

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 тахикардиях, 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, поясничные 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.

Б. 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) β -адреноблокаторы (атенолол, метопролол, пропранолол). Эффективность терапии адреноблокаторами достигает 90%;

2) минералокортикоиды (флудрокортизон, мидодрин).

При отсутствии эффекта от монотерапии назначают 2 препарата (β -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.