

Руководство ESC по диагностике и лечению обмороков (2018)

В этом году Европейское общество кардиологии (European Society of Cardiology, ESC) опубликовало руководство по диагностике и лечению обмороков. В подготовке данного нормативного документа приняли участие не только представители ESC, но и ведущие эксперты Европейской ассоциации нарушений ритма сердца (EHRA). Рекомендации одобрены представителями Европейской академии неврологии (EAN), Европейской федерации автономных сообществ (EFAS), Европейской федерации внутренней медицины (EFIM), Общества гериатрической медицины Евросоюза (EUGMS) и Европейского общества экстренной медицины (EuSEM). Предлагаем читателям ознакомиться с основными положениями этого документа.

Изменения в рекомендациях				
2009		2018		
Противопоказания к массажу каротидного синуса				
Тилт-проба: показана при обмороке				
Тилт-проба в обучающих целях				
Тилт-проба: диагностические критерии				
Тилт-проба для оценки эффективности терапии				
Холтеровское мониторирование при необъяснимых обмороках				
ЭКГ-мониторинг: предобморок и асимптоматические аритмии				
Тест с аденозинтрифосфатом				
Пейсмейкер под контролем ЭФИ: удлинение времени восстановления синусового узла				
Пейсмейкер под контролем ЭФИ: интервал HV>70 мс				
Эмпирическая стимуляция ритма сердца при двухпучковой блокаде				
Лечение рефлекторного обморока: физические контрмеры				
Терапия ОГ: физические контрмеры				
Лечение ОГ: абдоминальный бандаж				
Терапия ОГ: сон с приподнятым головным концом кровати				
Обморок и наджелудочковая / желудочковая тахикардия: антиаритмические препараты. Мнение экспертов				
I	IIa	IIb	III	Исключены

Изменения в рекомендациях	
2009	2018
Обморок и фибрилляция предсердий: катетерная абляция. Мнение экспертов	
ИКД: ФВЛЖ >35% и обморок	
Обморок и высокий риск гипертрофической кардиомиопатии: ИКД	
Обморок и аритмогенная дисплазия правого желудочка: ИКД	
Консультация психиатра при психогенном псевдообмороке. Мнение экспертов	
Примечания: ИКД – имплантация кардиовертера-дефибриллятора, ОГ – ортостатическая гипотензия, ФВЛЖ – фракция выброса левого желудочка, ЭФИ – электрофизиологическое исследование.	

Новые рекомендации (2018) (включены только основные)
Лечение обмороков в ОНП
Низкий риск: выписать из ОНП. Высокий риск: раннее интенсивное обследование в условиях ОНП, отделения обмороков или госпитализация. Риск ни высокий, ни низкий: наблюдение в ОНП или в отделении лечения обмороков вместо госпитализации
Видеорегистрация
Видеорегистрация спонтанных событий
Показания для ИПР
Пациенты с предполагаемой недоказанной эпилепсией
Пациенты с необъяснимыми падениями
Показания для ИПР
Пациенты с первичной кардиомиопатией или врожденными аритмогенными заболеваниями, характеризующимися низким риском ВСС, в качестве альтернативы ИКД
Примечания. ВСС – внезапная сердечная смерть, ИПР – имплантируемый петлевой регистратор, ОНП – отделение неотложной помощи.

Новые / пересмотренные клинические условия и тесты: • тилт-тест: концепция гипотензивной чувствительности; • увеличение роли длительного ЭКГ-мониторирования; • видеорегистрация предполагаемого обморока; • «обморок без продромы, с нормальной ЭКГ и нормальным сердцем» (аденозин-чувствительный обморок); • неврологические причины: асистолия после эпи-приступа	Новые / пересмотренные показатели для лечения: • рефлекторный обморок: алгоритм выбора соответствующей терапии основан на возрасте, тяжести и клинических формах обморока; • рефлекторный обморок: алгоритм отбора наилучших кандидатов имплантации пейсмейкера; • пациенты с риском ВВС: определение необъяснимого обморока и показания к ИКД; • имплантация петлевого регистратора как альтернатива ИКГ в ряде случаев;	Новые / пересмотренные концепции для лечения обмороков (2018)	Отделение для лечения обмороков (амбулаторно): • структура: сотрудники, оборудование и процедуры; • обследование и оценка; • доступ и направление; • роль медсестер-специалистов; • результаты и показатели качества	Лечение в отделениях неотложной помощи: • перечень состояний низкого и высокого риска; • схема стратификации риска; • лечение в палате интенсивного наблюдения ОНП и/или экстренный перевод в отделение обмороков; • ограничение показаний для госпитализации; • ограниченная ценность ШСР
--	--	--	---	---

Примечания: ВСС – внезапная сердечная смерть, ИКД – имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор; ОНП – отделение неотложной помощи, ШСР – шкала стратификации риска, ЭКГ – электрокардиограмма.

Дефиниция и классификация

Классификация обмороков
Рефлекторный (нейрогенный) обморок
Вазовагальный: • ортостатический вазовагальный обморок: стоя, значительно реже – сидя; • эмоциональный: страх, боль (соматическая или висцеральная), инструментальное обследование, бо-язнь крови. Ситуационный: • мочеиспускание; • стимуляция желудочно-кишечного тракта (глотание, дефекация); • кашель, чихание; • физическая нагрузка; • другие (смех, игра на духовых инструментах). Синдром каротидного синуса Неклассифицируемые формы (без продромального периода и/или явных триггеров и/или атипичные проявления)
Обморок, обусловленный ОГ
Обратите внимание, что гипотензия может усугубляться неадекватным венозным возвратом во время физических упражнений (ОГ, вызванная физической нагрузкой), после еды (постпрандиальная гипотен-зия) и длительного пребывания в лежачем положении (дезадаптация). Лекарственно-индуцированная ОГ (наиболее распространенная причина ОГ): • вазодилататоры, диуретики, фенотиазин, антидепрессанты. Гиповолемия: • кровотечение, диарея, рвота и др. Первичная вегетативная недостаточность (нейрогенная ОГ): • чистая вегетативная недостаточность, множественная системная атрофия, болезнь Паркинсона, де-менция с тельцами Леви. Вторичная вегетативная недостаточность (нейрогенная ОГ): • сахарный диабет, амилоидоз, повреждение спинного мозга, аутоиммунная вегетативная нейропатия, паранеопластическая вегетативная нейропатия, почечная недостаточность
Кардиогенный обморок
Аритмия в виде основной причины: брадикардия: • дисфункция синусового узла (включая синдром брадикардии/тахикардии) • АВ-блокада. тахикардия: • наджелудочковая; • желудочковая. Органическая патология сердца: аортальный стеноз, острый инфаркт миокарда / ишемия, гипертрофи-ческая кардиомиопатия, образования в сердце (миксома предсердия, опухоли и др.), заболевания перикарда/тампонада, врожденные аномалии коронарных сосудов, дисфункция искусственного клапана
Примечания
• Все виды обмороков, но преимущественно рефлекторные обмороки и ОГ, клинически более выражены при наличии следующих факторов: медикаментозно-индуцированном снижении АД (вследствие вазо-дилатации или гиповолемии), употреблении алкоголя, гиповолемии (кровотечение, низкое потребление жидкости, диарея, рвота), заболеваниях легких, провоцирующих уменьшение поступления кислорода в головной мозг, влиянии окружающей среды (температурный стресс). • Существуют два основных патофизиологических механизма рефлекторного обморока. Вазодепрессия относится к состоянию, при котором недостаточная симпатическая вазоконстрикция приводит к гипо-тензии. Термин «кардиоингибирование» используется при доминировании брадикардии или асистолии, отражая преобладание парасимпатической стимуляции. Гемодинамический паттерн (т. е. кардиоингиби-рование, вазодепрессия или их сочетание) является независимым триггером, вызывающим рефлекторные обмороки. Например, обморок при мочеиспускании и ортостатический вазовагальный обморок могут в равной степени возникать в виде кардиоингибирующего или вазодепрессорного обморока. • Неклассифицируемые формы рефлекторного обморока включают гетерогенные группы пациентов. Тер-мин используется для описания рефлекторного обморока, который возникает на фоне неопределенных или при отсутствии явных триггеров и/или атипичских проявлений. Диагноз рефлекторного обморока вероятен, если исключены другие причины обмороков (отсутствие органической патологии сердца) и/или симптомы воспроизводятся при проведении тилт-теста. В настоящее время в эту группу также включены обмороки, ассоциированные с низким содержанием аденозина в плазме крови. • Кардиоваскулярные причины ортостатической непереносимости включают классическую ОГ, раннюю ОГ, замедленную ОГ, синдром постуральной ортостатической гипотензии, вазовагальный обморок, кото-рый в данном контексте можно назвать ортостатическим вазовагальным обмороком
Примечание: АВ – атриовентрикулярный, АД – артериальное давление.

Диагностическое обследование и лечение в соответствии со стратификацией риска

Состояния, которые могут быть ошибочно приняты за обморок	
Состояние	Характерные признаки, отличные от обморока
Комплексные парциальные судороги, отсутствие эпилепсии	Нет падений, не отвечает на раздражители, позже – амнезия
Психогенный псевдообморок или псевдокома	Длительность мнимой утраты сознания может длиться от нескольких минут до нескольких часов; высокая частота возникновения, иногда несколько раз в сутки
Падение без ТПС	Отвечает на раздражители, нет амнезии
Катаплексия	Падение с периферическим параличом, отсутствие ответа на раз-дражители, амнезия впоследствии не развивается
Внутричерепное или суб-арахноидальное кровотечение	Сознание теряется не сразу, а постепенно. Сопровождается сильной головной болью или неврологической симптоматикой
Вертебрально-базилярная ТИА	Всегда имеются очаговые неврологические проявления и симптомы; как правило, не сопровождается потерей сознания; если сознание утрачено, то длится обычно дольше, чем ТПС
Каротидная ТИА	При каротидной ТИА сознание не утрачивается, но имеется выра-женная локальная неврологическая симптоматика
Синдром подключичного обкра-дывания	Ассоциирован с неврологическими симптомами
Метаболические расстройства, включая гипогликемию, гипоксию, гипervентиляцию с гиперкапнией	Длительность намного больше, чем при ТПС, сознание может быть нарушено, а не утрачено
Интоксикация	
Остановка сердечной деятель-ности	Потеря сознания, нет спонтанного восстановления
Кома	Длительность значительно больше, чем при ТПС
Примечание: ТИА – транзиторная ишемическая атака, ТПС – транзиторная потеря сознания.	

Диагностические критерии при первичном обследовании

Рекомендации	Класс	Уровень
Рефлекторный обморок и ОГ		
Вазовагальный обморок диагностируют, если обморок сопровождается болью, страхом или развивается в положении стоя, ассоциируется с типичным прогрессирующим продромальным периодом (бледность, потоотделение и/или тошнота)	I	C
Ситуационный рефлекторный обморок диагностируют, если обморок возникает во время или непосредственно после воздействия специфического триггера	I	C
Обморок, индуцированный ОГ, диагностируют, если обморок развивается в положении стоя и сопровождается ОГ	I	C
При отсутствии вышеперечисленных критериев рефлекторный обморок и ОГ следует считать вероятными, если признаки, которые подтверждают рефлекторный обморок или ОГ имеются, а симптомы, характерные для кардиального обморока, отсутствуют	IIa	C
Кардиогенный обморок		
Аритмогенный обморок диагностируют, если на ЭКГ фиксируют: • персистирующую синусовую брадикардию <40 уд./мин или синусо-атриальную блокаду >3 сек при сохраненном сознании и отсутствии физических тренировок; • мобитц II (АВ-блокада 2 или 3 степени); • альтернирующая блокада левой и правой ножки пучка Гиса; • желудочковая / пароксизмальная желудочковая тахикардия; • эпизоды нестойкой полиморфной желудочковой тахикардии и удлиненный / короткий интервал QT; или • нарушение функционирования пейсмекера или ИКД с кардиальными паузами	I	C
Кардиогенный обморок, связанный с ишемией миокарда, диагностируется, если обморок сопровождается объективными проявлениями острой ишемии миокарда с/без инфаркта миокарда	I	C
Обморок, обусловленный органическими кардиопульмональными заболеваниями, диагностируется, если развивается у пациентов с пролабирующей миксомой предсердия, шаровидным тромбом левого предсердия, выраженным аортальным стенозом, легочным эмболом или острой аневризмой аорты	I	C

Клинические признаки, которые могут подтвердить диагноз при первоначальном обследовании

Рефлекторный обморок • Длительный анамнез рецидивирующих обмороков, особенно у лиц <40 лет • Возникновение обморока после появления неприятного запаха, звука или боли • Длительное пребывание в положении стоя • Возникновение обморока во время еды • Пребывание в многолюдном и/или душном месте • Активация вегетативной нервной системы перед обмороком: бледность, потливость и/или тошнота/рвота • Возникает при повороте головы или давлении на каротидный синус (при опухолях, бритье, ношении тугих галстуков) • Отсутствие заболеваний сердца
Обморок, обусловленный ОГ • Во время / после пребывания в положении стоя • Длительное пребывание в вертикальном положении • Пребывание в положении стоя после физической нагрузки • Постпрандиальная гипотония • Временная взаимосвязь с инициацией приема / изменением дозы вазопрессорных препаратов или диуретиков, приводящих к гипотонии • Наличие вегетативной нейропатии или паркинсонизма
Кардиогенный • Возникает во время нагрузки / пребывании в положении лежа • Внезапное появление сердцебиения перед обмороком • Отягощенный семейный анамнез по внезапной сердечной смерти в молодом возрасте • Наличие органической патологии сердца / коронарных артерий • Данные ЭКГ, подтверждающие аритмогенный обморок: – бифасцикулярная блокада (определяется как блокада левой или правой ножки пучка Гиса в сочетании с блокадой левой передней или задней ветви); – другие нарушения внутрижелудочковой проводимости (длительность QRS ≥0,12 сек); – Мобитц I (АВ-блокада 1 или 2 степени) со значимым удлинением интервала PR; – бессимптомная выраженная синусовая брадикардия (40-59 уд./мин) или фибрилляция предсердий (40-50 уд./мин) при отсутствии приема медикаментов, обладающих отрицательным хронотропным действием; – нестойкая желудочковая тахикардия; – преждевременные комплексы QRS; – удлиненные или короткие интервалы QT; – ранняя реполяризация; – элевация сегмента ST с 1-м морфологическим типом в отведениях V1-V3 (синдром Бругада) – Отрицательные Т-волны в правых грудных отведениях, эпсилон-волны, подтверждающие аритмогенную кардиомиопатию правого желудочка – Гипертрофия левого желудочка, свидетельствующая о гипертрофической кардиомиопатии

Лечение обморока в ОНП

Рекомендации	Класс	Уровень
Пациентов с низким риском, которые, вероятно, перенесли рефлекторный / ситуационный обморок или обморок, обусловленный ОГ, рекомендуется выписать из ОНП	I	B
Пациентам с высоким риском рекомендуется проводить раннее, интенсивное и немедленное обследование в отделении обмороков или в палате интенсивного наблюдения ОНП (при ее наличии) или госпитализировать их	I	B
Рекомендуется наблюдать за состоянием пациентов, не имеющих ни высоких, ни низких факторов риска, в условиях ОНП или отделения обмороков вместо госпитализации	I	B
Шкала стратификации риска может использоваться для определения риска в ОНП	IIb	B

Признаки высокого (предполагающие серьезное состояние) и низкого риска (предполагающие доброкачественное состояние) у пациентов с обмороками при первоначальном обследовании в ОНП

Синкопальное событие	
Низкий риск • Ассоциировано с типичным продромальным периодом для рефлекторного обморока (головокружение, чувство жара, потливость, тошнота, рвота) • 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, тугой галстук) • При принятии положения стоя из лежачего / сидячего положения	
Высокий риск	
Большие • 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	
Малые (высокий ассоциирован только с органической патологией сердца или патологическими изменениями на ЭКГ) • 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	
Низкий риск • Длительный анамнез (годы) повторяющихся обмороков с аналогичными проявлениями низкого риска • Отсутствие органической патологии сердца	
Высокий риск	
Большие • Тяжелая органическая патология или заболевания коронарных артерий (сердечная недостаточность, низкая фракция выброса или перенесенный инфаркт миокарда)	
Объективный осмотр	
Низкий риск • Норма при физикальном осмотре	
Высокий риск	
Большие • Необъяснимое снижение систолического АД <90 мм рт. ст. в ОНП • Признаки гастроинтестинального кровотечения при ректальном обследовании • Персистирующая брадикардия (<40 уд./мин) при сохраненном сознании и отсутствии физических тренировок • Недиагностированный систолический шум	
ЭКГ	
Низкий риск • Норма	
Высокий риск	
Большие • Изменения на ЭКГ, характерные острой ишемии • Мобитц II – АВ-блокада 2 и 3 степени • Персистирующая синусовая брадикардия (<40 уд./мин) или повторяющаяся синоатриальная блокада, или синусовые паузы >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	Малые (высокий риск только при наличии упомянутый в анамнезе об аритмогенном обмороке) • Мобитц I – АВ-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 Т-волны в правых грудных отведениях, элипсон-волны, указывающие на аритмогенную кардиомиопатию правого желудочка

Ортостатическая проба

Рекомендации	Класс	Уровень
Показания		
Периодическое измерение АД и ЧСС при помощи сфингоманометра в положении лежа/стоя в течение 3 минут показано при первоначальном обследовании обморока	I	C
Непрерывное неинвазивное мониторирование АД и ЧСС может быть полезно, если предполагаются кратковременные изменения АД, характерные для исходной ОГ	IIb	C
Диагностические критерии		
Обморок, вызванный ОГ, диагностируется, если имеет место снижение систолического АД по сравнению с исходными показателями на ≥20 мм рт. ст. или диастолического АД ≥10 мм рт. ст., или снижение систолического АД <90 мм рт. ст., что приводит к появлению спонтанных симптомов	I	C
Следует учесть вероятность обморока, обусловленного ОГ, если имеет место бессимптомное снижение систолического АД по сравнению с исходными значениями на ≥20 мм рт. ст. или диастолического АД на ≥10 мм рт. ст., или снижение систолического АД <90 мм рт. ст., а симптомы (по анамнестическим данным) соответствуют ОГ	IIa	C
Следует рассмотреть вероятность синдрома постуральной ортостатической тахикардии, если при проведении ортостатической пробы ЧСС возрастает (>30 уд./мин или до >120 уд./мин в течение 10 мин пребывания в положении стоя) при отсутствии ОГ, провоцирующей появление спонтанных симптомов	IIa	C
Обморок, обусловленный ОГ, следует считать вероятным, если имеет место бессимптомное снижение систолического АД на ≥20 мм рт. ст. от исходных значений или диастолического АД на ≥10 мм рт. ст., или снижение систолического АД <90 мм рт. ст., а симптомы (по анамнестическим данным) менее характерны для ОГ	IIb	C
<i>Примечание: ЧСС – частота сердечных сокращений.</i>		

Продолжение. Начало на стр. 62.

Массаж каротидного синуса

Рекомендации	Класс	Уровень
<i>Показания</i>		
Массаж каротидного синуса показан пациентам >40 лет с обмороками неизвестной этиологии и рефлекторным механизмом	I	B
<i>Диагностические критерии</i>		
Синдром каротидного синуса диагностируется, если массаж каротидного синуса вызывает брадикардию (асистолию) и/или гипотензию, способствуя появлению спонтанных симптомов; пациенты отмечают клинические признаки, характерные для обморока рефлекторного генеза	I	B

Тилт-тест

Рекомендации	Класс	Уровень
<i>Показания</i>		
Тилт-тест следует провести пациентам с предполагаемым рефлекторным обмороком, ОГ, синдромом постуральной ортостатической гипотензии или психогенным псевдообмороком	IIa	B
Тилт-тест следует провести в обучающих целях пациентам для распознавания симптомов и изучения физических приемов	IIb	B
<i>Диагностические критерии</i>		
Рефлекторный обморок, ОГ, синдромом постуральной ортостатической гипотензии и психогенный псевдообморок следует считать вероятными, если при проведение тилт-теста вызывают появление симптомов с характерными циркуляторными проявлениями перечисленных состояний	IIa	B

Основные функциональные вегетативные тесты

Рекомендации	Класс	Уровень
<i>Проба Вальсальвы</i>		
Пробу Вальсальвы следует провести для оценки вегетативной функции у пациентов с предполагаемой нейрогенной ОГ	IIa	B
Пробу Вальсальвы следует провести для подтверждения тенденции к гипотензии, включая некоторые формы ситуационных обмороков, например, кашель, игра на духовых инструментах, пение, занятия тяжелой атлетикой	IIb	C
<i>Проба с глубоким дыханием</i>		
Пробу с глубоким дыханием следует провести для оценки вегетативной функции у пациентов с предполагаемой нейрогенной ОГ	IIa	B
<i>Другие функциональные вегетативные тесты</i>		
Другие функциональные вегетативные тесты (коэффициент 30:15, проба с холодным давлением, тест продолжительным сжатием кисти в кулак, проба с устным счетом) могут использоваться для оценки функции вегетативной системы у пациентов с предполагаемой ОГ	IIa	C
АМАД		
АМАД рекомендуется для диагностики ночной гипертензии у пациентов с вегетативной недостаточностью	I	B
Следует рассмотреть целесообразность АМАД для диагностики и мониторинга степени ОГ / гипертонии в положении лежа на спине в повседневной жизни у пациентов с вегетативной недостаточностью	IIa	C
Следует рассмотреть целесообразность АМАД и мониторинга АД в домашних условиях с целью диагностики патологического снижения АД во время эпизодов, указывающего на ортостатическую непереносимость	IIb	C
<i>Примечание: АМАД – амбулаторный мониторинг АД.</i>		

ЭКГ-мониторинг

Рекомендации	Класс	Уровень
<i>Показания</i>		
Экстренный мониторинг в условиях стационара (в кровати или телеметрии) показан пациентам высокого риска	I	C
Следует рассмотреть целесообразность холтеровского мониторирования у пациентов с частыми обмороками / предобморочными состояниями (≥1 эпизода в неделю)	IIa	B
Следует рассмотреть целесообразность применения внешних петлевых регистраторов, вскоре после первоначального события, у пациентов с межсимптомным интервалом ≤4 недель	IIa	B
ИПР показана 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
ИПР показана 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
Следует рассмотреть целесообразность ИПР пациентам с предполагаемым / диагностированным рефлекторным обмороком, частыми/ тяжелыми обмороками	IIa	B
Следует рассмотреть целесообразность ИПР пациентам, у которых подозревалась эпилепсия, но лечение оказалось не эффективным	IIb	B
Следует рассмотреть целесообразность ИПР пациентам с необъяснимыми падениями	IIb	B
<i>Диагностические критерии</i>		
Аритмогенный обморок диагностируется, если обнаруживается корреляция между обмороком и аритмией (бради- или тахикардития)	I	B
При отсутствии обморока аритмогенный обморок следует считать вероятным, если обнаружены эпизоды Мобитц II (АВ-блокады 2 или 3 степени) или вентрикулярные паузы >3 сек (возможные исключения: молодые тренированные люди, во сне или фибрилляция предсердий с контролируемой ЧСС), или быстрые длительные пароксизмы желудочковой / пароксизмальной желудочковой тахикардии	IIa	C
<i>Примечание: ИПР – имплантация петлевого регистратора.</i>		

Видеорегистрация при предполагаемом обмороке

Рекомендации	Класс	Уровень
<i>Показания</i>		
Следует рассмотреть целесообразность видеорегистрации в домашних условиях. Врачам следует поощрять пациентов и их родственников записывать видео спонтанных событий	IIa	C
Следует рассмотреть целесообразность использования видеозаписи при тилт-тесте с целью увеличения надежности клинического наблюдения за индуцируемыми событиями	IIb	C

ЭФИ

Рекомендации	Класс	Уровень
<i>Показания</i>		
Проведение ЭФИ показано пациентам с обмороками и ранее перенесенным инфарктом миокарда, если симптомы остаются необъяснимыми после неинвазивного обследования	I	B
Следует рассмотреть целесообразность выполнения ЭФИ у пациентов с обмороками и бифасцикулярной блокадой пучка Гиса, если обморок остается необъяснимым после неинвазивного обследования	IIa	B
В некоторых случаях следует рассмотреть целесообразность выполнения ЭФИ у пациентов с обмороками и бессимптомной брадикардией, если неинвазивные исследования (ЭКГ-мониторинг) не смогли подтвердить взаимосвязь между обмороком и брадикардией	IIb	B
Следует рассмотреть целесообразность выполнения ЭФИ у пациентов с обмороками, которым предшествуют внезапное и кратковременное сердцебиение, если обморок остается необъяснимым после неинвазивного обследования	IIb	C
<i>ЭФИ-терапия</i>		
Показана установка пейсмекера пациентам с необъяснимым обмороком и бифасцикулярной блокадой пучка Гиса при исходной длительности НV-интервала ≥70 мсек, блокаде Гиса-Пуркинье 2-3 степени при инкрементной предсердной стимуляции или фармакологическом провокационном тесте	I	B
Пациентам с необъяснимым обмороком и перенесенным инфарктом миокарда или другими состояниями, сопровождающимися образованием рубца, рекомендуется проведение ЭФИ, т. к. индукция устойчивой мономорфной желудочковой тахикардии обладает лечебными свойствами (в соответствии с положениями настоящего руководства ESC)	I	B
Рекомендуется проведение ЭФИ пациентам без органической патологии сердца с обмороками, которым предшествовало внезапное и кратковременное сердцебиение, т. к. индукция быстрой наджелудочковой / желудочковой тахикардии, провоцирующей гипотензию или спонтанные симптомы, является надлежащей терапией (в соответствии с положениями настоящего руководства ESC)	I	C
Следует рассмотреть целесообразность установления пейсмекера пациентам с обмороком и бессимптомной синусовой брадикардией, если для восстановления синусового узла требуется длительный промежуток времени	IIa	B

Эхокардиография

Рекомендации	Класс	Уровень
<i>Показания</i>		
ЭхоКГ показана для подтверждения диагноза и стратификации риска у пациентов с предполагаемым органическим заболеванием сердца	I	B
Показано проведение двухмерной и доплеровской ЭхоКГ во время нагрузки в положении стоя, сидя или полулежа для обнаружения провокационной обструкции выносящего тракта левого желудочка у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией, обмороками в анамнезе, спровоцированными низким пиковым мгновенным градиентом в выносящем тракте левого желудочка <50 мм рт. ст.	I	B
<i>Диагностические критерии</i>		
Аортальный стеноз, обтурирующие опухоли или тромбы в сердце, тампонада перикарда, аневризма аорты являются наиболее вероятными причинами обморока, если при ЭхоКГ выявлены типичные признаки этих заболеваний	I	C
<i>Примечание: ЭхоКГ – эхокардиография</i>		

Проба с нагрузкой

Рекомендации	Класс	Уровень
<i>Показания</i>		
Проба с нагрузкой показана пациентам, у которых обморок развивается непосредственно на фоне или сразу после нагрузки	I	C
<i>Диагностические критерии</i>		
Обморок, вызванный АВ-блокадой 2-3 степени, диагностируется, если во время нагрузки развивается АВ-блокада, даже без обморока	I	C
Рефлекторный обморок диагностируется, если обморок развивается непосредственно сразу после нагрузки в условиях выраженной гипотензии	I	C

Коронарная ангиография

Рекомендации	Класс	Уровень
<i>Показания</i>		
У пациентов с обмороками показания для проведения коронарной ангиографии такие же, как у больных без обмороков	IIa	C

Лечение			Лечение аритмогенных обмороков		
Лечение рефлекторного обморока			Рекомендации	Класс	Уровень
Образование и модификация образа жизни			Брадикардия (истинная)		
Всем пациентам следует объяснить диагноз, успокоить, объяснить риск рецидива и целесообразность избегания специфических триггеров и ситуаций	IIa	B	Кардиостимуляция показана, если подтверждена связь между обмороком и симптоматической брадикардией, обусловленной: • синдромом слабости синусового узла; • истинной АВ-блокадой	I	B
Отмена / коррекция гипотензивной терапии				I	B
Следует рассмотреть целесообразность коррекции / отмены гипотензивной терапии у пациентов с вазопрессорным обмороком, если это возможно	IIa	B	Кардиостимуляция показана пациентам с перемежающейся / пароксизмальной истинной АВ-блокадой 2-3 степени (включая фибрилляцию предсердий с замедленной проводимостью желудочков), несмотря на отсутствие документального подтверждения зависимости между появлением симптомов и данными ЭКГ	I	C
Физические методы			Следует рассмотреть целесообразность кардиостимуляции, если взаимосвязь между обмороком и бессимптомной дисфункцией синусового узла менее доказана	IIa	C
Изометрическое напряжение следует рекомендовать пациентам <60 лет с продромальным периодом	IIa	B	Кардиостимуляция не показана пациентам с необратимыми причинами брадикардии	III	C
Следует рассмотреть целесообразность проведения тилт-тренинга у молодых пациентов	IIb	B	Бифасцикулярная блокада пучка Гиса		
Фармакологическая терапия			Кардиостимуляция показана пациентам с обмороком, блокадой пучка Гиса и положительными результатами ЭФИ или ИПР-подтвержденной АВ-блокадой	I	B
Флудрокортизон может быть рекомендован молодым пациентам с ортостатической формой вазовагального обморока, низкими / нормальными значениями АД, не имеющим противопоказаний к приему этого препарата	IIb	B	Кардиостимуляция может быть показана пациентам с необъяснимым обмороком и бифасцикулярной блокадой пучка Гиса	IIb	B
Мидодрин может быть рекомендован пациентам с ортостатической формой вазовагального обморока	IIb	B	Тахикардия		
Препараты, блокирующие β-адренорецепторы, не показаны	III	A	Катетерная абляция показана пациентам с обмороком, обусловленным наджелудочковой / желудочковой тахикардией с целью предотвращения рецидивов обморока	I	B
Кардиостимуляция			ИКД показана пациентам с обмороком, обусловленным желудочковой тахикардией и ФВЛЖ ≤35%	I	A
Кардиостимуляция может быть показана 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	IIa	B	ИКД показана пациентам с обмороком и ранее перенесенным инфарктом миокарда, у которых при проведении ЭФИ индуцируется желудочковая тахикардия	I	C
Следует рассмотреть целесообразность кардиостимуляции с целью уменьшения рецидивов обморока у пациентов с кардиоингибирующим синдромом каротидного синуса, старше 40 лет и частыми рецидивами непредсказуемых обмороков	IIa	B	ИКД может быть рекомендован пациентам с ФВЛЖ >35% и рецидивирующими обмороками, индуцированными желудочковой тахикардией, если катетерная абляция и фармакологическая терапия оказались неэффективными или не проводились	IIa	C
Следует рассмотреть целесообразность кардиостимуляции с целью уменьшения рецидивов обморока у пациентов с тилт-индуцированной асистолией, старше 40 лет и частыми рецидивами непредсказуемых обмороков	IIb	B	Следует рассмотреть возможность назначения антиаритмической фармакотерапии, включая препараты для контроля частоты пульса, пациентам с обмороками, обусловленными наджелудочковой / желудочковой тахикардией	IIa	C
Следует рассмотреть целесообразность кардиостимуляции с целью уменьшения рецидивов обморока у пациентов с клиническими признаками аденозин-чувствительного обморока	IIb	B			
Кардиостимуляция не показана при отсутствии подтвержденного кардиоингибирующего рефлекса	III	B			
Лечение ортостатической гипотензии			Статья печатается в сокращении.		
Рекомендации	Класс	Уровень	2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. European Heart Journal (2018) 00, 1-69 . doi:10.1093/eurheartj/ehy037		
Всем пациентам следует объяснить диагноз, успокоить, объяснить риск рецидива и целесообразность избегания специфических триггеров и ситуаций	I	C	Перевела с англ. Татьяна Можина		
Показано адекватное потребление жидкости и соли	I	C			
Следует рассмотреть целесообразность коррекции / отмены гипотензивных препаратов	IIa	B			
Может быть показана изометрическая нагрузка	IIa	C			
Следует рассмотреть целесообразность использования абдоминального бандажа и/или лечебно-профилактических чулок для уменьшения скопления венозной крови	IIa	B			
Может быть рекомендован сон с приподнятым головным концом кровати (>10 градусов) для увеличения объема жидкости	IIa	C			
При персистировании симптомов может рекомендоваться мидодрин	IIa	B			
При персистировании симптомов может рекомендоваться флудрокортизон	IIa	C			

Объявление для тебя!

ЕСЛИ

- ты хочешь сделать свою жизнь интереснее, созидательнее, наполнить ее событиями и новым качеством...
- ты любишь общаться с людьми, с удовольствием пишешь на разные темы...
- ты врач или скоро им станешь, это объявление для тебя!

«Медична газета «Здоров'я України» предлагает творческим, грамотным и ответственным людям с медицинским образованием, опытом работы в медицинской прессе (желательно) и умением логически мыслить работу в штате (для киевлян) или внештатно – написание статей/обзоров/интервью с возможностью время от времени ездить в командировки.

Всех желающих попробовать свои силы просим обращаться по телефону: +380 (67) 999 6587 или отправить резюме по электронному адресу: elvira26122011@gmail.com

Мы ждем всех, кто хочет стать частью команды, ищет интересную работу с гибким графиком и приятным вознаграждением.