

Обмороки

Обморок (syncope) - кратковременная потеря сознания, сопровождающаяся утратой постурального тонуса, обусловленная кратковременным уменьшением кровоснабжения головного мозга

Коллапс – сосудисто-регуляторное нарушение, проявляющееся пароксизмальным падением, но потеря сознания при этом необязательна

- Механизм развития обморока отличается от патогенезе эпилепсии и связан с глобальной гипоперфузией головного мозга или ишемией ствола мозга

Клинические проявления

Синкоп рассматривается как развернутый во времени процесс

Предсинкопальное состояние

обморок

Постсинкопальный период

Предсинкопальное состояние

Длится от нескольких сек до 1-2 мин

- Головокружение
- Ощущение расплывчатости, неясности зрения
- Потемнение в глазах
- Расплывчатое, неясное зрение
- Звон, шум в ушах
- Чувство «дурноты», тошноты
- Ощущение «неминуемого падения и потери сознания»
- Слабость в ногах
- «Пустота в голове»
- Холодный пот
- У части больных – тревога, чувство страха, нехватки воздуха, сердцебиение, ком в горле, онемение губ, языка, пальцев

В случаях, когда указанные симптомы
появляются, а потеря сознания не
развивается, речь идет о
предсинкопальных состояниях, или
ЛИПОТИМИЯХ

Потеря сознания – непосредственно синкоп

- Длится 6-60 сек
- Бледность
- Снижение мышечного тонуса
- Неподвижность
- Глаза закрыты
- Мидриаз со снижением реакции зрачков на свет
- Слабый, нерегулярный, лабильный пульс
- Снижено АД
- При глубоких синкопах возможны несколько клонических подергиваний, непроизвольное мочеиспускание

Постсинкопальный период

- Несколько сек
- Больной быстро приходит в себя
- Правильно ориентируется в пространстве и времени
- Пациент тревожен, напуган случившимся, бледен
- Тахикардия
- Общая слабость и усталость

- Не менее 20-30% в общей популяции перенесли хотя бы один обморочный эпизод в течение жизни
- Синкопальные эпизоды возможны в любом возрасте, однако чаще их наблюдают у пожилых лиц
- Заболеваемость среди лиц зрелого возраста составляет 3 на 1000 среди мужчин и 3,5 на 1000 среди женщин
- У лиц в возрасте старше 65 лет заболеваемость возрастает до 6 на 1000
- В детской популяции распространённость обмороков не превышает 0,1%

Классификация

■ Нейрогенный тип:

- вазовагальный
- синокаротидный
- ситуационно обусловленный: кашлевой (беттолепсия), при чиханье, никтурический, при стимуляции рецепторов ЖКТ (при глотании, дефекации, висцеральных болях), постнагрузочный
- при невралгии языкоглоточного нерва.

■ Ортостатический тип:

- периферическая вегетативная недостаточность (первичная или вторичная):
- лекарственно-индуцированная ортостатическая гипотензия;
- уменьшение ОЦК (кровопотеря, диарея).

■ Кардиогенный тип:

- аритмии:

- брадиаритмии: синдром слабости синусового узла, атриовентрикулярные блокады, дисфункция кардиостимулятора;
- тахиаритмии: пароксизмальная наджелудочковая и желудочковая тахикардия, желудочковая тахикардия типа «пируэт» (ассоциированная с наследственным синдромом удлинённого интервала Q-T или лекарственно-обусловленная);
- обструкция выносящего тракта левого желудочка: аортальный стеноз, обструктивная кардиомиопатия, аневризма аорты;
- обструкция малого круга кровообращения: ТЭЛА, стеноз лёгочного ствола, первичная лёгочная гипертензия;
- снижение сердечного выброса при инфаркте миокарда, митральном стенозе, тампонаде сердца;
- миксома или тромб предсердия.

■ Цереброваскулярный тип:

- подключичный синдром обкрадывания.

- Вазовагальные обмороки -18%
- Кардиоваскулярные
 - связанные с аритмиями — 14%
 - с другими заболеваниями сердца (клапанные пороки, кардиомиопатии, ИБС и пр.) — 3%
- Ортостатические - 8%
- Ситуационно обусловленные - 5%
- Синокартодные - 1% обмороки
- Не установленной этиологии - 34%

Факторы риска

- Кардиоваскулярные заболевания, в том числе ИБС
- Наличие в анамнезе инсульта или ТИА
- АГ
- Низкий индекс массы тела
- Избыточное употребление алкоголя
- Сахарный диабет или повышенную концентрацию глюкозы в крови

ДИАГНОСТИКА

Анамнез

- **Обстоятельства, при которых развился синкопальный эпизод:**
 - в каком положении пациент находился (стоя, сидя, лёжа)
 - чем он занимался (состояние покоя, смена позы, во время или после физической нагрузки, во время или непосредственно после кашля, дефекации)
 - наличие предрасполагающих факторов (длительное пребывание в положении стоя, в душном или влажном помещении) или провоцирующих (страх, сильная боль, движения шей) факторов

- Наличие продромальных симптомов (тошнота, рвота, дискомфорт в животе, чувство холода, боли в шее или руках, усиленное потоотделение, потемнение в глазах, аура)
- Подробное описание собственно синкопального эпизода:
 - как быстро пациент потерял сознание
 - было ли падение или он успел сесть/лечь
 - продолжительность потери сознания
 - цвет кожных покровов во время обморока (бледность, цианоз, гиперемия)
 - наличие непроизвольных движений (тонические/клонические судороги, миоклонии, автоматизмы), их продолжительность и отношение к потере сознания (возникли одновременно или после)
 - наличие прикуса языка, непроизвольного мочеиспускания/дефекации.

■ Описание состояния пациента после прихода в сознание:

- наличие тошноты/рвоты
- спутанности состояния
- болей в груди
- Сердцебиения
- цвет кожных покровов
- полученные повреждения.

■ **Подробный анамнез жизни:**

- наличие в семейном анамнезе случаев внезапной смерти;
 - наличие синкопальных эпизодов в прошлом, их характер (аналогичные настоящему или отличающиеся от него);
 - предшествующие заболевания, особенно кардиологические (аритмия, ИБС, кардиомиопатии, клапанные пороки сердца), неврологические (эпилепсия, нарколепсия) и эндокринные (сахарный диабет);
 - принимаемые ЛС, особенно снижающие АД (антигипертензивные, нитраты, диуретики) и сердечный выброс (β -адреноблокаторы), удлиняющие интервал Q-T (трициклические антидепрессанты, фенотиазины, хинидин, амиодарон)
- ## ■ **Наличие судорог и эпилепсии у пациента и его родственников**

Физикальное обследование

- Неврологический осмотр: наличие стойкой очаговой симптоматики и сниженный уровень сознания подозрительны на заболевание ЦНС (в частности, острое нарушение мозгового кровообращения)
- очевидная асимметрия пульса и разница АД более чем на 20 мм рт. ст. могут указывать на наличие аневризмы аорты или синдрома подключичного обкрадывания
- Ортостатическая проба: определяют АД и ЧСС в положении лёжа (после пребывания в состоянии покоя 10-15 мин), а затем через 1—2 мин после принятия пациентом вертикального положения - ортостатическую гипотензию диагностируют при снижении систолического АД не менее чем на 20 мм рт.ст.
- Проба 30 мин. стояния – через каждые 5-10 мин измеряют АД и ЧСС – падение более 20-30 мм рт.ст.
- Проба Ашнера – давление на глазные яблоки - замедление пульса более чем на 10-12 в мин – повышенная реактивность блуждающего нерва - вазомоторный обморок
- Обязательно проводят аускультацию сердца и лёгких

Лабораторные и инструментальные исследования

- Общий анализ крови.
- Биохимический анализ крови: концентрация глюкозы, электролитов
- ЭКГ, в том числе с нагрузочными пробами (если обморочные состояния возникают при/после физической нагрузки), при подозрении на наличие ИБС. У 2-11% пациентов с обмороками выявляют те или иные отклонения на ЭКГ (особое внимание обращают на наличие признаков ишемии миокарда (патологический зубец Q) и аритмий

Изменения ЭКГ, предполагающие синкопальные состояния, связанные с аритмией:

- блокада левой ножки пучка Гиса или блокада правой ножки пучка Гиса в сочетании с блокадой передней или задней ветви левой ножки пучка Гиса;
- другие нарушения внутрижелудочной проводимости (уширение комплекса QRS $>0,12$ с).
- атриовентрикулярная блокада 2 степени

Изменения ЭКГ, предполагающие синкопальные состояния, связанные с аритмией:

- блокада левой ножки пучка Гиса или блокада правой ножки пучка Гиса в сочетании с блокадой передней или задней ветви левой ножки пучка Гиса;
- другие нарушения внутрижелудочной проводимости (уширение комплекса QRS $>0,12$ с).
- атриовентрикулярная блокада 2 степени
- бессимптомная синусовая брадикардия (ЧСС менее 50 в минуту), синоатриальная блокада или пауза синусового узла 3 с и более при отсутствии приёма ЛС с отрицательным хронотропным действием;
- синдромы преждевременного возбуждения желудочков;
- удлинение интервала Q-T
- синдром Бругада (блокада правой ножки пучка Гиса с элевацией сегмента ST в отведениях V1-V3
- инверсия зубца T в правых грудных отведениях, волны ϵ и поздние потенциалы желудочков (аритмогенная дисплазия правого желудочка)

Дополнительные исследования

- Мониторирование по Холтеру показано пациентам с обмороками, подозрительным на аритмию, особенно при наличии известной патологии сердца, а также при наличии патологических изменений на ЭКГ (клинически значимыми считают только эпизоды аритмий, ассоциированные с синкопальными состояниями). Исключения составляют частые повторные **эпизоды желудочковых аритмий и паузы синусового узла**, которые считаются клинически значимыми, даже если они не сопровождаются какими-либо симптомами

- УЗИ брахиоцефалических сосудов
- ЭхоКГ - при подозрении на обморок, обусловленный органической патологией сердца
- Определение активности в крови кардиоспецифических ферментов (МВ-изофермент КФК) и тропонинов проводят при подозрении на инфаркт миокарда
- КТ, МРТ показаны при подозрении на заболевания ЦНС (наличие очаговой неврологической симптоматики)
- ЭЭГ (при подозрении на эпилептическую природу эпизодов потери сознания)

- **Проба с массажем каротидного синуса** (возникновение периода асистолии более 3 сек или снижение АД более чем на 30-50 мм рт.ст. или возникновение обморока) - синокаротидный обморок (обморок, связанный с гиперчувствительностью каротидного синуса)
- **Проба с пассивным ортостазом** - при повторных обморочных состояниях неясной этиологии (при отсутствии органической патологии сердца или после исключения её этиологической роли) и для подтверждения диагноза вазовагального обморока в сомнительных случаях

- Исследование проводят с помощью специального наклонного стола. После определения базовых АД и ЧСС (в горизонтальном положении) пациента переводят в вертикальное положение ($60—80^\circ$) на 20-45 мин под контролем АД и ЧСС. Пробу считают положительной при развитии обморока или предобморочного состояния
- При кардиоингибиторном вазовагальном обмороке регистрируют выраженную брадикардию (ЧСС менее 40 в минуту в течение не менее 10 с) или период асистолии продолжительностью не менее 3 с, которые возникают одновременно или перед снижением АД

- При вазодепрессорном вазовагальном обмороке происходит снижение АД без изменения ЧСС
- При смешанном вазовагальном обмороке происходит резкое снижение АД с последующим урежением ЧСС
- При вегетативной недостаточности происходит медленное постепенное снижение АД, сопровождающееся незначительным изменением ЧСС
- Синдром постуральной ортостатической тахикардии: раннее значительное повышение ЧСС, часто сопровождаемое постепенным снижением АД

Клинические формы

Вазовагальные обмороки (простой синкоп, вазодепрессорный, вазомоторный)

- Возникают у лиц юношеского или молодого возраста при внезапной неожиданной боли, страхе, неприятном зрелище, известии, звуках или запахе; после длительного пребывания в состоянии напряжения, в душном или влажном помещении, вид крови, проведение взятия крови и других медицинских манипуляциях
- Связан с резким снижением ОПСС, дилатацией периферических сосудов мышц
- Обмороку практически всегда предшествуют общая слабость, тошнота, зевота, потливость
- Продолжительность продромальных симптомов обычно более 10 с
- Во время обморока больной неподвижен, кожа бледная, холодная, покрыта потом
- Наблюдается брадикардия, АД падает до 55 мм рт.ст.
- Если пациенту удаётся принять положение сидя или лёжа, то обморок можно предотвратить
- После восстановления сознания пациент может быть испуган или пребывать в состоянии паники, однако спутанности сознания не бывает

Вазовагальные (простые)

- Могут быть во всех возрастных группах
- Вызванные активацией блуждающего нерва вазодилатация и урежение сердечного ритма приводят к снижению АД, гипоперфузии головного мозга и обмороку.
- Может развиваться ишемия головного мозга, вызывающая тонико-клонические судороги.

Вазовагальные (простые)

- Возникают в положении стоя или сидя и крайне редко – в горизонтальном положении.
- В горизонтальном – при флеботомии или введении внутриматочной спирали

Вазовагальные (простые)

- После утраты сознания тахикардию сменяет брадикардия.
- В бессознательном состоянии могут возникать патологические движения (тоническое напряжение конечностей)

Ситуационно обусловленные обмороки

- **Никтурический обморок** (у мужчин пожилого возраста с гиперплазией предстательной железы) - во время или непосредственно после мочеиспускания в ночное время
- **Кашлевой обморок (беттолепсия)** развивается во время продолжительного эпизода сильного кашля (типичный пациент - пожилой мужчина с ХОБЛ)
- **Постпрандиальные обмороки** обычно развиваются у лиц пожилого возраста после приёма большого количества пищи.

Ортостатический обморок (ОО)

- Может иметь как нейрогенное (в картине ПВН), так и соматогенное происхождение (вторичная периферическая недостаточность)
Возникает при переходе из горизонтального в вертикальное положение (особенно при резкой смене положения тела)
- ОО - типичное проявление периферической вегетативной недостаточности - первичной (идиопатическая ортостатическая гипотензия, при БП, мультисистемной атрофии) и вторичной (при диабетической, алкогольной, амилоидной полиневропатии, СГБ и пр.).
- ОО может быть проявлением системной гиповолемии при кровопотерях (в том числе при остром кровотечении из ЖКТ), потерях жидкости вследствие повышенного потоотделения, рвоты и диареи)
- Мгновенная утрата сознания без выраженных парасинкопальных состояний
- Низкое АД при нормальной ЧСС
- Отсутствие как бради-, так и тахикардии во время обморока

Глотательные обмороки

- При невралгии языкоглоточного нерва
- Развивается во время приступа типичных невралгических болей в области глотки и основания языка, сопровождается брадикардией и падением АД (за счет раздражения языкоглоточного и блуждающего нервов)

Синокаротидный обморок

- Обморок, связанный с гиперчувствительностью каротидного синуса
- Возникает при поворотах головы или давлении на каротидный синус (тугой воротник, во время бритья и пр.)
- Чаще развивается у пожилых мужчин
- Развивается во многих случаях внезапно, без очевидных продромальных симптомов
- Сопровождается брадикардией и падением АД
- Основное диагностическое значение имеет проба с массажем каротидного синуса (возникновение периода асистолии более 3 сек или снижение АД более чем на 30-50 мм рт.ст. или возникновение обморока)

Кардиогенные обмороки

- Обмороки, связанные с патологией сердца, относительно редки, однако наиболее важны в практическом плане, поскольку ассоциируются с повышенным риском смертельного исхода
- Тревожные признаки: боль в грудной клетке, одышка, выраженные тахикардия (с ЧСС более 160 в минуту) и брадикардия (менее 40 в минуту), артериальная гипотензия, сохраняющаяся в горизонтальном положении тела
- Чем старше пациент, тем больше вероятность того, что обморок у него обусловлен серьёзной патологией сердца («Первый обморок у мужчины старше 55 лет может стать последним в его жизни»).

- Обмороки развиваются внезапно, без продромальных симптомов
- Некоторые пациенты отмечают ощущение «перебоев» в сердце или сердцебиение, предшествующие обмороку, либо другие продромальные симптомы, однако их продолжительность обычно не превышает 5 с.

Причины кардиогенных обмороков

- Аритмии (желудочковая тахикардия, атриовентрикулярные блокады, пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия, фибрилляция предсердий (у больных пожилого возраста))
- Обмороки во время физической нагрузки или вскоре после неё - классический признак аортального стеноза или гипертрофической кардиомиопатии
- Следует помнить, что, если при аортальном стенозе возникают обмороки, это означает, что порок угрожает жизни больного и необходима экстренная операция
- Обмороки, возникающие при перемене положения тела (из положения сидя в положение лёжа, при наклонах, переворачивании в постели), подозрительны на миксому или тромб предсердия.

Гипогликемические синкопы - гипогликемия ниже 1,65 ммоль/л

Предобморочные симптомы:

- Выраженная потливость
- Ознобоподобный гиперкинез
- Острое чувство голода
- Слабость, сонливость, заторможенность или психомоторное возбуждение

Обморок

- Наступает относительно небыстро
- Нормальные показатели АД и пульса
- Независимость нарушения сознания от положения тела
- Большая длительность (несколько мин и более)
- Возможны судороги, гемипарезы
- Постепенный переход «обморока» в коматозное состояние
- Драматический эффект от введения глюкозы

Обмороки, связанные с приёмом лекарственных препаратов

- ЛС могут вызывать удлинение интервала Q-T, ортостатическую гипотензию или брадикардию.
- Лекарственную ортостатическую гипотензию могут вызвать избыточные дозы диуретиков, дофаминомиметики (препараты леводопы (наком, мадопар), вазодилататоры (в том числе нитроглицерин), гипотензивные средства
- Антиаритмические препараты (хинидин, соталол (неселективный β -адреноблокатор) снижают проводимость миокарда, АД)
- β -адреноблокаторы могут вызывать брадикардию или атриовентрикулярную блокаду у больных с предшествующим поражением проводящей системы сердца
- Ганглиоблокаторы приводят к недостаточному венозному возврату крови к сердцу

Синдром подключичного обкрадывания

- При синдроме подключичного обкрадывания обморочные состояния обычно возникают при интенсивной физической работе руками, возможны головокружение, дизартрия, диплопия и другие признаки недостаточности кровообращения в ВББ
- Синдром развивается при окклюзии или выраженном стенозе проксимального отдела подключичной артерии, в результате чего кровь в неё поступает из позвоночной артерии, что приводит к ишемии головного мозга
- Показано хирургическое лечение

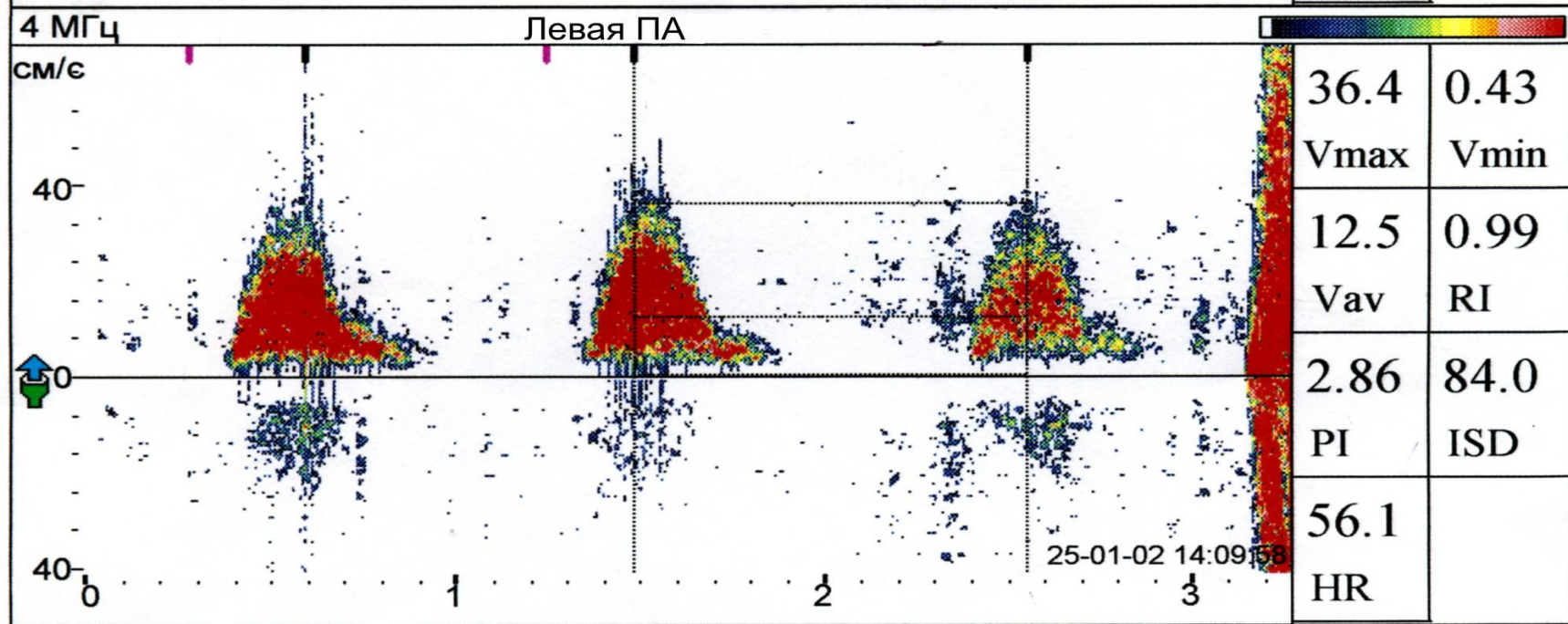
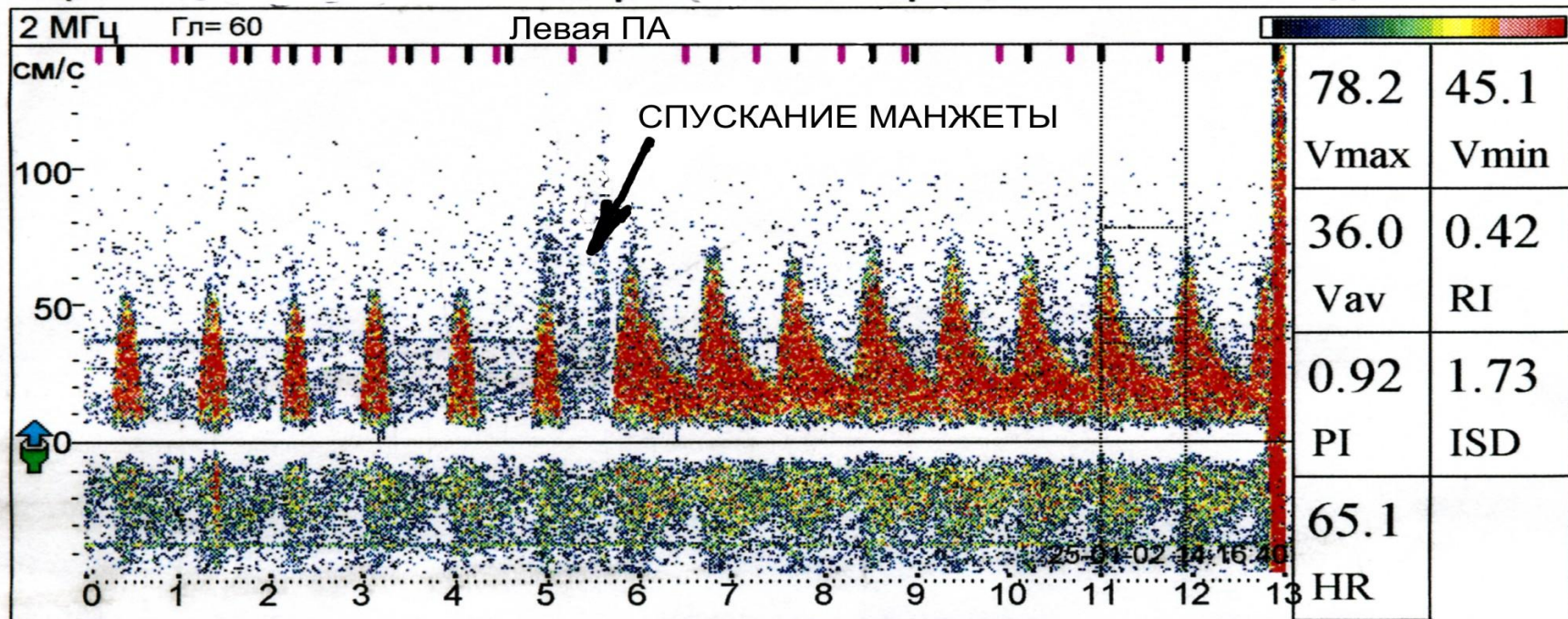


Пациент:

Возраст:

Врач:

Дата: 25-01-02



Дифференциальная диагностика

Эпилептический припадок

- Обычно развивается внезапно в любое время суток, в том числе ночью
- Возникает в любом положении тела (даже в лежащем, во сне) в отличие от обмороков, которые практически не возникают в горизонтальном положении
- Возможно наличие той или иной стереотипной ауры.
- Непроизвольные движения (миоклонии, тонические или тонико-клонические судороги) возможны и при обмороке (вследствие гипоксии головного мозга), однако они возникают через некоторое время после утраты сознания и лишены фокального компонента
- Для эпилептического припадка также характерны прикусывание языка, непроизвольное мочеиспускание, мышечные боли, вялость и сонливость после приступа
- После обморока сразу наступает ясность сознания и правильная ориентация. К пациенту с эпилепсией ясное сознание возвращается лишь спустя промежуточную стадию спутанности

- **При ТИА в вертебробазиллярном бассейне** эпизод потери сознания сопровождается признаками дисфункции ствола мозга (системное головокружение, глазодвигательные расстройства, парезы, мозжечковые нарушения)
- **Гипогликемия** - одна из частых причин потери сознания. Обморок редко бывает первым проявлением. Чаще всего больные теряют сознание постепенно, частые продромальные симптомы — чувство голода, сердцебиение, повышенное потоотделение, тревожность
- **Катаплексия** характеризуется короткими (от секунд до минут) эпизодами мышечной слабости или обездвиженности на фоне ясного сознания, обычно провоцируемыми сильными эмоциями (смех, гнев, возбуждение, страх, смущение и пр.). В большинстве случаев катаплексия представляет собой одно из проявлений нарколепсии

Психогенные (истерические) обмороки

- Сознание у этой категории пациентов не утрачивается в полном объёме
- Обычно наблюдаются у лиц молодого возраста, чаще у женщин
- Больные предъявляют много соматических и неврологических жалоб, в то время как объективные признаки минимальны или отсутствуют (например, в пробе с пассивным ортостазом развитие «синкопального состояния» не сопровождается значимыми изменениями ЧСС и АД).
- Сохранность корнеального, мигательного рефлексов
- Насильственное «закрывание» глаз при попытке врача открыть их для исследования зрачковых реакций
- «Закатывание» глаз
- Помимо истерических, к психогенным обморокам также относят синкопальные состояния вследствие гипокапнии при гипервентиляционном синдроме (который чаще всего развивается в рамках панических атак).

Помимо истерических, к психогенным обморокам также относят синкопальные состояния вследствие гипоксии при гипервентиляционном синдроме, при синдроме панических атак

Паническая атака (вегетативный криз)

- СИЛЬНОЕ СЕРДЦЕБИЕНИЕ, ПОВЫШЕНИЕ АД
- ПОТЛИВОСТЬ
- ОЗНОБ, ТРЕМОР
- ОЩУЩЕНИЕ НЕХВАТКИ ВОЗДУХА, ОДЫШКА
- БОЛЬ И ДИСКОМФОРТ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ
- ТОШНОТА ИЛИ АБДОМИНАЛЬНЫЙ ДИСКОМФОРТ
- ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, НЕУСТОЙЧИВОСТЬ, ПРЕДОБМОРОЧНОЕ СОСТОЯНИЕ
- ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ, ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ
- СТРАХ СОЙТИ С УМА, СОВЕРШИТЬ НЕКОНТРОЛИРУЕМЫЙ ПОСТУПОК
- СТРАХ СМЕРТИ
- ПАРЕСТЕЗИИ
- ВОЛНЫ ЖАРА ИЛИ ХОЛОДА
- Полиурия после приступа

Гипервентиляционный синкоп

- Приступы психогенной одышки (дыхательные движения учащаются до 50-60 в 1 мин) - поводом могут быть любое волнение, неприятный разговор и т. п.
- Нередко сочетаются с кардиалгиями, ощущениями сердцебиения, что сопровождается чувством тревоги, беспокойства
- Выявляются на фоне угнетенного настроения, тревоги, страха смерти от удушья
- Приступы одышки сопровождаются специфическим шумовым оформлением: дыхание стонущего характера, вздохи, оханье, свистящий вдох и шумный выдох, в то же время в легких каких-либо хрипов не выслушивается
- Гипервентиляционные нарушения сочетаются со слабостью и общим недомоганием

- Отсутствие внезапной потери сознания
- Вначале возникают признаки измененного состояния сознания: ощущение нереальности, легкости в голове, странности окружающего
- Феномен мерцания сознания – чередование периодов возврата и потери сознания
- Большая длительность потери сознания – 10-20 или 30 мин
- Гемодинамические параметры или не нарушены, или сердцебиение
- Могут наблюдаться судорожные сведения в пальцах рук, икроножных мышцах (карпо-педальные спазмы), парестезии в различных частях тела
- После приступа отмечаются общая слабость, сонливость, приступы икоты и зевоты.

- **ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ГИПЕРВЕНТЕЛЯЦИОННАЯ ПРОБА (ГЛУБОКОЕ ЧАСТОЕ ДЫХАНИЕ 3-5 МИНУТ ВОСПРОИЗВОДИТ СИМПТОМЫ)**
- **ИСЧЕЗНОВЕНИЕ СИМПТОМОВ ПРИ ИНГАЛЯЦИИ СМЕСИ ГАЗОВ, СОДЕРЖАЩИХ 5% УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА, ИЛИ ДЫХАНИЯ В ЦЕЛЛОФАНОВЫЙ МЕШОК**
- **СИМПТОМЫ ТЕТАНИИ (Хвостека, Труссо-Бонсдорфа, ЭМГ-проба)**

Падение на фоне текущего цереброваскулярного заболевания – ишемия в области ствола ГМ

1. Синдром «падающей капли» - (дроп атак) (преходящая ишемия сегментов шейного утолщения (С4-С8))

- При выраженных дегенеративно-дистрофических поражениях шейного отдела позвоночника, иногда в сочетании с атеросклерозом позвоночных артерий
- Внезапное возникновение резкой слабости рук и ног при резком повороте головы в сторону или запрокидывании головы кзади
- Больной неожиданно падает
- Сознание не теряется
- Через две-три мин. сила в конечностях восстанавливается.
- Глубокие рефлексы на руках понижены или отсутствуют, на ногах – равномерно оживлены, может вызываться рефлекс Бабинского с двух сторон
- Через несколько десятков минут неврологический статус нормализуется
- Параксизмы тетрапареза могут возобновляться при повторных резких поворотах головы.

2. Синдром Унтерхарншейдта

- Выключением сознания на короткое время (2-3 мин) в сочетании с параличами верхних и нижних конечностей
- Когда сознание у этих больных восстанавливается, они не могут пошевелить ни руками, ни ногами.
- Однако спустя еще 2-3 мин возобновляются произвольные движения в конечностях, больные испытывают общую слабость и страх возобновления параксизма
- Параксизмы возникают при резких поворотах головы и связаны с ишемией не только шейного утолщения, но и ствола мозга (бассейн позвоночных артерий) за счет нарушения кровообращения на уровне верхне-шейных сегментов спинного мозга (С1-С4).

Лечение

- Лекарственную терапию начинают при повторных обмороках и неэффективности немедикаментозных методов лечения
- Во многих случаях устранения провоцирующих факторов бывает достаточно для излечения пациента, а в некоторых ситуациях (большинство ситуационно обусловленных обмороков) это фактически единственный эффективный метод лечения

Вазовагальный обморок

- β -адреноблокаторы атенолол 25- 100 мг/сут, пропранолол 40-320 мг/сут. Эффективность терапии β -адреноблокаторами достигает 90%
- Флудрокортизон (синтетический минералокортикоид) (кортинефф) 0,1-0,4 мг/сут, эффективность препарата сопоставима с таковой β -адреноблокаторов начинают с 0,1 мг на ночь повышая дозу каждые 2 нед до 0,4 в сут в 2 приема
- Гутрон (мидодрин гидрохлорид) альфа-адреномиметик - увеличивает ПСС, повышает АД- 2,5 мг 2 раза в сутки

Ортостатический обморок

- Чаще всего применяют флудрокортизон (кортинефф) (0,1-0,4 мг/сут) в сочетании с увеличением количества натрия хлорида и калия в суточном рационе (необходим контроль АД)
- Длительная терапия минералокортикоидами плохо переносится и её эффективность с течением времени постепенно снижается (необходимо увеличение дозировки)
- При неэффективности флудрокортизона или его плохой переносимости назначают гутрон 2,5-5 мг 3 раза в день
- Эластическое бинтование конечностей
- Важное значение имеет адекватное лечение неврологических и соматических заболеваний, приведших к развитию ортостатической гипотензии.

Пациентам с вазовагальным и ортостатическим обмороками:

- За 10-15 мин до воздействия факторов, которые провоцируют обморок, рекомендуют выпить большое количество жидкости
- При появлении первых продромальных симптомов обморока - как можно быстрее принять горизонтальное положение тел
- При отсутствии такой возможности следует скрестить ноги и плотно прижать их друг к другу, одновременно напрягая мышцы ног, живота и ягодиц; сцепив кисти в «замок», пытаться развести руки
- Подобные приёмы необходимо проводить приблизительно в течение 2 мин (или в течение как минимум 30 с после исчезновения симптомов); они уменьшают депонирование крови в конечностях и увеличивают венозный возврат к сердцу, тем самым улучшая кровоснабжение головного мозга

Синокаротидный обморок

- Возможно применение вазоконстрикторных препаратов (гутрон)
- При выраженной кардиоингибиторной реакции рассматривают вопрос об имплантации кардиостимулятора

Прогноз

- Напрямую зависит от этиологии обморока
- При вазовагальных и других нейрогенных обмороках прогноз относительно благоприятный, смертность у этой категории пациентов практически не превышает таковой в общей популяции (риск смертельного исхода в течение года составляет 0-12%)
- Кардиогенные обмороки ассоциируются с повышением общей смертности и риска внезапной смерти
- Риск смертельного исхода в течение 1 года у пациентов с кардиогенными обмороками составляет 20-30%.