

## УХОД ПРИ ОБМОРОЧНЫХ СИНДРОМАХ

**Обморок (синкопе)** — кратковременная потеря сознания, сопровождающаяся утратой мышечного тонуса, обусловленная кратковременным уменьшением кровоснабжения головного мозга.

Среди различных видов пароксизмальных состояний обмороки занимают по частоте распространенности одно из первых мест, и чаще всего обмороки развиваются на фоне соматической патологии.

Не менее 20–30% людей в течение жизни перенесли хотя бы один обморочный эпизод. Обмороки возможны в любом возрасте, однако чаще их наблюдают у пожилых лиц.

Можно выделить три основных фактора, вызывающих ухудшение мозгового кровотока, нарушение питания мозга и в конечном счете эпизодические выключения сознания:

1. Низкое содержание кислорода и углекислого газа в артериальной крови.

2. Недостаточность кровоснабжения головного мозга.

3. Низкое содержание глюкозы в артериальной крови

### **Причины, приводящие к обморокам**

**1. Гемодинамические причины (снижение мозгового кровотока):**

а) неадекватные механизмы регуляции сосудистого тонуса;

б) уменьшение ОЦК;

в) механическое ограничение венозного возврата;

г) снижение сердечного выброса;

д) аритмии.

**2. Другие причины периодических нарушений сознания:**

а) изменение состава крови;

б) церебральные нарушения;

в) лекарственные обмороки.

### **Факторы риска**

1. Сердечно-сосудистые заболевания (в том числе ИБС).

2. Наличие в анамнезе мозгового инсульта или транзиторной ишемической атаки.

3. Артериальная гипертензия.

4. Артериальная гипотензия.

5. Низкий индекс массы тела.

6. Избыточное употребление алкоголя.

7. Сахарный диабет.

8. Гипергликемия.

9. Гипогликемия.

## 10. Другие состояния.

### **Клиническая картина обморока**

Обморок характеризуется генерализованной мышечной слабостью, снижением мышечного тонуса, неспособностью стоять прямо и потерей сознания. Термин «слабость» обозначает недостаток сил с ощущением надвигающейся потери сознания. В начале обморока человек всегда находится в вертикальном положении, т. е. он сидит или стоит.

Обычно больной предчувствует надвигающийся обморок — возникает ощущение «плохого самочувствия».

Затем появляется ощущение движения или покачивания пола и окружающих предметов, больной зеваает, появляются мушки перед глазами, ослабляется зрение, может возникать шум в ушах, появляться тошнота, а иногда рвота. При медленном развитии обморока больной может предотвратить падение и травмы, а если он быстро примет горизонтальное положение, полной потери сознания может не быть.

Глубина и длительность бессознательного состояния бывают различными. Иногда больной не полностью отключается от внешнего мира, но иногда может развиться полная потеря сознания. В таком состоянии больной может находиться в течение нескольких секунд или минут, а иногда даже около получаса. Как правило, больной лежит неподвижно, скелетные мышцы расслаблены, однако сразу после потери сознания могут возникать клонические подергивания мышц лица и туловища. Функции тазовых органов обычно контролируются. Пульс слабый, иногда не прощупывается; артериальное давление может быть пониженным, дыхание — почти незаметным. Как только больной принимает горизонтальное положение, кровь притекает к головному мозгу. Пульс становится более сильным, дыхание — более частым и глубоким, цвет лица нормализуется, сознание восстанавливается. С этого момента больной начинает адекватно воспринимать окружающую обстановку, но ощущает резкую физическую слабость, и слишком поспешная попытка подняться может привести к повторному обмороку. Головная боль, сонливость и спутанность сознания после обморока обычно не возникают.

## **Классификация обмороков по происхождению**

**1. Нейрогенные обмороки** — вазовагальные, синокаротидные, постнагрузочные, болевые, ситуационно обусловленные (при кашле и чихании, при стимуляции рецепторов ЖКТ, при глотании, при дефекации).

**2. Ортостатические обмороки** — при периферической вегетативной недостаточности, при лекарственной гипотензии, при уменьшении ОЦК.

**3. Кардиогенные обмороки** — при брадиаритмиях, при тахиаритмиях, при обструкции выносящего тракта левого желудочка, при обструкции малого круга кровообращения, при снижении сердечного выброса.

**4. Цереброваскулярные обмороки** — при синдроме подключичного обкрадывания.

### **Виды обмороков**

**1. Кардиальный обморок** — связан с ослаблением силы сокращений сердца нейрогенного характера или вследствие остро наступающей функциональной недостаточности сердечной мышцы, нарушением сердечного ритма, недостаточностью клапанного аппарата.

**2. Сосудистый обморок** — связан со снижением тонуса сосудов артериальной или венозной систем, сопровождающимся значительным снижением АД.

**3. Гомеостатический обморок** — связан с изменением качественного состава крови, особенно с уменьшением содержания глюкозы, углекислого газа, кислорода.

### **Особенности клинического течения обмороков в зависимости от их причины**

#### **1. Вазовагальные обмороки (18% всех обмороков).**

##### **А. Сосудистые вазовагальные обмороки.**

К сосудистым обморокам относятся состояния, возникающие в результате падения АД или уменьшения венозного возврата крови к сердцу. К этой категории относятся синокаротидные, ортостатические и ситуационные обмороки. Различают также психогенные обмороки в результате воздействия психоэмоциональных факторов.

Обморок описывается пациентами как появление чувства дурноты, головокружения. Они бледнеют, появляется испарина, а затем больные теряют сознание. Считается, что патогенетической основой сосудистых вазовагальных обмороков является избыточное депонирование крови в

венах органов живота и нижних конечностей и нарушение рефлекторных влияний на сердце.

В норме избыточное депонирование крови в венах контролируется несколькими физиологическими механизмами: сужением артериол и венул, учащением сердечного ритма за счет рефлекса дуги аорты и синокаротидного узла, а также сокращением мышц нижних конечностей, что приводит к увеличению венозного возврата. Разлад в работе этого сложного механизма и приводит к обморокам.

### **Б. Болевые вазовагальные обмороки.**

При интенсивном болевом синдроме висцерального происхождения раздражение парасимпатической нервной системы может привести к замедлению сердечной деятельности с резким снижением АД и даже остановке сердца (печеночной колике, поражению пищевода и т. д.).

### **2. Ортостатические обмороки (8% всех обмороков).**

Основное отличие ортостатических обмороков — появление их исключительно при переходе в вертикальное положение. Этот вид обморока возникает у лиц с хронической недостаточностью или периодической неустойчивостью вазомоторных реакций. Понижение артериального давления после принятия вертикального положения происходит вследствие нарушения реактивности сосудов брюшной полости, забрюшинного пространства и нижних конечностей, отвечающих за сосудистое сопротивление и емкость.

Обморок может развиваться у практически здоровых людей, у которых по неизвестным причинам наблюдаются неполноценные сосудистые реакции. У таких людей ощущение слабости может возникать при резких наклонах. При этом отмечено, что артериальное давление у них слегка понижается, а затем устанавливается на еще более низком уровне. Вскоре компенсаторные реакции резко ослабевают, и артериальное давление продолжает стремительно падать.

Такой вид обморока возможен при первичной недостаточности вегетативной нервной системы и при семейных вегетативных дисфункциях. Описано три синдрома.

### **А. Острая вегетативная дисфункция.**

При этом заболевании у практически здоровых взрослых людей или детей в течение нескольких дней или недель развивается частичное или полное расстройство деятельности парасимпатической и симпатической систем.

Исчезают зрачковые реакции, прекращается слезоотделение, слюноотделение, потоотделение, развивается импотенция, парез мочевого пузыря и кишечника, ортостатическая гипотензия.

Считают, что данное заболевание является вариантом острого идиопатического полиневрита, сходного с синдромом Ландри — Гийена — Барре.

#### **Б. Хроническая недостаточность постганглионарных вегетативных волокон.**

Это заболевание развивается у людей среднего и старшего возраста, у которых постепенно возникает хроническая ортостатическая гипотензия, иногда в сочетании с импотенцией и нарушением функций тазовых органов. После пребывания в вертикальном положении в течение 5–10 минут артериальное давление снижается не менее чем на 35 мм рт. ст., уменьшается пульсовое давление, но при этом не наблюдают повышения частоты пульса, бледности и тошноты. Мужчины болеют чаще, чем женщины.

#### **В. Хроническая недостаточность преганглионарных вегетативных волокон.**

При этом заболевании ортостатическая гипотензия вместе с периодически возникающими ангидрозом, импотенцией и нарушениями функций тазовых органов сочетается с поражениями центральной нервной системы. К ним относятся:

- синдром Шая — Дрейджера, характеризующийся тремором, экстрапирамидной ригидностью и амнезией;
- прогрессирующая мозжечковая дегенерация, некоторые разновидности которой бывают семейными;
- другие редкие экстрапирамидные и мозжечковые заболевания.

Эти синдромы приводят к потере трудоспособности, а часто и к смерти в течение нескольких лет.

Вторично ортостатическая гипотензия возникает в результате расстройств вегетативной нервной системы, возрастных физиологических изменений, недостаточности функции надпочечников, гиповолемии, приема ряда лекарственных средств.

Недостаточность вегетативной нервной системы — поражение пре- и постганглионарных вегетативных волокон — наиболее часто встречается при вовлечении в патологический процесс боковых столбов спинного мозга или периферических нервов.

Ортостатическая гипотензия является одним из проявлений болезни Паркинсона, мультисистемной атрофии головного мозга и синдрома «обкрадывания» подключичной артерии. Но чаще причинами ортостатической гипотензии являются голодание, анемия, длительный постельный режим. Часто причиной обморочных состояний может стать лекарственная терапия, особенно у пожилых больных, которым приходится принимать одновременно несколько препаратов.

### **3. Ситуационные обмороки (5% всех обмороков).**

Ситуационные обмороки возникают при кашле, чихании, мочеиспускании, дефекации и глотании. Ситуационно обусловленные обмороки чаще возникают у людей пожилого возраста и при выздоровлении тяжелых больных. Предполагают, что сбрасывание везикулярного давления вызывает быстрое расширение сосудов малого таза, усиливающееся в вертикальном положении. Обмороки при кашле и глотании являются достаточно редкими и развиваются только при воздействии специфичного для каждой формы провоцирующего фактора.

### **4. Синокаротидные обмороки (3% всех обмороков).**

Синокаротидные обмороки характерны для людей среднего возраста и связаны с раздражением синокаротидного узла и развитием брадикардии, что приводит к обмороку. Обмороки возникают при резком запрокидывании головы назад или сдавлением шеи туго завязанным галстуком или воротником рубашки.

### **5. Обморок при синдроме подключичного «обкрадывания» (2% всех обмороков).**

При синдроме подключичного «обкрадывания» обморочные состояния обычно возникают при интенсивной физической работе руками. Синдром развивается при окклюзии или выраженном стенозе проксимального отдела подключичной артерии, в результате чего кровь в нее поступает из позвоночной артерии, что приводит к ишемии головного мозга.

## **6. Психогенные обмороки (1% всех обмороков).**

Психогенный характер обмороков может быть выявлен у больных после проведения всех возможных исследований и при отсутствии у них признаков заболевания сердца или неврологического дефицита. Данную группу больных можно разделить на две категории: пациенты, у которых был первый эпизод обморочного состояния, и пациенты, которых обмороки продолжают беспокоить в дальнейшем.

## **Псевдообморочные состояния без потери сознания (34% всех обмороков)**

### **1. Психогенные псевдообмороки.**

Часто у эмоционально лабильных людей на фоне действия психотравмирующего фактора развиваются панические атаки, для которых характерно внезапное начало, сердцебиение, чувство жара и нехватки воздуха, затем присоединяются боль в грудной клетке, дрожь, чувство страха и обреченности. Вслед за гипервентиляцией возникают парестезии. В такие моменты у больных возникает субъективное ощущение потери сознания и даже смерти, но выключения сознания или падения не происходит.

Псевдообмороки разнообразны и более длительны. Они отличаются плохой скоординированностью движений, сложной локализацией, происходят в людных местах и травмы очень редки. Во время припадка пациент может сопротивляться осмотру.

### **2. Приступы тревожного состояния и гипервентиляционный синдром.**

Головокружение при тревожном состоянии часто описывают как ощущение слабости без истинной потери сознания. Эти симптомы не сопровождаются побледнением кожи и не исчезают после принятия больным горизонтального положения.

### **3. Церебральные ишемические атаки.**

Церебральные ишемические атаки возникают у некоторых больных с атеросклеротическими стенозами или окклюзиями крупных артерий головного мозга. У каждого конкретного больного ведущие симптомы бывают различными, к ним относятся нарушение зрения, гемипарез, онемение одной стороны тела, головокружение, нечеткость речи. У каждого больного все атаки бывают похожими одна на

другую и свидетельствуют о временном нарушении деятельности определенного участка головного мозга.

#### **4. Истерическая слабость.**

Истерическая слабость встречается редко и обычно развивается в критических ситуациях. Приступы не сопровождаются какими-либо внешними проявлениями тревоги. Явное отсутствие изменений частоты пульса и артериального давления, цвета кожных покровов и слизистых отличает его от обморока.

#### **5. Преходящие ишемии спинного мозга.**

**А. Синдром «падающей капли» (дроп-синдром)** — эпизод возникновения резкой слабости в верхних и нижних конечностях с падением больного, но без потери сознания. Спустя 2–3 минуты сила в конечностях восстанавливается. Приступы могут повторяться при быстрых поворотах головы в сторону или запрокидывании головы кзади. Синдром обусловлен кратковременной ишемией перекреста пирамид при выраженном остеохондрозе шейного отдела позвоночника в сочетании с атеросклерозом позвоночных артерий.

**Б. Синдром Унтерхарншейдта** — внезапно возникает резкая слабость рук и ног (тетрапарез), в результате чего больной падает, и одновременно происходит выключение сознания на несколько минут (2–3 минуты). После восстановления сознания в течение короткого времени отсутствуют произвольные движения с последующим постепенным восстановлением силы в конечностях. Данный синдром очень близок к drop-attacks, но при этом больной теряет сознание, так как происходит ишемия не только шейного отдела спинного мозга, но и мозгового ствола.

#### **В. Каудогенная перемежающаяся хромота.**

Каудогенная перемежающаяся хромота характеризуется тем, что у больного при ходьбе сначала возникает ощущение онемения, покалывания, «ползания мурашек», поднимающиеся от дистальных отделов ног к паховым складкам и распространяющиеся на промежность и половые органы. При попытке продолжать ходьбу присоединяется слабость в нижних конечностях, и больной вынужден остановиться, наклониться вперед, сесть и даже лечь. Отдых в течение 5–10 минут снимает эти ощущения. Данный синдром обусловлен недостаточностью кровоснабжения корешков спинномозговых нервов в области

конского хвоста вследствие врожденного или приобретенного стеноза позвоночного канала.

### **Г. Миелогенная перемежающаяся хромота (синдром Дежерина).**

Миелогенная перемежающаяся хромота возникает при ишемии в нижнем артериальном бассейне, охватывающем грудной, поясничный и крестцовый сегменты спинного мозга. У больных при ходьбе возникает слабость и ощущение онемения ног и нижней части живота и императивные позывы к мочеиспусканию и дефекации. После отдыха (5–10 минут) указанные явления исчезают.

**6. Катаlepsия** — пароксизм с внезапной потерей тонуса и мышечной слабостью, приводящей к падению больного, но с сохранением сознания.

**Приступы могут быть генерализованными и парциальными.**

При генерализованных приступах происходит расслабление всей поперечнополосатой мускулатуры, в результате чего больной падает, с возникновением полной обездвиженности и нарушением речи.

При парциальных приступах, которые возникают чаще, происходит вовлечение отдельных мышечных групп, у больного подгибаются колени, ослабевают руки (падают предметы), свешивается голова. Длительность пароксизмов катаlepsии не более 3 минут. Провоцирующими факторами возникновения приступов являются эмоциональные переживания любого характера. Больной падает во время громкого смеха или гневного крика. Пароксизм сопровождается вегетативными реакциями в виде гиперемии лица, гипергидроза конечностей и туловища, брадикардии. У больных наблюдаются эндокринные нарушения: ожирение, сахарный диабет, а также артериальная гипертензия, эозинофилия и др.

#### **Немедикаментозная неотложная помощь**

1. Уложить больного и убрать подушку или усадить так, чтобы голова была опущена ниже колен.

2. Расслабить тугую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха или подать кислород.

3. Расположить голову так, чтобы язык не западал и не препятствовал прохождению воздуха и не произошла аспирация рвотными массами.

4. Проветрить помещение.
5. Оросить лицо пациента и шею холодной водой.
6. Если температура тела понижена, следует укутать больного в теплое одеяло.
7. Поднести к носу больного флакон с нашатырным спиртом.
8. После того как пациент придет в сознание, его желательно напоить крепким сладким чаем (кофе).
9. Следить за пациентом в течение нескольких минут после того, как он примет вертикальное положение.
10. Рекомендовать пациенту обратиться к врачу-специалисту (кардиологу, неврологу).

#### **Медикаментозная терапия обмороков.**

1. Лечение вазовагальных обмороков

Препараты выбора:

1)  $\beta$ -адреноблокаторы (атенолол, метопролол, пропранолол). Эффективность терапии адреноблокаторами достигает 90%;

2) минералокортикоиды (флудрокортизон, мидодрин).

При отсутствии эффекта от монотерапии назначают 2 препарата ( $\beta$ -адреноблокатор и минералокортикоид).

Следует учитывать, что вазовагальные обмороки обычно развиваются в рамках психоvegetативного синдрома и сочетаются с другими его проявлениями, и поэтому важное значение имеют общие мероприятия и лекарственная терапия, направленные на коррекцию вегетативных расстройств. Объем и характер лечебных мероприятий определяются преимущественной причиной вегетативной дисфункции (психотерапия, седативная терапия при невротических состояниях; компенсация основного заболевания при соматогенной этиологии вегетативных расстройств и т. д.).

2. Лечение синокаротидных обмороков: минералокортикоиды (мидодрин, флудрокортизон).

3. Лечение ортостатических обмороков: минералокортикоиды (мидодрин, флудрокортизон).

Значение имеет адекватное лечение неврологических и соматических заболеваний, приведших к развитию ортостатической гипотензии.

#### **Профилактика обмороков**

Профилактика обмороков зависит от механизмов, участвующих в его возникновении. При обычных вазова-

гальных обмороках у подростков, возникающих на фоне эмоционального возбуждения, усталости, голода и т. д., достаточно посоветовать избегать подобных ситуаций, а при развитии предсинкопального состояния — сразу же присесть или при возможности лечь.

При ортостатических обмороках больные должны воздерживаться от быстрой смены положения. Вначале в течение нескольких секунд следует выполнить упражнения для ног, затем сесть и убедиться, что при этом не возникает головокружения или ощущения чрезмерной легкости в голове. Часто бывает полезным спать на кровати с приподнятым изголовьем, носить обтягивающий эластичный бандаж и эластичные чулки.

При синдроме хронической ортостатической гипотензии в некоторых случаях улучшение состояния отмечают при приеме тонизирующих средств или кортикостероидов.

Рекомендуют также бинтовать ноги и спать, слегка приподняв голову и плечи.

При лечении синокаротидных обмороков следует в первую очередь проинструктировать больного о способах, которыми можно уменьшить опасность падения. Необходимо носить свободные воротнички, при движении головы в сторону следует поворачиваться всем туловищем, чтобы не сдавливать синокаротидный узел.

При лекарственной ортостатической гипотензии и других синкопальных состояниях, связанных с приемом лекарственных средств, отменяют соответствующий препарат или корректируют его дозу, время и кратность приема.

Во многих случаях устранения провоцирующих факторов бывает достаточно для излечения пациента, а при большинстве ситуационно обусловленных обмороков это фактически единственный эффективный метод лечения.