

Практическое занятие Синкопальные состояния: демонстрация клинического случая

Цикл тематического усовершенствования
«Актуальные вопросы педиатрии»
Запорожье - 2016

Клинический пример АРП (Школьникова М.А. с соавт., 2006)

- Девочка Л., 1 г. 10 мес. жалобы на рецидивирующие приступы потери сознания.
- Анамнез жизни: от 2 беременности, протекавшей благоприятно, срочных физиологических родов. Масса тела при рождении 3300 гр, длина 55 см. Оценка по Апгар 6/8б. В родах асфиксия в связи с тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Закричала после реанимационных мероприятий. Период новорожденности без особенностей. Грудное вскармливание до 3 месяцев. Психомоторное, физическое развитие по возрасту. Профилактические прививки в декретированные сроки, патологических реакций не было. Перенесенные заболевания: частые ОРВИ, острый бронхит. Наследственность отягощена по материнской линии: у мамы в возрасте до 3 лет было 3 кратковременных обморока, провоцируемых плачем, сопровождавшихся непроизвольным мочеиспусканием, без судорог.

Клинический пример АРП

- Впервые приступ потери сознания у ребенка возник в возрасте 7 мес., на фоне плача, сопровождался цианозом кожных покровов, тоническими судорогами, непроизвольным мочеиспусканием. После приступа отмечался сон в течение 30 мин. За медицинской помощью не обращались. В последующем приступы рецидивировали до 1 раза в неделю, всегда возникали при плаче, сопровождалась прекращением дыхания, тоническими судорогами, периодически непроизвольным мочеиспусканием. Неоднократно мамой проводился непрямой массаж сердца.

Клинический пример АРП

- К 10 мес. частота приступов выросла до 5 раз в день, продолжительность от 1,5 до 3м.
- Консультация невропатолога - диагностированы АРП, лечения не проводилось.
- Приступы продолжались, в 1,5 лет повторно консультирован невропатологом, назначен депакин, приступы участились. Ребенок обследован в ОДБ: ЭЭГ - внутричерепная гипертензия, во время плача - синкопальное состояние без регистрации эпилептической активности. Получала фенобарбитал 30 мг/сут, курс пантогама, аспаркама, диакарба. Частота приступов уменьшилась до 3 раз в месяц, но выросла их продолжительность, периодически требовалось проведение реанимационных мероприятий.

Клинический пример АРП

- Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост 85 см (75‰), вес 13 кг, (90‰). Кожные покровы, видимые слизистые бледные, чистые. Дыхание везикулярное, 22 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 105 уд/мин. Живот мягкий, печень + 1 см. Пульс на бедренных артериях симметричный, удовлетворительного наполнения.
- При записи ЭКГ, на фоне плача, возник приступ потери сознания с отсутствием тонов сердца при аускультации. Сердечная деятельность восстановилась после реанимационных мероприятий. Стандартная ЭКГ вне приступа: регистрируется синусовый ритм с ЧСС 110-120 уд/мин.

Клинический пример АРП

- В клиническом анализе крови выявлено снижение гемоглобина до 78 г/л, пойкилоцитоз, микроцитоз, сывороточное железо составляло 2,1 мкмоль/л. Невролог - эпилептический характер приступов был исключен.
- Эхо-КГ –ООО до 2х3 мм без признаков объемной перегрузки правых отделов сердца, незначительная дилатация коронарного синуса. Размеры полостей сердца, сократительная функция миокарда в пределах нормы. При проведении холтеровского мониторирования во время АРП зарегистрирована асистолия длительностью 40 сек., возникшая после учащения синусового ритма до 154-170 в минуту на фоне плача .

- Принято решение об имплантации постоянного ЭКС
- Установлена минимальная частота 60 имп/мин. В послеоперационном периоде дважды произведена ЭКГ, выявлялся ритм ЭКС с ЧСС 60 имп/мин во время плача.

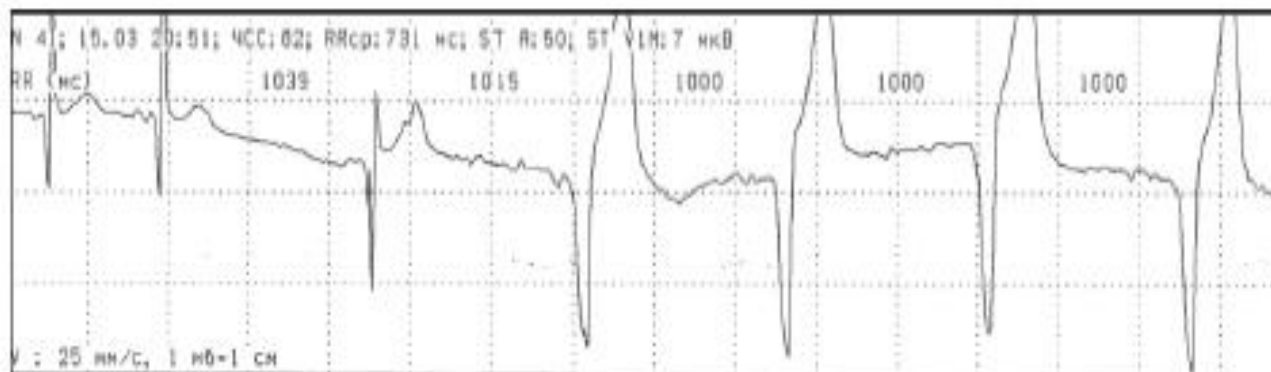
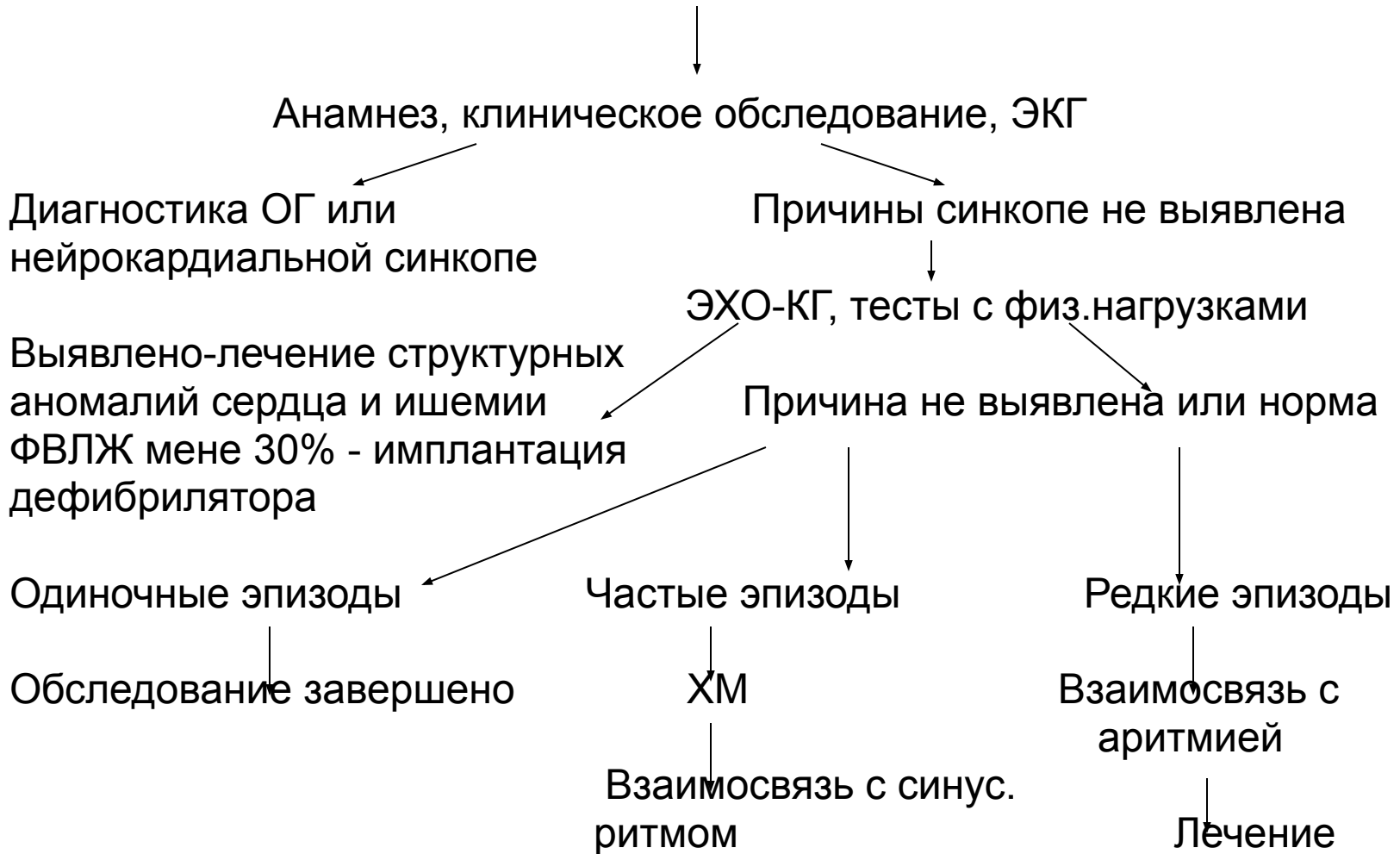


Рис. 6. Фрагмент холтеровского мониторирования девочки Л.: ритм, навязанный ЭКС с ЧСС 60 уд/мин (во время плача).

- *После имплантации ЭКС, несмотря на сохранения приступов беспокойства, приступов потери сознания зарегистрировано не было. В течение последующих 6 месяцев наблюдения у пациентки отмечалось хорошее самочувствие, АРП протекали без асистолического компонента и потери сознания.*

Синкопе



Профилактика и лечение синкопе

Приёмы, позволяющие предотвращать развитие обморока.

- За 10–15 мин до воздействия факторов, которые провоцируют обморок, выпить большое количество жидкости (0,5 л).
- При появлении первых продромальных симптомов обморока как можно быстрее принять горизонтальное положение тела.
- 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.
 - присесть на корточки

Подобные приёмы необходимо проводить приблизительно в течение 2 мин (или в течение как минимум 30 с после исчезновения симптомов)

Неотложная помощь при синкопе

- устранить провоцирующие факторы,
- перевести больного в горизонтальное положение,
- обеспечить доступ свежего воздуха,
- освободить от стесняющей одежды,
- провести легкий массаж тела
- вдыхание паров нашатырного спирта, обрызгивание лица холодной водой.
- при нарушениях сердечного ритма показаны антиаритмические препараты.
- при тяжелых и продолжительных обмороках с грубыми нарушениями сердечной деятельности и дыхания необходимо проведение всего комплекса реанимационных мероприятий с обеспечением срочной госпитализации больного.

Список литературы

1. Рекомендации по диагностике и лечению синкопальных состояний (редакция 2009 г.)// Кардиология (тематический номер). В помощь практическому врачу. (305). – 2009.
2. Нагорная Н.В. Кардиоваскулярные причины синкопальных состояний у детей // Таврический медико-биологический вестник. — 2005. — Т. 8, № 2. — С. 96-99.
3. Школьникова М.А., Миклашевич И.М., Школенко Т.М. с соавт. Пароксизмальная брадикардия и асистолия у детей с аффективно-респираторными приступами: естественное течение, прогноз и тактика ведения // Медицина неотложных состояний. - №4 (43). – 2012
4. О.С. Сычев Обзор рекомендаций по диагностике и лечению синкопальных состояний европейского общества кардиологов// Новости медицины и фармации. Кардиология. - №368. – 2011.