

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Реферат.

Нейрогенные обмороки.

Выполнила:

Ординатор кафедры Нервных болезней  
с курсом медицинской реабилитации ПО

Ставер В.К.

Красноярск

Содержание:

1. Введение
2. Фазы обмороков.
3. Клинические виды
4. Дифференциальная диагностика нейрогенных обмороков.
5. Профилактика обмороков
6. Общеукрепляющее лечение
7. Список литературы

## Введение.

Обмороком (синкопе) называют приступ кратковременной потери сознания с нарушением постурального тонуса и быстрым, полным, самостоятельным восстановлением нормального состояния. Главными признаками любого синкопального состояния являются внезапность развития, кратковременность и обратимость. Иногда выделяют и пресинкопальные (предобморочные, липотимические) состояния - отсутствует полная утрата сознания при сохраняющейся пароксизмальности состояния. С практической точки зрения целесообразно выделять 3 основные группы обмороков: нейрогенные (нейроопосредованные), кардиальные, ангиогенные. Также важно дифференцировать обмороки от других состояний с непродолжительной потерей сознания (гипогликемия, эпилептические и истерические припадки).

Частота обморока в общей популяции неизвестна, однако, по данным наблюдений в различные периоды времени, она может достигать 20 %. Предобморочное состояние — чрезвычайно частое явление. Обморок служит причиной обращения в ОНЦ примерно в 3 % случаев, а причиной госпитализации — в 1 %. Хотя в ранее проводившихся исследованиях обморока предполагалось, что его этиология может быть установлена более чем в 90 % случаев, в работах последнего времени высказывается гораздо меньше оптимизма в этом отношении, что, вероятно, связано с более строгими диагностическими критериями; по данным современных авторов, окончательный диагноз ставится примерно в 55—60 % случаев. Те же авторы полагают, что почти у 60 % этих больных точный диагноз обморока может быть поставлен в ОНП. Так что для врача ОНП вероятность окончательного диагноза обморока у больных, поступающих в отделение, составляет 30—40 %; больные с высоким риском смертельного исхода или инвалидизации распознаются значительно легче.

### Обморок состоит из трех фаз:

1. Предобморочное состояние (липотимия) – чувство дискомфорта, дурноты, общей слабости, ватные ноги, холодный липкий пот, затуманивание зрения. Это длится 30-60 с.
2. Вторая стадия – потери сознание, длительность 1 минута: бледность кожных покровов, релаксация мышц, обмякание тела (падаешь метко), узкие зрачки, слабый пульс, снижение АД, поверхностное дыхание (т.е. организм как бы отдыхает от наступившей перегрузки). Мозг в горизонтальном положении получает достаточное кровоснабжение и человек приходит в себя.
3. Постсинкопальный период – быстро возвращается сознание и происходит быстрая ориентировка в обстановке, компенсаторная тахикардия, учащенное дыхание, усталость и слабость.

Такая стадийность обморока важна для дифференцировки с другими мозговыми пароксизмами, нейрональными (патология головного мозга) и сосудистыми обмороками.

## **Клинические виды нейрогенных обмороков:**

### **1. вазопрессорный обморок**

– связан с существованием инстинктивной реакции "борьба-бегство". В угрожающих ситуациях происходит перераспределение крови к мышцам конечностей – расширяются сосуды, в основном вены, и возникает головокружение. В цивилизованном обществе эта реакция тормозится (при взятии крови на анализ, подготовке к инъекции, аварии), однако нельзя затормозить перераспределение крови к мышцам, а она вследствие неработоспособности мышц не возвращается к сердцу – идет рефлекторное снижение АД, замедление сердечных сокращений, гипоксия головного мозга и обморок.

Для него характерно:

Наличие провоцирующего фактора (а данная обстановка может закрепляться в памяти и при последующих подобных ситуациях приводить к повторным обморокам);

Вспомогательные причины: недоедание, недосыпание, жаркий климат, лихорадка.

Выраженный период липотимии.

Развитие в предобморочном периоде артериальной гипотонии и тахикардии.

В постсинкопальном периоде наблюдается компенсаторная тахикардия, потепление кожи и ее повышенная влажность.

### **2. Ортостатические обмороки.**

Связаны с незрелостью симпатических центров в боковых рогах спинного мозга, недостаточным выбросом адреналина и несовершенством антигравитационных механизмов в организме (обеспечивающих вертикальную позу) – эти механизмы регулируют деятельность выпрямляющих мышц и предупреждают отток крови к нижним конечностям при переходе в вертикальное положение (путем повышения тонуса мышц нижних конечностей).

В клинике обморока характерно отсутствие липотимии, он наступает внезапно при переходе в вертикальное положение, а в тяжелых случаях при попытке сесть. Больные, чтобы избежать обморока, удерживают верхнюю половину туловища в наклонном положении – поза конькобежца. Для ортостатических обмороков характерно отсутствие компенсаторной тахикардии, фиксированного, медленного пульса. Обморок встречается чаще у пожилых людей, что связано с повреждением адренергических и допаминергических нейронов, которые сосредоточены в пигментированных образованиях головного мозга: черной субстанции, голубом пятне, и их патология – врожденная недостаточность симпатических центров введет к обмороку. У молодых ортостатический обморок бывает в стадии быстрого роста, при длительном стоянии в строю, волнении.

### **3. Гипервентиляционный обморок.**

У больных с вегетативными дистониями часто бывает чувство нехватки воздуха, удушья при физическом или умственном усилии, это приводит к возникновению волевого дыхания и замыканию патогенетического круга: гипокания ; снижение тонуса мышц сосудов; ухудшение работы дыхательного центра; вновь чувство нехватки воздуха; появляются мушки в глазах, головокружение, изменение сознания – ирреальность происходящего, легкость, невесомость и обморок. В отличие от вазопрессорного обморока тут четко предшествует гипервентиляция, существующая длительно, через фазу сужения сознания, потеря сознания длится долго: 5-10 минут. Потере сознания предшествует паническая атака – страх смерти.

### **4. Синокаротидные синкопы.**

Синокаротидные тельца лежат в области деления общей сонной артерии на наружную и внутреннюю. Эти образования играют роль контролеров химизма крови и рефлекторно регулируют пульс и давление. при повышении возбудимости тельца (для чего достаточно прикосновения к нему) возникает брадикардия, артериальная гипотония и потеря сознания. Это может возникнуть при тугом воротничке, во время бритья, в церкви – задиранья головы (синдром Сикстинской капеллы).

Выделяют три формы подобных обмороков:

- а) Вагальный – преобладание брадикардии и асистолии;
- б) Вазопрессорный – ЧСС фиксирована, но снижается АД;
- в) Церебральный – происходит рефлекторное торможение ретикулярной формации и ее активизирующих влияний на КГМ, что дает внезапную потерю сознания без нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы, при этом потеря сознания сопровождается потерей мышечного тонуса (т.к. ретикулярная формация посылает импульсы и к спинному мозгу),

Диагностика синокаротидных синкоп: используют пробу давления на синус, вызывая брадикардию или обморок или колебание АД 50 мм.рт.ст. Синкопы встречаются чаще у мужчин старше 40 лет.

### **5. Никтурический обморок.**

Бывает во время ночного мочеиспускания: человек спростонок идет в туалет, а ночью – царство вагуса и ортостатический механизм не срабатывает, к тому же во время мочеиспускания приходится натуживаться, что затрудняет приток крови к скелетным мышцам, а снижение объема в животе вызывает дополнительное перераспределение крови и больной в конце мочеиспускания падает.

## **6. Гипогликемические обмороки.**

Возникают при недоедании, натошак, при нерациональном введении инсулина (передозировка). Обморок воспроизводят и для лечения психических больных, т.к. после этого разрушает следы патологической памяти и конструкции бреда. При снижении глюкозы в крови, сознание теряется, или чаще это имеет не форму обморока, а сумеречного сознания, оглушения, дезориентации, неадекватного восприятия окружающего, галлюцинаций и оборонительной реакции. При диф. диагностике учитывают выраженную потливость – пот льет ручьем. Эффект от введения глюкозы – моментальный, сознание тут же возвращается.

## **7. Истерические обмороки.**

Это моральная форма выражения радости или горя. Встречается чаще у женщин с художественным истерическим типом личности, с повышенной артистичностью, восприятием всего окружающего, потребность к перевоплощению, копированию и т.о., чтобы воспроизвести обморок, больная должна видеть его раньше.

### Условия возникновения обморока:

1. Истерическая личность;
2. Предшествующее обучение обмороку (память о нем);
3. Повод, конфликт в жизни, когда обморок проявляется как защитная реакция ухода в болезнь, чтобы вызвать сострадание окружающих;
4. Наличие зрителей, публики.

При истерическом обмороке отсутствует липотимия, нет вегетативного сопровождения обморока: бледности кожи, брадикардии, падения АД, лабильности пульса и т.д. При осмотре врачом оказывается яростное сопротивление открыть глаза и показать зрачки, вычурность позы; общие феномены - стоны, вытягивание дугой, вздрагивания. Выход из обморока резкий и больная совершенно равнодушна к произошедшему, состояние ее прекрасное, в отличии от окружающих, которые все тяжело воспринимают (что в общем-то и является целью больной). Явление истерического обморока не всегда сознательное, поскольку эмоции преобладают над рассудком (больная действует подсознательно, она не думает, а хочет).

## **Дифференциальная диагностика нейрогенных обмороков.**

С соматическими обмороками, которые обусловлены сердечной патологией или патологией сосудистой системы. Кроме того, дифференцируют с другими приступами – эпилептическими припадками, когда страдают не сосудистые механизмы, а сами нервные клетки. Нейрогенные обмороки часто связаны с недостаточным притоком крови к голове в вертикальном положении и, следовательно, сам обморок способствует принятию горизонтального положения и прекращению обморока, и полезно уже в стадию липотимии уложить больного, расстегнуть воротник, ослабить галстук, похлопать по щекам, что

усилит симпатическую активность ВНС. Используют нашатырный спирт, резкий запах которого, стимулирует окончания тройничного нерва, и через него ретикулярную формацию, больного также можно вынести на свежий воздух, побрызгать водой и т.д. Если это не помогло, используют медикаменты: при резкой брадикардии, ваготонии – ваголитики, блокирующие вагус: атропин, платифиллин; при падении АД – эфедрин и др. При острой сосудистой недостаточности – преднизолон, дексон. Лекарственную терапию чаще приходится использовать при соматических обмороках, а нейрогенные обмороки проходят сами собой.

**Профилактика обмороков** имеет большое значение и предусматривает укрепление слабых рефлекторных механизмов. Меры профилактики: поиск и устранение этиологических и сопутствующих обмороку факторов, психотерапия, аутотренинг (воздействие на ВНС через психику) – так тренируется тонус сосудов, работа сердца и т.д., приобретает власть над собой.

**Общеукрепляющее лечение:** тут преобладают физические методы действия, тренирующие кровеносные сосуды, водные процедуры: циркуляционный душ, контрастные температурные ванны, шотландский душ; воздействие на гипоталамус – прямоугольные импульсы, пульсирующий ток; обтирания, гимнастика, сауна, моржевание. Лечение препаратами применяют при гипертонусе вагуса, гиперсенсibilизации кавернозных синусов, при ортостатических обмороках – явной патологии ВНС.

### **Список литературы:**

1. А.А. Мартынов "Диагностика и терапия неотложных состояний в клинике внутренних болезней. Практическое руководство для врачей и студентов", г. Петрозаводск, "Карелия", 2001- с. 370: ил.
2. Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь: Справочник / Г.Я. Авруцкий, М.И.Балоболкин, С.З. Баркаган и др.; Под ред Е.И. Чазова. – М.: Медицина, 1989.- 640 с.: ил.