

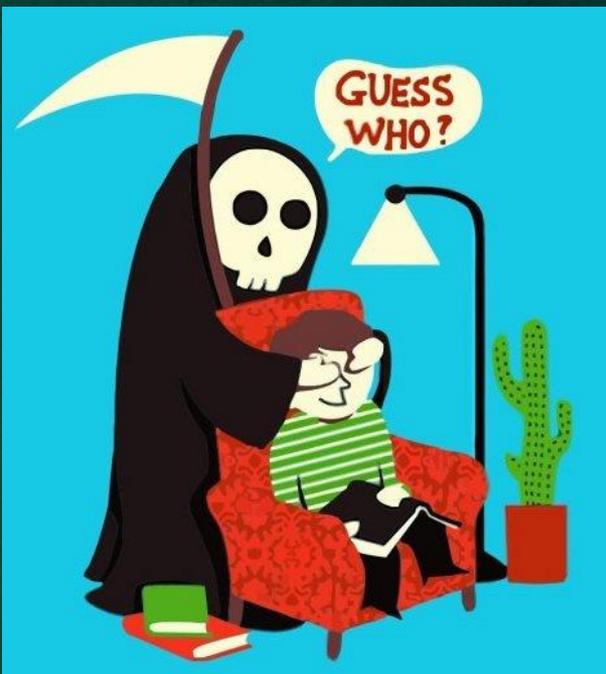
# Синкопальные состояния



Работу выполнила: ординатор кафедры нервных болезней с курсом  
медицинской реабилитации и ПО  
Петрова К.О.

 распространённые кратковременные пароксизмальные нарушения сознания неэпилептического происхождения, обусловленные недостаточностью кровотока в сосудах мозга, его гипоксией или аноксией и диффузным нарушением в нём метаболических процессов

= Маленькая смерть



# Классификация

- I. Нейрогенный тип**
- II. Кардиогенный тип**
- III. Ортостатический тип**
- IV. Церебральный тип**
- V. Снижение содержания кислорода в крови**
- VI. Психогенный тип**

# Степени выраженности

## 1. Пресинкопальное:

I степень – слабость, тошнота, мушки перед глазами;

II степень – более выраженные описанные выше симптомы с элементами нарушения постурального тонуса.

## 2. Синкопальное:

I степень – кратковременное выключение сознания на несколько секунд без выраженного постприпадочного синдрома;

II степень – более длительная потеря сознания и выраженные постприпадочные проявления.

В приведенной классификации подчеркивается, что синкопальный пароксизм является поэтапным процессом, в котором можно выделить переходные состояния

# Клиника

- генерализованная мышечная слабость
- неспособность стоять прямо
- потеря сознания



# Нейрогенные обмороки

**синкопальные состояния, в патогенезе которых ведущее значение придается рефлекторным влияниям на сердечно-сосудистую систему:**

- Эмоциональный обморок (обычный, или вазовагальный);
- Обморок при синдроме каротидного синуса;
- Гастроинтестинальная стимуляция (обморок при глотании, дефекации);
- Обморок при мочеиспускании;
- Глоссофарингеальный обморок;
- Стимуляция дыхательных путей;
- Повышенное внутригрудное давление (игра на духовых инструментах, поднятие тяжестей, натуживание);
- Обмороки при затяжном кашле (беттолепсия), при чихании.



# Кардиогенные обмороки

- Аритмические обмороки развиваются внезапно без предобморочного состояния.
- • **тахикардии** (пароксизмы желудочковой, реже - наджелудочковой тахикардии).
- • **брадикардии** (атриовентрикулярные или синоатриальные блокады, синдром слабости синусового узла, остановка синоатриального узла, частые блокированные экстрасистолы);

# Ортостатические обмороки

- возникают при быстром переходе больного из горизонтального в вертикальное положение.
- Предобморочное состояние при ортостатическом обмороке отсутствует.
- Обморок кратковременен и протекает без вегетативных реакций, кожа сухая, обычного цвета, тахи- или брадикардия не развивается.
- После обморока может сохраняться кратковременная слабость.

# Цереброваскулярные обмороки

- обусловлены поражением мозговых или других, влияющих на кровоснабжение головного мозга (сонных, позвоночных, подключичных) артерий и развиваются при изменении их тонуса, снижении АД, сдавлении, синдроме "обкрадывания", кратковременной эмболии.



# Психогенные обмороки

- Возникновение связано с отрицательными эмоциями, которые могут быть обусловлены резкой болью, видом крови, тревогой, страхом и т.п. Эмоциогенные обмороки возможны у здорового человека, но чаще проявляются на фоне невроза или невротоподобных состояний с гиперреактивностью эмоциональной сферы и вегетативно-сосудистой дистонией с преобладанием парасимпатической направленности сосудистых реакций.



# Программа обследования

1. Анамнез жизни
2. Жалобы в межприступный период;
3. Данные о том, на протяжении какого времени и как часто повторяются обмороки;
4. Факторы, провоцирующие обмороки;
5. Особенности синкопального состояния:
  - наличие, проявления и продолжительность предобморочного состояния;
  - симптомы во время обморока (цвет и влажность кожных покровов, частота и характер дыхания и пульса, судорожный синдром);
  - продолжительность обморока;
  - наличие, проявления и продолжительность послеобморочного состояния.
6. Физикальное обследование с акцентом на выявление сердечно-сосудистых заболеваний
7. Анализ ЭКГ
8. Осмотр невролога
9. Лабораторные методы исследования
10. В зависимости от выявленных особенностей - проведение тестов:
  - активной ортостатической пробы по Тулезиусу;
  - пробы Вальсальвы;
  - массажа каротидного синуса.
11. Консультация психиатра
12. Специальные тесты, суточное мониторирование ЭКГ, АД, ЭхоКГ, ЭЭГ.

# Дифференциальная диагностика

Признаки	Нейро-кардиогенный	Ортостатический	Кардиогенный	Цереброваскулярный
Анамнез	Повторные обмороки в типичных ситуациях	Гипотензия, постельный режим, дегидратация	ИБС, порок сердца, аритмии	Неврологические заболевания
Провоцирующие факторы	Стресс, душное помещение, кашель, натуживание, мочеиспускание	Резкий переход в вертикальное положение	Нет или физическая нагрузка, перемена положения тела	Нет или наклон, поворот, запрокидывание головы
Предобморочное состояние	Слабость, головокружение, тошнота, дискомфорт в эпигастрии, звон в ушах, потливость, бледность	Отсутствует	Чаще отсутствует. Возможны боль или перебои в сердце, одышка, диспноэ	Чаще отсутствует. Возможны головная боль, головокружение, слабость
Обморок	Кратковременный; бледность, потливость, резкое снижение АД и/или брадикардия	Кратковременный; без вегетативных реакций и изменения ЧСС	Относительно продолжительный; цианоз, аритмия	Относительно продолжительный; акроцианоз, неврологическая симптоматика
Послеобморочное состояние	Гиперемия и влажность кожи, слабость, головокружение, брадикардия	Отсутствует	Слабость, цианоз, боль за грудиной, перебои в работе сердца	Головная боль, боль в шее, дизартрия, парезы
Дополнительные исследования	Проба Тулезиуса, пассивный ортостаз	Пробы Тулезиуса, Вальсальвы, пассивный ортостаз	ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, УЗИ, ЭФИ	Консультация невропатолога, Rtgпо звоночника, доплерография

# Алгоритм лечения пациентов с синкопальными состояниями

- Устранение провоцирующих факторов (отказ от алкоголя, чрезмерного приема диуретиков, вазодилататоров).
- Ограничение триггерных моментов (резкое вставание, длительное стояние, натуживание, гипервентиляция и др.).
- Коррекция основного заболевания при первичной и вторичной автономной недостаточности.
- При ортостатическом синкопе - флудрокортизон (0,1–0,2 мг/сутки), мидодрин, сон на кровати с поднятым головным концом, использование абдоминальных бандажей, эластических колготок и др.
- При кардиогенных синкопе - катетерная абляция, антиаритмические средства (амиодарон), имплантация кардиовертера-дефибриллятора.
- При нейрогенных обмороках - антилитические методы психотерапии, упражнения функционального расслабления, двигательная терапия, психосоматический тренинг, музыкотерапия, биологическая психотропная терапия.
- При ангиогенных обмороках - ангиопротекторы, антиоксиданты (тиотриазолин,  $\alpha$ -липоевая кислота, витамин E), липолитики (статины), нейропротекторы (нейропептиды, ноотропы), вазоактивные препараты (антагонисты кальция, алкалоиды спорыньи).

# ВЫВОДЫ

1. Синкопальные состояния являются частой клинической составляющей соматоневрологических заболеваний и свидетельствуют о врожденной или приобретенной несостоятельности стволовых вазогенных регулирующих систем.
2. Диагностика синкопальных состояний представляет собой программу обследования, состоящую из общеклинических лабораторно-инструментальных методов, широкого использования функциональных тестов оценки активности кардиоваскулярной и вегетативной нервной системы.
3. Лечение обморочных состояний является поэтапным комплексным процессом, предусматривающим не только быстрое устранение провоцирующих этиопатогенетических факторов, но и по возможности восстановление способности адекватного реагирования сосудистой системы на вне- и внутриорганные изменения.

**Спасибо за внимание!**



## Рецензия на презентацию по неврологии ординатора Петровой К. О. на тему: «Синкопальные состояния»

Работа Петровой К. О. посвящена актуальной проблеме распознавания причины обморока. Каждый третий взрослый человек хотя бы один раз в жизни испытал обморок. Синкопальные состояния оказываются частым поводом обращений к врачам, госпитализаций и обследований. В соответствии с данными Фремингемского и других исследований, встречаемость синкопальных состояний в общей популяции характеризуется бимодальным распределением с пиком в молодом возрасте, спадом в 35 лет и нарастанием частоты обмороков в старшем возрасте.

Проведённый анализ литературы важен с научной и практической точки зрения. В работе проанализированы данные о шести видах синкопальных состояний. В своей работе Петрова К. О. проанализировала и оценила важность дифференциальной диагностики обмороков в практике врача любой специальности. Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованы, обладают важным теоретическим значением. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

Таким образом, презентация Петровой К. О. «Синкопальные состояния» полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ, а сама работа может быть использована в методической практике.

Зав. Кафедрой нервных болезней  
с курсом медицинской реабилитации и ПО

д.м.н. проф.  
Прокопенко С.В.

Рецензия  
на презентацию по неврологии  
ординатора Петровой К. О. на тему: «Синкопальные состояния»

Работа Петровой К. О. посвящена актуальной проблеме распознавания причины обморока. Каждый третий взрослый человек хотя бы один раз в жизни испытал обморок. Синкопальные состояния оказываются частым поводом обращений к врачам, госпитализаций и обследований. В соответствии с данными Фремингемского и других исследований, встречаемость синкопальных состояний в общей популяции характеризуется бимодальным распределением с пиком в молодом возрасте, спадом в 35 лет и нарастанием частоты обмороков в старшем возрасте.

Проведённый анализ литературы важен с научной и практической точки зрения. В работе проанализированы данные о шести видах синкопальных состояний. В своей работе Петрова К. О. проанализировала и оценила важность дифференциальной диагностики обмороков в практике врача любой специальности. Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованы, обладают важным теоретическим значением. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

Таким образом, презентация Петровой К. О. «Синкопальные состояния» полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ, а сама работа может быть использована в методической практике.

Зав. Кафедрой нервных болезней  
с курсом медицинской реабилитации и ПО

д.м.н. проф.  
Прокопенко С.В.