

Кафедра госпитальной терапии, ВПТ

Синкопальные состояния в практике врача терапевта

Доцент кафедры, к.м.н. Королик О.Д.



План лекции:

1. Определение.
2. Этиология и патогенез.
3. Классификация.
4. Клиническая картина.
5. Дифференциальная диагностика.
6. Лечение, профилактика.
7. Прогноз.



Обморок (SYNCOPE)

Приступ кратковременной потери сознания и нарушения постурального тонуса с расстройствами сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности и имеющие разнообразные патогенетические механизмы.

Чаще всего причиной обмороков является различная церебральная и соматическая патология.

Классификация синкопальных состояний

1. Неврогенные обмороки:

- Психогенные
- Ирритативные
- Деадаптационные
- Дисциркуляторные

2. Соматогенные обмороки:

- Кардиогенные
- Вазодепрессорные
- Анемические
- Гипогликемические
- Респираторные



3. Синкопальные состояния при экстремальных воздействиях:

- Гипоксические
- Гиповолемические
- Интоксикационные
- Медикаментозные
- Гипербарические

4. Редко встречающиеся и полифакторные синкопальные состояния:

- Никтурические
- Кашлевые

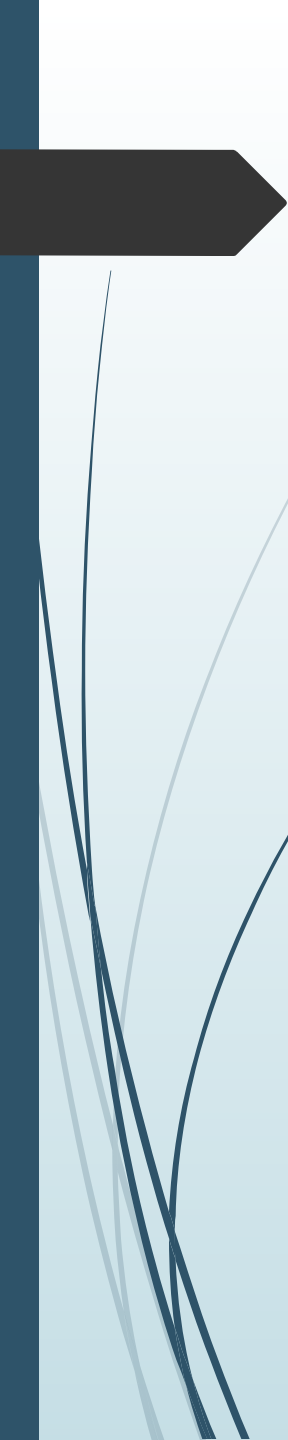
Степени выраженности синкопальных состояний

1. Пресинкопальное состояние:

- I степени – слабость, тошнота, «мушки» перед глазами;
- II степени – более выражены описанные выше синдромы с элементами нарушения постурального тонуса.

2. Синкопальное состояние:

- I степени – кратковременное выключение сознания на несколько секунд без выраженного постприпадочного синдрома;
- II степени – более длительная потеря сознания и выраженные постприпадочные проявления.



В большинстве случаев синкопе имеет первично неврогенный генез, однако в то же время оно может быть обусловлено соматическими заболеваниями.

Причины синкопе

Синкопальные синдромы, обусловленные нейрогенными рефлексами

1. Вазовагальные обмороки:

Синдром каротидного синуса

- Ситуационные обмороки
 - Острые кровотечения
 - Кашель, чихание
 - Гастроинтенстинальная стимуляция (глотание, дефекация, висцеральная боль)
 - Мочеиспускание (после мочеиспускания)
 - После физических нагрузок
- ### 2. Другие (игра на духовых инструментах, нагрузочные, после обеда и др.)
- ### 3. Глоссофарингеальная и тригеминальная невралгия

Ортостатический:

1. Недостаточная автономная регуляция:

- Синдром первичной недостаточности автономной регуляции (так называемая чистая недостаточность автономной регуляции, множественная системная атрофия, болезнь Паркинсона с недостаточностью автономной регуляции)
- Синдром вторичной недостаточности автономной регуляции (так называемая диабетическая нейропатия, амилоидная нейропатия)
- Медикаменты и алкоголь

2. Уменьшение объема крови (гиповолемия):

Кровотечения, диарея, болезнь Аддисона

Аритмогенный:

1. Дисфункция синусового узла (включая синдром тахикардии)
2. Нарушение атриовентрикулярного проведения
3. Пароксизмальная форма НЖТ или ЖТ
4. Наследственные синдромы: синдром удлиненного интервала Q-T, синдром Бругада
5. Нарушения в работе ИВР, проаритмогенное действие медикаментов


Органические заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем:

1. Клапанные поражения сердца
2. Острый ИМ/ ишемия
3. Рестриктивная кардиомиопатия
4. Миксома предсердий
5. Острая расслаивающая аневризма аорты
6. Заболевания перикарда
7. Эмболия легочной артерии/ легочная гипертензия

Цереброваскулярные:

1. ТИА
2. Синдром подключичного обкрадывания

Примечание. *НЖТ* – наджелудочковая тахикардия; *ЖТ* – желудочковая тахикардия; *ИВР* – искусственный водитель ритма; *ИМ* – инфаркт миокарда



Сочетание 5-7 стигм может говорить о высокой вероятности дисплазии нервной системы как возможного патогенетического фактора развития синкопальных состояний.

Чаще всего выделяют такие дефекты:

- - неправильное строение стоп,
- - узкое высокое небо,
- - неправильные расположение и форма зубов,
- - деформации грудной клетки,
- - несоответствие мозгового и лицевого черепа,
- - изменение формы, величины и расположения ушных раковин,
- - гетерохромия радужки и др.

Патофизиологические основы развития синкопальных состояний

- Исходная неполноценность церебральных структур;
- Формирование «синкопальной готовности»;
- Развитие устойчивого патологического состояния мозга.

Диагностика транзиторных нарушений сознания

Анамнез, физикальные данные, измерение АД лежа и стоя, стандартная ЭКГ

Достоверный или подозреваемый диагноз

Заболевания миокарда

Синкопе неясного генеза

Нет структурных поражений миокарда и норм ЭКГ

Выявленное / подтвержденное диагностикой синкопе

Диагноз установлен

Наличие кардиальной патологии

Частые и резко выраженные

Неврогенные синкопе

ЕСТЬ

НЕТ

ЕСТЬ

НЕТ

Обследование повторить

Единичные или редкие

Дальнейшее обследование не производится

Лечение

Клинические проявления

Синкоп рассматривается как развернутый во времени процесс

Предсинкопальное состояние

обморок

Постсинкопальный период

Анамнез

1. Возраст пациента на момент появления первых обмороков
2. Предшествующие первому синкопе факторы
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 и др. (уточнить какие)

5. Способы и приемы, позволяющие предотвратить развитие потери сознания:

- Переход в горизонтальное положение
- Перемена положения головы
- Прием пищи, воды
- Свежий воздух
- Другие (уточнить какие)

6. 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 перед глазами
- Другие симптомы (уточнить какие)




7. Клинические проявления во время обморока:

- Положение больного
- Цвет кожных покровов (бледность, цианоз)
- Сухость кожи, гипергидроз
- Ритмичность и частота дыхания
- Наполнение, ритм и частота пульса
- Уровень артериального давления
- Состояние мышц (гипотония, судороги тонические, клонические)
- Прикус языка
- Испускание мочи
- Положение глазных яблок, состояние зрачков
- Продолжительность потери сознания

8. Клинические проявления в постсинкопальном периоде:

- Скорость и характер ваозвращения сознания
- Амнезия приступа
- Сонливость
- Головная боль
- Головокружения
- Неприятные ощущения в грудной клетке
- Затруднение дыхания
- Сердцебиение, перебои
- Общая слабость
- Другие проявления (уточнить какие)
- Продолжительность постсинкопального периода



9. Состояние пациента и проявление заболевания вне обморока

10. Перенесенные и сопутствующие заболевания

11. Применяемые ранее лекарственные препараты

12. Параэпилептические феномены в детстве и в настоящее время (ночные головные боли, страхи, крики, сноговорение, энурез, фебрильные судороги, пароксизмы расстройств речи)

13. Наследственные факторы (наличие аналогичных приступов потери сознания у родственников, наличие в семейном анамнезе сердечно-сосудистой патологии, вегетативно-сосудистых нарушений, эпилепсии, параэпилептических феноменов и др.)

Исследование соматического и неврологического статуса:

1. Внешний осмотр больного с акцентом на конституционные особенности, признаки диспластического развития
2. Пальпация и аускультация периферических сосудов
3. Аускультация сердца
4. Измерение артериального давления 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 Вейна
 - Определение вегетативной реактивности (местный и рефлкторный дермографизм, глазосердечный рефлекс Ашнера-Даньини, температурные кривые, ортоклиностагическая проба и др.)
 - Определение вегетативного обеспечения деятельности

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 период между приступами в динамике, по возможности во время обморока
4. Рентгенологическое исследование сердца, аорты, легких

Дополнительное обследование больных по показаниям

1. При подозрении на кардиогенные обмороки и при синкопальных состояниях неясного генеза:
 - Рентгенологическое исследование сердца с контрастированием пищевода
 - Эхокардиография
 - Мониторирование ЭКГ
 - Электрокардиографические 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 (ЭЭГ)
- Вызванные потенциалы мозга, мониторинговое электроэнцефалографическое 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)

Электрокардиографические изменения, приводящие к синкопе:

- - Бифасцикулярная блокада (комбинация блокады каких-либо ветвей левой ножки – передневерхней и задненижней ветвей левой ножки пучка Гиса и блокада правой ножки пучка Гиса)
- Другие аномалии атриовентрикулярного проведения (продолжительность QRS 0,12 с и более)
- ▶ - Атриовентрикулярные блокады (Мобитц 1) и другие варианты
- ▶ - Асимптоматическая синусовая брадикардия (менее 50 в 1 мин) или синоатриальная блокада
- ▶ - Удлинение интервала Q-T
- ▶ - Блокада правой ножки пучка Гиса с элевацией сегмента ST – в отведениях V¹-V³ (Синдром Бругада)
- ▶ - Врожденная аритмогенная дисплазия правого желудочка
- ▶ - ИМ с зубцом Q

1. Синкопальные состояния при отдельных формах сердечной патологии:

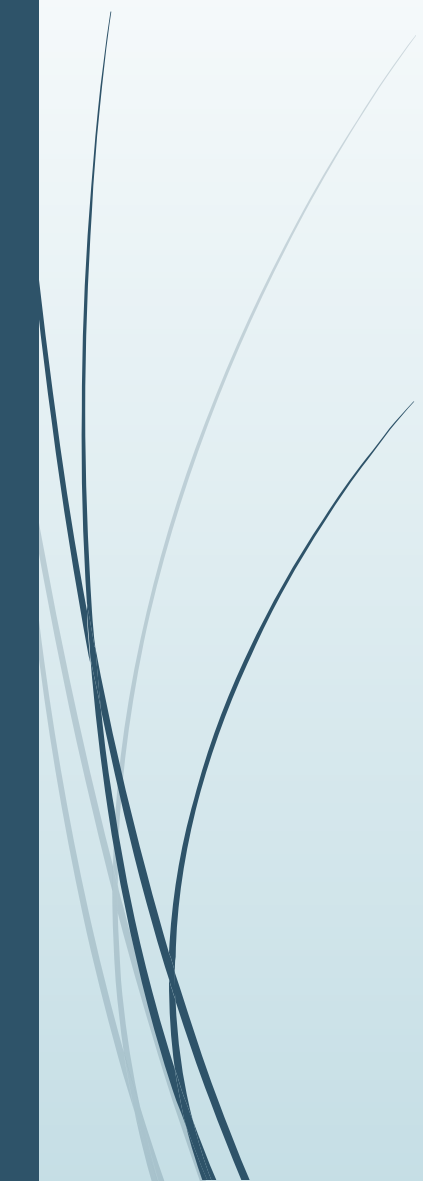
- С пролапсом митрального клапана встречаются в 4-6% наблюдений
- У больных с синдромом удлинённого интервала Q-

2. Синкопальные состояния при гипертрофической кардиомиопатии


3. Синкопальные состояния при ИМ



Ирритативные синкопальные состояния



Возникают в результате ирритации и реперкуссии из рецепторных зон блуждающего нерва с формированием патологических висцеро-висцеральных рефлексов.



**К этой группе относятся
синкопальные состояния,
развивающиеся при:**

- невралгии языкоглоточного нерва,
- гиперсенситивности каротидного синуса,
- глотании,
- некоторых формах патологии внутренних органов (ахалазия кардии, эзофагокардиоспазм, поражение желчных путей, двенадцатиперстной кишки и др.),
- при проведении эндоскопических исследований.



Деадапационные синкопальные состояния

В эту группу входят:

- ваовагальные обморочи
- ортостатические
- гипертермические
синкопальные состояния.

Обмороки развиваются при воздействии различных провоцирующих факторов:

- Пребывание в душном помещении
- Длительное стояние, болевые раздражения
- Эмоциональные реакции (вид крови, подготовка к инъекциям, лечение зубов)
- Переутомление и физическое перенапряжение
- Перегревание на солнце, в бане
- Длительные перерывы в приеме пищи

Критериями диагностики вазовагальных обмороков являются следующие:

Наличие четких провоцирующих факторов и условий развития обморока

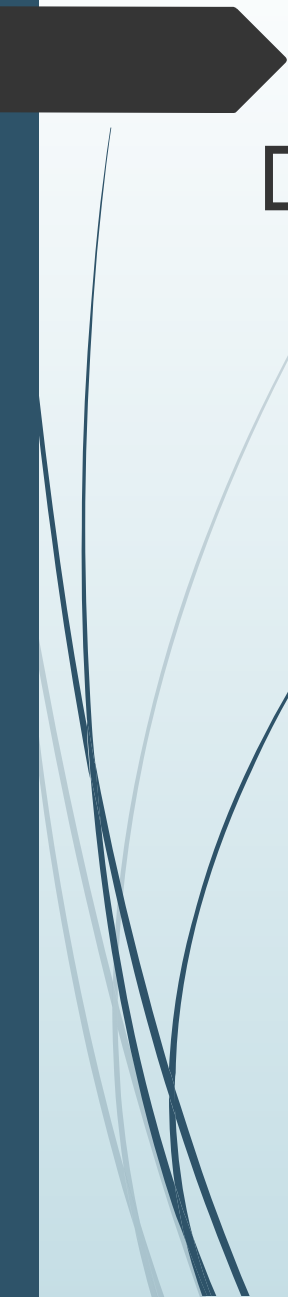
- ▶ Стадийность
- ▶ Признаки психовегетативного статуса в период между приступами
- ▶ Медленноволновая активность на ЭЭГ во время обморока

Критерии дифференциальной диагностики

- Развитие синкопальных состояний при переходе из горизонтального положения в вертикальное
- Падение АД во время обморока при нормальной ЧСС
- Выявление постуральной гипотензии в период между приступами (падение систолического АД не менее чем на 30 мм рт. ст. при переходе из горизонтального положения в вертикальное)
- Положительная ортостатическая проба (резкое падение АД при вставании при отсутствии компенсаторной тахикардии)
- Выявление постепенного снижения АД при пробе с 30-минутным стоянием
- Отсутствие увеличения концентрации альдостерона и катехоламинов и экскреции их с мочой при вставании

Дисциркуляторные обмороки

- Синкопальный вертебральный синдром Унтерхарншайдта развивается при остеохондрозе, деформирующем спондилезе и некоторых других поражениях шейного отдела позвоночника.

- 
- **Синкопальные состояния при сосудистой недостаточности в бассейне сонных артерий** (чаще всего в результате окклюзий одного из них) развиваются при сдавлении шеи.

A dark blue arrow points to the right at the top left. Below it, several thin, curved lines in shades of blue and grey sweep across the left side of the slide.

□ Обмороки при аневризмах церебральных сосудов

встречаются редко, могут быть при артериальных аневризмах в вертебрально-базилярной системе и артериовенозных аневризмах.



Синкопальные состояния при опухолях мозга

- Чаще всего обмороки встречаются при объемных процессах в задней черепной ямке и височных долях мозга.

Обморочеподобная форма эпилепсии

- Несоответствие функциональной значимости провоцирующего фактора степени тяжести пароксизмов
- Возможность серийного протекания приступов с интервалом в несколько минут
- Своеобразие постприступного периода (сон, головная боль, спутанность)
- Наличие семейно-наследственных проявлений эпилепсии
- Наличие в серии обморочеподобных приступов единичных эпизодов, в эпилептической природе которых не приходится сомневаться
- Выявление у больного с синкопе четкой эпилептической активности на ЭЭГ
- Появление эпилептической активности при функциональных нагрузках
- Положительный эффект от лечения противосудорожными препаратами

Лечение больных с синкопальными состояниями

Включает:

- оказание неотложной помощи в момент развития обморока
- проведение комплексной терапии в период между приступами с учетом основных патогенетических механизмов.

Лечебные мероприятия во время обморока

- ▶ Мероприятия, направленные на улучшение кровоснабжения и оксигенации мозга
- ▶ Рефлекторное воздействие на центры дыхания и сердечно-сосудистой регуляции
- ▶ Падение АД: 1% р-р мезатона, 5% р-р эфедрина
- ▶ Брадикардия и остановка сердечной деятельности: 0,1% р-р сульфата атропина, непрямой массаж сердца
- ▶ Нарушение сердечного ритма: антиаритмические препараты
- ▶ Комплекс реанимационных мероприятий
- ▶ Срочная госпитализация

Лечение больных в период между приступами

- В лечении больных с синкопальными состояниями можно выделить недифференцированную терапию, которая показана больным с различными вариантами обмороков и дифференцированную, используемую для лечения отдельных клинических форм.

Лечение

- Лекарственную терапию начинают при повторных обмороках и неэффективности немедикаментозных методов лечения
- Во многих случаях устранения провоцирующих факторов бывает достаточно для излечения пациента, а в некоторых ситуациях (большинство ситуационно обусловленных обмороков) это фактически единственный эффективный метод лечения.

Вазовагальный обморок

- β -адреноблокаторы атенолол 25- 100 мг/сут, пропранолол 40- 320 мг/сут. Эффективность терапии β -адреноблокаторами достигает 90%
- Флудрокортизон (синтетический минералокортикоид) (кортинефф) 0,1-0,4 мг/сут, эффективность препарата сопоставима с таковой β -адреноблокаторов начинают с 0,1 мг на ночь повышая дозу каждые 2 нед до 0,4 в сут в 2 приема
- Гутрон (мидодрин гидрохлорид) альфа-адреномиметик - увеличивает ПСС, повышает АД- 2,5 мг 2 раза в сутки

Ортостатический обморок

- Чаще всего применяют флудрокортизон (кортинефф) (0,1-0,4 мг/сут) в сочетании с увеличением количества натрия хлорида и калия в суточном рационе (необходим контроль АД)
- Длительная терапия минералокортикоидами плохо переносится и её эффективность с течением времени постепенно снижается (необходимо увеличение дозировки)
- При неэффективности флудрокортизона или его плохой переносимости назначают гутрон 2,5-5 мг 3 раза в день
- Эластическое бинтование конечностей
- Важное значение имеет адекватное лечение неврологических и соматических заболеваний, приведших к развитию ортостатической гипотензии.

Пациентам с вазовагальным и ортостатическим обмороками:

- За 10-15 мин до воздействия факторов, которые провоцируют обморок, рекомендуют выпить большое количество жидкости

При появлении первых продромальных симптомов обморока - как можно быстрее принять горизонтальное положение тела

- При отсутствии такой возможности следует скрестить ноги и плотно прижать их друг к другу, одновременно напрягая мышцы ног, живота и ягодиц; сцепив кисти в «замок», пытаться развести руки

- Подобные приёмы необходимо проводить приблизительно в течение 2 мин (или в течение как минимум 30 с после исчезновения симптомов); они уменьшают депонирование крови в конечностях и увеличивают венозный возврат к сердцу, тем самым улучшая кровоснабжение головного мозга

A dark grey arrow points to the right from the top left corner. Several thin, light blue lines curve upwards and to the right from the bottom left corner, creating a decorative background element.

Синокаротидный обморок

- Возможно применение вазоконстрикторных препаратов (гутрон)
- При выраженной кардиоингибиторной реакции рассматривают вопрос об имплантации кардиостимулятора

Прогноз

- Напрямую зависит от этиологии обморока
- При вазовагальных и других нейрогенных обмороках прогноз относительно благоприятный, смертность у этой категории пациентов практически не превышает таковой в общей популяции (риск смертельного исхода в течение года составляет 0-12%)
- Кардиогенные обмороки ассоциируются с повышением общей смертности и риска внезапной смерти
- Риск смертельного исхода в течение 1 года у пациентов с кардиогенными обмороками составляет 20-30%.



Благодарю за внимание