

Жалобы и анамнез у пациентов с заболеваниями органов кровообращения





Основные жалобы

пациентов с патологией сердечно –
сосудистой системы

- одышка,
- боли в области сердца,
- сердцебиение и «перебои» в области сердца,
- кашель и кровохарканье,
- боли и тяжесть в области правого подреберья,
- отеки.



Общие жалобы

- Слабость (обусловлена снижением МОК, гипоксией скелетных мышц),
- Быстрая утомляемость,
- Потливость (в основном при физической нагрузке),
- Головокружение,
- Повышение температуры тела (до субфебрильных цифр),
- Функциональные расстройства центральной нервной системы — раздражительность, расстройство сна.

Одышка

- Наиболее ранний и тягостно ощутимый симптом сердечной недостаточности (СН) (как правило, левожелудочковой).
- Проявляется учащенным, поверхностным дыханием (тахипноэ).
- В начальной стадии СН одышка возникает при физической нагрузке, в дальнейшем она прогрессирует и наблюдается при незначительных нагрузках и в покое.



Ишемическая боль в области сердца при коронарной недостаточности

- 1. Характер боли: сжимающий или давящий.
- 2. Локализация боли: за грудиной или в предсердечной области по левому краю грудины.
- Характерна иррадиация болей в левое плечо, левую руку, левую половину шеи и головы, нижнюю челюсть, межлопаточное пространство, а иногда в верхнюю часть живота. Может отмечаться атипичная иррадиация боли в правую лопатку, руку, ноги.
- 3. Четкая связь возникновения болевого приступа с физической нагрузкой (реже – на высоте эмоционального напряжения) или на холоде.
- 4. Длительность боли не более 10 мин с момента прекращения нагрузки.
- 5. Быстрый и полный купирующий эффект нитроглицерина



Кардиалгии при ПМК

- ПМК вследствие наследственной или приобретенной слабости сухожильных хорд/створок клапана встречается у 10-11% молодых женщин детородного возраста и в 2-4 раза реже у молодых мужчин.
- Боли в грудной клетке при этом возникают без связи с нагрузкой, носят колющий, стреляющий характер (иногда - ощущение налитой жидкости), длятся нередко часами, не купируются нитратами. Часто пациент может указать наиболее болезненную точку



- Различают 5 болевых синдромов, связанных с болевыми ощущениями в области грудной клетки

Болевой синдром, обусловленный заболеваниями сердца

1.Прекардиальная или за грудиной локализация, обычно с довольно обширной локализацией; боль при этом ощущается глубоко в грудной клетке.

2.Сжимающий, давящий, ноющий оттенок боли.

3.Возникновение боли в связи с физической нагрузкой и особенно на фоне эмоционального стресса.

4.Иррадиация в левую руку и под лопатку.

5.Наличие сопутствующих симптомов (чувство нехватки воздуха, сердцебиение, слабость, потливость, нередко страх смерти или необъяснимое беспокойство).

6.Убежденность больного в том, что боль купируется "сердечными" средствами (валидол, валокордин, нитроглицерин), при неэффективности традиционных обезболивающих средств (ацетилсалициловая кислота, анальгин, баралгин и т.д.).

Синдром легочно-плевральных болей.

1. Возникновение или усиление боли при глубоком вдохе или кашле.

2. Острый кратковременный характер болевых ощущений, имеющий обычно ограниченный характер без тенденции к иррадиации.

3. Наличие прочих «легочных» симптомов (кашель, отделение мокроты, одышка или разного рода диспноэ).

4. Анамнез острого или хронического легочного заболевания, наличие шума трения плевры, сухих или влажных хрипов, перкуторных данных, свидетельствующих об эмфиземе, полостных образованиях или уплотнении легочной ткани.



Синдром мышечно-фасциальных или реберно-позвоночных болей (невисцеральных)

1. Довольно постоянная локализация боли;
2. Безусловная связь с напряжением соответствующих мышечных групп или положением туловища;
3. Малая интенсивность болевых ощущений, отсутствие сопутствующих общих симптомов при хроническом течении или четкая обусловленность начала при острой травме.
4. Четкие данные пальпации, позволяющие идентифицировать патологию: местная болезненность при пальпации соответствующих мышечных групп, мышечный гипертонус, наличие триггерных зон;
5. Уменьшение или исчезновение боли при различных местных воздействиях (горчичники, перцовый пластырь, массаж, физиопроцедуры).

Синдром радикулярных болей (в том числе межреберная невралгия)

1. Острое начало боли или четкое обострение при хроническом течении;
2. Преимущественная локализация боли в зоне соответствующего нервного корешка;
3. Отчетливая связь с движениями позвоночника (при радикулярных болях) или туловища (при невралгиях);
4. Неврологическая симптоматика шейного или грудного радикулита;
5. Резкая болезненность в местах выхода межреберных нервов.

Синдром болей, обусловленных заболеваниями органов пищеварения (пищевода и желчного пузыря)

1. Появление боли при прохождении пищи через пищевод;
2. Дисфагия, отрыжка, изжога;
3. Прекращение боли после отрыжки воздухом или рвоты, иногда - при вертикальном положении тела.
4. Анамнез желчно-каменной болезни, связь с «необычным» приемом пищи («застолье»).
5. Возможен «горизонтальный» характер боли, по обе стороны от грудины

Кашель и кровохарканье

- Кашель часто сопровождается одышкой, он сухой или с незначительным количеством слизистой трудноотделяемой мокроты.
- Вызывается рефлексорно с застойных бронхов или связан с раздражением возвратного нерва расширенным левым предсердием.
- Переполнение кровью мелких сосудов легких может сопровождаться их разрывом и появлением *кровохарканья* (примеси крови в мокроте).

Сердечная астма

- Приступ одышки, достигающий степени удушья, свидетельствует об острой левожелудочковой СН — сердечной астме.
- Возникает в любое время суток, чаще ночью. Начало приступа обычно внезапное, появляется непрерывный сухой кашель.
- Одышка вынуждает больного занять сидячее положение (ортопноэ).
- Приступы удушья, как правило, прекращаются при ослаблении сократительной функции правого желудочка, присоединении недостаточности трехстворчатого клапана и развитии вследствие хронического застоя крови склеротических изменений в легких.

Сердечная астма

- При осмотре отмечается бледность, акроцианоз, поверхностное частое дыхание /до 30 в мин./, перкуторно выявляется притупление легочного звука в нижних отделах легких или его коробочный оттенок при присоединении бронхоспазма. Аускультаторно - жесткое дыхание, в нижних отделах - влажные мелкопузырчатые хрипы. В ряде случаев при затянувшемся приступе дыхание может стать волнообразным.
- Могут быть нарушения ритма.
- Длительность приступа - от нескольких минут до нескольких часов.
- В относительно легких случаях набл. малый эквивалент приступа - пароксизмальный сухой кашель /чаще ночью/, заставляющий больного сесть в постели, сердцебиение, чувство стеснения в груди. В тяжелых случаях приступ с.а. и отек легких.
- Лечение: посадить больного, наложить на ноги жгуты или сделать горячие ножные ванны с целью депонирования крови и снижения притока к ПЖ.

Тахикардия

- *Сердцебиение* (субъективное ощущение работы сердца) и *тахикардия* (увеличение частоты сердечных сокращений) в начальной стадии СН возникают при физической нагрузке
- Тахикардия возникает как компенсаторная реакция, направленная на восстановление ударного объема и поддержания на должном уровне минутного объема. Эта реакция возникает вследствие рефлекса Бейнбриджа с растягивающихся устьев полых вен

- ◆ Больные СН могут ощущать также «перебои» в области сердца, остановку сердца с его последующим сильным ударом, внезапное резкое учащение сердечного ритма и т.п.
- ◆ Субъективно ощущения *аритмий* могут быть минимальными или весьма выраженными и неприятными.
- ◆ **Боли и тяжесть в области правого подреберья** обусловлены застойным увеличением печени и растяжением ее капсулы. Если эти явления возникают быстро, то боли могут быть весьма интенсивными. При постепенном развитии застойных явлений в печени больные ощущают постоянную тяжесть в подложечной области и в правом подреберье.

Отеки

- Появляются по мере нарастания ПЖ недостаточности, при этом становятся все более стойкими и значительными и поднимаются выше, распространяясь на бедра, поясницу, брюшную стенку.
- Отек склонен к смещению вниз, поэтому у лиц, проводящими день со спущенными ногами, больше отекают ноги, а у лежачих больных – область крестца.
- Отек лица не характерен.

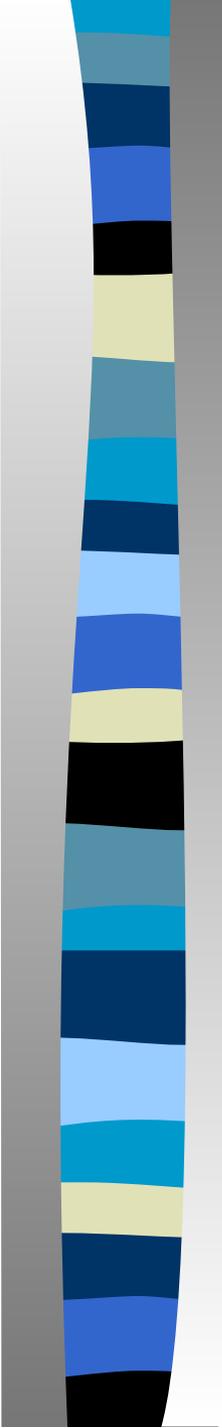
Причины отеков при ПЖ недостаточности

- увеличение гидростатического давления в венозном русле большого круга кровообращения (самая важная причина),
- снижение онкотического давления плазмы в результате застоя крови в печени и нарушения синтеза белков,
- нарушение проницаемости сосудов,
- задержка натрия и воды, вызванной активацией РААС, возникающей в ответ на артериальную гиповолемию.

Головные боли при СС патологии могут быть проявлением:

- высокой вязкости и тромбогенности крови (эритроцитоз при пороках сердца),
- ангиоспазма (ГБ, церебральный атеросклероз),
- недостаточности тонуса мозговых артерий,
- НЦД,
- церебрального васкулита.
- Периодическая цефалгия в сочетании с преходящим головокружением, тошнотой может быть симптомом тромбоэмболии в мозговые артерии.





Причины обмороков - *syncope*

- аритмия (резкая брадикардия, полная поперечная блокада сердца),
- церебральный васкулит,
- артериальная гипотония,
- аортальный стеноз,
- преходящее нарушение мозгового кровообращения
- Нарушение регуляции сосудистого тонуса у лиц с СВД

Боли в конечностях (перемежающаяся хромота)

- боли в мышцах голени или бедра при ходьбе
- типичны для ишемии нижних конечностей (облитерирующий атеросклероз, эндартериит)

Кратковременные расстройства зрения, нарушения речи - симптомы транзиторной ишемии мозга

- Нарушения полей зрения,
- «мелькание мушек»,
- нарушения речи,
- быстропреходящее одностороннее нарушение функций верхней и нижней конечностей,
- обморочные состояния,
- головокружения

Особенности анамнеза

- Выясняют, в каком возрасте впервые возникла одышка, аритмия, боли в груди,
- какие именно расстройства были первыми и каков эффект применявшейся терапии,
- как часто возникают декомпенсации,
- количество госпитализаций за год.
- Обязателен учет перенесенных заболеваний, прежде всего повторных ангин, тяжелой скарлатины, почечной патологии, нефропатии беременных, ОНМК.

Особенности анамнеза

- Выясняют особенности питания (избыточное употребление сахара, переедание – риск атеросклероза, соленая пища, крепкий чай и кофе – риск развития ГБ)
- Выясняют отношение к алкоголю.
- Уточняют двигательную активность пациента: интенсивные занятия спортом в прошлом – возможная причина сегодняшней гипертрофии ЛЖ, после прекращения тренировок ИБС часто принимает галопирующее течение («синдром отмены спорта»).
- При оценке семейного анамнеза важно выявить ранние инфаркты миокарда (до 50 лет), ишемические инсульты, наличие у родственников наследуемой патологии.
- Особенности работы (психоэмоциональное напряжение)