

Синкопальные состояния: алгоритм действий врача



Синкопальное состояние (от греч. *syn* – соединение, связь; *koptein* – прерывать, отключать) – это кратковременная преходящая потеря сознания, связанная с гипоперфузией головного мозга: для полной потери сознания достаточно внезапного прекращения церебрального кровотока (снижение центрального систолического АД до 50–60 мм рт. ст., что соответствует 30–45 мм рт. ст. на уровне головного мозга в вертикальном положении) всего на 6–8 с. Согласно статистике, около 20% мужчин и 50% женщин к 20 годам сообщали об одном и более эпизоде синкопального состояния. Пик заболевания приходится на пубертатный период: причиной 80% всех обмороков становятся вазовагальные реакции. В старшем возрасте частота обмороков снижается, но после 60 лет резко возрастает вновь из-за сердечно-сосудистых заболеваний [1].

Практикующему специалисту важно следовать алгоритму обследования пациента с обмороком и проводить дифференциальную диагностику причин, вызвавших синкопальное состояние, так как внезапная потеря сознания может быть вызвана факторами, не связанными с нарушением церебрального кровотока. Основная причина развития синкопального состояния – это снижение системного АД, которое способствует ухудшению церебрального кровотока. Системное АД падает в двух случаях [2]:

1. Низкое общее периферическое сопротивление:

- а) снижение рефлекторной активности, приводящее к вазодилатации из-за снижения тонуса сосудов, вызванного активностью симпатической нервной системы;
- б) функциональное расстройство;
- в) структурное повреждение вегетативной нервной системы, сопровождающееся развитием лекарственной, первичной или вторичной вегетативной дисфункции.

2. Снижение сердечного выброса:

- а) рефлекторная брадикардия, приводящая к развитию кардиоингибиторного рефлекторного синкопе;
- б) различные сердечно-сосудистые заболевания: нарушения ритма сердца, структурное поражение сердечно-сосудистой системы, включая тромбоэмболию легочной артерии и легочную гипертензию;
- в) неадекватный венозный возврат вследствие уменьшения объема циркулирующей крови или задержки жидкости вследствие венозной недостаточности;
- г) изменение сердечного выброса вследствие хронотропной или инотропной несостоятельности из-за автономной дисфункции.

Классификация синкопе [2]

1. Рефлекторные синкопе:

а) вазовагальные:

- ортостатические ВВС: в положении стоя, реже в положении сидя;
 - эмоциональный стресс: страх, боль (соматическая или висцеральная), выполнение инструментальных вмешательств, боязнь крови;
- б) ситуационные:
- мочеиспускание;
 - стимуляция желудочно-кишечного тракта (глотание, акт дефекации);
 - кашель, чиханье;
 - постнагрузочные;
 - другие (например, смех, игра на духовых инструментах);

в) синдром каротидного синуса;

г) неклассические формы (без продромов и/или без явных триггеров и/или атипичные проявления).

2. Синкопе вследствие ОГ:

Необходимо помнить, что гипотензия может усиливаться при задержке жидкости в венозной системе на фоне физических нагрузок (нагрузочная), после приема пищи (постпрандиальная гипотензия) и после длительного пребывания в положении лежа (детренированность).

- а) лекарственная ОГ (наиболее частая причина ОГ), например при приеме вазодилаторов, диуретиков, фенотиазина, антидепрессантов;
- б) уменьшение объема циркулирующей крови: кровотечение, диарея, рвота и др.;
- в) первичная вегетативная дисфункция (нейрогенная ОГ): идиопатическая вегетативная дисфункция, мультисистемная атрофия, болезнь Паркинсона, деменция с тельцами Леви;
- г) вторичная вегетативная дисфункция (нейрогенная ОГ): сахарный диабет, амилоидоз, повреждения спинного мозга, аутоиммунная вегетативная нейропатия, паранеопластическая вегетативная нейропатия, почечная недостаточность.

3. Кардиальные синкопе

- а) нарушения ритма как первичная причина;
- б) брадикардии:
 - дисфункция синусового узла (включая синдром тахи-бради);
 - нарушение атриовентрикулярного проведения;
- в) тахикардии:
 - суправентрикулярные;
 - желудочковые;
- г) структурное поражение сердца:
 - аортальный стеноз;
 - острый инфаркт миокарда/ишемия миокарда;
 - гипертрофическая кардиомиопатия;
 - внутрисердечные новообразования (миксома сердца, другие опухоли, др.);
 - заболевания перикарда/тампонада сердца;
 - врожденные аномалии коронарных артерий;
 - дисфункция протеза клапана сердца;
- д) кардиопульмональная патология и патология сосудов:
 - тромбоэмболия легочной артерии и ее ветвей;
 - острое расслоение аорты;
 - легочная гипертензия.

Алгоритм первичного обследования пациента с обмороком [3]

- Тщательный сбор анамнеза
- Физикальное обследование, включая измерение АД в положении стоя
- ЭКГ

Цель – получить ответы на ключевые вопросы:

1. Пациент перенес именно синкопальное состояние?
2. Установлен ли этиологический фактор?
3. Какие данные указывают на высокий риск сердечно-сосудистых событий или смерти?

Примечание. АД – артериальное давление, ВВС – вазовагальные синкопе, ОГ – ортостатическая гипотензия, ЭКГ – электрокардиография.

Литература

1. Джиоева О.Н., Резник Е.В., Никитин И.Г. Дифференциальная диагностика синкопальных состояний. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019; 18 (2): 76–83.
2. Brignole M., Moysa A., de Lange FJ. Рекомендации ЕОК по диагностике и лечению синкопальных состояний. Российский кардиологический журнал. 2019; 24 (7): 130–194. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-7-130-194
2. Джиоева О.Н. и др. Диагностика и лечение синкопальных состояний: учебное пособие. М.: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2020.
4. Фоянкин А.В. Диагностика и терапия синкопальных состояний. Фарматека. 2008; 10.

Материал принадлежит ООО «ММА«МедиаМедика», любое копирование и использование в коммерческих целях запрещено. Предназначено исключительно для специалистов здравоохранения.

На основании полученных данных могут быть проведены дополнительные исследования.

- При подозрении на синдром каротидного синуса – провоцирующая проба с массажем каротидного синуса у пациентов старше 40 лет.
- При подозрении на заболевание сердечно-сосудистой системы – эхокардиография.
- При подозрении на аритмию – немедленное ЭКГ-мониторирование.
- Если обмороки возникают при переходе в положение стоя или предполагается рефлекторный механизм – ортостатическая проба (переход из положения лежа в положение стоя и/или тилт-проба).

Дифференциальная диагностика синкопальных состояний с некоторыми другими [4]

→ Обморокоподобные пароксизмы

Могут быть началом эпилепсии, что можно установить, как правило, только ретроспективно при присоединении развернутых общесудорожных пароксизмов. Больные внезапно теряют сознание и даже не успевают сесть или позвать на помощь, падают, получают различные травмы. Характерна бледность кожи, акроцианоз, потливость, частое дыхание, тахикардия; АД может как повышаться, так и понижаться. Иногда во время приступа встречается недержание мочи, прикусывание языка. В постсинкопальном периоде возможны головная боль, адинамия, сонливость, хотя он может отсутствовать в принципе. Иногда наблюдается амнезия отдельных приступов. Необходимо проведение электроэнцефалографии, хотя отсутствие эпилептической активности не исключает эпилептической природы пароксизма – в любом случае, диагностический поиск стоит продолжить.

→ Гипогликемические состояния

Обычно развиваются у больных сахарным диабетом. Потере сознания предшествуют введение инсулина, недостаточный прием пищи, возбуждение, чувство голода, нарастающая слабость. Характерным признаком является выраженная потливость. Частота сердечных сокращений и АД не меняются. После выведения из гипогликемического состояния сохраняется оглушенность.

→ Истерические припадки

Развиваются у пациентов, с молодости отличающихся демонстративным стилем поведения. Припадки возникают по конкретному поводу, всегда происходят при свидетелях и могут быть весьма продолжительными. Больные падают плавно, мягко, поэтому травм практически не бывает. Во время припадка цвет кожи и слизистых оболочек не изменяется, стабильным остается АД, веки сжаты, нет брадикардии или артериальной гипотензии. Приступ сопровождается стонами, вычурными позами, судороги отсутствуют.