

ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава

Национальное научно-практическое общество

скорой медицинской помощи

ПЛАН (проект)
ДОГОСПИТАЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С СИНКОПАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Основные характеристики	Описание
Нозологическая форма	Обморок (синкопальное состояние)
Класс болезней по МКБ-10	R55 F48.8, G90.0, I95.1, I45.9
Возрастная группа	18 лет и старше
Тяжесть заболевания	От легкой до тяжелой
Условия оказания помощи	Догоспитальные
Специальность лечащего врача	Терапевт, врач скорой помощи
Продолжительность лечения	
Продолжительность временной нетрудоспособности	
Стандарты	Приказ Минздравсоцразвития от 04.09.2006 г. № 631

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление

ИБС – Ишемическая болезнь сердца

ИМ – инфаркт миокарда

РЕГ – реоэнцефалограмма

СМП - скорая медицинская помощь

ЧМТ – черепно-мозговая травма

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиограмма

ЭЭГ – электроэнцефалограмма

ДИАГНОСТИКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Мероприятия	Поликлиника	Скорая по- мощь
1. Общеклинические методы обследования		
Обязательные		
Изучение жалоб и анамнеза	+	+
Стандартное клиническое исследование	+	+
2. Функциональные методы исследования		
Обязательные		
Электрокардиография	+	+
3. Лабораторные методы исследования		
Дополнительные		
Исследование глюкозы крови	+	+
Экспресс тест на D-димер и тропонины	+	+

ЛЕЧЕНИЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Мероприятия	Поликлиника	Скорая по- мощь
Вызов скорой помощи	+	-
Госпитализация по показаниям: - для лечения - для обследования	+	+
Немедикаментозные методы: подъем ног, нашта- тырь, расстегивание сдавливающей одежды	+	+
Фенилэфрин при стойкой и глубокой гипотензии	+	+
Атропин при выраженной брадикардии	+	+
Глюкоза при подозрении на гипогликемию и затя- гивании бессознательного периода	+	+
Физиологический раствор при обезвоживании	+	+
Преднизолон при гипокортицизме или подозре- нии на анафилактическую реакцию	+	+
Дача рекомендаций по модификации образа жиз- ни и модификации терапии при решении не гос- питализировать пациента	-	+

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ПЛАНА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Обоснование плана ведения больных: оценка эффективности рекомендуемых диаг-
ностических и лечебных мероприятий

ДИАГНОСТИКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Название исследования	Клинические рекомендации
1. Общеклинические методы обследования	

1.1	Изучение жалоб и анамнеза	<p><i>Обязательные вопросы при опросе пациента</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При какой ситуации возник обморок (сильные эмоции, испуг, при мочеиспускании, кашле, во время физической нагрузке и др.)? 2. В какой позе (стоя, лежа, сидя)? 3. Были предвестники синкопы (тошнота, рвота, слабость и др.)? 4. Сопровождался ли обморок появлением цианоза, дизартрией, парезами? 5. Какое состояние после приступа (дезориентация и др.)? 6. Имеются боли в грудной клетке или одышка? 7. Не было ли прикусывания языка? 8. Были ли ранее подобные потери сознания? 9. Имеются в семейном анамнезе случаи внезапной смерти? 10. Какие имеются сопутствующие заболевания: сердечно-сосудистая патология, особенно аритмии, сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца (ИБС), аортальный стеноз, церебральная патология, сахарный диабет, психические расстройства 11. Какие лекарственные средства принимает больной в настоящее время?
1.2	Стандартное клиническое обследование	<p><i>Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Визуальная оценка цвета кожи лица: бледные, холодный пот, цианоз. 2. Осмотр и пальпация мягких тканей головы (для выявления ЧМТ) 3. Осмотр ротовой полости: прикусывание языка (характерно для эпилептического припадка) 4. Исследование пульса: замедленный, слабый 5. Измерение ЧСС: тахикардия, брадикардия, неправильный ритм 6. Измерение артериального давления (АД): нормальное, гипотония 7. Аускультация: оценка сердечных тонов, определение наличия шумов над областью сердца, на сонных артериях, на брюшной аорте
2. Функциональные методы исследования		
2.1	Электрокардиография	<p><i>Исследование ЭКГ показано всем больным, так как оно часто позволяет подтвердить (но не исключить) аритмическое или миокардиальное происхождение синкопе либо приступов Морганьи-Эдемса-Стокса</i></p> <p><i>Значимые ЭКГ-признаки:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. полная блокада ножки пучка Гиса ($QRS > 120$ мс) или любая двухпучковая блокада; 2. атриовентрикулярная блокада II—III степени; 3. тахикардия с ЧСС > 150 в минуту; 4. брадикардия с ЧСС < 50 в минуту; 5. укорочение $PQ < 100$ мс с дельта-волной или без нее; 6. Признаки врожденной патологии, чреватой развитием желу-

		<p>дочковых аритмий: удлинение QTc более 450 мс; блокада правой ножки пучка Гиса с подъемом ST в отведениях V₁₋₃ (синдром Бругада); отрицательные T в V1-3 и эpsilon-волны (поздние желудочковые спайки) - аритмогенная дисплазия правого желудочка.</p> <p>7. SIQIII - острое легочное сердце</p> <p>8. Девиация сегмента ST, отрицательные зубцы T – острый коронарный синдром.</p>
3. Лабораторные методы исследования		
3.1	Экспресс-диагностика повышения уровня тропонина в крови.	<p>1. Определение уровня глюкозы крови: исключение гипогликемии</p> <p>2. Экспресс тест на D-димер и тропонины</p>

ЛЕЧЕНИЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Мероприятия	Клинические рекомендации
Немедикаментозные мероприятия	1. уложить пациента на спину, приподняв ноги, или усадить, опустив его голову между коленями
	2. обеспечить свободное дыхание: развязать галстук, расстегнуть воротник
	3. голову повернуть набок
	4. брызнуть холодной водой на лицо
	5. открыть окно
Медикаментозная терапия	
Аммиак 10% водный раствор (нашатырный спирт)	средство с рефлекторным стимулирующим действием на дыхательный и сосудодвигательный центры: 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). Проводится врачом поликлиники или бригадой СМП.
фенилэфрин	внутривенно медленно 1% - 0,1-0,5 мл, предварительно развести в растворе натрия хлорида 0,9% - 40 мл при значительном снижении АД и отсутствии подозрений на кардиальную причину обморока. Действие начинается сразу после внутривенного введения и продолжается в течение 5-20 мин. Проводится врачом поликлиники или бригадой СМП.
атропин	вводится внутривенно струйно, при необходимости через 5 мин введение повторяют до общей дозы 3 мг (0,04 мг/кг). Доза атропина сульфата менее 0,5 мг может парадоксально уредить сердечный ритм! При вагусных обмороках с замедлением (брадикардией) или остановкой сердечной деятельности. Проводится врачом поликлиники или бригадой СМП.
40% раствора глюкозы	При подозрении на гипогликемию, либо при затягивании бессознательного периода: 40-60 мл 40% раствора глюкозы внутривенно (не более 120 мл из-за угрозы отека головного мозга). Проводится врачом поликлиники или бригадой СМП.
физиологический рас-	При выраженном обезвоживании – обильное питье, инфузия

твор	400-800 мл физиологического раствора
преднизолон	Показан только при подозрении на анафилактическую реакцию, гипофункцию коры надпочечников (постоянная слабость, бронзовый оттенок кожи).

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

С целью обследования и уточнения диагноза.

- подозрение на заболевание сердца, в том числе с изменениями на ЭКГ
- развитие синкопы во время физической нагрузки
- семейный анамнез внезапной смерти
- ощущения аритмии или перебоев в работе сердца непосредственно перед обмороком
- развитие синкопы в положении лежа
- рецидивирующие обмороки

С целью лечения.

- повреждения, возникшие вследствие падения при обмороке
- нарушения ритма и проводимости, приведшие к развитию синкопы
- обморок, вероятно, вызванным ишемией миокарда
- вторичные синкопальные состояния при заболеваниях сердца и легких
- наличие острой неврологической симптоматики

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА

ЛЕЧЕНИЕ: как не надо лечить синкопальные состояния на догоспитальном этапе

Нецелесообразным является назначение:

- анальгетиков
- спазмолитиков
- антигистаминных средств

Недифференцированное применение прессорных аминов (допамин, норадреналин) не только не показано, но и может оказаться потенциально опасным, например, у пациентов с острым коронарным синдромом, нарушениями ритма или синдромом мозгового обкрадывания.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ

Как часто это может повториться ?

Все зависит от причины обморока. Вазодепрессорные обмороки могут быть частыми, например, в теплое время года, на жаре и в душных помещениях, но практически отсутствовать в холодный период.

Что делать, чтобы предотвратить обморок ?

При никтурических обмороках — мочиться сидя; при ортостатических — переходить из горизонтального положения в вертикальное постепенно; при гипогликемических — контролировать уровень сахара в крови

Насколько это опасно ?

Наиболее опасны из всех синкопальных состояний кардиогенные и церебральные обмороки, которые требуют обязательной госпитализации и лечения основного заболевания. Но и любой другой обморок может стать опасным, например за счет получения черепно-мозговой травмы во время падения.

Литература:

1. Guidelines on Management (Diagnosis and Treatment) of Syncope – Update 2004. The TaskForce of Syncope – European Society of Cardiology.
<http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-syncope-FT.pdf>
2. А.Л.Верктин, О.Б.Талибов Обморок. «Консилиум медикум», т.8,N 11, 2006.
3. Брискин Б.С., Вёрткин А.Л., «Рациональная фармакотерапия неотложных состояний», Москва, 2007
4. Вёрткин А.Л., «Скорая медицинская помощь. Руководство для врачей», Москва, 2007

Краткая информационная справка

3 периода в развитии синкопе

- пресинкопальный (липотимия, предобморок) - период предвестников; непостоянный, от нескольких секунд до нескольких минут
- собственно синкопа (обморок) - отсутствие сознания длительностью 5-22 с (в 90% случаев) и редко до 4-5 мин
- постсинкопальный - период восстановления сознания и ориентации длительностью несколько секунд

Ключи к выявлению причины развития синкопе

<i>Признак</i>	<i>Предполагаемый диагноз</i>
Неожиданный (неприятный) раздражитель	Вазовагальный обморок
Длительное стояние в душном помещении	Вазовагальный обморок или автономная нейропатия
Наличие тошноты или рвоты	Вазовагальный обморок
В течение часа после еды	Постпрандиальное синкопе или автономная нейропатия
После физического усилия	Вазовагальный обморок или автономная нейропатия
Боль в области лица или в горле	Неврит тройничного или языкоглоточного нерва
Синкопе после вращения головы, бритья, сдавления шеи тугим воротником	Синдром синокаротидного синуса
Синкопе, развившееся в течение нескольких секунд после вставания	Ортостатическая реакция
Наличие временной связи с приемом лекарств	Медикаментозный обморок
Во время нагрузки или в положении лежа	Кардиальное синкопе
Сопровождающееся сердцебиением	Тахикардия
Семейный анамнез внезапной смерти	Синдром удлинения QT, аритмогенная дисплазия, гипертрофическая кардиомиопатия
Головокружение, дизартрия, диплопия	Транзиторная ишемическая атака
При активных движениях рукой	Синдром подключичной артерии
Существенные различия АД на руках	Синдром подключичной артерии; расслоение аневризмы аорты

Спутанность более 5 мин	Судорожный синдром
Судороги, аура, прикус языка, цианоз лица, автоматизмы	Судорожный синдром
Частые обмороки при наличии соматических жалоб и отсутствии органической патологии	Психическое нарушение

Дифференциальная диагностика синкопальных состояний

Диагностические критерии	Нейрогенные синкопы (вазо-депрессорный)	Кардиогенные синкопы	Сосудисто-церебральные синкопы	Синкопы эпилептической природы
Пресинкопальные проявления	Головокружение, слабость, дурнота, потливость, нехватка воздуха, мелькание перед глазами, звон в ушах, бледность	Могут отсутствовать или возможны ощущения перебоев, боли в сердце	Могут отсутствовать или возможны кратковременные головокружения, боль в затылке, шее, тошнота, слабость	Могут отсутствовать или кратковременные в виде ауры
Клинические проявления синкопального состояния	Бледность, редкое глубокое дыхание, слабый нитевидный пульс, резкое падение АД	Бледность и цианоз, частое и поверхностное дыхание, пульс редкий или отсутствует, иногда тахикардия, АД снижено, иногда не определяется	Чаше бледность, может быть акроцианоз, дыхание поверхностное, пульс редкий, может быть и частый, АД разное	Акроцианоз, дыхание частое, шумное, нерегулярное, периодически апноэ, пульс редкий, АД разное
Судороги во время потери	При глубоком обмороке	Могут быть	Редко, но могут быть	Могут быть
Серийность - повторные	Редко		Очень редко	Часто
Скорость возвращения сознания	Быстро и полностью			Медленно, период дезориентации
Постсинкопальный период	Общая слабость, головная боль, головокружение, потливость	Общая слабость, дискомфорт, боль в области сердца, головная боль	Общая слабость, головная боль, боль в области затылка, шеи, неврологические расстройства (дизартрия, парезы)	Оглушенность, сонливость, заторможенность, адинамия, невнятная речь, головная боль

Провоцирующие факторы	Страх, испуг, взятие крови, лечение зубов, вегетативный криз, душное помещение, длительное стояние, голод, переутомление	Физическая нагрузка, прекращение нагрузки, эмоциональные факторы; отсутствие провоцирующих факторов	Резкий поворот головы, разгибание головы; без явной причины	Прием алкоголя, депривация сна, ритмическая фотостимуляция, гипервентиляция, плюс те же факторы при простом обмороке
Положение, в котором наступил	^Вертикальное	Чаше вертикальное, сидя, лежа	Чаше вертикальное, но может в любом положении	В любом положении
Ушибы при па-	Редко			Часто
Прикусывание языка, упускание мочи	Нет (при глубоком обмороке возможно упускание мочи)	Редко	Нет	Часто
Анамнез болезни	Часто в детстве, пубертатном периоде, при эмоциях, при длительном стоянии	Наблюдение и лечение у кардиолога	Наблюдение у невролога по поводу шейного остеохондроза, церебрального атеросклероза	Эпилептические припадки в анамнезе
Дополнительные методы обследования	Психологическое исследование - аффективные нарушения, исследование вегетативной сферы - дистония	Изменения ЭКГ	Изменения при доплерографии, РЭГ - патология магистральных артерий головы	Изменения по эпилептическому типу на ЭЭГ