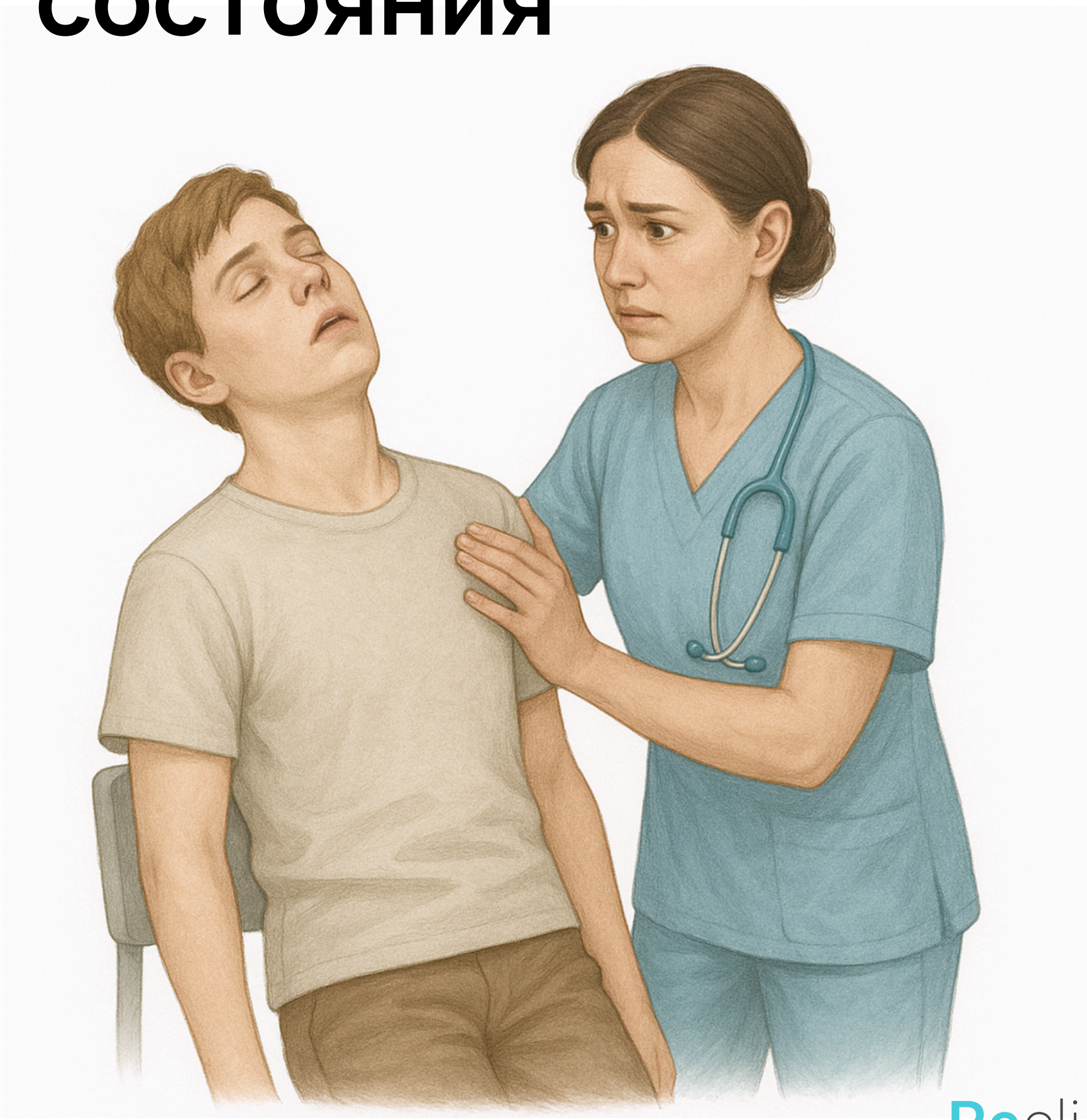
Терапия

Синкопальные состояния



Reclin

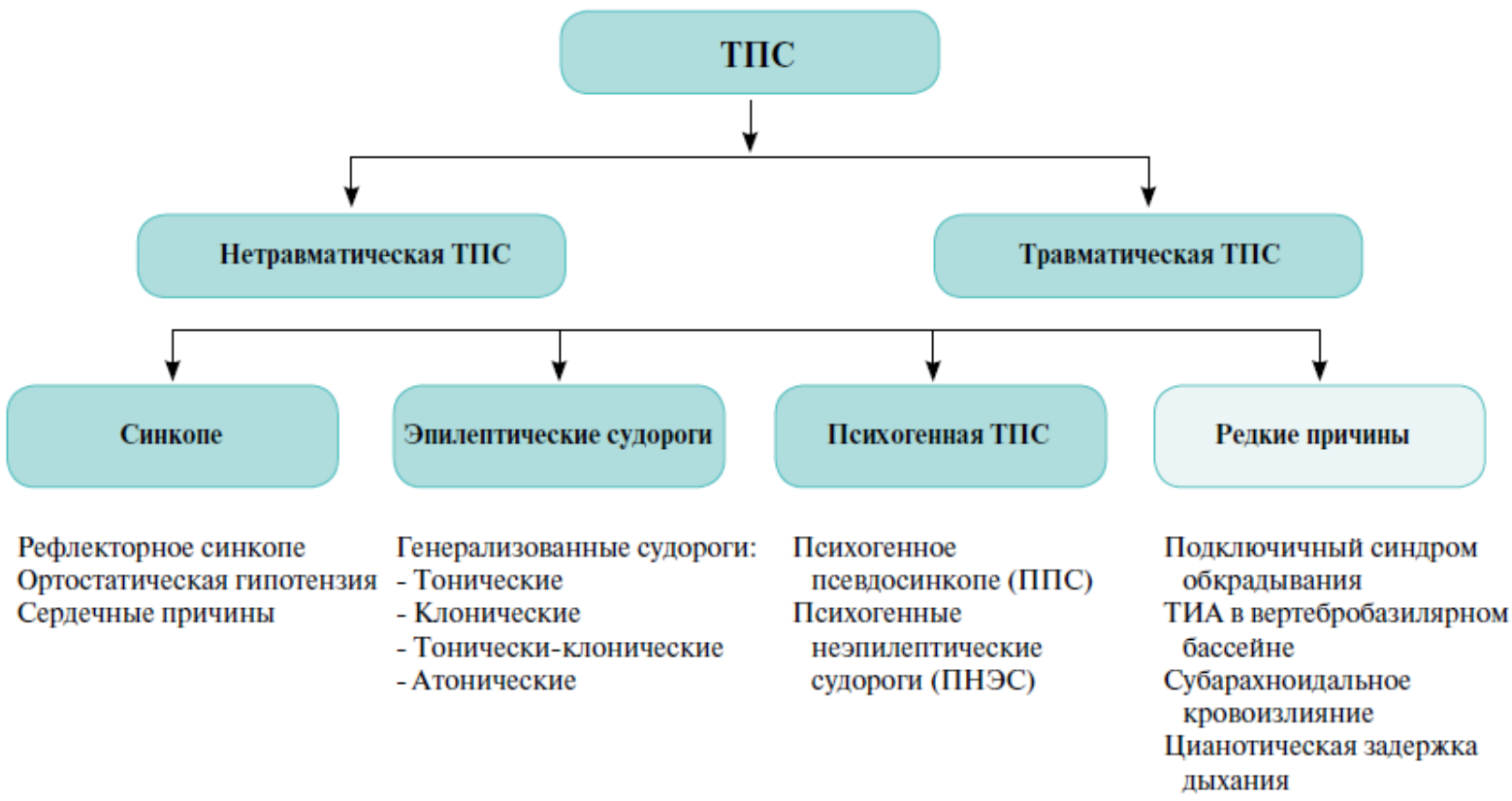
Определение

Транзиторная потеря сознания (ТПС) — состояние истинной или кажущейся потери сознания, сопровождающейся потерей восприятия, характеризующейся амнезией периода нахождения в бессознательном состоянии, нарушением контроля моторных функций, потерей реактивности и короткой длительностью.

Различают:

- ТПС вследствие черепно-мозговой травмы (травматическая ТПС)
- Нетравматическая ТПС

Синкопе — транзиторная потеря сознания вследствие гипоперфузии головного мозга, характеризующаяся внезапным началом, короткой продолжительностью и спонтанным полным восстановлением.



NB! Прилагательное **«пресинкопальный»** используется для определения симптомов и признаков, возникающих **перед потерей сознания** при развитии синкопе. Существительное **«пресинкопе»** часто используется для определения состояния, которое напоминает **продромальный период синкопе,** но не завершается развитием потери сознания.

Классификация синкопе

1. Рефлекторные синкопе

Это ряд связанных между собой состояний, при которых нервные рефлексы неправильно влияют на частоту сердечных сокращений и артериальное давление, что приводит к синкопе или состоянию, близкому к синкопе

- **Вазовагальные**
  - Ортостатические ВВС: в положении стоя, реже в положении сидя
  - Эмоциональный стресс: страх, боль (соматическая или висцеральная), выполнение инструментальных вмешательств, боязнь крови
- **Ситуационные**
  - Мочеиспускание
  - Стимуляция желудочно-кишечного тракта (глотание, акт дефекации)
  - Кашель, чихание
  - Постнагрузочные
  - Другие (например, смех, игра на духовых инструментах)
- **Синдром каротидного синуса**
- **Неклассические формы** (без продромы, и/или без явных триггеров, и/или атипичные проявления)

Классификация синкопе

2. Синкопе вследствие ортостатической гипотензии (ОГ)

Снижение систолического артериального давления не менее чем на 20 мм рт. ст. или диастолического артериального давления не менее чем на 10 мм рт. ст. при переходе в вертикальное положение

- **Лекарственная ОГ** (наиболее частая причина ОГ)
  - Прием вазодилататоров, диуретиков, фенотиазина, антидепрессантов
- **Уменьшение объема циркулирующей крови**
  - Кровотечение, диарея, рвота и др.
- **Первичная вегетативная дисфункция** (нейрогенная ОГ)
  - Идиопатическая вегетативная дисфункция, мультисистемная атрофия, болезнь Паркинсона, деменция с тельцами Леви
- **Вторичная вегетативная дисфункция** (нейрогенная ОГ)
  - Сахарный диабет, амилоидоз, повреждения спинного мозга, аутоиммунная вегетативная нейропатия, паранеопластическая вегетативная нейропатия, почечная недостаточность

NB! Необходимо помнить, что гипотензия может **усиливаться при задержке жидкости** в венозной системе на фоне физических нагрузок (нагрузочная), после приема пищи (постпрандиальная гипотензия) и после длительного пребывания в положении лежа (детренированность).

Классификация синкопе

3. Кардиальные синкопе

Нарушения ритма как первичная причина.

- **Брадикардии**
  - Дисфункция синусового узла (включая синдром тахи-бради)
  - Нарушение атриовентрикулярного проведения
- **Тахиаритмии**
  - Суправентрикулярные
  - Желудочковые
- **Структурное поражение сердца**
  - Аортальный стеноз, острый инфаркт миокарда/ишемия миокарда, гипертрофическая кардиомиопатия, внутрисердечные новообразования (миксома сердца, другие опухоли, др.), заболевания перикарда/тампонада сердца, врожденные аномалии коронарных артерий, дисфункция протеза клапана сердца
- **Кардиопульмональная патология и патология сосудов**
  - Тромбоэмболия легочной артерии и ее ветвей, острое расслоение аорты, легочная гипертензия

Патофизиология

В основу патофизиологической классификации положено **падение системного артериального давления (АД) со снижением общего церебрального кровотока.**

Системное АД — это производное сердечного выброса и общего периферического сопротивления (при развитии синкопальных состояний в разной степени участвуют оба механизма).

Выделяют 3 первичные причины **низкого общего периферического сопротивления:**

1. **Снижение рефлекторной активности**, приводящее к вазодилатации вследствие снижения тонуса сосудов, вызванного активностью симпатической нервной системы; в этом случае развивается рефлекторное синкопе «вазодепрессорного типа»
2. **Функциональное расстройство**
3. **Структурное повреждение вегетативной нервной системы,** сопровождающееся развитием лекарственной, первичной или вторичной вегетативной дисфункции

Снижение сердечного выброса может произойти вследствие 4-х основных причин:

1. **Рефлекторная брадикардия,** проводящая к развитию кардиоингибиторного рефлекторного синкопе
2. **Сердечно-сосудистые заболевания:** нарушения ритма сердца, структурное поражение сердечно-сосудистой системы, включая тромбоэмболию легочной артерии и легочную гипертензию
3. **Неадекватный венозный возврат** вследствие уменьшения объема циркулирующей крови или задержки жидкости вследствие венозной недостаточности
4. Изменение сердечного выброса может произойти вследствие **хронотропной или инотропной несостоятельности** из-за автономной дисфункции

Состояния, которые могут быть неверно расценены как синкопе

Состояние	Клиническая картина
Комплексные парциальные припадки, абсансы	Отсутствие падения, хотя отсутствует реактивность и отмечается последующая амнезия
ППС или “псевдокома”	Длительность явной потери сознания длится долго, от минут до часов; высокая частота, до нескольких раз в день
Падение без ТПС	Сохранены реакции и отсутствует амнезия
Катаплексия	Падение с пассивным параличом и отсутствие реактивности при отсутствии последующей амнезии
Внутричерепное или субарахноидальное кровоизлияние	Чаще прогрессивное снижение сознания, а не внезапная потеря, в сочетании с выраженной головной болью и другими неврологическими симптомами
ТИА вследствие недостатка кровообращения в вертебробазилярном бассейне	Всегда присутствуют очаговые неврологические симптомы и признаки, обычно без потери сознания. Если сознание отсутствует, то обычно такое состояние длится дольше, чем ТПС

Состояния, которые могут быть неверно расценены как синкопе

Состояние	Клиническая картина
Подключичный синдром «обкрадывания»	Ассоциирован с очаговой неврологической симптоматикой
ТИА в бассейне сонных артерий	Отсутствует потеря сознания, но выявляются очаговые неврологические симптомы и признаки
Метаболические нарушения (гипогликемию, гипоксию, гипервентиляцию с гипокапнией)	Длительность значительно больше, чем при ТПС; может быть нарушение, а не потеря сознания
Интоксикация	Длительность значительно больше, чем при ТПС; может быть нарушение, а не потеря сознания
Остановка кровообращения	Потеря сознания, но без спонтанного восстановления

Особенности диагностики

Первичное обследование должно дать ответы на следующие ключевые вопросы:

1. Явилось ли событие ТПС?
2. Имеет ли ТПСсинкопальный или несинкопальный генез?
3. В случае подозрения на синкопе ясна ли этиология?
4. Есть ли основания предполагать высокий риск сердечно-сосудистых осложнений или смерти?

План первичного обследования

- Тщательный сбор анамнеза, включая информацию о текущем и предшествующих приступах, а также свидетельства очевидцев и оценка анамнеза жизни
- Осмотр, включая измерение АД в положении лежа и сидя.
- Регистрацию электрокардиограммы (ЭКГ).

Дополнительное обследование

- **Мониторирование ЭКГ** при подозрении на аритмическое синкопе
- **Эхокардиографическое исследование** при наличии известной патологии сердца, или подозрении на структурное поражение сердца, или синкопе, вторичное по отношению к ССЗ
- **Массаж каротидного синуса (МКС)** у пациентов >40 лет
- **Тилт-тест** при подозрении на синкопе, ассоциированное с ОГ, или рефлекторное синкопе
- **Анализы крови** при наличии показаний, например, гематокрит или гемоглобин при подозрении на кровотечение, сатурацию крови кислородом и анализ газов крови при подозрении на гипоксию, тропонин при подозрении на синкопе, ассоциированное с ишемией миокарда, или Д-димер при подозрении на ТЭЛА и т. д.

Первичное обследование

1. Сбор анамнеза

Важны количество, частота эпизодов

- У многих пациентов могут наблюдаться только единичные или очень редкие эпизоды (чаще доброкачественные причины), но у других могут быть множественные эпизоды в течение короткого времени (высока вероятность кардиальных причин)

Продолжительность эпизодов и промежуток времени (например, дни, месяцы или годы), в течение которого у пациента наблюдались предполагаемые обмороки

- Чем длительнее период времени, в течение которого происходили эпизоды и чем моложе возраст пациента при начале (особенно если ему менее 35 лет), тем меньше вероятность того, что причина обморока представляет угрозу для жизни, если только у человека нет идентифицируемого структурного заболевания сердца или подозрения на каналопатию

Триггеры и обстоятельства

- Рефлекторный обморок может быть вызван эмоциональным или ортостатически стрессом, страхом, сильной болью, а также жарким и/или людным помещением. Однако во многих случаях точно определить триггер может быть невозможно
- Ситуационный обморок (тип рефлекторного обморока) возникает во время или сразу после определённых чётко выраженных триггеров, таких как мочеиспускание, дефекация, кашель, глотание или после приёма пищи

Первичное обследование

1. Сбор анамнеза

Положение пациента

- При нахождении в незащищённом положении (например, при длительном стоянии) рефлекторный обморок чаще всего возникает, когда пациент находится в вертикальном положении (стоя или сидя), и практически никогда — в положении лёжа на спине. Обморок, вызванный ортостатической гипотензией, часто связан с переходом из положения лёжа на спине или сидя в положение стоя, хотя между моментом вставания и последующим обмороком может пройти несколько минут
- В положении лежа на спине — обморок, возникающий в положении лежа на спине или лёжа, указывает на сердечную аритмию
- Связь с физической нагрузкой — обморок во время выполнения упражнений в полёте может быть признаком серьёзного заболевания (например, тахиаритмии или гипотонии, вызванных физической нагрузкой), в то время как обморок сразу после окончания нагрузки, как правило, более доброкачественный и рефлекторный по своему происхождению

Первичное обследование

1. Сбор анамнеза

Начало/продромальный период

- Продолжительные симптомы с классическим продромом чаще связаны с вазовагальной формой рефлекторного обморока, в то время как внезапное начало обморока с минимальным продромом или без него чаще встречается у пациентов с кардиальным обмороком
  - Головокружение
  - Ощущение неустойчивости в вертикальном положении
  - Ощущение тепла или холода/липкости
  - Потоотделение
  - Сердцебиение. Внезапное начало сердцебиения, за которым сразу следует обморок, позволяет предположить сердечную аритмию, однако сердцебиение, вызванное синусовой тахикардией, может предшествовать рефлекторному обмороку
  - Тошнота, рвота или неспецифический дискомфорт в животе
  - Зрительное «затуманивание», иногда переходящее во временное потемнение или «пропажу» зрения
  - Снижение слуха и/или возникновение необычных звуков (в частности, «свистящего» шума)
  - Очевидцы сообщили о бледности

Признаки, наблюдаемые свидетелем

- Способ, которым произошла потеря сознания
- Внешний вид пациента (например, была ли кожа бледной или липкой, были ли веки открытыми или закрытыми?)
- Длительность потери сознания
- Изменения в характере дыхания пациента
- Любые физические движения (например, тонико-клонические или миоклонические судороги, прикусывание языка, недержание мочи)

Первичное обследование

1. Сбор анамнеза

Клинические признаки после события

- Пациентов следует спросить о наличии у них следующих симптомов во время обморока или вскоре после его выхода из него:
  - Спутанность
  - Сонливость
  - Тошнота
  - Ощущение холода или липкости
  - Недержание мочи или кала
  - Рвота
  - Сердцебиение
  - Одышка
  - Боль в груди

Предшествующие заболевания

- Структурные заболевания сердца (например, ИБС, ПИКС, клапанные пороки сердца, врожденные пороки сердца, кардиомиопатии, перенесенные операции на сердце и т. д.).
- Каналопатии (синдром удлиненного интервала QT или синдром Бругада)
- Неврологические заболевания (например, судорожные расстройства, мигрень, болезнь Паркинсона, вегетативная недостаточность, инсульт и т. д.).
- Сахарный диабет. Истинный обморок вследствие ортостатической гипотензии (ОГ) на фоне автономной нейропатии или кажущийся обморок вследствие гипогликемии.
- Интоксикации (например, употребление алкоголя, запрещенных наркотиков или рецептурных препаратов).
- Психические расстройства могут быть связаны с эпизодами кажущейся потери сознания вследствие гипервентиляции, панических атак, конверсионных реакций или приема лекарств.

Первичное обследование

1. Сбор анамнеза

Лекарственные препараты

- Гиповолемия — прием диуретиков или чрезмерно строгое исключение соли
- Электролитные нарушения — диуретики
- Гипотония (в первую очередь ОГ) — все классы антигипертензивных средств, но особенно вазодилататоры и альфа-адреноблокаторы, могут вызывать или усугублять гипотонию, особенно ОГ
- Брадиаритмии — многочисленные лекарства, включая бета-блокаторы и блокаторы кальциевых каналов
- Пируэтная тахикардия (полиморфная желудочковая тахикардия с сопутствующим удлинением интервала QT) — к лекарственным препаратам относятся антиаритмические препараты, противоинфекционные препараты (например, азольные противогрибковые препараты, фторхинолоны, макролиды и т. д.), антипсихотические препараты и антидепрессанты

Семейный анамнез

- Внезапная смерть, особенно неожиданная и/или в молодом возрасте (до 40 лет)
- Семейная кардиомиопатия (например, гипертрофическая кардиомиопатия, аритмогенная кардиомиопатия правого желудочка) или каналопатия (например, синдром удлиненного интервала QT, синдром укороченного интервала QT, синдром Бругада, катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия, семейное заболевание проводящей системы)
- Семейная предрасположенность к обморокам
- Судорожные расстройства или мигренозные головные боли

Первичное обследование

2. Физикальное обследование

Общий осмотр

- **Оценка ортостатической гипотензии**
  - Пульс и артериальное давление следует измерять в положении пациента лежа на спине, сидя и стоя (последнее измерение следует проводить сразу после вставания, а также после того, как пациент постоял не менее пяти минут)
  - Падение систолического давления на ≥20 мм рт. ст. (>30 мм рт. ст. у пациентов с гипертонией) и/или падение диастолического на ≥10 мм рт. ст. считается диагностическим признаком
- **Частота сердечных сокращений и ритм**
- **Частота дыхания** — гипервентиляция с повышенной частотой дыхания может наблюдаться при тромбоэмболии легочной артерии или психиатрических причинах преходящей потери сознания

Сердечно-сосудистая система

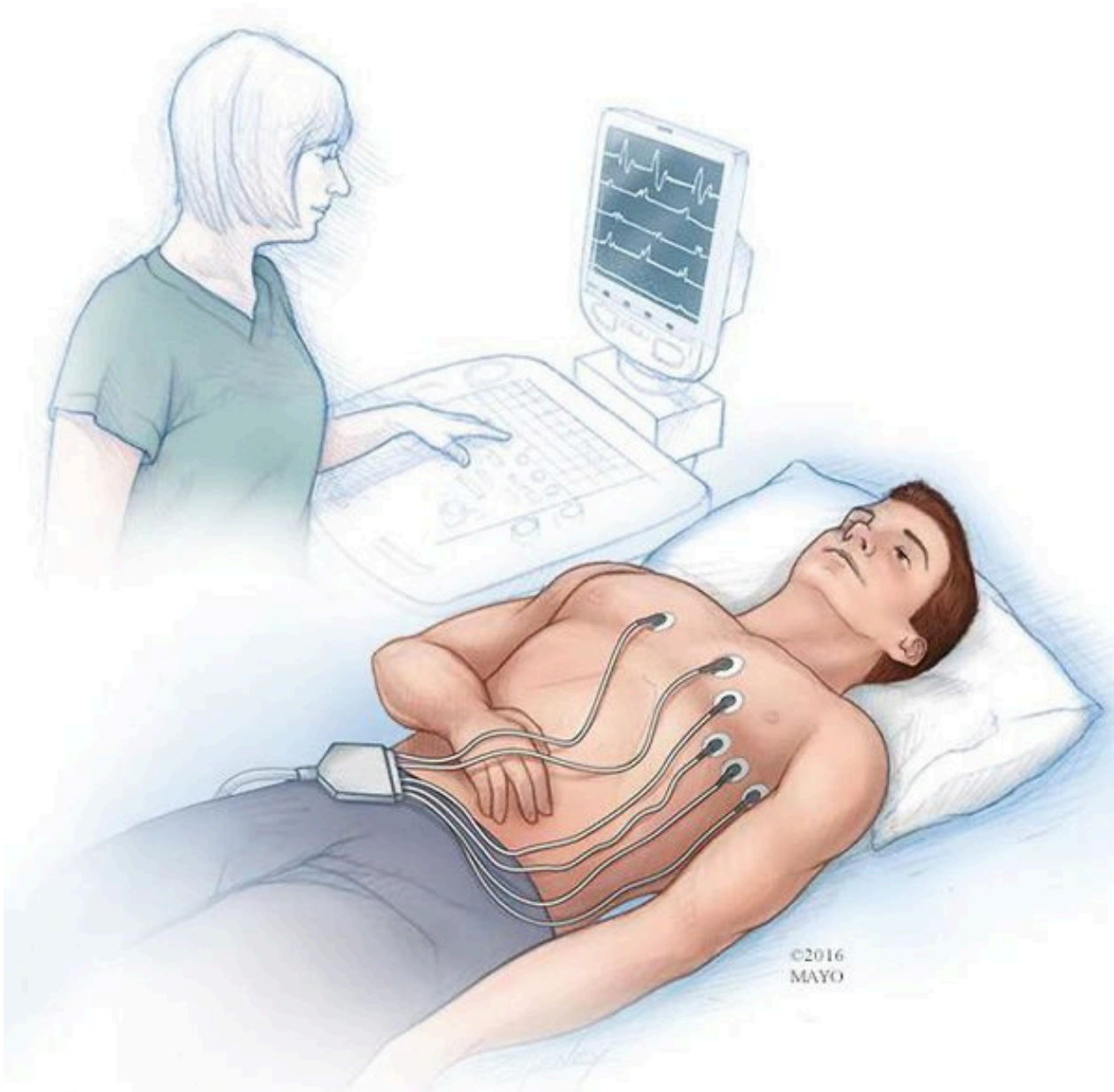
- Разница АД на обеих руках
- Патологические сердечные шумы
- Признаки тромбоэмболии легочной артерии

Первичное обследование

3. Инструментальные исследования

Электрокардиограмма

- Персистирующая синусовая брадикардия <40 уд./мин или наличие пауз за счет нарушения синоатриального проведения >3 сек во время бодрствования и в отсутствие физических нагрузок
- АВ-блокада II степени Мобиц II и АВ-блокада III степени
- Перемежающаяся левая и правая БЛНПГ
- ЖТ или пароксизмальная СВТ с высокой ЧСС
- Неустойчивые пароксизмы полиморфной ЖТ и удлиненный или короткий QT
- Дисфункция имплантированного кардиостимулятора или ИКД с развитием нарушений сердечного проведения



Клинические признаки

Рефлекторное синкопе

- Длительный анамнез рецидивирующих синкопе, в частности у лиц в возрасте моложе 40 лет
- Возникновение после неприятного визуального образа, звука, запаха или боли
- Связь с длительным пребыванием в положении стоя
- Связь с приемом пищи
- Связь с пребыванием в месте большого скопления людей и/или с высокой температурой окружающей среды
- Признаки активации автономной нервной системы перед развитием синкопе: бледность, потливость и/или тошнота/рвота
- Связь с поворотом головы или с давлением в области каротидного синуса (как при опухолях, во время бритья, при ношении узких воротничков)
- Отсутствие сердечно-сосудистой патологии

Синкопе вследствие ОГ

- Во время или после пребывания в положении стоя
- Продолжительное пребывание в положении стоя
- Пребывание в положении стоя после напряжения
- Постпрандиальная гипотензия
- Временная связь с началом или изменением дозировки препаратов с вазодепрессорным эффектом или диуретиков, способствующих развитию гипотензии
- Наличие вегетативной нейропатии или парксинсонизма

Клинические признаки

Кардиальное синкопе

- Во время напряжения или при пребывания в положении лежа
- Внезапное возникновение перебоев в работе сердца, вслед за которыми развивается синкопе
- Семейный анамнез необъяснимой внезапной сердечной смерти в молодом возрасте
- Наличие структурных изменений сердца или ишемическая болезнь сердца
- **Изменения ЭКГ,** свидетельствующие о вероятности аритмического синкопе:
  - Двухпучковая блокада (определяемая как правосторонняя или
  - Левосторонняя БНПГ в сочетании с блокадой передне-верхнего или задне-нижнего разветвления)
  - Другие нарушения внутрижелудочкового проведения (длительность QRS≥0,12 сек)
  - АВ-блокада II степени Мобиц I и АВ-блокада I степени со значительным удлинением интервала PQ
  - Бессимптомная выраженная синусовая брадикардия (40-50 уд./мин) или фибрилляция предсердия (40-50 уд./мин) в отсутствие приема лекарств с отрицательным хронотропным действием
  - Неустойчивая ЖТ
  - Предвозбуждение желудочков
  - Удлиненный или укороченный интервал QT
  - Синдром ранней реполяризации
  - Подъем сегмента ST с морфологией 1-го типа в отведениях V1-V3 (тип Бругада)
  - Отрицательные зубцы T в правых прекордиальных отведениях, волны эпсилон, характерные для АДПЖ
  - Гипертрофия левого желудочка, характерная для гипертрофической кардиомиопатии

Стратификация риска

Синкопальное событие	
Низкий риск	**Высокий риск**
• Связь с продромальными симптомами, характерными для рефлекторного синкопе • Возникновение после неприятного визуального образа, звука, запаха или боли • Связь с длительным пребыванием в положении стоя, или в месте большого скопления людей, и/или с высокой температурой окружающей среды • Связь с приемом пищи или постпрандиальное синкопе • Триггером выступает кашель, акт дефекации или мочеиспускания • Связь с поворотом головы или с давлением в области каротидного синуса • Переход в вертикальное положения лежа/сидя	**Большие критерии** • Впервые возникший дискомфорт в грудной клетке, одышка, боль в животе или головная боль • Синкопе во время напряжения или в положении лежа на спине • Синкопе, развившееся сразу после внезапно возникшего учащенного сердцебиения **Малые критерии** (высокий риск только при наличии структурного поражения сердца или изменения на ЭКГ): • Отсутствие продромальных симптомов или короткая (<10 с) продрома • Семейный анамнез ВСС в молодом возрасте • Синкопе, возникшее в положении сидя

Анамнез	
Низкий риск	**Высокий риск**
• Длительный анамнез (годы) рецидивирующих синкопе с признаками низкого риска и аналогичные признаки и черты у данного события • Отсутствие структурного поражения сердца	**Большие критерии** • Выраженные структурные изменения сердца или ишемическая болезнь сердца (сердечная недостаточность, низкая ФВ ЛЖ или предшествующий инфаркт миокарда)

Стратификация риска

Осмотр	
Низкий риск	**Высокий риск**
• Нормальные показатели	**Большие критерии** • Снижение систолического АД <90 мм рт.ст. в отделении неотложной медицинской помощи • Подозрение на желудочно-кишечное кровотечение при ректальном осмотре • Персистирующая брадикардия (<40 уд./мин) в бодрствующем состоянии и в отсутствие физических нагрузок • Систолический шум неуточненного генеза

Стратификация риска

ЭКГ
Высокий риск
Большие критерии • ЭКГ-признаки острой ишемии миокарда • АВ-блокада II степени Мобиц II или АВ-блокада III степени • ФП с низкой ЧСЖ (<40 в мин) • Персистирующая синусовая брадикардия (<40 уд./мин) или рецидивирующая СА-блокада или паузы на фоне синусового ритма >3 сек в бодрствующем состо-янии или в отсутствие физ.нагрузки • БНПГ, нарушение внутрижелудочкового проведения, гипертрофия желудочков или зубцы Q, характерные для ИБС или кардиомиопатии • Устойчивая или неустойчивая ЖТ • Дисфункция имплантированного внутрисердечного устройства • Подъем сегмента ST с морфологическим типом 1 в отведениях V1-V3 (синдром Бругада) • Интервал QTc >460 мс повторяющийся в 12ти отведениях ЭКГ и указывающий на LQTS **Малые критерии (высокий риск только при анамнезе, характерном для аритмических синкопе)** • АВ-блокада II степени Мобиц I или АВ-блокада I степени с выраженным удлинением интервала PQ • Бессимптомная синусовая брадикардия легкой выраженности (40-50 в мин) или ФП (40-50 в мин) [56] • Пароксизмальная СВТ или ФП [50] • Предвозбуждение желудочков • Короткий интервал QTc (≤340 мс) [46] • Атипичные варианты ЭКГ типа Бругада [46] • Отрицательные зубцы T в правых прекордиальных отведениях, эпсилон волны, характерные для АДПЖ

Показания к госпитализации

1. Обмороки, связанные с симптомами, указывающими на **острую ишемию миокарда,** острое расслоение аорты, декомпенсированную сердечную недостаточность и/или подозрение на гемодинамически связанное структурное заболевание сердца (например, аортальный или митральный стеноз, тяжелая легочная гипертензия или гипертрофическая кардиомиопатия), имеют самые высокие непосредственные риски смертности и рецидива
2. Обмороки, обусловленные **изменениями высокого риска на ЭКГ**
3. **Травма**, вызванная синкопе
4. **Необходимость дальнейшего обследования и лечения** при отсутствии возможности проведения другими способами (например, в палате интенсивного наблюдения), например, мониторирование ЭКГ, эхокардиография, стресс-тест, электрофизиологическое исследование, ангиография, дисфункция имплантированного устройства и пр.
5. **Необходимость лечения синкопе**

Сокращенная клиническая рекомендация по брадиаритмиям и нарушениям проводимости

Дополнительные методы диагностики

1. Мониторирование электрокардиограммы

Показания

- Мониторирование ЭКГ в условиях стационара (прикроватное или с использованием телеметрии) должно проводиться у пациентов с признаками высокого риска развития неблагоприятных событий
- Холтеровское мониторирование следует проводить у пациентов с частыми синкопе или пресинкопе (≥1 эпизода в нед.) (если редкие синкопе, то можно их не зарегистрировать)
- Использование внешних ИПР следует рассмотреть в раннем периоде после индексного события (синкопе/пресинкопе) у пациентов с временным периодом между симптомами ≤4 нед

Диагностические критерии

- Диагноз аритмического синкопе подтверждается при выявлении связи между синкопе и нарушением ритма (брадиаритмией или тахиаритмией)
- В отсутствие синкопе при мониторировании ЭКГ аритмическое синкопе может рассматриваться как вероятный диагноз в случаях, когда регистрируются периоды АВ-блокады II степени Мобиц II или III степени, паузы сердечного ритма ≥3 сек (исключение составляют молодые тренированные люди, выявление во время сна или при фибрилляции предсердий на фоне терапии для контроля ЧСС) или длительные пароксизмы СВТ или ЖТ

Дополнительные методы диагностики

2. Основные пробы оценки вегетативной нервной системы

Проба (маневр) Вальсальвы

- Отсутствие повышения АД и ЧСС во время пробы Вальсальвы является патогномоничным признаком нейрогенной ОГ, встречающейся при первичной или вторичной вегетативной дисфункции, а степень гипотензии и/или отсутствие компенсаторных механизмов во время форсированного выдоха обычно коррелирует с выраженностью вегетативной дисфункции и связанных с ней симптомов

Проба с глубоким дыханием (дыхательная проба)

- В физиологических условиях во время вдоха ЧСС повышается, а во время выдоха — понижается. У здоровых людей в возрасте >50 лет вариабельность ЧСС при дыхании (получившая название экспираторно-инспираторный индекс или индекс E/I) составляет ≥15 уд./мин.
- Изменение или отсутствие вариабельности свидетельствует о дисфункции парасимпатической системы

Дополнительные методы диагностики

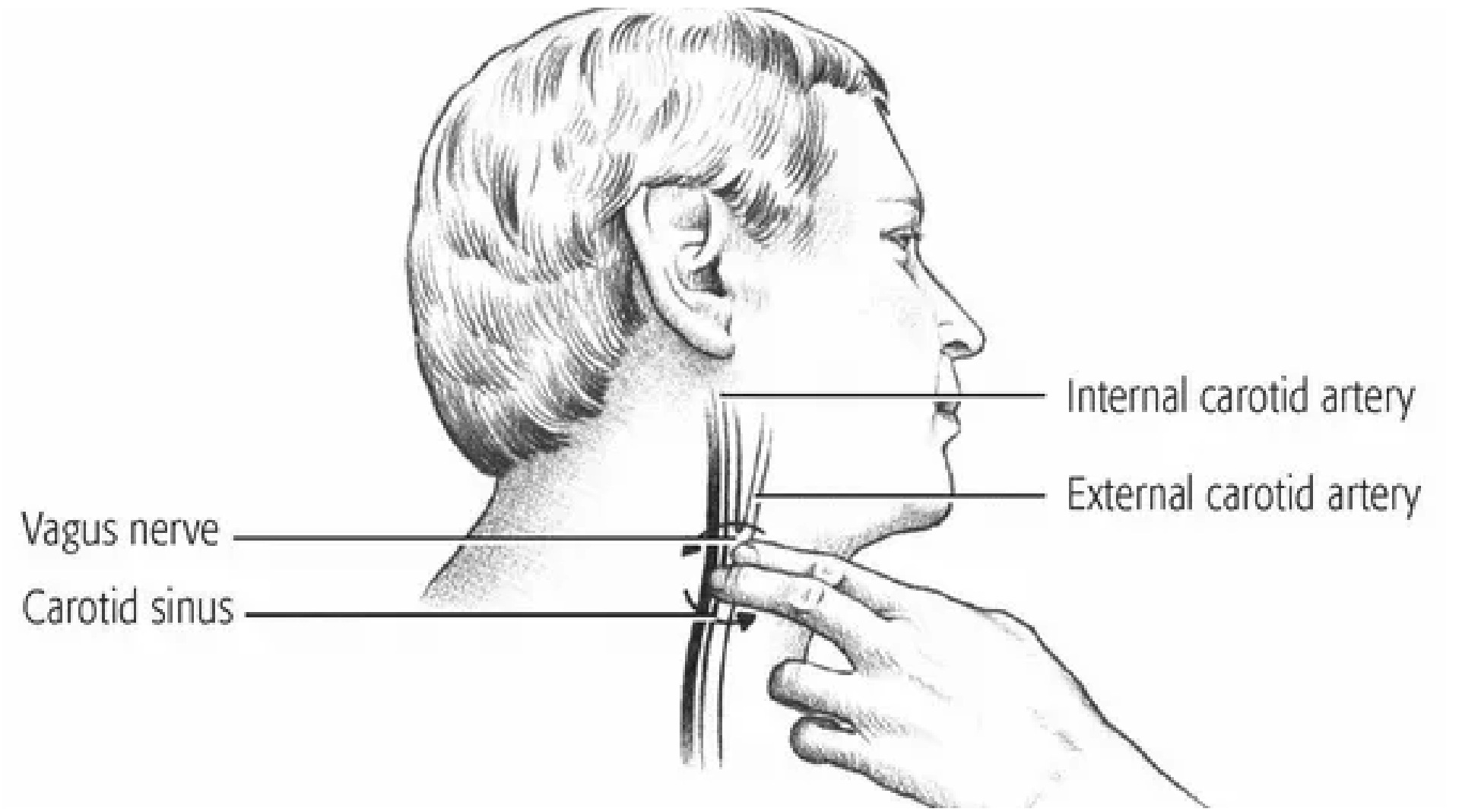
3. Массаж каротидного синуса

Показания

- Под гиперчувствительностью каротидного синуса понимают развитие паузы >3 сек и/или снижение систолического АД на >50 мм рт.ст. при воздействии на зону каротидного синуса

Диагностические критерии СКС

- МКС провоцирует развитие брадикардии (асистолии) и/или гипотензии, воспроизводя спонтанные симптомы, а также, если имеются клинические признаки, характерные для рефлекторного синкопе



Дополнительные методы диагностики

4. Эхокардиография

Показания

- Проведение эхокардиографии показано для диагностики и стратификации риска у пациентов с подозрением на структурное поражение сердца
- Пациентам с ГКМП, синкопе в анамнезе и пиковым градиентом давления в выносящем тракте левого желудочка <50 мм рт.ст. в покое или возникающем при провокации показано проведение эхокардиографии в двухмерном и допплеровском режимах при нагрузке в вертикальном положении, в положении сидя или в полугоризонтальном положении

Диагностические критерии

- Аортальный стеноз, внутрисердечные опухоли или тромбы, вызывающие обструкцию выносящего тракта, тампонада перикарда и расслоение аорты

5. Нагрузочные пробы

Показания

- Проведение нагрузочной пробы показано пациентам, у которых синкопе возникает во время или сразу после выполнения физической нагрузки

Диагностические критерии

- Связь синкопе с АВ-блокадой второй или третьей степени считается подтвержденной, если во время выполнения нагрузки развивается АВ-блокада даже в отсутствие синкопе

Список литературы

- Syncope in adults: Epidemiology, pathogenesis, and etiologies
- Syncope in adults: Clinical manifestations and initial diagnostic evaluation
- Syncope in adults: Risk assessment and additional diagnostic evaluation
- Michele Brignole, Angel Moya, Frederik J. De Lange, Jean-Claude Deharo, Perry M. Elliott, Alessandra Fanciulli, Artur Fedorowski, Raffaello Furlan, Rose Anne Kenny, Alfonso Martın, Vincent Probst, Matthew J. Reed, Ciara P. Rice, Richard Sutton, Andrea Ungar, J. Gert Van Dijk
- Рекомендации ЕОК по диагностике и лечению синкопальных состояний 2018 // РКЖ. 2019. №7

Получить доступ

Группа во Вконтакте
Клинические кейсы, материалы для практики, медицинские новости

Телеграм-канал
Тесты для практики, анонсы мероприятий, общение с коллегами