

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
Харьковский национальный медицинский университет

**РАССПРОС, ОБЩИЙ ОСМОТР
БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.
ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЯ
ПРЕДСЕРДЕЧНОЙ ОБЛАСТИ**

Методические рекомендации для студентов

Утверждено
ученым советом ХНМУ.
Протокол № 1 от 20.01.2016.

**Харьков
ХНМУ
2016**

Распрос, общий осмотр больных с патологией сердечно-сосудистой системы. Осмотр и пальпация предсердечной области: метод. указ. для студ. / сост. Т. В. Ащеулова, Т. Н. Амбросова, В. И. Смирнова. – Харьков : ХНМУ, 2016. – 16 с.

Составители Т. В. Ащеулова
 Т. Н. Амбросова
 В. И. Смирнова

К основным жалобам, предъявляемым больными с сердечно-сосудистой патологией, относятся:

1. Одышка, приступы удушья.
2. Боли в области сердца.
3. Сердцебиение.
4. Ощущение перебоев.
5. Отеки нижних конечностей и скопление жидкости в полостях.
6. Кашель, кровохарканье.
7. Диспепсические явления.
8. Астеновегетативные расстройства: слабость, утомляемость, снижение работоспособности.

Одышка (тягостное ощущение нехватки воздуха) – один из признаков развития сердечной недостаточности, преимущественно инспираторного характера, связана с физической нагрузкой (в начальных стадиях компенсации), возникает в покое (признак тяжелой сердечной декомпенсации). Является компенсаторной реакцией активации дыхательного центра на развитие застойных явлений и замедление кровотока в большом и малом кругах кровообращения при снижении сократительной способности сердца. Характерна для развития сердечной недостаточности на фоне пороков сердца (особенно митральных), ишемической болезни сердца (стенокардия, инфаркт миокарда, кардиосклероз, аритмии и блокады сердца), артериальной (гипертоническая болезнь) и симптоматической гипертензии (хроническая болезнь почек, феохромоцитома, болезнь Иценко–Кушинга, первичный гиперальдостеронизм и т. п.).

Удушье (сердечная астма) является крайним вариантом проявления одышки, может развиваться как в покое, так и при физической нагрузке, характеризуется чувством острой нехватки воздуха, невозможностью сделать глубокий вдох, при развитии отека легких может сопровождаться выделением обильной пенистой мокроты и наличием дистанционных крупнопузырчатых хрипов в легких, слышимых на расстоянии.

Боли в области сердца (кардиалгии) могут быть связаны с сердечными причинами при стенокардии, инфаркте миокарда, эндокардитах, миокардитах, перикардитах, аневризме аорты, нейроциркуляторной дистонии, а также с внесердечными причинами при гастроэнтерологической патологии (гастрит, язвенная болезнь, гастроэзофагальнорефлюксная болезнь) и патологии костно-мышечной системы (миозит, переломы ребер, периоститы, межреберная невралгия, остеохондроз грудного отдела позвоночника).

Для дифференциальной диагностики боли в области сердца необходимо тщательно проводить детализацию жалобы кардиалгия (в соответствии с вопросами детализации), что поможет на этапе расспроса предположить причинно-следственные особенности боли в области сердца.

Боль при стенокардии характеризуется как сжимающая, колющая, пекущая, длительностью до 10 мин, усиливается при физической и эмоцио-

нальной нагрузке и уменьшается в покое, иррадирует в левую руку, лопатку, плечо, нижнюю челюсть, купируется приемом вазодилататоров (нитроглицерин, бета-адреноблокаторы).

Боль при инфаркте миокарда по характеру похожа на стенокардическую, но большей интенсивности и продолжительности (часы–дни), не купируется нитроглицерином, на ЭКГ – признаки инфаркта, сопровождается холодным липким потом, чувством страха, падением артериального давления на фоне тахикардии.

Боли при расслаивающейся аневризме аорты острые, сильные, интенсивные, иррадируют в позвоночник и перемещаются по ходу аорты.

Боль при миокардитах – давящего, ноющего характера, непостоянная, умеренной или слабой интенсивности, усиливается при физической нагрузке, в остром периоде сопровождается признаками воспалительной реакции (температура, лейкоцитоз, увеличение СОЕ).

При перикардите боль локализуется посередине грудины или по всей области сердца, острая, колющая, стреляющая, продолжительностью от нескольких часов до дней, изменяется при изменении положения тела, усиливается при движении, кашле, нажатии стетоскопом, определяется шум трения при аускультации.

При нейроциркуляторной дистонии (по кардиальному типу) боль локализуется в области верхушки, ее характер колющий, различной продолжительности, умеренной интенсивности, она связана не с физическими нагрузками, а с психоэмоциональным возбуждением преимущественно в вечернее и ночное время (перед сном), купируется приемом седативных препаратов.

При тромбоэмболии легочной артерии боль локализуется за грудиной или в боковых отделах грудной клетки, сопровождается кровохарканьем, резко выраженной одышкой, тахикардией на фоне гипоксемии.

Боль при патологии пищевода и желудка характеризуется жжением за грудиной, провоцируется определенными видами пищи, усугубляется в положении лежа, не зависит от нагрузки, купируется антацидами, но не нитроглицерином, может сопровождаться дисфагическими и диспепсическими явлениями.

Боль при патологии костно-мышечной системы – стреляющая, ноющая, постоянная, связана с движением, купируется приемом нестероидных противовоспалительных препаратов.

Сердцебиение – ощущение усиленных и учащенных сокращений сердца, связанных с повышенной возбудимостью нейрорегуляторных центров, регулирующих деятельность сердца. Возникает у здоровых людей при большой физической нагрузке, эмоциональном напряжении, злоупотреблении кофе, табаком; при сердечно-сосудистой патологии (миокардит, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, пороки сердца); при рефлекторных нарушениях (лихорадка, анемия, невроз, гипертиреоз, после приема атропина, депрессия, вегетососудистая дистония).

Ощущения «перебоев в работе сердца» обусловлены нарушением ритма его работы. Больные чувствуют их как замирание, остановку сердца. Наблюдаются при различных нарушениях ритма и проводимости (экстрасистолическая аритмия, фибрилляция предсердий, наджелудочковые и желудочковые тахикардии, блокады сердца), которые развиваются на фоне органического поражения сердечной мышцы (ишемическая болезнь сердца, кардиосклероз, миокардит, пороки сердца). Также аритмии и брадикардии могут наблюдаться при передозировке лекарственных средств (сердечные гликозиды, бета-адреноблокаторы, антиаритмические препараты).

Отеки развиваются в результате компенсаторной реакции организма на уменьшение сердечной преднагрузки (уменьшения притока крови к сердцу).
Причины:

1) замедление кровотока и трансудация жидкости в ткани, повышение гидростатического давления в капиллярах;

2) нарушение регуляции водно-солевого обмена (недостаточное снабжение артериальной кровью почек → активация РААС системы, повышение секреции АДГ);

3) длительный венозный застой в БКК → снижение выработки альбуминов и глобулинов печенью → снижение онкотического давления плазмы.

Для отеков, возникающих при сердечно-сосудистой патологии, характерно возникновение на нижних конечностях, распространение вверх (восходящее), увеличение к концу дня, уменьшение после ночного отдыха, на ощупь они теплые, мягкие. Отеки при задержке жидкости до 5 л практически не видны и выражаются лишь в прибавке массы тела. Видимые отеки локализуются при вертикальном положении больного на голени, тыльной стороне стопы, при постельном режиме – в области крестца и поясницы. Возможно также наличие жидкости в полостях (асцит – скопление жидкости в брюшной полости, гидроторакс – скопление жидкости в плевральной полости, гидроперикард – скопление жидкости между листками перикарда). Общий отек называется анасарка и характеризуется отеком всего тела (отеки нижних конечностей сочетаются со скоплением жидкости в полостях). Анасарка характерна для терминальной стадии сердечной недостаточности.

Кашель при сердечно-сосудистой патологии связан с развитием застойных явлений в малом круге кровообращения при патологии сердца, характеризуется выделением небольшого количества слизистой мокроты, преимущественно в утреннее время, без признаков воспалительной интоксикации.

Кровохарканье возникает при застое крови и гипертензии в легочных сосудах, при кашле с мокротой могут отделяться прожилки крови. Кашель и кровохарканье более характерны при поражении левых отделов сердца. Следует отличать от кровохарканья выделение обильного количества пенистой розовой мокроты, что связано с острой левожелудочковой недостаточностью (отек легких) и легочным кровотечением, когда выделяется обильное количество крови с мокротой – 100 мл и более (онкопатология легких и бронхов, инфаркт миокарда, распад легочной ткани при туберкулезе).

Диспептические явления при сердечной патологии связаны с нарушением кровообращения в печени и сосудах большого круга кровообращения, что приводит к увеличению печени (ощущение тяжести и дискомфорта в правом подреберье) и расстройствам пищеварения (тошнота, отрыжка, рвота, метеоризм, нарушение перистальтики кишечника).

Слабость и утомляемость – наиболее распространенные жалобы больных с миокардитами, хронической сердечной недостаточностью. Наряду с одышкой, сердцебиением они значительно ограничивают физическую активность больных.

ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

При осмотре больных следует обратить внимание на **вынужденные положения, наличия специфических изменений на лице, окраску кожных покровов, дериваты кожи (ногтевые пластинки), отеки нижних конечностей**. Чтобы не упустить важных деталей, нужно осматривать больного сверху вниз.

Вынужденные положения при сердечно-сосудистой патологии: ортопноэ без упора рук характерно для терминальной стадии сердечной недостаточности. При длительном сидении кровь депонируется в сосудах нижних конечностей, уменьшается венозный возврат к сердцу и, как следствие, уменьшается застой в малом круге кровообращения и улучшается вентиляция крови из-за задержки крови в сосудах нижних конечностей; опускается диафрагма и уменьшается давление на нее при наличии асцита; на правом боку при расширении сердца, так как при этом не возникают неприятные ощущения из-за прилегания сердца к грудной клетке. Также при выпотном перикардите отмечается положение сидя, согнувшись вперед.

Наличие специфических изменений на лице: "Facies mitrale" –лицо при митральном стенозе имеет характерный румянец, так называемую "митральную бабочку", обусловленную цианозом, губы интенсивно окрашены, что придает лицу миловидность и пациент выглядит моложе своего паспортного возраста. Лицо Корвизара наблюдается у пациентов с терминальной сердечной недостаточностью, характеризуется желтушно-землистым оттенком кожных покровов, рот приоткрыт, наблюдаются явления акроцианоза, визуально выраженная одышка; симптом червя – извитые височные артерии, признаки атеросклероза и гипертонической болезни.

Окраска кожных покровов, дериваты кожи (ногтевые пластинки). При пороках, которые сопровождаются уменьшением поступления артериальной крови в кровяное русло, кожа бледная (аортальная бледность). Отмечаются стеноз устья аорты – малое наполнение кровью аорты, недостаточность клапанов аорты – недостаточное наполнение прекапилляров во время диастолы, стеноз устья легочной артерии придает коже оттенок бледный и синюшный одновременно.

При сердечной недостаточности кожные покровы имеют восковидный желтоватый оттенок, при бактериальном септическом эндокардите – цвет кофе с молоком.

Синюшность кожных покровов у больных с сердечно-сосудистой патологией может проявляться в виде акроцианоза (синюшность кончика носа, губ, мочки ушей, носогубного треугольника, пальцев рук) в виде центрального цианоза (синюшность лица, верхней половины туловища). Появление акроцианоза связано с повышением в венозной крови восстановленного гемоглобина из-за увеличения поглощения тканями кислорода и замедления кровотока при недостаточной работе сердца. Развитие центрального цианоза связано с недостаточной оксигенацией крови при развитии застойных и гипертензивных явлений в малом круге кровообращения при недостаточной сократительной способности миокарда.

Важным признаком сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и врожденных пороков сердца, являются акропахии – деформации ногтевых фаланг пальцев кистей по типу барабанных палочек (увеличение дистальных фаланг кистей) и форма ногтевой пластинки в виде часовых стекол (вогнутые, расслаивающиеся, с поперечной и продольной исчерченностью, выпуклые крупные). Данные акропахии связаны с механизмами чрезмерного разрастания надкостницы в условиях хронической гипоксии при недостаточной работе сердца, также могут наблюдаться при формировании легочно-сердечной недостаточности (хроническое легочное сердце).

Отеки нижних конечностей (сердечные отеки) формируются при развитии застойных явлений в системе сосудов большого круга кровообращения, когда пораженное сердце не обеспечивает адекватный ударный объем. При замедлении венозного кровотока жидкая часть плазмы диффундирует через сосудистую стенку в межклеточное пространство, и таким образом формируются отеки нижних конечностей, а в терминальных стадиях сердечной недостаточности – асцит.

Осмотр шеи и головы

В яремной ямке (над рукояткой грудины между внутренними краями кивательных мышц) иногда визуально определяются синхронные с систолой пульсаторные выпячивания дуги аорты – **ретростернальная пульсация**, которая связана с расширением и удлинением дуги аорты (аневризма аорты).

Пульсации сонных артерий ("пляска каротид") наблюдается при недостаточности полулунного клапана аорты. Для данного порока характерна симптоматика "пульсирующего человека", проявляющаяся следующими симптомами: симптом Мюссе – синхронное с пульсацией артерий ритмичное покачивание головы, симптом Ландольфи – соответственно систоле и диастоле сужение и расширение зрачка, псевдокапиллярный пульс Квинке – при надавливании на конец ногтевой фаланги образуется белое пятно, которое расширяется и уменьшается соответственно систоле и диастоле при каждом пульсовом ударе.

При осмотре вен можно увидеть их переполнения и набухание. Это связано с развитием синдрома верхней полой вены (ВПВ), который обусловлен сдавлением ВПВ при таких состояниях, как аневризма аорты, опухоль средостения, выпот в полость перикарда, тромбоз, тромбоэмболия легочной артерии. При сдавлении ВПВ создаются предпосылки для открытия и расширения коллатералей вен, что клинически проявляется расширением венозной сетки передней и задней части грудной клетки не ниже 5-го ребра, сопровождается отеком лица, шеи, рук (воротник Стокса), диффузным цианозом лица и верхних конечностей. Синдром нижней полой вены (НПВ) обусловлен сдавлением, тромбозом и гипертензией в системе портальной вены. Встречается при терминальных стадиях сердечной недостаточности, циррозе печени, тромбозе мезентериальных сосудов. Клинически синдром НПВ характеризуется отеками нижних конечностей, цианозом нижней половины тела расширением геморроидальных вен, формированием асцита, в области пупка появляется расширенная венозная сеть ("голова Медузы").

ОСМОТР ПРЕДСЕРДЕЧНОЙ ОБЛАСТИ

При осмотре предсердечной области можно обнаружить:

1. Сердечный горб.
2. Верхушечный толчок.
3. Сердечный толчок.
4. Видимые патологические пульсации.

Деформацию грудиной клетки в области сердца (*сердечный горб*) можно обнаружить у лиц, страдающих пороком сердца с детства. Сердечный горб формируется при условии, когда гипертрофированное сердце при врожденном пороке оказывает давление на несформировавшиеся костно-хрящевые ткани у ребенка. Данная деформация рассматривается как постоянная (врожденные неоперированные пороки сердца в детском возрасте, синдром Марфана). Также в предсердечной области может наблюдаться непостоянное выпячивание в виде сглаженных межреберных промежутков при длительно протекающем экссудативном перикардите.

У здоровых лиц в V межреберье, на 1–1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии (в области верхушки сердца) видна ограниченная ритмическая физиологическая пульсация – *верхушечный толчок*. Происхождение объясняется тем, что в период систолы мышца сердца уплотняется, верхушка его приподнимается, продвигается вперед и ударяется о переднюю грудную стенку. Примерно в половине случаев верхушечный толчок не выявляется, так как прикрыт ребром. Для осмотра верхушечного толчка у женщины при необходимости врач просит ее поднять левую молочную железу. При правостороннем расположении сердца (декстракардия) верхушечный толчок выявляется кнутри от правой срединно-ключичной линии в V межреберье.

Сердечный толчок образован сокращением правого желудочка. Поскольку правый желудочек располагается за грудиной, в норме его пульсация не видна. Исключение составляют лица с астеническим типом конституции и лица с низким индексом массы тела.

Наличие у больных с легочно-сердечной патологией *сердечного толчка*, который визуализируется по левому краю грудины и в эпигастральной области, является признаком гипертрофии миокарда правого желудочка (легочное сердце, стеноз митрального клапана, стеноз и недостаточность полулунного клапана легочного ствола, недостаточность трехстворчатого клапана). В эпигастральной области также можно наблюдать пульсацию брюшного отдела аорты.

Для дифференциальной диагностики эпигастральной пульсации (гипертрофированный правый желудочек или брюшная аорта) необходимо попросить пациента глубоко вдохнуть: сердечный толчок – пульсация усиливается, брюшная аорта – пульсация уменьшается. Пульсация брюшного отдела аорты локализуется в нижней части эпигастральной области слева от срединной линии живота и лучше заметна при горизонтальном положении больного.

Пульсации на основании сердца. Пульсации во II межреберье у правого края грудины (пульсации, обусловленной аневризмой аорты) и во II межреберье у левого края грудины (пульсации легочной артерии, связанные с легочной гипертензией: легочное сердце, стеноз и недостаточность митрального клапана, стеноз и недостаточность полулунного клапана легочного ствола и др.

Таким образом, при осмотре предсердечной области определяют наличие (или отсутствие) следующих симптомов: *сердечного горба* (выпячивания передней стенки грудной клетки над проекцией сердца); *верхушечного толчка* (синхронную с деятельностью сердца и ограниченную пульсацию грудной стенки над проекцией верхушки сердца или синхронное с деятельностью сердца втягивание ограниченного участка передней поверхности грудной клетки над проекцией верхушки сердца); *сердечного толчка* (синхронную с деятельностью сердца разлитую пульсацию передней грудной стенки у левого края нижней половины грудины и распространяющуюся на подложечную область); видимые патологические пульсации в прекардиальной области – *эпигастральная ретростерральная, пульсации на основании сердца, пульсации сонных артерий, набухание шейных вен.*

Эталон ответа (норма): *при осмотре предсердечной области сердечный горб не определяется, верхушечный толчок не визуализируется, сердечного толчка нет, видимых патологических пульсаций в предсердечной области нет.*

ПАЛЬПАЦИЯ ПРЕДСЕРДЕЧНОЙ ОБЛАСТИ

Это действие позволяет пальпировать верхушечный толчок (ВТ) и выявить его свойства, а также выявить симптом "кошачьего мурлыканья".

Свойства ВТ: локализация, сила, площадь, высота.

Локализация ВТ. В норме пальпируется V м/р на 1–2 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Смещение ВТ влево и вниз связано с такими патологиями:

– гипертрофия и дилатация левого желудочка (аортальная недостаточность, стеноз устья аорты в стадии декомпенсации, митральная недостаточность, артериальные гипертензии, гипертрофическая и дилатационная кардиомиопатии, острое повреждение миокарда – миогенная дилатация).

– смещение средостения (правосторонний гидроторакс и правосторонний пневмоторакс, левосторонний обтурационный ателектаз);

– смещение ВТ влево и вверх связано с повышением давления в брюшной полости: высоким стоянием диафрагмы (у гиперстеников), асцитом, метеоризмом, абдоминальным ожирением, беременностью, объемным опухолевым образованием в брюшной полости (онкопатология, острая кишечная непроходимость и т. п.).

Сила ВТ. В норме ВТ умеренной силы. Сила измеряется давлением, которое оказывает верхушка сердца на пальцы исследующего (врача).

Усиление силы ВТ связано с гипертрофией левого желудочка (аортальные пороки, митральная недостаточность, артериальные гипертензии – первичные и вторичные, также физическая нагрузка и психоэмоциональное возбуждение, заболевания эндокринных органов).

Ослабление силы ВТ в основном связано с экстракардиальными причинами (ожирение, чрезмерное развитие грудной мускулатуры, узкие межреберья у гиперстеников, эмфизема легких, выпотной перикардит, левосторонний пневмо- и гидроторакс).

Площадь ВТ. В норме – приблизительно 2 см^2 .

Увеличение площади ВТ более чем на 2 см^2 , связано с гипертрофией/дилатацией левого желудочка при таких заболеваниях, как недостаточность митрального и аортального клапанов, артериальная и симптоматическая гипертензия, гипертрофическая и дилатационная кардиомиопатии, высокое стояние диафрагмы, опухоли заднего средостения).

Уменьшение площади ВТ, ограниченное размером менее 2 см^2 , в основном связано с экстракардиальными причинами: (ожирение, чрезмерное развитие грудной мускулатуры, узкие межреберья у гиперстеников, эмфизема легких, выпотной перикардит, левосторонний пневмо- и гидроторакс).

Высота ВТ. В норме ВТ – умеренной высоты. Высота ВТ является эквивалентом амплитуды колебаний грудной клетки в области верхушки сердца.

Высокий ВТ связан с такими состояниями как физическая и психоэмоциональная нагрузка, лихорадка, тиретоксикоз, любые состояния связанные с развитием тахикардии.

Низкий ВТ связан с экстракардиальными причинами: ожирение, чрезмерное развитие грудной мускулатуры, узкие межреберья у гиперстеников, эмфизема легких, выпотной перикардит, левосторонний пневмо- и гидроторакс.

Выделяют такое понятие, как куполообразный ВТ (смещен влево и вниз, разлитой, высокий, усиленный), который встречается при значительной гипертрофии левого желудочка при аортальных пороках (стеноз и недостаточность).

Феномен "кошачьего мурлыканья" (симптом "кошачьего мурлыканья") представляет собой пальпаторный эквивалент низкочастотной составляющей сердечного шума, который возникает при возникновении турбулентных завихрений крови при прохождении через суженное отверстие (стеноз соответ-

ствующего клапана). Может определяться как в систолу, так и в диастолу. В зависимости от того, в какой точке выслушивания клапана наблюдается "кошачье мурлыканье", диагностируют стеноз соответствующего клапана. Верхушка сердца – диастолическое "кошачье мурлыканье" – митральный стеноз; 2 м/р справа от грудины – систолическое – аортальный стеноз; 2 м/р слева от грудины систолическое – стеноз легочного ствола; основание грудины – диастолическое – стеноз трехстворчатого клапана.

Таким образом, при пальпации предсердечной области необходимо оценить ВТ и его свойства (локализацию, силу, площадь, высоту) и также определить наличие/отсутствие симптома "кошачьего мурлыканья".

Эталон ответа (норма): при пальпации предсердечной области верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, площадью приблизительно 2 см², умеренной силы и высоты, сердечный толчок не пальпируется, симптом "кошачьего мурлыканья" отсутствует.

ТЕСТЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Ортопноэ – это:

- A. Положение пациента полусидя с упором рук.
- B. Положение пациента полусидя с опущенными ногами.
- C. Горизонтальное положение пациента.
- D. Одышка.
- E. Частота дыхательных движений 16–20 в минуту.

2. Что такое акроцианоз?

- A. Синюшность кожных покровов на отдаленных частях тела.
- B. Синюшность кожных покровов верхних конечностей.
- C. Синюшность кожных покровов нижних конечностей.
- D. Локальная синюшность кожных покровов.
- E. Диффузная синюшность кожных покровов.

3. Цвет кожи "кофе с молоком" характерен для:

- A. Нестабильной стенокардии.
- B. Стабильной стенокардии.
- C. Гипертонической болезни.
- D. Сердечной недостаточности.
- E. Инфекционного эндокардита.

4. Румянец с цианотичным оттенком характерен для:

- A. Аортального стеноза.
- B. Стеноза устья легочной артерии.
- C. Митрального стеноза.
- D. Аортальной недостаточности.
- E. Митральной недостаточности.

5. Положение "магометанин на молитве" характерно для:

- A. Инфаркта миокарда.
- B. Слипчивого перикардита.
- C. Гипертонической болезни.
- D. Сердечной недостаточности.
- E. Инфекционного эндокардита.

6. Для болезни сердечно-сосудистой системы характерна локализация начальных отеков:
- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| <i>A. На лице.</i> | <i>D. На веках.</i> |
| <i>B. На нижних конечностях.</i> | <i>E. На губах.</i> |
| <i>C. На руках.</i> | |
7. Что такое пастозность?
- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| <i>A. Незначительный отек.</i> | <i>D. Отеки в области шеи.</i> |
| <i>B. Кашель.</i> | <i>E. Отеки в области поясницы.</i> |
| <i>C. Кровохарканье.</i> | |
8. Что такое анасарка?
- | | |
|---|--|
| <i>A. Незначительный отек.</i> | |
| <i>B. Охлаждение конечностей.</i> | |
| <i>C. Отек всего тела с наличием жидкости в полостях.</i> | |
| <i>D. Отеки в области шеи.</i> | |
| <i>E. Отеки в области поясницы.</i> | |
9. Лицо Корвизара типично для:
- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <i>A. Аортальной недостаточности.</i> | <i>D. Сердечной недостаточности.</i> |
| <i>B. Перикардита.</i> | <i>E. Артериальной гипертензии.</i> |
| <i>C. Митрального стеноза.</i> | |
10. "Пляска каротид" является патогномичным симптомом:
- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <i>A. Сердечной недостаточности.</i> | <i>D. Артериальной гипертензии.</i> |
| <i>B. Аортального стеноза.</i> | <i>E. Аортальной недостаточности.</i> |
| <i>C. Митрального стеноза.</i> | |
11. Лицо пациента с выраженной сердечно-сосудистой недостаточностью называется:
- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| <i>A. Facies Corvisara.</i> | <i>D. Facies mitrale.</i> |
| <i>B. Facies Hippocratica.</i> | <i>E. Facies aortale.</i> |
| <i>C. Facies basedovica.</i> | |
12. Дифференциальные признаки пульсации сонных артерий и яремных вен:
- | |
|--|
| <i>A. В норме пульсация сонных артерий не визуализируется.</i> |
| <i>B. Пульсация сонных артерий визуализируется внутрь от грудино-ключично-сосцевидной мышцы, а пульсация яремных вен – снаружи от мышцы.</i> |
| <i>C. Пульсация сонных артерий визуализируется снаружи от грудино-ключично-сосцевидной мышцы, а пульсация яремных вен – внутрь от мышцы.</i> |
| <i>D. Пульсация яремных вен более выражена по сравнению с пульсацией сонных артерий.</i> |
| <i>E. В норме пульсация яремных вен визуализируется в яремной ямке.</i> |
13. Сердечный горб характерен для:
- | |
|--|
| <i>A. Левостороннего экссудативного плеврита.</i> |
| <i>B. Экссудативного перикардита.</i> |
| <i>C. Врожденного аортального порока сердца.</i> |
| <i>D. Слитчивого перикардита.</i> |
| <i>E. Приобретенного во взрослом возрасте митрального порока сердца.</i> |

14. В норме у здорового взрослого человека верхушечный толчок визуализируется в:
- V межреберье на 1–1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.*
 - V межреберье на 1–1,5 см снаружки от левой срединно-ключичной линии.*
 - V межреберье по левой срединно-ключичной линии.*
 - VI межреберье на 1–1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.*
 - VI межреберье на 1–1,5 см снаружки от левой срединно-ключичной линии.*
15. Подложечная пульсация, ослабленная при вдохе, является признаком:
- Аневризмы восходящего отдела аорты.*
 - Пульсации брюшной аорты.*
 - Гипертрофии левого желудочка.*
 - Гипертрофии правого желудочка.*
 - Атеросклероза аорты.*
16. Верхушечный толчок называют разлитым при его распространенности:
- Больше 1 см².*
 - Меньше 2 см².*
 - От 1 до 2 см².*
 - Больше 1,5 см².*
 - Больше 2 см².*
17. Определение при пальпации диастолического предсердного дрожания (симптом "кошачьего мурлыканья") на верхушке сердца характерно для:
- Митрального стеноза.*
 - Митральной недостаточности.*
 - Аортального стеноза.*
 - Аортальной недостаточности.*
 - Стеноза трехстворчатого клапана.*
18. Куполообразный верхушечный толчок характерен для:
- Митрального стеноза.*
 - Митральной недостаточности.*
 - Аортального стеноза.*
 - Аортальной недостаточности.*
 - Недостаточности трехстворчатого клапана.*
19. Смещение верхушечного толчка влево и вниз к левой срединно-ключичной линии в VI межреберье свидетельствует о:
- Гипертрофии правого желудочка.*
 - Гипертрофии правого предсердия.*
 - Гипертрофии левого желудочка.*
 - Дилатации левого желудочка.*
 - Дилатации левого предсердия.*
20. Наличие при пальпации систолического предсердного дрожания (симптом "кошачьего мурлыканья") во II межреберье справа от грудины характерно для:
- Митрального стеноза.*
 - Митральной недостаточности.*
 - Аортального стеноза.*
 - Аортальной недостаточности.*
 - Недостаточности трехстворчатого клапана.*

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>B</i>	<i>A</i>	<i>E</i>	<i>C</i>	<i>B</i>	<i>B</i>	<i>A</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>E</i>	<i>A</i>	<i>D</i>	<i>D</i>	<i>C</i>

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Пациент 56 лет, после эмоциональной нагрузки почувствовал сильную головную боль в затылочной области, сопровождающуюся тошнотой, нарушениями зрения в виде мерцания "мушек перед глазами", сердцебиением, ощущением шума в ушах. На основании этих жалоб, какое заболевание можно подозревать?

- A. Инфаркт миокарда. D. Тромбоэмболия ствола легочной артерии.
B. Стабильная стенокардия. E. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии.
C. Гипертонический криз.*

2. Пациент 48 лет, жалуется на периодические кратковременные ощущения сдавления за грудиной, которые не зависят от фаз дыхания, возникающие при физической нагрузке и самостоятельно проходящие после отдыха. Впервые жалобы возникли примерно месяц назад. О каком заболевании можно думать на основании этих жалоб?

- A. Инфаркт миокарда. D. Впервые обнаруженная стенокардия.
B. Приступ сердечной астмы. E. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии.
C. Гипертонический криз.*

3. Пациент 51 года, жалуется на боль за грудиной давящего характера, отдающую в левую руку, длящуюся около 10–15 мин, что возникает после эмоциональной и/или физической нагрузки, исчезает после приема нитроглицерина. О каком заболевании можно думать на основании этих жалоб?

- A. Инфаркт миокарда. D. Тромбоэмболия ствола легочной артерии.
B. Стабильная стенокардия. E. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии.
C. Гипертонический криз.*

4. Пациент 45 лет, страдает тромбозом. Через 4 дня после аппендэктомии при попытке сесть почувствовал внезапную одышку, резкое удушье, головокружение, сжатие и боль в груди, слабость. При осмотре: кожные покровы цианотичны, пепельно-серые, влажные. О каком заболевании можно думать на основании этих жалоб?

- A. Инфаркт миокарда. D. Тромбоэмболия ствола легочной артерии.
B. Стабильная стенокардия. E. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии.
C. Гипертонический криз.*

5. Пациентка 46 лет, жалуется на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, приступы удушья, кашель, кровохарканье, сердцебиение, болевые ощущения в области сердца. При осмотре: румянец с цианотичным оттенком, цианоз губ, кончика носа, ушей, пальцев рук и ног. О каком заболевании можно думать на основании этих жалоб?

- A. Митральный стеноз. D. Стеноз клапанов легочной артерии.
B. Аортальный стеноз. E. Аортальная недостаточность.
C. Недостаточности трехстворчатого клапана.*

6. Пациент 62 лет, жалуется на одышку, боли в области сердца, сердцебиение, головокружение. При осмотре: бледность кожных покровов. Пульс симметричный, регулярный, частота 62 удара в минуту, медленный, малый, жидкий (p.tardus, parvus et rarus). АД – 115/90 мм рт. ст. При пальпации предсердной области: верхушечный толчок в V межреберье по левой срединно-ключичной линии, высокий, разлитый, резистентный. Симптом систолического "кошачьего мурлыканья" во II межреберье справа от грудины. При перкуссии: левая граница относительной сердечной тупости смещена влево. Аортальная конфигурация сердца. О каком заболевании можно думать на основании этих данных?

- A. Митральный стеноз. D. Стеноз клапанов легочной артерии.*
B. Аортальный стеноз. E. Аортальная недостаточность.
C. Стеноз трехстворчатого клапана.

7. Пациент 52 лет, жалуется на одышку, боли в области сердца, сердцебиение, головокружение. При осмотре: бледность кожных покровов, выраженная пульсация сонных артерий, ритмичное покачивание головы. Пульс симметричный, регулярный, частота 90 ударов в минуту, быстрый, высокий, большой (p.celer, altus et magnus). АД – 170/30 мм рт. ст. При пальпации предсердной области: верхушечный толчок в VI межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, куполообразный. При перкуссии: левая граница относительной сердечной тупости смещена влево. Аортальная конфигурация сердца. О каком заболевании можно думать на основании этих данных?

- A. Митральный стеноз. D. Стеноз клапанов легочной артерии.*
B. Аортальный стеноз. E. Аортальная недостаточность.
C. Недостаточности трехстворчатого клапана.

8. Пациент 56 лет, жалуется на длительные, интенсивные, жгучие боли за грудиной, кашель, одышку, дисфагию. При осмотре: незначительная отечность лица и вен шеи. При осмотре предсердной области выявлено пульсацию во II межреберье справа от грудины. Пульс симметричный, регулярный, частота 88 ударов в минуту, быстрый, высокий, большой (p.celer, altus et magnus). АД – 160/40 мм рт. ст. При пальпации предсердной области: верхушечный толчок в VI межреберье на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, куполообразный. При перкуссии левая граница относительной сердечной тупости смещена влево. Ширина сосудистого пучка 8 см. Аортальная конфигурация сердца. О каком заболевании можно думать на основании этих данных?

- A. Митральный стеноз. D. Стеноз клапанов легочной артерии.*
B. Аортальный стеноз. E. Митральная недостаточность.
C. Аневризма восходящего отдела аорты.

9. Пациентка 38 лет, жалуется на боль в правом подреберье, сердцебиение, отеки голеней. При общем осмотре отечность лица, акроцианоз. Пульс симметричный, регулярный, частота – 82 удара в минуту. АД – 130/80 мм рт. ст. При осмотре предсердной области: сердечный толчок. При пальпации: верхушечный толчок в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. При перкуссии: смещение правой границы относительной тупости сердца вправо. Увеличение площади абсолютной тупости сердца. О каком заболевании можно думать на основании этих данных?

- A. Митральный стеноз. D. Стеноз клапанов легочной артерии.
B. Аортальный стеноз. E. Недостаточности трехстворчатого клапана.
C. Аневризма восходящего отдела аорты.*

10. Пациентка 38 лет, жалуется на сильный озноб, повышение температуры тела, потливость, одышку, боли в области сердца, за грудиной. При общем осмотре: занимает вынужденное положение сидя с наклоном туловища вперед, цианоз, отечность лица, рук, шеи, резкое набухание яремных вен. Пульс симметричный, аритмичный, частота 94 удара в минуту, разного напряжения, наполнения, величины. АД – 110/70 мм рт. ст. При осмотре предсердной области: выбухание грудной клетки, межреберные промежутки сглажены. При пальпации: верхушечный толчок не определяется. При перкуссии: смещение всех границ относительной тупости сердца наружу. Трапецеобразная конфигурация сердца. О каком заболевании можно думать на основании этих данных?

- A. Левосторонний экссудативный плеврит. D. Левосторонняя бронхопневмония.
B. Экссудативный перикардит. E. Левосторонний пиоторакс.
C. Инфекционный эндокардит.*

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>C</i>	<i>D</i>	<i>B</i>	<i>E</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>E</i>	<i>C</i>	<i>E</i>	<i>B</i>

Учебное издание

**РАССПРОС, ОБЩИЙ ОСМОТР
БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.
ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЯ
ПРЕДСЕРДЕЧНОЙ ОБЛАСТИ**

Методические указания для студентов

Составители Ащеулова Татьяна Вадимовна
 Амбросова Татьяна Николаевна
 Смирнова Виктория Ивановна

Ответственный за выпуск Т. В. Ащеулова



Редактор Л. А. Силаева
Корректор Е. В. Рубцова
Компьютерная верстка Н. И. Дубская

Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 1,0. Зак. № 16-33149.

**Редакционно-издательский отдел
ХНМУ, пр. Науки, 4, г. Харьков, 61022
izdatknmu@mail.ua**

Свидетельство о внесении субъекта издательского дела в Государственный реестр издателей, изготовителей и распространителей издательской продукции серии ДК № 3242 от 18.07.2008 г.

**РАССПРОС, ОБЩИЙ ОСМОТР
БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.
ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЯ
ПРЕДСЕРДЕЧНОЙ ОБЛАСТИ**

Методические указания для студентов