

АО « Медицинский Университет Астана»

Презентация

На тему: Синкопальные состояния
у детей и подростков

Астана

rusderm.ru

Синкопальды жағдай (синкоп, есінен тану) - кенеттен, қысқа мерзімді сананың жоғалуымен көрінетін және бұлшықет тонусының төмендеуімен бірге жүретін симптом. Бұл мидың өтпелі гипоперфузиясы нәтижесінде пайда болады. Синкоппен ауыратын науқастарда терінің бозаруы, гипергидроз, стихиялық белсенділіктің болмауы, гипотензия, аяқтың салқындауы, әлсіз импульс, жиі Үстірт тыныс алу байқалады. Синкоптың ұзақтығы әдетте шамамен 20 секунд. Естен танғаннан кейін науқастың жағдайы әдетте тез және толық қалпына келеді, бірақ әлсіздік, шаршау байқалады. Егде жастағы пациенттерде ретроградтық амнезия байқалуы мүмкін. Синкопальды және синкопальды күйлер адамдардың 30% - ында кем дегенде бір рет тіркеледі. Синкопальды жағдайды тудырған себептерді диагностикалау өте маңызды, сондықтан өмірге қауіп төндіретін жағдайлар (тахикардия, жүрек блокадасы) болуы мүмкін.

Синкопальды жағдайлардың эпидемиологиясы

Жыл сайын әлемде синкопальды жағдайлардың 500 мыңға жуық жаңа жағдайы тіркеледі. Олардың шамамен 15% - ы 18 жасқа дейінгі балалар мен жасөспірімдерде . 61-71% жағдайда бұл популяцияда рефлекторлық синкопальды жағдайлар тіркеледі; 11-19% жағдайда - цереброваскулярлық аурулар салдарынан талу; 6% - жүрек-тамыр патологиясынан туындаған синкоп. 40-59 жастағы ерлерде синкопальды жағдайлардың пайда болу жиілігі 16% құрайды; 40-59 жастағы әйелдерде - 19%, 70 жастан асқан адамдарда - 23%. Халықтың шамамен 30% - ы өмір бойы синкопаның кем дегенде бір эпизодына шыдайды. 25% жағдайда синкоп қайталанатыны.

Синкопальды күйлердің жіктелуі

1. Нейрогендік (рефлекторлық) синкоп.

Вазовагальды синкоп:

- Типтік.
- Атиптік.

Каротидті синустың жоғары сезімталдығынан туындаған синкоп (ситуациялық синкоп). Олар қан түрінде, жөтелу, түшкіру, жұту, дефекация, зәр шығару кезінде, жаттығудан кейін, тамақтанғаннан кейін, үрмелі аспаптарда ойнағанда, ауыр атлетика кезінде пайда болады. Тригеминальді немесе тіл-жұтқыншақ нервтерінің невралгиясы кезінде пайда болатын синкоп.

Ортостатикалық синкоп (автономды реттеудің жеткіліксіздігінен туындаған).

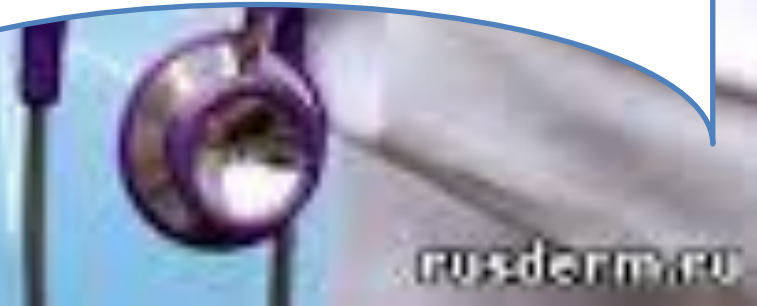
Автономды реттеудің бастапқы жеткіліксіздігі синдромындағы ортостатикалық синкоп (бірнеше жүйелік атрофия, автономды реттеу жеткіліксіздігі бар Паркинсон ауруы)

Автономды реттеудің қайталама жеткіліксіздігі синдромындағы ортостатикалық синкоп (диабеттік нейропатия, амилоидты нейропатия).

Жүктемеден кейінгі ортостатикалық синкоп.

Постпрандиалды (тамақтан кейін пайда болатын) ортостатикалық синкоп.
Дәрі-дәрмектерді немесе алкогольді қабылдаудан туындаған ортостатикалық синкоп.

Гиповолемиядан туындаған ортостатикалық синкоп (Аддисон ауруы, қан кету, диарея).



3. Кардиогенді синкоп

18-20% жағдайда синкопальды жағдайлардың себебі кардиоваскулярлық (жүрек-тамыр) патология болып табылады: ырғақ пен өткізгіштіктің бұзылуы, жүрек пен қан тамырларының құрылымдық және морфологиялық өзгерістері

.Аритмогендік синкоп.

Синус түйінінің дисфункциясы (тахикардия/брадикардия синдромын қоса).

Атриовентрикулярлық өткізгіштіктің бұзылуы.

Пароксизмальды қарыншалық және қарыншалық тахикардия

Ырғақтың идиопатиялық бұзылыстары (QT ұзартылған интервал синдромы, Бругада синдромы)

Жасанды ырғақ жүргізушілерінің және имплантацияланған кардиовертер-дефибрилляторлардың жұмыс істеуінің бұзылуы.

Дәрілік препараттардың проаритмогендік әсері.

Жүрек-тамыр жүйесі ауруларынан туындаған синкоп.

Жүрек клапандарының аурулары.

Жедел миокард инфарктісі / ишемия.

Обструктивті кардиомиопатия.

Атриальды Миксома.

Аорта аневризмасының жедел стратификациясы.

Перикардит.

Өкпе артериясының тромбоэмболиясы.

Артериялық өкпе гипертензиясы.

4.Цереброваскулярлық синкоп.

Субклавиялық "ұрлау" синдромында байқалады, оның негізінде субклавиялық тамырдың күрт тарылуы немесе бітелуі жатыр.

Бұл синдромда: бас айналу, диплопия, дизартрия, синкоп.

5. Сондай-ақ, синкоп ретінде диагноз қойылған синкопальды емес жағдайлар бар. Сананың ішінара немесе толық жоғалуымен жүретін синкопальды емес жағдайлар. Метаболикалық бұзылулар (гипогликемия, гипоксия, гипервентиляция, гиперкапниядан туындаған).

Эпилепсия.

Интоксикация.

Вертебробазилярлы транзиторлық ишемиялық шабуылдар.

Есін толық жоғалтатын және ішінара жүретін синкопальды емес жағдайлар.

Катаплексия (науқастың құлауымен бірге жүретін бұлшықеттің қысқа мерзімді релаксациясы; әдетте эмоционалды тәжірибеге байланысты пайда болады).

Психогенді псевдосинкоптар.

Паникалық атакалар.

Каротидті генездің өтпелі ишемиялық шабуылдары. Егер өтпелі ишемиялық шабуылдардың себебі каротидті артериялардағы қан ағымының бұзылуы болса, онда есінің жоғалуы мидың ретикулярлы фармациясының перфузиясы бұзылған кезде тіркеледі.

Истерикалық синдром.



ЭТИОЛОГИЯСЫ ЖӘНЕ ПАТОГЕНЕЗИ

Синкопальды жағдайлардың себептері әртүрлі патологиялық жағдайлар болуы мүмкін:

кардиоваскулярлық, неврологиялық аурулар, психикалық аурулар, метаболикалық және вазомоторлық бұзылулар.

38-47% жағдайда синкопальды жағдайлардың себебін анықтау мүмкін емес.

Этиология: 1.

Кардиоваскулярные заболевания

Аритмии.



- Тахикардии:

- Суправентрикулярная тахикардия.
- Желудочковая тахикардия.
- Фибрилляция желудочков.
- Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта.

- Брадикардии:

Синусты түйіннің әлсіздігі синдромы.

Атриальды Фибрилляция.

2-3 дәрежелі атриовентрикулярлық блокада.

Жасанды ырғақ жүргізушісінің жұмысының бұзылуы.

Каротидті синустың жоғары сезімталдығы. QT аралығының ұзару синдромы.

2. Жүрек және қан тамырларының құрылымдық аурулары.

- Аорталық стеноз.
- Митральды стеноз.
- Өкпе артериясының стенозы.
- Гипертрофиялық кардиомиопатия..
- Рестриктивты кардиомиопатия.
- Дилатациялық кардиомиопатия.
- Жүрекшелік миксома .
- Жүрек тампонадасы.
- Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі
- Миокард инфарктісі.
- Өкпе эмболиясы.
- Артериялық өкпе гипертензиясы.
- Бұғана астылық артерияның "ұрлау" синдромы.
- Сол жақ коронарлық артерияның Вальсальваның оң жақ синусынан қалыптан тыс кетуі.

3.Вазомоторлы және неврогенді себептер:

Субарахноидты қан кету.

Субдуральды қан кету.

Ишемиялық инсульт.

Вертебробазилярлы жеткіліксіздік.

Транзиторлы ишемиялық шабуылдар.

Ауыз жұтқыншақтық немесе үштік нервтердің невралгиясы.

Ортостатикалық гипотензия

Анемия.

Дегидратация.

Уытты-метаболикалық себептер:

- Метаболикалық бұзылулар:
- Гипервентиляция.
- Гиперкапния.
- Гипергликемия.
- Гипоксия.

- Синкоп тудыруы мүмкін дәрі-дәрмектерді қабылдау:
- Вазодилататоры.
- Диуретиктер.
- Антидепрессанттар
- .QT аралығын ұзартатын препараттар.
- Альфа және бета блокаторлары.
- Кальций арналарын блокаторлар.
- Антигипертензивті препараттар.
- Виагра.
- Кокаин.

Синкопальды жағдайлардың патогенезі

Синкопальды жағдайлардың патогенезі кенеттен дамыған өтпелі церебральды гипоперфузияға негізделген.

Қалыпты жағдайда церебральды қан ағымының деңгейі 50-60 мл/100 г тін/мин. бұл көрсеткішті ұстап тұру үшін жүректің минуттық көлемінің 12-15% қажет; қанның оксигенациясының минималды деңгейі 3,3-3,5 мл/O₂/мин құрайды. мидың қан ағымының 20 мл/100 г тін/ мин дейін тез төмендеуі және қанның оксигенация деңгейінің төмендеуі синкопқа әкеледі. 6-8 С ішінде церебральды қан ағымының күрт тоқтатылуы сананың толық жоғалуының себебі болып табылады.

Синкопальды жағдайдың даму кезеңдері

Пресинкопальды (липотимия, алдын-ала) кезең.-- Синкопальды жағдайдың пайда болуынан бұрын продромальды белгілер болуы мүмкін: жүрек айну, әлсіздік, бас айналу, терінің бозаруы (немесе сұр реңк), терлеу.- Прекурсорлар кезеңі тұрақты емес, бірнеше секундтан бірнеше минутқа дейін.- Алдын-ала аурудың клиникалық көріністері-бас айналу, бас ауруы, кеудедегі ауырсыну немесе ыңғайсыздық, іштің ауыруы, жүрек соғысы, жүректің "тоқтауы", "қатып қалуы" сезімі; ауа жетіспеушілігі сезімі; тиннитус; көздің қараңғылануы.

Синкоптың өзі (естен тану).- Сананың болмауы 5-20 сек (90% жағдайда), сирек-ұзағырақ.- Стихиялық белсенділік жоқ. Кейде еріксіз зәр шығару мүмкін.- Клиникалық көріністер: терінің бозаруы, цианозы; құрғақ тері, гипергидроз; бұлшықет тонусы төмендейді, тілдің шағуы мүмкін (сирек), оқушылар кеңейеді.

Постсинкопальды кезең.- Шабуылдан кейін науқастың сана-сезімі тез қалпына келе қарыншалық фибрилляцияның немесе асистолияның дамуы нәтижесінде кенеттен е болмаса), бірақ бас ауруы, айналуы және шатасуы мүмкін.- Сана мен бағдарды қалпы келтіру кезеңі, ұзақтығы бірнеше секунд.- Клиникалық көріністер-бас ауруы; бас ай кеудедегі ыңғайсыздық; тыныс алудың қиындауы; жүрек соғысы; жалпы әлсіздік.

Кардиогенді синкопальды жағдайдың клиникалық ерекшелігі-
Кардиогенді синкопальды жағдайлар.

Есін жоғалту эпизодтары әлсіздік, жүрек соғысы, кеудедегі
ауырсынудан бұрын болады.

Синкопальды жағдай пациент тұрған немесе отырған кезде пайда
болады.

Кардиогенді синкопальды жағдайлардың нұсқалары бради немесе
тахикардия болуы мүмкін. Мұндай жағдайларда синкопальды
жағдай мен Адамс-Морганьи-Стокс синдромы арасында
дифференциалды диагноз қою қажет (бірнеше секунд ішінде есін
жоғалтқан кенеттен құлдырау, тахикардия немесе брадикардия).!!!

Синкопальды жағдай кенеттен жүрек өлімімен аяқталуы мүмкін.

- Диагностика әдістері синкопальды жағдайларды диагностикалау инвазивті және инвазивті емес әдістермен жүзеге асырылады.
- Инвазивті емес диагностикалық зерттеу әдістері амбулаториялық негізде жүргізіледі.
- Инвазивті зерттеу әдістерін қолданған жағдайда ауруханаға жатқызу қажет.
- Синкопальды жағдайы бар пациенттерді инвазивті емес зерттеу әдістері, анамнез жинағы
- Физикалық тексеру
- Зертханалық зерттеу әдістері
- ЭКГ
- Холтер
- ЭКГ-мониторингі
- Дене жүктемесі бар Тест
- Ортостатикалық сынама (тилт-тест
-)Массаж каротидного синуса
- Эхокардиография
- Электроэнцефалография
- Рентгенография
- Рентгендік компьютерлік томография және магниттік-резонанстық томография
- Окулист кеңесі
- Синкопальды жағдайы бар пациенттерді зерттеудің инвазивті әдістері инвазивті емес тесттермен расталған кардиоваскулярлық аурулардың белгілері болған кезде инвазивті әдістер қолданылады
- Электрофизиологиялық зерттеулер (ЭФИ)Жүректің катетеризациясы және коронарлық ангиографияВентрикулография

СИНКОПЕ

Анамнез, физикальные данные, измерение АД лежа и стоя, стандартная ЭКГ

Достоверный или подозреваемый диагноз

Синкопе неясного генеза

Выявленное / подтвержденное диагностикой синкопе

Заболевания миокарда и/или измененная ЭКГ

Нет структурных поражений миокарда и нормальная ЭКГ

Диагноз установлен

Наличие кардиальной патологии

Частые или резко выраженные

Единичные или редкие

Есть

Нет

Неврогенные синкопе

Дальнейшее обследование не проводится

Лечение

Есть

Нет

Обследование повторить

Таблица 1. Дифференциальная диагностика синкопальных состояний

Характеристики	Нейрогенный	Ортостатический	Кардиогенный	Цереброваскулярный
Анамнез	Повторные синкопе в типичных ситуациях, семейные случаи	Гипотензия, постельный режим, дегидратация, антигипертензивные препараты	ИБС, пороки сердца, аритмии	Неврологические заболевания
Провоцирующие факторы	Стресс, душное помещение, кашель, натуживание, мочеиспускание	Резкий переход в вертикальное положение	Нет или физическая нагрузка, перемена положения тела	Нет или наклоны, повороты, запрокидывание головы
Предобморочное состояние	Слабость, головокружение, тошнота, дискомфорт в эпигастрии, звон в ушах, потливость, бледность	Отсутствует	Чаще отсутствует. Возможны боль или перебои в работе сердца, одышка, диспноэ	Чаще отсутствует. Возможны головные боли, головокружение, слабость
Обморок	Кратковременный, бледность, потливость, резкое снижение АД или брадикардия	Кратковременный, без вегетативных реакций и изменений ЧСС	Относительно продолжительный, цианоз, аритмия	Относительно продолжительный, акроцианоз, неврологическая симптоматика
Послеобморочное состояние	Гиперемия и влажность кожи, слабость, головокружение, брадикардия	Отсутствует	Слабость, цианоз, боль за грудиной, перебои в работе сердца	Головная боль, боль в шее, дизартрия, парезы
Дополнительные исследования	Проба Тулезирса, определение уровня кальция, пассивный ортостаз	Пробы Тулезирса, Вальсальвы, пассивный ортостаз	ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, УЗИ, ЭФИ	Консультация невролога, офтальмолога, отоларинголога. КТ или МРТ головного мозга, шейного отдела позвоночника. УЗДГ экстра- и интракраниальных сосудов

Емдеу

Синкопальды жағдайларды емдеудің мақсаттары

Синкоп кезінде шұғыл көмек көрсету

Физикалық және эмоционалды жарақат алу қаупін және кенеттен жүрек өлімінің қаупін азайту үшін қайталанатын синкоптардың алдын алу.

Жүрек-тамыр және неврологиялық патологияны уақтылы емдеу, бұл синкоптың себебі болып табылады.

Пациенттердің өмір сүру сапасын арттыру.

Синкопальды жағдайларды емдеудің міндеттері

Мидың перфузиясын жақсартуға бағытталған іс-шараларды жүргізу.

Синкопальды жағдайды тудыратын патологиялық жағдайды ескере отырып, синкоп арасындағы кезеңде пациенттерді емдеу.

Ауруханаға жатқызу көрсеткіштері

Диагнозды нақтылау мақсатында ауруханаға жатқызу.

Жүрек ауруына күдік.

Синкопальды жағдайлардың аритмогендік сипатын көрсететін ЭКГ-дағы патологиялық өзгерістер.

Жүктеме кезінде синкоптың пайда болуы.

Ауыр жарақатқа әкелетін синкоп.

Кенеттен жүрек өлімінің отбасылық тарихы.

Синкоп алдындағы аритмия немесе жүрек жұмысындағы үзілістер.

Жатыр жағдайында синкоптың пайда болуы.

Қайталанатын синкоп.

Емдеу мақсатында ауруханаға жатқызу.

Кенеттен жүрек өлімінің ықтималдығы жоғары кардиогенді синкоп (аритмогенді синкоп, миокард ишемиясының салдар

- ▮ Синкопальді жай - күйдің пайда болу сәтіндегі пациентті емдеу
- ▮ Себепші болатын факторларды жою : аудару науқастың көлденең, таза ауаның келуін.
- ▮ Аммиак иіскету, бетті суық сумен шашырату.
- ▮ Ауыр талу кезінде және жүргізілген іс-шаралардан әсері болмағанда, Елеулі гипотония кезінде симпатикотоникалық дәрілер енгізіледі: мезатонның 1% ерітіндісі , эфедриннің 5% ерітіндісі .
- ▮ Брадикардия немесе асистолиямен-атропин сульфатының 0,1% ерітіндісі , жанама жүрек массажы .
- ▮ Жүрек ырғағының бұзылуында антиаритмиялық препараттар қолданылады .

Дәрілік және хирургиялық терапия

Синкопқа арналған медициналық және хирургиялық терапия-бұл синкоп тудырған ауруларды емдеу

.Синкопқа әкелетін жүрек-тамыр ауруларын дәрі-дәрмекпен емдеу

.Жүйке жүйесінің ишемиялық ауруларын дәрі-дәрмекпен емдеу.

Ортостатикалық синкопальды жағдайларда-флудрокортизон (Локакортен, Флувет) күніне 0,1-0,2 мг; немесе мидодрин (Гутрон) - ересектерге ішке, тәулігіне 2 рет (таңертең және кешке) 2,5 мг, қажет болған жағдайда тәулігіне 3 рет.

Аритмогенді талу кезінде: аритмияға қарсы терапия, электрокардиостимуляция, кардиовертер-дефибрилляторды импланттау.