшена, дыхание жёсткое, в задне-нижних отделах незвучная крепитация. Пульс 94 в минуту, ритмичный. АД = 100/80 мм.рт.ст. Границы сердца расширены влево. На верхушке I тон ослаблен, систолический шум. На легочной артерии акцент и расщепление II тона. Печень выступает из-под нижней рёберной дуги на 3 см, край чувствительный при пальпации, закруглён, мягкий.

Жалобы при ЛЖН



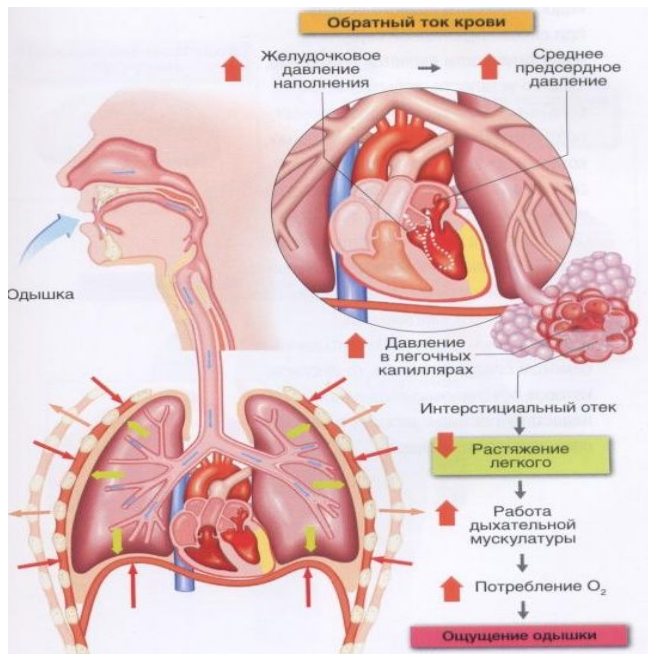
- кашель
- кровохарканье
- одышка
- удушье

Одышка



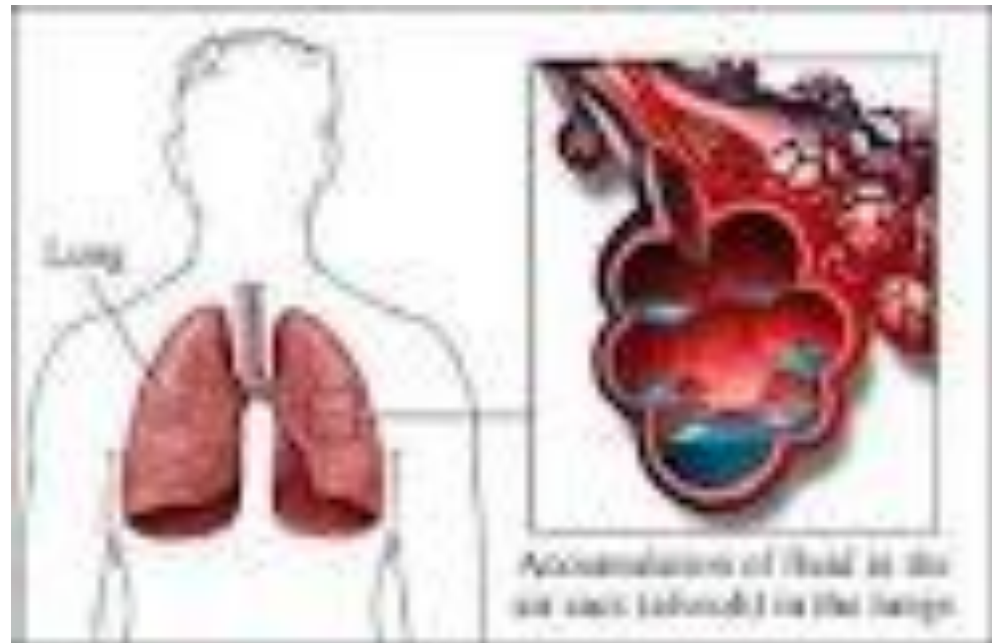
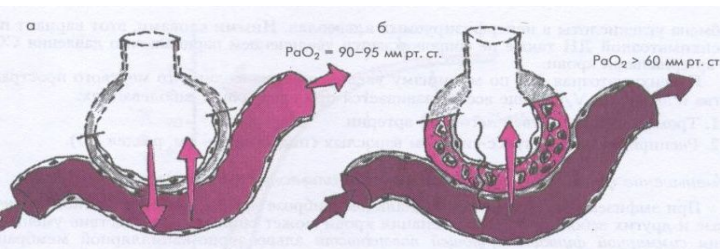
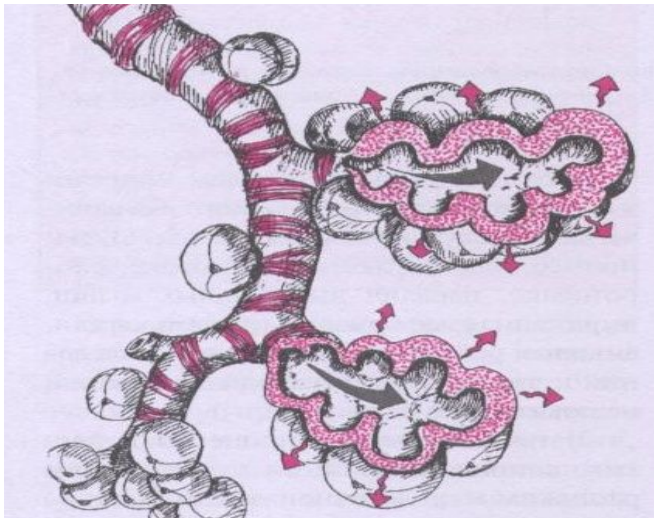
– это субъективное ощущение нехватки воздуха, которое сопровождается изменением частоты, глубины и ритма дыхательных движений

Патогенез одышки и удушья

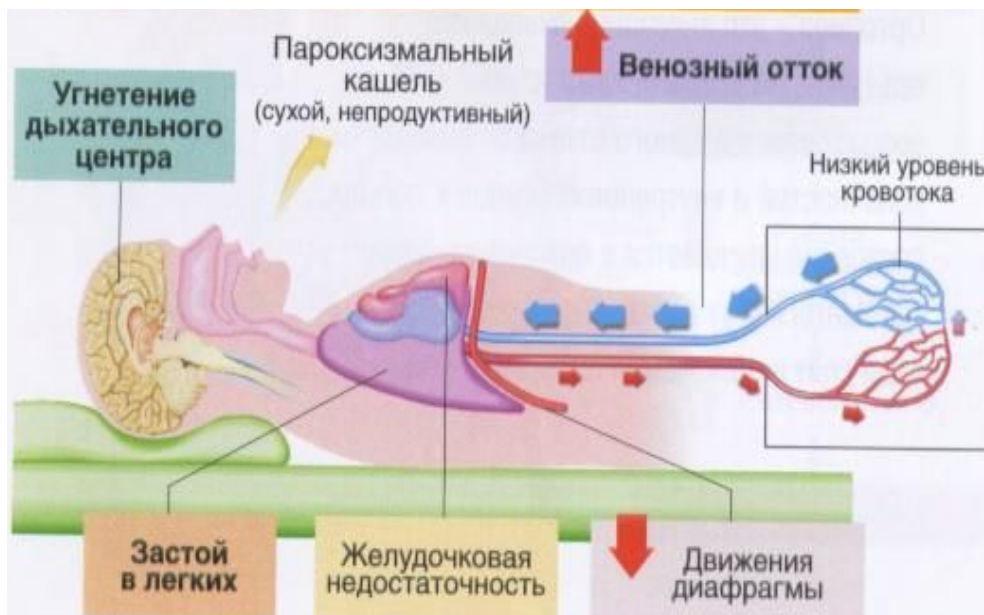


Причины и механизмы одышки

утолщение альвеолярно-капиллярной мембраны, ведущее к нарушению диффузии газов вследствие развития застоя крови в МКК при левожелудочковой недостаточности или левопредсердной недостаточности



Одышка, удушье



Детализация одышки



- **По характеру** одышка инспираторная или смешанная, возникает или усиливается при физической нагрузке и в горизонтальном положении, т.к. увеличивается приток крови в малый круг кровообращения.
- **По выраженности одышки** можно судить о степени недостаточности кровообращения.
- **В начальных стадиях СН** одышка появляется при значительном физическом напряжении: подъеме по лестнице, в гору, быстрой ходьбе.
- **По мере прогрессирования СН** одышка возникает при незначительной физической нагрузке: разговоре, после еды, ходьбе по дому.
- В случаях **тяжелой СН** одышка постоянная и наблюдается в покое

Клиническая характеристика (детализация) удушья при заболеваниях ССС



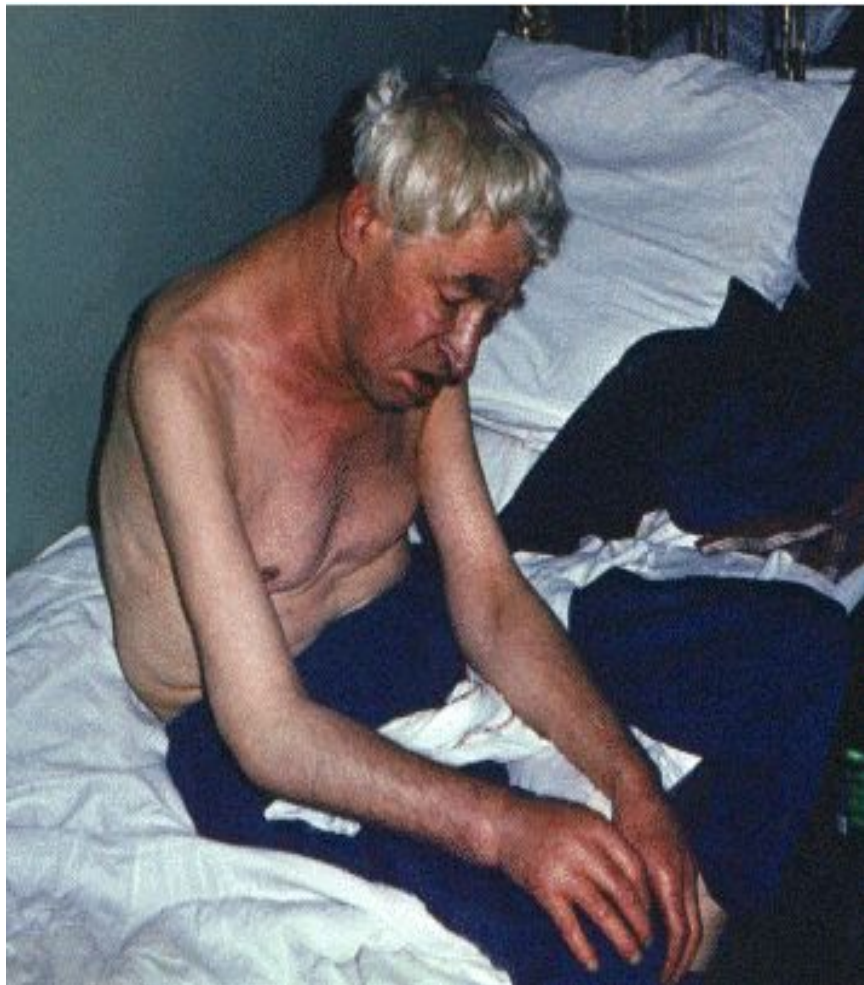
- 1. **По характеру удушье** – инспираторное, сопровождается значительным удлинением вдоха, с наличием влажных, средне- и крупнопузырчатых хрипов на вдохе и выдохе, с пенистой мокротой с примесью крови, обусловленных отеком легких.
- 2. **Возникает или провоцируется** длительным пребыванием больного в горизонтальном положении (в час-два ночи), что связано с усилением в этом положении кровенаполнения сосудов малого круга. Также удушье может провоцироваться физической нагрузкой.

Клиническая характеристика (детализация) удушья при заболеваниях ССС



- 3. Во время приступа удушья больной занимает **вынужденное положение - ортопное**. Эта поза больного в данном случае позволяет депонировать часть крови в нижних конечностях и уменьшить приток крови в сердце и в дальнейшем от правого желудочка в МКК.
- 4. **Купируется в положении ортопное**, приемом мочегонных, нитратов сердечных гликозидов.

Положение больного при сердечной одышке и удушье



Удушье, отличия от бронхиального

Признаки	Сердечное удушье	Бронхиальное удушье
По характеру удушье	инспираторное	экспираторное
Возникает чаще	обычно внезапно в состоянии покоя или через некоторое время после физического или эмоционального напряжения, нередко ночью, во время сна. Может возникать на фоне существующей одышки	чаще ночью в ранние утренние часы, т.к. максимальный тонус вагуса
Во время приступа удушья больной занимает вынужденное положение	ортопное	Ортопное с фиксированным плечевым поясом
Провоцируется	горизонтальным положением, что увеличивает приток крови к сердцу	контактом с аллергеном, вдыханием резких запахов, холодного воздуха, дыма
Приступу не редко предшествуют продромы	нет	заложенность носа, першение в горле, сухой кашель, слезотечение, чихание (гистамин др. БАВ)
Купируется	в положении ортопное, приемом мочегонных, нитратов,	в положении ортопное, приемом бронхолитиков, теплом

Кашель

- **Механизм кашля** связан с раздражением кашлевых рецепторов бронхов вследствие их невоспалительного отека.
- **При хронической сердечной недостаточности** кашель преимущественно сухой,
- **при острой сердечной недостаточности** (отек легких) кашель сопровождается выделением серозной или серозно-геморрагической мокроты (пенистой розового цвета).



Кровохарканье

- **Кровохарканье** возникает вследствие диапедеза эритроцитов через альвеолярно-капиллярную мембрану при повышении давления в малом круге кровообращения.
- **При хронической сердечной недостаточности** (чаще левопредсердной) мокрота ржавого цвета выделяется утром, ржавый цвет при этом обусловлен образованием гемосидерина из гемоглобина.
- **При острой сердечной недостаточности** (отек легких) мокрота имеет розовый цвет из-за наличия свежих эритроцитов.



Жалобы при ПЖН

- боли в правом подреберье
- уменьшение диуреза
- диспепсия
- отеки

Боль в правом подреберье у больного с заболеваниями ССС

- **Снижение сократительной способности правого желудочка**



- **Застой крови в печени** приводит к растяжению глиссоновой капсулы печени и появлению боли в правом подреберье.
- **При ХПЖН** застой нарастает постепенно, боли выражены умеренно, тупые, чаще это чувство тяжести в правом подреберье.
- **При ОПЖН** (вследствие ТЭЛА) боли могут быть интенсивными.

Клиническая ситуация 2

- Пациентка Б., 50 лет, находится в реанимационном отделении. Предъявляет жалобы на сильную одышку, боль в груди, кашель, кровохарканье, боль в правом подреберье, резкую слабость, выраженную потливость.
- **Детализация жалоб:** одышка сильная, смешанного характера, усиливается при малейшем движении в постели. Боль в груди справа и в области сердца, тупая, распирающая, усиливающаяся при кашле, разговоре. Кашель с отделением алой крови отдельными плевками, усиливается при движении, глубоком вдохе. Боль в правом подреберье тупая, распирающая.

Анамнез заболевания:

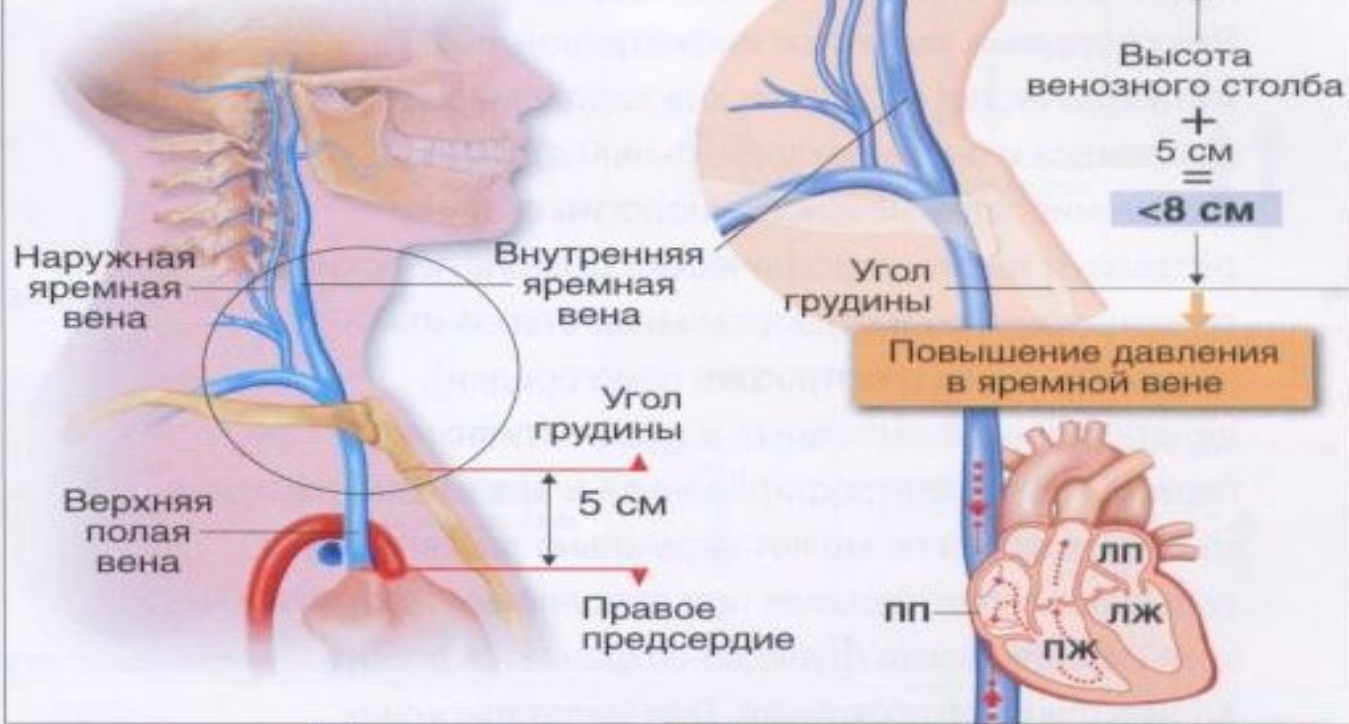
- В течение 10 дней находилась в хирургическом отделении, лечилась по поводу тромбоза нижних конечностей, последние 5 дней не вставала из-за выраженного обострения. Сегодня утром (4 часа назад) больная встала с постели и почувствовала сильную боль в груди, больше справа, одновременно появилась выраженная одышка, общая слабость, закружилась голова, появился холодный пот. Легла в постель, но указанные симптомы стали нарастать. Больная была лечащим врачом незамедлительно переведена в реанимационное отделение. После ряда неотложных мер состояние пациентки улучшилось, но оставалось тяжёлым. Через 0,5 часа появились кашель, кровохарканье, через 2 часа появились боли в правом подреберье.

Клиническая ситуация 2

Объективно:

- Состояние больной тяжёлое, положение ортопное. На лице и груди – распространённый цианоз, кожа влажная, холодная, липкая. Шейные вены набухшие, венный пульс положительный. На нижних конечностях, особенно на голеньях – варикозное расширение вен, на отдельных участках пальпируются отдельные тяжи уплотнения до 5-8 см, местная температура повышена.
- Над лёгкими лёгочный звук, справа между лопатками и в аксиллярной ямке притуплено-тимпанический. Всюду дыхание жёсткое, в участке уплотнения с бронхиальным оттенком. Здесь влажные мелкопузырчатые хрипы, в аксиллярной ямке – шум трения плевры. Частота дыхания = 34 в минуту.
- Пульс одинаков на обеих руках, малый, частый, 110 в минуту, АД=80/60 мм.рт.ст. Верхушечный толчок не прощупывается, чётко определяется эпигастральная пульсация. Левая граница по срединно-ключичной линии, верхняя – III ребро, правая – на 4 см вправо от края грудины. Частота сердечных сокращений – 110 в минуту, тоны сердца ритмичные, глухие, расщепление I и II тона, у правого края грудины в V межреберье выслушивается умеренный систолический шум.
- При осмотре живота – правое подреберье несколько выбухает. Размеры печени по Курлову – 18-14-12 см. Печень при пальпации плотная, болезненная.

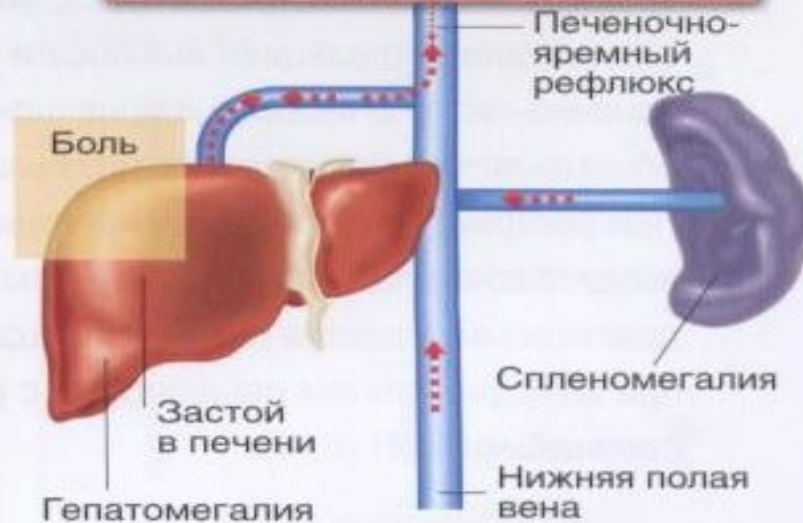
Венозный застой в большом круге



Пассивный венозный застой



В большой круг кровообращения



Сердечные отеки

Механизм отеков:



Снижение сократительной способности ПЖ



повышение гидростатического давления в венах БКК,



жидкая часть крови выходит за пределы сосудистого русла.



Снижается объем циркулирующей крови (гиповолемия)



увеличивается выработка АДГ в гипофизе и альдостерона в надпочечниках, что приводит к повышению реабсорбции натрия и воды в почечных канальцах и усугублению отеков.



Вследствие гиповолемии снижается почечный кровоток, происходит раздражение ЮГА, активация РААС (первичный гиперальдостеронизм) усугубляет задержку в организме натрия и воды.



Гиповолемия и венозная гипертензия в большом круге приводят к гипоксии тканей, следствием чего является повышение проницаемости сосудов.



Длительный венозный застой в печени приводит к нарушению ее обезвреживающей функции, избыток альдостерона не успевает обезвреживаться в печени (вторичный гиперальдостеронизм).



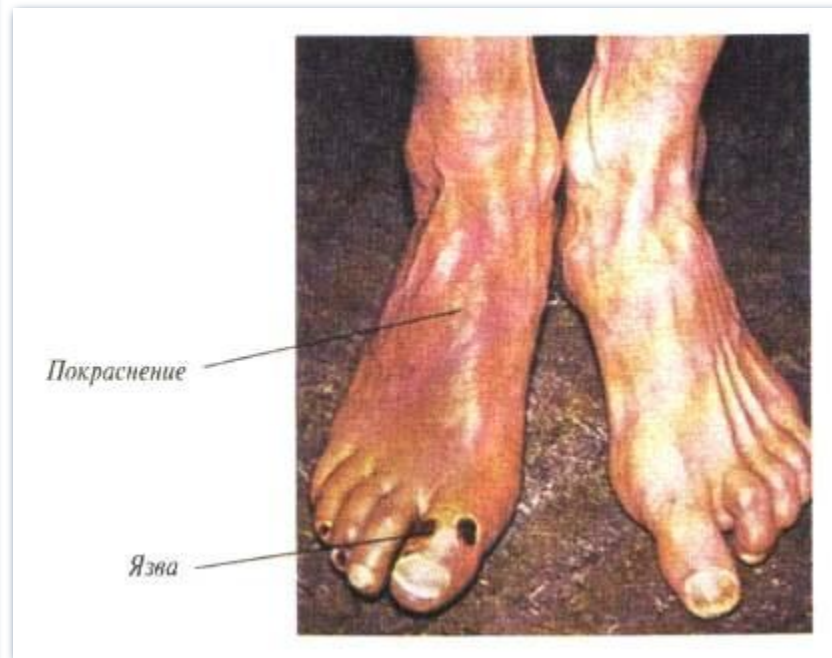
На поздних стадиях СН печень теряет способность синтезировать альбумины, что приводит к снижению онкотического давления крови и усугублению отеков.

Клиническая характеристика сердечных отеков



- появляются или усиливаются к вечеру, утром исчезают или уменьшаются.
- появляются сначала на тыле стоп, лодыжках (у лежачих больных - на крестце), затем распространяются на голени и бедра, симметричные
- плотные, ямка от надавливания долго не расправляется
- синюшные, «цветные»
- холодные

Переменная хромота



Клиническое проявление



- боли в икроножных мышцах и/или бедрах сначала во время ходьбы и исчезают при вынужденной остановке, но по мере прогрессирования атеросклероза боли возникают в покое и усиливаются ночью
- ощущение «мертвого пальца», онемения
- боли возникают во время ходьбы и на холоде
- постоянное ощущение зябкости в ногах

Симптомы поражения мелких артерий. Синдром Рейно



Симптомы поражения мелких артерий. Синдром Рейно



Жалобы, связанные с изменением пульсового давления



- ощущение пульсации в отдаленных от сердца участках тела.
- **Причина – повышение пульсового давления у больных с аортальной недостаточностью, тиреотоксикозом, артериальной гипертензией и повышенной возбудимостью нервной**

Основные жалобы

<i>Жалобы</i>	<i>Диагностическое значение</i>
Боль в области сердца и/или за грудиной	<ol style="list-style-type: none">1. Заболевания органов кровообращения2. Заболевания других органов и систем
Перебои в работе сердца	Нарушение функции автоматизма, возбудимости, проводимости (нарушения ритма)
Сердцебиение	<ol style="list-style-type: none">1. Нарушение автоматизма, возбудимости2. Гиперфункция миокарда
Кашель, кровохарканье	Левожелудочковая недостаточность
Одышка, удушье	Левожелудочковая недостаточность

Основные жалобы

<i>Жалобы</i>	<i>Диагностическое значение</i>
Отеки	Правожелудочковая недостаточность
Боль в правом подреберье	Правожелудочковая недостаточность
Ощущение пульсации	Высокое пульсовое давление
Перемежающая хромота	Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей
Головная боль, головокружение, шум в ушах	Повышение АД

Осмотр, пальпация области сердца

Общий осмотр



Выражение лица

- Больной с митральным стенозом
«митральное лицо»
- Лицо Корвизара
- Лицо больного с аортальным пороком



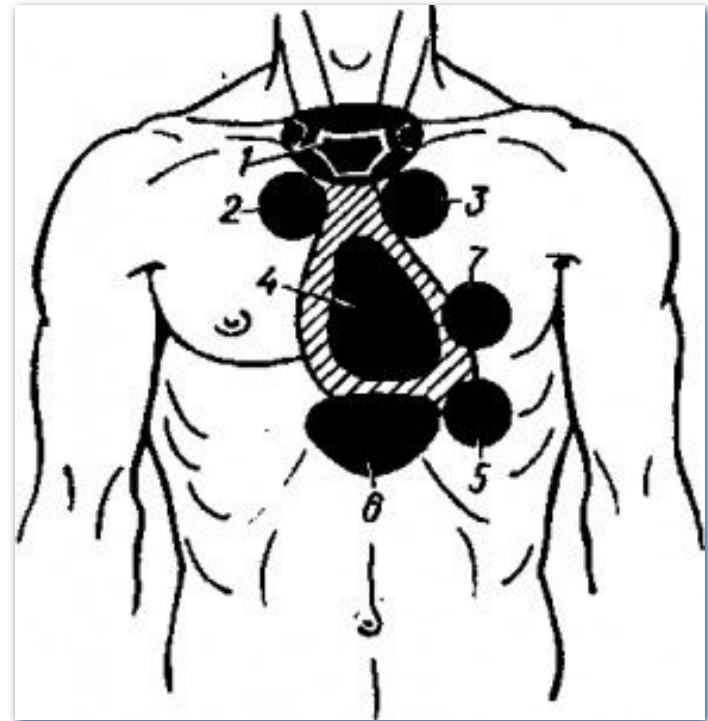
Цианоз



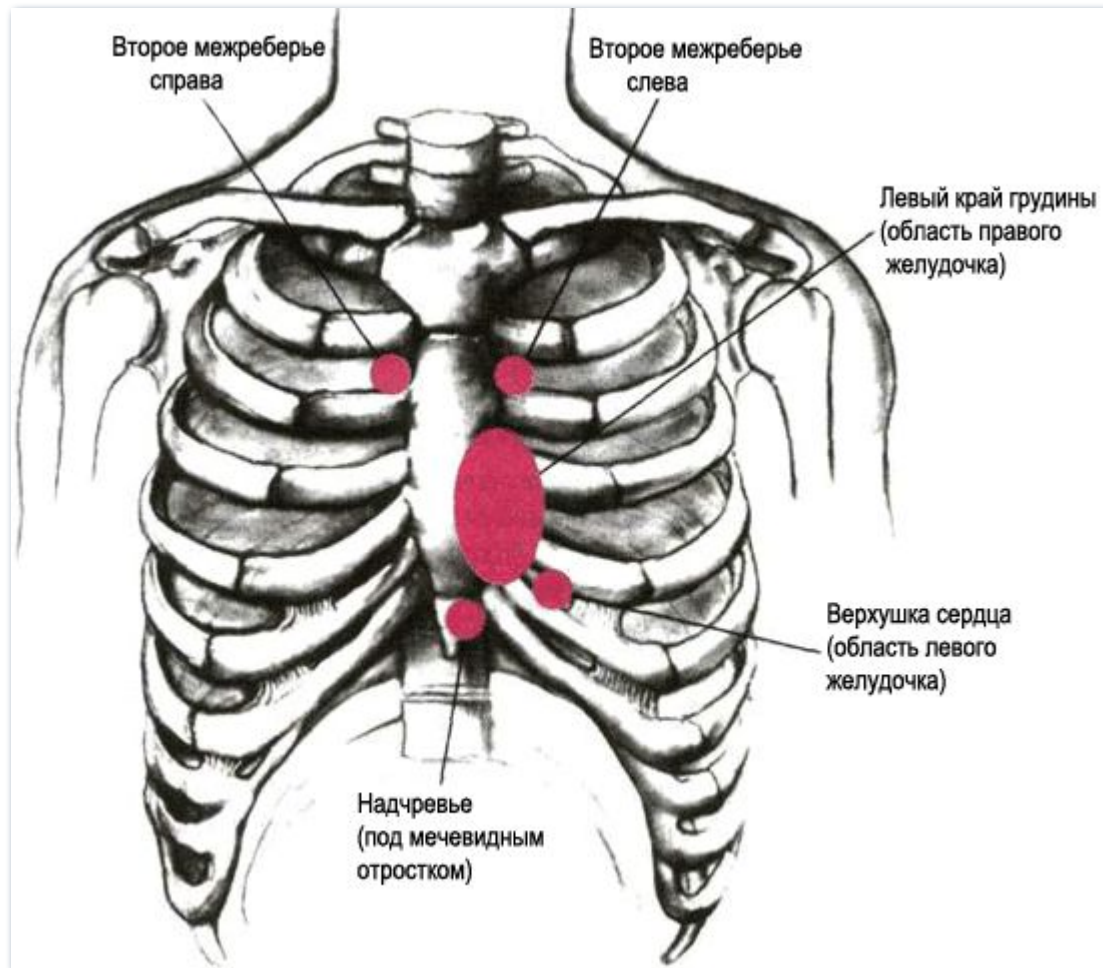
Осмотр прекардиальной области

- Зоны прекардиальной области, подлежащие осмотру и пальпации при физическом исследовании сердца:

- 1 — грудино-ключичная;
- 2 — аортальная;
- 3 — легочная артерии;
- 4 — правожелудочковая;
- 5 — верхушечная;
- 6 — надчревная;
- 7 -прочие



Осмотр прекардиальной области



Пальпация области сердца

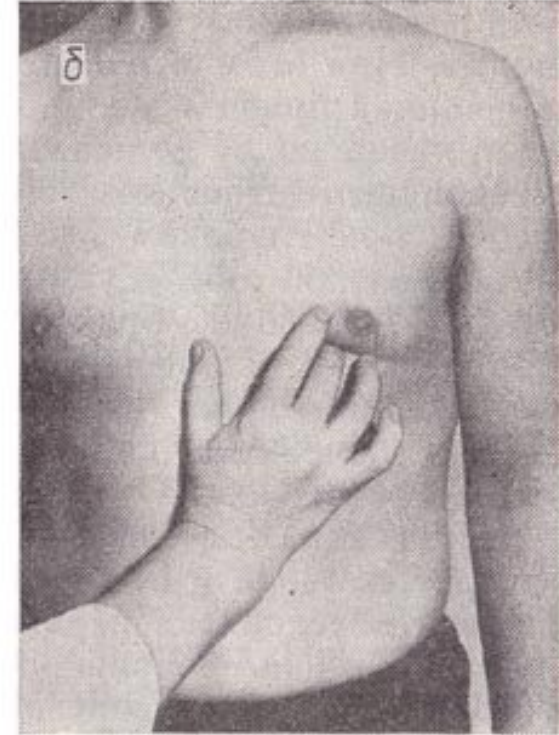
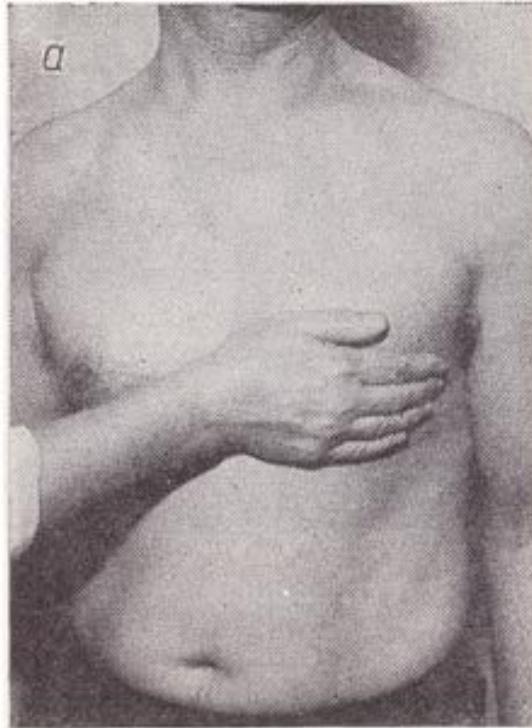
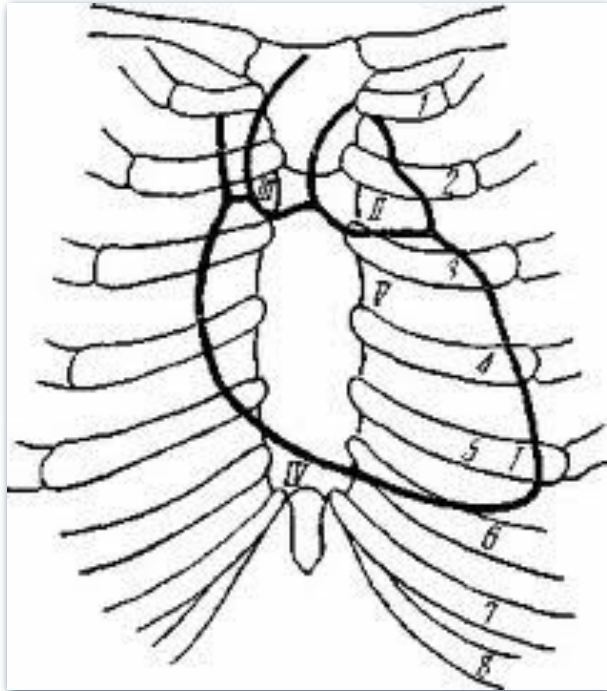
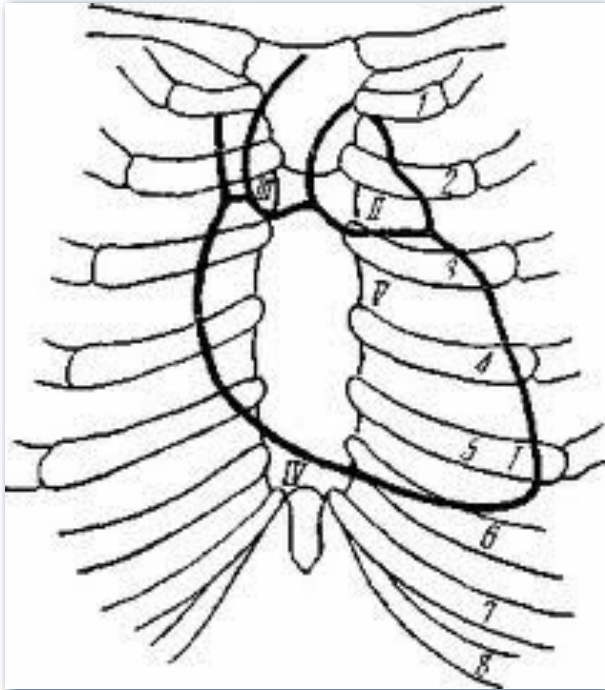


Рис. 38. Определение верхушечного толчка:
а — ладонной поверхностью кисти; б — концевой фалангой согнутого пальца.

Перкуссия сердца



Конфигурация сердца

