

ТАКТИКА ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОБМОРОКЕ

Проф. А. Л. ВЕРТКИН, канд. мед. наук А. В. ДАДЫКИНА, канд. мед. наук М. И. ЛУКАШОВ

TACTICS OF PRE-CLINICAL AID IN SYNCOPE

A. L. VERTKIN, A. V. DADYKINA, M. I. LUKASHOV

Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи, Москва, Московский государственный медико-стоматологический университет, Российская Федерация

Охарактеризованы причины обмороков, описана клиническая картина различных видов обморока, представлен алгоритм врачебных действий при обмороке на догоспитальном этапе.

Ключевые слова: обморок, причины, клинические проявления, врачебная помощь.

The causes of syncope are characterized; the clinical picture of various types of syncope is described. The algorithm of medical actions at the pre-hospital stage of syncope is presented.

Key words: syncope, causes, clinical manifestations, medical aid.

Обморок (синкопе) — внезапная кратковременная потеря сознания. Спектр заболеваний, приводящих к обмороку, довольно широк и варьирует от распространенных, имеющих благоприятный прогноз, до тяжелых, угрожающих жизни.

Причины обморока разнообразны. Это могут быть потеря сосудистого тонуса: вазовагальный обморок, ортостатический обморок; снижение венозного возврата: повышение внутригрудного давления (например, при кашле, мочеиспускании), поздние сроки беременности; уменьшение ОЦК: гиповолемия (например, при избыточном употреблении диуретиков, потери жидкости при потоотделении, рвоте и диарее), внутреннее кровотечение (например, при расслоении аорты); нарушения ритма сердца: тахикардия, брадикардия, гиперчувствительность каротидного синуса; снижение функции сердца: стеноз аорты или легочной артерии, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), острая сердечная недостаточность (например, при инфаркте миокарда); цереброваскулярные нарушения: транзиторная ишемическая атака, инсульт, ишемия в вертебробазиллярном бассейне (например, при стенозе сонных артерий, синдром обкрадывания подключичной артерии), субарахноидальное кровотечение; такие причины, как гипогликемия, прием лекарственных средств (нитроглицерин, β -адреноблокаторы, верапамил, дилтиазем и многие другие), эпилепсия, сепсис, гипервентиляция, гипертермия, истерия; обмороки неясной этиологии (у одного из 5 пациентов с необъяснимыми обмороками присутствует аритмия; у одного из 10 наступает летальный исход в течение года, часто внезапно).

Самый частый патогенез обморока: острое возникновение причины уменьшения мозгового (сужение церебральных сосудов) и/или системного кровотока (гипотония); снижение постурального тонуса с расстройствами сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности; потеря сознания на 5–10 с, гипоперфузия головного мозга; активация

автономных центров, регулирующих кровообращение; восстановление адекватного мозгового кровообращения и сознания.

По течению и риску развития жизнеугрожающих состояний обмороки подразделяют на доброкачественные (низкий риск) и прогностически неблагоприятные (высокий риск).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОБМОРОКА

В развитии обморока выделяют три периода: пресинкопальный — период предвестников, непостоянный, от нескольких секунд до нескольких минут; собственно синкопе — отсутствие сознания длительностью 5–22 с (в 90% случаев) и редко до 4–5 мин; постсинкопальный — период восстановления сознания и ориентации длительностью несколько секунд.

Чаще всего на скорой медицинской помощи (СМП) встречаются вазовагальные обмороки, характерными признаками которых являются головокружение, «потемнение в глазах», холодный пот, бледность, брадикардия, глаза закрыты или «закатанные» зрачки, выключение мышечного тонуса — большой медленно опускается на землю или падает.

Обмороки возникают в любом возрасте, но чаще в молодом в ответ на внезапный эмоциональный стресс, боль, испуг, при переходе в вертикальное положение и т. п. В ряде случаев им предшествует разнообразная симптоматика, которую называют липотимией (слабость, тошнота, рвота, потливость, головная боль, головокружение, нарушения зрения, шум в ушах, зевота, предчувствие неминуемого падения). Восстановление сознания происходит быстро, ориентация восстанавливается сразу же, однако некоторое время сохраняется тревожность, испуг (в особенности если обморок развился впервые в жизни), адинамичность, вялость, чувство разбитости.

Если обморок имеет органическую природу, возможно наличие других клинических симптомов.

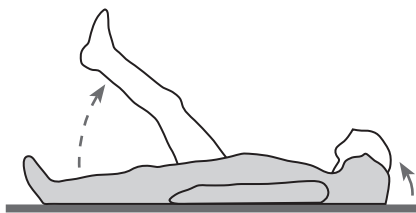
Прогностически неблагоприятными признаками при обмороке являются боль в грудной клетке; одышка; пароксизмальная тахикардия с ЧСС > 160 уд/мин; брадикардия с ЧСС < 40 уд/мин; внезапная интенсивная головная боль; абдоминальная боль; артериальная гипотензия, сохраняющаяся в горизонтальном положении; изменения на ЭКГ (за исключением неспецифических изменений сегмента ST); очаговые, общемозговые и менингеальные симптомы; отягощенный анамнез (наличие застойной сердечной недостаточности, эпизодов желудочковой тахикардии и др.; возраст более 45 лет.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

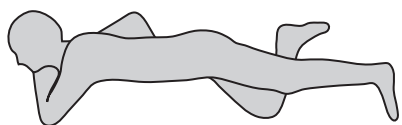
Внезапная потеря сознания возможна также при эпилепсии, черепно-мозговой травме, интоксикациях, опухолях головного мозга, остром нарушении мозгового кровообращения и др. (табл. 1).

СОВЕТЫ ПОЗВОНИВШЕМУ НА СМП

Уложите больного с поднятыми ногами, как показано на рисунке.



Помогите ему свободно дышать — расстегните стесняющую одежду. Осторожно поднесите небольшой кусок ваты или марли, смоченной аммиаком (нашатырным спиртом), к носовым отверстиям (на 0,5–1 с). При длительном отсутствии сознания придайте стабильное положение на боку (см. рисунок).



Если больной перестает дышать, начните сердечно-легочную реанимацию. Найдите те препараты, которые больной принимает, и подготовьте их к приезду бригады СМП. Не оставляйте больного без присмотра.

СКОРАЯ ПОМОЩЬ НА ВЫЗОВЕ

Диагностика при обмороке

Подробный анамнез оказывает бесценную помощь в выявлении причины обморока. *Обязательные вопросы* при этом:

При какой ситуации возник обморок (сильные эмоции, испуг, при мочеиспускании, кашле,

во время физической нагрузки и др.)? В какой позе (стоя, лежа, сидя)?

Были ли предвестники синкопе (тошнота, рвота, слабость и др.)?

Сопровождался ли обморок появлением цианоза, дизартрией, парезами?

Какое состояние после приступа (дезориентация и др.)?

Имеются ли боли в грудной клетке или одышка?

Не было ли прикусывания языка?

Были ли ранее подобные потери сознания?

Имеются в семейном анамнезе случаи внезапной смерти?

Имеющиеся у больного сопутствующие заболевания: сердечно-сосудистая патология, особенно аритмии, сердечная недостаточность, ИБС, аортальный стеноз; церебральная патология, сахарный диабет, психические расстройства.

Какие лекарственные средства принимает больной в настоящее время?

Диагностические мероприятия:

Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения.

Визуальная оценка цвета кожи лица: бледность, холодный пот, цианоз.

Осмотр ротовой полости: прикусывание языка.

Исследование пульса: замедленный, слабый.

Измерение ЧСС: тахикардия, брадикардия, неправильный ритм.

Измерение АД: нормальное, гипотония.

Аускультация: оценка сердечных тонов, определение наличия шумов над областью сердца, на сонных артериях, на брюшной аорте.

Регистрация ЭКГ в 12 отведениях — выявление коронарогенных причин: тахикардия с ЧСС > 150 уд/мин; брадикардия с ЧСС < 50 уд/мин; фибрилляция или трепетание предсердий; укорочение PQ < 100 мс дельта-волной или без нее; полная блокада ножки пучка Гиса (QRS > 120 мс) или любая двухпучковая блокада; Q/QS, подъем ST на ЭКГ — возможный инфаркт миокарда; атривентрикулярная блокада II–III степени; блокада правой ножки пучка Гиса с подъемом ST в V1–3 (синдром Бругада); отрицательные T в V1–3 и эpsilon-волны (поздние желудочковые спайки) — аритмогенная дисплазия правого желудочка; SIQIII — острое легочное сердце.

Определите уровень глюкозы крови (исключение гипогликемии).

Исследование неврологического статуса — обратите внимание на наличие следующих признаков ОНМК: снижение уровня сознания; дефекты поля зрения (чаще всего наблюдается гемианопсия — выпадение правого или левого полей зрения на обоих глазах, паралич зрения); нарушения артикуляции, дисфагия; дисфагия, нарушения двигательных функций в верхней конечности, нарушения проприорецепции; нарушения статики или походки; недержание мочи.

**Клинические признаки, указывающие
на возможную причину обморока**

Клинические признаки	Возможная причина
Возникновение во время физической нагрузки	Аортальный стеноз Гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия Легочная гипертензия Стеноз легочной артерии Врожденные пороки сердца
Возникновение при наклонах головы в сторону	Гиперчувствительность каротидного синуса
Возникновение при подъеме рук	Синдром обкрадывания подключичной артерии
Возникновение при мочеиспускании	Обструкция шейки мочевого пузыря, феохромоцитомы
Возникновение при кашле	Острые и хронические заболевания легких, чаще у курящих мужчин среднего возраста, склонных к ожирению и употребляющих много алкогольных напитков
Возникновение при глотании	Поражение пищевода
Длительный постельный режим	Ортостатический коллапс
Лихорадка и дегидратация различного происхождения	
Прием диуретиков, нитратов и других препаратов	
Боль в грудной клетке и/или одышка	Инфаркт миокарда
Артериальная гипотензия, сохраняющаяся в горизонтальном положении	ТЭЛА Расслоение аорты
Разница в значениях АД и наполнения пульса на обеих руках	Расслоение аорты
Сердцебиение, ощущение «перебоев» в работе сердца	Аритмии
Отсутствие тошноты и рвоты перед коллапсом	
Неправильный ритм	
Медленный пульс	
Медленный пульс	Аортальный стеноз
Диссоциация между верхушечным толчком и пульсом на сонной артерии	
При аускультации сердца: снижение или отсутствие II тона, систолический шум, проводящийся на сонные артерии	
Сахарный диабет в анамнезе	Гипогликемия
Приступы, развившиеся ночью в положении лежа	Эпилепсия
Прикусывание языка	
Состояние дезориентации после приступа	
Очаговые, общемозговые и менингеальные симптомы	Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)
Внезапная интенсивная головная боль	Субарахноидальное кровоизлияние ОНМК
Черепно-мозговая травма	Сотрясение или ушиб головного мозга Субдуральная/эпидуральная гематома
Кожная сыпь, ангионевротический отек	Анафилактический шок
Боли в животе	Внутреннее кровотечение
Артериальная гипотензия, сохраняющаяся в горизонтальном положении	Эктопическая беременность
Беременность	Преэклампсия, эклампсия

Лечение на догоспитальном этапе

Немедикаментозные мероприятия: для обеспечения максимального притока крови к мозгу следует уложить пациента на спину, приподняв ноги, или усадить, опустив его голову между коленями; обеспечить свободное дыхание: развязать галстук, расстегнуть воротник; брызнуть холодной водой на лицо; открыть окно для увеличения притока воздуха; кислородотерапия.

Медикаментозная терапия — применить средства с рефлекторным стимулирующим действием на дыхательный и сосудодвигательный центр: аммиак 10% водный раствор (нашатырный спирт) ингаляционно: осторожно подносят небольшой кусок ваты или марли, смоченной аммиаком, к носовым отверстиям (на 0,5–1 с) или применяют ампулу с оплеткой (при отламывании кончика ампулы ватно-марлевая оплетка пропитывается раствором).

При значительном снижении АД: применяют следующие препараты. Мидодрин (гутрон) внутрь по 5 мг (в табл.) или 14 капель 1% раствора, максимальная суточная доза 30 мг. Начало действия через 10 мин, максимальный эффект через 1–2 ч, продолжительность 3 ч. Допустимо внутримышечное или внутривенное введение 5 мг (2 мл). Побочные эффекты возникают редко: повышение АД в положении лежа, гиперемия лица, брадикардия, нарушение мочеиспускания, изжога, сухость во рту, тошнота, диспепсические нарушения, повышенное потоотделение, пиломоторная реакция (гусиная кожа), кожный зуд. Противопоказания: феохромоцитомы, облитерирующие заболевания артерий, закрытоугольная глаукома, гиперплазия предстательной железы (с задержкой мочи), механическая обструкция мочевыводящих путей, тиреотоксикоз. С осторожностью следует применять препарат при хронической сердечной недостаточности, аритмии, почечной и/или печеночной недостаточности, беременности.

Фенилэфрин (мезатон) внутривенно медленно 1% — 0,1–0,5 мл, предварительно развести в растворе натрия хлорида 0,9% — 40 мл. Действие начинается сразу после введения и продолжается в течение 5–20 мин. Побочные эффекты: головная боль, тошнота или рвота, стенокардия, фибрилляция желудочков, диспноэ, брадикардия, повышение или понижение АД, сердцебиение, тахикардия, раздражительность, двигательное беспокойство, аллергические реакции. Противопоказания: фибрилляция желудочков, острый инфаркт миокарда, гиповолемия, феохромоцитомы, беременность, детский возраст (до 15 лет). С осторожностью применять при фибрилляции предсердий, артериальной гипертензии, гипертензии в малом круге кровообращения, тахиаритмии, тяжелом стенозе устья аорты, гипоксии, тахиаритмии, закрытоугольной глаукоме, окклюзионных заболеваниях сосудов (в том числе в анамнезе), склонности сосудов к спазмам (в том числе при отморожении), атеросклерозе, тиреотоксикозе, у лиц до 18 лет и в пожилом возрасте.

При брадикардии и остановке сердечной деятельности:

атропин 0,5–1 мг (0,1% — 0,5–1,0 мл) внутривенно струйно, при необходимости через 5 мин введение повторяют до общей дозы 3 мг. *Доза атропина сульфата менее 0,5 мг может парадоксально уредить сердечный ритм!* Побочные эффекты: сухость во рту, сухость кожи, мидриаз, паралич аккомодации, снижение памяти у пожилых. С осторожностью следует применять при закрытоугольной глаукоме, тяжелой сердечной недостаточности, ИБС, митральной стенозе, атонии кишечника, гиперплазии предстательной железы, хронической почечной недостаточностью (ХПН), артериальной гипертензии, гипертиреозе, миастении, беременности. При брадиаритмии по витальным показаниям противопоказаний нет.

Способы применения препаратов обобщены в табл. 2.

При гипогликемических обмороках (при обмороке более 20 с ex juvantibus): раствора глюкозы 40% — 50 мл внутривенно (не более 120 мл из-за угрозы отека головного мозга). Предварительно ввести тиамин хлорид 5% — 2 мл (100 мг) для предупреждения потенциально смертельной острой энцефалопатии Вернике, которая является следствием дефицита витамина В1, усугубляющегося на фоне поступления больших доз глюкозы, особенно при алкогольном опьянении и длительном голодании.

При обмороке на фоне судорожного припадка: диазепам внутривенно 10 мг (0,5% — 2 мл), разведенный в растворе натрия хлорида 0,9% — 10 мл, со скоростью не более 3 мл/мин (< 2,5 мг/мин) (при большей скорости существует риск внезапной остановки дыхания). Допустимо ректальное введение раствора в дозе 0,2–0,5 мг/кг у взрослых и детей.

При кардиогенных и церебральных обмороках проводится лечение основного заболевания.

При остановке дыхания и/или кровообращения проводится контроль ЧСС, АД.

Показания к госпитализации

Госпитализации с целью лечения подлежат пациенты с повреждениями, возникшими вследствие падения при обмороке; больные с нарушениями ритма и проводимости, привлекшими к развитию обморока; с обмороком, вероятно вызванным ишемией миокарда; с вторичными синкопальными состояниями при заболеваниях сердца и легких; пациенты с наличием острой неврологической симптоматики.

Госпитализации с целью уточнения диагноза подлежат пациенты с подозрением на заболевание сердца, в том числе с изменениями на ЭКГ; больные, у которых обморок развился во время физической нагрузки; лица с семейным анамнезом внезапной смерти, с ощущениями аритмии или перебоев в работе сердца непосредственно перед обмороком, с развитием обморока в положении лежа, с рецидивирующими обмороками.

Таблица 2

Способ применения и дозы лечебных средств при обмороке

Противоаллергические средства (МНН)	Торговые наименования	Доза		Уровень доказательности
		для детей	для взрослых	
Аммиак 10% водный раствор	Нашатырный спирт	Ингаляционно: осторожно подносят не-большой кусок ваты или марли, смоченной аммиаком, к носовым отверстиям (на 0,5–1 с)		Обморок (синкопе)
Мидодрин таблетки 2,5 мг, 5 мг капли для приема внутрь 10 мг/мл 1% раствор во флаконах-капельницах из темного стекла 10, 20, 25 мл	Гутрон	Применение не противопоказано. Безопасность и эффективность применения у детей не определены	Внутрь по 5 мг (в табл.) или 14 капель 1% раствора	Гипотензия (ортостатическая, вторичная, на фоне приема психоактивных лекарственных средств)
Фенилэфрин 10 мг/мл ампулы 1% — 1 мл	Мезатон	Противопоказан у детей до 15 лет	Внутривенно медленно 1% — 0,1–0,5 мл, предварительно развести в растворе натрия хлорида 0,9% — 40 мл	Артериальная гипотензия Коллапс
Атропин 1 мг/мл ампулы 0,1% — 1 мл	Атропина сульфат	Внутривенно струйно 10 мкг/кг	Внутривенно струйно 0,5–1 мг, при необходимости через 5 мин введение повторяют до общей дозы 3 мг	Брадикардия АВ-блокада

Алгоритм врачебных действий при обмороке



Часто встречающиеся ошибки: назначение анальгетиков, спазмолитиков, антигистаминных средств.

Рекомендации пациентам, оставленным дома. При ортостатических обмороках — постепенно переходить из горизонтального положения в вертикальное. При никтурических обмороках — ограничить прием алкоголя и мочиться сидя. При гипогликемических обмороках — контролировать

уровень сахара в крови. При обмороке, обусловленном приемом лекарственных средств — проконсультироваться у лечащего врача для коррекции проводимой терапии. При кардиогенных и церебральных обмороках необходимо лечить основное заболевание.

На с. 47 представлен алгоритм действий врача СМП при обмороке.

Поступила 30.06.2006