

Обморок- это временная потеря сознания, обусловленная внезапным снижением мозгового кровотока

Синкопе – падать в обморок

Резкое снижение мозгового кровотока (более чем на 50%) приводит к синкопальному состоянию

Причины обморока могут быть различными, но основной механизм – резкая гипоксия ГМ.

- Для того, чтобы провести дифференциальную диагностику и разобраться в причине и ведущем механизме развития О. необходимо правильно оценить клиническую картину О.

# ПРИЧИНЫ ОБМОРОКА

## А. Гемодинамические

## В. Негемодинамические

- **А. Системные нарушения гемодинамики**
- 1. Резкое снижение сердечного выброса \_ страдает насосная функция (ССЗ, поражения миокарда, пороки, ТЭЛА, аритмии)
- 2. Резкое снижение венозного возврата (75% крови депонируется в венах). В норме венозный возврат обеспечивается рефлексорным сужением периферических артериол и венул и повышением ЧСС за счет раздражения барорецепторов, а также за счет сокращения мышц конечностей. Этот механизм является ведущим при ортостатических обмороках

# **А. Системные нарушения гемодинамики**

- 3. Гиповолемия: потеря крови, обезвоживание, надпочечниковая недостаточность
- 4. Недостаточность прессорных реакций на периферии

## **Локальные нарушения гемодинамики ГМ:**

ТИА, вертебро-базиллярная недостаточность, острая гипертоническая энцефалопатия

# В. Негемодинамические причины

- 1. Изменения состава крови
  - - гипоксемия
  - - анемия
  - - гипогликемия
  
- 2. Психические расстройства
  - - панические атаки
  - - истерия
  - - эпилепсия
  - - алкогольная энцефалопатия с судорожными припадками

# При анализе клинической картины обморока надо учесть:

- 1. что предшествовало О.
- 2. в каком положении был пациент
- 3. наличие предвестников
- 4. глубина потери сознания (полная или неполная)
- 5. внешний вид больного
- 6. ощущения после обморока

# Предвестники обморока

- Дурнота
- Головокружение
- Слабость
- Мелькание мушек, туман перед глазами
- Звон в ушах
- Зевота
- Тошнота
- Рвота

Длительность предобморочного состояния  
10 сек. - 1-2 мин.

# Внешний вид пациента

- Появляется беспокойство или оглушение
- Лицо бледнеет, становится серым
- Профузный пот
- Теряет координацию движений
- снижается мышечный тонус

***Длительность и глубина потери сознания зависят от основной причины О.***

***Восстановление сознания обычно происходит в горизонтальном положении***

- Появляется пульс, АД,
- розовеет и высыхает кожа,
- дыхание учащается, становится глубже,
- сознание восстанавливается



Глубину потери сознания можно распознать по следующим признакам:

- Реакция на раздражители
- Характер дыхания (поверхностное, шумное, отсутствует)
- Пульс, АД (слабого наполнения, нитевидный, отсутствует, снижение АД, АД не определяется методом Короткова)
- Судороги (клонические, тонические)
- Непроизвольное мочеиспускание, дефекация
- Амнезия после обморока (есть, нет)

# Ощущения пациента после обморока

- Наличие дезориентации, психотических расстройств
- Головной боли, сонливости
- Амнезии
- Болей в груди, цефалгии
- Одышки, удушья
- Болей в животе
- Очаговой симптоматики
- Сердцебиений, перебоев

# Клинические варианты обмороков

- **Вазовагальный О.** – самый частый вариант, обусловлен недостаточностью прессорных реакций. Обычно наблюдается при НЦД, ПМК
- **Ортостатический О.** – недостаточность или лабильность сосудосуживающих рефлексов (поражение вегетативной НС)
- **Кардиогенный О.** – снижение сердечного выброса вследствие разных причин, в т.ч. нарушения ритма
- **ТИА** – преходящее нарушение мозгового кровообращения
- **Эпиприпадок**
- **Панические атаки**
- **Гипогликемия**
- **Острая кровопотеря**

# Вазовагальный обморок

Наиболее частый вариант (50% всех О.) Возникает при синдроме вегетативной дисфункции вследствие недостаточности прессорных реакций.

Провоцируется:

- *Волнением*
- *Духотой*
- *Скученностью*
- *Переутомлением*
- *Болью*
- *Травмой*
- *Стрессом*

Клиника: резкое снижение АД, тошнота, бледность, профузный пот, брадикардия, экстрасистолия. Резкое снижение венозного возврата приводит к активации симпатической НС, а затем **повышается тонус парасимпатической НС**

**Ортостатический обморок** — в основе недостаточность или лабильность сосудосуживающих рефлексов  
Падение АД при переходе в вертикальное положение обусловлено недостаточным сужением вен и артериол н/конечностей

- НЦД, ПМК
- Длительный постельный режим
- Полинейропатия: диабетическая, алкогольная
- Интоксикация острая или хроническая (в т.ч. инфекционная)
- Прием АГП, диуретиков, симпатолитиков

# Кардиогенный обморок

- Поражения миокарда: ОИМ, миокардит, кардиомиопатия (ГКМП с обструкцией выносящего тракта, ДКМП, РКМП)
- Пороки сердца (АС, АН, МС)
- Миксома ЛП
- Тампонада сердца
- Перикардит констриктивный, экссудативный
- Расслаивающая аневризма аорты
- ТЭЛА
- Нарушения ритма

# Нарушения ритма сердца: брадиаритмии, тахиаритмии

- **А-В блокада 2-3 степени**- постоянная с ЧСС менее 40 в мин., при нарастании степени блокады, переходящая а-в-блокада.
- **ДСУ** (синус-арест, синоатриальная блокада). Необъяснимая брадикардия м.б. признаком ДСУ. Синдром «тахи-бради» при ДСУ. Асистолия 8-10 секунд приводит к МАС-приступу. Единственный МАС-приступ – показание к ЭКС.
- **Клиника МАС**: нет предвестников, внезапная полная потеря сознания, ушибы, нет реакции зрачков, м.б. непроизвольное мочеиспускание и дефекация. М.Б. эквиваленты МАС-приступа
- **Диагностика** – сут.мониторирование ЭКГ, ЧПЭС, ЭФИ.

# Пароксизмальные нарушения ритма - тахиаритмии

- СВТ
- ЖТ, ФЖ
- ПМА
- ПТП (правильная и неправильная форма)

Возрастает ЧСС, но сердечный выброс резко снижен (гипердинамический вариант).

Диагностика – холтер.мониторирование, ЧПЭС. ЭФИ.

У молодых синдром WPW, передозировка наркотиков, симпатомиметиков, лекарственных средств.



# Отдельные формы гемодинамических О.

- Синдром каротидного синуса (каротидные синкопе)
- Сдавление вертебро-базиллярных артерий при потягивании
- Обморок при приступе кашля (ХОБЛ у пожилых)- ларингеальное синкопе
- Обморок вследствие натуживания при мочеиспускании дефекации (у пожилых) – повышение ВГД

# Эпилептический припадок

- Аура
- Цвет кожи не меняется
- Глаза закатываются вверх
- Непроизвольное мочеиспускание
- Пена изо рта
- Прикусывание языка
- Судороги
- Медленно приходит в сознание
- Сонливость
- Головная боль
- Дезориентация
- Спутанность сознания

# Панические атаки

- частое психическое расстройство

- Острый приступ тревоги, страха
- Резкое головокружение
- Слабость
- Сердцебиение
- Ощущение потери сознания
- предобморочное состояние
- Потери сознания нет

# Гипогликемия

- СД в анамнезе
- Прием сахароснижающих средств
- Наличие признаков активации симпатoadреналовой системы: дрожь, чувство голода, потливость, возбуждение, агрессия, дезориентация, негативизм.
- Потеря сознания с судорожным синдромом (напоминает эпилептический приступ)
- Амнезия, головная боль, дезориентация после комы
- М.Б. «немая гипогликемия»

# Острая кровопотеря

- Внутреннее кровотечение:
  - внематочная беременность
  - апоплексия яичника
  - разрывы паренхиматозных органов
  - отрыв брыжейки

Желудочно-кишечные кровотечения

Маточные кровотечения

# Транзиторная ишемическая атака

- Артериальная гипертония (острая гипертоническая энцефалопатия)
- Сахарный диабет
- Метаболический синдром
- Онкопатология
- Системный васкулит
- Инфекционный эндокардит
- Вертебробазиллярная недостаточность при шейном ОХ

# ДИАГНОСТИКА

- Определить провоцирующий фактор (физ. нагрузка, перемена положения, стресс, прием лекарств, алкоголя, травма и т.д.)
- Наличие предвестников при вазоваг. О, при эпилепсии, панических атаках, гипогликемии. Без предвестников при МАС, ФЖ, ЖТ
- Положение тела, в котором возникает О. Независимо от положения- кардиогенный О, гипогликемия, эпилепсия
- Быстрота появления симптомов. Внезапно при серд.О

# Диагностика

- Глубина - полная потеря сознания, судороги, непроизв. мочеиспускание, при кард. О., при ОНМК, гипогликемии, эпилепсии
- Длительность
- Цвет кожи: багровый цианоз, бледность, влажность кожи
- После восстановления сознания: амнезия (МАС, ФЖ), спутанность сознания (гипогликемия, эпилепсия), очаговая симптоматика (ОНМК)
- Наличие заболеваний в анамнезе (ССЗ, псих. расстройства, СД и т.д.)



# АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ

- 1. Оказание неотложной помощи: горизонт. Положение, поднять ноги, расстегнуть воротник, открыть окно, побрызгать водой, опустить голову, если пациент сидит. Повернуть голову набок, если рвота, удалить рвотные массы, предотвратить прикусывание языка при судорогах, предотвратить травмы, аспирацию. Начать первичный реанимационный комплекс при отсутствии дыхания и серд.деятельности. НМС – 60-80 в мин, 1 дыхание на 5-6 толчков, дефибрилляция, адреналин

# Проведение дифференциального диагноза

- **Сбор анамнеза**
- **Осмотр – полное физикальное обследование**
- **Лабораторное обследование:**  
ОАК, глюкоза, алкоголь, токсические в-ва, гематокрит

## **Инструментальное обследование**

- ЭКГ – всегда!
- Суточное мониторирование ЭКГ – по показаниям (ИМ, аритмии, блокады сердца, ДСУ)
- Рентгенография грудной клетки (ТЭЛА, пневмоторакс, рассл. аневризма, аневризма аорты, перикардит)
- ЭХО-КГ по показаниям (пороки, аневризма аорты, рассл.аневризма, перикардит, ОИМ, кардиопатия, перикардит, миксома, отрыв створок клапанов и т.д.)
- УЗИ брюшной полости – по показаниям (аневризма брюшной аорты, острая хир. патология, внутреннее кровотечение)
- ЭГДС – ЖКК

# Консультации специалистов

- Невролог: исключить ОНМК, энцефалопатию, эпилепсию, опухоль ГМ)
- Кардиолог: ОИМ, нарушения ритма, расслаивающую аневризму аорты
- Хирург: ЖКК, острую хир. патологию, внутреннее кровотечение
- Гинеколог: внематочную беременность, апоплексию яичника, острую гинек. патологию
- Эндокринолог: СД, гипогликемическую кому, ДКА, ГОС
- Токсиколог: острое отравление суррогатами алкоголя, наркотиками и др.
- Травматолог, нейрохирург: ЧМТ

# Дополнительные методы обследования

- В кардиологическом отделении –  
суточное мониторирование ЭКГ, ЧПЭС,  
ЭФИ, ЭХО-КГ, биомаркеры,  
катетеризация сердца, ангиография
- КТ ГМ – исключить ОНМК, опухоль
- КТ грудной клетки, ангиография, Д-  
димер – исключить ТЭЛА

# Алгоритм оказания помощи и диагностики предусматривает

- Принцип «no harm» - не вреди!  
Обеспечить только необходимый объем помощи.
- Исключить наиболее опасные клинические состояния и заболевания
- Обеспечить необходимый по стандарту объем обследования
- Привлекать опытных специалистов для консультации