

Диагностика и лечение синкопальных состояний. Основные положения рекомендаций Европейского общества кардиологов (2018 г).

Ю.А. Лутай, О.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова, Э.Ю. Турна, Е.А. Костюкова

Diagnosis and treatment of syncopal conditions. Summary of recommendations of European society of cardiology (2018).

Yu.A. Lutai, O.N. Kryuchkova, E.A. Itskova., E.U. Turna, E.A. Kostyukova

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Ключевые слова: обморок, диагностика, лечение, рекомендации, Европейское общество кардиологов

Резюме

Диагностика и лечение синкопальных состояний. Основные положения рекомендаций Европейского общества кардиологов (2018 г).

Ю.А. Лутай, О.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова, Э.Ю. Турна, Е.А. Костюкова

Европейской ассоциацией кардиологов в 2018 году были представлены новые рекомендации по диагностике и лечению синкопальных состояний. Обновление рекомендаций обусловлено тем, что синкопальные состояния являются одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем в мире, а также появлением в литературе значительного количества новых данных и доказательств с момента публикации последней версии в 2009 году. В документе подробно освещены современная классификация, подходы к диагностике, дифференциальной диагностике и лечению обмороков.

По сравнению с рекомендациями ESC 2009 года, сделан акцент на стратификацию риска осложнений у пациентов, которые перенесли синкопе, что позволит более правильно выбирать тактику лечения. Наблюдается большая направленность на использование имплантируемых петлевых регистраторов для получения объективных данных об электрокардиографической корреляции с приступом потери сознания. Также подробно прописана маршрутизация больных в зависимости от уровня риска.

Лутай Юлия Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского». Контактная информация: E-mail: Corpulmo@yandex.ru, 295051, бульвар Ленина 5/7, г. Симферополь

Крючкова Ольга Николаевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского». Контактная информация: E-mail: kryuchkova62@yandex.ru, 295051, бульвар Ленина 5/7, г. Симферополь

Ицкова Елена Анатольевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского». Контактная информация: E-mail: Corpulmo@yandex.ru, 295051, бульвар Ленина 5/7, г. Симферополь

Турна Эльвира Юсуфовна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского». Контактная информация: E-mail: Corpulmo@yandex.ru, 295051, бульвар Ленина 5/7, г. Симферополь

Костюкова Елена Андреевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского». Контактная информация: E-mail: Corpulmo@yandex.ru, 295051, бульвар Ленина 5/7, г. Симферополь

В связи с многокомпонентной этиологией синкопальных состояний рекомендации актуальны для врачей различных специальностей: кардиологов, неврологов, терапевтов, семейных врачей и др.

Ключевые слова: обморок, диагностика, лечение, рекомендации, Европейское общество кардиологов

Abstract

Diagnosis and treatment of syncopal conditions. Summary of recommendations of European society of cardiology (2018).

Yu.A. Lutai, O.N. Kryuchkova, E.A. Itskova., E.U. Turna, E.A. Kostyukova

European society of cardiology (ESC) in 2018 has presented new recommendations for the diagnosis and treatment of syncopal conditions. Update recommendations appeared due to high prevalence of syncopal conditions which one of the most pressing health and social problems in the world, as well as appearing in the literature a significant amount of new data and evidence since the publication the latest version in 2009. The document shows in details modern classification approaches to diagnosis, differential diagnosis and treatment of syncope. Compared with the recommendations of the ESC 2009, focus is made on risk stratification of complications among patients who have had syncope, which will allow choosing the right tactics of treatment. Main focus is made on the use of implantable loop recorders to obtain objective data on Electrocardiographic correlation with the attack of fainting. The routing of patients depending on the level of risk is also described in detail. In connection with the multicomponent etiology of the syncopal conditions recommendations are relevant to various specialties physicians: cardiologists, neurologists, internists, family physicians, etc.

Keywords: syncope, diagnostics, treatment, recommendations

В 2018 г. Европейское общество кардиологов (ESC), совместно с ведущими экспертами Европейской ассоциации нарушений ритма сердца (EHRA) опубликовало обновленное руководство по диагностике и лечению обмороков [2].

Синкопальные состояния, по-прежнему, остаются актуальной и важной проблемой современной клинической медицины. Это связано с нарастающей распространенностью этих патологических состояний, особенно у лиц трудоспособного возраста, их диагностической сложностью, что обусловлено сочетанием тяжести субъективных жалоб и скудностью объективной симптоматики. При определенных условиях эти патологические состояния могут представлять реальную угрозу для жизни и требуют правильной нозологической диагностики с целью выбора патогенетической терапии [1, 2, 4, 13].

Первое, на что следует обратить внимание в данных рекомендациях, это определение синкопе. Согласно мнению экспертов, обморок (синкопе) — это преходящая потеря сознания из-за церебральной гипоперфузии, характеризующейся быстрым началом, кратковременностью и спонтанным полным выздоровлением [2]. Слово «гипоперфузия» здесь является основным, так как определяет причину потери сознания — уменьшение доставки крови к головному мозгу. Также впервые представлен термин «специалист по синкопе» — это врач, который несет ответственность за всестороннюю оценку состояния пациента, у которого имело место синкопе, обеспечивая стратификацию риска, организацию диагностического процесса и лечения

и последующее наблюдение с помощью стандартизованного протокола.

Классификация

Современная классификация обмороков включает в себя следующие варианты синкопе [2] (табл. 1).

Начальная оценка пациента с обмороком

Согласно рекомендациям ESC 2018 г. по оценке и ведению пациентов с синкопальными состояниями, начальная оценка пациентов с синкопе включает:

- тщательно собранный анамнез касательно настоящих и предыдущих приступов, а также свидетельств очевидцев, полученных в личной беседе или по телефону;
- физикальное исследование, включая различные измерения в положении лежа и стоя;
- регистрацию электрокардиограммы;
- При необходимости могут быть выполнены дополнительные исследования:
 - непосредственный мониторинг электрокардиограммы, если предполагается аритмический обморок;
 - механостимуляция каротидного синуса у пациентов старше 40-летнего возраста;
 - ортостатическая проба, если предполагаемая причина обморока рефлекторная или обусловлена ортостатической гипотензией;
 - анализ крови при наличии соответствующих

Патофизиологическая классификация основных причин обмороков

Патогенетический вариант синкопе	Причины
Рефлекторный (нейрогенный) обморок	<p>Вазовагальный:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ортостатический вазовагальный обморок: стоя, значительно реже-сидя; • эмоциональный: страх, боль (соматическая или висцеральная), инструментальное обследование, боязнь крови. <p>Ситуационный:</p> <ul style="list-style-type: none"> • мочеиспускание; • стимуляция желудочно-кишечного тракта (глотание, дефекация); • кашель, чихание; • физическая нагрузка; • другие (смех, игра на духовых инструментах). <p>Синдром каротидного синуса Неклассифицируемые формы (без продромального периода и/или явных триггеров и/или атипичные проявления)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Ортостатическая гипотензия, вызванная физической нагрузкой • Постпрандиальная гипотензия (после еды) • Деадаптация (после длительного пребывания в лежачем положении) • Лекарственное синкопе • Гиповолемия (кровотечение, диарея, рвота) • Первичная вегетативная недостаточность (при истинной вегетативной недостаточности, мультисистемной атрофии, болезни Паркинсона, деменции с тельцами Леви) • Вторичная аутоиммунная недостаточность (при сахарном диабете, амилоидозе, почечной недостаточности).
Кардиогенный обморок	Аритмия в виде основной причины:
	<i>брадикардия:</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • дисфункция синусового узла (включая синдром брадикардии/тахикардии) • АВ-блокада.
	<i>тахикардия:</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • наджелудочковая; • желудочковая.
	Органическая патология сердца:
	аортальный стеноз, острый инфаркт миокарда / ишемия, гипертрофическая кардиомиопатия, образования в сердце (миксома предсердия, опухоли и др.), заболевания перикарда/тампонада, врожденные аномалии коронарных сосудов, дисфункция искусственного клапана

показаний: гематокрит или уровень гемоглобина, если предполагается кровотечение; сатурация кислорода и анализ газов в крови, если есть признаки гипоксии; уровень тропонина при подозрении на ассоциированный с ишемией кардиальный обморок или D-димер, если есть признаки эмболии легких и т.д.

Если причина обморока остается невыясненной после проведения выше указанных исследований, рекомендуется использовать дополнительные диа-

гностические тесты [2, 7, 9, 14]. По сравнению с рекомендациями 2009 г [13], в последней версии рекомендаций наблюдается большая направленность на использование имплантируемых петлевых регистраторов для получения объективных данных об электрокардиографической корреляции с приступом потери сознания [2, 7, 14]. Применение таких приборов рекомендовано на самом раннем этапе диагностического поиска – после первоначального обследования больных, имеющих низкий риск вне-

запной смерти. Также рекомендуется применение имплантируемых петлевых регистраторов у больных с потенциально опасными причинами обмороков, например, при наследственных каналопатиях, но только в тех случаях, когда польза от имплантации автоматического кардиовертер-дефибриллятора не достаточно хорошо установлена (табл. 2).

Таким образом, проведенные обследования должны ответить на 4 основных вопроса:

1. Была ли кратковременная потеря сознания?
2. Ее происхождение: синкопальное или не синкопальное?
3. Подтверждаются ли предположения об обмороке данными этиологического диагноза?
4. Присутствуют ли свидетельства высокого риска сердечно-сосудистых событий или смерти?

В рекомендациях уточнено, что золотой стандарт диагностики обмороков отсутствует [2], но существует консенсусное мнение, что первоначальная оценка приводит к определенному и весьма вероятному диагнозу при соблюдении определенных критериев (табл. 3).

Очень важно проводить дифференциальную диагностику между обморочными состояниями и другими нозологиями, так как правильная и своевременная диагностика является залогом адекватного лечения и более благоприятного прогноза для жизни [2, 4, 5] (табл. 4).

Оценка риска

Для оптимизации помощи пациентам с синкопальными состояниями европейскими экспертами предлагается создать особый блок для оперативного решения вопросов диагностики, мониторинга и выбора тактики ведения. Для этого рекомендуется провести стратификацию риска.

В таблице 5 представлены предикторы риска из данных анамнеза, физического и лабораторного обследования, связанные с неблагоприятными результатами в отдельных исследованиях [3, 6, 11, 12].

Дальнейшее ведение пациентов с синкопальными состояниями

В зависимости от выявленного клинического риска рекомендуется наблюдать пациентов с низким риском прогностически неблагоприятных исходов (рефлекторные или ситуационные обмороки или обмороки, вызванные ортостатической гипотензией) в палате интенсивной терапии (IB). А пациентов с высокими рисками неблагоприятных жизнеугрожающих событий рекомендуется размещать для наблюдения и диагностики в блоке для синкопе или госпитализировать в палату интенсивной терапии/реанимации (IB). За состоянием пациентов, не имеющих ни высоких, ни низких факторов риска, рекомендуется наблюдать в условиях отделения не-

отложной помощи или отделения обмороков без госпитализации (IB) [2].

Лечение при рефлекторном обмороке

В лечении рефлекторных обмороков рекомендуется использовать нефармакологические методы, такие как обучение пациентов предотвращению ситуаций и триггеров обморока и раннее распознавание продромальных симптомов, модификацию образа жизни и нацеленность на успешное завершение лечебного курса. В предотвращении обмороков важен контроль употребления антигипертензивных средств, использование приема контрдавления (изометрические сокращения мышц, которые увеличивают сердечный выброс и повышают артериальное давление в фазу, предшествующую рефлекторному обмороку). Также для пациентов молодого возраста с рецидивирующими вазовагальными симптомами, обусловленными ортостатическим стрессом, предложен метод тренировок с постепенным увеличением длительности ортостатического положения (принудительного поддержания вертикального положения тела).

Из фармакологических препаратов рекомендуется использовать у молодых пациентов с ортостатической формой вазовагального обморока, низкими / нормальными значениями АД флудрокортизон. Пациентам с ортостатической формой вазовагального обморока может быть рекомендован антагонист α -адренергических рецепторов – мидодрин [15].

Также рекомендуется рассмотреть вопрос установки кардиостимулятора с целью уменьшения рецидивов обмороков у пациентов > 40 лет с зафиксированной симптоматической асистолической паузой (паузами) > 3 сек или бессимптомной паузой (паузами) > 6 сек, которые вызывали остановку сердца, АВ-блокаду или их комбинацию. Целесообразно использовать кардиостимуляции с целью уменьшения рецидивов обморока у пациентов с кардиоингибирующим синдромом каротидного синуса, старше 40 лет и частыми рецидивами непредсказуемых обмороков [1, 2].

Лечение при ортостатической гипотензии и ортостатической непереносимости

Рекомендуется всем пациентам объяснить диагноз, риск рецидива и целесообразность избегания специфических триггеров и ситуаций. Необходимо употреблять до 2–3 л воды и 10 г поваренной соли в сутки. Может быть рекомендован сон с приподнятым головным концом кровати для увеличения объема жидкости. Есть сведения, что быстрый прием холодной воды эффективен при ортостатической непереносимости и постпрандиальной гипотензии. Пациентам с наличием продромальных симпто-

Дополнительные диагностические тесты при синкопе

Метод исследования	Диагностический критерий	Класс/ уровень
Механостимуляция области каротидного синуса	Синдром каротидного синуса подтверждается, если механостимуляция каротидного синуса вызывает брадикардию (асистолию) и/или гипотензию, что провоцирует спонтанные симптомы у пациентов с обмороком рефлекторного типа	IB
Ортостатические пробы	Подтверждается при падении систолического АД по сравнению с исходным значением > 20 мм рт. ст., диастолического АД > 10 мм рт. ст. или уменьшении систолического АД < 90 мм рт.ст., при воспроизведении симптомов спонтанного синкопе.	IC
Пассивная ортостатическая проба (тилт-тест)	Диагноз рефлекторного обморока, ортостатической гипотензии, синдрома постуральной ортостатической тахикардии и психогенного псевдообморока может быть подтвержден, если тилт-тест провоцирует появление соответствующих симптомов с характерными для этих состояний изменениями гемодинамики	II a B
Оценка вегетативной функции	Проба Вальсальвы: выполняется с целью оценки вегетативных функций у пациентов с предполагаемой ортостатической гипотензией	II a B
	Проба с глубоким дыханием выполняется с целью оценки вегетативных функций у пациентов с предполагаемой нейрогенной ортостатической гипотензией	II a B
	Круглосуточный мониторинг артериального давления: метод выявления ночной артериальной гипертензии для пациентов с вегетативной недостаточностью и определения и контроля ортостатической гипотензии и supine-гипертензии в повседневной жизни у пациентов с вегетативной недостаточностью	I B
Электрокардиографический мониторинг	Подтверждением диагноза аритмического обморока служит корреляция между его эпизодами и приступами сердечной аритмии (брадикардия или тахикардия)	I C
	Возможность аритмического обморока необходимо предполагать при атриовентрикулярной блокаде Мобитца 2-го типа I–III степени или асистолии желудочков продолжительностью > 3 с или быстрой пролонгированной суправентрикулярной тахикардии, или вентрикулярной тахикардии	II a B
Имплантируемые регистраторы ЭКГ	Следует рассмотреть целесообразность применения внешних петлевых регистраторов, вскоре после первоначального события, у пациентов с межсимптомным интервалом ≤ 4 недели	II a B
	в раннюю фазу обследования пациентов с рецидивами обмороков неясного генеза, при отсутствии критериев высокого риска и высокой вероятностью рецидива на протяжении срока действия батареи питания используемого устройства	I A
	пациентам высокого риска, у которых тщательное обследование не обнаружило причины обмороков или не привело к специфическому лечению, а также больным, не имеющим традиционных показаний для первичной профилактики посредством ИКД или пейсмекера	I A
Электрофизиологические исследования	Рекомендуется пациентам с обмороками и предшествующим инфарктом миокарда или кардиосклерозом в случае, если прочие неинвазивные методы не позволили выяснить причину синкопального события	I B
Эндогенный аденозин и другие биомаркеры	Рекомендуется пациентам с обмороком и бифасцикулярной межжелудочковой блокадой в случае, если прочие неинвазивные методы не позволили выяснить причину синкопального события	II a B
	<ul style="list-style-type: none"> низкий уровень аденозина в плазме крови ассоциируется с пароксизмальной атриовентрикулярной блокадой или синдромом каротидного синуса, тогда как высокий уровень отмечается у пациентов с гипотензивной/вазодепрессивной тенденцией и вазовагальным обмороком. Повышение уровня копептина (вазопрессина), эндотелин-1, N-терминального натрий-уретического пептида рго-В-типа (при ортостатической гипотензии), предсердного натрийуретического пептида (при синдроме постуральной ортостатической тахикардии) 	II a C
Эхокардиография	Диагностика и подтверждения таких состояний как: аортальный стеноз, опухолевая или тромботическая обструкция сердца в анамнезе, перикардальная тампонада и диссекция аорты	I C
Нагрузочные пробы	Подтверждением обморока по причине атриовентрикулярной блокады II–III степени	I C
	Рефлекторный обморок развивается непосредственно сразу же после физических нагрузок и сопровождается тяжелой гипотензией	IC

Первичная диагностика обмороков

Рекомендации	Класс/ уровень
Рефлекторный обморок и ортостатическая гипотензия	
Вазовагальный обморок наиболее вероятен, если он обусловлен болью, страхом или переводом тела в стоячее положение и ассоциирован с типичными прогрессирующими предвестниками (бледность, повышенное потоотделение и/или тошнота)	IC
Диагностировать ситуационный рефлекторный обморок можно с высокой вероятностью, если его развитие происходит сразу же после активации специфических триггеров	IC
Обморок при ортостатической гипотензии можно считать определенным, если он происходит во время вставания и есть признаки значительной ортостатической гипотензии	IC
В отсутствие обоих критериев о вероятности рефлекторного обморока и ортостатической гипотензии судят по качественным признакам этих состояний и отсутствию признаков кардиального обморока	IIa C
Кардиальный обморок	
Аритмический обморок вероятен, если на электрокардиограмме выявляются: <ul style="list-style-type: none"> • синусовая брадикардия < 40 сердечных сокращений в минуту или синусовая пауза > 3 с в бодрствующем состоянии в отсутствие физических нагрузок; • атриовентрикулярная блокада Мобитца 2-го типа II степени; переменная блокада ножек пучка Гиса; • желудочковая тахикардия или быстрая суправентрикулярная тахикардия; • нестойкие эпизоды полиморфной желудочковой тахикардии и удлинение или укорочение Q–T интервала; • неисправность функции сердечных пауз искусственных имплантируемых устройств 	IC
Ассоциированный с ишемией кардиальный обморок имеет сопутствующие признаки ишемии с инфарктом миокарда или без него	IC
Обморок по причине структурных кардиопульмональных нарушений высоко вероятен у пациентов с пролапсом атриальной миксомы, шаровидным тромбом левого предсердия, тяжелым аортальным стенозом, легочной эмболией или острой диссекцией аорты	IC

Табл. 4

Дифференциальная диагностика обмороков с другими заболеваниями

Состояние	Характерные особенности
Генерализованные судороги	Глаза во время потери сознания открыты
Сложные парциальные эпилептические припадки или отсутствие эпилепсии	Нет падения, но пациент не отвечает на вопросы, после приступа — амнезия
Психогенный псевдообморок (псевдокома)	Продолжительность кажущейся потери сознания составляет от нескольких минут до нескольких часов; высокая частота эпизодов (до нескольких раз в сутки)
Падение без кратковременной потери сознания	Нет невосприимчивости или амнезии
Катаплексия	Падение, вялый паралич и ареактивность без последующей амнезии
Внутричерепное или субарахноидальное кровоизлияние	Сознание может быть утрачено не сразу, а прогрессивно снижаться, сопровождаясь сильной головной болью и другими неврологическими симптомами
Вертебробазилярная транзиторная ишемическая атака	Всегда присутствуют очаговые неврологические признаки и симптомы, обычно без потери сознания; при потере сознания в этом состоянии его продолжительность больше, чем при кратковременной потере сознания
Каротидная транзиторная ишемическая атака	Сознание в целом не утрачено, но имеются выраженные очаговые неврологические признаки и симптомы
Синдром подключичного обкрадывания	Ассоциирован с очаговыми неврологическими признаками
Метаболические нарушения, включая гипогликемию, гипоксию, гипервентиляцию с гипокапнией	Продолжительность намного больше, чем при кратковременной потере сознания; может наблюдаться нарушение, но не потеря сознания
Интоксикация	Продолжительность намного больше, чем при кратковременной потере сознания; может наблюдаться нарушение, но не потеря сознания
Остановка сердца	Полная потеря сознания
Кома	Продолжительность намного больше, чем при кратковременной потере сознания

Признаки высокого и низкого риска у пациентов с обмороками при первоначальном обследовании

Синкопальное событие	
<i>Низкий риск</i>	
Ассоциировано с типичным продромальным периодом для рефлекторного обморока (головокружение, чувство жара, потливость, тошнота, рвота)	
<ul style="list-style-type: none"> • После внезапного появления неприятного звука, запаха или боли • После длительного пребывания в положении стоя в многолюдном душном месте • Во время еды / в постпрандиальный период • Триггер-кашель, дефекация, мочеиспускание • При повороте головы или давлении на каротидный синус (опухоль, бритье, тугий галстук) • При принятии положения стоя из лежачего / сидячего положения 	
<i>Высокий риск</i>	
<i>Большие</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Внезапное появление дискомфорта в грудной клетке, одышки, абдоминальной или головной боли • Обморок во время нагрузки / в положении лежа • Внезапное появление ощущения сердцебиения непосредственно перед обмороком 	
<i>Малые</i>	
Нет тревожных симптомов или короткого (< 10 сек) продромального периода	
Отягощенный семейный анамнез по внезапной сердечной смерти в молодом возрасте	
Обморок в положении сидя	
Медицинский анамнез	
<i>Низкий риск</i>	
Длительный анамнез (годы) повторяющихся обмороков с аналогичными проявлениями низкого риска	
Отсутствие органической патологии сердца	
<i>Высокий риск</i>	
<i>Большие</i>	
Тяжелая органическая патология или заболевания коронарных артерий (сердечная недостаточность, низкая фракция выброса или перенесенный инфаркт миокарда)	
Объективный осмотр	
<i>Низкий риск</i>	
Норма при физикальном осмотре	
<i>Высокий риск</i>	
<i>Большие</i>	
Необъяснимое снижение систолического АД <90мм рт. ст. в ОНП	
Признаки гастроинтестинального кровотечения при ректальном обследовании	
Персистирующая брадикардия (<40 уд./мин) при сохраненном сознании и отсутствии физических тренировок	
Не диагностированный систолический шум	
ЭКГ	
<i>Низкий риск</i>	
Норма	
<i>Высокий риск</i>	
<i>Большие</i>	<i>Малые (высокий риск только при наличии упоминаний в анамнезе об аритмогенном обмороке)</i>
Изменения на ЭКГ, характерные острой ишемии <ul style="list-style-type: none"> • Мобитц II-AB-блокада 2 и 3 степени • Персистирующая синусовая брадикардия (3 сек при сохраненном сознании и отсутствии физических тренировок) • Блокада пучка Гиса, нарушение внутрижелудочковой проводимости, гипертрофия желудочков, характерные для ишемической болезни сердца или кардиомиопатии волны Q • Стойкая / нестойкая желудочковая тахикардия • Дисфункция имплантированного устройства (пейсмекера или ИКД) • Синдром Бругада, тип I • Подъем сегмента ST с I типом в отведениях V1-V3 (синдром Бругада) • QT> 460 мсек в 12 отведениях ЭКГ, что указывает на синдром удлинения QT 	<ul style="list-style-type: none"> • Мобитц I-AB-блокада 2 степени и 1 степени со значительным удлинением PR-интервала • Бессимптомная синусовая брадикардия (40-50 уд./мин) или медленная фибрилляция предсердий (40-50 уд./мин) • Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия или фибрилляция предсердий • Короткий интервал QT (≤ 340 мсек) • Атипичный синдром Бругада • Отрицательные T-волны в правых грудных отведениях, элипсон-волны, указывающие на аритмогенную кардиомиопатию правого желудочка

мов ортостатической гипотензии рекомендованы приемы контрдавления в виде скрещивания ног и приседаний. Необходим контроль антигипертензивной терапии. Выявлено, что ортостатическая гипотензия реже встречается при назначении ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, блокаторов рецепторов ангиотензина и блокаторов кальциевых каналов по сравнению с блокаторами β -адренергических рецепторов и тиазидными диуретиками

Из фармакологических средств рекомендовано использовать: мидодрин, флудрокортизон, десмопрессин (при ночной полиурии), октреотид (при постпрандиальной гипотензии), эритропоэтин (при анемии), пиридостигмин. К новым, подтвердившим свою эффективность терапевтическим средствам при нейрогенной ортостатической гипотензии принадлежит предшественник норадреналина, неселективный агонист адренергических рецепторов доксидапа [2, 8, 13].

Лечение аритмогенных обмороков

Постоянная электрокардиостимуляция является единственным способом лечения аритмогенных синкопе, обусловленных нарушением атриовентрикулярной проводимости и синдромом слабости синусового узла [2, 13]. У пациентов с пароксизмальной узловой тахикардией или типичным трепетанием предсердий, ассоциированными с синкопе, средством выбора является катетерная абляция. Применение имплантируемого кардиовертера-дефибрилятора показано пациентам с обмороком по причине вентрикулярной тахикардии и снижения фракции сердечного выброса $\leq 35\%$, пациентам с обмороком и предшествующим инфарктом миокарда, у которых вентрикулярная тахикардия индуцирована при электрофизиологическом исследовании, пациентам с фракцией сердечного выброса $> 35\%$ и рекуррентным обмороком по причине вентрикулярной тахикардии, если катетерная абляция и фармакологическая терапия не дали результата или не могут быть назначены

Таким образом, в настоящем обзоре кратко представлены современные рекомендации диагностики и лечения синкопальных состояний. Существует множество причин возникновения обмороков. В некоторых случаях возникновение синкопе связано с ухудшением прогноза, в других – значительно снижает качество жизни пациента. В связи с этим данное состояние требует правильной и своевременной диагностики, что позволяет в дальнейшем подобрать адекватную терапию, определить принципы профилактики повторных случаев обморока и тем самым улучшить прогноз у пациентов высокого риска.

Литература

1. Ammirati F., Colivicchi F., Santini M. Permanent cardiac pacing versus medical treatment for the prevention of recurrent vasovagal syncope: a multi-

center, randomized, controlled trial. *Circulation.* // 2001. – V. 104. – P. 52-57

2. Brignole M., Moya A., Lange F.J. et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope // *Eur. Heart J.* – 2018. – V. 39 (21). – P. 1883-1948.

3. Costantino G., Sun BC, Barbic F et al. Syncope clinical management in the emergency department: a consensus from the first international workshop on syncope risk stratification in the emergency department // *Eur Heart J.* – 2016. – V. 37. – P.1493-1498.

4. D'Ascenzo F., Biondi-Zoccai G., Reed M.J. et al. Incidence, etiology and predictors of adverse outcomes in 43,315 patients presenting to the emergency department with syncope: an international metaanalysis // *Int. J. Cardiol.* – 2013. – V. 167. – P. 57-62.

5. Debaro JC, Guieu R, Mechulan A et al. Syncope without prodromes in patients with normal heart and normal electrocardiogram: a distinct entity // *J Am Coll Cardiol.* – 2013. – V. 62. – P.1075-1080

6. Derose S.F., Gabayan G.Z., Chiu V.Y. et al. Patterns and preexisting risk factors of 30-day mortality after a primary discharge diagnosis of syncope or near syncope // *Acad. Emerg. Med.* – 2012. – V. 19. – P. 488-496.

7. Drake-Hernandez Y, Toquero-Ramos J, Fernandez JM et al. Effectiveness and safety of remote monitoring of patients with an implantable loop recorder // *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* – 2013. – V. 66. – P. 943-948

8. Fedorowski A, Melander O. Syndromes of orthostatic intolerance: a hidden danger // *J Intern Med.* – 2013. – V. 273. – P. 322-335.

9. Forleo C, Guida P, Iacoviello M, Resta M et al. Head-up tilt testing for diagnosing vasovagal syncope: a meta-analysis // *Int J Cardiol.* – 2013. – V. 168. – P.27-35

10. Gabayan G.Z., Derose S.F., Asch S.M. et al. Predictors of short-term (seven-day) cardiac outcomes after emergency department visit for syncope // *Am. J. Cardiol.* – 2010. – V. 105. – P. 82-86.

11. Grossman S.A., Fischer C., Lipsitz L.A. et al. Predicting adverse outcomes in syncope // *J. Emerg. Med.* – 2007. – V. 33. – P. 233-239.

12. Martin T.P., Hanusa B.H., Kapoor W.N. Risk stratification of patients with syncope. // *Ann. Emerg. Med.* – 1997. – V. 29. – P. 459-466.

13. Moya A., Sutton R., Ammirati F. et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009): the Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC) // *Eur. Heart J.* – 2009. – P. 2631-2671.

14. Subbiah R., Chia P.L., Gula L.J. et al. Cardiac monitoring in patients with syncope: making that elusive diagnosis // *Curr. Cardiol. Rev.* – 2013. – V. 9. – P.299-307.

15. Ward C.R., Gray J.C., Gilroy J.J. et al. Midodrine: a role in the management of neurocardiogenic syncope. *Heart* // 1998. – V. 79. – P. 45-49.