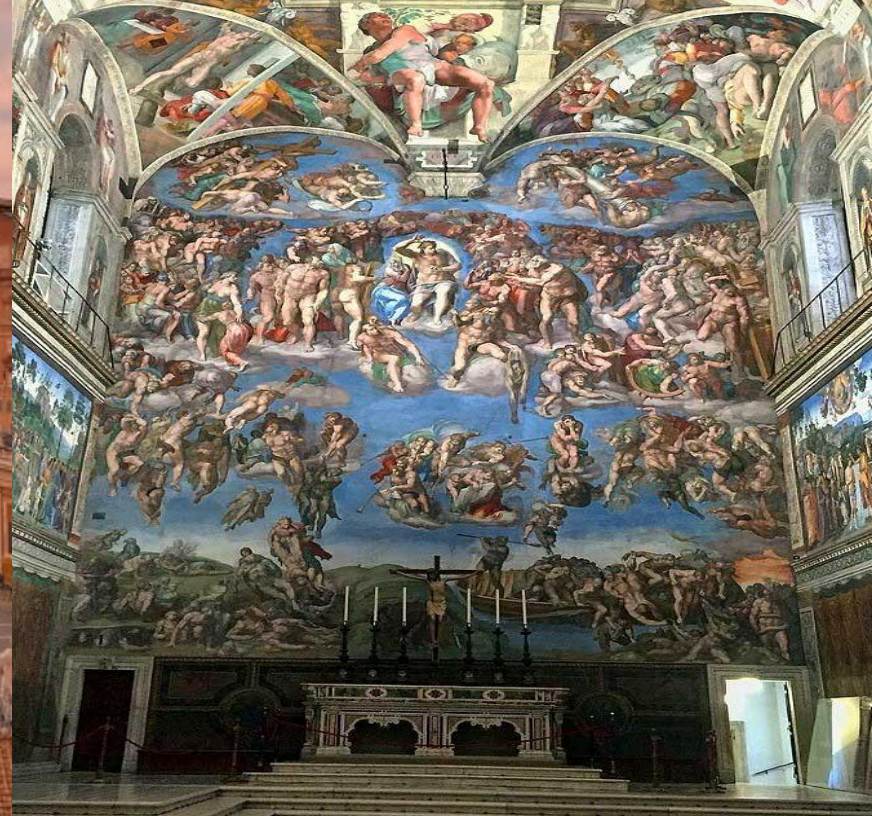




Синкопальные состояния.

Проблема мультидисциплинарного
подхода.

Врач невролог РСЦ ЧОКБ Зарипова З.З.

Преходящая потеря сознания



Синкопальное состояние

(синкопе, «syn» – «с, вместе», «korten» – «прервать») – преходящая потеря сознания, связанная с временной **общей гипоперфузией** головного мозга, характеризующаяся быстрым развитием, короткой продолжительностью и спонтанным восстановлением сознания. (Рекомендации Европейского общества кардиологов (ЕОК), 2009).

Обязательными клиническими признаками обморока являются:

- полная, но кратковременная утрата сознания;
- потеря сознания связана с общей гипоперфузией головного мозга
- падение больного, связанное с угнетением мышечного тонуса.

Патогенез развития синкопального состояния

Гипоперфузия головного мозга, вследствие:

- Снижение сердечного выброса (кардиоингибирующий рефлекс, заболевания ССС, снижение венозного возврата)
- Нарушение периферического сопротивления сосудов (лекарственная, первичная, вторичная вегетативная недостаточность).

Классификация обмороков



Рефлекторный (нейрогенный) обморок

1. Вазовагальный:

- вызванный эмоциональным стрессом (страх, боль, инструментальное вмешательство, контакт с кровью);
- вызванный ортостатическим стрессом;

2) ситуационный:

- кашель, чихание;
- раздражение желудочно-кишечного тракта (глотание, дефекация, боль в животе);
- мочеиспускание;
- прием пищи;
- другие причины (смех, игра на духовых инструментах, подъем тяжести);

3) Синдром каротидного синуса (СКС);

Рефлекторный обморок

Анамнез: начало в подростковом возрасте, приступы могут остаться на всю жизнь , длительная история рецидивирующего обморока, в частности до 40-летнего возраста;

Клиника: постепенное развитие потери сознания, в определенной ситуации: из положения стоя, предрасполагает длительное стояние, стрессовая ситуация, страх ожидания усиливает тенденцию к обмороку, несистемное головокружение, потемнение в глазах, холодный пот, медленное сползание на землю, звон в ушах, ощущение «неминуемого падения и потери сознания».

Объективно: бледность, глаза закрыты, мышечный тонус низкий, кожа влажная, мидриаз, но на свет реагирует, снижение АД, брадикардия.

Что нужно учитывать: исключить кардиально-гипервентиляционный паттерн обморока.

Ситуационный обморок

Что объединяет – специфическая ситуация, провоцирующая обморок: кашель, глотание, ночное мочеиспускание.

Обморок при глотании возможен при невралгии языкоглоточного нерва, при опухоли глотки, как последствие лучевой терапии. Патогенез: необычайно интенсивная афферентная передача приводит к усилению импульсации по блуждающему нерву.

Кашлевой обморок (смеховой, гелоплексия, бетталепсия, при игре на духовых инструментах) наблюдается у крупных, тучных мужчин, курильщиков с эмфиземой легких после длительного приступа кашля или смеха. Патогенез: повышение внутригрудного давления через систему спинальных вен приводит к увеличению спинального и внутричерепного давления. При значительном повышении внутричерепного давления падает перфузионное давление и развивается потеря сознания. Без сознания пациент не кашляет, мозговое кровообращение восстанавливается.

Никтурический обморок – потеря сознания при мочеиспускании ночью, часто после алкогольного эксцесса. Патогенез: резкое снижение симпатического вазоконстрикторного тонуса и падение АД. Способствует эффект Вальсальвы – натуживание.

Кардиогенный обморок

1) аритмогенный:

- брадикардия (дисфункция синусного узла (включая синдром брадикардии/тахикардии), атриовентрикулярная блокада, нарушение функции имплантированного водителя ритма);
- тахикардия (желудочковая, наджелудочковая);

2) органические заболевания: сердце: пороки сердца, острый инфаркт/ишемия миокарда, гипертрофическая кардиомиопатия, образования в сердце (миксома предсердия, другие опухоли и др.), перикардит/тампонада сердца, врожденные пороки коронарных артерий, дисфункция искусственного клапана;

- другие: тромбоэмболия легочной артерии, расслаивающая аневризма аорты, легочная гипертензия.

Клиническая картина

- Возникновение во время физического напряжения или в положении на спине;
- Внезапные сердцебиения, следующие после обморока;
- Этапная смена окраски кожных покровов: бледность – цианоз – гиперемия
- ЭКГ находки, свидетельствующие о кардиогенной природе обморока (аритмии)

СА блокада, остановка синусового узла, синусовая брадикардия (< 50 уд./мин), мерцательная брадиаритмия с ЧСС < 35 уд./мин, АВ блокада II-III степени, пароксизмы наджелудочковой тахикардии или мерцательной тахиаритмии с ЧСС $> 150-180$ уд./мин, стойкие или нестойкие пароксизмы желудочковой тахикардии (более 3 желудочковых комплексов), нарушение работы электрокардиостимулятора, признаки острой перегрузки правых отделов сердца (подозрение на ТЭЛА), признаки острой ишемии миокарда, блокада правой ножки пучка Гиса со стойким подъемом сегмента ST в правых грудных отведениях, пароксизмы полиморфной желудочковой тахикардии, переходящие в фибрилляцию желудочков (**синдром Бругада**), укорочение интервала PQ, появление аномальной дельта-волны в начале желудочкового комплекса и приступы тахикардии – наджелудочковой, мерцания, трепетания предсердий и др. (**синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта**), удлинение **интервала QT**, пароксизмы пируэтной тахикардии (синдромы Романо-Уорда, Джервела-Ланге-Нильсена, приобретенный синдром удлиненного интервала QT), укорочение интервала QT

Синдром Морганьи-Адамса-Стокса

Это приступы потери сознания, сопровождающиеся нарушениями дыхания и **судорогами**, возникающие вследствие внезапного падения сердечного выброса с развитием острой гипоксии головного мозга.

Факторы риска

Краткосрочные (до 30 дней)	Долгосрочные (более 30 дней, до 12 месяцев)
Мужской возраст	Мужской возраст
Возраст старше 60 лет	Пожилой возраст
Отсутствие продромального периода	Отсутствие тошноты/рвоты перед потерей сознания
Ощущение сердцебиения, загрудинной боли перед потерей сознания	Онкологические заболевания
Обморок после физической нагрузки	Органические поражения сердца
ХСН	Низкий клиренс креатинина
Цереброваскулярные заболевания	Цереброваскулярные заболевания
Семейная история ВСС	Сахарный диабет
Травма	Высокий балл по шкале CHADS2 score
Патологическая ЭКГ	Патологическая ЭКГ
Положительный тропониновый тест	
Признаки кровотечения	

Обморок, связанный с ортостатической гипотонией

- 1) первичная вегетативная недостаточность (изолированная вегетативная недостаточность, множественная атрофия, болезнь Паркинсона с вегетативной недостаточностью, деменция Леви и др.);
- 2) вторичная вегетативная недостаточность (диабет, амилоидоз, уремия, повреждение спинного мозга);
- 3) лекарственная ортостатическая гипотония (алкоголь, вазодилататоры, диуретики, фенотиазины, антидепрессанты и др.);
- 4) потеря жидкости (кровотечение, диарея, рвота и др.).

Кого стоит госпитализировать?

- Стабильное подтвержденное органическое заболевание сердца;
- Тяжелое хроническое заболевание;
- Обморок при физической нагрузке;
- Обморок в положении на спине или сидя;
- Обморок без каких-либо предвестников;
- Неадекватная синусовая брадикардия или синоатриальный блок;
- Предвозбужденный комплекс QRS
- Суправентрикулярная тахикардия или пароксизмальная фибрилляция предсердий;
- Электрокардиографические признаки врожденных аритмогенных заболеваний;

С чем дифференцировать?

- Метаболические нарушения (гипогликемические, гипоксические, гипервентиляция с гипокапнией).
- Состояния интоксикации
- ТИА в ВББ
- Синдром подключичного обкрадывания
- Синдром падения (Dropp- Attack)
- Базилярная мигрень
- Эпилептические приступы
- Катаплексия (аффективная адинамия)
- Психогенные нарушения сознания

Преходящее нарушение мозгового кровообращения в ВББ

1. Синдром подключичного обкрадывания:

- наблюдается при стенозе, окклюзии или аплазии подключичной артерии проксимальной места отхождения вертебральной артерии.
- развитие ишемии ствола мозга при мышечной нагрузке на соответствующую руку.
- Отмечается снижение АД и наполнения пульса на пораженной руке (значимая асимметрия АД на руках более 20 мм рт. ст.)

2. Аномалии развития краниовертебральной области
с компрессией сосудов вертебрально-базилярной системы

3. Компрессия вертебральных сосудов остеофитами

4. Фибромышечная дисплазия вертебральных артерий

Дроп атака

- Обморокоподобные состояния в результате изолированной преходящей ишемии ствола мозга (транзиторных ишемических атак в вертебрально-базилярной системе)
- «Болезнь голубых коленок»
- Внезапное падение, без утраты сознания
- Ситуационной обусловленности нет
- предобморочных ощущений и дурноты нет, падает на колени «как будто внезапно ноги подкосились»

Базиллярная мигрень

Очень редкая форма мигрени, которая обычно наблюдается у молодых женщин.

- В анамнезе имеются указания на мигрень;
- Утрата сознания — аура, которая сопровождается далее проявлениями мигренозного приступа, включая головную боль и рвоту.
- Сознание утрачивается на срок, более длительный, чем при обмороке.

Эпилептические приступы

Признак	Обморок	Эпилептический приступ
Клонические судороги	Короткие, неритмичные, небольшой амплитуды и разбросанные, обычно миоклонического типа	Ритмичные и часто симметричные, более длительные, парциального типа (джексоновские, адверсивные и т. п.)
Тонические судороги	Имеют характер децеребрационных судорог	Могут отличаться от судорог децеребрационного типа, но часто идентичны им
Время развития судорожного синдрома	Через 15–20 секунд после утраты сознания	Непосредственно после утраты сознания, начало судорог может быть в положении стоя или в момент падения
Ушибы при падении, прикус языка, непроизвольное мочеиспускание	Возможны, но бывают редко	Возможны, бывают часто
Обычная ситуация	Судорожный синдром часто наблюдается при кардиальном обмороке (синдром Морганьи — Адамса — Стокса), развитие которого возможно в любом положении тела больного. При рефлекторном обмороке судороги возникают, если больной не может принять горизонтальное положение (например, обморок в телефонной будке). Наличие сопутствующих метаболических нарушений (гипогликемии, гипокапнии, гиперкапнии, азотемии) способствует развитию судорог при обмороке.	В любой ситуации

Психогенные приступы (эпизоды нарушения сознания и внезапного падения)

Пациент: личность истерического типа (демонстративность, эгоцентризм, склонность к манипулированию).

Органические причины потери сознания в прошлом (проявление заболеваний сердца, нейрогенные) могут быть хорошей базой для развития психогенных приступов.

Падение может выглядеть как «бросок» на пол с приземлением на руки, имеется вычурный характер движений, театральность, отсутствие стереотипности, редко сопровождаются мочеиспусканием и прикусом языка, редко возникают, когда пациент остается один. Больной активно сопротивляется попытке открыть глаза.

Лечение у психиатра.

Обследование пациента с обмороком

- ЭКГ
- Мониторирование ЭКГ
- ЭХО КГ
- УЗДГ сосудов шеи
- Мониторирование ЭКГ, АД.
- Вегетативные тесты
- Рутинная нейровизуализация, нейромониторинг нецелесообразны!!!

Диагностические тесты

1. ЭКГ с механической стимуляцией СКС (патологическим считается уменьшение ЧСС на 50% и снижение САД на 40 мм рт.ст. у 5% пациентов воспроизведение синкопального состояния)
2. Ортостатические пробы (снижение систолического артериального давления от исходного значения ≥ 20 мм.рт.ст. или диастолического артериального давления ≥ 10 мм.рт.ст., или систолического артериального давления до показателя < 90 мм.рт.ст.
3. Пассивная ортостатическая проба (тилт-тест) фармакологическая провокация нитроглицерином (300–400 мкг сублингвально) после 20-минутной безмедикаментозной фазы и тест с внутривенным введением низкой дозы изопроterenола)
4. Проба Вальсальвы, проба глубокого дыхания, холоддовая проба и др.

Список литературы

1. «Дифференциальная диагностика обморокоподобных состояний в условиях оказания неотложной помощи» Губский Л.В., НИИ инсульта ГОУ ВПО РГМУ, Москва
2. Brignole M., Moya A., Lange F.J. et al. (2018) ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur. Heart J., 39(21): 1883–1948.
3. Обмороки: этиология, патофизиология, диагностика и лечение (по материала рекомендаций Американского и Европейского общества кардиологов 2018 год)

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!