

მაია კოსტავა

სინკოპე (რამდენიმე შემთხვევა კლინიკური პრაქტიკიდან)

ქუთაისის ა. წერეთლის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, საქართველო

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2026.02.08>

MAIA KOSTAVA

SYNCOPE (SEVERAL CASES FROM CLINICAL PRACTICE)

Kutaisi A.Tsereteli State University, Georgia

SUMMARY

The following article briefly reviews the concept of syncope and its various forms, with particular emphasis on arrhythmogenic causes. Three clinical cases from medical practice are presented to illustrate different cardiac rhythm disturbances associated with syncope.

In the first case, syncope resulted from the sudden onset of a complete atrioventricular block with a markedly reduced ventricular rate of 23 beats per minute, confirmed by electrocardiography (ECG given). Due to the severity of bradycardia, the patient required urgent implantation of a permanent pacemaker.

The second case describes the sudden development of atrial flutter with 2:1 atrioventricular conduction, accompanied by a pulse rate of 161 beats per minute. After appropriate diagnostic evaluation and treatment, the patient's clinical condition improved, heart rhythm became more stable, arterial blood pressure normalized, and the patient was discharged home after several days.

In the third case, the patient was brought in from the street with bradysystolic atrial fibrillation (his ECG is provided). Following the necessary diagnostic procedures and treatment, the patient was referred to the cardiac electrophysiologist (arrhythmology specialist or arrhythmologist). To prevent potential complications and improve clinical status, a permanent pacemaker was implanted.

These cases highlight the importance of timely recognition of arrhythmogenic causes of syncope and appropriate management, including pacemaker implantation when indicated.

Keywords: Syncope, forms, cardiac rhythm, clinical cases

გულის წასვლას (სინკოპე) უწოდებენ ცნობიერებისა და სხეულის მდებარეობის (კუნთების ტონუსის) ხანმოკლე, დროებით დაკარგვას, რომელიც თავისთავად გაივლის. გონების კარგვის ხანმოკლე, გარდამავალი შემთხვევები საკმაოდ სერიოზული კლინიკური პრობლემაა. ფრემინგემის 17 წლიანი კვლევის მიხედვით, სინკოპეს ეპიზოდები გვხვდება პაციენტების 10,5%-ში. ამასთან, გონების კარგვის სიხშირემ შეადგინა 7,2 ყოველ 1000 ადამიანზე. გონების კარგვის ამ ეპიზოდებში სინკოპეალური და არასინკოპეალური მიზეზების შეფარდებაა - 9:1-ზე [1].

გულის წასვლის პათოლოგიური მიზეზების დაყოფა შეიძლება შემდეგ ჯგუფებად:

- ნეიროგენული, გუსტატიკური, „სითუაციური“ და კაროტიდული სინუსის სინდრომი.
- თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის დარღვევა, რაც გამოწვეულია მაგისტრალურ და ტვინის მკვებავ არტერიებში გარდამავალი ობსტრუქციით.
- გულის რითმისა და გამტარებლობის დარღვევები.

გულის წასვლის პათოგენეზს საფუძვლად უდევს მძიმე ხარისხის ჰიპოტენზია და მასთან დაკავშირებული ტვინის ჰიპოპერფუზია, რომელიც გრძელდება რამდენიმე წამით მაინც.

ჰიპოგლიკემიით, ისტერიით, ჰიპერვენტილაციით, ჰიპოქსიით, შაკიკით, ეპილეფსიით გამოწვეული გულის წასვლა განპირობებულია სხვა მექანიზმებით და მას ეწოდება ფსევდოსინკოპე.

გულის წასვლის ჭეშმარიტი მიზეზის დადგენა საკმაოდ მნიშვნელოვანი ამოცანაა, რაც საშუალებას იძლევა შეფასდეს პროგნოზი, რეციდივების რისკი, ასევე დაისახოს სამკურნალო ღონისძიებების კომპლექსი. ევროპის კარდიოლოგიური ექსპერტებისა და ამერიკის გულის ასოციაციის რეკომენდაციის მიხედვით, აუცილებელია დაავადების ისტორიისა და ანამნეზის

კვლევა, ფიზიკალური გასინჯვა, ელექტრო-კარდიოგრამის გადაღება [5-7]; სტანდარტული შეკითხვების დასმა საშუალებას იძლევა გამოავლინოთ ის სიმპტომები, რომლებიც დაკავშირებულია გულის რითმის დარღვევებთან ან რეფლექტორულ მექანიზმებთან [3]

არჩევნ სინკოპეს შემდეგ კლინიკურ კრიტერიუმებს:

1. ნეირომედულატორული სინკოპე:

- გულის დაავადებების არქონა
- სინკოპეს ხანგრძლივი ანამნეზი
- გულის ხანმოკლე წასვლა არასასიამოვნო ხმების, სურნელების, მტკივნეული ზემოქმედების შედეგად, ასევე დიდხანს ვერტიკალურ მდგომარეობაში დგომის - ან უჰაერო (ხალხით გადავსებულ სივრცეში) ყოფნის შედეგად.
- გულისრევისა და ღებინების პროდრომული სიმპტომები.
- საკვების მიღების ან მისი შემდგომი პერიოდი.
- თავის ისეთი მოძრაობა, რომელიც გავლენას ახდენს კაროტიდულ სინუსებზე.
- ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ განვითარებული სინკოპე.

2. ვაზოვაგალური სინკოპე:

- მაპროვოცირებელი ფაქტორები: შიში, მოულოდნელი, ინტენსიური ტკივილი, ოფლიანობა, მხედველობის „დაბინდვა“, სიცხის შეგრძნება ემოციური სტრესი, დიდხანს ფეხზე დგომა.
- პროდრომული სიმპტომები: გულისრევა, სიცხის შეგრძნება, ოფლიანობა.
- ორთოსტატიკური სინკოპე ფეხზე აღდგომის შედეგად განვითარებული.
- ზოგჯერ სინკოპეს შემთხვევები გამონწვეულია ახლადდანიშნული ჰიპოტენზიური წამლის ან ჩვეული პრეპარატის დიდი დოზით მიღების შემთხვევაში.
- დიდხანს ვერტიკალურ მდებარეობაში ან დახუთულ/ხალხით გადავსებულ გარემოში ყოფნის შედეგად განვითარებული.
- ავტონომიური ნეიროპათიის ან პარკინსონიზმის არსებობის გამო განვითარებული
- ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ წარმოშობილი

3. გულ-სისლძარღვთა პათოლოგიით გამონწვეული სინკოპე

- გულის სტრუქტურული დაავადებები
- უეცარი კარდიული სიკვდილის ოჯახური ანამნეზი
- სინკოპე, განვითარებული ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ ან ჰორიზონტალურიდან ვერტიკალურ მდგომარეობაში გადასვლის შედეგად
- სინკოპე, რომელსაც წინ უძღვის გულისცემის გახშირება ან ტკივილი გულმკერდის არეში.

ელექტროკარდიოგრაფიული სინდრომები, რომლებიც ადასტურებენ სინკოპეს არითმიულ მიზეზებს:

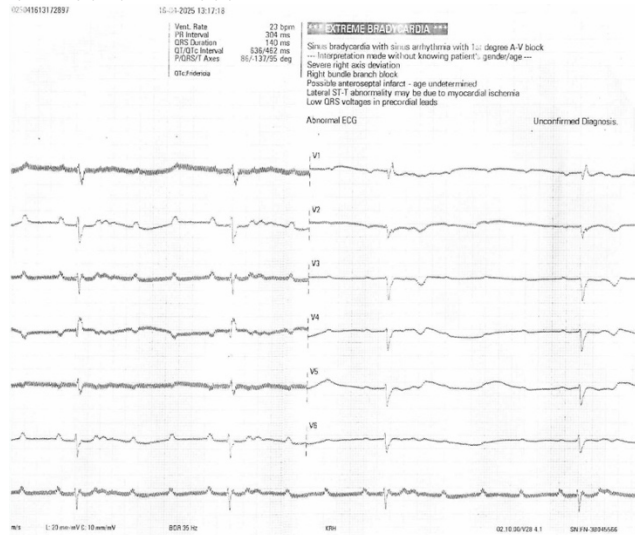
- ბივენტრიკულური ბლოკადა;
- შიგაპარკუჭოვანი გამტარებლობის არასპეციფიკური დარღვევა (QRS>0,12 წამზე);
- ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა მობიტეც II ტიპისა ან მეტი ხარისხის.
- უსიმპტომი სინუსური ბრადიკარდია (გ.ც.ს. < 40"-ზე)
- სინოატრიული ბლოკადა მესამე ხარისხის ან ხანგრძლივი პაუზის (> 3 წამზე) არსებობა.
- პარკუჭგედა ან პარკუჭოვანი ტაქიკარდიები გულისცემის მაღალი სიხშირით.
- WPW სინდრომი
- გახანგრძლივებული ან შემოკლებული QT ინტერვალი
- ბრუგადას სინდრომი.

ქვემოთ მოყვანილია სხვადასხვა არითმიით გამონწვეული სინკოპეს 3 კლინიკური შემთხვევა.

ქეისი N1.

საქართველოს კლინიკების ქუთაისის რეფერენსული ჰოსპიტლის ემერჯენსი 112-ის ბრიგადის მიერ მოყვანილ იქნა 67 წლის მამაკაცი, რომელსაც ბოლო 2 დღე აღენიშნებოდა გულის წასვლის რამდენიმე ეპიზოდი, რასაც თან ახლდა თავბრუსხვევა, თვალელებში „დაბნელება“, უჭირდა ფეხზე დგომა, აღნიშნავდა დაბალ არტერიულ წნევას.

ობიექტურად: პაციენტი იყო ფერმკრთალი, კონტაქტური, ადექვატური, გულის ტონები მოყრუებული, მკვეთრად შენელებული, პულსი - „22-23“ წუთში, T/A 85/50 mmHg-ზე პაციენტს გადაეღო ე.კ.გ. რომელიც მოცემულია ქვემოთ.

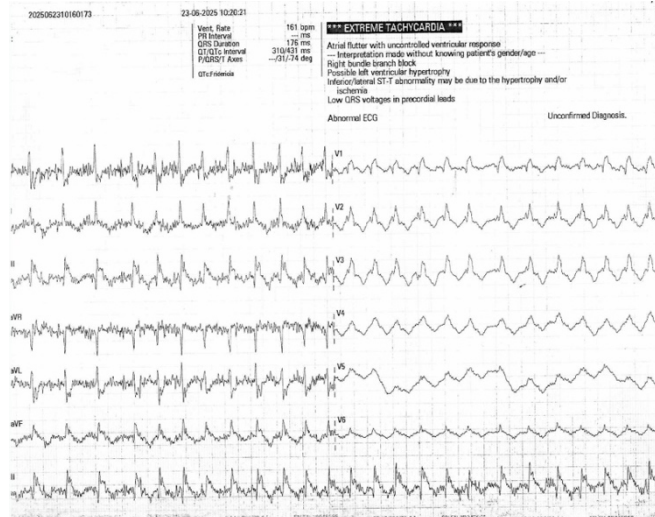


როგორც ელექტროკარდიოგრაფიაზე ისახება, პაციენტს დაურეგისტრირდა სრული (მესამე ხარისხის) ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა მკვეთრად გაიშვიათებული პარაკუჭთა შეკუმშვით – „23“ წუთში. კონსულტირებულ იქნა კარდიოლოგის მიერ, ემერჯენსიშივე, ადგილობრივი ანესთეზიით, ჩაედგა დროებითი კარდიოსტიმულატორი. ამავდროულად, მწვავე კორონარული სინდრომის (ქვედა კედლის ინფარქტი) გამოსარიცხად აეღო ანალიზი რაოდენობრივ ტროპონინზე (შედეგი უარყოფითი, ტროპონინი სისხლში – 0,2 ერთ). ასევე, ჰემოდინამიკის გასაუმჯობესებლად პაციენტს ინტრავენურად გადაესხა 1 ლ-მდე კრისტალოიდები (0,9%-იანი NaCl). არტერიულმა წნევამ მოიმატა 105/75 mmHg-მდე. ასევე მოხდა არითმოლოგთან ოპერატიული დაკავშირება მუდმივი კარდიოსტიმულატორის ჩაყენების აუცილებლობის საკითხის გამო. პაციენტი გადაყვანილ იქნა სხვა კლინიკაში, სადაც მას ჩაედგა მუდმივი პეისმეკერი, გულისცემის სიხშირემ შეადგინა „66“ წუთში. გაუმჯობესდა პაციენტის თვითგრძობა, აულავდა თავბრუსხვევა. რამდენიმე დღეში პაციენტი გაეწერა ბინაზე, მიეცა შესაბამისი დანიშნულება და რეკომენდაციები.

ქეისი N2.

კლინიკაში შემოვიდა 73 წლის ქალბატონი, რომელსაც სახლში უეცრად დაეხვა თავბრუ, იგრძნო გულისცემის მკვეთრი გახშირება, წაუვიდა გული, გადმოვარდა სკამიდან, დაეცა. შემოსვლისას პაციენტის მდგომარეობა იყო მძიმე, აღენიშნებოდა დაბალი არტერიული წნევა – 85/52 mmHg, პულსი რითმული, მკვეთრად გახშირებული – 161” წუთში. ასევე გახშირებული იყო სუნთქვა – „26“ წუთში.

ანამნეზში იგი აღნიშნავდა არითმიის არსებობას, მაგრამ ვერ აკონკრეტებდა რა სახის. პაციენტს დაუყონებლივ დაეწყო ჟანგბადის მიწოდება სველი წესით 8 ლ/წთ-ში, გადაეღო გულმკერდის რენტგენი, ექოკარდიოგრაფია, ე.კ.გ., რომელიც მოცემულია ქვემოთ.

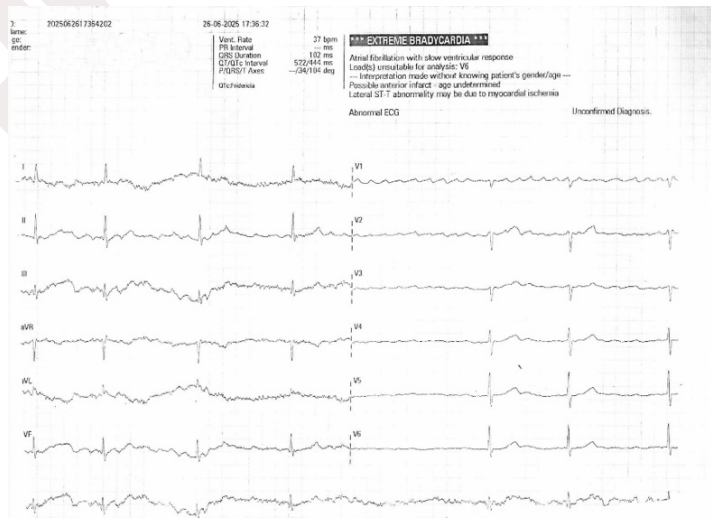


როგორც ე.კ.გ.-ზე ჩანს, პაციენტს დაუფიქსირდა წინაგულთა თრთოლვა 2:1-ზე გამტარებლობით, გულისცემის სიხშირით – „161“; დაეწყო მკურნალობა ამიოდარონით – 300 მლ + 100, 0 მლ NACL ინტრავენურად. ამავდროულად, მაღალი თრომბოემბოლიური რისკის გამო, დაენიშნა რივაროქსი დოზით – 20 მგ. რამდენიმე საათის შემდეგ წინაგულთა თრთოლვა გადავიდა წინაგულთა ფიბრილაციაში, პულსი შემცირდა „124“-მდე წუთში. შემდეგ დღეებში გაუგრძელდა მკურნალობა ამიოდარონის ტაბლეტირებული ფორმით – 200 მგ. 2-ჯერ პულსის კონტროლით. ამავდროულად ეძლეოდა გულის უკმარისობისათვის ავთ ინჰიბიტორი – ამჰრილანი, დოზით – 2,5 მგ, ვეროპირონი 25 მგ, 1 ტ., ფუროსემიდი – 40 მგ. 1 ტ. პერორალურად, დღეგამოშვებით. უგრძელდებოდა რივაროქსი 20 მგ/დღ. რამდენიმე დღეში პაციენტი გაენერა ბინაზე გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში, მიეცა შესაბამისი დანიშნულება და რეკომენდაციები.

ამრიგად, ზემოთ აღწერილ შემთხვევაში პაციენტის სინკოპე გამოიწვია უეცრად განვითარებულმა წინაგულთა თრთოლვამ გულისცემის მაღალი სიხშირით, რომლის ფონზეც გაუარესდა თავის ტვინის პერფუზია და განვითარებული ჰიპოტენზიის გამო, პაციენტს აღენიშნებოდა სინკოპე.

ქეისი N 3

68 წლის მამაკაცს ქუჩაში, ავტობუსის გაჩერებაზე, უეცრად წაუვიდა გული და ჩაიკეცა. მოქალაქეებმა გამოიძახეს სასწრაფო დახმარების ბრიგადა, რომელმაც იგი მოიყვანა კლინიკაში. შემოსვლისას გადაღებულ ე.კ.გ.-ზე დაფიქსირდა წინაგულთა ბრადისისტოლური ფიბრილაცია მნიშვნელოვნად გაიშვიათებული გულისცემის სიხშირით - „37“ წუთში. პაციენტის ე.კ.გ. მოცემულია ქვემოთ.



როგორც ე.კ.გ.-დან ჩანს, დაფიქსირებულია ფრედერიკის სინდრომი (სრული ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა შერწყმული წინაგულთა ფიბრილაციასთან). სწორედ გაიშვიათებული რითმის ფონზე განვითარდა ჰიპოტენზია, გაუარესდა თავის ტვინის პერფუზია, რის გამოც პაციენტს განუვითარდა სინკოპე. მას ემერჯენსშივე ოპერატიულად ჩაუტარდა ყველა აუცილებელი კვლევა (გულის ულტრასონოგრაფია, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, სისხლის საერთო ანალიზი, ტროპონინი და D-ლიმერი სისხლში), რის შემდეგაც, არითმიოლოგთან შეთანხმებით, მოხდა მისი გადაყვანა სპეციალიზირებულ კლინიკაში, სადაც მას წარმატებით ჩაედგა მუდმივი კარდიოსტიმულატორი. პაციენტის მდგომარეობა მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა, იგი რამდენიმე დღეში გაეწერა სახლში. მას განერისას გულისცემის სიხშირე აღენიშნებოდა „68“ წუთში.

და ბოლოს, დასკვნის სახით, უნდა ითქვას, რომ სინკოპე არ არის უბრალოდ გულის წასვლა – იგი შესაძლებელია გამომწვეული იყოს გულის რითმის სერიოზული და ზოგჯერ სიცოცხლისათვის საშიში დარღვევებით, რაც საჭიროებს დროულ დიაგნოსტიკას, ოპერატიულად ჩასატარებელ კვლევებსა და სამკურნალო ღონისძიებებს, მათ შორის, ზოგჯერ, ინტერვენციულ ჩარევასაც კი (მუდმივი პეისმეკერის იმპლანტაციას).

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Andrea D. Thompson, Michael J. Shea, Jonathan G. Howlett. MSD Manuals, Aug. 2024
2. Sotwriades E.S., Evans J.C, et al. Incidence and prognosis of syncope N. Eng.J.Med., 2012;347:878-885
3. Brignole M., Alboni P., Bend D.G., et al. Guidelines and management (diagnosis and treatment) of syncope- Update 2004; Europace 2004;6:467-537.
4. Moya A., Satton R., Ammirati F. et al. Guidelines for the Diagnosis and management of syncope (version 2009). Eur. Heart J, 2009, 30: 2631-2671.
5. S.A., Benson D.W., Biaggioni J. et al. AHA / ACCF scientific statement on the evaluation of syncope. JACC 2006; 47: 473- 484
6. Alboni P., Brignole M., Menozzi C. et al. The diagnostic value of history in patients with syncope with or without heart disease. JACC 2013 37:1921-1928.

მაია კოსტავა

სინკოპე (რამდენიმე შემთხვევა კლინიკური პრაქტიკიდან)

ქუთაისის ა. წერეთლის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, საქართველო

რეზიუმე

შემოთხვევანილ სტატიაში მოკლედ განხილულია სინკოპეს რაობა, მისი სხვადასხვა ფორმები, უპირატესი აქცენტით – არითმოგენურ მიზეზებზე. ასევე მოცემულია 3 კლინიკური ქვისი კლინიკური პრაქტიკიდან. პირველ ქვისში სინკოპე გამომწვეული იყო სრული ატრიო-ვენტრიკულური ბლოკადის უეცარი განვითარებით პარკუჭთა შეკუმშვის მკვეთრად დაბალი სიხშირით – „23“ წუთში (მოცემულია ე.კ.გ.), რის გამოც, პაციენტისათვის გადაუდებლად აუცილებელი გახდა მუდმივი კარდიოსტიმულატორის ჩაყენება. მეორე ქვისი კი, ასახავს მოულოდნელად განვითარებულ წინაგულთა თრთოლვას 2:1 გამტარებლობით, პულისის სიხშირით – „161“ წუთში. შესაბამისი კვლევებისა და მკურნალობის შემდეგ, პაციენტის მდგომარეობა გაუმჯობესდა, გაუიშვიათდა რითმი, დაურეგულირდა არტერიული წნევა და იგი რამდენიმე დღეში გაეწერა სახლში. რაც შეეხება მესამე ქვისს, პაციენტი მოყვანილ იქნა ქუჩიდან, წინაგულთა ბრადისისტოლური ფიბრილაციით (მოცემულია მისი ე.კ.გ.), ეს პაციენტიც შესაბამისი კვლევებისა და მკურნალობის შემდეგ, გადაყვანილ იქნა არითმოლოგთან და მას ასევე მოსალოდნელი გართულებების პრევენციისა და მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით ჩაედგა მუდმივი კარდიოსტიმულატორი.

