

СИНКОП

ЕТИОЛОГИЧНА КЛАСИФИКАЦИЯ, КЛИНИЧНО ПРОТИЧАНЕ И ТЕРАПЕВТИЧНО ПОВЕДЕНИЕ



г-р **Абдулхамид Али Кахтан**, гм

Уни Хоспитал,
гр. Панагюрище

СИНКОПЪТ Е ПРЕХОДНА ЗАГУБА НА СЪЗНАНИЕ В РЕЗУЛТАТ ТРАНЗИСТОРНА ГЛОБАЛНА МОЗЪЧНА ХИПОПЕРФУЗИЯ.

Той се характеризира с бързо начало, кратка продължителност и пълно възстановяване. Синкопите могат да настъпят внезапно и без предшествващи признаци или симптоми, но в други случаи са предшествани от замаяност, изпотяване, гадене, зрителни нарушения или други признаци и симптоми. Основните състояния, които могат да причинят намалена мозъчна перфузия и да доведат до синкоп, варират от доброкачествени до животозастрашаващи. Според Европейското дружество по кардиология се различават три вида синкоп: рефлексни, ортостатични и кардиогенни, като първите два вида често се припокриват. Кардиогенните синкопи за щастие са най-редки, те обаче често са животозастрашаващи и изискват точно и навременно отдиференциране от другите две групи, които по правило са с добра прогноза. Гърчовете са най-честата проява, погрешно диагностицирана като синкоп. Когато симптомите се припокриват твърде много, единственият начин за разграничаване на гърчовете от синкопа може да бъде с ЕЕГ.

Синкопът е по-скоро симптом на основен болестен процес, отколкото самото заболяване. Повечето синкопални пристъпи имат доброкачествени причини – вазовагална реакция, обемен дефицит или етиология, свързана с медикаменти. По-сериозните причини са свързани със сърдечна аритмия като камерна тахикардия, атрио-вентрикуларен (AV) блок или клапни аномалии – критична аортна стеноза. Синкопът може да се предшества от продромални симптоми като замъглено зрение, изпотяване, гадене, замаяност, слабост, впоследствие брадикардия, понижено кръвно налягане и загуба на съзнание. Пациентите изглеждат бледи. Обикновено пациентите се връщат в съзнание за няколко минути и може да изпитат обща слабост. Те не губят контрол върху сфинктерите, рядко имат някаква тонично-клонична активност или объркване след възстановяване на съзнанието, както при пациенти с гърчове. Установено е, че данни за левокамерна дисфункция (със съпътстваща дегенерация на проводната система, водеща до склонност към аритмии) е най-зловещият предиктор за неблагоприятна етиология на синкопа. Срещат се два пика на синкопите – в детска възраст и в юношеска, като най-чести са между 12- и 19-годишна възраст.

Етиологична класификация на синкопа

Сърдечно-съдови нарушения

- Сърдечни аритмии (както тахи-, така и брадиаритмии).
- Структурни и обструктивни нарушения (клапни аномалии, левокамерна дисфункция; миокарден инфаркт и пулмонална емболия).

Цереброваскуларни причини (вертебробазиларна недостатъчност)

Нарушения на кръвния поток и съдовия тонус

- Вазовагален рефлекс.
- Ортостатична хипотония (лекарства, автономна недостатъчност, намален кръвен поток).
- Ситуационни (кашлица, уриниране, дефекация, постпрандиално преглъщане).
- Синкоп на каротидния синус.
- Други болестни състояния, които имитират синкоп.
- Гърчове.
- Метаболитни (хипогликемия, хипоксия, симптоматична анемия).
- Психогенни (паник атаки).

Ключови думи:

синкоп,
диференциална
диагноза,
симптом, МРА,
класификация

Вазовагални синкопи

Наричат се още рефлексни синкопи, които са най-чести и представлява почти 50% от всички случаи на синкоп. Характерното за тях е, че се предизвикват от определен „причинител“ – тригер, като той може да бъде от най-различно естество. Така например синкоп може да възникне в резултат от активиране на някои черепно-мозъчни нерви, което се случва при кашляне, кихане, преглъщане. Различните емоции, като страх, гняв, паника, също се броят като отключващ механизъм за възникване на рефлексни синкопи. В резултат се провеждат нервни импулси до сърдечно-съдовия център в продълговатия мозък, откъдето се активира нервус вагус. Последният предизвиква спадане на сърдечната честота и кръвното налягане и съответно довежда до мозъчна хипоперфузия. Болката или очакването за болка също може да доведе до активиране на веригата. В този случай вазовагалният симптом може да възникне и в легнало положение.

Ортостатични синкопи

Те много често се припокриват с рефлексните. Тези две групи обхващат около 75% от случаите и по правило са с добра прогноза. При ортостатичните синкопи се касае за нарушение във функцията на автономната нервна система, довеждащо до неадекватно покачване на периферното съдово съпротивление при промяна позицията на тялото. Най-честата причина за ортостатичните синкопи е хиповолемията, което може да настъпи в резултат от различни причини. Много често се касае за дехидратация в резултат от намалено количество на приетите течности, горещо време, прием на медикаменти, например диуретици, алкохол и други. За такъв

тип синкоп говорим, когато след продължително лежане и последващо изправяне систолното артериално налягане спадне с над 20 mmHg, а диастолното с над 10 mmHg.

Кардиогенните синкопи

За щастие са най-редки, те обаче често са животозастрашаващи и изискват точно и навременно отгиференциране от другите две групи, които по правило са с добра прогноза. Кардиогенните синкопи се делят на два подвида – в резултат от ритъмни нарушения или структурни промени. При физическо натоварване и в резултат от подлежащото кардиологично състояние, настъпва намаляване на сърдечния минутен обем. Така, съответно се стига до намаляване на мозъчната перфузия.

Алармиращите симптоми, които насочват към кардиогенна причина за синкопа са:

- Синкоп при физическо натоварване.
- Синкоп без продрому.
- Синкоп в легнало положение (когато липсва друга обяснима причина, насочваща към рефлексен синкоп).
- Синкоп в съчетание със сърцебиене, екстрасистоли (прескачане на сърцето), болки в гърдите.
- Фамилна анамнеза за внезапна смърт в детска възраст.
- Подлежащо сърдечно заболяване.
- Състояние след сърдечна операция или след преболедувана болест на Кавзаки.

Диференциална диагноза

Важната диференциална диагноза

за синкоп включва:

- *Гърчово разстройство*: гърчове, свързани с аура, тонично-клонична активност, по-голяма продължителност на безсъзнание, инконтиненция на урина и/или червата, прехапване на езика и объркване след възстановяване на съзнанието. Тези прояви разграничават синкопа от гърчовете.
- *Хипогликемия*.
- *Панически атаки*: усещане за предстояща гибел, сърцебиене, глад за въздух и изтръпване на периоралната област и върховете на пръстите.

Диагностика на синкопа

Анамнеза и физикален преглед

Задължително след преживяване на синкоп е извършването на обстоен преглед, снемане на подробна анамнеза и провеждане на ЕКГ-запис. Така може навреме да се разпознае потенциално животозастрашаващо състояние и пациентът да се насочи към съответното специализирано звено или да се консултира с кардиолог. Историята на синкопа трябва да се съсредоточи върху продължителността, предшестващите събития или ускоряващите събития и данните след синкопа. Важна е позицията на пациента по време на синкопа. Синкоп в изправено положение може да предполага вазовагален или ортостатичен произход, а в легнало положение може да се дължи на невро-кардиални причини. Също така нужна е и подробна анамнеза за медикаментите, които приема пациентът, ако има такива. Пълният физикален преглед е най-важният диагностичен инструмент, тъй като

помага при диагностицирането на причината и изключването на потенциални животозастрашаващи причини. Трябва да се извършат подробни сърдечно-съдови и неврологични прегледи за търсене на признаци на съдово заболяване, застойна сърдечна недостатъчност или остро мозъчно-съдово нарушение, маскирано като синкоп. Физикалният преглед трябва да се съсредоточи около отклоненията на жизнените показатели, тъй като те често могат да подкажат основни болестни процеси като ортостатична хипотония или сърдечно-съдово нарушение.

Диагностични изследвания

При съмнение за сърдечна етиология е необходима консултация с кардиолог. А при съмнение за мозъчно-съдови причини – консултация с невролог.

Изборът на диагностични изследвания зависи от данните от анамнеза та и физикалния преглед.

- Необходимо е минимум да се изследват кръвна картина, серумни електролити, глюкоза и ЕКГ при всички пациенти със синкоп.
- Ако се подозира сърдечно-съдова етиология, по-нататъшното изследване включва сърдечни ензими – креатин-киназа, тропонин, непрекъснат сърдечен мониторинг и ехокардиограма.
- Холтер ЕКГ монитор се препоръчва за амбулаторни пациенти със съмнение за нарушения на проводимостта.
- Ако се подозира цереброваскуларна етиология, по-нататъшното изследване включва компютърна томография на глава, каротиден доплер ултразвук, ЯМР на мозъка и МРА (магнитнорезонансна ангиография).
- Електроенцефалография (ЕЕГ), по-

казана при съмнение за гърчове^[1,2].

Бостънските критерии за хоспитализация на пациенти със синкоп са съсредоточени върху рисковата стратификация:

- Предишна анамнеза за сърдечно заболяване (левокамерна дисфункция, аритмия или клапно заболяване).
- Съпътстващи оплаквания в спешното отделение.
- Потенциално сърдечно заболяване, въз основа на клинични прояви като болка в гърдите, диспнея или палпитации.
- ЕКГ промени, подказващи исхемия, аритмия или ритъмно-проводни нарушения^[3].

Лечение

Лечението на основната причина е фокусът на лечението при синкоп. Медикаментозната терапия зависи от точния вид на синкопа. Тя се предписва от лекар-специалист. Обучението на пациентите е по-важно при пациенти със синкоп от вазовагална и ортостатична етиология. В случая консервативната мярка включва избягване на стимули, които са ги причинили.

Вазовагален синкоп

При рефлексните синкопи е необходимо внимателно и изчерпателно обяснение на състоянието от страна на лекуващия лекар. Следва да се разясни, че това е защитна реакция на организма и в частност на мозъка и това не е равно на хронично или животозастрашаващо заболяване.

Ортостатична хипотония

При пациенти с ортостатична хипотония се препоръчва:

- Повишен прием на течности и из-

бягване на дехидратация.

- Да се избягва посещение на сауна, продължително излагане на слънце, бърза и внезапна промяна в позицията на тялото. Така се намалява рискът от развитие на синкоп.
- По време на остър епизод, пациентите трябва да бъдат накарани да легнат и последващо повдигане на краката, което помага за възстановяването при пациенти с рефлексна ортостатична хипотония.
- Бавно изправяне от легнало и седнало положение, постепенна смяна на позата.
- Избягване на лекарства, които могат да причинят ортостатична хипотония (диуретици, вазодилататори).
- Интравенозни течности при пациенти с намален интраваскуларен обем.
- Използвайте Проаматин при тежки случаи.

Сърдечно-съдови заболявания

- Пациентите със синкоп и съпътстващо сърдечно заболяване се хоспитализират и консултират с кардиолог.
- Кардиологично лечение на основното заболяване и редовно проследяване от личен лекар и кардиолог.

Прогноза

Прогнозата зависи от основната причина, така че идентифицирането на причината е много важно. Годишната смъртност може да варира от 0 до 12% при пациенти с несърдечни причини и 18 до 33% при пациенти със сърдечна причина^[4]. ■

Книгопис:

Книгописът е на разположение в редакцията.