

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра интернатуры внутренних болезней

Синкопальные состояния

Выполнила: Усупова А.
Проверила: Садыкова Д.З.

Астана-2018г



Синкопальное состояние (синкопе, обморок) – симптом, проявляющийся внезапной, кратковременной потерей сознания и сопровождающийся падением мышечного тонуса. Возникает в результате транзиторной гипоперфузии головного мозга. Основными признаками, позволяющими дифференцировать обмороки от других видов нарушения сознания, являются полная обратимость и продолжительность до 1 минуты (иногда 2-3 минуты и более)

Классификация синкопальных состояний

- ◆ **Нейрогенный тип**
 - ◆ **Кардиогенный тип.**
 - ◆ **Ортостатический тип.**
 - ◆ **Церебральный тип.**
 - ◆ **Снижение содержания кислорода в крови**
 - ◆ **Психогенный тип.**
-

- ❖ **I. Рефлекторные синкопе.**
 - ❖ **II. Синкопе вследствие ортостатической гипотензии.**
 - ❖ **III. Кардиоваскулярные синкопе.**
-

I. Рефлекторные синкопе.

Вазодепрессорные (вазовагальные) синкопе:

- ❖ -Типичные (вызванные эмоциональным дистрессом:
- ❖ боль, инвазивные процедуры, «вид крови» и др.
- ❖ Синкопе возникают при снижении уровня
- ❖ систолического АД до 60 мм рт.ст - вазодепрессорные
- ❖ синкопе.).
- ❖ -Нетипичные.

Ситуационные синкопе:

- ❖ -Типичные (вызванные кашлем, дефекацией или
- ❖ ночным мочеиспусканием)
- ❖ -Нетипичные (при смехе и др.)

Синкопе при гиперчувствительности каротидного синуса (синдром «тутого воротника»)

II. Синкопе вследствие ортостатической гипотензии

Первичное автономное повреждение:

- ❖ - при множественной системной атрофии, болезни Паркинсона, Деменции с тельцами Леви и др.

Вторичное автономное повреждение:

- ❖ - при сахарном диабете, амилоидозе, уремии, травме спинного мозга и др.

Синкопе, вызванные приемом ЛС

- ❖ - алкоголь, вазодилататоры, диуретики, фенотиазины, антидепрессанты и др.
-

III. Кардиоваскулярные синкопе.

Аритмогенные синкопе:

- ❖ Дисфункция синусового узла
- ❖ (включая синдром тахикардии /
- ❖ брадикардии).
- ❖ Нарушения атриовентрикулярной
- ❖ проводимости.
- ❖ Пароксизмальные
- ❖ наджелудочковые
- ❖ и желудочковые тахикардии.
- ❖ Идиопатические нарушения ритма
- ❖ (синдром удлиненного интервала
- ❖ QT, синдром Бругада).
- ❖ Нарушения функционирования
- ❖ искусственных водителей ритма и
- ❖ имплантированных кардиоверте-
- ❖ ров- дефибрилляторов.
- ❖ Проаритмогенное действие
- ❖ лекарственных препаратов.

Синкопе, вызванные заболеваниями сердечно-сосудистой системы:

- ❖ Заболевания клапанов сердца.
- ❖ Острый инфаркт миокарда
- ❖ ишемия.
- ❖ Обструктивная кардиомиопатия.
- ❖ Миксома предсердия.
- ❖ Острое расслоение аневризмы
- ❖ аорты.
- ❖ Перикардит.
- ❖ Тромбоэмболия легочной
- ❖ артерии.
- ❖ Артериальная легочная
- ❖ гипертензия.

Периоды развития синкопального состояния

Пресинкопальный (липотимия, предобморок) период.

- ❖ Возникновению синкопального состояния могут предшествовать продромальные симптомы: тошнота, слабость, головокружение, бледность (или серый оттенок) кожных покровов, потливость.
- ❖ Период предвестников - непостоянный, от нескольких секунд до нескольких минут.
- ❖ Клинические проявления предобморока - головокружение, головная боль, боли или неприятные ощущения в грудной клетке, боль в животе, сердцебиение, ощущение "остановки", "замирания» сердца; чувство нехватки воздуха; звон в ушах; потемнение перед глазами.

Собственно синкопе (обморок).

- ❖ Отсутствие сознания длительностью 5-20 сек (в 90% случаев), редко- длительное.
- ❖ Спонтанная активность отсутствует. Иногда может быть непроизвольное мочеиспускание.
- ❖ Клинические проявления:
- ❖ бледность, цианоз кожных покровов;
- ❖ сухость кожи, гипергидроз;
- ❖ мышечный тонус снижен.
- ❖ может быть прикус языка (редко).
- ❖ зрачки расширены.

Постсинкопальный период.

- ❖ После приступа сознание больного быстро восстанавливается (если не наступила внезапная смерть в результате развития фибрилляции желудочков или асистолии), однако могут сохраняться головная боль, головокружение, спутанность сознания.
 - ❖ Период восстановления сознания и ориентации, продолжительность длительностью в несколько секунд.
 - ❖ Клинические проявления - головная боль; головокружения; неприятные ощущения в грудной клетке; затруднение дыхания; сердцебиение; общая слабость.
-

Клинические особенности различных видов синкопальных состояний

Кардиогенные синкопальные состояния.

имеют ряд характерных признаков, которые необходимо учитывать при диагностике:

- ❖ боли и дискомфорт в области сердца, нарушения его
- ❖ ритма, боль за грудиной;
- ❖ развиваются в любом положении тела;
- ❖ провоцируются физическим или эмоциональным
- ❖ напряжением;
- ❖ возможны аноксические судороги;
- ❖ ЧСС при тахиаритмии может быть более 150–180
- ❖ уд/мин и при брадиаритмии 30–35 уд/мин;
- ❖ приступы внезапные, короткие, с быстрым
- ❖ восстановлением сознания;
- ❖ удлинением интервала QT;
- ❖ возможно снижение системного АД (аортальный
- ❖ стеноз, кардиомиопатия)

Синкопальное состояние возникает, когда пациент стоит или сидит.

- Вариантами кардиогенных синкопальных состояний могут быть бради- или тахиаритмии. В этих случаях необходимо проводить дифференциальную диагностику между синкопальным состоянием и синдромом Адамса-Морганьи-Стокса (внезапно наступающий коллапс с потерей сознания на несколько секунд, с тахи- или брадикардией).
-

Физикальный осмотр

В ходе физикального обследования производится исследование соматического и неврологического статуса. С этой целью проводятся:

- Пальпация и аускультация периферических сосудов.
 - Аускультация сердца.
 - Измерение артериального давления на двух руках в горизонтальном и вертикальном положении.
 - Исследование неврологического статуса с целью выявления микроочаговой симптоматики.
 - Исследование состояния вегетативной нервной системы: определение вегетативной реактивности (местный и рефлекторный дермографизм, температурные кривые, ортоклиностатическая проба).
-

Лабораторные исследования

- ❖ Определение уровня гемоглобина и эритроцитов.
 - ❖ Определение кардиоспецифических биохимических маркеров: тропонины, КФК, МВ-фракция креатинкиназы, лактатдегидрогеназа, миоглобин.
 - ❖ Определение уровней электролитов в крови
 - ❖ Определение уровня мозгового натрий-уретического пептида (тест-система для определения СН и патологии почек).
 - ❖ Измерение уровней глюкозы крови, гликозилированного гемоглобина A1C.
 - ❖ Определение уровня тиреотропного гормона.
-

Инструментальные исследования

У 2-11% пациентов с синкопальными состояниями имеются

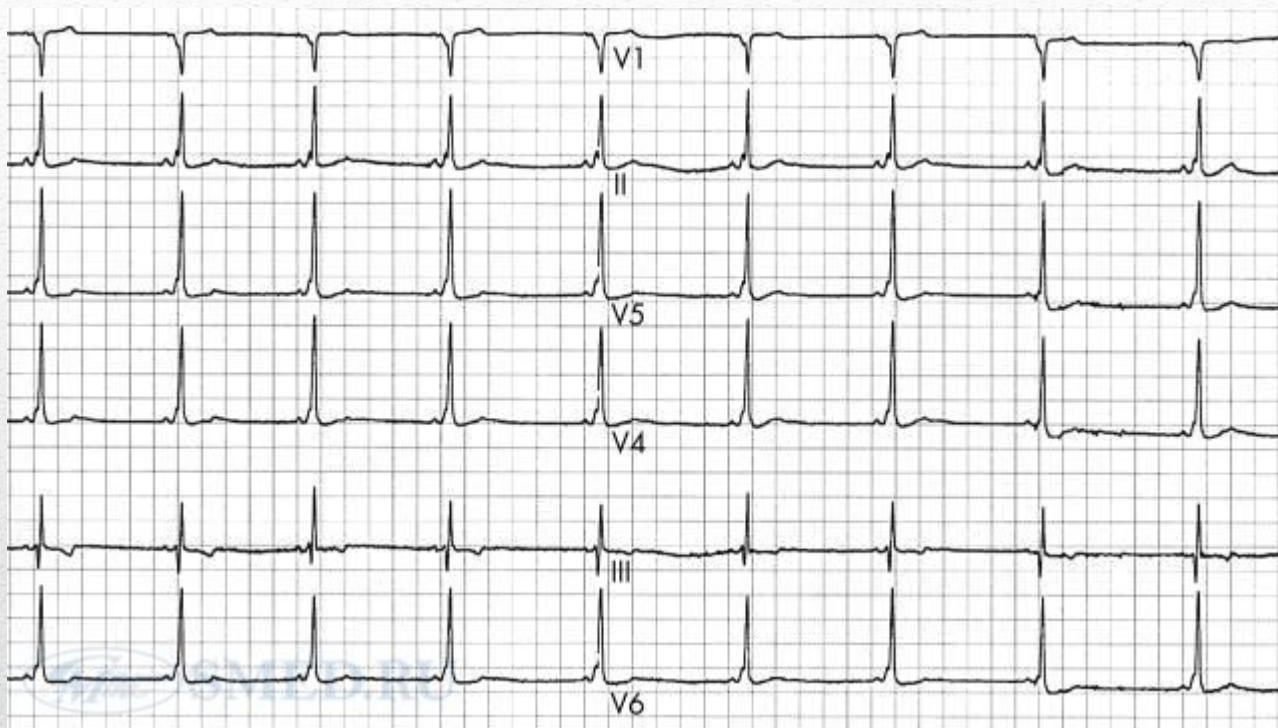
- ❖ **патологические изменения на ЭКГ, свидетельствующие об аритмогенном характере синкопальных состояний.**

В этих случаях высок риск возникновения внезапной сердечной смерти.

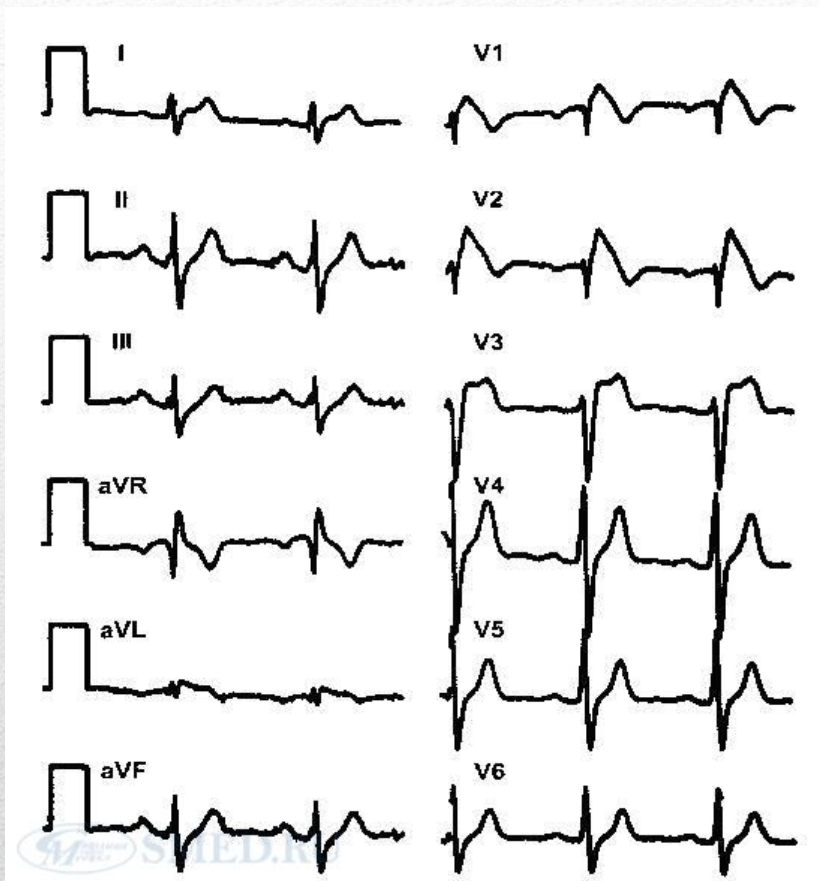
Возможные изменения на ЭКГ при аритмогенных синкопальных состояниях:

- ❖ **Бифасцикулярная блокада (комбинация блокады каких-либо ветвей левой ножки - передневерхней и задненижней ветвей левой ножки пучка Гиса и блокада правой ножки пучка Гиса.**
 - ❖ **Укорочение интервала PQ при синдроме Вольфа- Паркинсона- Уайта).**
 - ❖ **Другие аномалии атриовентрикулярного проведения (продолжительность QRS 0,12 с и более),**
-

ЭКГ



- ЭКГ пациента с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта, который является причиной синкопе.



- ЭКГ при синдроме Бругада: блокада правой ножки пучка Гиса в отведении V1 и элевация сегмента ST в отведениях V1 -V3. Скорость записи: 25 мм/сек.
- Отрицательные T в V1-V3 и эпсилон-волны (поздние желудочковые спайки) - аритмогенная дисплазия правого желудочка.

ЭЭГ особенности синкопе

- ❖ в межпароксизмальном периоде обычно регистрируется нормальная ЭЭГ. Редко вспышки тетаволн средней амплитуды без четко локализованного очага;
 - ❖ во время синкопального приступа регистрируются генерализованные билатерально синхронные дельта волны, соответствующие коматозному состоянию, совпадающие по времени с замедлением или перерывом в работе сердца.
- Медленные волны появляются постепенно, начиная с замедления фоновой ритмики, восстановление нормальной альфа активности проходит через стадию медленных, а затем более быстрых тетаволн. Нет острых волн или спайков. Нет характерного для эпилептического припадка прерывания основного ритма;
- ❖ при пробе с гипервентиляцией возможно возникновение генерализованных тетаволн



**ТИЛТ- тест пассивная ортостатическая проба
применяется для изучения механизмов нарушения
автономной регуляции и развития синкопе**

- Это наиболее часто рекомендуемый метод.
- ☐ У пациентов с СКС при этом повышается кардио-вагальный тонус и возникает артериолярная вазодилатация, что может привести к внезапной системной гипотонии и остановке сердца с приступом потери сознания



ЭХО кг

Менее чем у 5% пациентов с синкопальными состояниями этот симптом свидетельствует о манифестации дилатационной или гипертрофической кардиомиопатии, миксоте предсердия

Эхокардиография позволяет выявить пролапс митрального клапана, который может быть причиной синкопе в 4,6-18,5% случаев

Трансторакальная ЭХОкг



При проведении трансторакальной эхокардиографии визуализируется миксома правого предсердия крупных размеров. LA - левое предсердие; LV - левый желудочек; MASS - миксома; RA - правый желудочек.

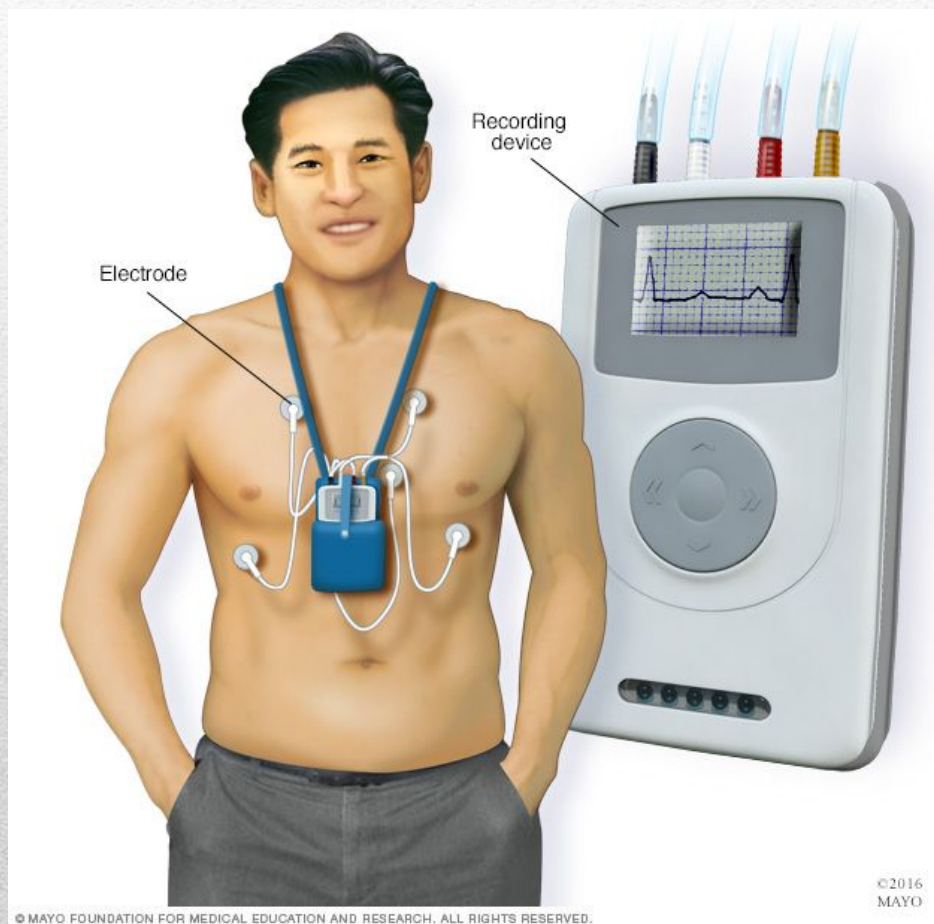
ВЕЛОЭРГОМЕТРИЯ



Тест с физической нагрузкой – по показаниям.

Холтеровское ЭКГ-мониторирование (проводится при получении отрицательных результатов тилт-теста и массажа каротидного синуса).

Методика многодневной (недели) регистрации ЭКГ с помощью портативного событийного монитора позволяет выявить связь относительно редких обмороков с нарушениями сердечного ритма и проводимости, ишемией миокарда.



Массаж каротидного синуса

Уровень давления в области бифуркации общей сонной артерии оказывает рефлекторное влияние на показатели ЧСС и АД.

Массаж каротидного синуса проводится в течение 5-10 мин., в горизонтальном положении пациента. Это исследование рекомендовано пациентам в возрасте старше 40 лет с синкопальными состояниями неустоновленной этиологии.

При проведении исследования обязательными условиями являются: ЭКГ-мониторирование и измерение АД.

Позитивными результатами теста считаются: асистолия в течение 3 с. и более, падение систолического давления ниже 50 мм рт.ст. Эти симптомы свидетельствуют о гиперчувствительности каротидного синуса.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Признаки	Нейрокардиальный обморок	Ортостатический обморок	Кардиогенный обморок	Цереброваскулярный обморок
Анамнез	Повторные обмороки в типичных ситуациях	Гипотензия, постельный режим	ИБС, порок сердца, аритмии	Неврологические заболевания
Начало обмороков	В молодом возрасте	В любом возрасте	Чаще в среднем возрасте	В среднем возрасте
Провоцирующие факторы	Стресс, душное помещение, кашель, натуживание, мочеиспускание	Резкий переход из горизонтального в вертикальное положение	Нет или физическая нагрузка, перемена положения тела	Нет или наклон, поворот, запрокидывание головы
Положение, в котором возникает обморок	Вертикальное	Вертикальное	Любое	Чаще вертикальное
Предобморочное состояние	Слабость, головокружение, тошнота, дискомфорт в эпигастрии, звон в ушах, бледность, потливость	Отсутствует	Чаще отсутствует. Могут быть боль или перебои в работе сердца, одышка, цианоз	Чаще отсутствует, может быть головная боль, головокружение, слабость
Продолжительность. Изменения ССС	Кратковременный; бледность, потливость, снижение АД и (или) брадикардия	Кратковременный: без вегетативных реакций и изменений ЧСС	Продолжительный: цианоз, аритмия	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

Таблица 1. Дифференциальный диагноз обморока и эпилептического припадка

Диагностические признаки	Обморок	Эпилептический припадок
Условия возникновения	Возникает в вертикальном положении, под воздействием провоцирующего фактора	Возникает независимо от положения тела
Продолжительность	Несколько секунд	3–5 минут
Судороги	При возникновении судорог преобладает тоническая фаза	Определенная стадийность (аура, потеря сознания, тонические, клонические судороги)
Цвет кожи	Бледность	Бледность, затем синюшность
АД во время приступа	Обычно снижено	Нормальное или повышено
Сознание после окончания приступа	Обычно ясное	Сонливость, оглушенность

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Устранить провоцирующие факторы: перевести больного в горизонтальное положение, обеспечить доступ свежего воздуха.
- Вдыхание паров нашатырного спирта, обрызгивание лица холодной водой.
- ввести п/к 1 мл 10% кофеина или 2 мл кордиамина, в/в 30 мг преднизолона
- При тяжелых обмороках и отсутствии эффекта от проводимых мероприятий, при значительной гипотонии вводят симпатикотонические средства: 1 % раствор мезатона , 5 % раствор эфедрина .
- При брадикардии или асистолии - 0,1 % раствор сульфата атропина , непрямой массаж сердца .
- При нарушениях сердечного ритма применяют антиаритмические препараты .

Оказание первой медицинской помощи при обмороке



Список литературы

- <http://lekmed.ru/spravka/neotlozhnaya-pomosch/neotlozhnaya-pomosch-pri-obmoroke.html>
 - <http://www.smed.ru/guides/43562#>
-