

**Синкопальные
состояния у детей.
Дифференциальная
диагностика.**

Докладчик: ст-ка 401
группы пед.ф-та
Пирмухаметова Д. М-
А.

СИНКОПАЛЬНЫМИ

- называются состояния, характеризующиеся спонтанно возникающими преходящими нарушениями сознания, приводящими, как правило, к нарушению постурального тонуса и падению.

КЛАССИФИКАЦИЯ



Синкопальные состояния:

- – **нейрокардиогенные обмороки;**
- – **ортостатические обмороки;**
- – **аритмогенные обмороки;**
- – **обмороки вследствие структурной патологии сердца, сосудов;**
- – **обмороки вследствие цереброваскулярной патологии.**

Несинкопальные состояния:

1. Расстройства, напоминающие обморок, с нарушением или потерей сознания:

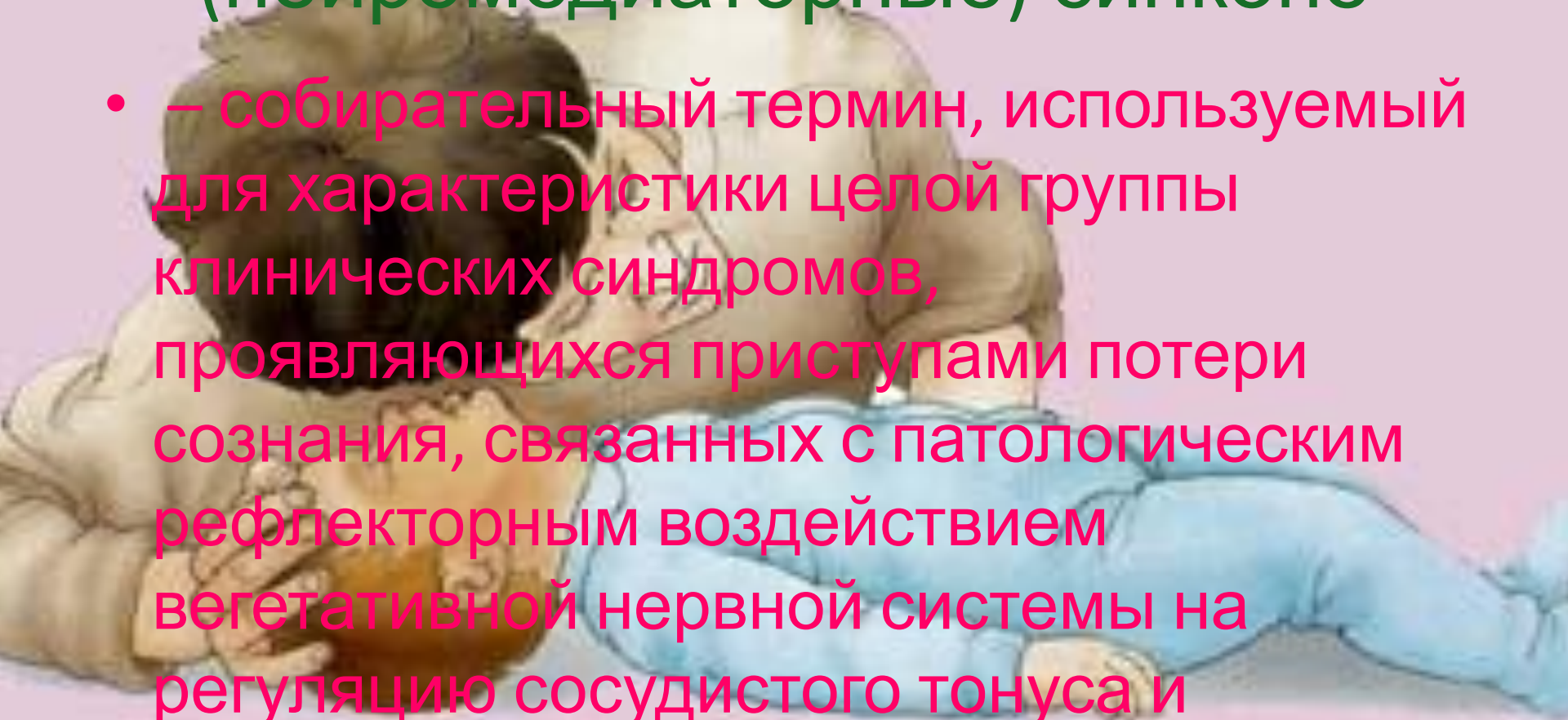
- – метаболические расстройства: гипогликемия, гипоксия, гипервентиляция с гиперкапнией;
- – эпилепсия;
- – интоксикация;
- – вертебробазиллярные транзиторные ишемические атаки.

2. Расстройства, напоминающие обморок, без потери сознания:

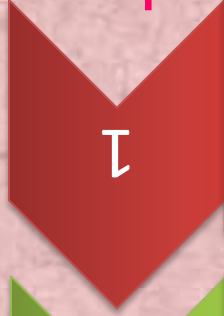
- – катаплексия;
- – приступы острой атаксии;
- – психогенные синкопе;
- – транзиторные ишемические атаки каротидного происхождения.

Нейрокардиогенные (нейромедиаторные) синкопе

- – собирательный термин, используемый для характеристики целой группы клинических синдромов, проявляющихся приступами потери сознания, связанных с патологическим рефлекторным воздействием вегетативной нервной системы на регуляцию сосудистого тонуса и сердечного ритма.



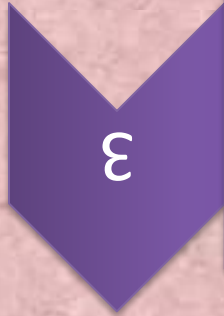
Нейрокардиогенные обмороки классифицируются на



1. **Синдром постуральной ортостатической гипотензии**



2. **Синдром каротидного синдрома**



3. **Синдром вагусной дисрегуляции**

Аритмогенные обмороки.

Потенциальными причинами синкопе при нарушениях ритма и проводимости могут явиться:

- 1. Стойкая синусовая брадикардия с частотой сердечных сокращений менее 50 уд./мин в дневное время и менее 40 уд./мин ночью.
- 2. Атриовентрикулярная блокада 2-й и 3-й степени с паузами ритма более 3 секунд.
- 3. Пароксизмы наджелудочковой тахикардии.
- 4. Катехоламинергическая желудочковая тахикардия.
- 5. Синдром удлиненного интервала Q-T.
- 6. Идиопатическая фибрилляция желудочков.
- 7. Манифестирующий синдром WPW.
- 8. Синдром Бругада.
- 9. Аритмогенная дисплазия правого желудочка.
- 10. Нарушение работы имплантированных антиаритмических устройств

ДИАГНОСТИКА

- ***1. Анамнез:***
 - 1. Возраст пациента на момент появления первых обмороков.
 - 2. Факторы, предшествующие первому синкопе.
 - 3. Частота, периодичность, стереотипность и серийность приступов.

- 4. Провоцирующие факторы:
- – боль;
- – длительное стояние;
- – пребывание в душном помещении;
- – перемена положения головы и тела;
- – физическая нагрузка;
- – эмоциональное напряжение;
- – длительные перерывы в приеме пищи;
- – натуживание;
- – кашель;
- – мочеиспускание;
- – глотание;
- – другие (уточнить какие).

Способы и приемы, позволяющие предотвратить развитие потери сознания:

- – переход в горизонтальное положение;
- – перемена положения головы;
- – прием пищи, воды;
- – свежий воздух.

Клинические проявления в пресинкопальном периоде:

- – головокружение и его характер;
- – головная боль;
- – боли или неприятные ощущения в грудной клетке;
- – боль в животе;
- – сердцебиение, ощущение «остановки», «замирания» сердца, перебои;
- – чувство нехватки воздуха;
- – звон в ушах;
- – потемнение в глазах;
- – продолжительность пресинкопального периода.

Клинические проявления во время обморока:

- – положение больного;
- – цвет кожных покровов (бледность, цианоз);
- – сухость кожи, гипергидроз;
- – ритмичность и частота дыхания;
- – наполнение, ритм, частота пульса;
- – уровень артериального давления;
- – состояние мышц (гипотония, судороги тонические, клонические);
- – прикус языка;
- – испускание мочи;
- – положение глазных яблок, состояние зрачков;
- – продолжительность потери сознания.

Клинические проявления в постсинкопальном периоде:

- – скорость и характер возвращения сознания;
- – амнезия приступа;
- – сонливость;
- – головная боль;
- – головокружения;
- – неприятные ощущения в грудной клетке;
- – затруднение дыхания;
- – сердцебиение, перебои;
- – общая слабость;
- – продолжительность постсинкопального периода.

- Состояние ребенка и проявление заболевания вне обморока.
- Применяемые лекарственные препараты.
- Параэпилептические феномены (ночные головные боли, страхи, крики, сноговорение, снохождение, энурез, фебрильные судороги, пароксизмы расстройств речи).
- Наследственные факторы (наличие аналогичных приступов потери сознания у родственников, наличие в семейном анамнезе сердечно-сосудистой патологии, вегетативно-сосудистых нарушений, эпилепсии, параэпилептических феноменов и др.).

II. Исследование соматического и неврологического статуса:

- 1. Внешний осмотр больного с акцентом на конституциональные особенности, признаки диспластического развития.
- 2. Пальпация и аускультация периферических сосудов.
- 3. Аускультация сердца.
- 4. Измерение АД на двух руках в горизонтальном и вертикальном положении.
- 5. Исследование неврологического статуса с акцентом на выявление микроочаговой симптоматики.
- 6. Исследование состояния вегетативной нервной системы:
 - – определение вегетативного тонуса по таблицам А.М. Вейна;
 - – определение вегетативной реактивности (местный и рефлекторный дермографизм, глазосердечный рефлекс Ашнера – Даньини, температурные кривые, ортоклиностагическая проба и др.);
 - – определение вегетативного обеспечения деятельности с использованием проб с физической и психоэмоциональной нагрузкой.

III. Инструментальные методы исследования, обязательные для всех больных:

- 1. Общий анализ крови и мочи.
- 2. Сахар крови во время обморока, натощак, сахарная кривая с нагрузкой.
- 3. ЭКГ в межприступном периоде в динамике, по возможности во время обморока.
- 4. Рентгенологическое исследование сердца, аорты, легких.

IV. Дополнительное обследование больных по показаниям:

- **1. При подозрении на кардиогенные обмороки и при синкопальных состояниях неясного генеза:**
 - – рентгенологическое исследование сердца с контрастированием пищевода;
 - – эхокардиография;
 - – холтеровское мониторирование;
 - – ЭКГ-пробы с физической нагрузкой (проба Мастера, велоэргометрия и др.);
 - – электрофизиологическое исследование сердца по специальной программе (в условиях специализированных отделений).
- **2. При подозрении на органическую церебральную патологию и при синкопальных состояниях неясного генеза:**
 - – рентгенография черепа и шейного отдела позвоночника, в том числе и при специальных укладках;
 - – исследование глазного дна и полей зрения;
 - – электроэнцефалография;
 - – вызванные потенциалы мозга, мониторинг ЭЭГ-исследование (при подозрении на эпилептический генез пароксизмов);
 - – эхоэнцефалоскопия и компьютерная томография (при подозрении на объемные процессы мозга и внутричерепную гипертензию);
 - – ультразвуковая доплерография (при подозрении на патологию экстра- и интракраниальных сосудов).

Тилт-тест

- – метод клинической диагностики, позволяющий в высоком проценте случаев спровоцировать патологический рефлекс Бецольда – Яриша, лежащий в основе развития вазовагальных обмороков [16]. Этот метод позволяет достоверно оценить риск повторного обморочного состояния у каждого больного ребенка и, следовательно, предотвратить развитие синкопе. Тилт-тест (ТТ) (от англ. tilt – наклон) был предложен для диагностики нейромедиаторных обмороков около двух десятилетий назад. В основе этого теста – определение реакций гемодинамики, обусловленных регуляторными (компенсаторными) механизмами при ортостатическом стрессе



Противопоказания ТТ.

- критический аортальный или митральный стеноз,
- критический проксимальный стеноз коронарных артерий,
- критический цереброваскулярный стеноз,
- сужение выходного отдела левого желудочка.

Дифференциальная диагностика эпилептического, обморочного и истерического припадков

Показатели	Эпилептический припадок	Обморок	Истерический припадок
Предвестники	Аура зрительная, обонятельная, слуховая, вкусовая и др.	Потемнение в глазах, онемение пальцев рук и ног, резкая слабость и шум в голове	Не наблюдается
Судороги	Обычно клонические с адверсивным спазмом	Редки, преимущественно тонические	В демонстративных случаях
Прикус языка	Типичен	Не наблюдается	Не наблюдается
Упускание мочи	Часто	Редко	Часто / редко
Артериальное давление	Нормальное или повышенное	Низкое	Нормальное или слегка пов.
Пульс	Напряжённый	Малый, иногда не прощупывается, аритмия	Учащённый
Время наступления	Любое время суток	За редким исключением днём	Обычно только в присутствии посторонних лиц
Вокализация в начале приступа	Характерна	Не наблюдается	Не наблюдается
Сонливость (или сон) после приступа	Типична	Редко	Типична / редко
Длительность приступа	2 - 5 мин, иногда меньше	От нескольких секунд до нескольких минут	Различна
Вегетативные реакции	При больших припадках гиперемия, синюшность лица	Бледность, холодный пот	Внешне не выражены
Зрачковые реакции	Отсутствуют	Отсутствуют	Сохранены
Анамнестические сведения	Наличие припадков в анамнезе	Плохая переносимость ортостатических нагрузок ...	Специфические (истерические) изменения личности


Дифдиагностика синкопальных состояний

emhelp.ru

Характеристики	Нейрогенный	Ортостатический	Кардиогенный	Цереброваскулярный
Анамнез	Повторные синкопе в типичных ситуациях, семейные случаи	Гипотензия, постельный режим, дегидратация, антигипертензивные препараты	ИБС, пороки сердца, аритмии	Неврологические заболевания
Провоцирующие факторы	Стресс, душное помещение, кашель, натуживание, мочеиспускание	Резкий переход в вертикальное положение	Нет или физическая нагрузка, перемена положения тела	Нет или наклоны, повороты, запрокидывание головы
Предобморочное состояние	Слабость, головокружение, тошнота, дискомфорт в эпигастрии, звон в ушах, потливость, бледность	Отсутствует	Чаще отсутствует. Возможны боль или перебои в работе сердца, одышка, диспноэ	Чаще отсутствует. Возможны головные боли, головокружение, слабость
Обморок	Кратковременный, бледность, потливость, резкое снижение АД или брадикардия	Кратковременный, без вегетативных реакций и изменений ЧСС	Относительно продолжительный, цианоз, аритмия	Относительно продолжительный, акроцианоз, неврологическая симптоматика
Послеобморочное состояние	Гиперемия и влажность кожи, слабость, головокружение, брадикардия	Отсутствует	Слабость, цианоз, боль за грудиной, перебои в работе сердца	Головная боль, боль в шее, дизартрия, парезы
Дополнительные исследования	Проба Тулезирса, определение уровня кальция, пассивный ортостаз	Пробы Тулезирса, Вальсальвы, пассивный ортостаз	ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, УЗИ, ЭФИ	Консультация невролога, офтальмолога, отоларинголога. КТ или МРТ головного мозга, шейного отдела позвоночника. УЗДГ экстра- и интракраниальных сосудов

Лечение и профилактика

- При продолжительном обмороке со значительным падением артериального давления рекомендуют симпатотонические средства, повышающие тонус сосудов — 1%-раствор мезатона 0,1- 0,3 мл внутривенно медленно в 40-60 мл 20%- раствора глюкозы, подкожно 10%- раствор кофеина натрия бензоата 0,1-0,3 мл, кордиамин подкожно 0,1-0,5 мл.
- При замедлении сердечной деятельности-0,1%-раствор атропина сульфата подкожно 0,1-0,3 мл.



У детей, склонных к рефлекторному обмороку, лечение вне пароксизмов должно включать общеукрепляющие, тонизирующие средства: препараты фосфора — фитин (0,05-0,2 г на прием), кальция глицерофосфат (0,05-0,2 г на прием), лучше в сочетании с препаратами железа — железа глицерофосфат (0,2-0,5 г на прием), а также раствор витамина В₁ (3% раствор по 0,5-1 мл в/м), апилак (под язык по 0,01 г), настойку китайского лимонника, заманихи, стеркулии (по 10-20 капель на прием). Используют также малые транквилизаторы и седативные

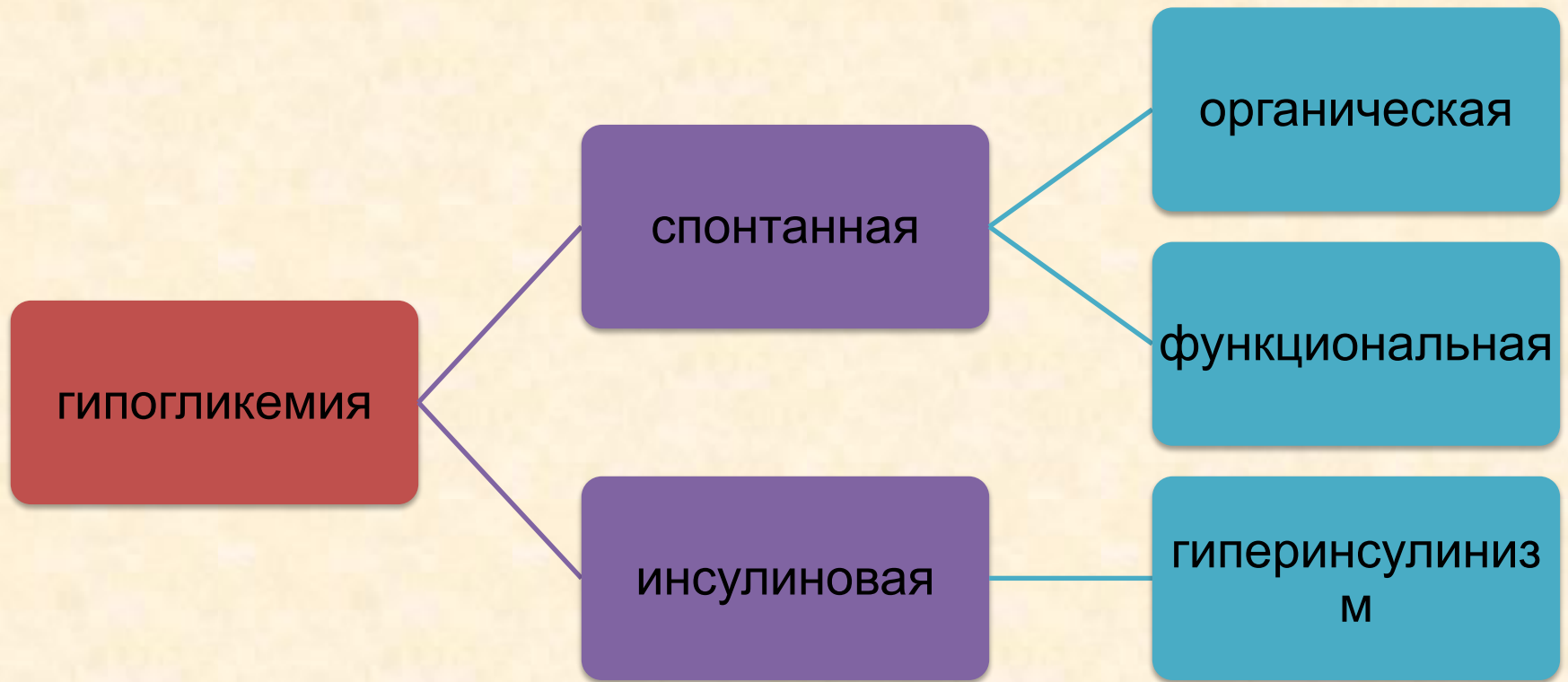
Гипогликемия

- Критический уровень сахара в крови, ниже которого развиваются признаки гипогликемии и пароксизмальные нарушения, составляет 2,5-3,5 ммоль/л.

Клинические проявления

- снижением артериального давления,
- бледностью кожных покровов, холодным потом,
- сердцебиением,
- тремором рук,
- чувством страха,
- синкопальное состояние.
- *При более тяжелом течении наблюдаются:*
- *двигательное беспокойство,*
- *судороги,*
- *изменения сознания от легкого оглушения до гипогликемической комы.*

Классификация



Лечение.

- До уточнения причины гипогликемии для купирования приступа при легких состояниях назначают быстро усвояемые углеводы: 1-2 кусочка сахара, 1-2 ложки варенья, меда, сладкий чай, сладкий кисель, 20-25 г белого хлеба, 5-6 штук печенья.
- При гипогликемической коме внутривенно вводится 20-40 мл 40% раствора глюкозы (без инсулина), подкожно адреналин (0,1% = раствор до 0,5 мл).