

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00749&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00749. Диференційна діагностика епізодичних порушень

Автор: Mikko Kallela  
Редактор оригінального тексту: Sari Atula  
Дата останнього оновлення: 2017-08-28

## Основні положення

- Більшість епізодичних симптомів є доброякісними, але слід враховувати ймовірність виникнення потенційно серйозних станів.
- Збір анамнезу є найважливішим засобом дослідження епізодичних симптомів. Початок симптомів, провокуючі фактори, перебіг та стан пацієнта після епізоду мають особливо велике значення при дослідженні цих симптомів. Як це часто буває і в інших ситуаціях, дуже важливим є перше враження (на початку епізоду).
- Можливі додаткові дослідження мають концентруватися довкола найбільш ймовірної етіології симптомів.

## Класифікація епізодичних симптомів в умовах первинної ланки медичної допомоги

- Зомління, наприклад, вазовагальне синкопе
- Епізод гіпоглікемії
- Епізод, пов'язаний з хворобою серця або легень
- Епізод, пов'язаний з неврологічним захворюванням чи симптомом
  - Епілептичний напад
    - Генералізований (епілептичний) напад
    - Фокальний напад

- Порушення мозкового кровообігу
  - Транзиторна ішемічна атака (ТІА) чи інсульт у басейні сонних артерій (“порушення передньої циркуляції”)
  - ТІА чи інсульт в вертебробазиллярному басейні (“порушення задньої циркуляції”)
- Транзиторна глобальна амнезія (ТГА)
- Пароксизмальний головний біль
  - Первинний головний біль
  - Вторинний головний біль
- Мігренозна аура
- Пароксизмальне запаморочення (“напади запаморочення”)
  - Доброякісне позиційне запаморочення (вертиго)
  - Гострий вестибулярний нейроніт
  - Напади при хворобі Мен'єра
- Ортостатичний колапс
- Психогенні причини

## Типові епізодичні симптоми

- *Зомління* діагностують у випадках, коли непритомності передувала емоційна/стресова ситуація (взяття крові на аналіз, потрясіння), спостерігаються ознаки та симптоми пресинкопального стану (блідість, спітніння, стало зле), коротка тривалість епізоду (менше 1 хвилини) і швидке відновлення [Настанова 00055 Синкопе: етіологія та об...]. Дегідратація, анемія чи гіпоглікемія можуть істотно сприяти зомлінню.
- *Дроп-атака* — несподіване падіння внаслідок втрати м'язового тону без втрати свідомості. Часта причина падінь у людей похилого віку. Невелике порушення мозкового кровообігу призводить до падіння, але не спричиняє втрати свідомості.
- Напад *гіпоглікемії* супроводжується, наприклад, частим серцебиттям, пітливістю, відчуттям голоду, тремтінням, головним болем, сплутаністю, порушеннями зору, а також дратівливістю та іншими транзиторними емоційними симптомами. Ці симптоми одразу зникають після відновлення рівня глюкози в крові.
- Захворювання серця в анамнезі та симптоми, що для них характерні (наявність серцевих аритмій, болю у грудях), вказують на епізоди *кардіогенного походження* (ішемічну хворобу серця, вади клапанів,

порушення у провідній системі, синдром подовженого інтервалу QT, синдром Вольфа-Паркінсона-Вайта, суправентрикулярну тахікардію, шлуночкову тахікардію тощо).

- Якщо пацієнт знепритомнів, після відновлення нормального кровообігу він швидко приходить до тями. Зазвичай немає ані судом, ані постиктальної сплутаності свідомості, хоча інколи можна помітити короткочасне посмикування кінцівок.
- Крім колапсу, до типових симптомів емболії легеневих артерій належать задишка, біль у грудях та кашель.
- *Генералізований епілептичний напад* характеризується несподіваним початком, втратою свідомості, ритмічними клоніко-тонічними судомами, нетриманням сечі, повільним відновленням та постиктальною сплутаністю свідомості. Пацієнт може сам/сама себе травмувати.
  - Типовий неускладнений напад триває близько однієї хвилини.
- Для *фокальних епілептичних нападів* властиві продромальні неврологічні симптоми ("аура", незвичайне відчуття, що піднімається з епігастральної ділянки, дежавю, сенсорні порушення, порушення мови, посіпування кінцівок, неприродні тонічні пози), раптовий початок, потьмарення свідомості і, в деяких випадках, прогресування симптомів до клоніко-тонічних судом.
- Для *порушень мозкового кровообігу* (див. [настанова 00759] Інфаркт мозку (ішемічний...) [настанова 00761] Внутрішньомозковий крово...) характерна раптова поява симптомів, що вказують на неврологічний дефіцит. Прояви можуть зменшитись або й повністю зникнути на момент звернення по допомогу. За винятком епізодів ТІА, при обстеженні у більшості пацієнтів все ж вдається виявити певні залишкові ознаки порушень.
  - Пацієнти з епізодами ТІА [настанова 00762] Транзиторна ішемічна ата...] часто мають судинні фактори ризику. Симптоми ТІА з'являються раптово, досягають свого піка за секунди чи десятки секунд і тривають від декількох хвилин до добрих десяти хвилин.
    - Під час ТІА в ділянках басейну сонних артерій у пацієнтів виникають слабкість у кінцівках з одного боку, мінуща втрата зору та порушення мови, якщо уражена домінантна гемісфера.

- Під час ТІА в ділянках басейну хребтових артерій у пацієнтів виникають запаморочення, нечіткість (“розмитість”) зору, двоїння, порушення мовлення та дроп-атаки (диференційний діагноз може бути складним).
- *Первинний головний біль* проявляється повторними схожими нападами. При огляді не визначаються жодні відхилення від норми. У пацієнтів з *вторинним головним болем* (наприклад, спричиненим порушенням мозкового кровообігу чи пухлиною головного мозку) при обстеженні зазвичай можна виявити патологічні ознаки, і головний біль не відповідає критеріям основних видів первинного головного болю (див. [\[настанова 00793 |Кластерний головний біль...\]](#) [\[настанова 00792 |Мігрень\]](#) [\[настанова 00791 |Головний біль напруги\]](#)).
- Мігренозна аура зазвичай проявляється зоровими порушеннями як позитивного (зигзагоподібні лінії, тремтіння поля зору, мерехтіння), так і негативного (скотома) характеру. Також аура може проявлятися порушенням мови чи відчуттів.
  - Аура поширюється (погіршується) протягом десятків хвилин і поступово зникає, її загальна тривалість становить до 1 години.
  - Найбільш характерною рисою мігрени є схожість повторних нападів з типовою аурою. Головний біль часто настає протягом години після початку аури.
  - Симптоми ТІА з'являються швидше, ніж мігренозна аура, для них не характерне поступове розповсюдження і “позитивні” симптоми, що типові для аури, у подальшому також зазвичай не виникає головний біль.
- До *транзиторної глобальної амнезії* (ТГА [\[настанова 01084 |Транзиторна глобальна ам...\]](#)) відносять епізоди тривалістю від декількох годин до доби, під час яких пацієнт не здатен запам'ятовувати нову інформацію. Пацієнт продовжує повторювати одні й ті самі запитання, хоча в усіх інших відношеннях діє відповідним чином.
- При *доброякісному позиційному запамороченні* (див. [\[настанова 00858 |Доброякісне пароксизмаль...\]](#) [\[настанова 00745 |Запаморочення\]](#)) певні зміни в положенні голови викликають важке короткочасне відчуття обертального запаморочення (вертиго), що не супроводжується іншими неврологічними симптомами. Тривалість інтенсивного вертиго зазвичай обмежена, здебільшого менше 1 хвилини,

невдовзі після чого пацієнти почуваються добре, аж поки нові зміни в положенні голови не провокують інший напад обертального вертиго.

- Серед інших причин гострого вертиго є гострий вестибулярний нейроніт та напади при хворобі Мен'єра [настанова 00846 | Хвороба Мен'єра].
- При *ортостатичних явищах* [настанова 00055 | Синкопе: етіологія та об...] слабкість, запаморочення та майже колаптоїдний стан пов'язані з переходом у вертикальне положення. Частіше спостерігають у людей похилого віку, які приймають декілька різних препаратів. Автономна нейропатія (наприклад, асоційована з діабетом) погіршує симптоми.
- Колапсу, що викликаний *психогенними причинами*, зазвичай передують страх, тривога, паніка та гіпервентиляція. В соматичному статусі відхилення не виявляються. Часто в анамнезі зазначають аналогічні напади [настанова 00729 | Тривожний розлад].
- Більш рідкісні причини епізодичних симптомів:
  - Гіперчутливість каротидних синусів (синкопе каротидного синуса)
    - Подразнення каротидного синуса (наприклад, тугим комірцем) може викликати колапс у пацієнтів через вагусний рефлекс.
  - Нарколепсія [настанова 00788 | Нарколепсія та інші гіпе...]
    - До симптомів відносять: напади підвищеної сонливості, катаплексію (раптова втрата довільного м'язового тону асоційована, наприклад, зі сміхом), сонний параліч і галюцинації при засинанні чи під час пробудження.

## Діагностика

### Анамнез, об'єктивний статус та першочергові дослідження

- Найбільш важливо отримати чіткий опис подій. На додачу до розповіді пацієнта, опис подій свідками створює підґрунтя для діагностики. Перед призначенням подальших досліджень слід врахувати медичний анамнез, поточний прийом ліків (антигіпертензивних, антипсихотиків та інших вазоактивних препаратів) та сімейний анамнез (наприклад, епілепсію, мігрень, раптову смерть, відомий синдром подовження інтервалу QT).
- *Фізикальний огляд*

- Який вигляд має пацієнт (нормальний, втомлений, засмучений, тощо)
- Ознаки травми (що може бути причиною епізоду порушення свідомості і, внаслідок цього, падіння)
- Сліди прикушування на язиці, нетримання сечі (вказують на судомний напад)
- Набряки чи інші ознаки хвороб серця (що вказують на кардіогенну етіологію)
- *Кардіоваскулярний статус*
  - П'ять пунктів для запам'ятовування:
    1. Анамнез, ліки
    2. Клінічні дані: загальний стан, пульсація яремних вен, артеріальний пульс, артеріальний тиск, аускультация серця
    3. ЕКГ
    4. Рентгенологічне дослідження грудної клітки
    5. Лабораторні дослідження (дивіться нижче).
  - Ортостатична проба важлива при обстеженні пацієнтів з колапсом в анамнезі. Наявність ортостатичної реакції підтверджується, якщо після переходу у положенні стоячи систолічний артеріальний тиск пацієнта зменшується на 15–20 мм рт. ст. або більше. Для виявлення можливого зниження артеріального тиску після вставання слід почекати не менше 2 хвилин.
  - Дуже важливо ретельно вивчити ЕКГ (ішемічні зміни, ритм, ектопічні комплекси, тривалість PR, QT тощо)
- *Неврологічний статус*
  - П'ять пунктів для запам'ятовування:
    1. Анамнез
    2. Клінічні дані: рівень свідомості, ригідність потиличних м'язів, сліди прикушування на язиці, черепні нерви (очі, обличчя, мова), неврологічний дефіцит/різниця між сторонами тіла
    3. КТ сканування голови
    4. Зразок цереброспінальної рідини (+ інші лабораторні тести)
    5. ЕЕГ

- Порушення рівня свідомості та нездатність до співпраці вказують на епілепсію чи іншу неврологічну етіологію. Лабораторні та інші дослідження слід призначати лише після ретельного вивчення анамнезу та результатів огляду пацієнта.
- Якщо на основі анамнезу та фізичного огляду виникає підозра, що колапс у пацієнта спричинений гострим неврологічним захворюванням (наприклад, порушенням мозкового кровообігу) необхідно невідкладно провести КТ голови.
- На додаток до КТ може бути виконана люмбальна пункція [настанова 00739 | Люмбальна пункція], наприклад, у разі підозри на субарахноїдальний крововилив [настанова 00760 | Внутрішньочерепна аневри...].
- Призначення ЕЕГ слід розглянути, якщо є підстави підозрювати, що колапс був наслідком епілептичного нападу.
- Слід розглянути проведення наступних досліджень:
  - Рутинні дослідження:
    - ЕКГ, глюкоза крові, С-реактивний білок, загальний аналіз крові з тромбоцитами, креатинін, електроліти
    - Якщо необхідно: ТТГ, вільний Т4, визначення психоактивних речовин (етанол, метанол, наркотики, ліки)
  - Дослідження, що виконують при підозрі на кардіогенне походження симптомів чи емболію легеневих артерій:
    - ЕКГ, креатинкіназа, креатинкіназа-МВ фракція, гази артеріальної крові, D-димер фібрину, тропонін Т, С-реактивний білок
- Дослідження після судомного нападу:
  - Креатинкіназа, концентрація протиепілептичного препарату в крові (якщо відомо про епілепсію та є можливість визначити концентрацію конкретного препарату), можливо кальцій, печінкові проби, аміак.

## Додаткові дослідження

- Якщо першочергові дослідження свідчать про кардіогенне походження симптомів, слід розглянути проведення ехокардіограми, амбулаторного моніторингу ЕКГ і виконання тесту толерантності до фізичного навантаження [доказ 00670 | C].

- Якщо є підозра, що пацієнт має схильність до ортостатичних реакцій, може бути корисним амбулаторний моніторинг артеріального тиску.
- Проведення наступних неврологічних досліджень слід розглянути індивідуально для кожного пацієнта: КТ-ангіографія, МРТ, МРТ-ангіографія чи ЕЕГ (під час сну, відео- чи амбулаторний моніторинг ЕЕГ).
- Дослідження функцій вегетативної нервової системи може бути корисним для оцінки її стану. Проба на поворотному столі (тилт-тест) може надати додаткову інформацію у випадку повторних синкопе.

## Настанови

- [Настанова 00055](#). Синкопе: етіологія та обстеження.
- [Настанова 00759](#). Інфаркт мозку (ішемічний інсульт).
- [Настанова 00761](#). Внутрішньомозковий крововилив.
- [Настанова 00762](#). Транзиторна ішемічна атака (ТІА).
- [Настанова 00793](#). Кластерний головний біль (синдром Хортон).
- [Настанова 00792](#). Мігрень.
- [Настанова 00791](#). Головний біль напруги.
- [Настанова 01084](#). Транзиторна глобальна амнезія (ТГА).
- [Настанова 00858](#). Доброякісне пароксизмальне позиційне головокружіння (ДППГ).
- [Настанова 00745](#). Запаморочення.
- [Настанова 00846](#). Хвороба Мен'єра.
- [Настанова 00729](#). Тривожний розлад.
- [Настанова 00788](#). Нарколепсія та інші гіперсомнії центрального походження.
- [Настанова 00739](#). Люмбальна пункція.
- [Настанова 00760](#). Внутрішньочерепна аневризма та субарахноїдальний крововилив (САК).

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 00670](#). Diagnosis of syncope.  
Дата оновлення: 2006-01-17  
Рівень доказовості: C



**Резюме:** After history, physical examination and electrocardiography (with a diagnostic yield of 50%), cardiac examination may be most important in patients with syncope.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: ebm00749    Ключ сортування: 036.004    Тип: EBM Guidelines

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-08-28

---

Автор(и): Mikko Kallela    Автор(и) попередніх версій статті: Marjaana Luisto    Редактор(и): Sari Atula  
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe    Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd  
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

---

Навігаційні категорії

EBM Guidelines    Neurology    Internal medicine    Cardiology    Otorhinolaryngology    Psychiatry

---

Ключові слова індексу

mesh: carotid TIA    mesh: Epilepsy, Absence    mesh: Syncope    mesh: atypical facial pain    mesh: Amnesia  
mesh: benign positional vertigo    mesh: Migraine Disorders    mesh: seizures    mesh: Panic Disorder    mesh: Seizures  
mesh: Arrhythmia    mesh: basilar migraine    mesh: amnesia, transient global    mesh: Epilepsy    mesh: Vision Disorders  
mesh: Amaurosis Fugax    mesh: Hyperventilation    mesh: Epilepsies, Partial    mesh: Vertigo    mesh: Aged  
mesh: Epilepsy, Generalized    mesh: Vertebrobasilar Insufficiency    mesh: Ischemic Attack, Transient    mesh: vertebris-TIA  
mesh: Syncope, Vasovagal    mesh: Unconsciousness    Fainting    Faint    icpc-2: A06    icpc-2: A07    speciality: Cardiology  
speciality: Internal medicine    speciality: Neurology    speciality: Otorhinolaryngology    speciality: Psychiatry