

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**РОЗПИТ, ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД ХВОРИХ
З ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ.
ОГЛЯД І ПАЛЬПАЦІЯ ПЕРЕДСЕРЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

Методичні вказівки для студентів

Затверджено
вченою радою ХНМУ.
Протокол № 6 від 14.06.2018.

**Харків
ХНМУ
2018**

Розпит, загальний огляд хворих з патологією серцево-судинної системи: огляд і пальпація передсерцевої ділянки : метод. вказ. для студентів 18/ упоряд. Т. В. Ащеулова, Т. М. Амбросова, В. І. Смирнова – Харків : ХНМУ, 2018. – 16 с.

Упорядники Т. В. Ащеулова
 Т. М. Амбросова
 В. І. Смирнова

Основні скарги хворих із серцево-судинною патологією:

1. Задишка, напади ядухи.
2. Болі в ділянці серця.
3. Серцебиття.
4. Відчуття перебоїв.
5. набряки нижніх кінцівок і скупчення рідини в порожнинах.
6. Кашель, кровохаркання.
7. Диспептичні явища.
8. Астеновегетативні розлади: слабкість, стомлюваність, зниження працездатності.

Задишка – тяжке відчуття нестачі повітря. Це одна з ознак розвитку серцевої недостатності, переважно інспіраторного характеру. Вона пов'язана з фізичним навантаженням (у початкових стадіях компенсації), виникає у спокої (ознака важкої серцевої декомпенсації), є компенсаторною реакцією активації дихального центру при розвитку застійних явищ і вповільненні кровотоку у великому й малому колах кровообігу при зниженні скорочувальної здатності серця. Характерна для розвитку серцевої недостатності на тлі вад серця (особливо мітральних), ішемічної хвороби серця (стенокардія, інфаркт міокарда, кардіосклероз, аритмії й блокади серця), артеріальної (гіпертонічна хвороба) і симптоматичної гіпертензії (хронічна хвороба нирок, феохромоцитома, хвороба Іщенко–Кушинга, первинний гіперальдостеронізм та ін.).

Ядуха (серцева астма) є крайнім варіантом прояву задишки, може розвиватися як у спокої, так і при фізичному навантаженні, характеризується відчуттям гострої нестачі повітря, неможливістю зробити глибокий вдих, при розвитку набряку легенів може супроводжуватися виділенням рясного пінистого мокротиння й наявністю дистанційних великопухирчастих хрипів у легенях, чутних на відстані.

Болі в ділянці серця (кардіалгії) можуть бути пов'язані із серцевими причинами при стенокардії, інфаркті міокарда, ендокардитах, міокардитах, перикардитах, аневризмі аорти, нейроциркуляторній дистонії. Також кардіалгії можуть мати позасерцеві причини при гастроентерологічній патології (гастрит, виразкова хвороба, гастроезофагальнорефлюксна хвороба) і патології кістково-м'язової системи (міозит, переломи ребер, періостити, міжреберна невралгія, остеохондроз грудного відділу хребта).

Для диференційної діагностики болю в ділянці серця необхідно ретельно проводити деталізацію скарг (відповідно до питань деталізації), що допоможе на етапі розпиту припустити причинно-наслідкові особливості болю в ділянці серця.

Біль при стенокардії характеризується, як стисний, колючий, пекучий, тривалістю до 10 хв, підсилюється при фізичному й емоційному навантаженні,

і зменшується у спокої, віддає у ліву руку, лопатку, плече, нижню щелепу, купірується вазодилататорами (нітрогліцерин, бета-адреноблокатори).

Біль при інфаркті міокарда за характером схожий на стенокардичний, але більшої інтенсивності й тривалості (години, дні), не купірується нітрогліцерином, на ЕКГ – ознаки інфаркту, супроводжується холодним липким потом, відчуттям страху, зниженням артеріального тиску на тлі тахікардії.

Болі при розшаровуючій аневризмі аорти гострі, сильні, інтенсивні, віддають у хребет і переміщаються по ходу аорти.

Біль при міокардитах ниючого, стисного характеру, непостійний, помірної або слабкої інтенсивності, підсилюється при фізичному навантаженні, у гострому періоді супроводжується ознаками запальної реакції (температура, лейкоцитоз, збільшення ШОЕ).

При перикардиті біль локалізується посередині груднини або по всій ділянці серця, гострий, колючий, стріляючий, тривалістю від декількох годин до днів, змінюється при зміні положення тіла, підсилюється під час руху, кашлі, натисканні стетоскопом, визначається шум тертя при аускультатії.

При нейроциркуляторній дистонії (за кардіальним типом) біль локалізується в ділянці верхівки, колючого характеру, різної тривалості, помірної інтенсивності, не пов'язаний із фізичними навантаженнями, пов'язаний із психоемоційним порушенням, переважно у вечірній і нічний час (перед сном), уривається прийомом седативних препаратів.

При тромбоемболії легеневої артерії біль локалізується за грудниною або в бічних відділах грудної клітки, супроводжується кровохарканням, різко вираженою задишкою, тахікардією на тлі гіпоксемії.

Біль при патології стравоходу й шлунка характеризується печінням за грудниною, провокується певними видами їжі, збільшується в положенні лежачи, не залежить від навантаження, купірується антацидами, але не нітрогліцерином, може супроводжуватися дисфагічними й диспептичними явищами.

Біль при патології кістково-м'язової системи стріляючий, ниючий, постійний, пов'язаний із рухом, купірується прийманням нестероїдних протизапальних препаратів.

Серцебиття – відчуття посилення і прискорення скорочень серця, що пов'язано з підвищеною збудливістю нейрорегуляторних центрів, які регулюють діяльність серця. Виникає у здорових людей при великому фізичному навантаженні, емоційній напрузі, зловживанні каваю, тютюном; при серцево-судинній патології (міокардит, ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, серцева недостатність, вади серця); при рефлекторних порушеннях (лихоманка, анемія, невроз, гіпертиреоз, після приймання атропіну, при депресії, вегетативно-судинній дистонії).

Відчуття "перебоїв у роботі серця" обумовлені порушенням ритму роботи серця, відчуються хворими як завмирання, зупинка серця. Спостерігаються при різних порушеннях ритму й провідності (екстрасистолічна аритмія, фібриляція передсердь, надшлуночкові й шлуночкові тахіаритмії,

блокади серця), які розвиваються на тлі органічного ураження серцевого м'яза (ішемічна хвороба серця, кардіосклероз, міокардит, вади серця). Також аритмії й брадикардії можуть спостерігатися при передозуванні лікарських засобів – серцеві глікозиди, бета-адреноблокатори, антиаритмічні препарати.

Набряки розвиваються в результаті компенсаторної реакції організму на зменшення серцевого переднавантаження (зменшення припливу крові до серця). Обумовлені такими чинниками:

1) уповільнення кровотоку й транссудація рідини в тканини, підвищення гідростатичного тиску в капілярах;

2) порушення регуляції водно-сольового обміну (недостатнє забезпечення артеріальною кров'ю нирок → активація ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС), підвищення секреції антидіуретичного гормону (АДГ);

3) тривалий венозний застій у ВКК → зниження вироблення альбумінів і глобулінів печінкою → зниження онкотичного тиску плазми.

Для набряків, що виникають при серцево-судинній патології, характерна їх поява на нижніх кінцівках, поширення вгору (висхідне). Вони збільшуються до кінця дня і зменшуються після нічного відпочинку, теплі, м'які на дотик. Набряки при затримці рідини до 5 л практично не видні й виражаються лише в збільшенні маси тіла. Видимі набряки локалізуються при вертикальному положенні хворого на гомілці, тильній стороні стопи, при постільному режимі – в ділянці крижів і попереку. Можлива також наявність рідини в порожнинах (*асцит* – скупчення рідини в черевній порожнині, *гідроторакс* – скупчення рідини в плевральній порожнині, *гідроперикард* – скупчення рідини між листками перикарда). Загальний набряк називається *анасарка* й характеризується набряком усього тіла (набряки нижніх кінцівок сполучаються зі скупченням рідини в порожнинах). *Анасарка* характерна для термінальної стадії серцевої недостатності.

Кашель при серцево-судинній патології характеризується виділенням невеликої кількості слизуватого мокротиння, переважно в ранковий час, без ознак запальної інтоксикації й пов'язаний з розвитком застійних явищ у малому колі кровообігу при патології серця. Кровохаркання виникає при застої крові й гіпертензії в легневих судинах, при кашлі з мокротинням можуть відділятися прожилки крові. Кашель і кровохаркання більш характерні при ураженні лівих відділів серця. Слід відрізнити від кровохаркання виділення рясної кількості пінистого рожевого мокротиння, що пов'язано з гострою лівошлуночковою недостатністю (набряк легенів) і легеневою кровотечею, коли виділяється рясна кількість крові з мокротинням – 100 мл і більш (онкопатологія легенів і бронхів, інфаркт міокарда, розпад легеневої тканини при туберкульозі).

Диспнетичні явища при серцевій патології пов'язані з порушенням кровообігу в печінці й судинах великого кола кровообігу, що призво-

дять до збільшення печінки (відчуття важкості й дискомфорту в правому підребер'ї) і розладу травлення (нудота, відрижка, блювання, метеоризм, порушення перистальтики кишечника).

Слабкість і стомлюваність – найпоширеніші скарги хворих з міокардитами, хронічною серцевою недостатністю. Поряд із задишкою, серцебиттям вони значно обмежують фізичну активність хворих.

ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД ХВОРОГО ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

При огляді хворих слід звернути увагу на вимушені положення, наявність специфічних змін на обличчі, *забарвлення шкірних покривів, деривати шкіри (нігтьові пластинки), набряки нижніх кінцівок*. Щоб не упустити важливих деталей, потрібно оглядати хворого зверху вниз.

Вимушені положення при серцево-судинній патології: *ортонное без упору рук* – характерно для термінальної стадії серцевої недостатності; при тривалому сидінні кров депонується в судинах нижніх кінцівок, зменшується венозне повернення крові до серця і, як наслідок, зменшується застій у малому колі кровообігу й поліпшується вентиляція крові внаслідок затримки крові в судинах нижніх кінцівок; опускається діафрагма й зменшується тиск на неї при наявності асцити; *на правому боці* – при розширенні серця, тому що при цьому не виникають неприємні відчуття через прилягання серця до грудної клітки; *сидячи, зігнувшись уперед* (як мусульманин під час молитви) – при випітному перикардиті.

Наявність специфічних змін на обличчі: "*Facies mitrale*" – обличчя при мітральному стенозі має характерний рум'янець, так званий "мітральний метелик", обумовлений ціанозом, губи інтенсивного кольору, що надає обличчю миловидності і пацієнт виглядає молодше свого паспортного віку; *обличчя Корвізара* спостерігається в пацієнтів з термінальною серцевою недостатністю, характеризується жовтянично-землистим відтінком шкірних покривів, рот відкритий, явища акроціанозу, візуально виражена задишка; *симптом черв'яка* – звиті скроневі артерії, ознака атеросклерозу і гіпертонічної хвороби.

Забарвлення шкірних покривів, деривати шкіри (нігтьові пластинки). При вадах, які супроводжуються зменшенням надходженням артеріальної крові у кров'яне русло, шкіра бліда (*аортальна блідість*). Стеноз устя аорти – мале наповнення кров'ю аорти. Недостатність клапанів аорти – недостатнє наповнення прекапілярів під час діастоли. Стеноз устя легеневої артерії надає шкірі *блідого і синюшного відтінку* одночасно.

При серцевій недостатності шкірні покриви мають *воскоподібний жовтуватий відтінок*, при бактеріальному септичному ендокардиті – колір кави з молоком.

Синюшність шкірних покривів у хворих із серцево-судинною патологією може проявляється у вигляді *акроціанозу* (синюшність кінчика носа, губ, мочок вух, носогубного трикутника, пальців рук) і *центрального ціанозу* (синюшність обличчя, верхньої половини тулуба). Поява акроціанозу пов'язана з підвищенням у венозній крові відновленого гемоглобіну через збільшення поглинання тканинами кисню й уповільнення кровотоку при недостатній роботі серця. Розвиток центрального ціанозу пов'язаний з недостатньою оксигенацією крові при розвитку застійних і гіпертензивних явищ у малому колі кровообігу при недостатній скорочувальній здатності міокарда.

Важливою ознакою серцево-судинних захворювань, у тому числі й уроджених вад серця, є *акропахії* – деформації нігтьових фаланг пальців кистей за типом барабанних паличок (збільшення дистальних фаланг кистей) і форма нігтьової пластинки у вигляді скла годинника (увігнута, розшарована, з попереочною й поздовжньою покресленістю, опукла, велика). Дані акропахії пов'язані з механізмами надмірного розростання окістя в умовах хронічної гіпоксії при недостатній роботі серця, також можуть спостерігатися при формуванні легенево-серцевої недостатності (хронічне легеневе серце).

Набряки нижніх кінцівок (серцеві набряки) формуються при розвитку застійних явищ у системі судин великого кола кровообігу, коли уражене серце не забезпечує адекватний ударний обсяг. При уповільненні венозного кровотоку рідка частина плазми дифундує через судинну стінку в міжклітинний простір, і в такий спосіб формуються набряки нижніх кінцівок, а в термінальних стадіях серцевої недостатності – *асцит*.

Огляд шиї й голови

У яремній ямці (над рукояткою груднини між внутрішніми краями кивальних м'язів) іноді візуально визначаються синхронні із систолою пульсаторні випинання дуги аорти – **ретростернальна пульсація**, яка пов'язана з розширенням й подовженням дуги аорти (*аневризма аорти*).

Пульсації сонних артерій ("*танок каротид*") спостерігаються за недостатності півмісяцевого клапана аорти. Для даної вади характерна симптоматика «пульсуючої людини», що проявляється наступними симптомами: симптом Мюссе – синхронно з пульсацією артерій ритмічне погойдування голови, симптом Ландольфі – відповідно систолі–діастолі звуження–розширення зіниці, хибнокапілярний пульс Квінке – при натисненні на кінець нігтьової фаланги утворюється біла пляма, яка розширюється й зменшується відповідно до систоли й діастолі при кожному пульсовому ударі.

При огляді вен можна побачити їх переповнення й набрякання. Це пов'язано з розвитком синдрому верхньої порожнистої вени (ВПВ), який обумовлений здавлюванням ВПВ при таких станах: аневризма аорти, пухлина межистіння, випоти в порожнину перикарда, тромбоз, тромбоем-

боля легеневої артерії. При здавлюванні ВПВ створюються передумови для відкриття й розширення колатералів вен, що клінічно проявляється розширенням венозної сітки передньої й задньої грудної клітки не нижче 5-го ребра, супроводжується набряком обличчя, шиї рук (комір Стокса) і дифузним ціанозом обличчя й верхніх кінцівок. Синдром нижньої порожнистої вени (НПВ) обумовлений здавлюванням, тромбозом і гіпертензією в системі портальної вени й зустрічається при термінальних стадіях серцевої недостатності, цирозі печінки, тромбозі мезентеріальних судин. Клінічно синдром НПВ характеризується набряками нижніх кінцівок, ціанозом нижньої половини тіла, розширенням венозної мережі в ділянці пупка (голова Медузи), розширенням гемороїдальних вен, формуванням асцити.

Огляд передсерцевої ділянки

При огляді передсерцевої ділянки можна виявити:

1. *Серцевий горб.*
2. *Верхівковий поштовх.*
3. *Серцевий поштовх.*
4. *Видимі патологічні пульсації.*

Деформацію грудної клітки в ділянці серця – *серцевий горб* – можна виявити в осіб, що страждають на ваду серця з дитинства. Серцевий горб формується за умови, коли гіпертрофоване серце при вродженій ваді давить на несформовані кістково-хрящеві тканини у дитини. Дана деформація розглядається як постійна (уроджені неоперовані вади серця в дитячому віці, синдром Марфана). Крім того, може спостерігатися непостійне випинання в передсерцевій ділянці у вигляді згладжених міжреберних проміжків в ній при ексудативному перикардиті, що має тривалий перебіг.

У здорових осіб в V міжребер'ї, на 1–1,5 см досередини від лівої серединно-ключичної лінії (в ділянці верхівки серця), видна обмежена ритмічна фізіологічна пульсація – *верхівковий поштовх*. Походження останнього пояснюється тим, що в період систоли м'яз серця ущільнюється, верхівка його піднімається, просувається вперед і вдаряється у передню грудну стінку. Приблизно в половині випадків верхівковий поштовх не виявляється, тому що прикритий ребром. Для огляду верхівкового поштовху в жінки лікар при необхідності просить її підняти ліву молочну залозу. При правобічному розташуванні серця (декстракардія) верхівковий поштовх виявляється досередини від правої серединно-ключичної лінії у V міжребер'ї.

Серцевий поштовх утворений скороченням правого шлуночка. Оскільки правий шлуночок розташовується за грудниною, у нормі його пульсація не видна. Винятком є особи з астеничним типом конституції й низьким індексом маси тіла.

Наявність *серцевого поштовху* у хворих із легенево-серцевою патологією, який візуалізується по лівому краю груднини й в епігастральній ділянці, є ознакою гіпертрофії міокарда правого шлуночка (легеневе серце, стеноз мітрального клапана, стеноз і недостатність півмісяцевого клапана легеневого стовбура, недостатність тристулкового клапана). В епігастральній ділянці також можна спостерігати пульсацію черевного відділу аорти.

Для диференційної діагностики епігастральної пульсації (гіпертрофованих правий шлуночок, або черевна аорта) необхідно попросити пацієнта глибоко вдихнути: *серцевий поштовх* – пульсація підсилюється, черевна аорта – пульсація зменшується. Пульсація черевного відділу аорти локалізується в нижній частині епігастральної ділянки ліворуч від середньої лінії живота й краще помітна при горизонтальному положенні хворого.

Пульсації на основі серця. Пульсації в II міжребер'ї біля правого краю груднини (пульсації, обумовлені аневризмою аорти) і в II міжребер'ї біля лівого краю груднини (пульсації легеневої артерії, пов'язані з легеневою гіпертензією: легеневе серце, стеноз і недостатність мітрального клапана, стеноз і недостатність півмісяцевого клапана легеневого стовбура та ін.).

При огляді передсерцевої ділянки визначають наявність (або відсутність) наступних симптомів: *серцевого горба* (випинання передньої стінки грудної клітки над проекцією серця); *верхівкового поштовху* (синхронну з діяльністю серця й обмежену пульсацію грудної стінки над проекцією верхівки серця або синхронне з діяльністю серця втягування обмеженої ділянки передньої поверхні грудної клітки над проекцією верхівки серця); *серцевого поштовху* (синхронну з діяльністю серця розлитую пульсацію передньої грудної стінки біля лівого краю нижньої половини груднини, що поширюється на надчеревну ділянку); видимі патологічні пульсації в прекардіальній ділянці – *епігастральна ретростернальна, пульсації на основі серця, пульсації сонних артерій, набрякання шийних вен.*

Еталон відповіді (норма). При огляді передсерцевої ділянки *серцевий горб* не визначається, *верхівковий поштовх* не візуалізується, *серцевого поштовху* немає, видимих патологічних пульсацій у передсерцевій ділянці немає.

Пальпація передсерцевої ділянки дозволяє пропальпувати *верхівковий поштовх* (ВП) і визначити його властивості, а також виявити симптом "котячого муркотіння".

Властивості ВП: *локалізація, сила, площа, висота.*

Локалізація ВП

У нормі пальпується у V міжребер'ї на 1–2 см досередини від лівої середньоключичної лінії.

Зсув ВП уліво й униз пов'язаний з такими факторами:

– гіпертрофія й дилатація лівого шлуночка: аортальна недостатність, стеноз устя аорти в стадії декомпенсації, мітральна недостатність,

артеріальні гіпертензії, кардіоміопатії (гіпертрофічна, дилатаційна) гостре ушкодження міокарда (міогенна дилатація);

– зсув межистіння: правобічний гідроторакс, правобічний пневмоторакс, лівосторонній обтураційний ателектаз.

Зсув ВП уліво й вгору пов'язаний з підвищенням тиску в черевній порожнині: високе стояння діафрагми (гіперстеніки), асцит, метеоризм, абдомінальне ожиріння, вагітність, об'ємні пухлинні утворення в черевній порожнині (онкопатологія, гостра кишкова непрохідність та ін.)

Сила ВП. У нормі ВП помірної сили. Сила вимірюється тиском, який виявляє верхівка серця на пальці досліджуваного (лікаря). Посилення сили ВП пов'язане з гіпертрофією лівого шлуночка: аортальні вади, мітральна недостатність, артеріальні гіпертензії (первинні й вторинні), також при фізичному навантаженні й психоемоційному порушенні, захворюванні ендокринних органів.

Ослаблення сили ВП в основному пов'язане з екстракардіальними причинами: ожиріння, надмірний розвиток грудної мускулатури, вузькі міжребер'я в гіперстеніків, емфізема легенів, випітний перикардит, лівосторонній пневмо- і гідроторакс.

Площа ВП. У нормі – приблизно 2 см^2 .

Збільшення площі ВП – розлитий, більше 2 см^2 – пов'язано з гіпертрофією/дилатацією лівого шлуночка при таких захворюваннях, як недостатність мітрального й аортального клапанів, артеріальна й симптоматична гіпертензія, кардіоміопатії гіпертрофічна й дилатаційна, високе стояння діафрагми, пухлини заднього межистіння.

Зменшення площі ВП – обмежений, менше 2 см^2 – в основному пов'язане з екстракардіальними причинами: ожиріння, надмірний розвиток грудної мускулатури, вузькі міжребер'я в гіперстеніків, емфізема легенів, випітний перикардит, лівосторонній пневмо- і гідроторакс.

Висота ВП. У нормі ВП помірної висоти. Висота ВП є еквівалентом амплітуди коливань грудної клітки в ділянці верхівки серця.

Високий ВП пов'язаний з такими станами, як фізичне й психоемоційне навантаження, лихоманка, тиреотоксикоз; будь-які стани пов'язані з розвитком тахікардії.

Низький ВП пов'язаний з екстракардіальними причинами: ожиріння, надмірний розвиток грудної мускулатури, вузькі міжребер'я в гіперстеніків, емфізема легенів, випітний перикардит, лівосторонній пневмо- і гідроторакс.

Виділяють таке поняття, як куполоподібний ВП (зміщений уліво й униз, розлитий, високий, посилений), зустрічається при значній гіпертрофії лівого шлуночка при аортальних вадах (стеноз і недостатність).

Феномен або симптом «котячого муркотіння» являє собою пальпаторний еквівалент низькочастотної складової серцевого шуму, який з'являється при виникненні турбулентних завихрень крові при проходженні через звужений отвір (стеноз відповідного клапана). Може визначатися як

у систолу, так і в діастолу. Залежно від того, у якій точці вислуховування клапана спостерігається "котяче муркотання", діагностують стеноз відповідного клапана. Верхівка серця – діастолічне "котяче муркотіння" – мітральний стеноз; 2-е міжребер'я праворуч від груднини – систолічне – аортальний стеноз; 2-е міжребер'я ліворуч від груднини – систолічне – стеноз легеневого стовбура; основа груднини – діастолічне – стеноз тристулкового клапана.

У такий спосіб при пальпації передсерцевої ділянки необхідно оцінити ВП і його властивості (локалізацію, силу, площу, висоту) і також визначити наявність/відсутність симптому "котячого муркотіння".

Еталон відповіді (норма). При пальпації передсерцевої ділянки верхівковий поштовх пальпується в V міжребер'ї на 1,5 см досередини від лівої середньоключичної лінії, площею приблизно 2 см², помірної сили й висоти; серцевий поштовх не пальпується; симптом "котячого муркотіння" відсутній.

ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Що таке ортопное?
 - A. Положення пацієнта напівсидячи з упором рук.
 - B. Положення пацієнта напівсидячи з опущеними ногами.
 - C. Горизонтальне положення пацієнта.
 - D. Задишка.
 - E. Частота дихальних рухів 16–20 за 1 хв.
2. Що таке акроціаноз?
 - A. Синюшність шкірних покривів на віддалених частинах тіла.
 - B. Синюшність шкірних покривів верхніх кінцівок.
 - C. Синюшність шкірних покривів нижніх кінцівок.
 - D. Локальна синюшність шкірних покривів.
 - E. Дифузна синюшність шкірних покривів.
3. Для якої патології характерний колір шкіри "кава з молоком"?
 - A. Нестабільна стенокардія.
 - B. Стабільна стенокардія.
 - C. Гіпертонічна хвороба.
 - D. Серцева недостатність.
 - E. Інфекційний ендокардит.
4. Для якої патології характерний рум'янець із ціанотичним відтінком?
 - A. Аортальний стеноз.
 - B. Стеноз устя легеневої артерії.
 - C. Мітральний стеноз.
 - D. Аортальна недостатність.
 - E. Мітральна недостатність.
5. Для якої патології характерно положення "мусульманин під час молитви"?
 - A. Інфаркт міокарда.
 - B. Злипливий перикардит.
 - C. Гіпертонічна хвороба.
 - D. Серцева недостатність.
 - E. Інфекційний ендокардит.

6. Яка локалізація початкових набряків характерна для хвороб серцево-судинної системи?
- A. На обличчі. D. На повіках.
 B. На нижніх кінцівках. E. На губах.
 C. На руках.
7. Що таке пастозність?
- A. Незначний набряк. D. Набряки в ділянці шиї.
 B. Кашель. E. Набряки в ділянці попереку.
 C. Кровохаркання.
8. Що таке анасарка?
- A. Незначний набряк.
 B. Охолодження кінцівок.
 C. Набряк усього тіла з наявністю рідини в порожнинах.
 D. Набряки в ділянці шиї.
 E. Набряки в ділянці попереку.
9. Для якої патології типове "обличчя Корвізара"?
- A. Аортальна недостатність. D. Серцева недостатність.
 B. Перикардит. E. Артеріальна гіпертензія.
 C. Мітральний стеноз.
10. "Танок каротид" є патогномонічним симптомом:
- A. Серцевої недостатності. D. Артеріальної гіпертензії.
 B. Аортального стенозу. E. Аортальної недостатності.
 C. Мітрального стенозу.
11. Як називається обличчя пацієнта з вираженою серцево-судинною недостатністю?
- A. *Facies Corvisara*. D. *Facies mitrale*.
 B. *Facies Hippocratica*. E. *Facies aortale*.
 C. *Facies basedovic*.
12. Які диференційні ознаки пульсації сонних артерій від пульсації яремних вен?
- A. У нормі пульсація сонних артерій не візуалізується.
 B. Пульсація сонних артерій візуалізується досередини від груднино-ключично-соскоподібного м'язу, а пульсація яремних вен – назовні від м'язу.
 C. Пульсація сонних артерій візуалізується назовні від груднино-ключично-соскоподібного м'язу, а пульсація яремних вен – досередини від м'язу.
 D. Пульсація яремних вен більш виражена порівняно з пульсацією сонних артерій.
 E. У нормі пульсація яремних вен візуалізується в яремній ямці.
13. Серцевий горб характерний для:
- A. Лівостороннього ексудативного плевриту.
 B. Ексудативного перикардиту.
 C. Уродженої аортальної вади серця.
 D. Злипливого перикардиту.
 E. Набутої в дорослому віці мітральної вади серця.

14. У нормі в здорової дорослої людини верхівковий поштовх візуалізується в:

- A. V міжребер'ї на 1–1,5 см досередини від лівої серединно-ключичної лінії.
- B. V міжребер'ї на 1–1,5 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії.
- C. V міжребер'ї по лівій серединно-ключичній лінії.
- D. VI міжребер'ї на 1–1,5 см досередини від лівої серединно-ключичної лінії.
- E. VI міжребер'ї на 1–1,5 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії.

15. Надчеревна пульсація, ослаблена при вдиху, є ознакою:

- A. Аневризми висхідного відділу аорти.
- D. Гіпертрофії правого шлуночка.
- B. Пульсації черевної аорти.
- E. Атеросклерозу аорти.
- C. Гіпертрофії лівого шлуночка.

16. Верхівковий поштовх називають розлитим при його поширеності:

- A. Більше 1 см².
- D. Більше 1,5 см².
- B. Менше 2 см².
- E. Більше 2 см².
- C. Від 1 до 2 см².

17. Для якої патології характерне визначення при пальпації діастолічного передсердного тремтіння (симптом "котячого муркотіння") на верхівці серця?

- A. Мітральний стеноз.
- D. Аортальна недостатність.
- B. Мітральна недостатність.
- E. Стеноз тристулкового клапана.
- C. Аортальний стеноз.

18. Для якої патології характерний куполоподібний верхівковий поштовх?

- A. Мітральний стеноз.
- B. Мітральна недостатність.
- C. Аортальний стеноз.
- D. Аортальна недостатність.
- E. Недостатність тристулкового клапана.

19. Про що свідчить зсув верхівкового поштовху вліво й униз до лівої серединно-ключичної лінії в VI міжребер'ї?

- A. Гіпертрофія правого шлуночка.
- D. Дилатація лівого шлуночка.
- B. Гіпертрофія правого передсердя.
- E. Дилатація лівого передсердя.
- C. Гіпертрофія лівого шлуночка.

20. Для якої патології характерна наявність при пальпації систолічного передсердного тремтіння (симптом "котячого муркотіння") в II міжребер'ї праворуч від груднини?

- A. Мітральний стеноз.
- D. Аортальна недостатність.
- B. Мітральна недостатність.
- E. Недостатність тристулкового клапана.
- C. Аортальний стеноз.

Вірні відповіді

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

СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Пацієнт 56 р. після емоційного навантаження відчув сильний головний біль у потиличній ділянці, що супроводжується нудотою, порушеннями зору у вигляді мерехтіння "мушок перед очима", серцебиттям, відчуттям шуму у вухах. Яке захворювання можна підозрювати на підставі цих скарг?
 - A. Інфаркт міокарда.
 - B. Стабільна стенокардія.
 - C. Гіпертонічний криз.
 - D. Тромбоемболія стовбура легеневої артерії.
 - E. Тромбоемболія ділянок легеневої артерії.
2. Пацієнт 48 р. скаржиться на періодичні короткочасні відчуття здавлювання за грудниною, які не залежать від фаз дихання, що виникають при фізичному навантаженні й самостійно минають після відпочинку. Уперше скарги виникли приблизно місяць тому. Про яке захворювання можна думати на підставі цих скарг?
 - A. Інфаркт міокарда.
 - B. Напад серцевої астми.
 - C. Гіпертонічний криз.
 - D. Уперше виявлена стенокардія.
 - E. Тромбоемболія ділянок легеневої артерії.
3. Пацієнт 51 р. скаржиться на біль за грудниною стисного характеру, що віддає в ліву руку й триває близько 10–15 хв, і виникає після емоційного й/або фізичного навантаження, зникає після прийому нітрогліцерину. Про яке захворювання можна думати на підставі цих скарг?
 - A. Інфаркт міокарда.
 - B. Стабільна стенокардія.
 - C. Гіпертонічний криз.
 - D. Тромбоемболія стовбура легеневої артерії.
 - E. Тромбоемболія ділянок легеневої артерії.
4. Пацієнт 45 р. страждає на тромбофлебіт. Через 4 дні після апендектомії при спробі сісти відчув раптову задишку, різку ядуху, запаморочення, стискання і біль у грудях, слабкість. При огляді шкірні покриви ціанотичні, попелясто-сірі, вологі. Про яке захворювання можна думати на підставі цих скарг?
 - A. Інфаркт міокарда.
 - B. Стабільна стенокардія.
 - C. Гіпертонічний криз.
 - D. Тромбоемболія стовбура легеневої артерії.
 - E. Тромбоемболія ділянок легеневої артерії.
5. Пацієнтка 46 р. скаржиться на задишку при незначному фізичному навантаженні й у спокої, напади ядухи, кашель, кровохаркання, серцебиття,

болючі відчуття в ділянці серця. При огляді рум'янець із ціанотичним відтінком, ціаноз губ, кінчика носа, вух, пальців рук і ніг. Про яке захворювання можна думати на підставі цих скарг?

А. Мітральний стеноз.

В. Аортальний стеноз.

С. Недостатність тристулкового клапана.

Д. Стеноз клапанів легеневої артерії.

Е. Аортальна недостатність.

6. Пацієнт 62 р. скаржитися на задишку, болі в ділянці серця, серцебиття, запаморочення. При огляді: блідість шкірних покривів. Пульс симетричний, регулярний, частота – 62 за 1 хв, повільний, малий, рідкий (*p. tardus, parvus et rarus*). АТ – 115/90 мм рт. ст. При пальпації передсердної ділянки: верхівковий поштовх у V міжребер'ї по лівій серединно-ключичній лінії, високий, розлитий, резистентний. Симптом систолічного "котячого муркотіння" в II міжребер'ї праворуч від груднини. При перкусії: ліва межа відносної серцевої тупості зміщена вліво. Аортальна конфігурація серця. Про яке захворювання можна думати на підставі цих даних?

А. Мітральний стеноз.

Д. Стеноз клапанів легеневої артерії.

В. Аортальний стеноз.

Е. Аортальна недостатність.

С. Стеноз тристулкового клапана.

7. Пацієнт 52 р. скаржитися на задишку, болі в ділянці серця, серцебиття, запаморочення. При огляді: блідість шкірних покривів, виражена пульсація сонних артерій, ритмічне погойдування голови. Пульс симетричний, регулярний, частота – 90 за 1 хв, швидкий, високий, великий (*p. celer, altus et magnus*). АТ – 170/30 мм рт. ст. При пальпації передсердної ділянки: верхівковий поштовх у VI міжребер'ї на 1 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії, куполоподібний. При перкусії: ліва межа відносної серцевої тупості зміщена вліво. Аортальна конфігурація серця. Про яке захворювання можна думати на підставі цих даних?

А. Мітральний стеноз.

В. Аортальний стеноз.

С. Недостатність тристулкового клапана.

Д. Стеноз клапанів легеневої артерії.

Е. Аортальна недостатність.

8. Пацієнт 56 р. скаржитися на тривалі, інтенсивні, пекучі болі за грудниною, кашель, задишку, дисфагію. При огляді: незначна набряклість обличчя й вен шиї. При огляді передсердної ділянки виявлена пульсація в II міжребер'ї праворуч від груднини. Пульс симетричний, регулярний, частота – 88 за 1 хв, швидкий, високий, великий (*p. celer, altus et magnus*). АТ – 160/40 мм рт. ст. При пальпації передсердної ділянки: верхівковий поштовх у VI міжребер'ї на 1,5 см назовні від лівої серединно-ключичної

лінії, куполоподібний. При перкусії ліва межа відносної серцевої тупості зміщена вліво. Ширина судинного пучка – 8 см. Аортальна конфігурація серця. Про яке захворювання можна думати на підставі цих даних?

- A. Мітральний стеноз.*
- B. Аортальний стеноз.*
- C. Аневризма висхідного відділу аорти.*
- D. Стеноз клапанів легеневої артерії.*
- E. Мітральна недостатність.*

9. Пацієнтка 38 р. скаржиться на біль у правому підребер'ї, серцебиття, набряки гомілок. При загальному огляді набряклість обличчя, акроціаноз. Пульс симетричний, регулярний, частота – 82 за 1 хв. АТ – 130/80 мм рт. ст. При огляді передсердної ділянки: серцевий поштовх. При пальпації: верхівковий поштовх у V міжребер'ї на 1,5 см досередини від лівої серединно-ключичної лінії. При перкусії: зсув правої межі відносної тупості серця вправо. Збільшення площі абсолютної тупості серця. Про яке захворювання можна думати на підставі цих даних?

- A. Мітральний стеноз.*
- B. Аортальний стеноз.*
- C. Аневризма висхідного відділу аорти.*
- D. Стеноз клапанів легеневої артерії.*
- E. Недостатність тристулкового клапана.*

10. Пацієнтка 38 р. скаржиться на сильний озноб, підвищення температури тіла, пітливість, задишку, болі в ділянці серця, за грудниною. При загальному огляді: набуває вимушеного положення сидячи з нахилом тулуба вперед, ціаноз, набряклість обличчя, рук, шиї, різке набрякання яремних вен. Пульс симетричний, аритмічний, частота – 94 за 1 хв, різної напруги, наповнення, величини. АТ – 110/70 мм рт. ст. При огляді передсердної ділянки: вибухання грудної клітки, міжреберні проміжки згладжені. При пальпації: верхівковий поштовх не визначається. При перкусії: зсув усіх меж відносної тупості серця назовні. Трапецієподібна конфігурація серця. Про яке захворювання можна думати на підставі цих даних?

- A. Лівосторонній ексудативний плеврит.*
- B. Ексудативний перикардит.*
- C. Інфекційний ендокардит.*
- D. Лівостороння бронхопневмонія*
- E. Лівосторонній піоторакс.*

Вірні відповіді

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>

Навчальне видання

**РОЗПИТ, ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД ХВОРИХ
З ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ.
ОГЛЯД І ПАЛЬПАЦІЯ ПЕРЕДСЕРЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

Методичні вказівки для студентів

Упорядники Ащеулова Тетяна Вадимівна
 Амбросова Тетяна Миколаївна
 Смирнова Вікторія Іванівна

Відповідальний за випуск Т. В. Ащеулова



Редактор М. В. Тарасенко
Коректор Є. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Умов. друк. арк. 1,0. Зам. № 18-33673.

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com

Свідectво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.

**РОЗПИТ, ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД ХВОРИХ
З ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ.
ОГЛЯД І ПАЛЬПАЦІЯ ПЕРЕДСЕРЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

Методичні вказівки для студентів