

СТАНДАРТНЫЙ ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

В клинике пропедевтики внутренних болезней обучают классической методике обследования больного, которую **надо знать и от которой не следует отступать**. Но в кардиохирургии есть много своих нюансов, специфичных именно для этой области медицины и о которых следует помнить. К примеру, большинство операций на сердце выполняются в условиях искусственного кровообращения. А это весьма специфические условия, с которыми хирурги других специальностей не сталкиваются. Кроме того, сердечная деятельность настолько важна для организма, что даже кратковременное ее прекращение или грубое нарушение чреваты крайне серьезными последствиями. Поэтому следует тщательно собирать анамнез и учитывать то, какую терапию пациент получал до поступления в клинику и как на нее реагировал.

Кроме того, свой вклад вносит и развитие медицины само по себе, и технический прогресс в частности. Появляются новые методы исследования, которые могут и должны быть использованы для получения необходимой информации.

Данное методическое пособие не ставит задачу пересказывать пропедевтические истины. Оно предназначено для напоминания молодым специалистам о необходимости соблюдения неких правил, позволяющих избежать многих ошибок, и помощи в создании неких алгоритмов действия при поступлении пациента в кардиохирургический стационар.

Сбор жалоб, анамнеза

К опросу больного следует подходить не как к пустой формальности, необходимой для оформления истории болезни, а с пониманием того, что правильно интерпретированная информация, полученная от самого пациента, послужит выбору верного направления всего диагностического поиска.

Основные жалобы, предъявляемые пациентами кардиохирургического профиля, сводятся к одышке, болям в груди, перебоям в сердечной деятельности, наличию отеков нижних конечностей. Казалось бы, все просто. Но реально даже простой, но детальный анализ этих жалоб очень полезен для дифференциального диагноза.

Одышка – главный симптом, позволяющий думать о наличии у пациента сердечной патологии. Но причинами одышки могут быть, помимо заболеваний сердца, болезни легких, анемия и заболевания крови, банальное ожирение и в конце концов психофункциональное состояние.

Одышка сердечного генеза имеет постоянный характер, так как ни кардиосклероз, ни гипертрофия миокарда, ни степень поражения клапанного аппарата не могут изменяться значительно за короткое время. В то же время одышка, связанная с бронхолегочными заболеваниями, во многом зависит от проходимости бронхов, которые могут спазмироваться или заполняться перекрывающей их просвет мокротой и пр., что отражается на субъективном ощущении нехватки воздуха. Такие пациенты могут периодически страдать от одышки, но иногда могут и пробежаться, например, за транспортом без возникновения одышки.

Для одышки бронхолегочного генеза характерно наличие сухих свистящих хрипов, связанных с изменением просвета бронхов.

При обструктивной легочной недостаточности – затрудненное, надсадное, шумное дыхание с присвистыванием (wheezing).

При рестриктивной легочной недостаточности, когда дыхательные экскурсии легких сильно ограничены (фиброз легких, массивные плевральные шварты, большой экссудативный плеврит, диссеминированный карциноматоз легких, плевры и т. п.), больной дышит очень поверхностно и часто; он не может выговорить до конца короткую фразу и прерывает ее для вдоха. При стенозе гортани или трахеи дыхание характерно замедленное. Особенно затруднен вдох: он шумный, «сиплый»; кожа в яремной ямке, над ключицами и в межреберье западает при каждом вдохе. Все вместе это образует незабываемую картину стридорозного дыхания.

При одышке сердечного генеза пациент дышит относительно спокойно, а не отдувается, но при этом у него есть ощущение нехватки воздуха и сдавления за грудиной. При стенокардии одышка и тяжесть за грудиной возникают чаще при физической нагрузке, так как последняя создает кислородный долг и для большой массы скелетных мышц. Но после прекращения нагрузки и нескольких минут усиленного дыхания ощущение одышки может исчезать очень быстро. Этому способствует и прием нитропрепаратов.

При сердечной недостаточности, как правило, появляется **ортопноэ** (больной задыхается в горизонтальном положении и потому предпочитает лежать на высоком изголовье). Водный обмен

нарушается еще задолго до появления видимых отеков. Почки начинают избирательно задерживать натрий и воду, хотя по-прежнему хорошо выводят все шлаки, в том числе и красящие вещества (уробилин и пр.). В результате моча становится концентрированной и цвет ее более насыщенным. Темный цвет мочи в сочетании с одышкой напряжения – веский аргумент в пользу недостаточности сердца. Увеличенный диурез, после которого больной отмечает хотя бы временное облегчение одышки – бесспорный признак сердечной недостаточности. Кстати, если больной скажет, что после мочегонного он почувствовал себя плохо из-за слабости, то это может указывать на возникновение гипокалиемии.

Две разновидности сердечной одышки возникают только ночью или, вернее, только в горизонтальном положении: это сердечная астма и отек легких. Патофизиологически это объясняется следующим образом. В основе как сердечной астмы, так и отека легких лежит сердечная недостаточность, преимущественно левожелудочковая. Следствием ее является задержка воды. Днем, когда больной находится в вертикальном положении, отеки собираются главным образом в нижних конечностях. Ночью же, когда больной лежит, условия для возврата отечной жидкости сразу улучшаются и в нижнюю полую вену начинает поступать увеличенное количество плазмы. Правый желудочек исправно перекачивает этот возросший приток в малый круг, но декомпенсированный левый желудочек не поспевает за ним. Пусть левый желудочек за каждую свою систолу выбрасывает крови всего на одну каплю меньше, чем подает правый желудочек. Если частота сердечных сокращений равна 60 в минуту, то через одну минуту количество крови в малом круге увеличится на 60 капель, или примерно на 2 мл. За 1 ч избыток составит уже 120 мл, через 3 ч – 360 мл. В результате кровенаполнение сосудов малого круга значительно возрастает, легкие набухают, усиливается импульсация из многочисленных легочных интерорецепторов, и больной просыпается от тягостного чувства удушья. Инстинктивно он либо вскакивает, либо, по крайней мере, садится в кровати и свешивает ноги. В обеих позах приток крови к правому сердцу сразу слабеет, легочное полнокровие уменьшается уже через 20–30 мин, одышка исчезает, больной вновь ложится и засыпает.

Из этого следует, что приступ кардиальной астмы или отек легких возникают не сразу после укладывания в постель. Больной успевает поспать несколько часов и пробуждается от одышки уже

после полуночи. Кроме того, такой приступ в эту ночь уже не повторится: во-первых, часть отечной жидкости из ног уже ушла, во-вторых, еще через несколько часов наступает утро и больной снова встает.

Ночью же, точнее во сне, возникает или усиливается особое расстройство дыхания – дыхание типа Чейна – Стокса, которое также пробуждает больного из-за тягостного чувства удушья. Но, в отличие от сердечного апноэ, оно нередко возникает в ранние периоды сна.

Периодическое дыхание Чейна – Стокса вызывается функциональной слабостью дыхательного центра, снижением его чувствительности к концентрации углекислого газа в крови. В результате дыхание постепенно слабеет, затем наступает длительная дыхательная пауза. Во время такой паузы (апноэ) углекислый газ, естественно, не выводится из организма, его количество в крови быстро возрастает; это сильно возбуждает дыхательный центр, и начинается гипервентиляция. Последняя быстро освобождает кровь от избытка углекислоты, дыхание успокаивается, но затем активность дыхательного центра вновь истощается и цикл повторяется. Особенно легко возникает дыхание Чейна – Стокса во сне, когда деятельность дыхательного центра закономерно снижается. Вот почему апноэ возникает уже в первые минуты сна. Больной просыпается от чувства нехватки воздуха, начинает усиленно дышать, быстро успокаивается и вновь засыпает с тем, чтобы через короткое время опять проснуться. В результате одышка пробуждает больного много раз в течение одной ночи.

Очень важная причина одышки в покое – это тромбоэмболия легочной артерии. Внезапно возникшее препятствие для кровотока в малом круге сразу вызывает сильную одышку, чувство стеснения в груди, тревогу, беспокойство, часто кашель. Именно этот контраст между как будто вполне удовлетворительным состоянием сердца и легких и тревожной клинической картиной, где прямо-таки бросаются в глаза тяжелая одышка и явное страдание больного, заставляет заподозрить легочную эмболию.

Причиной пароксизмальной одышки может также явиться приступ аритмии сердца. В большинстве таких случаев больной помимо одышки ощущает также и перебои сердца или просто сердцебиение и часто сам рассказывает об этом. Но иногда он жалуеться только на нехватку воздуха.

Причиной одышки может служить банальное алиментарное ожирение. Образно это можно представить так: фактически человек с избытком массы тела в 30 кг постоянно носит на плечах мешок с таким весом. Ходит, поднимается по лестнице, работает, делает что-то по дому, не снимая с плеч тридцатикилограммового мешка. Это действительно тяжело и может быть причиной одышки.

При одышке невротического генеза больные жалуются на нехватку воздуха, которая не облегчается даже при нарочито глубоком вдохе и выдохе. Им кажется, что «воздух не проходит вглубь», хотя никаких препятствий для дыхания вроде бы нет. Нередко во время такого приступа неудовлетворенности вдохом возникает судорожная зевота, которую больной впоследствии иногда пытается вызвать сам, заметив, что она помогает сделать «удачный вдох» и оборвать одышку. Такая одышка отличается непостоянностью. При необходимости (например, если больной куда-либо опаздывает) он может даже пробежаться, не задыхаясь.

Больных с аортальными пороками сердца нередко беспокоит появление *головокружения и обмороков*. Они обусловлены во многом резким ускорением кровотока в восходящей аорте и ее дуге (в норме скорость тока крови составляет 1 м/с, а при выраженном аортальном стенозе – 4–6 м/с), от которой отходят брахиоцефальные сосуды. Это ухудшает перфузию головного мозга. Образно такую ситуацию можно представить так: по скоростной автомагистрали, имеющей форму дуги, несется поток мотоциклистов. Рекомендуемая на этом участке скорость – 60 км/ч. По внешнему радиусу магистрали имеются три съезда на боковые дороги, две из которых ведут в том числе и в район, именуемый «головной мозг». Часть мотоциклистов должна съехать по этим направлениям, чтобы доставить обитателям района, допустим, продовольственные пакеты. Если скорость мотоциклистов в пределах разрешенной, то сделать это нетрудно. А теперь представьте, что общий поток ускорился в 4–6 раз, т. е. вместо разрешенных 60, мотоциклисты едут 240–360 км/ч. Многие ли из них смогут свернуть на нужные дороги? Этим и объясняется дефицит питания населения в том самом районе под названием «головной мозг».

Возможен еще и эжекторный эффект. Последний состоит в том, что высокоскоростная струя жидкости, протекающая по некоей трубе, может не только не заполнять боковые ответвления этой трубы, но даже создавать отрицательное давление в их устьях.