

Дифференциальная диагностика синкопе

Игорь Пасечник, доктор медицинских наук, профессор. Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии, главный внештатный специалист по анестезиологии-реаниматологии ГМУ УД Президента Российской Федерации, Москва

К сведению

Обморок (синкопе, синкопальное состояние) — кратковременная преходящая потеря сознания, обусловленная прекращением кровоснабжения головного мозга на 6–8 секунд или уменьшением на 20% количества кислорода, поступающего с кровью.

Обморок чаще всего случается при заболеваниях, которые сопровождаются кратковременным снижением мозгового кровотока за счет уменьшения сердечного выброса и вазодилатации. Падение периферического сосудистого сопротивления может быть многофакторным, включает функциональные и структурные изменения вегетативной нервной системы и рефлекторную брадикардию. Основные причины синкопе: структурная патология, нарушения ритма и проводимости сердца; артериальная гипертензия с неадекватной медикаментозной терапией; тромбоз эмболия легочной артерии и неврологическая патология.

Какая клиника характерна для синкопе

Обычно синкопе происходит в возрасте до 18 или после 60 лет. Пациенты рассказывают, что приступ начался внезапно, длился меньше 20 секунд и прошел самостоятельно. Частый результат — жизнеугрожающие травмы. Выделяют три периода в развитии симптомов обморока. Подробнее о них читайте в памятке 1.

Стадии синкопе

1

Пресинкопе. Характеризуется предвестниками: нехваткой воздуха, «дурнотой», туманом или «мушками» перед глазами, зевотой, звоном в ушах. Пациенты в этот период отмечают побледнение кожи, холодный пот, чувство скорой потери сознания, головокружение и «подкашивание ног».

2

Период потери сознания. На этой стадии кожа приобретает пепельно-серый оттенок, резко снижается артериальное давление, сердечные тоны прослушиваются с трудом. Пульс редкий или, наоборот, частый, нитевидный и слабо прощупываемый. Мышцы резко расслаблены, при проверке неврологических рефлексов нет или они резко снижены. Зрачки расширены, их реакция на свет слабая. Длительность обморока – от нескольких секунд до двух минут максимум. Возможно развитие судорожных приступов, непроизвольного мочеиспускания, периода, когда полностью нет сознания с последующей амнезией.

3

Восстановительная стадия. У пациента сохраняются слабость, гипотония, головокружение. В этот период он ориентируется во времени и пространстве.

В Международной классификации болезней 10-й редакции синкопе кодируется как R55 — синкопальные состояния (обморок, коллапс). Объединение коллапса с обмороком в одну

группу иногда вводит клиницистов в заблуждение. С последним часто путают судорожные состояния без потери сознания — приступы внезапного падения, случаи нарколепсии на фоне эмоциональных переживаний, сопровождающиеся падением. Также синкопе схоже с частичной или полной потерей сознания при гипогликемии, гипоксии, гипервентиляции, гипокапнии, эпилепсии и отравлении.

Иногда бывают и так называемые функциональные обмороки. Для них характерно нарушение контроля двигательной активности и возможные падения пациента. Выделяют два типа этого вида синкопе, которые дифференцируются с другими причинами нарушения сознания. В первом случае клиническая картина напоминает эпилептические судороги: псевдоэпилепсия, психогенные судороги. Во втором нарушении двигательной активности нет, а приступы напоминают обмороки или более длительные нарушения сознания. Эти приступы называют «психогенными обмороками».

Как различаются виды синкопе

Выделяют четыре типа синкопе, которые различаются причинами возникновения.

Рефлекторный обморок возникает за счет раздражения рефлексогенных зон. Подразделяется на четыре вида:

- вазовагальный обморок: возникает из-за ненормальной реакции организма на раздражение специфических рецепторов вегетативной нервной системы. Чаще всего развивается на фоне сильных эмоций или боли, из-за того что пациент долго находился в душном помещении или резкой остановки в движении;
- ситуационный обморок: возникает при рвоте, кашле, чихании, мочеиспускании;
- синокаротидный обморок (синдром каротидного синуса): возникает при случайном сдавливании каротидного синуса, например, тесной одеждой или тугим узлом галстука. Также встречается его идиопатическая форма;
- неклассический обморок: возникает без предвестников или на фоне нетипичной клинической картины. Например, когда нет триггеров других видов синкопе.

Ортостатический обморок возникает из-за резкого снижения артериального давления, когда человек резко встает из положения лежа. Характерен для пожилого и старческого возраста, развивается преимущественно из-за приема лекарств. Например, на старте гипотензивного лечения или в случае увеличения дозы препаратов. Список лекарств, которые могут вызвать ортостатическую гипотензию, смотрите в памятке 2.

Препараты, прием которых может спровоцировать ортостатический обморок

- ❶ Вазодилататоры: нитраты, нитропруссид натрия, изосорбида динитрат, нитроглицерин
- ❷ Нейролептики: хлорпромазин, левомепромазин, тиоридазина, хлорпротиксен, сульпирид, клозапин, перициазин, сультоприд, рисперидон, пипотиазин, тиаприд, производные бутирофенона
- ❸ Антагонисты кальция: амлодипин, дилтиазем, нифедипин, верапамил
- ❹ Антидепрессанты: амитриптилин, нортриптилин, имипрамин, дезипрамин

- 5 Ингибиторы АПФ: каптоприл, эналаприл, периндоприл
- 6 Блокаторы рецепторов ангиотензина II типа: лозартан, телмисартан, кандесартан
- 7 Опиоиды: кодеин, меперидин, тримеперидин
- 8 Миорелаксанты: баклофен, толперизон
- 9 Ингибиторы фосфодиэстеразы V типа: силденафил, варденафил, тадалафил
- 10 Диуретики: фуросемид, торасемид, ацетазоламид, гидрохлоротиазид, спиронолактон

Кардиогенные обмороки возникают на фоне сердечно-сосудистых заболеваний: нарушений ритма и проводимости сердца, его структурной патологии, тромбоза легочной артерии.

Цереброваскулярные обмороки возникают на фоне патологии шейного отдела позвоночника. Как пример, из-за резкого поворота головы происходит сдавление позвоночной артерии и ограничение поступления крови к мозгу. Такому состоянию часто предшествуют сильная головная боль и шум в ушах.

Как обследовать пациента с синкопе

Сбор анамнеза. Симптоматика, которая вызвала синкопе, может не проявляться в «холодном периоде». Поэтому спросите пациента об обстоятельствах, которые сопутствовали обмороку. Например, психоэмоциональное перенапряжение, чрезмерная усталость, непривычная окружающая обстановка. Полный список вопросов, которые следует задать пациенту, смотрите в чек-листе.

Вопросы которые нужно задать пациенту, с синкопе

- Были ли у Вас раньше обмороки?
- Полностью ли Вы потеряли сознание при обмороке?
- Насколько быстро и внезапно Вы потеряли сознание?
- Сопровождался ли обморок падением или травмой ?
- Были ли у Вас предвестники обморока: зевота, звон в ушах, чувство нехватки воздуха , «дурнота», туман или «мушки» перед глазами ?
- В какой обстановке у Вас случился обморок?
- Испытывали ли Вы эмоциональный стресс перед обмороком?

- Были ли у Вас интенсивные физические нагрузки перед обмороком?
- Ощущали ли Вы боль в момент обморока или перед ним?
- Ощущали ли Вы перебои в работе сердца при обмороке?
- Ощущали ли Вы чувство давления или боли в области сердца при обмороке?
- Ощущали ли Вы чувство голода при обмороке?
- Есть ли у Вас хронические заболевания?
- Принимаете ли Вы какие-либо лекарства?

Инструментальная диагностика информативна в случаях обморока на фоне заболеваний сердечно-сосудистой системы. Этой группе пациентов в первую очередь нужно выполнить ЭКГ. По ее результатам прежде всего исключите аритмогенные причины. Если на ЭКГ изменений нет, можно провести холтеровское мониторирование — оно зафиксирует изменение ритма сердца в момент синкопе. Выявить структурную патологию сердца и сосудов помогут эхокардиография, компьютерная и магнитно-резонансная томография.

Функциональные и нагрузочные пробы позволяют выявить рефлекторный и ортостатический виды обморока. Подробнее о том, как проводятся функциональные пробы, смотрите в [презентации](#).

Консультацию психиатра или невролога нужно назначить пациентам, которые принимают лекарства, влияющие на центральную нервную систему.

Лабораторные методы диагностики нужны только для поиска определенных причин обмороков. Например, при помощи клинического анализа крови можно обнаружить анемию. Показатели уровня глюкозы и гликированного гемоглобина позволяют исключить сахарный диабет. Для диагностики заболеваний щитовидной железы оценивают концентрацию в крови тиреотропного гормона, тироксина и трийодтиронина.

Как лечат пациентов с синкопе

На догоспитальном этапе пациенту помогают окружающие или сотрудники скорой медицинской помощи. Основная цель — восстановить церебральный кровоток, улучшить оксигенацию головного мозга и увеличить венозный возврат крови. Для этого пострадавшему придают горизонтальное положение, ослабляют галстук, расстегивают ворот рубашки и приподнимают ему ноги. Орошение лица холодной водой и нашатырный спирт могут вызвать рефлекторное возбуждение сосудистого и дыхательного центра, что способствует прекращению синкопе.

При тяжелом обмороке, когда АД снижается более чем на 50 мм рт. ст. и первичные мероприятия не приносят результат, необходимо выполнить внутривенную инфузию физиологического раствора и вазопрессорных препаратов — эфедрина или фенилэфрина. Если у пациента диагностируют нарушения ритма сердца, используют антиаритмические препараты.

Вне приступов пациенту рекомендуют изменить образ жизни: отказаться от длительного статического напряжения, оптимизировать ритм активности и эмоциональный статус. Кроме этого, есть несколько специализированных подходов к терапии синкопе на госпитальном этапе.

Недифференцированная тактика — общая для всех типов синкопе и вазовагального типа в частности. Ее используют при неустановленной причине обморока. Основная цель — снизить порог нейрососудистой возбудимости, повысить уровень вегетативной устойчивости и достичь состояния психической уравновешенности пациента.

Препараты первой линии — β -адреноблокаторы: атенолол, метопролол. Если есть противопоказания к ним, используют эфедрин или теофиллин. Вторая линия — ваголитики: дизопирамид, скополамин. Дополнительно используют вазоконстрикторы, ингибиторы обратного захвата серотонина, седативные препараты растительного происхождения, транквилизаторы. Большое количество применяемых для устранения синкопе лекарств, а также результаты научных исследований, в которых плацебо помогало при обмороке, указывают на низкую эффективность недифференцированной терапии.

Дифференциальная тактика — проводится в соответствии с типом и клиническими особенностями синкопе. В случае синдрома каротидного синуса используют симпатомиметики и холинолитики. При тяжелых формах — хирургическую денервацию. На фоне тройничной или языкоглоточной невралгии нужно назначить антиконвульсанты — карбамазепин. Цель терапии кардиогенного обморока — лечение основного заболевания. Ортостатический коллапс, связанный с приемом антигипертензивных препаратов, требует их замены.