

- **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА ОБМОРОЧНЫХ
(СИНКОПАЛЬНЫХ) СОСТОЯНИЙ**

Выполнили: Нурмаганбетов А
Тохтаров Т

Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

Кратковременная потеря сознания, развившаяся в течение секунд или минут, называется

С И Н К О П А Л Ь Н Ы М (обморочным) состоянием

- **Обморок (синкопе)** – это кратковременная потеря сознания и падение на фоне внезапного снижения кровоснабжения головного мозга
- Чаще всего – в результате кратковременного нарушения мозгового кровотока и нехватки кислорода возникает головокружение или потеря сознания
- Временное ухудшение кровоснабжения мозга может быть вызвано болезнями сердца или другими причинами, которые прямо не касаются сердца

Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

- **Обморок** всегда **сопровождается предобморочным состоянием** – человек испытывает чувство дурноты, круги перед глазами, учащенное сердцебиение, стук в висках, потоотделение, приливы жара, тошноту, ощущение приближающегося падения
- Если вовремя не сесть, то возникает **потеря сознания и падение**. Потеря сознания кратковременна (несколько секунд), и человек быстро приходит в себя, оказавшись в горизонтальном положении. Редко возникают **кратковременные подергивания конечностей, недержание мочи и другие симптомы**

Причины приводящие к снижению мозгового кровотока и обмороку:

- ***Нарушение работы вегетативной нервной системы***, приводящее к неправильной регуляции сократимости сосудов – причина нейрогенных обмороков (составляют более 50% от всех обмороков)
- ***Патология сердца*** – причина кардиогенных обмороков (составляют 25% от всех обмороков)
- ***Сосудистые нарушения*** (значительные атеросклеротические отложения в сосудах головы и шеи, транзиторные ишемические атаки, инсульты)
- ***Внезапное повышение внутричерепного давления*** (опухоль, гидроцефалия, кровоизлияние)

Причины приводящие к снижению мозгового кровотока и обмороку:

- **Уменьшение содержания кислорода, сахара, электролитов в крови (гипоксия, анемия, гипогликемия, почечная и печеночная недостаточность)**
- **Уменьшение объема циркулирующей крови (кровотечение, избыточное мочеиспускание, понос)**
- **Отравления (угарным газом, алкоголем и др.)**
- **Психические нарушения (гипервентиляционный синдром, истерический невроз)**
- **В результате эпилепсии, черепно-мозговых травм, инфекций и др.**

1. ПРЕХОДЯЩИЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

1.1. Вазодепрессорный обморок

1.2. Ортостатический синдром

1.3. Ятрогенная ортостатическая гипотония

1.4. Очаговая ишемия мозга

1.5. Синдром Меньера

1.6. Синдром Шая-Дрейджера

2. НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

- 2.1. Аритмии сердца**
- 2.2. Острый инфаркт миокарда**
- 2.3. Пороки сердца (аортальный стеноз клапанный и подклапанный)**
- 2.4. Синдром каротидного синуса**
- 2.5. Шейная дископатия**
- 2.6. Пролабирование митрального клапана**
- 2.7. Шаровидный тромб в левом предсердии**
- 2.8. Миксома левого предсердия**
- 2.9. Синдром подключичного обкрадывания**
- 2.10. Расслаивающая аневризма дуги аорты**
- 2.11. Легочная гипертензия**
- 2.12. Варикозное расширение вен**
- 2.13. Беременность**
- 2.14. Плеврогенный шок**

Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

3. АНЕМИИ

3.1. Острая кровопотеря

3.2. Хроническая анемия

4. ПЕРВИЧНЫЕ БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

4.1. Эпилепсия

4.2. Нарколепсия

4.3. Истерия

4.4. Сотрясение и контузия мозга

4.5. Опухоль мозга

Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

5. НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ И ГАЗООБМЕНА

5.1. Гипогликемия

5.2. Гипервентиляция

5.3. Абстиненция

Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

Преходящие нарушения мозгового кровообращения (уменьшение кровоснабжения головного мозга)

1.1. Вазодепрессорный обморок - частая причина потери сознания. Чаще - при **сильной боли, эмоциональном стрессе**. Расширение мышечных артериол, снижение ЧСС, уменьшение притока крови к сердцу. Чаще у мужчин под влиянием боли

Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

- **Потеря сознания - не сразу. В продроме - слабость, тошнота, звон в ушах, зевота, расширение зрачков, потемнение в глазах или головокружение, повышенное потоотделение, бледность кожи**
- **Затем нарастает мышечная слабость, больной теряет равновесие и падает без сознания, остается неподвижным или у него появляются тонические и клонические судороги. САД понижается до 55-60 мм рт . ст. , синусовая брадикардия, единичные экстрасистолы. Кожа становится бледной и холодной. Конъюнктивальные рефлексy часто отсутствуют**

1.2. Ортостатический синдром

РОМ - кратковременная потеря сознания *при переходе из горизонтального положения в вертикальное*. Вначале - вставание с постели без компенсаторной вазоконстрикции: скопление крови в венах большого круга, приток венозной крови и минутный объем крови снижаются, АД падает ниже 90 мм рт. ст. Обморок возникает *при одних и тех же условиях*

- Потеря сознания чаще в утреннее время, сразу после вставания с постели. Периода предвестников нет. После перехода в горизонтальное положение человек приходит в сознание.

Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

- **Ортостатическая гипотония** - иногда при заболеваниях центральной или периферической (вегетативной) нервной системы.
- В диагностике помогают функциональные пробы (ортостатическая, проба Вальсальвы): у больных с **ортостатической гипотонией не появляется компенсаторной тахикардии, падает АД**. Постуральная гипотония с периодическими головокружениями может быть единственным проявлением первичного амилоидоза с поражением миокарда и надпочечников

Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

1.3. Ятрогенная ортостатическая гипотония из-за приема гипотензивных (лечение АГ β -адреноблокаторами, гуанетидином, препаратами раувольфии, апрессином)

- Обморок может развиваться и у больных, перенесших **двустороннюю симпатэктомию** (по поводу злокачественной АГ или облитерирующего эндартериита нижних конечностей)
- Характерно возникновение синкопального состояния также **при переходе из горизонтального положения в вертикальное**

Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

1.4. Очаговая ишемия мозга возникает при АГ, атеросклерозе мозговых артерий.

- **Провоцирующие факторы** - эмоциональные стрессы
- Синкопальные состояния **при очаговой ишемии мозга** как изолированный синдром - редко. **Чаще сочетаются с очаговой симптоматикой** (парезы, параличи, афазия, амавроз)
- Провоцирующим фактором может служить неправильное использование гипотензивных средств

Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

1.5. Синдром Меньера обусловлен изменениями функции вестибулярного аппарата в связи с ангионевротическим отеком лабиринта

- Приступы головокружений, которые могут продолжаться от нескольких минут до нескольких дней. Сопровождаются тошнотой, головной болью, шумом в ушах. Иногда диарея, боли в животе. Во время приступов больные жалуются на движение окружающих предметов в определенном направлении, с ощущением падения тела всегда в одном и том же направлении.
- Диагноз подтверждают целенаправленные исследования специалиста - отоларинголога.

**1.6. Синдром Ш а я- Д р е й д ж е р а
(Shy-Drager)** - идиопатическая

ортостатическая гипотония в сочетании с импотенцией и нарушением потоотделения в какой-либо одной области тела

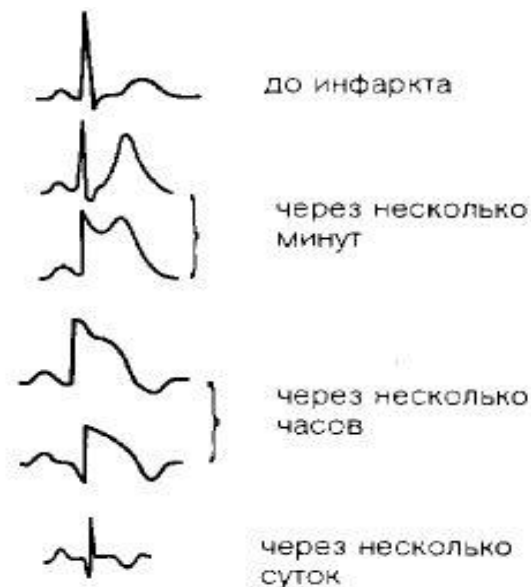
- Заболевание связано с недостаточной констрикцией артериол при переходе больного из горизонтального положения в вертикальное
- Отсутствует повышение венозного тонуса при ортостатической пробе. В дальнейшем - признаки поражения базальных узлов мозга, кортикобульбарного и кортикоспинального трактов

Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

2. Синкопальные состояния при нарушении функции сердечно-сосудистой системы

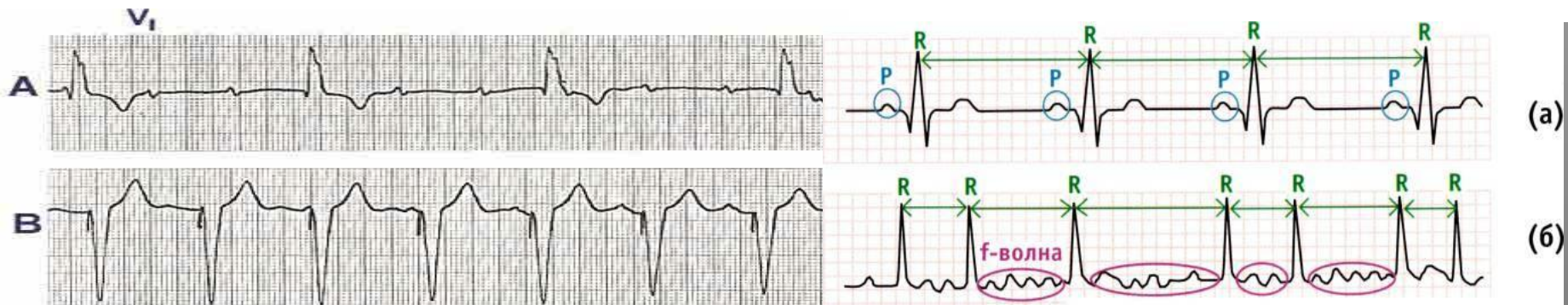
(из-за внезапного нарушения внутри- или внесердечной гемодинамики)

2.1. Аритмии сердца - частые причины синкопальных состояний у лиц пожилого возраста. ИБС (инфаркт миокарда, кардиосклероз) часто сопровождается нарушениями ритма и проводимости



Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

- При **аритмиях сердца** из-за падения АД, уменьшения УО и МОС синкопа возникает при резкой брадикардии (синусовая брадикардия, синоаурикулярная блокада, СССУ), при всех тахиаритмиях со значительным уменьшением минутного объема и кровотока через мозг (желудочковая и наджелудочковая тахикардии, трепетание и мерцание предсердий, аритмии, осложняющие синдром Вольфа Паркинсона-Уайта)
- При **смене одного сердечного ритма другим** потеря сознания служит клиническим проявлением периода асистолии. Когда длительность асистолии превышает 20-25 с, возникают клонические судороги



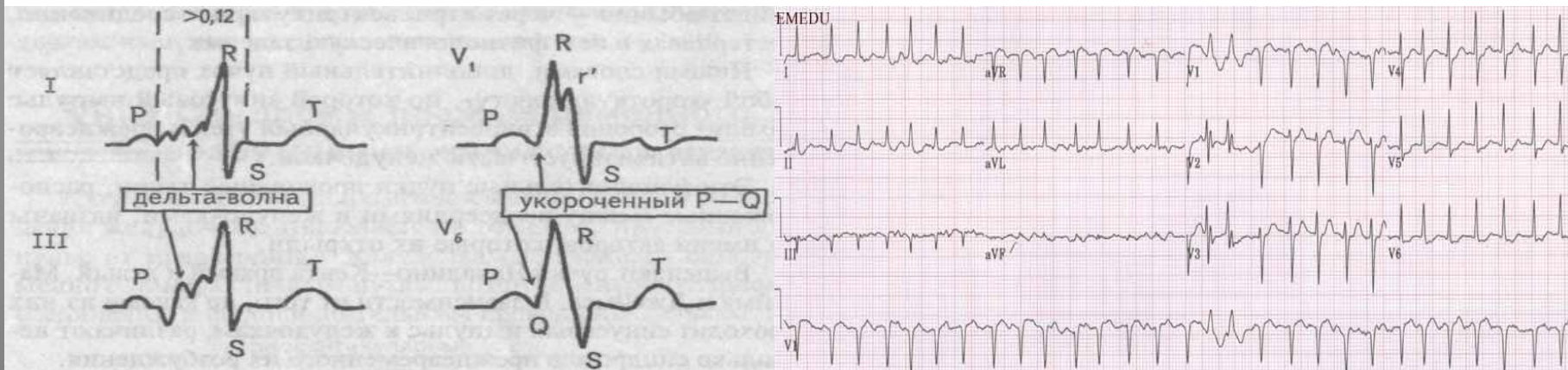
Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

- Кратковременная потеря сознания может быть единственным клиническим признаком **синдрома Морганьи-Адамса-Стокса**, при **полной или частичной блокаде сердца**. Потеря сознания при трепетании желудочков объясняется резким выключением пропульсивной деятельности сердца. (острый инфаркт миокарда, тяжелый атеросклеротический или миокардитический кардиосклероз)
- Такие приступы описаны и при **синдроме замедленной реполяризации желудочков** (редкая наследственная аномалия), диагностика только ЭКГ

Связь синкопальных приступов с нарушением ритма и проводимости окончательно устанавливается методом непрерывного ЭКГ наблюдения, или ЭКГ при приступе

Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

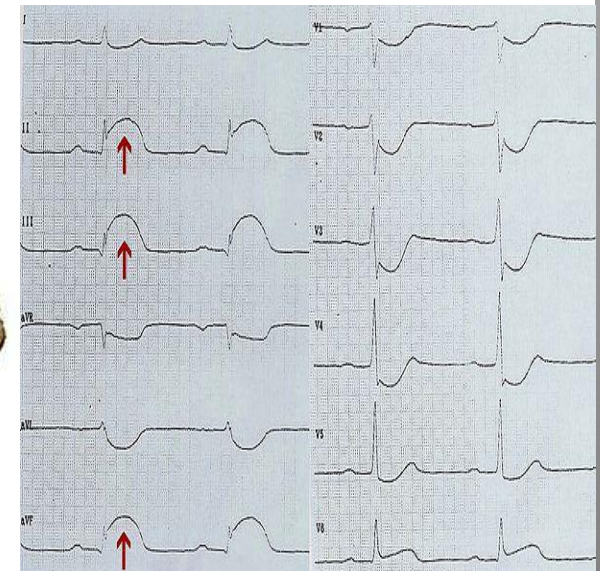
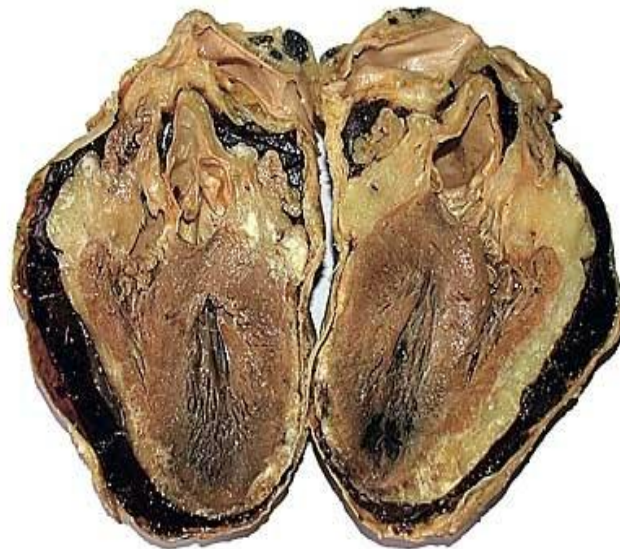
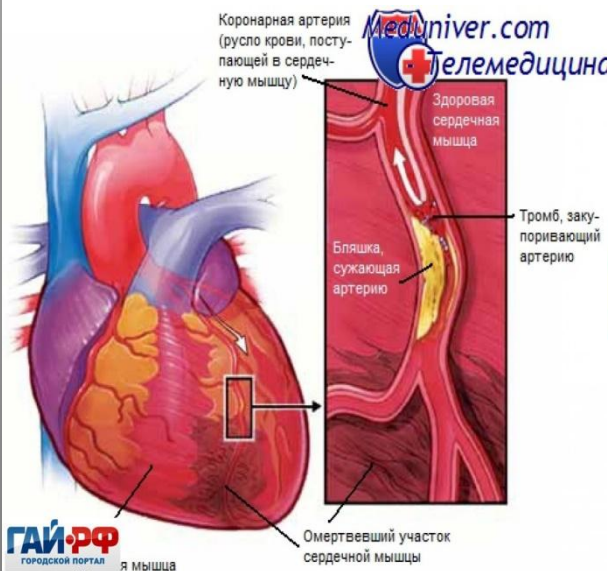
- **На ЭКГ - резкая брадикардия (ЧСС меньше 40 в мин.), или асистолия. АВ- блокада распознается по диссоциации между предсердными и желудочковыми комплексами. При пароксизмальных тахикардиях ЧСС превышает 160-180 ударов в минуту.**
- **При синдроме WPW - укорочение PQ (меньше 0,10 с) и появление дельта- волны на восходящем колене зубца R. СССУ проявляется резкой синусовой брадикардией, сменяющейся мерцанием предсердий (исчезают зубцы Р, появляются волны f)**
- **При синдроме замедленной реполяризации регистрируется увеличение интервала Q-T**



Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

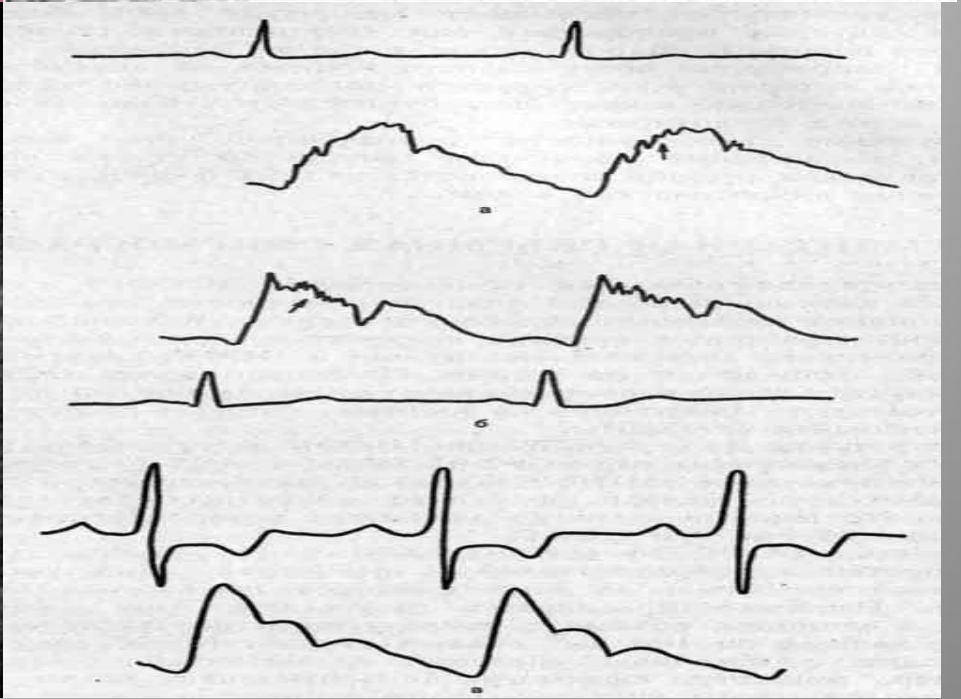
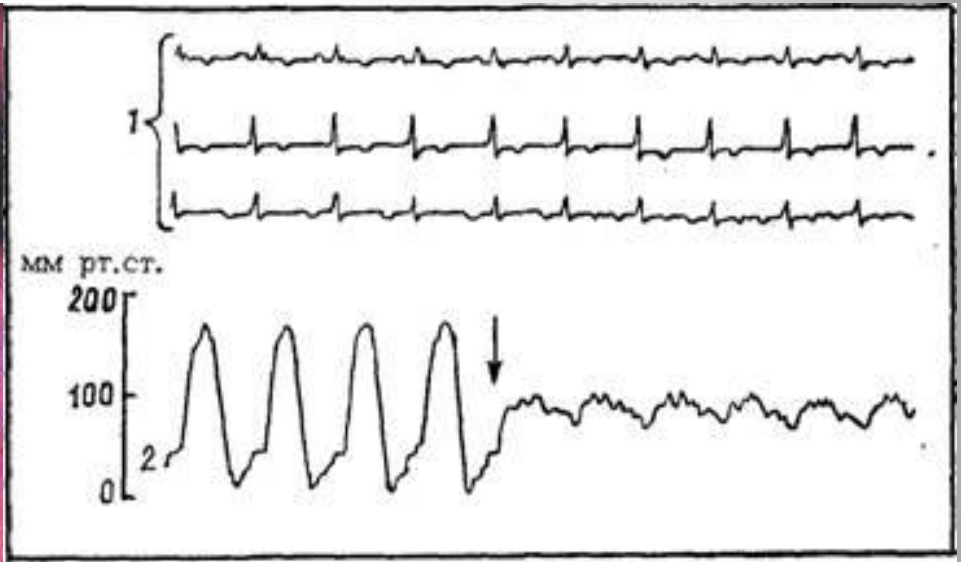
2.2. Синкопальное состояние может возникнуть при остром инфаркте миокарда в результате преходящего нарушения ритма или вследствие артериальной гипотонии и динамических нарушений мозгового кровообращения. Диагноз не труден, если синкопальное состояние сопровождается загрудинным болевым синдромом. В атипичных случаях помогают данные ЭКГ

- Отмечаются изменения на ЭКГ (появление патологического зубца Q или QS, смещение сегмента ST в зоне поражения и дискордантное смещение сегмента ST в «зеркальных» отведениях, динамика изменений сегмента ST и зубца T) в сочетании с повышением сывороточных ферментов (АСТ, ЛДГ, КФК) и миоглобина



2.3. Пороки сердца (аортальный стеноз **клапанный и подклапанный**) – с синкопальными состояниями, из-за уменьшения УО при повышенных требованиях к миокарду (физические или психические перегрузки

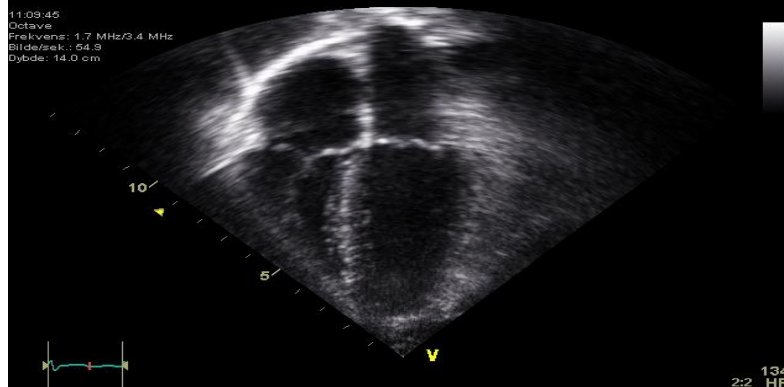
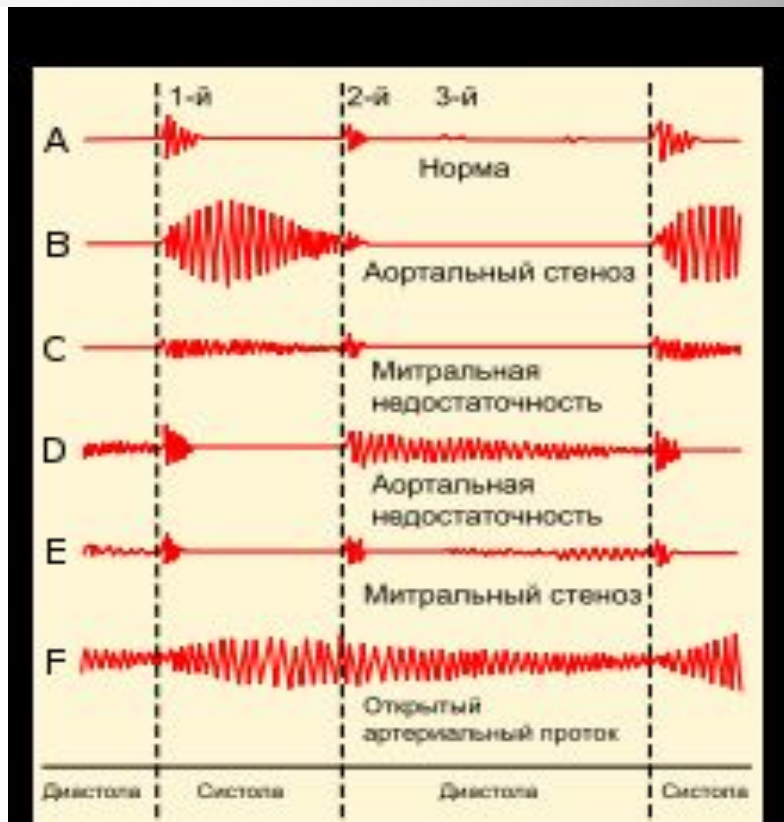
- **Диагноз** не труден при тщательной аускультации сердца: **грубый систолический шум над проекцией аортального клапана с хорошей проводимостью во 2 межреберье справа у края грудины и на сонные артерии. Резко ослаблен или отсутствует II тон на аорте**
- При **субаортальном стенозе** эпицентр систолического шума находится в 3-4 межреберье у левого края грудины. Шум проводится на сонные артерии, с систолическим щелчком.
- Прямые диагностические признаки порока - с помощью ЭхоКГ



Клапанный и подклапанный стеноз аорты

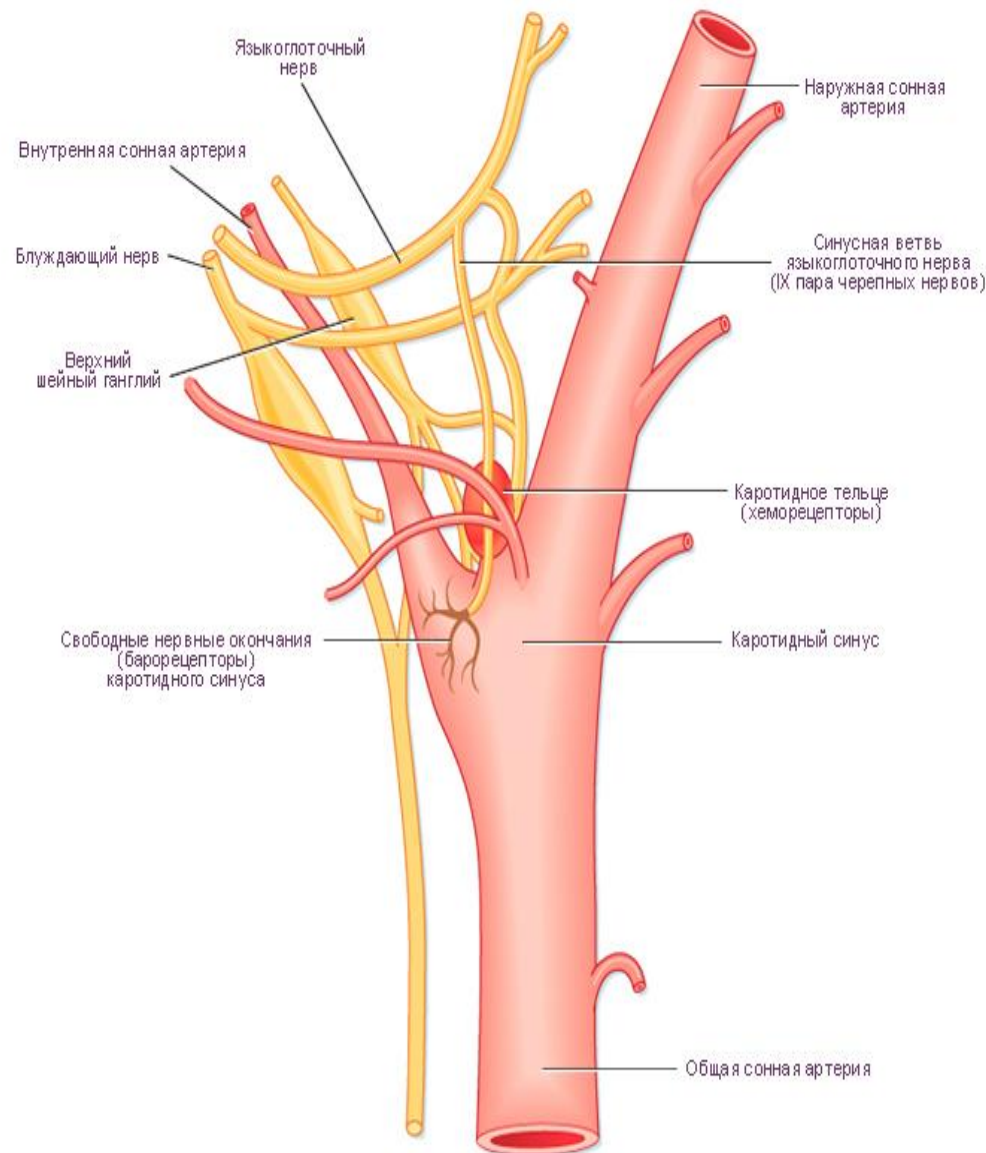
Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

- При **клапанном аортальном стенозе** на ФКГ - систолический шум изгнания, чаще - ромбовидной формы. Шум отделен от тонов сердца свободным интервалом. Амплитуда аортального компонента II тона резко уменьшена. Аортальный компонент может сливаться с пульмональным („однокомпонентный II тон") или отставать от него и следовать через свободный интервал („парадоксальное расщепление II тона"). На эхограмме обызвествление створок аортального клапана, уменьшение их открытия
- При **субаортальном стенозе** - резкое увеличение толщины межжелудочковой перегородки (отношение толщины перегородки к толщине задней стенки ЛЖ больше 1,3)



Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

- **2.4. При синдроме каротидного синуса синкопальные состояния обусловлены проходящей ишемией мозга в связи с нарушением кровообращения в пораженной сонной артерии. Сужение сонной артерии чаще бывает вызвано атеросклерозом, реже - воспалительными или травматическими факторами**



Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

- **Синдром каротидного синуса** наблюдается преимущественно у мужчин пожилого и старческого возраста. Типично возникновение внезапных сильных головокружений, обморочных приступов при поворотах шеи, при надавливании на область каротидного синуса (тесные воротнички, ношение туго завязанных галстуков). При аускультации пораженной сонной артерии определяется **систолический шум изгнания**. Механическое раздражение пораженной артерии сопровождается артериальной гипотонией (САД падает больше, чем на 50 мм рт. ст.)

Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

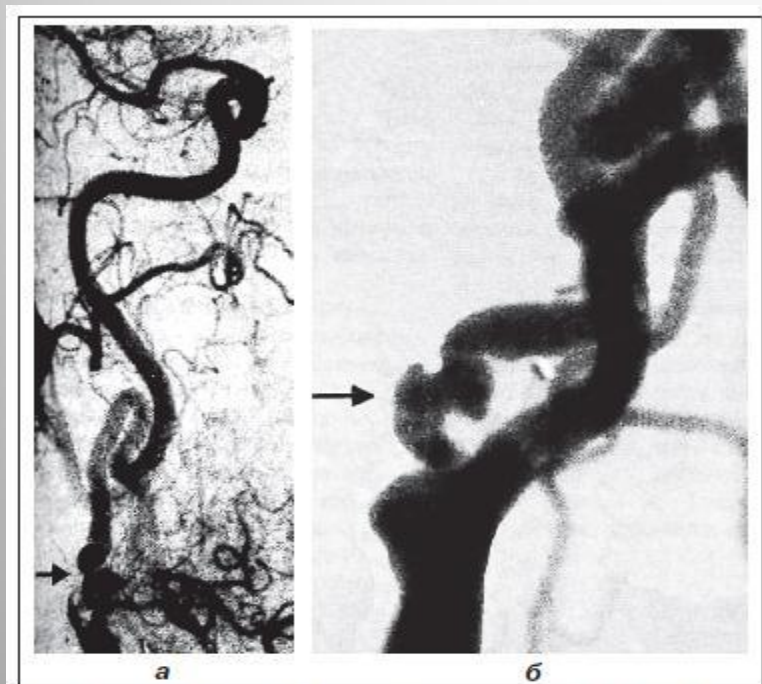


Рисунок 6: а) стрелкой отмечен стеноз внутренней сонной артерии с компенсаторным расширением, дистальнее расположен участок врожденной извитости внутренней сонной артерии; б) увеличенное изображение. Врожденная извитость обнаруживается и в позвоночных артериях

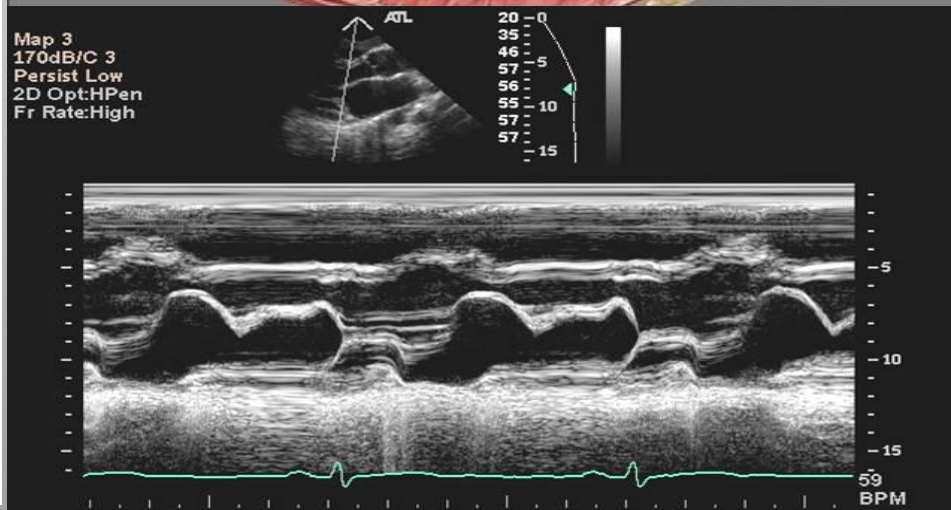
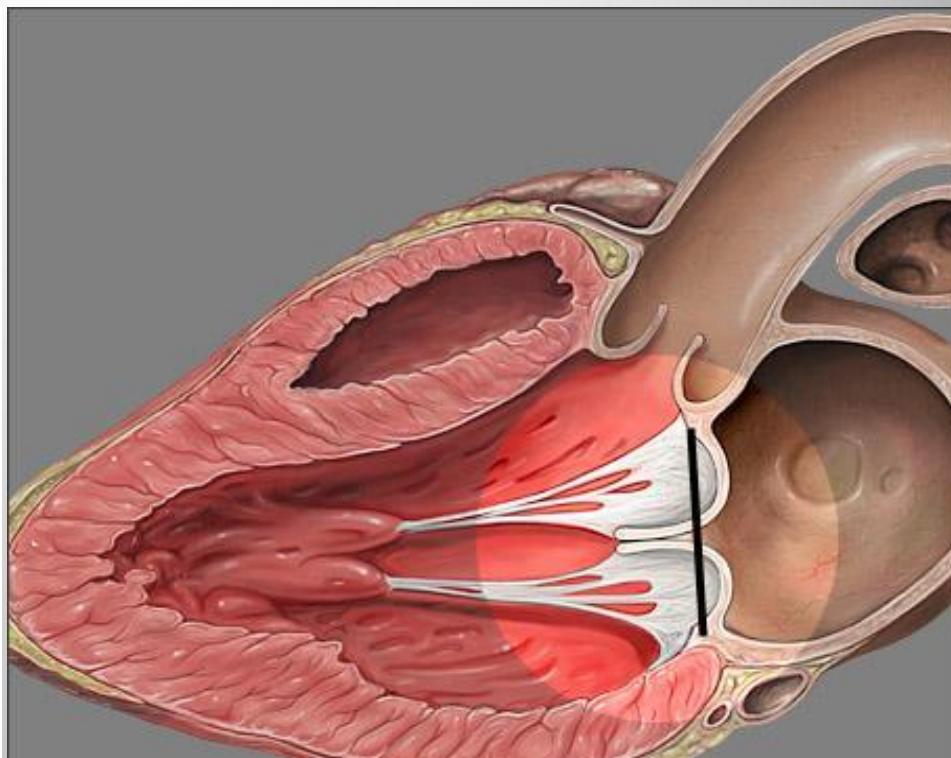


- Диагноз подтверждается **провокационной пробой с массажем каротидного синуса при одновременной съемке ЭКГ: возникают периоды асистолии длительностью до 3 с. Артериография сонной артерии** документирует стеноз артерии, степень его и протяженность поражения артерии

Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

2.6. Проплапс митрального клапана - синкопальное состояние возникает из-за лабильности АД, преходящей артериальной гипотензии. Диагноз подтверждается **тщательной аускультацией сердца**: над проекцией митрального клапана, на верхушке сердца выслушивается **трехчленный ритм за счет добавочного систолического щелчка с коротким систолическим шумом**

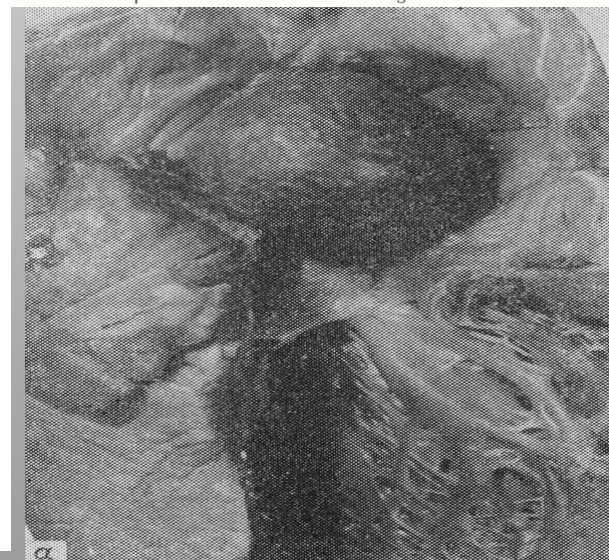
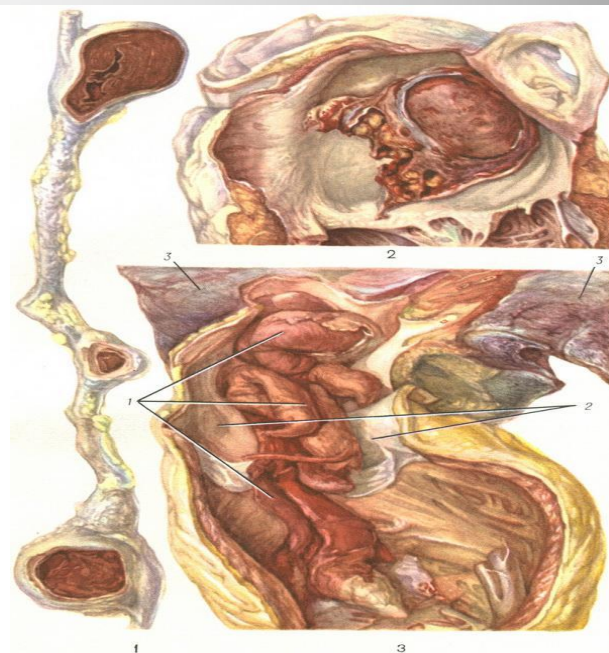
- Точный диагноз после ЭхоКГ. Выявляется **систолическое „провисание“ створок митрального клапана в полость левого предсердия**.



Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

2.7. При образовании шаровидного тромба в левом предсердии синкопальное состояние возникает при переходе больного из горизонтального положения в вертикальное. Оно вызывается преходящей ишемией мозга в результате закрытия левого атриовентрикулярного отверстия. Потеря сознания с резким цианозом. Пульсация артерий исчезает. Улучшение состояния при переходе в горизонтальное положение или при наклоне вперед. Диастолический шум над верхушкой сердца или точке Боткина. шума лучше выслушивается в положении больного стоя.

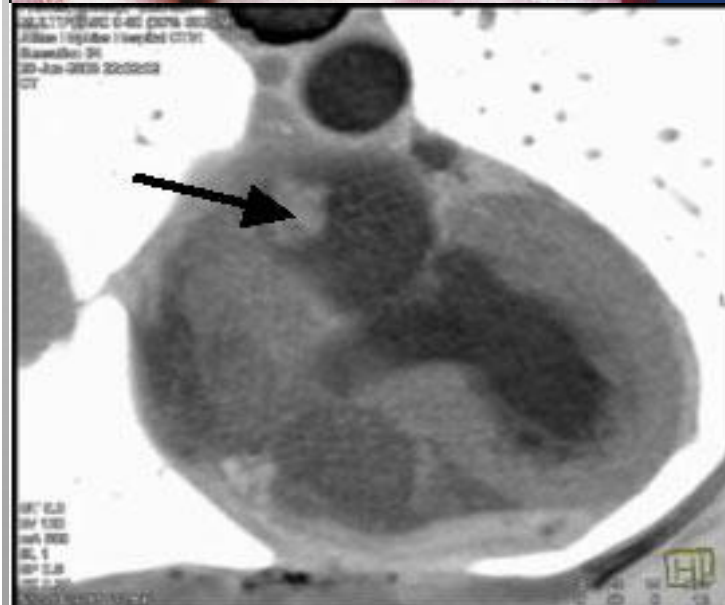
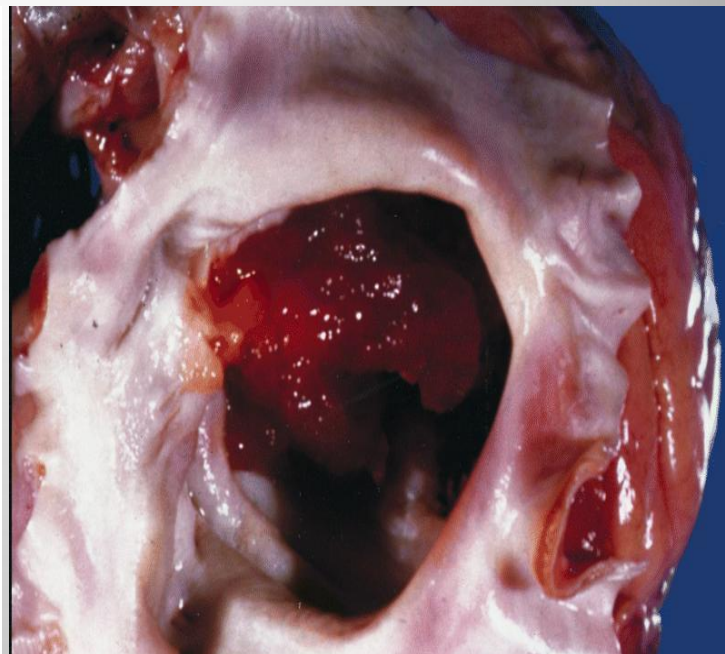
- **Диагноз** подтверждается рентгенограммой левого предсердия или ЭхоКГ (выявляется округлая тень в полости левого предсердия)



Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

2.8. Миксома левого предсердия - обморок только в вертикальном положении, когда опухоль смещается к атриовентрикулярному отверстию, суживает его и уменьшает сердечный выброс, вызывая ишемию мозга.

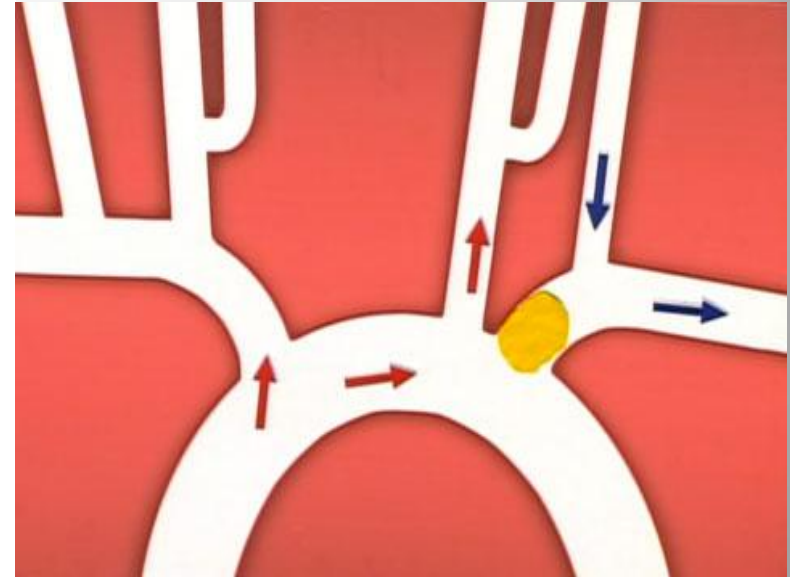
- Приступу потери сознания предшествуют одышка, цианоз, тахикардия. **В горизонтальном положении приступ прекращается.** Кроме синкопальных состояний беспокоят боли в области сердца. Часто - „беспричинный“ субфебрилитет. При аускультации сердца - **признаки митрального стеноза (усиленный I тон, диастолический шум на верхушке сердца)**
- На рентгенотомограмме левого предсердия удастся увидеть **добавочную тень в полости левого предсердия.** Точная диагностика возможна на ЭхоКГ (видна добавочная тень в полости левого предсердия).



Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

2.9. При синдроме подключичного обкрадывания синкопальные состояния обусловлены уменьшением кровотока в мозгу в связи с «обкрадыванием» виллизиева круга, кровь из которого шунтируется в позвоночную артерию на стороне сужения подключичной артерии. Приступы потери сознания возникают при усиленных движениях или поднятии руки, на стороне которой сужена подключичная артерия

- Стеноз подключичной артерии чаще имеет травматическое происхождение. Пальпация артерий выявляет уменьшение или отсутствие наполнения пульса. При аускультации **над подключичной артерией выслушивается систолический шум изгнания**
- Сужение артерий документируется при **ангиографии**



Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

2.10. Расслаивающая аневризма дуги аорты и сопровождающий ее синдром аортальной дуги вызывают синкопальные состояния и головокружения. Заболевание - у лиц среднего, пожилого и старческого возраста на фоне аортоартериита или атеросклероза аорты и ее ветвей.

- Обморочное состояние - вследствие внезапной ишемии головного мозга. Ведущие симптомы свидетельствуют о глубоком поражении мозга (развитие парезов, параличей) и помогают правильной диагностике



Рис. 1. Расслоение аорты, тип А (интраоперационное наблюдение)

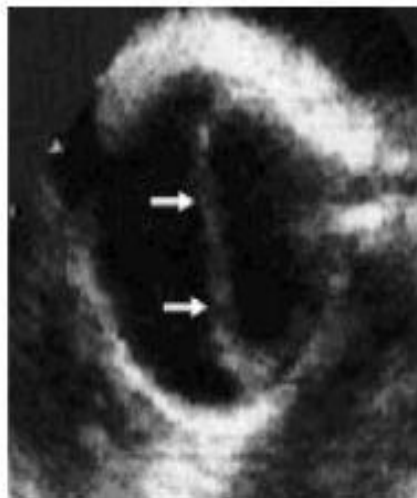
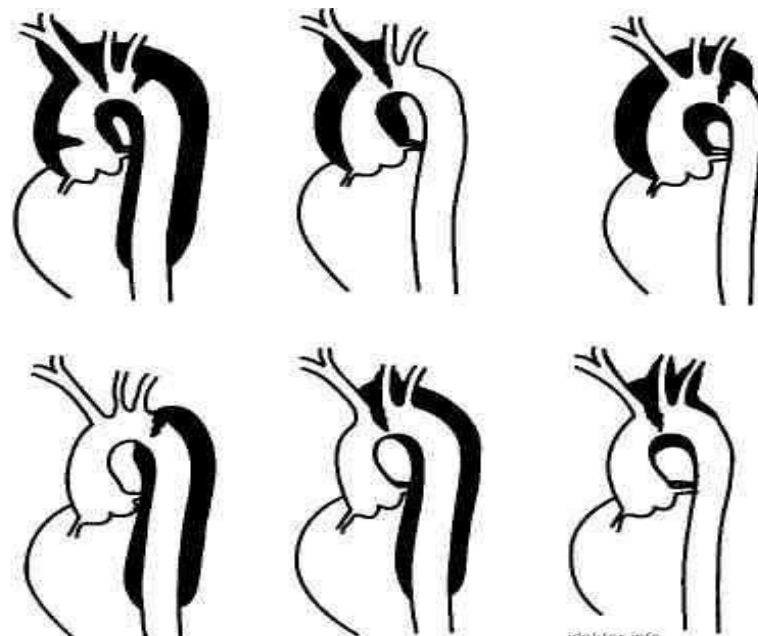


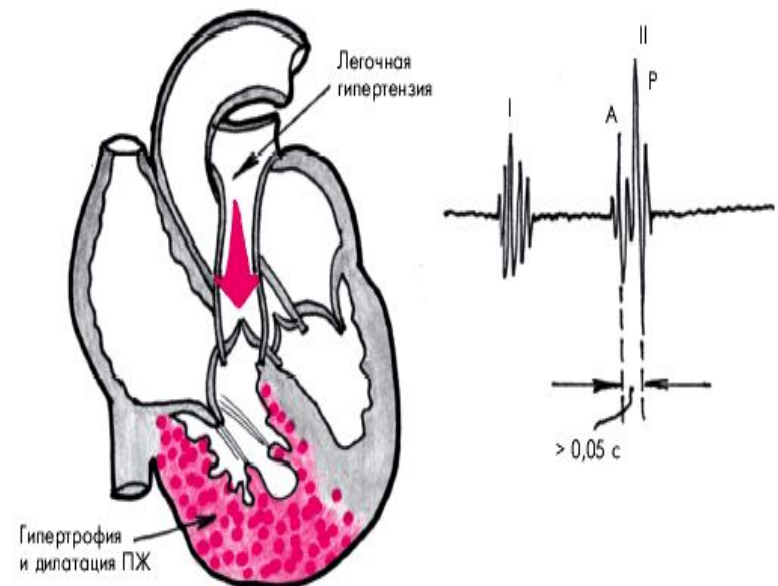
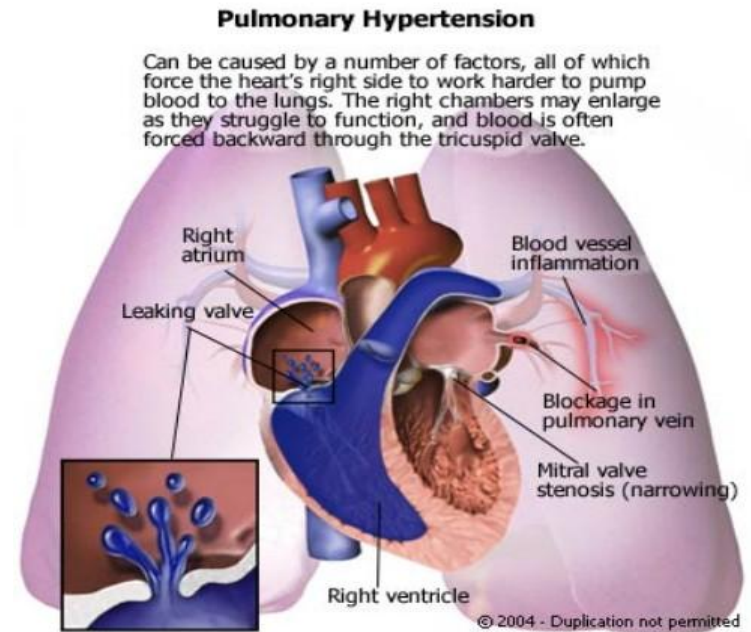
Рис. 2. Эхокардиограмма: расслоение аорты, тип А



Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

2.11. Обмороки при легочной гипертонии из-за рефлекторного механизма (рефлекс В.В.Парина): раздражение механорецепторов ЛА с понижением давления в аорте и ее ветвях. При эмболии мелких ветвей ЛА обмороки у пожилых людей, длительное время вынужденных находиться в постели из-за сердечной недостаточности или при переломах костей

- Единственным признаком может быть кратковременная **потеря сознания**. Иногда симптомы **острой легочной гипертонии** (временное усиление одышки, приступы ночного удушья). Развитие инфаркт-пневмонии облегчает диагностику. Острое повышение давления в ЛА может при первичной или вторичной легочной гипертонии при физическом напряжении с кратковременной потерей сознания. **Обморок** – из-за уменьшения МОС, преходящей ишемии мозга при острой легочной гипертонии



Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

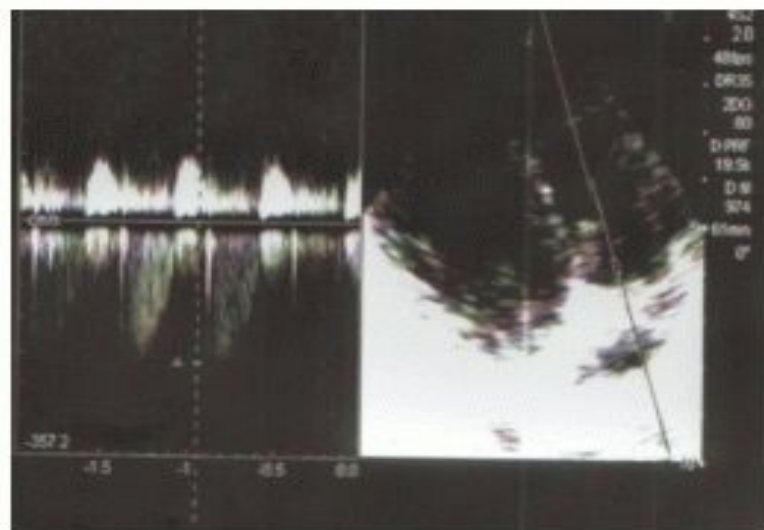
- **Определение давления в ЛА с помощью катетеризации, или косвенными методами (поликардиография, доплеркардиография трехстворчатого клапана, флебография или кинетокардиограммы). На ЭКГ признаки острого легочного сердца: повышение PII-III-aVF, появление правограммы, переходная зона к левым грудным отведениям, инфарктоподобные изменения ST и T в правых грудных отведениях, быстрая динамика**



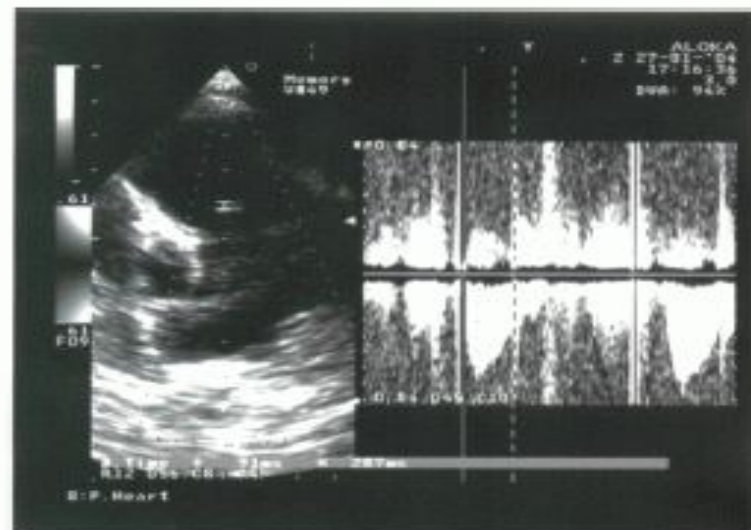
Рис. 3. Прямая и правая боковая рентгенограммы органов грудной идиопатической легочной гипертензии (ПЖ – правый желудочек)



Рис. 2. ЭКГ пациента с хроническим легочным сердцем (отклонение электрической оси сердца вправо, P-pulmonale, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, доминирующий зубец R с инверсией зубца Tв V1)



А



Б

Рис. 3. Допплерэхокардиограммы пациента с хроническим легочным сердцем: (А — патологическая трикуспидальная регургитация, Б — ускоренный поток в легочной артерии)

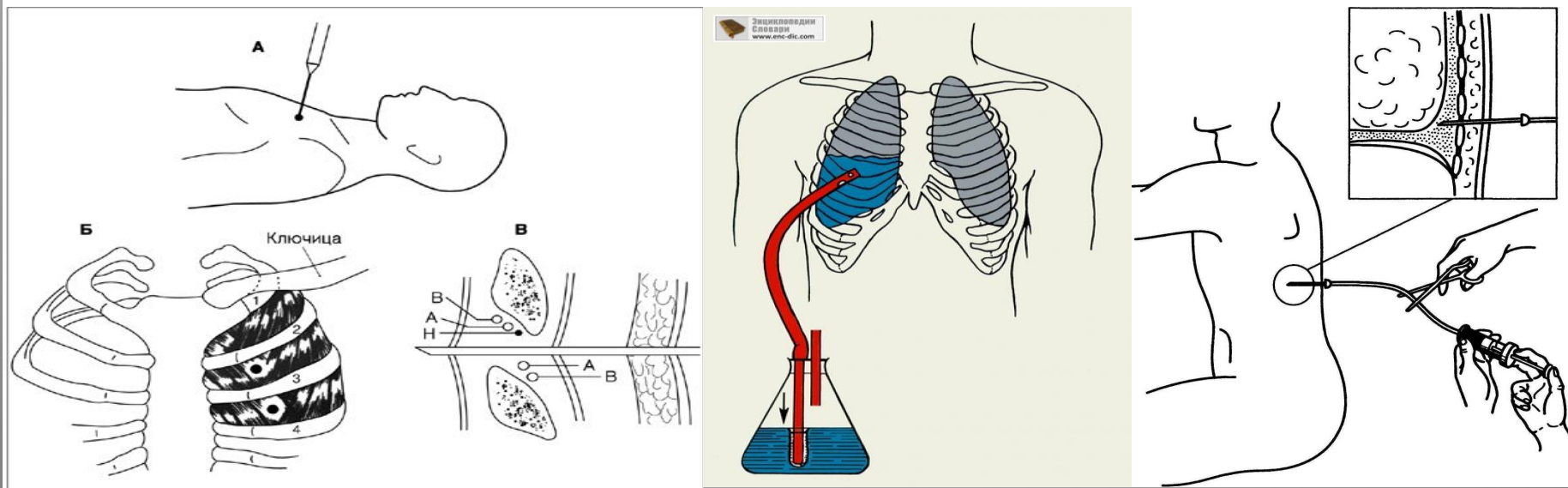
Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

2.12. При варикозном расширением вен нижних конечностей синкопальное состояние развивается при быстром вставании из-за остро возникающего уменьшения ОЦК (в силу тяжести кровь оттекает из нижней полой вены и скапливается в венах нижних конечностей). Приток крови к сердцу уменьшается, вызывая острое снижение МОС, вследствие чего наступает диффузная ишемия мозга

- Диагноз ставится после осмотра (выявляются выраженные варикозные узлы вен нижних конечностей) и расспроса (обморок при быстром вставании с постели).
- Диагноз документируется контрастной венографией вен нижних конечностей



2.14. При удалении из плевральной полости большого количества экссудата или при наложении искусственного пневмоторакса (плеврогенный шок) - потеря сознания, иногда при введении пункционной иглы, т. е. при раздражении париетальной плевры. Кроме рефлекторных механизмов в возникновении синкопального состояния может иметь значение воздушная эмболия легочных вен с блокадой притока крови к левому желудочку.



3. При анемии - часто и зависят от степени выраженности анемии и быстроты кровопотери.

3.1. При острой кровопотере синкопа обусловлена нарушением оксигенации мозга и снижением уровня САД. Диагноз: коллапс, бледность кожных покровов, жажда, одышка, тахикардия). В анамнезе язвенная болезнь, аборты, геморрагический диатез.

- Отмечается снижение гемоглобина крови, количества эритроцитов, гематокрита. Для уточнения источника кровотечения используют радиоактивный ^{51}Cr .

3.2. При хронической анемии - синкопа чаще при заболеваниях сердца, атеросклерозе мозговых артерий, переходе из горизонтального положения в вертикальное, чаще у женщин при потере крови с месячными, геморроидальных кровотечениях. У мужчин чаще при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, эрозивный гастрит и др.)

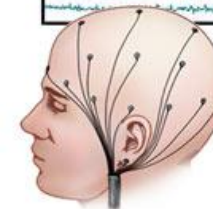
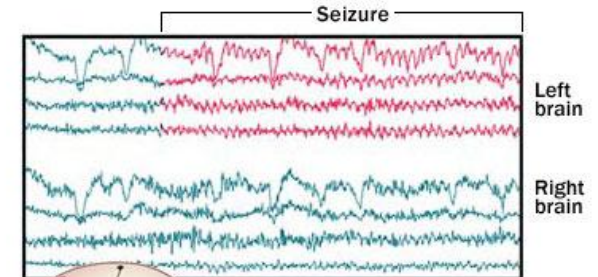
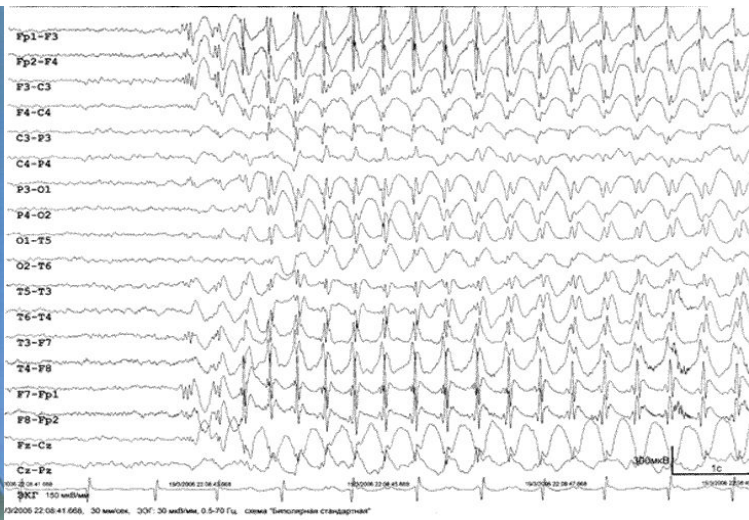
- **Диагноз:** снижение гемоглобина и эритроцитов крови. При постгеморрагической анемии наблюдается дефицит железа

4. При первичных болезнях нервной системы - синкопа возможна.

4.1. При эпилепсии внезапная потеря сознания, иногда - с последующим судорожным припадком. Припадки **корковой эпилепсии** начинаются с ауры (зрительной, слуховой, вкусовой, обонятельной или чувствительной). Для **подкорковой эпилепсии** - внезапное возникновение. Приступ с тоническими судорогами, переходящими в клонические. Кожа багрового цвета. Сознание возвращается постепенно, часто прикусы языка, травмы головы, туловища

Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

- **Малые эпилептики** - в детском возрасте. Внезапно потеря сознания на несколько секунд, застывая в позе, в которой его застал приступ. Мышечный тонус сохраняется. После прекращения припадка больной продолжает прерванное занятие или разговор.
- **Диагноз:** ЭЭГ с функциональными пробами. При корковой эпилепсии вспышки медленных волн, беспорядочных пиков и волн высокой амплитуды. Консультация невропатолога



An electroencephalogram (EEG)

Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

4.2. При нарколепсии внезапная утрата мышечного тонуса - падение больного на пол, что расценивается как кратковременная потеря сознания. Приступы сна. Диагноз - при расспросе больного

4.3. Припадок и стери обычно ситуационные, в присутствии соответствующей аудитории, как реакция больного на конфликтную ситуацию. Истерическое поведение: манерность, желание быть в центре внимания окружающих, обычно в юности. **Истерический припадок** протекает более мягко и более длительно, чем эпилептический. Хотя больной падает неожиданно, но **сознание у него утрачивается не полностью**. Окраска кожи не меняется или легкий цианоз. Падение при истерическом припадке обычно не сопровождается тяжелыми травмами. **Не** отмечается прикуса языка, непроизвольного мочеиспускания. Припадок сопровождается криками, стонами.

- **ЭЭГ** при истерии не изменяется.

4.4. При последствиях с о т р я с е – н и й и к о н т у з и й м о з г а

синкопальные состояния протекают по типу эпилептических. При фокальной корковой эпилепсии в связи с распространением возбуждения на стволовые отделы мозга иногда полная потеря сознания. Анамнез!

4.5. **Опухоль мозга** может с приступами кратковременной потери сознания, обусловленных транзиторным повышением давления ликвора в желудочках мозга.

Приступы сильной головной боли, потеря сознания с эпилептиформными припадками. Неврологическая симптоматика.

- Опухоль мозга диагностируется **УЗ**
ЭЭГ, КТ.

Дифференциальная диагностика обморочных (синкопальных) состояний

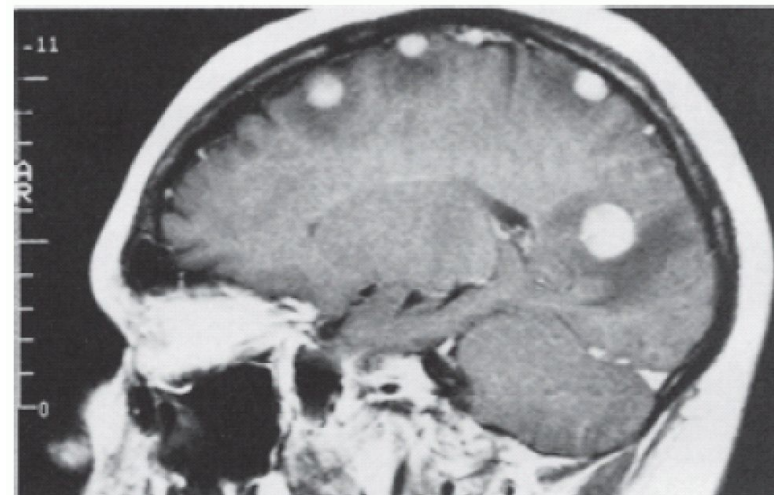
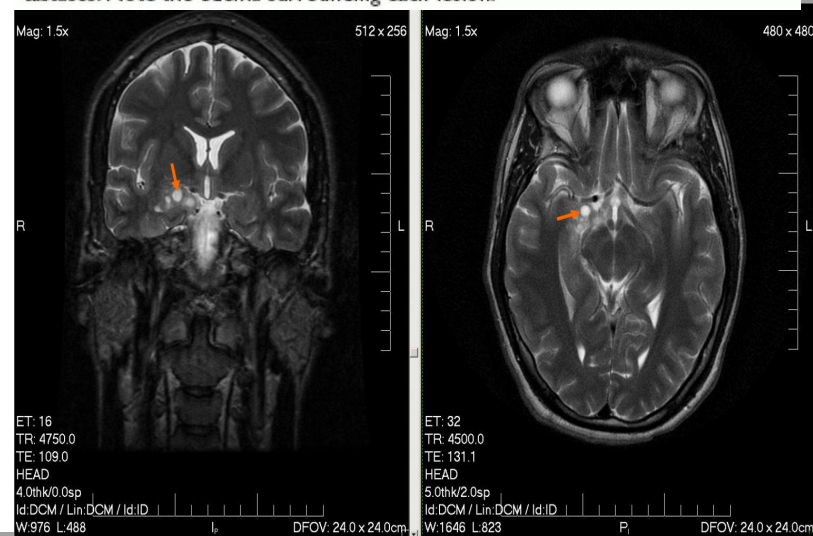


FIGURE 1: Gadolinium-enhanced MRI scan demonstrating multiple brain metastases. Note the edema surrounding each lesion.



5. При нарушениях обмена веществ (гипогликемия, абстиненция) и газообмена (гипервентиляция) .

5.1. При гипогликемии у больных сахарным диабетом при передозировке инсулина, у больных инсуломой. Ранний симптом гипогликемии - внезапное появление слабости. Приступы гипогликемии у одного и того же больного часто резко отличаются друг от друга по клинике: или гемипарез, или судорожный припадок с последующей комой, или диплопия, потеря памяти и ориентации. Внезапная потеря сознания при гипогликемии - вследствие активации механизмов аритмического или синокаротидного обморока.

- **Диагноз** - пробная терапия: внутривенное вливание глюкозы с быстрым исчезновением всех клинических проявлений болезни. Содержание глюкозы в крови падает ниже 3,0 ммоль /л

5.2. При непроизвольной гипервентиляции лица - обморочное состояние (под влиянием тревоги, болевого раздражения) или на фоне произвольной **гипервентиляции**, что сопровождается развитием дыхательного алкалоза. Перед обмороком появляются онемение, ощущение покалывания губ, кожи лица, конечностей, похолодание рук и ног, головокружение, шум в ушах, мышечные подергивания. Заторможенность развивается постепенно. **Гипервентиляция** может сопровождаться сердечными аритмиями

5.3. При абстинентном синдроме потеря сознания через несколько часов или суток после отмены наркотика (обычно через 3 суток после отмены алкоголя или алкалоидов опия, к концу 1-х суток после отмены барбитуратов или через 8-12 ч после отмены синтетических препаратов морфина). **Синкопальные состояния** обусловлены нарушением рефлекторной регуляции периферического кровообращения или вызываются глубокими нарушениями обмена веществ в головном мозгу

- **Клиническая симптоматика приступов в одних случаях подобна вазодепрессорному обмороку, в других - похожа на эпилептический припадок**
- **Постановка диагноза облегчается обнаружением связи обморочных состояний с лишением привычного наркотического препарата. У больных, имеющих пристрастие к барбитуратам, обморочные состояния возникают только при переходе их из горизонтального положения в вертикальное**