

Тема лекции: «Симптоматология заболеваний сердечно-сосудистой системы: расспрос больного».

Цель лекции: довести до слушателей информацию о симптоматологии заболеваний сердечно-сосудистой системы (расспросе больного), сформировать компетенции ПК-20, ПК-21, ПК-25 в рамках изучаемого раздела.

План лекции:

1. Основные жалобы при заболеваниях органов кровообращения, их диагностическое значение.
2. Боль в области сердца: классификация. Причины, механизм возникновения и клиническая характеристика экстракардиальных болей.
3. Коронарогенные боли: причины и механизм их возникновения, детализация и диагностическое значение.
4. Некоронарогенные боли: причины и механизмы их возникновения, отличия от коронарогенных.
5. Одышка при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: определение понятия «одышка», причины и механизм возникновения одышки. Детализация и диагностическое значение одышки при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
6. Приступ удушья при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: определение понятия «удушье», причины и механизм его возникновения, Детализация и диагностическое значение удушья при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
7. Отеки при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: виды, причины, основные механизмы развития, клиническая характеристика каждого вида отеков.
8. Кашель и кровохарканье при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: причины и механизм их возникновения, детализация и диагностическое значение.

1. Основные жалобы при заболеваниях органов кровообращения, их диагностическое значение.

Значение расспроса в диагностике заболеваний органов кровообращения

Расспрос больного в диагностике заболеваний органов кровообращения имеет важное клиническое значение для распознавания болезни.

К основным жалобам при заболеваниях ССС относятся:

1. боли в области сердца и за грудиной;

2. **жалобы, связанные с нарушениями сердечной деятельности:** перебои в работе сердца, сердцебиение;
3. **жалобы, связанные с проявлениями левопредсердной и левожелудочковой недостаточности:** одышка, удушье, кашель, кровохарканье;
4. **жалобы, связанные с проявлениями правожелудочковой недостаточности:** боль в правом подреберье, отеки на нижних конечностях;
5. **жалобы, связанные с изменением уровня АД:** головная боль, головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами;
6. **обмороки;**
7. **жалобы, связанные с симптомами нарушения периферического кровообращения:** перемежающаяся хромота;
8. **жалобы, связанные с изменением пульсового давления:** ощущение пульсации в отдаленных от сердца участках тела.

Основные жалобы и их диагностическое значение

<i>Жалобы</i>	<i>Диагностическое значение</i>
Боль в области сердца и/или за грудиной	1. Заболевания органов кровообращения 2. Заболевания других органов и систем
Перебои в работе сердца	Нарушение функции автоматизма, возбудимости, проводимости (нарушения ритма)
Сердцебиение	1. Нарушение автоматизма, возбудимости 2. Гиперфункция миокарда
Кашель, кровохарканье	Левожелудочковая недостаточность
Одышка, удушье	Левожелудочковая недостаточность
Отеки	Правожелудочковая недостаточность
Боль в правом подреберье	Правожелудочковая недостаточность
Ощущение пульсации	Высокое пульсовое давление
Перемежающаяся хромота	Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей
Головная боль, головокружение, шум в ушах	Повышение АД

2. Боль в области сердца: классификация. Причины, механизм возникновения и клиническая характеристика экстракардиальных болей.

Боль в области сердца и за грудиной может быть:

- **экстракардиальной** (не связанные с заболеванием сердца) и **кардиальной (коронарогенной и некоронарогенной)**.

Экстракардиальные боли, причины, признаки.

Это боли не связанные с поражением сердца и сосудов и возникают при

1. Заболевания грудной стенки и опорно-двигательного аппарата (болезни позвоночника, межреберная невралгия, опоясывающий лишай, миозиты, синдром Титце)
2. патология средостения (заболевания пищевода, медиастениты, опухоли средостения)
3. заболевания органов дыхания (острый фибринозный плеврит, пневмония с вовлечением плевры, острый трахеит, спонтанный пневмоторакс, ТЭЛА, опухоли легких и плевры)
4. заболевания органов пищеварения или боль, иррадиирующая от органов брюшной полости (заболевания пищевода, желудка и т.д.)
5. психогенная боль (кардиалгии)

3. Коронарогенные боли: причины и механизм их возникновения, детализация и диагностическое значение.

Коронарогенные боли – боли, связанные с поражением коронарных артерий и нарушением доставки кислорода и питательных веществ к миокарду.

Причинами коронарогенных болей являются:

- a. органическое сужение коронарных артерий вследствие атеросклероза, тромбоза, коронарита (васкулиты, узелковый периартериит)
- b. функциональная коронарная недостаточность – возникает вследствие спазма коронарных артерий
- c. относительная коронарная недостаточность – возникает при повышенной потребности миокарда в кислороде, что наблюдается при выраженной гипертрофии миокарда, чаще левого желудочка.

Коронарогенные боли возникают при уменьшении просвета коронарных артерий более чем на 75% или при поражении 2 или 3 коронарных артерий.

Механизм коронарогенных болей заключается в несоответствии потребности миокарда в кислороде и возможностью доставки его по коронарным артериям.

Детализация:

1. локализация – за грудиной
2. по характеру – давящие, сжимающие, жгучие
3. иррадиация – в зоны Захарьина-Геда (под левую лопатку, в левую половину шеи, нижнюю челюсть, в левое плечо, в левую руку, 4-5-палец левой кисти)
4. факторы, провоцирующие возникновение боли – это факторы, приводящие к увеличению ЧСС, такие как физическая нагрузка (быстрая ходьба, бег, подъем по лестнице, тяжелая физическая работа), психоэмоциональное напряжение.
5. купируются – в покое (симптом разглядывания витрины) или приемом нитроглицерина через 1-2 минуты
6. по продолжительности – от 1 минуты до 15 минут – типичный приступ стенокардии), более 30 минут необходимо заподозрить инфаркт миокарда
7. сопровождаются – чувством страха смерти, одышкой, перебоями в работе сердца, потливостью, головокружением.

4. Некоронарогенные боли: причины и механизмы их возникновения, отличия от коронарогенных.

Механизм: это боли, возникающие вследствие заболеваний миокарда, перикарда, аорты и не связанные с поражением коронарных артерий.

Причинами возникновения некоронарогенных болей являются патологические процессы, развивающиеся в миокарде, перикарде и аорте, такие как

- миокардиты
- перикардиты
- расслаивающаяся аневризма аорты
- аортиты

Боль в правом подреберье у больного с заболеваниями ССС – это признак правожелудочковой недостаточности.

Снижение сократительной способности правого желудочка сопровождается застоем крови в БКК и депонировании ее в сосудах нижних конечностей и в печени. 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 быстром развитии ОПЖН (вследствие ТЭЛА) боли могут быть интенсивными.

ПЖН вызывает застойные явления и в других органах (брюшная полость, кишечник, почки, ЦНС) с появлением соответствующих жалоб (вздутие живота, никтурию, головокружение, снижение памяти и т.д.).

Жалобы, связанные с нарушениями сердечной деятельности:

перебои в работе сердца, сердцебиение.

Перебои в работе сердца – обусловлены нарушением сердечного ритма сердца.

Ощущаются как чувство замирания или остановки сердца.

При расспросе важно уточнить:

- при каких обстоятельствах они появляются (при физическом напряжении или в покое)
- в каком положении усиливаются и уменьшаются
- появляются внезапно или постепенно
- постоянные или периодические

Чаще возникают при экстрасистолии и мерцательной аритмии.

Сердцебиение – субъективно проявляется ощущением усиления и учащения сокращения сердца.

Появление сердцебиения обусловлено повышенной возбудимостью нервного аппарата, регулирующего деятельность сердца.

Сердцебиение может быть связано с

- поражением сердечной мышцы и коронарных артерий (стенокардия, инфаркт миокарда, миокардит, пороки сердца и др.)
- может возникать рефлекторно при поражении других органов, при лихорадке, анемии, неврозе, гипертиреозе, а также может быть связано с приемом лекарственных препаратов (атропина сульфат и др.)
- могут наблюдаться у здоровых людей при большой физической нагрузке, беге, эмоциональном напряжении, злоупотреблении кофе, табаком.

Сердцебиение может появляться внезапно, постепенно или быть постоянно, может быть в виде приступов при развитии пароксизмальной тахикардии.

5. Одышка при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: определение понятия «одышка», причины и механизм возникновения одышки. Детализация и диагностическое значение одышки при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

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

Одышка у больного с заболеванием ССС возникает при хронической левопредсердной или левожелудочковой недостаточности.

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.

Причина одышки (развития гиперкапнии и гипоксемии) у больного с заболеванием ССС - это утолщение альвеолярно-капиллярной мембраны, ведущее к нарушению диффузии газов вследствие развития застоя крови в МКК при левожелудочковой недостаточности или левопредсердной недостаточности.

6. Приступ удушья при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: определение понятия «удушье», причины и механизм его возникновения, Детализация и диагностическое значение удушья при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Удушье при заболеваниях сердечно-сосудистой системы является признаком **острой** левопредсердной или левожелудочковой недостаточности.

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.

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.

Удушье, отличия от бронхиального

Признаки	Сердечное удушье	Бронхиальное удушье
По характеру удушье	инспираторное	экспираторное
Возникает чаще	обычно внезапно в состоянии покоя или через некоторое	чаще ночью в ранние утренние часы, т.к.

	время после физического или эмоционального напряжения, нередко ночью, во время сна. Может возникать на фоне существующей одышки	максимальный тонус вагуса
Во время приступа удушья больной занимает <i>вынужденное положение</i>	<i>ортонное</i>	<i>Ортонное с фиксированным плечевым поясом</i>
<i>Провоцируется</i>	горизонтальным положением, что увеличивает приток крови к сердцу	контактом с аллергеном, вдыханием резких запахов, холодного воздуха, дыма
<i>Приступу не редко предшествуют продромы</i>	нет	заложенность носа, першение в горле, сухой кашель, слезотечение, чихание (гистамин др. БАВ)
<i>Купируется</i>	<i>в положении ортонное</i> , приемом мочегонных, нитратов, сердечных гликозидов	<i>в положении ортонное</i> , приемом бронхолитиков, теплом

7. Отеки при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: виды, причины, основные механизмы развития, клиническая характеристика каждого вида отеков.

Отеки у больного с заболеванием сердечно-сосудистой системы являются признаком правожелудочковой недостаточности и венозного застоя в большом круге кровообращения (рис. 1).

Механизм отеков:

1. Снижение сократительной способности правого желудочка приводит к повышению гидростатического давления в венах БКК, жидкая часть крови выходит за пределы сосудистого русла. Снижается объем циркулирующей крови.
2. В ответ на гиповолемию активируются гормональные механизмы: увеличивается выработка АДГ в гипофизе и альдостерона в надпочечниках, что приводит к повышению реабсорбции натрия и воды в почечных канальцах и усугублению отеков.
3. Вследствие гиповолемии снижается почечный кровоток, происходит раздражение ЮГА, активация РААС (первичный гиперальдостеронизм) усугубляет задержку в организме натрия и воды.

4. Гиповолемия и венозная гипертензия в большом круге приводят к гипоксии тканей, следствием чего является повышение проницаемости сосудов.
5. Длительный венозный застой в печени приводит к нарушению ее обезвреживающей функции, избыток альдостерона не успевает обезвреживаться в печени (вторичный гиперальдостеронизм). На поздних стадиях сердечной недостаточности печень теряет способность синтезировать альбумины, что приводит к снижению онкотического давления крови и усугублению отеков вплоть до развития анасарки, то есть скопления жидкости не только в подкожной жировой клетчатке, но и в полостях.

Клиническая характеристика сердечных отеков:

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

Сердечные отеки могут быть скрытыми, обнаруживаясь по повышению массы тела путем взвешивания, по относительному уменьшению количества мочи за сутки в сравнении с объемом выпитой жидкости (по уменьшению суточного диуреза), с помощью волдырной пробы Мак-Клюера – Олдрича.

Умеренная отечность называется пастозностью и выявляется пальпаторно.

8. Кашель и кровохарканье при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: причины и механизм их возникновения, детализация и диагностическое значение.

Кашель, кровохарканье у больного с заболеванием ССС – это признак левопредсердной или левожелудочковой недостаточности.

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 возникает вследствие диapedеза 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.



Отеки у больного с заболеванием сердечно-сосудистой (рис. 1).