

О.С. Сычев, д.м.н., профессор, руководитель отдела аритмий сердца, модератор рабочей группы по аритмиям сердца Ассоциации кардиологов Украины, А.И. Фролов, к.м.н., ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, г. Киев

О рекомендациях по диагностике и лечению синкопальных состояний Европейского общества кардиологов, 2009 г.

В 2009 году Европейское общество кардиологов (ESC) издало обновленные Рекомендации по диагностике и лечению синкопальных состояний. Этот документ подготовила рабочая группа ESC по данной проблеме в сотрудничестве с Европейской ассоциацией ритма сердца, Ассоциацией сердечной недостаточности и Обществом ритма сердца. Пароксизмальные расстройства сознания являются актуальной и важной проблемой современной клинической медицины. Медико-социальная значимость этой проблемы определяется нарастающей распространенностью этих патологических состояний, особенно у лиц молодого и среднего возраста, их диагностической сложностью, что обусловлено сочетанием тяжести субъективных переживаний со скудностью объективной симптоматики. В определенных условиях эти патологические состояния представляют реальную угрозу жизни и требуют правильной нозологической диагностики с целью выбора патогенетической терапии. В связи с этим обновленные Рекомендации по диагностике и лечению синкопальных состояний ESC 2009 г. привлекают внимание широкой медицинской общественности, так как с данной патологией сталкиваются врачи различных специальностей: терапевты, кардиологи, неврологи, гериатры и педиатры, специалисты неотложной кардиологии и вегетативных расстройств.

Авторы рекомендаций постарались представить материал по данной проблеме, отвечающий интересам всех перечисленных специалистов. Созданы всеобъемлющие рекомендации, касающиеся диагностики и лечения синкопе. Стремление к универсализму, по нашему мнению, привело к некоторым недостаткам, оно усложнило рекомендации и в то же время оставило некоторые вопросы без ответа.

Первое, на что следует обратить внимание, это определение синкопе. Согласно мнению экспертов, составивших данный документ, обморок (синкопе) — это «преходящая потеря сознания вследствие общей гипоперфузии мозга, характеризующаяся быстрым развитием, короткой продолжительностью и спонтанным окончанием». Слово «гипоперфузия» здесь является основным, так как определяет причину потери сознания — уменьшение доставки крови к головному мозгу — и исключает метаболические причины. В рекомендациях, существовавших ранее, синкопе обозначались как «приступы кратковременной потери сознания и нарушения постурального тонуса с расстройствами сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности, имеющие разнообразные патогенетические механизмы», то есть раньше это было более широкое понятие, а не только следствие гипоперфузии мозга.

Авторы пытаются отделить синкопальные состояния от потерь сознания, связанных с эпилепсией, сотрясением мозга, инсультом и т.д. Приводится алгоритм диагностики синкопальных состояний, который начинается с выявления состояний без потери сознания — падение, нарушение сознания; затем длительные потери сознания: кома, внезапная сердечная смерть (постреанимационная) и преходящие потери сознания: нетравматические и травматические; нетравматические потери сознания включают обмороки, эпилептические припадки, психогенные и редкие случаи. Таким образом, в новом определении синкопальных состояний авторы пытаются выделить синкопе из структуры преходящих потерь сознания, не внося каких-либо принципиально новых диагностических различий. Диагностирование причин преходящих симптомов у больных, страдающих синкопе или пресинкопе, головокружениями или повторяющимися необъяснимыми сердцебиениями, могут вызывать большие трудности для клиницистов, на прием к которым обращаются больные с данной патологией. Факторами, осложняющими диагностический процесс, является то, что симптомы возникают редко и неожиданно и методы диагностики могут значительно варьировать в зависимости от клинических проявлений.

В рекомендациях подробно представлены классификация и патофизиология синкопальных состояний.

Выделяют рефлекторные (неврогенные) обмороки вследствие ортостатической гипотензии и кардиогенные, к которым относят аритмогенные обмороки вследствие брадикардии (из-за дисфункции синусового узла, включая синдром тахи-бради; нарушения атриовентрикулярной проводимости; дисфункции имплантированного водителя ритма), тахикардий (суправентрикулярной

и желудочковой), ятрогенных бради- и тахикардий, структурной патологии сердца и прочих причин (эмболии малого круга кровообращения, острого расслоения аневризмы аорты, легочной гипертензии).

Таким образом, подчеркивается, что аритмии являются наиболее частыми причинами кардиогенных обмороков. Они приводят к гемодинамическим нарушениям, которые обуславливают критическое снижение сердечного выброса и как следствие — церебрального кровотока. Особенно это важно при структурном поражении сердечно-сосудистой системы, обуславливающим развитие состояний недостаточности кровообращения, при которых сердце не способно обеспечить функциональные потребности головного мозга, что, в свою очередь, может вызвать синкопе.

Если сравнивать данные рекомендации с предыдущими международными рекомендациями (2004) и принятыми Ассоциацией кардиологов Украины в 2005 г., то обращают на себя внимание два следующих ключевых момента.

В более ранних рекомендациях к синкопе также относят состояния, возникшие из-за гипоксии головного мозга метаболического генеза. А в рекомендациях 2009 г. их классифицируют как ложно диагностируемые преходящие потери сознания, поскольку они не связаны со снижением сердечного выброса.

В предыдущих рекомендациях выделялись пресинкопе и синкопе, а также их I и II степени, а в последних рекомендациях этого нет.

Известно, что значимость любого состояния в медицине определяется двумя моментами: насколько оно опасно и как часто встречается. В связи с этим необходимо отметить, что в рекомендациях 2009 г. хорошо проанализирована накопленная литература и широко освещены вопросы эпидемиологии синкопе. Так, указано, что вазовагальные обмороки встречаются у 1% детей младшего возраста и лишь у 5% первый эпизод синкопе случается в возрасте 40 лет и старше. У большинства людей рефлекторные синкопальные эпизоды случались в подростковом периоде, но пик частоты синкопе приходится на возраст 65 лет как у мужчин, так и у женщин. Приводятся данные авторитетного Фремингемского исследования, в котором было показано, что частота случаев синкопе сильно возрастает среди лиц старшего возраста и составляет 5,7 события на 1000 пациенто-лет среди мужчин 60-69 лет и 11,1 — 70-79 лет.

Несомненно, сильной стороной последних рекомендаций является то, что в них уделено внимание прогнозу у людей, страдающих синкопе. При этом для определения прогноза при синкопальных состояниях рассматриваются два следующих момента: риск смерти или развития жизнеугрожающих состояний и риск рецидива синкопе или физического повреждения пациента во время синкопе. В данном документе указано, что у пациентов с синкопе факторами риска внезапной сердечной смерти, как правило, являются структурная патология сердца или первичная электрическая нестабильность миокарда, то есть заболевания, которые находятся в компетенции кардиологов. Также обращает на себя внимание

частота рецидивов синкопе. Так, авторы рекомендаций ссылаются на популяционные исследования, в которых было выявлено, что приблизительно у 1/3 пациентов случается рецидив синкопе в следующие 3 года.

Очень важно, что отдельный раздел рекомендаций посвящен влиянию синкопе на качество жизни больных. Указывается, что повторяющиеся синкопе оказывают значительное влияние на качество жизни, а физическое повреждение вследствие синкопе сопоставимо с хроническими заболеваниями, такими как хронический артрит, рецидивирующее депрессивное расстройство средней степени тяжести и болезнь почек терминальной стадии. У пациентов с часто повторяющимися синкопе психосоциальное нарушение сказывается на многих сферах жизнедеятельности человека (в среднем на 33% оцениваемых параметров, определяющих качество жизни). Синкопе обуславливает ограничение в движении, в повседневной деятельности и уходе за собой и в то же время усугубляет депрессию, способствует усилению боли и ощущения дискомфорта.

Интересно, что в представленных рекомендациях затронуты очень актуальные экономические вопросы. Хотя сравнить медицинские расходы в связи с синкопальными состояниями достаточно тяжело, поскольку применяются разные методы расчета и в разных странах действуют различные системы здравоохранения, в целом можно сделать вывод, что затраты на ведение данной патологии достаточно высокие.

Заслуживает внимания раздел, в котором подробно описано обследование больных, страдающих синкопе. Так, говорится, что исходная оценка состояния пациента, перенесшего кратковременную потерю сознания, включает тщательный сбор анамнеза, объективное обследование, в том числе измерение артериального давления в положении стоя, электрокардиографию. Только с учетом этих данных можно проводить дальнейшее обследование, включающее:

- эхокардиографию в случае подтвержденного заболевания сердца или при предположении структурной болезни сердца, а также при синкопе вследствие сердечно-сосудистой патологии;

- ЭКГ-мониторирование при подозрении на синкопе аритмического происхождения;

- ортостатическое исследование — активная (переход из положения лежа в положение стоя) и пассивная ортостатическая проба (тилт-тест) — в случае, если синкопе ассоциируется с положением стоя или при подозрении на рефлекторный механизм.

В рекомендациях приведены четкие показания для проведения различных видов мониторинга ЭКГ:

- немедленное проведение мониторинга в условиях стационара (у кровати больного или телеметрия) показано у пациентов высокого риска;

- холтеровский мониторинг следует проводить пациентам с частыми пре- или синкопальными состояниями (один раз и больше в неделю);

- внешние петлевые регистраторы следует применять у лиц с интервалом между симптомами 4 недели и менее.

Не так давно были разработаны имплантируемые системы, которые обеспечивают



О.С. Сычев



А.И. Фролов

регистрацию ЭКГ-показателей (с петлевой памятью на 24 часа) на протяжении длительного времени. Возможно также использование телесистем для передачи данных в сервисный центр по беспроводной связи, в том числе в режиме реального времени. Данные, свидетельствующие о вероятности развития события или о том, что оно состоялось, посылаются из центра врачу. Согласно полученным результатам, такая мобильная внебольничная система телеметрии имеет более высокую диагностическую ценность у пациентов с синкопе или пресинкопе по сравнению с внешними петлевыми регистраторами, активируемыми самими больными. Авторами подчеркивается необходимость дальнейших исследований потенциального значения данных систем для диагностического обследования пациентов с синкопе.

Важно, что тилт-тест согласно данному документу используется для разграничения чистого рефлекторного синкопе от неклассических форм поздней/отсроченной ортостатической гипотензии. Однако его результаты не показательны относительно оценки эффективности лечения.

Остается невыясненной диагностическая ценность удлиненного времени восстановления функции синусового узла относительно верификации причины синкопе.

Другие, менее специфические исследования, такие как неврологическое, анализ крови, показаны при подозрении на несинкопальную природу потери сознания.

Таким образом, исходные обследования должны ответить на три основных вопроса:

1. Синкопальный ли это эпизод?
2. Выявлена ли причина такого состояния пациента?

3. Являются ли полученные данные основанием предполагать высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний или смерти?

Как правило, дифференцировать синкопальное состояние от потери сознания несинкопальной природы может помочь тщательно собранный анамнез, но порой это достаточно сложно. Необходимо выяснить несколько вопросов:

1. Была ли потеря сознания полной?
2. Была ли потеря сознания транзиторной с быстрым развитием приступа или непродолжительной?

3. Отмечалось ли у пациента восстановление состояния спонтанное, полное, с последствиями?

4. Имело ли место нарушение постурального тонуса?

Если ответы на поставленные вопросы утвердительные, то, вероятнее всего, мы имеем дело с синкопе. Если же хотя бы на один вопрос ответ отрицательный, то перед тем, как продолжить оценку синкопе, следует исключить другие формы потери сознания.

В разделе, посвященном лечению пациентов с синкопе, говорится, что главной целью

является продление жизни, предупреждение рецидивов и связанных с ними травм.

Важность и приоритет цели зависят от причины синкопального состояния. Например, у пациентов с желудочковой тахикардией как причиной синкопе риск внезапной смерти, безусловно, превалирует. В то же время для больных с рефлекторными синкопе основной целью лечения является предупреждение рецидивов и травм.

При этом у молодых, так называемых мотивированных больных с рецидивными вазовагальными симптомами, провоцируемыми ортостатическим стрессом, возможно применение метода постепенно удлиняемых периодов вынужденного вертикального положения (так называемый тилт-тренинг), что может помочь снизить количество рецидивов синкопе.

Что же касается медикаментозной терапии, то в рекомендациях указано, что многие лекарственные средства были апробированы для лечения рефлекторного синкопе, однако для большинства из них результат оказался неутешительным. Этот перечень включал β-блокаторы, дизопирамид, скополамин, теofilлин, эфедрин, этилэфрин, мидодрин, клонидин и ингибиторы обратного захвата серотонина. Удовлетворительные результаты применения перечисленных средств были получены в неконтролируемых или в небольших контролируемых исследованиях.

По поводу инструментальной профилактики синкопе указано, что кардиостимуляция играет незначительную роль в терапии рефлекторного синкопе до тех пор, пока не обнаружены признаки острой спонтанной брадикардии при длительном мониторинге. При имплантации кардиовертера-дефибриллятора сохраняется риск потери сознания, потому что лечение направлено на предупреждение внезапной сердечной смерти, а не на причину обмороков.

Настораживает в рекомендациях то, что в них вольно или невольно не разграничивают синкопальные состояния и внезапную сердечную смерть, особенно у больных с органическим поражением сердечно-сосудистой системы. Это прослеживается в разделах по применению аппаратных методов лечения необъяснимых обмороков у пациентов с высоким риском внезапной сердечной смерти, а именно пейсмекеров и кардиовертеров-дефибрилляторов. Отмечается отсутствие эффекта в терапии синкопальных состояний и внезапной сердечной смерти, приводятся данные исследования SCD-HeFT, в которых указывается, что применение имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора не защищало пациентов от повторения обмороков в сравнении с пациентами, которые получали амиодарон или плацебо. Авторы подходят к анализу формально и не указывают, что головокружение в этом случае вызывается нанесением разряда дефибриллятора, который купирует фибрилляцию желудочков и предотвращает внезапную смерть. Внезапная сердечная смерть – это самостоятельная проблема, которой посвящены отдельные рекомендации, и цитирование данных по этой проблеме в рекомендациях по синкопе требует осторожности.

Наверное, отдельного комментария заслуживает и тот факт, что согласно рекомендациям 2009 г. относительно вождения автомобиля пациентами, страдающими обмороками единичными и легкой степени, практически нет ограничений для водителей-любителей и отсутствуют ограничения для водителей-профессионалов до тех пор, пока синкопе не случится во время деятельности, сопряженной с высоким риском. Вероятно, этот пункт рекомендаций принимать к действию все же не стоит, и лица, страдающие обмороками, пусть даже слабо выраженными, не должны допускаться к вождению автотранспорта, особенно в качестве профессионалов. А ждать, пока обморок случится во время профессиональной деятельности, тем более не стоит.

По-видимому, следует также отметить, что в рекомендациях 2009 г. недостаточно освещены вопросы неотложной помощи при синкопе. В предыдущих рекомендациях они описаны более подробно: «В первую очередь необходимо проведение мероприятий, направленных на улучшение кровоснабжения и оксигенации мозга: следует устранить провоцирующие факторы, перевести больного в горизонтальное

положение, обеспечить доступ свежего воздуха, освободить от стесняющей одежды. Для рефлекторного воздействия на центры дыхания и сердечно-сосудистой регуляции показано вдыхание паров нашатырного спирта, обрызгивание лица холодной водой. При тяжелых обмороках и в отсутствие эффекта от проведенных вышеописанных мероприятий в случаях выраженного падения артериального давления вводят симпатико-тонические средства: 1% раствор мезатона, 5% раствор эфедрина; при брадикардии или остановке сердечной деятельности показан 0,1% раствор сульфата атропина, непрямой массаж сердца; при нарушениях сердечного ритма показаны антиаритмические препараты. При тяжелых и продолжительных обмороках с грубыми нарушениями сердечной деятельности и дыхания необходимо проведение всего комплекса реанимационных мероприятий с обеспечением срочной госпитализации больного».

В то же время четко представлены систематизированные данные по применению пейсмекеров при лечении рефлекторных синкопе, убедительно показана неэффективность пейсмекеров и кардиовертеров-дефибрилляторов при лечении обмороков вследствие сердечной аритмии.

Новым и интересным является раздел, в котором представлены организационные аспекты. Перечислены особенности лечения синкопальных состояний на различных уровнях оказания медицинской помощи: в терапевтических отделениях, отделениях интенсивной терапии/приемного отделения; обосновывается создание отделений синкопальных состояний. «Непрерывная, структурированная медицинская помощь в условиях одного учреждения или на многоэтапной основе является оптимальной. К тому же таким образом можно достичь значительного улучшения качества диагностики и соотношения цена/качество, то есть уменьшить расходы для получения точного диагноза», – считают авторы. В рекомендациях предлагаются модели отделений лечения синкопальных состояний с экономическим обоснованием их работы. Приведены принципы подбора специалистов в данные подразделения и необходимой оснащенности.

В п. 3 «Заключения» говорится, что задачами, стоящими перед врачами, являются «обеспечение преемственности оказания помощи, снижение уровня нецелевых госпитализаций и выработка стандартов оказания медицинской помощи». В качестве комментария к этому хотелось бы отметить, что многие стандарты разработаны, но считаются таковыми они могут только после утверждения МЗ Украины. А такое утверждение возможно при наличии финансовых возможностей выполнения этих стандартов. В этом заключается ограничение данных рекомендаций для нашей страны.

Европейские рекомендации по диагностике и лечению синкопе, несмотря на некоторые спорные вопросы, являются документом, с которым необходимо ознакомиться врачам различных специальностей, сталкивающимся в повседневной практике с синкопальными состояниями. Тем не менее в Европейских рекомендациях представлены общие моменты диагностики и лечения синкопе. Возможна детализация данных рекомендаций, связанная с особенностями диагностики и лечения синкопе в практике кардиолога, невролога, аритмолога и т.д.

В целом можно констатировать, что Рекомендации по диагностике и лечению синкопальных состояний ESC 2009 г., несомненно, являются шагом вперед и значимым методическим документом для кардиологов, невропатологов, терапевтов, врачей общей практики. Однако ряд спорных моментов, о которых сказано выше, обязательно требует открытого и широкого обсуждения. Результатом такой работы, по-видимому, должно стать принятие обновленных рекомендаций по синкопальным состояниям Ассоциацией кардиологов Украины с учетом основных и бесспорных положений рекомендаций ESC-2009 и наиболее удачных моментов легитимно действующих в настоящее время отечественных рекомендаций (2005). Такой документ логично было бы утвердить на XI Национальном конгрессе кардиологов Украины в сентябре 2010 г.

**Передилата з будь-якого місяця!
У кожному відділенні «Україні»!
За передплатними індексами:**

Здоров'я України®

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – XXI СТОРІЧЧЯ»

35272

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

37639

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

37633

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

37631

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

37632

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

37634

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

37635

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«ПЕДІАТРІЯ, АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ»

37638

НАШ САЙТ:

www.health-ua.com

Архів номерів
«Медичної газети
«Здоров'я України»
з 2003 року

У середньому
понад 8000
відвідувань
на день