



# Синкопальні стани: клінічна картина, діагностика, невідкладна допомога

Одним із невідкладних станів, з якими стикається лікар швидкої та невідкладної допомоги, є непритомність, або синкопальні стани. Синкопе (від грецького *syncope*) – «короткочасний обрив, пауза». Непритомність (синкопе) – це напад короткочасної втрати свідомості з розладами серцево-судинної і дихальної діяльності. Головним патогенетичним механізмом непритомності є дифузне зниження мозкового метаболізму, викликаного головним чином короткочасним зниженням мозкового кровотоку. Непритомності часто передують продромальні стани, такі як запаморочення, пелена перед очима, нечіткість зору, загальна слабкість, шум у вухах, нудота, парестезії в дистальних відділах кінцівок. Непритомність тією чи іншою мірою виникає у третини населення, але тільки в невеликій кількості випадків є проявом якогось загрозового захворювання.

Загальними симптомами для всіх синкопальних станів є швидка втрата свідомості, блідість шкірних покривів і слизових, профузна пітливість, низький артеріальний тиск (АТ), слабкий рідкий або частий пульс. Зупинка дихання не спостерігається. М'язовий тонус знижений. Інколи спостерігаються поодинокі короткочасні м'язові посмикування в кінцівках (судомна непритомність). При «глибоких» синкопе можливі клонічні і тоніко-клонічні судоми, а також нетримання сечі, рідше – дефекації. Нетримання сечі буває рідко. На відміну від епілептичного нападу, ці синкопи розвиваються дещо повільніше (декілька хвилин), а падіння хворого (якщо спостерігається) буває повільнішим і хворі часто не отримують травм. Після непритомності спостерігається сплутаність свідомості, але, на відміну від такої при епі-нападі, вона триває недовго.

Як правило, пацієнт стривожений, наляканий тим, що сталося; виражена загальна втомленість, блідість.

Усі варіанти синкопальних станів поділяються на три класи: нейрогенні, соматогенні і медикаментозні (А.М. Вейн, 2002).

## Нейрогенні синкопальні стани:

- вазодепресивні;
- ситуаційні (гіпервентиляційні, ніктуричні, кашльові, при невралгії язикоглоткового нерва, ортостатичні, при фізичному перевантаженні);
- іритативні синкопальні стани (синокаротидні, вагальні);
- дисциркуляторні;
- кардіогенні;
- гіпоглікемічні;
- анемічні;
- респіраторні;
- при венозній недостатності.

## Вазодепресивна (нейрокардіогенна, вазовагальна) непритомність

Згідно з даними більшості авторів (А.М. Вейн, 2002; Д.Р. Штульман, О.С. Левин, 2002) найбільш прийнятною концепцією виникнення такої непритомності є порушення церебральних механізмів вазомоторного контролю. Провокуючі фактори призводять до ерготропної активації, посилення симпатичних впливів, внаслідок чого настає надмірне розширення периферичних судин скелетних м'язів при недостатності механізмів вазоконстрикції. Знижується загальний судинний периферичний опір, систолічний АТ, що призводить до гострої гіпоксії структур стовбура головного мозку.

Вазодепресивна непритомність є найбільш поширеним синкопальним станом і часто трапляється у людей



молодого віку (підлітків). Провокуючими факторами, як правило, є різні емоційні стани (біль, страх, боязнь крові), перебування в душному приміщенні, довготривале положення стоячи.

За декілька хвилин до втрати свідомості з'являються продромальні явища (нудота, підвищена пітливість, відчуття жару, серцебиття).

Під час синкопе хворий апатичний, шкіра сірувато-зеленого кольору, холодна. Об'єктивно виявляється брадикардія, можлива екстрасистоля. Падає систолічний АТ (до 50 мм рт. ст). Можуть бути тонічні або тоніко-клонічні судоми. У хворих можна виявити зміни з боку вегетативної нервової системи: вегетативна лабільність, зниження вегетативного забезпечення діяльності, порушення дихання (гіпервентиляційні порушення). Після відновлення свідомості хворі скаржаться на загальну слабкість, нудоту, дискомфорт у черевній порожнині; може бути пронос, підсилене сечовиділення.

#### **Ситуаційні синкопальні стани**

Ці синкопальні стани пов'язані з одним конкретним провокуючим фактором і виникають в окремих умовах (ситуаціях).

#### **Гіпервентиляційні синкопе**

Бувають двох типів – гіпокапнічні і вазодепресивні, часто вони поєднані. Гіпервентиляційний синкопе може бути проявом розвитку у хворого панічної атаки з яскравим гіпервентиляційним компонентом (гіпервентиляційний криз) або істеричного нападу з посиленням диханням. Внаслідок гіпервентиляції знижується парціальний тиск вуглекислого газу в циркулюючій крові, що призводить до рефлекторного спазму судин головного мозку й гіпоксії мозкової речовини, аж до непритомності.

Це синкопе супроводжується панічними атаками, психічними, вегетативними і гіпервентиляційними симптомами (страх, тривога, серцебиття, кардіалгії, брак повітря, парестезії). Особливістю гіпервентиляційних синкопе є відсутність гострої втрати свідомості. Частіше буває відчуття нереальності, легкості в голові, спостерігається феномен «зміни свідомості» – втрата свідомості закінчується її відновленням і повторною втратою. Описують і тривалу втрату свідомості (10-20-30 хв), на відміну від інших типів непритомності.

Слід зазначити, що стан хворого відносно задовільний, зовнішній вигляд змінений незначно, гемодинамічні показники в нормі.

Вазодепресивний варіант гіпервентиляційного синкопе пов'язаний з перерозподілом крові в системі мозок-м'язи, який спостерігається при гіпервентиляції. Це синкопе відрізняється вираженими вегетативними, психічними, гіпервентиляційними розладами, карпопедальними тетанічними судомами, які інколи плутають з епілептичним нападом. У лікаря може скластися враження, що це істеричний напад. Такі синкопальні стани можуть повторюватися.

#### **Ніктуричні синкопе**

Вони виникають, як правило, в нічний час після або під час сечовиділення. Частіше бувають у чоловіків, але описані і у жінок. Можуть бути пов'язані не тільки з сечовиділенням, але й з актом дефекації. Пов'язані ці синкопе з загальними впливами і виникненням артеріальної гіпотензії через звільнення сечового міхура і

зниження внутрішньочеревного тиску, активацією барорецепторних рефлексів внаслідок затримки дихання і натужування. Розгинальна поза утруднює повернення венозної крові до серця. Має значення феномен вставання з ліжка (ортостатичне навантаження після довгого лежання в горизонтальному положенні), домінування гіперпарасимпатикотонії в нічний час та інші фактори.

Діагноз ніктуричного синкопе не викликає сумніву лише за підозри на епілептичні напади, які верифікуються за допомогою електроенцефалографії.

#### **Кашльові синкопе**

Виникають на тлі вираженого кашлю при захворюваннях дихальних шляхів або без них. Причиною є підвищення внутрішньогрудного й внутрішньочеревного тиску при сильному кашлі, що призводить до порушення венозного відтоку з черепа, зменшення притоку артеріальної крові до серця й мозку, а згодом до зриву компенсаторних можливостей (ауторегуляції мозкового кровотоку).

До сьогодні деякі автори вбачають в кашльових синкопе варіант епілепсії. Проте ці синкопе дуже нагадують синкопе при чханні, сміхові, блюванні, при підйомі важких предметів, при сечовиділенні і дефекації. Автори вказують на деякі конституційні та особистісні якості хворих, зазначають, що кашльові синкопе турбують частіше чоловіків 35-40 років, заядливих курців з великою масою тіла, широкогрудих. Це люди, які люблять багато і якісно поїсти й випити алкоголю.

Пресинкопальний стан практично відсутній. Втрата свідомості не залежить від пози пацієнта. Під час кашлю у пацієнта синіє обличчя, набухають повіки, обличчя. Свідомість може втрачатися на 2-10 с, інколи – до 2-3 хв. У хворого виражені вегетативні розлади, посилене виділення поту, ціаноз шкіри обличчя і слизових.

Діагноз кашльового синкопе встановлюються без утруднень.

#### **Ортостатичні синкопе**

Синкопе виникають при переході пацієнта із горизонтального у вертикальне положення або після тривалого перебування у вертикальному положенні. Вони, як правило, пов'язані з ортостатичною гіпотензією.

Ортостатичні синкопе зумовлені периферичною вегетативною недостатністю (генералізоване ураження периферичних вегетативних нейронів), порушенням здатності периферичних судин до вазоконстрикції і розвитком периферичної гіпотензії.

На ураження периферичних судин вказує генералізована сухість шкіри (гіпогідроз), тахікардія в спокої, порушення функції шлунково-кишкового тракту (зокрема, гастропарез), атонія сечового міхура, імпотенція.

Ортостатичне синкопе слід диференціювати з депресивною непритомністю.

#### **Іритативні синкопе**

Пов'язані з явищами іритації (подрознення) нервових структур.

Найчастіше трапляється синокаротидна непритомність, пов'язана з іритацією рецепторів каротидного синусу і вагальною іритацією. Вони зумовлені механічним подразненням аферентних і еферентних шляхів і зниженням артеріального тиску.



### **Синокаротидні синкопе**

Зумовлені підвищеною чутливістю синокаротидного синуса до гіпоксії, що призводить до порушення регуляції ритму серця, тону периферичних і церебральних судин. Подібні реакції спостерігаються у хворих на гіпертонічну хворобу, особливо при поєднанні з атеросклерозом. Найчастіше бувають у чоловіків після 50 років.

Синкопе виникають при повороті голови, нахилах голови назад. Ці стани можуть виникати у людей через стискання шиї комірцем, краваткою, за наявності пухлин шиї, що стискають синокаротидну зону.

Передсинкопальний стан може бути відсутнім. Інколи він проявляється вираженим страхом, задухою, відчуттям стискання горла і грудної клітки. Втрата свідомості може тривати від 10 до 60 с, інколи можливі судоми. Синокаротидні синкопе можуть перебігати у 2 варіантах: вазодепресивне синокаротидне синкопе і кардіоінгібіторна непритомність (виражена периферична вазодилатація і зниження АТ при нормальній частоті серцевих скорочень).

### **Вагальні ірритативні синкопе**

Частіше спостерігаються при захворюваннях стравоходу (дивертикули), гортані, середостіння (збільшені лімфовузли), килі діафрагми, при розтягненні внутрішніх органів, подразненні плеври і очеревини, при проведенні езофагогастроскопії, бронхоскопії, інтубації.

При цьому основну роль відіграє ступінь механічного подразнення аферентних і еферентних шляхів вагуса, що приводить до брадикардії, різкого зниження АТ і – до синкопе.

Одним із проявів вагального синкопе є непритомність при ковтанні (наприклад, під час їди), зумовлена подразненням чутливих аферентних гілок системи вагуса, що знову ж таки призводить до брадикардії і навіть може викликати зупинку серця. Клінічна картина нагадує таку при вазодепресорних синкопе.

Визначають 2 варіанти синкопе:

- пов'язані з патологією шлунково-кишкового тракту;
- зумовлені патологією стравоходу і серця.

При другому варіанті, як правило, мова йде про стенокардію або про перенесений інфаркт міокарда.

### **Дисциркуляторні синкопальні стани**

Головним симптомом при цих синкопе є падіння з порушенням свідомості. По суті, мова може йти про миттєві порушення мозкового кровообігу (транзиторні ішемічні атаки).

Найчастіше втрата свідомості спостерігається при ураженні магістральних судин: сонних і хребтових артерій. Судинна вертебробазилярна недостатність – найчастіша причина дисциркуляторних синкопальних станів.

Клінічна картина характеризується раптовим розвитком стану непритомності після різкого закидання голови або повороту її вбік. Пресинкопальний стан може бути відсутнім. Пацієнтів турбує сильний головний біль, біль у шиї і потилиці, виражена загальна слабкість. У хворих під час або після синкопе можуть спостерігатися неврологічні симптоми: порушення мови (дизартрія), птоз, диплопія, ністагм, атаксія, анізорефлексія. Вони пов'язані з вестибулярно-стовбуровою дисфункцією. Часто ці симптоми поєднуються з «дроп-атаками»

(гостре зниження постурального тону і падіння хворого, але без втрати свідомості).

При каротидній патології також можуть бути короткочасні втрати свідомості. Проте при цьому можуть виникати парези, гемігіпестезії, геміанопсії і навіть епілептичні напади. Це вже свідчить про транзиторні ішемічні атаки.

### **Психогенні синкопе**

Психогенні синкопе – це, по суті, істеричні синкопе. Їхня частота прирівнюється до частоти вазопресорних синкопальних станів.

У сучасній літературі існує термін «псевдонапади». Вони проявляються пароксизмальними нападами, які супроводжуються сенсорними, моторними, вегетативними порушеннями, а також втратою свідомості, що нагадує епілептичні напади, але їхня природа не епілептична.

Істерична псевдонепритомність – це особлива форма поведінки хворого, спосіб психологічного самовираження.

Пресинкопальний період може бути довгим, інколи відсутнім.

Для істеричної непритомності потрібні дві умови: ситуація (конфліктна) і спостерігачі. Втрата свідомості може бути різною за тривалістю (секунди, хвилини, години). Під час порушення свідомості (яка може бути неповною) можуть спостерігатися різні судомні стани, часто екстравагантного, примхливого характеру. Хворі не дають можливості відкрити їм очі, але якщо це вдається зробити, то зіниці живо реагують на світло. Пульс, АТ в нормі, шкіра і слизові без змін.

Вихід зі стану «позасвідомості», як правило, швидкий. Стан хворого після синкопе задовільний. Інколи ставлення пацієнта до стану, що передувало синкопе, спокійне.

При психічній непритомності лікар повинен скрупульозно зібрати анамнез (відомості про те, чи траплялися вже такі напади). Важливо виключити церебральну і соматичну патологію.

### **Медикаментозні синкопе**

Ці синкопе зумовлені дією лікарських препаратів, які застосовують хворі або здорові особи, з різних причин (неправильне призначення, передозування, суїцид), при підвищеній чутливості до інгредієнтів препарату.

Найчастіше синкопе спостерігаються при прийомі β-блокаторів, центральних адренолітиків, гангліоблокаторів, нейролептиків, транквілізаторів, дофамінівмісних препаратів.

### **Надання невідкладної допомоги при різних синкопальних станах (непритомності)**

#### **Нейрогенні синкопе**

Застосовують седативні засоби, такі як ново-пасит, препарати собачої кропиви, валеріани або психотропні засоби (клоназепам, грандаксин, альпрозолам).

Останніми роками при вазопресорних синкопе використовують пароксетин. Його ефективність пов'язана з дією на серотонінові рецептори периферичних судин, що запобігає периферичній вазодилатації. Курс лікування – 4-8 тижнів, по 20 мг щоденно вранці.

#### **Гіпервентиляційні синкопе**

При цих станах слід виключити провокуючі фактори (спека, непровітрювані приміщення, тривале стояння). Необхідно нормалізувати дихання, забезпечити доступ



свіжого повітря. Призначають препарати кальцію в поєднанні з вітаміном D<sub>2</sub>, препарати магнію (магне-В<sub>6</sub>).

#### **Ніктуричні синкопе**

Принципову роль відіграють превентивні заходи: зменшення кількості вживаної рідини ввечері, відмова від алкогольних напоїв, поступове вставання з ліжка при пробудженні, поступове натуження при сечовиділенні й акті дефекації.

#### **Кашльові синкопе**

Рекомендації – зменшення маси тіла, відмова від куріння, заняття фізкультурою і спортом. Слід виключати ситуації, які викликають підсилення кашлю.

#### **Ортостатичні синкопе**

Слід збільшити вживання рідини (соки, вода) до 2,5-3,0 літрів на добу, солі – до 2-4 г/добу з метою затримки рідини і нормалізації АТ. Найбільш ефективними є мінералокортикоїди в невеликих дозах (флудрокортизон у дозі 0,5-1,0 мг/добу). Вазоконстрикторну дію мають β-блокатори, нестероїдні протизапальні препарати.

#### **Іритативні синкопе**

Призначають холіно- і симпатиколітики, блокаду синуса електрофорезом із новокаїном.

При вагальних іритативних синкопе призначають препарати атропінової дії і виключають причини механічної іритації вагуса.

Лікування всіх синкопальних станів проводиться під час нападу і в міжнападний період.

Нерідко стан хворого при нападі поліпшується уже при наданні тілу горизонтального положення. Необхідно забезпечити доступ свіжого повітря, винести пацієнта з душного приміщення, зберігаючи горизонтальне положення, розстібнути комірць, ремінь. Застосовувати засоби, які рефлекторно впливають на центри дихання і серцево-судинну регуляцію (вдихання парів нашатирного спирту, пирскання в обличчя холодною водою).

При різкому зниженні АТ призначають 1% розчин мезатону, 5% розчин ефедрину, при порушенні ритму серця – антиаритмічні засоби.

#### **Висновок**

Знання щодо різноманітних проявів синкопальних станів дасть змогу своєчасно їх розпізнавати, диференціювати і надавати невідкладну допомогу.