

СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА ПОЛИКЛИНИКИ

Кафедра
внутренних
болезней №3

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- **Синкопальное состояние** (синкопе, обморок) – транзиторная потеря сознания вследствие транзиторной глобальной мозговой гипоперфузии, характеризующейся быстрым началом, короткой продолжительностью и самопроизвольным быстрым восстановлением

ВИДЫ ОБМОРОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ ПО МКБ-10

- F48.8 – психогенный обморок
- G90.0 – синокаротидный синдром
- T67.1 – тепловой обморок
- I95.1 – ортостатическая гипотензия
- I45.9 - приступ Стокса- Адамса

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ОБМОРОКОВ

Ортостатическая гипотензия

- автономная нейропатия,
- снижение ОЦК,
- лекарственное или алкогольиндуцированное синкопе,
- идиопатическая первичная автономная недостаточность (синдромы Шая-Дрейджера, Бредбери-Игглестона)
- **Нейрорефлекторное** - вазавагальное синкопе, синкопе каротидного синуса, ситуационное синкопе

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА

- Нарушение А-В проводимости
- Пароксизмальные тахикардии
- Синдромы дополнительных проводящих путей
- Наследственные синдромы
- Аритмия , спровоцированная приемом лекарственных средств

СТРУКТУРНЫЕ ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА И ЛЕГКИХ:

- Клапанные пороки сердца
- Инфаркт миокарда
- Обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия
- Миксома или шаровидный тромб предсердия
- Расслоения или разрыв аорты
- Заболевания перикарда (тампонада)
- Легочная эмболия

СИНКОПЕ И КОЛЛАПС

Несмотря на то, что синкопе и коллапс в МКБ-10 имеют одинаковый шифр (R-55), эти термины не являются синонимами. **Неотъемлемым признаком обморока** является потеря сознания, пусть даже на считанные секунды.

Коллапс характеризуется резким падением АД и может привести к развитию обморока или пройти и без такового – с сохранением сознания

МЕХАНИЗМЫ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

1. Кардиальный – ослабление силы сокращений сердца нейрогенного характера или вследствие остро наступающей функциональной недостаточности сердечной мышцы, клапанного аппарата, нарушения сердечного ритма.
2. Сосудистый – падение тонуса сосудов артериальной или венозной систем, сопровождающееся значительным снижением АД.
3. Гомеостатический – изменение качественного состава крови, особенно уменьшение содержания сахара, углекислоты, кислорода.

ЭТИОЛОГИЯ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ:

- **Снижение сосудистого тонуса:**
 - вазовагальный обморок
 - ортостатический обморок
- **Снижение венозного возврата:**
 - повышение внутригрудного давления (например, при кашле, мочеиспускании)
 - поздние сроки беременности
- **Уменьшение ОЦК:**
 - гиповолемия (например, при избыточном употреблении диуретиков, потере жидкости при потоотделении, рвоте и диарее)
 - внутреннее кровотечение (например, при расслоении аорты)
- **Нарушения ритма сердца:**
 - тахикардии
 - брадикардии

ЭТИОЛОГИЯ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ:

- **Нарушение функции сердца:**

- стеноз аорты, выносящего тракта желудочка или легочной артерии
- тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)
- острая сердечная недостаточность

- **Цереброваскулярные заболевания:**

- транзиторная ишемическая атака,
- ишемический или геморрагический инсульт
- ишемия в вертебробазилярном бассейне (например, при стенозе сонных - артерий, синдром обкрадывания подключичной артерии)
- субарахноидальное кровоизлияние

ЭТИОЛОГИЯ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ:

• Другие причины, приводящие к нарушениям сознания не являющимся по сути синкопальными состояниями:

- гипогликемия
- прием лекарственных средств
- эпилепсия - гипервентиляция
- гипертермия
- истерия

Обмороки неясной этиологии (у 1 из 5 пациентов с необъяснимыми обмороками имеется аритмия; у 1 из 10 наступает летальный исход в течение года, часто внезапно)

ПАТОГЕНЕЗ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

- острое снижение мозгового (сужение церебральных сосудов) и/или системного кровотока (гипотензия)
- снижение постурального тонуса с расстройствами сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности
- потеря сознания, развивающаяся на 5-10 с гипоперфузией головного мозга
 - активация автономных центров, регулирующих кровообращение
- восстановление адекватного мозгового кровообращения и сознания

КЛАССИФИКАЦИЯ

По течению и риску развития жизнеугрожающих состояний обмороки подразделяют на:

- доброкачественные (низкий риск)
- прогностически неблагоприятные (высокий риск)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

В развитии обморока выделяют три периода:

- пресинкопальный (липотимия, предобморок) - период предвестников; непостоянный, от нескольких секунд до нескольких минут
- собственно синкопа (обморок) - отсутствие сознания длительностью 5- 22 с (в 90% случаев) и редко до 4-5 мин
- постсинкопальный - период восстановления сознания и ориентации длительностью несколько секунд

ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ОБМОРОЧНОГО СОСТОЯНИЯ:

- резкая бледность;
- снижение мышечного тонуса;
- неподвижность;
- холодные конечности;
- редкое поверхностное дыхание;
- малый пульс;
- низкое АД;
- спавшиеся периферические вены;
- больной закатывает зрачки или глаза закрыты;
- мидриаз, реакция на свет вялая;
- патологические рефлексy отсутствуют;
- клонические или тонико-клонические подергивания;
- мочеиспускание и дефекация (редко).

ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ВАЗОВАГАЛЬНЫХ ОБМОРОКОВ

Чаще всего встречаются

- головокружение, "потемнение в глазах"
- холодный пот
- брадикардия
- бледность
- глаза закрыты или "закатанные" зрачки
- выключение мышечного тонуса - больной медленно опускается на землю или падает

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

При какой ситуации возник обморок (сильные эмоции, испуг, при мочеиспускании, кашле, во время физической нагрузке и др.)?

- В какой позе (стоя, лежа, сидя)?
- Были предвестники синкопы (тошнота, рвота, слабость и др.)?
- Сопровождался ли обморок появлением цианоза, дизартрией, парезами?
- Какое состояние после приступа (дезориентация и др.)?
- Имеются боли в грудной клетке или одышка?

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Не было ли прикусывания языка?

- Были ли ранее подобные потери сознания?

- Имеются в семейном анамнезе случаи внезапной смерти?

- Какие имеются сопутствующие заболевания: сердечно-сосудистая патология, особенно аритмии, сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца (ИБС), аортальный стеноз, церебральная патология, сахарный диабет, психические расстройства

- Какие лекарственные средства принимает больной в настоящее время?

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, УКАЗЫВАЮЩИЕ НА ДИАГНОЗ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ:

Нейроопосредованные синкопе:

- отсутствие патологии сердца;
- длительный анамнез повторных синкопе;
- развитие синкопе после неожиданного неприятного звука, запаха, образа или боли;
- длительное стояние или пребывание в людных, душных местах;
- тошнота, рвота, ассоциированные с синкопе;
- развитие синкопе во время или после приема пищи;
- развитие синкопе при вращениях головой длительное время или при сдавлении каротидного синуса (при опухолях в данной области, во время бритья, при ношении тугих воротников);
- после нервного напряжения.

СИНКОПЕ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

- развитие синкопе после длительного пребывания в положении стоя;
- временная взаимосвязь с началом приема сосудосуживающих препаратов или изменением их дозы, что могло бы привести к гипотензии;
- длительное пребывание в положении стоя, особенно в людных и душных местах;
- наличие автономной невропатии или болезни Паркинсона;
- стояние после нервного напряжения.

СИНКОПЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПРИРОДЫ:

- наличие органической патологии сердца;
- наличие в семейном анамнезе внезапной смерти или патологии ионных каналов;
- отклонения на ЭКГ;
- неожиданный приступ учащенного сердцебиения, после которого сразу развился приступ синкопе;
- ЭКГ-признаки синкопе вследствие аритмии:
 - двухпучковая блокада (определенная как блокада левой или правой ножки пучка Гиса в сочетании с блокадой передневерхнего или нижнезаднего разветвления левой ножки пучка Гиса);
 - другие отклонения внутрижелудочковой проводимости (длительность QRS $\geq 0,12$ с);
 - АВ-блокада второй степени типа Мобитц I;

- бессимптомная синусовая брадикардия (< 50 уд/мин), синоаурикулярная блокада или синусовая пауза ≥ 3 с при отсутствии препаратов с отрицательным хронотропным эффектом;
- непродолжительная желудочковая тахикардия;
- стимулированные QRS-комплексы;
- длинные или короткие интервалы QT;
- ранняя реполяризация;
- паттерн блокады правой ножки пучка Гиса с подъемом сегмента ST в отведениях V1–V3 (синдром Бругада);
- подозрение на аритмогенную кардиопатию правого желудочка в связи с наличием отрицательных T-волн в правом грудном отведении, эpsilon-волн и поздних желудочковых потенциалов;
- характер Q-волн свидетельствует об инфаркте миокарда.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Внезапная потеря сознания также может быть при

- - эпилепсии
- - черепно-мозговой травме
- - интоксикациях
- - опухолях головного мозга
- - остром нарушении мозгового кровообращения
и др.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения.

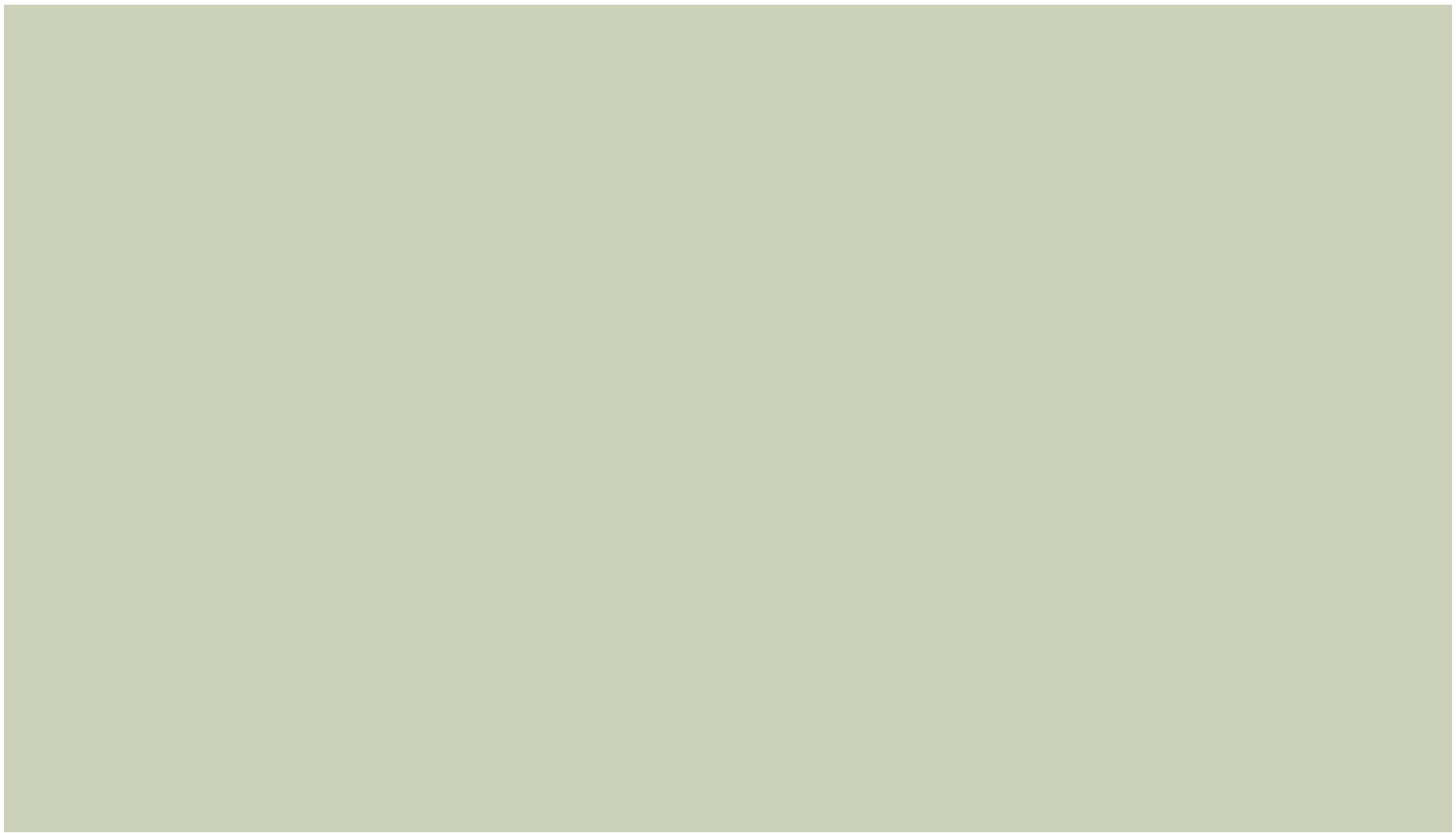
- Визуальная оценка цвета кожи лица: бледные, холодный пот, цианоз.
- Внимательно осмотреть и пальпировать мягкие ткани головы (для выявления ЧМТ)
- Осмотр ротовой полости: прикусывание языка (характерно для эпилептического припадка)
- Исследование пульса: замедленный, слабый
- Измерение ЧСС: тахикардия, брадикардия, неправильный ритм
- Измерение артериального давления (АД): нормальное, гипотония
- Аускультация: оценка сердечных тонов, определение наличия шумов над областью сердца, на сонных артериях, на брюшной аорте

- выявление кардиальных причин:
 - тахикардия с ЧСС >150 ударов в минуту
 - брадикардия с ЧСС 120 мс) или любая двухпучковая блокада;
 - зубцы Q/QS, подъем ST на ЭКГ
 - возможный инфаркт миокарда
 - атриовентрикулярная блокада II-III степени
 - блокада правой ножки пучка Гиса с подъемом ST в V1-3 (синдром Бругада)
 - отрицательные T в V1-3 и эpsilon-волны (поздние желудочковые спайки)
 - аритмогенная дисплазия правого желудочка - SIQIII
 - острое легочное сердце - девиация сегмента ST, отрицательные зубцы T – острый коронарный синдром

- Исследование неврологического статуса - обратить на наличие следующих признаков острого нарушения мозгового кровообращения (исключить ОНМК):
 - снижение уровня сознания
 - дефекты поля зрения (чаще всего наблюдается гемианопсия
 - выпадение - правого или левого полей зрения на обоих глазах, паралич взора)
 - нарушения артикуляции, дисфазия
 - дисфагия
 - нарушения двигательных функции в верхней конечности
 - нарушения проприорецепции
 - нарушения статики или походки
 - недержание мочи

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ КОНСУЛЬТАЦИИ НЕВРОЛОГА

- Отсутствие предобморочного периода или необычные его проявления – ощущения большой головы, неприятный запах, зрительные нарушения и др.
- Судорожные феномены во время обморока, непроизвольные мочеиспускание и дефекация, травматические повреждения при падении, очаговая неврологическая симптоматика
- В постобморочном периоде длительно сохраняются головная боль, дезориентация в месте, времени, амнезия приступа и др.



ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПРИЗНАКИ

- Боль в грудной клетке
- Одышка
- Пароксизмальная тахикардия с частотой сердечных сокращений (ЧСС) > 150 в мин
- Брадикардия с ЧСС < 40 в мин
- Внезапная интенсивная головная боль
- Боль в животе
- Артериальная гипотензия, сохраняющаяся в горизонтальном положении
- Изменения на ЭКГ (за исключением неспецифических изменений сегмента ST)
- Очаговые, общемозговые и менингеальные симптомы
- Отягощенный анамнез (наличие застойной сердечной недостаточности, эпизодов желудочковой тахикардии и др.)
- Возраст более 45 лет

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОКЕ

Немедикаментозные мероприятия:

-для обеспечения максимального притока крови к мозгу следует уложить пациента на спину, приподняв ноги, или усадить, опустив его голову между коленями

- обеспечить свободное дыхание: развязать галстук, расстегнуть воротник
- голову повернуть набок для предотвращения западения языка
- брызнуть холодной водой на лицо
- открыть окно для увеличения притока воздуха

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ:

1. Применить средства с рефлекторным стимулирующим действием на дыхательный и сосудодвигательный центры: Аммиак 10% водный раствор (нашатырный спирт) ингаляционно: осторожно подносят небольшой кусок ваты или марли, смоченной аммиаком, к носовым отверстиям (на 0,5-1 с)
2. При значительном снижении АД и отсутствии подозрений на кардиальную причину обморока: фенилэфрин внутривенно медленно 1% - 0,1-0,5 мл, предварительно развести в растворе натрия хлорида 0,9% - 40 мл. Противопоказания: нарушения ритма сердца (тахикардии), острый коронарный синдром, вазоспастическая стенокардия, гиповолемия, феохромоцитома, беременность, детский возраст (до 15 лет).

3. При вагусных обмороках с замедлением (брадикардией) или остановкой сердечной деятельности:

- атропин 0,5-1 мг (0,1% - 0,5-1 мл) вводится внутривенно струйно, при необходимости через 5 мин введение повторяют до общей дозы 3 мг (0,04 мг/кг). Доза атропина сульфата менее 0,5 мг может парадоксально уредить сердечный ритм!

4. При подозрении на гипогликемию, либо при затягивании бессознательного периода: 40-60 мл 40% раствора глюкозы внутривенно (не более 120 мл из-за угрозы отека головного мозга).
5. При наличии данных, позволяющих заподозрить энцефалопатию Вернике (алкоголизм, длительное голодание) предварительно ввести тиамин хлорида 5% - 2 мл (100 мг)
6. При выраженном обезвоживании – обильное питье, инфузия 400-800 мл физиологического раствора.
7. При кардиогенных и церебральных обмороках проводится лечение основного заболевания.
8. При остановке дыхания и/или кровообращения проводится СЛР
Контроль ЧСС, АД.

Не показано введение дыхательных analeптиков (кордиамин), кофеина, сердечных гликозидов, средств с инотропным действием.

Введение кортикостероидов (преднизолон) показано в случаях подозрений на:

- аллергический генез падения артериального давления (анафилаксия)
- гипофункцию коры надпочечников (постоянная слабость, бронзовый оттенок кожи).

Часто встречающиеся ошибки терапии

- назначение анальгетиков
- назначение спазмолитиков
- назначение антигистаминных средств

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- Госпитализации с целью лечения подлежат пациенты с:
- повреждениями, возникшими вследствие падения при обмороке
 - нарушениями ритма и проводимости, приведшими к развитию синкопы
 - обмороком, вероятно, вызванным ишемией миокарда
 - вторичными синкопальными состояниями при заболеваниях сердца и легких
 - наличием острой неврологической симптоматики

ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА

- подозрение на заболевание сердца, в т. ч. с изменениями на ЭКГ
- развитие синкопы во время физической нагрузки
- семейный анамнез внезапной смерти - ощущениями аритмии или перебоев в работе сердца непосредственно перед обмороком - развитием синкопы в положении лежа - рецидивирующими обмороками
- • Рекомендации пациентам, которых не госпитализировали. - при ортостатических обмороках - постепенно переходить из горизонтального положения в вертикальное, увеличить количество потребляемой жидкости и соли; - при никтурических обмороках - ограничить прием алкоголя и мочиться сидя; - при гипогликемических обмороках - контролировать уровень сахара в крови; - при обмороке, обусловленном приемом лекарственных средств, - проконсультироваться у лечащего врача для коррекции проводимой терапии.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ, КОТОРЫХ НЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАЛИ

- при ортостатических обмороках - постепенно переходить из горизонтального положения в вертикальное, увеличить количество потребляемой жидкости и соли;
- при никтурических обмороках - ограничить прием алкоголя и мочиться сидя;
- при гипогликемических обмороках - контролировать уровень сахара в крови;
- при обмороке, обусловленном приемом лекарственных средств, - проконсультироваться у лечащего врача для коррекции проводимой терапии.