


Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навчальний посібник

У навчальному посібнику висвітлено сучасну інформацію про методи діагностики в клініці внутрішньої медицини з урахуванням рекомендацій провідних світових та європейських наукових товариств. Детально розглянуто питання фізикального, лабораторного та інструментального дослідження основних систем організму (серцево-судинної, дихальної, травної, опорно-рухової, сечовидільної, кровотвірної) та при алергійних захворюваннях.  Для лікарів-практиків терапевтичного профілю (лікарів загальної практики — сімейної медицини, терапевтів, кардіологів, пульмонологів, гастроентерологів, ревматологів, нефрологів, гематологів, алергологів), аспірантів, лікарів-інтернів, резидентів і студентів медичних закладів вищої освіти.

А.С. СВІНЦІЦЬКИЙ

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ

В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

РЕКОМЕНДОВАНО
вченою радою Національного медичного
університету імені О.О. Богомольця як
навчальний посібник для лікарів-інтернів
і студентів медичних закладів вищої освіти

Київ
ВСВ «Медицина»
2019

УДК 616.1/4;616.6
ББК 54.1я73
С24

Рекомендовано вченою радою Національного медичного університету імені О.О. Богомольця як навчальний посібник для лікарів-інтернів і студентів медичних закладів вищої освіти (протокол № 4 від 26.02.2019)

Автор:

А.С. Свінцицький, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішніх хвороб стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Рецензенти:

О.В. Синяченко, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Донецького національного медичного університету, член-кореспондент НАМН України, заслужений діяч науки і техніки України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки;

С.І. Сміян, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 2 Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, заслужений діяч науки і техніки України

Свінцицький А.С.

С24 **Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : навч. посіб. / А.С. Свінцицький. — К. : ВСВ «Медицина», 2019. — 1008 с. + 80 с. кольор. вкл. ISBN 978-617-505-768-1**

У навчальному посібнику висвітлено сучасну інформацію про методи діагностики в клініці внутрішньої медицини з урахуванням рекомендацій провідних світових та європейських наукових товариств. Детально розглянуто питання фізикального, лабораторного та інструментального дослідження основних систем організму (серцево-судинної, дихальної, травної, опорно-рухової, сечовидільної, кровотвірної) та при алергійних захворюваннях.

Для лікарів-практиків терапевтичного профілю (лікарів загальної практики — сімейної медицини, терапевтів, кардіологів, пульмонологів, гастроентерологів, ревматологів, нефрологів, гематологів, алергологів), аспірантів, лікарів-інтернів, резидентів і студентів медичних закладів вищої освіти.

УДК 616.1/4;616.6
ББК 54.1я73

ISBN 978-617-505-768-1

© А.С. Свінцицький, 2019
© ВСВ «Медицина», оформлення, 2019

ЗМІСТ

Умовні скорочення	5
Передмова.....	7
Розділ 1. Дослідження системи кровообігу.....	9
1.1. Фізикальне обстеження серцево-судинної системи	9
1.2. Лабораторні методи дослідження серцево-судинної системи	54
1.3. Функціональні проби.....	69
1.4. Інструментальні методи дослідження в кардіології.....	80
1.4.1. Вимірювання артеріального тиску	80
1.4.2. Електрокардіографія	90
1.4.3. Візуалізаційні методи дослідження серця і судин	118
<i>Література</i>	157
Розділ 2. Дослідження органів дихання	159
2.1. Фізикальне обстеження органів дихання	159
2.2. Лабораторні методи дослідження органів дихання	188
2.3. Інструментальні методи дослідження органів дихання	215
2.3.1. Методи дослідження функції органів дихання	215
2.3.2. Променеві методи дослідження.....	234
2.3.3. Морфологічні зміни при захворюваннях органів дихання.....	291
2.3.4. Діагностика легеневого серця як ускладнення бронхолегеневих захворювань	301
<i>Література</i>	307
Розділ 3. Дослідження системи травлення	308
3.1. Фізикальне обстеження органів травлення	308
3.2. Лабораторні методи дослідження органів травлення	366
3.2.1. Методи дослідження секреторної активності шлунка.....	371
3.2.2. Проби для діагностики шлунково-стравохідного рефлюксу	386
3.2.3. Діагностика інфікування гелікобактером	387
3.2.4. Інші лабораторні дослідження.....	393
3.3. Інструментальні методи діагностики в гастроентерології.....	449
3.3.1. Променеві дослідження.....	449
3.3.2. Радіоізотопні методи дослідження	520
3.3.3. Ендоскопічні методи дослідження.....	532
3.3.4. Морфологічні методи в діагностиці захворювань органів травлення.....	554
<i>Література</i>	590
Розділ 4. Дослідження опорно-рухового апарату.....	593
4.1. Фізикальне обстеження суглобів.....	594
4.1.1. Дослідження рухової функції суглобів.....	618
4.2. Лабораторні методи дослідження захворювань суглобів	634
4.3. Інструментальні методи дослідження суглобів	650
<i>Література</i>	680

Зміст

Розділ 5. Дослідження нирок і сечових шляхів	681
5.1. Загальні відомості про сечову систему	681
5.2. Фізикальне обстеження нирок і сечових шляхів	686
5.3. Лабораторні методи діагностики при захворюваннях нирок	701
5.4. Інструментальні методи діагностики при захворюваннях нирок	760
5.5. Клініко-лабораторні синдроми при захворюваннях нирок і сечових шляхів.....	795
<i>Література</i>	<i>816</i>
Розділ 6. Дослідження крові і органів системи кровотворення.....	818
6.1. Загальна характеристика системи кровотворення та гемостазу	818
6.2. Фізикальні методи обстеження органів кровотворення.....	835
6.3. Лабораторні методи дослідження системи кровотворення	878
6.4. Інструментальні методи дослідження органів системи кровотворення	921
<i>Література</i>	<i>936</i>
Розділ 7. Діагностика алергійних захворювань	938
7.1. Загальні питання.....	938
7.2. Етапи діагностики алергійних захворювань	941
7.3. Диференціальна діагностика алергійних захворювань	991
<i>Література</i>	<i>997</i>
Предметний покажчик.....	998

ПЕРЕДМОВА

Захворювання внутрішніх органів мають значну питому вагу в структурі загальної захворюваності населення та виражену суспільно-економічну значущість у зв'язку зі швидкою ранньою інвалідизацією та високою летальністю в найбільш працездатному віці на тлі ймовірного подальшого збільшення показників поширеності цих патологій.

Діагностика внутрішніх хвороб, особливо на початковому етапі розвитку, для багатьох лікарів, зокрема молодих, становить значні труднощі, що обумовлено відсутністю специфічних лабораторних тестів і подібністю клінічних проявів багатьох хвороб, а також несвоечасністю адекватної терапії.

Сьогодні досконале володіння методами та технікою безпосереднього клінічного обстеження залишається необхідною умовою успішної лікарської діяльності, адже в більшості випадків для того, щоб своєчасно встановити правильний діагноз, достатньо коректно зібрати і ретельно обстежити пацієнта за допомогою традиційних фізикальних методів. При цьому завдання полягає в умінні виявити й оцінити прояви хвороб і зіставити їх з наявними в лікаря «образами» різних захворювань. Успішне виконання цього завдання вимагає від нього повноцінних знань, гарної пам'яті, уміння обстежити пацієнта й одержати повну і достовірну інформацію, використовуючи насамперед основні методи дослідження, на чому наголошується в пропонованому посібнику.

З анамнезу з'ясовують про раніше проведене лікування, його ефективність і переносимість, що важливо для організації поточного лікувального процесу. Деякі захворювання часто мають атиповий перебіг (невідповідність класичній соціальній структурі хвороби та клінічним проявам), що також ускладнює процес встановлення діагнозу.

Діагноз, встановлений на підставі простих клінічних даних, часто є можливим діагнозом, що потребує підтвердження й уточнення за допомогою додаткових методів дослідження. Такий діагноз важливий із двох позицій. Він може мати, по-перше, самостійне значення в особливих умовах: на чергуваннях, консультаціях, під час надання допомоги вдома та інших обставинах, коли йдеться про надання екстреної допомоги. По-друге, попередній діагноз необхідний для організації цілеспрямованого додаткового дослідження.

Однак не варто забувати, що й науково-технічний прогрес у медицині значно поліпшив можливості розпізнавання хвороб. Постійно збільшується кількість додаткових методів дослідження — лабораторних та інструментальних, привабливість яких полягає в одержанні об'єктивної і часто кількісної інформації про різні сторони патологічного процесу.

Для правильного вибору діагностичних досліджень потрібно знати їх реальну діагностичну цінність, точність і достовірність, чинники, які можуть спотворити

ПЕРЕДМОВА

їх результати, а також чітко визначати завдання для їх проведення в конкретного пацієнта.

Крім того, нові лабораторні й інструментальні методи допомагають по-новому поглянути на давно відомі фізикальні ознаки, уточнити їх механізм виникнення і діагностичне значення, що, у свою чергу, дало змогу переглянути застарілі положення і обґрунтувати нові. Саме ці нові дані, які в останні роки з'явилися у вітчизняній і світовій літературі, знайшли відображення в представленому посібнику, до якого увійшли розділи з діагностики захворювань серцево-судинної системи, органів дихання, травного тракту, опорно-рухового апарату, нирок, кровотвірних органів і алергійних захворювань.

Автор із вдячністю прийме всі зауваження і побажання користувачів з метою поліпшення посібника й подальшого вдосконалення роботи з підготовки фахівців у галузі внутрішньої медицини.

Професор А.С. Свінціцький

ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

1.1. Фізикальне обстеження серцево-судинної системи

Опитування є одним з основних методів обстеження серцево-судинної системи. При цьому слід мати на увазі, що інколи навіть при серйозних органічних змінах серцево-судинної системи в деяких хворих тривалий час відсутні будь-які неприємні відчуття, тому вони не звертаються до лікаря. Навпаки, особи з функціональними розладами нервової системи (невроз, неврозоподібний стан) навіть за відсутності органічних змін серця дуже часто скаржаться «на серце».

Під час опитування дуже важливо встановити, які симптоми хвороби виникають (біль, серцебиття, задишка, підвищення артеріального тиску), їх характер, інтенсивність, зв'язок з перенесеними інфекціями та іншими захворюваннями, переохолодженням, фізичним перевантаженням, уточнити розвиток цих симптомів. З'ясовують, яке проводили лікування, його вплив на перебіг захворювання. Якщо виникали загострення, то з чим вони були пов'язані і як перебігали.

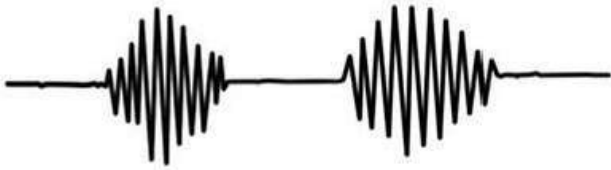
Основними скаргами хворих з патологією серцево-судинної системи є задишка, біль у ділянці серця, серцебиття, перебої в роботі серця, набряки, кашель, кровохаркання, запаморочення.

Задишка (dyspnoe) — утруднене дихання зі зміною його частоти, глибини й ритму, що проявляється відчуттям нестачі повітря. Задишка — найбільш ранній і постійний прояв лівошлуночкової серцевої недостатності і застою в малому колі кровообігу як при систолічній, так і діастолічній формах хронічної серцевої недостатності.

Задишка розвивається внаслідок помітного зниження порога фізичного навантаження при прогресуванні серцевої недостатності. У разі значного застою в малому колі кровообігу задишка виникає у стані спокою. У цих випадках вона різко посилюється в горизонтальному положенні хворого (ортопное) через збільшення венозного припливу до правих відділів серця і ще більшого переповнення кров'ю малого кола кровообігу.

Задишка суб'єктивно проявляється відчуттям ядухи, об'єктивно — почасти-шанням дихання. В її основі лежить серцева недостатність, яка супроводжується сповільненням току крові у великому колі кровообігу, застоєм крові в легенях, що призводить до порушення функції дихального центру внаслідок впливу вуглекислого газу і недоокиснених продуктів обміну речовин, а також до рефлекторного його порушення. Для задишки серцевого походження характерним є посилення її під час руху й у горизонтальному положенні (утруднення роботи дихальних м'я-

Розділ 1. Дослідження системи кровообігу



Мал. 1.1. Дихання Чейна—Стокса

зів і рухів діафрагми, збільшення об'єму циркулювальної крові (ОЦК)). Серцева задишка зростає під час фізичного навантаження й після їди, тому хворі із серцевою недостатністю уникають зайвих рухів і набувають положення напівсидячи (ortopное); вони намагаються си-

діти в ліжку або спати на 2—3 подушках.

Серцева задишка, що характеризується утрудненням вдиху і видиху, називається змішаною. Рідше трапляється інспіраторна задишка, коли утруднений тільки акт вдиху.

Задишка — частий симптом захворювання серця. Для визначення її ступеня, що відповідає ступеню недостатності серця, у хворого з'ясовують, коли саме задишка виникає: при підйомі на певний поверх, швидкій або спокійній ходьбі по рівній місцевості, у стані спокою. Напади серцевої задишки свідчать про значне зниження скоротливої здатності лівого шлуночка серця (рідше лівого передсердя) за відносно задовільної роботи правого шлуночка.

За серцевої недостатності спостерігають серцеву астму і дихання Чейна—Стокса. *Серцева астма (ядуха)* — це дуже сильна задишка, що пов'язана з ураженням серця, настає періодично й раптово; при цьому хворий буквально задихається (близький до асфіксії). Вона виникає внаслідок гострого розвитку слабкості лівого шлуночка (при збереженій функції правого, що спричинює застій крові й підвищення тиску в малому колі кровообігу, пропотівання рідини з капілярів в альвеоли й розвиток набряку легень).

У разі дихання Чейна—Стокса після кількох дихальних рухів (10—12) настає пауза тривалістю від 0,25 до 1 хв, під час якої хворий зовсім не дихає. Після паузи відновлюється рідке, поверхнєве дихання, яке з кожним дихальним рухом стає все частіше і глибше, доки не досягне максимальної глибини. Потім дихання знову рідшає і стає більш поверхневим аж до повної паузи (мал. 1.1).

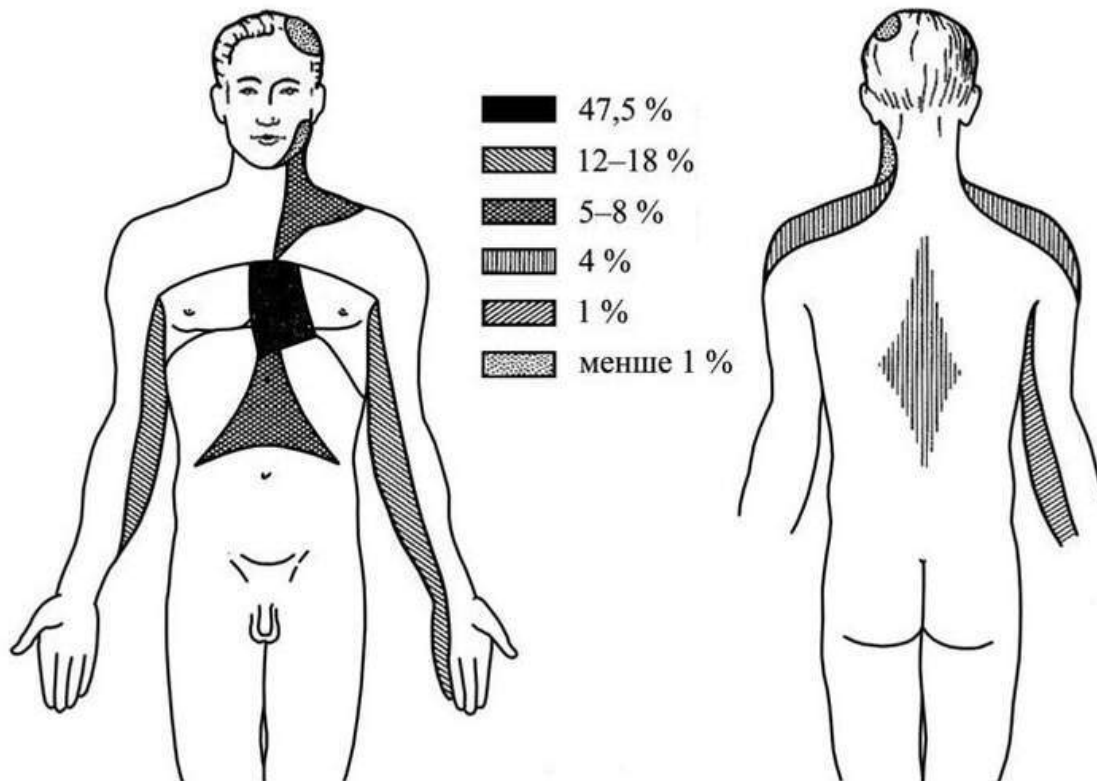
Дихання Чейна—Стокса спостерігається при захворюваннях, що супроводжуються глибокими розладами кровотоку в головному мозку, зокрема в ділянці дихального центру: тяжкі хронічні хвороби серця з недостатністю серцевого м'яза (міокардит, міокардіосклероз), атеросклероз, термінальні стадії хронічного нефриту і гіпертонічної хвороби, менінгіту, пухлини головного мозку, крововиливи в мозок, тяжкі отруєння (наприклад, морфієм). Цей вид розладів дихання є грізною ознакою, яка свідчить про необоротність порушення мозкового кровообігу.

Біль у ділянці серця може виникати як при тяжких ураженнях серця, так і при розладах його функції та навіть бути проявом захворювань інших органів і систем організму (плеврит, невралгія міжребрових нервів, жовчнокам'яна хвороба, хвороби стравоходу, шлунка тощо).

Найбільше значення мають напади стенокардії, що розвиваються при ішемії міокарда внаслідок звуження вінцевих судин. Біль пов'язаний із нагромадженням в анемізованому м'язі недоокиснених продуктів обміну речовин і подразненням ними нервових інтерорецепторів міокарда.

Виникнення нападу стенокардії може супроводжуватися відчуттям нестачі повітря, задишкою або навіть ядухою, що свідчить про появу ознак минущої лівошлуночкової серцевої недостатності, зумовленою ішемією міокарда.

1.1. Фізикальне обстеження серцево-судинної системи



Мал. 1.2. Іррадіація болю при стенокардії та її частота

Для стенокардії та інфаркту міокарда характерний загруднинний біль, який виникає раптово, стискальського характеру, іррадіює в ліву лопатку, ліву руку аж до ліктя і навіть до пальців (мал. 1.2). Локалізацію болю пацієнти часто показують долонею правої руки або кулаком, притиснутим до груднини.

При стенокардії біль найчастіше виникає під час фізичного та емоційного напруження, споживання їжі, ходьби (особливо в холодну, вітряну погоду), супроводжується депресивним станом (аж до виникнення страху смерті). Він може припинитися після зупинки, відпочинку, а іноді тільки після вживання нітрогліцерину. Тривалість болю при стенокардії зазвичай не перевищує 3—5 хв. Інколи біль може виникати в стані спокою, особливо вночі під час сну, коли хворий займає горизонтальне положення (стенокардія спокою) у результаті значного збільшення венозного припливу крові до серця, що призводить до збільшення потреби міокарда в кисні.

У разі стабільної стенокардії напруження симптоми зберігаються без значного погіршення стану більше кількох тижнів і, як правило, виникають у разі підвищення споживання кисню міокардом (фізичне або психологічне навантаження).

Згідно з Класифікацією стабільної стенокардії напруження (Канадська асоціація кардіологів, 1979) виділяють такі класи:

I клас — латентна стенокардія: звичайне фізичне навантаження не зумовлює нападів болю; стенокардія може виникати тільки при навантаженнях високої інтенсивності, що виконуються швидко і тривають довго.

II клас — стенокардія легкого ступеня: невелике обмеження звичайної фізичної активності; напади болю з'являються під час ходьби (понад 200—400 м по рівній місцевості), під час підйому по сходах (більше ніж на один поверх звичай-

Розділ 1. Дослідження системи кровообігу

них сходів), після їди, у морозну погоду, на холодному вітрі, під час емоційного стресу.

III клас — стенокардія середньої тяжкості: помітне обмеження звичайної фізичної активності; напади стенокардії спричиняє ходьба по рівній місцевості та в нормальному темпі на відстань 100—200 м чи підйомі по сходах на один поверх; може бути стенокардія спокою.

IV клас — тяжка стенокардія: будь-яке фізичне навантаження зумовлює у хворого напад; у багатьох пацієнтів часто виникають напади стенокардії спокою.

Особливості за груднинного болю при стенокардії:

- характер болю: стискальний, тиснучий;
- локалізація болю: за груднинний або в передсердній ділянці;
- чіткий зв'язок виникнення нападу болю з фізичним навантаженням;
- тривалість болю не більше 10—15 хв з моменту припинення навантаження;
- швидко усувається нітрогліцерином.

Варіантна стенокардія (спонтанна, Принцметала) — виникає спонтанно і супроводжується елевацією сегмента $S-T$ на ЕКГ. Причиною такої стенокардії є підвищення тонуусу чи спазм вінцевих артерій, тому її називають вазоспастичною. Може з'являтися як при атеросклеротично змінених, так і при інтактних вінцевих артеріях. Напади зазвичай виникають у стані спокою — під час сну або вранці перед вставанням із ліжка. До характерних особливостей варіантної стенокардії належить підйом під час нападу сегмента $S-T$ із переходом у високий зубець T . Протягом дня толерантність до фізичного навантаження досить висока.

Спонтанна стенокардія за характером локалізації та іррадіації нападу не має відмінностей від нападів стенокардії напруження. Однак відзначають деякі особливості, що дають змогу виділити цю форму як самостійну. Насамперед слід зазначити вазоспастичний характер цієї стенокардії, причому може виникати вазоспазм як вінцевих артерій, уражених атеросклерозом, так і інтактних.

Для цього варіанта характерне:

— спонтанна мінливість порога перенесення фізичних навантажень, тобто немає звичної для стенокардії напруження межі навантаження, після подолання якої виникає ангінозний напад;

— виникнення болю у стані спокою або під час звичайних фізичних навантажень, але ніколи — при значних;

— феномен «проходження через напад стенокардії», коли напад виникає в перший момент зусилля, а потім слабшає, незважаючи на триваюче навантаження;

— циклічність виникнення нападів: найчастіше біль виникає в один і той самий час перед світанком, хворі часто прокидаються і чекають початку больового синдрому; у цьому випадку захворювання набуває характеру психосоматичного;

— важливою діагностичною ознакою є характерні зміни ЕКГ, що виражаються в підйомі сегмента ST над ізолінією від 2—3 мм до 20 мм, у зв'язку з чим крива ЕКГ набуває монофазного характеру. Такі зміни характерні для трансмуральної ішемії міокарда. Зсув ST тримається 15—20 хв, а потім повертається у вихідне положення;

— відсутність антиангінального ефекту або навіть погіршення самопочуття після вживання β -блокаторів, однак добрий ефект від антагоністів кальцію.

Нестабільна стенокардія, або *гостра коронарна недостатність*, — це патологічний стан, що нерідко передує інфаркту міокарда й характеризується появою

1.1. Фізикальне обстеження серцево-судинної системи

або почастишанням нападів стенокардії спокою, збільшенням їхньої тривалості й сили, виникненням болю, що не усувається вживанням нітрогліцерину.

Нестабільну стенокардію зумовлюють ті самі чинники, що й стенокардію напруження. Напад стенокардії виникає при розриві атеросклеротичної бляшки, часто з тромбозом і спазмом вінцевої артерії.

Нестабільною стенокардією вважають період різкого загострення ішемічної хвороби серця (ІХС), характерними ознаками якого є виникнення тривалих інтенсивних больових відчуттів без збільшення фізичних та емоційних навантажень або за повної відсутності їх видимих причин.

Про дестабілізацію перебігу стенокардії свідчать такі основні ознаки:

- збільшення частоти й тривалості нападів стенокардії напруження і спокою, що не пов'язане із психічним і фізичним перенапруженням; при цьому усунення нападів стенокардії потребує посилення лікувальних заходів;
- приєднання стенокардії спокою до нападів стенокардії напруження;
- виникнення нічних нападів, що супроводжуються ядухою, загальною слабкістю й пітливістю;
- зниження ефективності нітратів;
- виникнення змін на електрокардіограмі (ЕКГ) під час або після нападів, що не спостерігалось раніше;
- виникнення стенокардії в ранній період після інфаркту міокарда;
- зміна характеру болю та його іррадіації, зона якої, як правило, розширюється;
- стенокардія, що виникла вперше, з анамнезом не більше ніж 1 міс.

Інколи потрібно диференціювати стенокардію від нейроциркуляторної дистонії (табл. 1.1).

Таблиця 1.1. Диференціальна діагностика стенокардії та нейроциркуляторної дистонії

Ознаки	Стенокардія	Нейроциркуляторна дистонія
Характер болю	Стискальний або тиснучий	Частіше шемливий, рідше стискальний, кілкий
Тривалість	Від кількох секунд до півгодини	Тривала
Локалізація	Частіше за грудниною, рідше зліва біля груднини	У ділянці верхівки або зліва від груднини
Умови виникнення	Під час фізичного навантаження	Перевтома, перенесена інфекція, емоційне навантаження
Іррадіація	У ліву лопатку, ліву руку, шию	Не типова
Дія нітрогліцерину	+	—
Супутні явища	Запаморочення, нудота, холодний піт, блідість	Тахікардія, вегетативно-судинні пароксизми
ЕКГ	Перехідна депресія сегмента ST під час нападу	Може бути без змін, негативний T у V ₁ —V ₆

Розділ 1. Дослідження системи кровообігу

Закінчення табл. 1.1

Ознаки	Стенокардія	Нейроциркуляторна дистонія
Рівень холестерину	Частіше підвищений	Не змінений
Фармакологічні проби	Позитивна курантилова проба ВЕМ	Позитивні обзиданова та калієва проби

У частини хворих з ІХС, особливо на ранніх стадіях захворювання, у порівнянні молодих пацієнтів напади стенокардії можуть мати атипичний характер як за локалізацією болю, так і за його тривалістю й відсутністю прямого зв'язку із проковувальними чинниками. Це змушує лікаря бути дуже уважним до будь-яких проявів болючого синдрому, особливо в чоловіків, які мають один або більше чинників ризику атеросклерозу (артеріальна гіпертензія, куріння, гіперхолестеринемія, надлишкова маса тіла, обтяжена спадковість).

Тривалий біль такого характеру з дуже широкою іррадіацією вліво і вгору (у ліве плече, руку, лопатку); рідше — у ділянку нижньої щелепи ліворуч, у ліве підребер'я, у надчеревну ділянку, особливо при ішемії задньодіафрагмової стінки лівого шлуночка, і ще рідше в праву частину груднини і праву руку; іноді зі збудженням, холодним потом, який не зникає при вживанні нітрогліцерину, притаманний інфаркту міокарда. Локалізацію болю пацієнти часто показують долонею правої руки або кулаком, притиснутим до груднини.

Залежно від особливостей симптоматики початку інфаркту міокарда крім болювого синдрому (*status anginosus*) виділяють такі варіанти:

- астматичний (*status astmaticus*);
- абдомінальний (*status abdominalis*);
- аритмічний;
- цереброваскулярний;
- інфаркт міокарда з атипичним болювим синдромом — у разі локалізації болю у правій половині грудної клітки, спині, руках;
- малосимптомний.

Критерії диференціальної діагностики стенокардії та інфаркту міокарда наведено в табл. 1.2.

Таблиця 1.2. Диференціально-діагностичні критерії стенокардії та інфаркту міокарда

Ознака	Стенокардія	Інфаркт міокарда
Тривалість болю	До 15—20 хв	Від 30 хв до 1—2 діб
Розвиток судинної недостатності на висоті болю	Не буває	Буває часто
Поява аритмій у зв'язку з нападом болю	Переважно не буває	Часто
Шум тертя осердя	Не буває	Може бути
Розвиток гострої серцевої недостатності	Тільки за наявності значного кардіосклерозу	Часто

1.1. Фізикальне обстеження серцево-судинної системи

Закінчення табл. 1.2

Ознака	Стенокардія	Інфаркт міокарда
Бльовання	Не буває	Іноді
Дія нітратів	Ефективна	Ефект відсутній
Температура тіла	Нормальна	Підвищена
Лейкоцитоз	Відсутній	Наявний
Збільшення ШОЕ	Відсутнє	Наявне
Зміни на ЕКГ	Зміни можуть бути відсутні або наявні ознаки гострої ішемії міокарда, що швидко минають	ЕКГ-ознаки інфаркту міокарда
Показники гострої фази	Нормальні	Підвищені

При вадах серця, міокардиті, кардіоміопатії біль частіше тупий, рідше — кілкий, локалізується в ділянці серця, рідко — широко іррадіює. Біль при гострому сухому (фібринозному) перикардиті локалізується в ділянці перикардіального простору і буває різної інтенсивності (від легкого поколювання до дуже інтенсивного). На відміну від болю при стенокардії він триваліший, не має типової іррадіації, не зникає при вживанні нітрогліцерину, може посилюватися під час чхання, кашлю, ковтання, натискання на грудну клітку в ділянці серця.

У разі неврозу серця, істерії кілкий чи тупий біль локалізується в ділянці верхівки серця. Переважно іррадіація його мало виражена, здебільшого відсутня, тривалість болю мінлива (від короткочасної до багатогодинної і навіть багатодобової). Серцебиття може бути зумовленим позасерцевими причинами, особливо у хворих з неврозом. Воно виникає в них у разі емоційного напруження, стресових ситуацій і зазвичай не спостерігається вночі. Якщо спостерігаються напади серцебиття, то це наводить на думку про пароксизмальну тахікардію або тахіаритмію. Перебої, завмирання серця свідчать про наявність екстрасистолії.

Серцебиття є суб'єктивним відчуттям посилення й почастишання скорочень серця. Воно може бути ознакою ураження м'яза серця при інфаркті міокарда, міокардиті, вадах серця. Серцебиття може відчуватися постійно або виникати нападодобно.

Перебої в роботі серця, що відчувають хворі як «завмирання», «перевертання», «зупинка» серця, зазвичай пов'язані з порушенням серцевого ритму.

Нерідко задишка при захворюваннях серця супроводжується непродуктивним сухим кашлем, що є наслідком тривалого застою крові в легенях, набрякання слизової оболонки бронхів і подразнення відповідних кашльових рецепторів («серцевий бронхіт»). Кашель виникає через кілька хвилин після перебування в ліжку з низьким узголів'ям, іноді виділяється невелика кількість мокротиння.

Кровохаркання — поява крові в мокротинні — при захворюваннях серця зумовлене застоєм крові в малому колі кровообігу й виходом еритроцитів через стінку капілярів. Найчастіше воно спостерігається при тромбоемболії дрібних розгалужень легеневої артерії, що супроводжується інтенсивним болем у грудній клітці, який раптово виникає, задишкою і тахікардією. Кровохаркання можливе також при тяжкій серцевій недостатності, застої в малому колі кровообігу і різко-

Розділ 1. Дослідження системи кровообігу

му підвищенні тиску в легеневій артерії, наприклад у хворих з різко вираженим стенозом лівого передсердно-шлуночкового (атріовентрикулярного) отвору. У разі прориву аневризми аорти в дихальні шляхи виникає профузна кровотеча.

Запаморочення — нездатність утримати рівновагу, тобто стан, за якого «втрачається ґрунт під ногами», а навколишні предмети немовби спливають. Такий стан зумовлений погіршенням мозкового кровообігу у зв'язку з малим серцевим викидом або зниженням артеріального тиску.

Визначення *температури тіла* проводять у кожного хворого. Це дає змогу виявити вид гарячки і має велике значення для діагностики захворювань.

Гарячку переважно спричинюють інфекційні захворювання і утворення продуктів розпаду тканини (наприклад, вогнище некрозу при інфаркті міокарда тощо).

Підвищення температури неінфекційного походження часто спостерігається при злоякісних пухлинах, змертвінній тканини, крововиливах, швидкому розпаді в крові еритроцитів, уведенні підшкірно або у вену чужорідної речовини білкової природи. Значно рідше трапляється гарячка рефлекторного походження при захворюваннях центральної нервової системи. Неінфекційна гарячка незначно порушує загальний стан хворого і буває короткочасною.

Вимірюють температуру тіла медичним максимальним термометром зі шкалою 0,1 °С. Нормальна температура при вимірюванні у пахвовій западині становить 36,4—36,8 °С. Протягом дня температура змінюється: найнижчою вона буває між 3⁰⁰—6⁰⁰ годинами ранку, найвищою — між 17⁰⁰—22⁰⁰. Різниця між ранковою і вечірньою температурою в здорових людей не перевищує 0,6 °С. Після споживання їжі, великих фізичних навантажень температура тіла дещо підвищується.

Гарячка характеризується не тільки підвищенням температури, а й порушенням діяльності всіх систем організму. Ступінь підвищення температури має дуже важливе, хоча і не завжди вирішальне, значення для оцінювання тяжкості гарячки. Вона супроводжується частим пульсом і диханням, АТ часто знижується. Хворі скаржаться на відчуття жару, розбитості, головний біль, сухість і неприємне відчуття в роті, спрагу, відсутність апетиту. У хворих з гарячкою язик обкладений, іноді сухий, добовий діурез зменшений. При гарячці підвищується обмін речовин, знижується апетит; хворі іноді втрачають масу тіла.

Швидко й значне підвищення температури (наприклад, при запаленні легень) супроводжується гарячкою, яка може тривати від кількох хвилин до 1 год, рідко — довше. При гарячці кровоносні судини різко звужуються, шкіра стає блідою, гарячою, а нігтьові ложа набувають синюшного відтінку; хворий відчуває сильний холод, тремтить, зуби починають стукати. Для поступового підвищення температури характерна невелика гарячка. У разі високої температури шкіра червоніє, стає теплою, хворий відчуває жар. Швидкий спад температури супроводжується значним потовиділенням. При гарячці вечірня температура тіла вища, ніж ранкова. Підвищення температури тіла більш як 37 °С дає підстави підозрювати захворювання.

Розрізняють такі ступені підвищення температури: у межах 37—38 °С — субфебрильна, 38—39 °С — помірно підвищена, 39—40 °С — висока, вище 40 °С — надмірно висока; температуру вищу ніж 41—42 °С називають гіперпіретичною. Вона супроводжується тяжкими нервовими явищами і може бути небезпечна для життя.

1.1. Фізикальне обстеження серцево-судинної системи

Важливе значення для діагнозу має не тільки констатація підвищеної температури, а й визначення добових її коливань. Розрізняють такі основні типи гарячок (мал. 1.3).

Постійна гарячка (febris continua) — протягом доби різниця між ранковою і вечірньою температурою не перевищує 1 °С, характерна для крупозного запалення легень, II стадії черевного тифу.

Послаблювальна гарячка (febris remittens) — добові коливання температури перевищують 1 °С, до того ж ранковий мінімум вищий, ніж 37 °С (часто спостерігається при туберкульозі, гнійних захворюваннях і вогнищевій пневмонії, III стадії черевного тифу).

Переміжна гарячка (febris intermitteus) — добові коливання температури перевищують 1 °С, мінімальна — у межах норми. Спостерігається при малярії.

Виснажлива, або гектична (febris hectica), гарячка — значне підвищення температури (на 2—4 °С) чергується зі зниженням її до норми і нижче, що супроводжується виснажливим потінням. Типова для тяжкого туберкульозу легень, нагноєнь, сепсису.

Спотворений тип гарячки (febris inversus) — ранкова температура буває вищою від вечірньої; спостерігається іноді при сепсисі, туберкульозі, бруцельозі.

Неправильна гарячка (febris irregularis) — характеризується різноманітними і неправильними добовими коливаннями; часто спостерігається при ревматизмі, ендокардиті, сепсисі, туберкульозі.

Крім того, за температурною кривою розрізняють ще дві форми гарячки — поворотну і хвилеподібну.

Поворотна гарячка (febris recurrens) відрізняється чергуванням періодів гарячки з безгарячковими періодами; характерна для поворотного тифу.

Хвилеподібна гарячка (febris undulans) — властиві періодичні підвищення температури, які змінюються її зниженням. Вона нерідко спостерігається при бруцельозі й лімфогранульоматозі.

Анамнез хвороби. При вивченні характеру захворювання у хворих із серцево-судинною патологією слід визначити час появи симптомів захворювання (болю, серцебиття, задишки, набряки тощо). Необхідно з'ясувати їхній зв'язок з перенесеними в минулому ревматизмом, ангіною, переохолодженням. Встановлюють, як почалося захворювання і якими симптомами воно проявлялося, в якій послідовності виникали ознаки хвороби, як вони змінювалися згодом, коли хворий уперше звернувся до лікаря, які проводили дослідження, який встановлено діагноз, яке лікування одержував хворий і чи було воно ефективним. Уточнюють також, чи були загострення захворювання, як часто та з чим вони пов'язані.

Анамнез життя. Під час опитування хворого особливу увагу звертають на різноманітні причини, які можуть сприяти виникненню серцево-судинної патології. Необхідно одержати дані про всі перенесені захворювання, які зумовлюють ураження серцево-судинної системи (ревматична гарячка, дифтерія, часті ангіни, сифіліс). З'ясовують наявність несприятливих чинників (нервово-психічні перенапруження, малорухливий спосіб життя, переїдання) і шкідливих звичок (куріння, зловживання алкогольними напоями тощо). Визначають наявність спадкової схильності до серцево-судинних захворювань. У жінок з'ясовують, як перебігали вагітність і пологи у зв'язку з цим захворюванням.

ridmi
ТВІЙ УЛЮБЛЕНИЙ КНИЖКОВИЙ

КУПИТИ