

Postępowanie w omdleniach odruchowych – mniej farmakoterapii i stałej stymulacji, więcej edukacji i metod czerpiących ze znajomości mechanizmów reakcji omdleniowej

prof. dr hab. n. med. Piotr Kułakowski

Klinika Kardiologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa



Osoby zgłaszające się do lekarza z powodu omdleń odruchowych (wazowagalnych, neurogennych, neurokardiogennych) stanowią jedną z najliczniejszych grup chorych. Ocenia się, że co najmniej 25–30% ludzi doświadcza takiego omdlenia przynajmniej raz w życiu, a rozpoznanie to jest pod-

stawą przyjęcia do pełnoprofilowego szpitala ponad 1% wszystkich chorych [1].

W ostatnich latach istotnie zmieniły się metody leczenia omdleń odruchowych. W latach 90. XX wieku dość popularne było stosowanie β -blokerów, midodrinu, a czasami dizopiramidu. Osobom z kardiodepresyjną postacią omdleń często wszczepiano na stałe stymulator. Jednak kolejne badania dotyczące zarówno farmakoterapii, jak i stymulacji stałej przynosiły coraz słabsze dowody na to, że leczenie osób z omdleniami jest rzeczywiście skuteczne.

Nic więc dziwnego, że w ostatnim czasie widać wyraźnie powrót do nefarmakologicznych metod postępowania w omdleniach odruchowych. Nie znaczy to, że leków bądź implantacji stymulatora nie stosuje się już u nikogo, ale odsetek tak leczonych chorych wyraźnie zmalał. Na przykład w ośrodku, w którym pracuję, w ostatnich 2 latach chorym z omdleniami wazowagalnymi wszczepiliśmy zaledwie 4 stymulatory – były to zawsze osoby po 40. roku życia, ze złośliwym typem omdlenia (przedłużona asystolia), któremu towarzyszyły urazy. Czasem u osób, u których przed wystąpieniem omdlenia dochodzi do wybitnie nasilonej tachykardii, stosujemy β -blokery, natomiast u osób z reakcją wazodepresyjną próbujemy czasem wykorzystać midodrin.

Trzeba jednak pamiętać, że większość osób z omdleniami odruchowymi to ludzie młodzi, bez innych schorzeń i bez urazów spowodowanych omdleniem. Naturalnym wyborem w tej grupie osób jest postępowanie nefarmakologiczne – nauczanie, jak przeciwdziałać omdleniom, jak ograniczać ich skutki, a także, co poru-

sza komentowany przeze mnie artykuł [2], wdrożenie treningu pionizacyjnego.

Warto chyba przypomnieć kilka podstawowych rad, jakich musimy udzielić osobom z omdleniami odruchowymi. Po pierwsze, zaleca się unikanie sytuacji prowadzących do omdlenia oraz zwiększenie objętości przyjmowanych płynów i soli, o ile nie ma przeciwwskazań (np. nadciśnienie tętnicze lub niewydolność serca). Ma to na celu zwiększenie objętości łożyska naczyniowego, zapobieganie hipowolemii i utrzymanie przepływu krwi w ważnych narządach (mózg) nawet w sytuacjach sprzyjających wystąpieniu omdlenia. Ponadto można zalecić noszenie specjalnych elastycznych pończoch obejmujących zarówno podudzie, jak i udo, co zmniejsza magazynowanie krwi w łożysku żylnym i poprawia powrót krwi żylny do serca.

Inną formą nefarmakologicznego postępowania z osobami z omdleniami odruchowymi są metody poprawiające reagowanie na stres ortostatyczny. Zalicza się do nich regularne ćwiczenia fizyczne (najlepiej pływanie), a także sen z wyższym ułożeniem głowy.

Trening pionizacyjny jako metoda leczenia omdleń odruchowych pojawił się dość dawno, ale jego skuteczność nadal jest niejasna. Wyniki badań są sprzeczne, a jedyne badanie z randomizacją nie wykazało, aby trening pionizacyjny był efektywny [3]. Głównym problemem jest niechęć do cierpliwego kontynuowania ćwiczeń – niektórzy oceniają, że tylko 1/3 osób trenuje sumiennie. Nie jest to wynik zaskakujący, gdyż trzeba pamiętać, że z reguły mamy do czynienia z ludźmi młodymi, którzy nie mają ochoty lub czasu spędzać 30–45 min dwa razy dziennie, stojąc przy ścianie. Jednak prawie wszystkie badania wskazują na to, że ci wysoce umotywowani, kontynuujący trening, przeważnie odnoszą istotne korzyści z tej formy terapii. Wyniki komentowanej pracy potwierdzają te spostrzeżenia.

Metodyka treningu pionizacyjnego nie została ujednolicona. Nie ma zgodności co do tego, jak długa ma być każda sesja oraz jak długo należy kontynuować ćwiczenia. Większość autorów zgadza się, że trening na-

leży rozpocząć w domu (wykonywanie kolejnych testów pochyleniowych w warunkach szpitalnych bądź ambulatoryjnych jest czasochłonne, absorbuje personel i jest w wielu pracowniach po prostu niewykonalne). W naszej pracowni zalecamy rozpoczynanie domowego treningu od 5-min sesji rano i wieczorem i wydłużanie ich co tydzień o 5 min aż do osiągnięcia 45 min. Jeśli na którymś etapie dojdzie do omdlenia, zalecamy niewydłużanie sesji przez kolejny tydzień aż do ustąpienia omdleń. Zawsze musi być obecna druga osoba, która w razie omdlenia będzie asekurować ćwiczącego, a podłoże musi być miękkie.

Podsumowując, omdlenia odruchowe to najczęściej nie choroba, ale szczególna uroda układu autonomicznego. Na tę dolegliwość cierpią zwykle ludzie młodzi,

u których objawy najczęściej ustępują z wiekiem. Starajmy się więc, jeśli tylko można, powstrzymać się od podawania leków, a tym bardziej od wszczęcia stymulatora.

Piśmiennictwo

1. Brignole M, Alboni P, Benditt DG, et al. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope - update 2004. *Europace* 2004; 6: 467-537.
2. Gajek J, Zyśko D, Mazurek W. Trening pionizacyjny w leczeniu chorych z omdleniami wazowagalnymi. *Kardiologia Pol* 2006; 64: 602: 608.
3. Foglia-Manzillo G, Giada F, Gaggioli G, et al. Efficacy of tilt training in the treatment of neurally mediated syncope. A randomized study. *Europace* 2004; 6: 199-204.