

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ПО ТЕМЕ:

**СУБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ****АФО органов кровообращения.**

Понятие о наиболее часто встречающихся заболеваниях органов кровообращения: ИБС (стенокардия, инфаркт), атеросклероз, артериальная гипертония, ревматическая лихорадка, эндо-, мио-, перикардиты, пороки сердца, ХСН.

Жалобы

К основным жалобам при заболеваниях ССС относятся:

- Боли в области сердца
- Сердцебиение
- Ощущение перебоев в работе сердца
- Одышка, приступы удушья
- Отеки
- Кашель и кровохарканье
- Головные боли и головокружение

1. Боли в области сердца.

Это одна из важных жалоб. Боли могут встречаться при разных заболеваниях ССС: стенокардия, инфаркт, при воспалительных процессах – миокардит, перикардит, эндокардит, м.б. связаны с функциональными расстройствами ССС или они м.б. , вообще, не связаны с заболеваниями ССС (повреждение межреберных мышц, нервов, плевры, заболевание соседних органов (холецистит, язвенная болезнь, рак желудка).

Важно различить боли *ангинозные (коронарогенные)*, обусловленные ишемией миокарда и *неангинозные (некоронарогенные) или кардиалгии*. Кардиалгией принято называть все боли слева от грудины, отличающиеся по своей характеристике от болей ишемического характера.

Поэтому, при расспросе следует выяснять:

- Характер боли (сжимающие, давящие, колющие)
- Локализацию (за грудиной, в области верхушки, слева от грудины). Попросить больного показать рукой , где болит.
- Иррадиацию (под левую лопатку, в левую руку, левую половину шеи)
- Условия возникновения боли (физ.нагрузка, в покое, во сне, при эмоциональной нагрузке)
- Продолжительность
- Чем снимается и через сколько

Типичные ишемические боли локализируются за грудиной, носят давящий сжимающий характер (симптом "кулака"), иррадируют в левое плечо, руку и лопатку, связаны с физическими и нервно-психическими перегрузками, купируются либо в покое, либо после приема нитроглицерина через 2-3 минуты.

Некоронагенные боли локализируются в области верхушки сердца и/или слева от грудины, носит тупой, ноющий характер без типичной иррадиации, продолжительность от нескольких минут до нескольких суток, не купируется нитроглицерином.

2. Сердцебиение.

Под сердцебиением обычно подразумевают субъективное восприятие больным тахикардии, хотя ощущение биения сердца м.б. и при нормальной или пониженной ЧСС.

В норме человек не ощущает биения своего сердца. Он может его ощущать при значительной физ.нагрузке, при волнении, при злоупотреблении кофе, табаком.

Больные люди могут ощущать усиленное биение сердца

- в покое или
- при небольшой физ.нагрузке.

Поэтому при расспросе необходимо выяснить условия возникновения сердцебиения.

Сердцебиение м.б.:

- постоянным или
- в виде приступов - пароксизмов.

Сердцебиение – это компенсаторный механизм. Его причина – снижение сократительной функции сердца, когда за одно сокращение в аорту выбрасывается крови меньше, чем положению в норме. Чтобы кровоснабжение органов и тканей не страдало, сердцу приходится сокращаться чаще и сильнее. Однако работа в таком режиме длительное время неблагоприятно сказывается на сердце, так как укорачивается фаза диастолы (а именно в эту фазу происходит восстановление работоспособности мышцы сердца)

Сердцебиение м.б. признаком не только заболевания сердца (миокардит, СН), но может возникать и рефлекторно при анемии, при лихорадке, тиреотоксикозе.

3. Перебои (аритмии).

Это ощущение неритмичной работы сердца. Больные это ощущают в виде чувства замирания, остановки сердца или в виде короткого более сильного удара.

Чаще перебои сочетаются с тахикардией, но м.б. и на фоне редкого ритма.

Причинами перебоев м.б. как органические поражения сердца, так и функциональные, психогенные расстройства.

При расспросе необходимо выяснить:

- Когда перебои больше беспокоят: - при физ.нагрузке
- или в покое

Так при функциональных аритмиях (ВСД, у курильщиков) они усиливаются или появляются в состоянии покоя, а при физ нагрузках уменьшаются или проходят. При органическом характере наоборот.

- Какие по продолжительности: - единичные
- длительные
- постоянные

4. Одышка.

Это тягостное ощущение нехватки воздуха.

Причина – это снижение сократительной функции сердца и возникающий в результате венозный застой в сосудах МКК. По выраженности одышки можно судить о степени сердечной недостаточности.

Так как одышка м.б. и при заболеваниях органов дыхания, поэтому, ведя расспрос нужно выяснить, является ли одышка сердечной или легочной

Спрашивают:

- при каких обстоятельствах она возникает:
 - при физ.нагрузке (какой нагрузке: *в начальных стадиях СН одышка может возникать при значительной нагрузке, подъеме в гору, по лестнице, быстрой ходьбе, в дальнейшем может возникать при спокойной ходьбе, при разговоре*)
 - в покое
- что ее облегчает, например, больной принимает положение для облегчения одышки – ортопноэ (при этом уменьшается венозный возврат к сердцу)
- когда она усиливается. Так, для кардиальной одышки характерно усиление (или появление) в горизонтальном положении больного, при этом усиливается приток крови к правым отделам сердца, что способствует еще большему переполнению малого круга кровообращения кровью.

Таким образом, одышка при заболеваниях сердца имеет ряд особенностей:

- чаще носит инспираторный характер
- уменьшается в положении ортопноэ
- усиливается в горизонтальном положении
- сочетается с другими признаками СН (акроцианоз, отеки и др)

Кроме того, может возникнуть внезапно острая нехватка воздуха в виде приступа удушья – это называется **сердечной астмой**. Приступы удушья при заболеваниях сердечно-сосудистой системы чаще возникают внезапно на фоне существующей одышки, могут сопровождаться клочущим дыханием и появлением пенистой розовой мокроты.

5. Отеки.

Это признак правожелудочковой недостаточности. При снижении сократительной способности правого желудочка возникает застой и повышение кровяного давления в БКК. При этом жидкая часть крови пропотевает через стенки сосудов в окружающие ткани.

Отеки вначале локализуются на голенях и появляются к вечеру, а к утру проходят. Позднее они становятся постоянными, могут локализоваться в брюшной полости – *асцит*, в полости плевры – *гидроторакс*, м.б. массивными, распространяться по всему телу – *анасарка*.

Может так же беспокоить тяжесть в области правого подреберья, в результате застойных явлений в печени и ее увеличения. При быстро развивающемся застое в печени могут появиться боли.

6. Кашель и кровохарканье.

Эти симптомы развиваются при застое крови в МКК, что является следствием недостаточности кровообращения, м.б. при пороках сердца.

Кашель обычно сухой, иногда с небольшим количеством мокроты

7. Головные боли, головокружение, шум в ушах – эти жалобы появляются у лиц с артериальной гипертензией.

8. При ряде заболеваний сердца: миокардит, эндокардит, острая ревматическая лихорадка, отмечается **повышение температуры тела**.

При расспросе необходимо уточнить:

- сопровождается ли повышение ознобом, профузным потом
- как долго держится
- до каких цифр поднимается

Анамнез жизни

Особое внимание обращают внимание на факторы, которые способствуют развитию заболеваний сердца и которые могут способствовать прогрессированию заболевания. Это, так называемые, факторы сердечно-сосудистого риска:

1. Ранее перенесенные заболевания - частые ангины, скарлатины дифтерия (при подозрении на ревматизм), грипп (миокардит).
2. Связь с психоэмоциональными перегрузками (Гипертоническая болезнь).
3. Выявление ожирения, сахарного диабета, которые являются факторами риска развития атеросклероза и его проявлений - всех форм ИБС.

4. Вредные привычки: курение - риск развития ИБС, артериальной гипертензии; алкоголизм - причина развития миокардиопатии.
5. Неправильное питание – употребление в большом количестве животных жиров и мало растительной клетчатки (имеет значение для развития атеросклероза)
6. Малоподвижный образ жизни (гиподинамия) фактор риска развития ГБ, ИБС
7. Наследственность. Наличие болезней сердечно-сосудистой системы у близких родственников: ревматизм, ИБС, гипертоническая болезнь.