

Нейрокардиогенные обмороки: причины, методы диагностики, лечение, профилактика

Новикова Марина Викторовна, врач - кардиолог консультативно-поликлинического отделения
ГБУЗ СК «Краевой клинический кардиологический диспансер», кандидат медицинских наук,
Купреева Александра Вячеславовна, студентка 6 курса лечебного факультета СтГМУ

«Есть три необходимые привычки, которые при любых условиях сделают доступными любую вещь, какую только может вообразить человек: привычка к труду, привычка к здоровью, привычка к учению. Если вы обладаете этими привычками и вас любит женщина, у которой тоже есть эти привычки, вы будете счастливы ныне и всегда, она будет счастлива тоже».

Элберт Хаббард



Нейрокардиогенные обмороки – сборный термин, используемый для характеристики целой группы клинических симптомов, которые проявляются приступами потери сознания и связаны с рефлекторным воздействием вегетативной системы на регуляцию сосудистого тонуса и сердечного ритма.

Механизмы развития подобных состояний до сих пор четко не изучены. Многочисленность локализаций рецепторов афферентных нервных волокон предопределяет многообразие клинических ситуаций, характеризующихся нейрорефлекторными синкопальными состояниями.

Чаще наблюдаются обмороки, связанные с сердечно-сосудистой патологией, включающие и функциональные нарушения регуляции со-

судистого тонуса. По разным данным на долю вазовагальных обмороков приходится от 37% до 58% от общего числа синкопальных состояний, и у 18-42% из этих пациентов они обусловлены кардиальными причинами. Вазовагальные синкопальные состояния встречаются чаще у лиц молодого и среднего возраста, как правило, не имеющих признаков заболевания сердечно-сосудистой и нервной систем. У большинства наблюдаемых пациентов первые обмороки возникают в период интенсивного роста и полового созре-

вания, у женщин выявляется связь с менструальным циклом и беременностью. Наибольшее число приступов приходится на период от 15 до 23 лет.

Существуют и другие причины потери сознания, такие как: гипогликемическое состояние, анемия, эпилепсия, истерия. Согласно данным Фрамингемского исследования такие состояния не сопровождаются повышением риска ВСС, в то же время часто повторяющиеся обмороки снижают качество жизни больных, провоцируют развитие чувства страха и неуверенности.

Кроме того, у лиц определенных профессий (водолазы, водители, пилоты, военнослужащие) даже редкие обмороки могут иметь тяжелые последствия, именно эта группа пациентов особо нуждается в наблюдении, дооб-

следования и лечения. Возникновение обмороков может провоцироваться различными причинами: душное помещение, длительное стояние, боль, эмоциональная реакция, переутомление, физическое перенапряжение, перегревание, голод. Синкопальные состояния могут развиваться по 3 типам: кардиоингибиторный (ведущий симптом – брадикардия, с эпизодами асистолии); вазодепрессорный (артериальная гипотензия без брадикардии); смешанный.

В развитии синкопе выделяют 3 периода:

- **Пресинкопальный (литотимия, предобморок)** - длится от 10 до 30 секунд, изредка дольше. Активно принятые меры профилактики в этот период (сесть или лечь, выйти на свежий воздух, устранить эмоциональный или болевой раздражитель, подвигаться или позвать на помощь) очень часто позволяют предотвратить развитие обморока на этапе литотимии и являются эффективной профилактической мерой в 30-45% случаях.

- **Период собственно синкопе (обморока)** – потеря сознания длительностью от 5 секунд до 5 минут, продолжительность и глубина нарушения сознания различны (от реакции на внешние раздражители до глубокой комы). Профилактика грубых нарушений и стойких последствий зависит от присутствия окружающих и наличия у них специальной подготовки.

- **Послеобморочное состояние** - полное восстановление сознания.

Серийность развития синкопальных состояний регистрируется редко, частота варьируется (от 1 в месяц до 2-3 раз в год). В межприступном периоде у больных выделяются перманентные и пароксизмальные вегетативные нарушения. У части пациентов могут сочетаться с мигренями.

Для обеспечения эффективной профилактики подобных состояний эти пациенты нуждаются в тщательном дообследовании для выяснения и устранения причин и провоцирующих факторов. В физикальном статусе пациентов необходимо акцентировать внимание на выявление дизэмбриогенетических стигм, контроль АД (склонность к гипотонии), ЭКГ контроль (выявление нарушений ритма сердца), ЭХО-КГ (состояние клапанного аппарата, выявление дефектов клапанного аппарата, новообразований).

Особое внимание следует уделить:

- Выполнению ЧП-ЭФИ (исследование проводящей системы сердца, провокация и документация пароксизмальных нарушений ритма сердца),
- Пассивной ортостатической пробе – тилт-тест (Вестминстерский прото-

кол),

- Вагусным пробам (пробы Вебера и Вальсальвы),

- Тесту с физической нагрузкой,
- Медикаментозному тесту (АТФ)

Несмотря на значительное преобладание нейрокардиогенных синкопальных состояний в структуре причин кратковременных синкопе, данный диагноз чаще является исключением.

Эффективными мерами профилактики подобных состояний являются:

- разъяснение пациенту происходящего события, оценка риска и прогноза,
- максимальные исключения провоцирующих событий,
- нормализация водно-солевого баланса, пищевого поведения (стабилизация уровня микроэлементов и витаминов),
- медикаментозное вмешательство (седативные препараты, витаминотерапия, метаболическая терапия),
- ортостатические тренировки,
- электрокардиостимуляция (при клинически значимых брадиаритмиях),
- медикаментозное или хирургическое устранение гемодинамически значимых тахикардий.

Перспективы лечения данных состояний заключаются в создании новых методов и средств воздействия на все звенья патогенеза. Своевременное выявление и профилактика данных клинических ситуаций позволит снизить количество осложнений и является залогом будущего успешного лечения таких больных.



Первичная профилактика сердечно – сосудистых заболеваний

Шахназарян Милена Альбертовна, врач-кардиолог
дневного стационара ГБУЗ СК «Краевой клинический кардиологический диспансер»

«Если бы люди ели только тогда, когда они очень голодны, и если бы питались простой, чистой и здоровой пищей, то они не знали бы болезней и им легче было бы управлять своей душой и телом».

Лев Толстой



Сердечно – сосудистые заболевания (ССЗ) занимают лидирующее положение в структуре летальности и причин инвалидизации населения в странах с высоким уровнем жизни.

Согласно общемировой статистике, ежегодная смертность от инфаркта миокарда составляет 7 млн. человек, от инсульта – 5,5 млн, а число не фатальных сердечно – сосудистых событий в 3,5 раза превышает суммарное количество летальных исходов от ССЗ. И именно по этой причине особую медицинскую, социальную и экономическую значимость приобретает профилактика ССЗ.

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний определяется как

скоординированная система мер на популяционном или индивидуальном уровне, направленная на устранение или минимизацию последствий ССЗ и связанной с ними инвалидности. В настоящее время, во многих странах Европы, благодаря профилактическим мероприятиям, в том числе, успешно законодательству о курении, распространенность ИБС уменьшилась более чем вдвое. Тем не менее, сохраняются различия между странами в распространенности ряда факторов риска, особенно ожирения и сахарного

диабета (СД).

Если бы профилактика проводилась в соответствии с рекомендациями, то значительно уменьшилась бы распространенность ССЗ.

Профилактику можно условно подразделить на первичную и вторичную.

Первичная профилактика направлена на предупреждение первичной заболеваемости ССЗ, вторичная – на снижение риска наступления повторных сердечно – сосудистых событий.

Краеугольным камнем профилактики ССЗ является снижение суммарного сердечно – сосудистого риска, и по этой же причине профилактика ССЗ должна быть комплексной и воздействовать одновременно на все компо-

ненты риска.

К коррегируемому фактором риска сердечно - сосудистых заболеваний относятся: артериальная гипертензия, дислипидемия, курение, нарушение углеводного обмена, неправильное питание, избыточная масса тела, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, синдром обструктивного апноэ сна, фибрилляция предсердий.

А к не коррегируемому фактором риска относятся: мужской пол, возраст (мужчины старше 55 лет, женщины старше 65 лет), этнические принадлежности, наследственность.

Первичная профилактика ССЗ направлена на выявление и устранение коррегируемых факторов риска.

Профилактические мероприятия должны продолжаться всю жизнь: от рождения – до глубокой старости. Уберечься от всех факторов риска невозможно, но снизить вероятность появления заболеваний под силу каждому.

Для профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы важно ответственное отношение к себе самому и своему организму.

Артериальная гипертензия: АД — основной фактор риска развития ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности, цереброваскулярных заболеваний, хронической болезни почек, фибрилляций предсердий. Время начала лекарственной терапии определяется уровнем клинического АД, уровнем сердечно-сосудистого риска, наличием поражения органов-мишеней или сердечно-сосудистых заболеваний.

Безотлагательное начало медикаментозной антигипертензивной терапии рекомендуется всем пациентам с АГ 2 и 3 степени независимо от уровня сердечно-сосудистого риска, при этом целевой уровень АД должен быть достигнут не позднее, чем через 3 мес. У пациентов с АГ 1 степени следует начинать с рекомендаций изменений образа жизни с последующей оценкой их эффективности в отношении нормализации АД.

В новых Рекомендациях в качестве базовой антигипертензивной терапии сохраняются 5 классов препаратов: ингибиторы АПФ (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), бета-блокаторы (ББ), антагонисты кальция (АК), диуретики (тиазидные и тиазидоподобные (ТД), такие как хлорталидон или индапамид) (IA). Одной из важнейших составляющих успешного контроля АД названа приверженность пациентов к лечению. Эффективность лечения в большей степени связана со снижением АД, а не с конкретным препаратом.

Один из главных помощников в



борьбе с болезнями сердечно-сосудистой системы - регулярные физические занятия. Не нужно становиться великим спортсменом и бить мировые рекорды.

Высокие нагрузки, как и их полное отсутствие, повышают риск заболеваний.

Аэробные нагрузки - наиболее изученный и рекомендуемый вид физической активности с благоприятным дозозависимым влиянием на прогноз.

Аэробная нагрузка включает в себя активные поездки (велосипедные или пешеходные), скандинавская ходьба, бег, езда на велосипеде, беговые лыжи, аэробика, катание на коньках, гребля или плавание. **Физическими тренировками следует заниматься не менее, чем 3-5 раз в неделю, желательно ежедневно.**

Рекомендовано заниматься умеренной физической нагрузкой не менее 30 мин./день 5 дней в неделю (т.е. 150 мин./нед.) или интенсивной нагрузкой не менее 15 мин./день 5 дней в неделю (т.е. 75 мин./нед.), или комбинировать оба вида нагрузки в виде сеансов длительностью не менее 10 мин.

Более короткие тренировки (например, по 10 мин.) также могут быть приемлемыми, особенно у крайне нетренированных лиц. Физические упражнения увеличивают уровень липопротеинов высокой плотности (ЛВП), уменьшают уровень липопротеинов низкой плотности (ЛНП) и триглицеридов (ТГ), повышают чувствительность к инсулину, снижают артериальное давление (АД), а также улучшают эндотелиальную функцию. Физические упражнения помогают предотвратить риск возникновения атеросклероза. Если уровень липидов в сосудах нормален, значит, и закупоривания не про-

изойдет - для атеросклероза просто не возникает предпосылка.

Здоровое питание:

Питание должно быть сбалансированным: как нехватка, так и избыток различных элементов могут повысить шансы на возникновение заболеваний. Существенное значение имеет ограничение употребления соли. Чтобы снизить шансы на появление проблем с сердцем, следует есть больше клетчатки - она препятствует накоплению холестерина, а употребление рыбы хотя бы раз в неделю снижает риск ИБС на 16%. Принимать пищу следует часто - 4-5 раз в сутки, небольшими порциями.

Контроль массы тела:

Избыточная масса тела и ожирение увеличивают риск смерти от ССЗ и



общую смертность. Наиболее низкий уровень общей смертности наблюдается при ИМТ 20-25 кг/м²; дальнейшее снижение веса не способствует уменьшению риска развития ССЗ.

Отказаться от вредных привычек:

Курение (точнее, никотин) сужает сосуды, вызывает их спазм. Кроме краткосрочного эффекта, возникает еще и постоянный - стенки сосудов повреждаются, на них появляются бляшки. Отказ от курения - первый шаг к предотвращению образования тромбов и разрушения сосудов.

Алкоголь обладает двойным, кардиопротективно - кардиопатогенным действием на сердечно-сосудистую систему. Положительные его эффекты проявляются лишь при употреблении малых доз (1 дринк в сутки). Когда в кровь попадает алкоголь повышается свертываемость крови. В результате сосуды становятся менее проходимы и возникает риск образования тромба. Дополнительные проблемы от употребления алкоголя: повышение уровня холестерина и кислородное голодание тканей.

Снизить стресс: адреналин вызывает учащенный сердечный ритм, возникает спазм сосудов, давление повышается, сердечный клапан изнашивается быстрее.

Предотвратить нарушения в работе сердца может и сон - пожалуй, самый простой и приятный вид профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы. За время ночного сна сердце расслабится, отдохнет и подготавливается к новым высоким нагрузкам.



Сердечно-сосудистая система является одной из важнейших в обеспечении жизнедеятельности и правильном функционировании всего организма. Поскольку мы живем в эпоху эмоциональных перегрузок, некачественной пищи и постоянно ухудшающейся экологии важно внимательно следить за состоянием сосудистого русла, проводить профилактические меры для предупреждения развития заболеваний и возможных осложнений.

«Вся твоя еда должна быть твоим лекарством!»

Гиппократ

О питании



Как следует из научных статей вылечить гипертонию помогут три составляющие: разумное питание, двигательная активность, отказ от вредных привычек. Посмотрим же, что рекомендуют проверенные средства.

Правильное питание при гипертонии поможет восполнить недостающие вещества для нормальной работы сердечно-сосудистой системы.

При гипертонии в организме не хвата-

ет солей калия. Этих солей много в капусте, тыкве и абрикосах. Подлинные кладовые калия – чернослив, шиповник, курага, изюм.

Организму не хватает солей магния – они оказывают сосудорасширяющее действие и спасают от спазмов сосудов. Много магния в крупах: грече, овсянке, пшениной, ячневой, в черной смородине и грецких орехах.

Гипертонику необходимы продукты, понижающие давление.

На первом месте в диете при гипертонии стоит картофель. Его надо есть сырым мелко натертым натощак 2 раза в день по 50 г. Это средство мягко понизит давление.

Поможет нормализовать давление сок и ягоды брусники – по 200 г 3 раза в день. Курс 10 дней.

Очень эффективно снижают давление сок свеклы (по 1 ст. л. 3 раза в день), ягоды калины с сахаром или медом (2-3 ст. л. 3 раза в день), сок и ягоды черноплодной рябины (по 100 г ягод или 50 г сока 3 раза в день до еды). Курс лечения ягодами и со-

ками -3-4 недели.

Если у вас ожирение и периодически сильно поднимается давление, то соблюдайте следующие рекомендации:

В сутки должно поступать не больше 6 г соли в организм.

Пейте не менее двух литров воды в сутки.

Насыщенные жиры вам категорически запрещены.

Диета при гипертонической болезни не предусматривает ограничений в потреблении белков, если нарушений работы сердца или других органов у вас нет.

Ешьте больше овощей, фруктов.

Откажитесь от продуктов с быстрыми углеводами, способствующих ожирению: сахара, варенья, конфет. Делайте упор на продукты, богатые калием, магнием.

Ешьте меньше того, что способствует сужению сосудов, свертыванию крови: сметаны, сыра, соленой рыбы.

Вам категорически запрещено все, что возбуждающе действует на сердечно-сосудистую, нервную системы.