

СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ (ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ)

The Task Force on the Diagnosis and
Treatment of Syncope Management of the
European Society of Cardiology

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ:

- 30% взрослых людей испытали обморок хотя бы раз в жизни.
- Повторяются у 35% пациентов в течение 3 лет.
- Синкопальные состояния при сердечно-сосудистых заболеваниях увеличивают риск смерти.
- Повторяющиеся синкопы могут приводить к различным травмам (напр. переломы костей) или других повреждений (напр. в результате ДТП).
- Снижают качество жизни.
- Приводят к повторным госпитализациям с проведением дорогостоящего обследования, что требует дополнительных финансовых затрат.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Синкопальные состояние, или обморок - симптом, который характеризуется преходящей кратковременной потерей сознания с утратой мышечного тонуса и падением.

Основные отличительные признаки обморока от других нарушений сознания: полная обратимость и кратковременность потери сознания, продолжительность которой в большинстве случаев не превышает нескольких секунд.

Непосредственной причиной обморока является уменьшение доставки кислорода к головному мозгу

Классификация синкопальных состояний

- Необходимо дифференцировать синкопальные состояния от других «несинкопальных состояний», которые тоже приводят к преходящей потере сознания.
- Классификация синкопальных состояний основана на причинах вызвавших потерю сознания.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕХОДЯЩЕЙ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ

Синкопальные состояния

Несинкопальные состояния

- Расстройства, похожие на обмороки с частичной или полной потерей сознания
- Расстройства, похожие на обмороки, но без потери сознания

Преходящая потеря сознания: I – синкопальные состояния

1. Нейрогенно - рефлекторные синкопальные синдромы

- вазовагальный обморок
- синдром каротидного синуса
- ситуационные обмороки (кашель, чихание, обмороки при мочеиспускании, после физической нагрузки, при глотании, дефекации, висцеральной боли)
- невралгия языкоглоточного и тройничного нерва

2. Ортостатическая гипотония:

- функциональная (гиповолемия, снижение венозного тонуса, ослабление постуральных рефлексов, лекарственные препараты)
- органическая (синдромы с первичной вегетативной недостаточностью, напр., прогрессирующая вегетативная недостаточность, множественная системная атрофия, болезнь Паркинсона с вегетативной недостаточностью; синдромы с вторичной вегетативной недостаточностью, напр. диабетич. или амилоидная нейропатия)

Преходящая потеря сознания: I – синкопальные состояния

3. Нарушения ритма сердца

- дисфункция синусового узла (включая синдром тахи/бради)
- атриовентрикулярные блокады
- пароксизмальные наджелудочковые и желудочковые тахикардии
- наследственные синдромы (напр., с-м удлиненного интервала QT, синдром Бругада)
- нарушение функции имплантируемых устройств (электрокардиостимуляторов, кардиовертеров-дефибрилляторов)
- синдром кардиостимулятора
- аритмогенный эффект лекарственных средств

4. Органические заболевания сердца и сердечно-легочные заболевания

- клапанные болезни сердца,
- острый инфаркт миокарда/ишемия миокарда
- гипертрофическая кардиомиопатия,
- расслоение аорты,
- миксомы предсердий,
- заболевания перикарда/тампонада сердца,
- эмболия легочной артерии, легочная гипертензия

5. Цереброваскулярные

- сосудистые синдромы обкрадывания

Преходящая потеря сознания: II – несинкопальные состояния

Частичная или полная потеря сознания

- Метаболические: гипоксия, гипогликемия, гипервентиляция
- Эпилепсия
- Интоксикация
- Преходящее нарушение мозгового кровообращения

Расстройства похожие на обмороки, но без потери сознания

- Катаплексия - кратковременная пароксизмально наступающая утрата мышечного тонуса, приводящая к падению больного без потери сознания, возникающая обычно при сильных эмоциях; симптом нарколепсии
- «Дроп-атаки» - падения без потери сознания
- Психогенные псевдообмороки

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНКОПОВ

- По данным Фрамингенского исследования, включавшего 5209 человек в течение 26-летнего периода наблюдения, частота встречаемости синкопальных состояний составляет 7.2% на 1000 человек в год.
- Вероятность развития синкопов за 10 лет составляет 6%.
- У пожилых пациентов частота встречаемости синкопов может достигать 30%.

**ВОЗРАСТ
ВСТРЕЧАЕМОСТИ**

ЧАСТОТА

- МЕНЕЕ 18 ЛЕТ
- 17-46 ЛЕТ
- 40-59 ЛЕТ
- БОЛЕЕ 70 ЛЕТ

15%

20-25%

16-19%

23%

*during a 10-year period

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГНОЗА

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ

- органические заболевания сердца
(независимо от причины, вызвавшей обморок)

ХОРОШИЙ ПРОГНОЗ

- Молодые, здоровые пациенты с нормальной ЭКГ
- Нейрогенно – обусловленные синкопальные состояния
- Отростатическая гипотензия

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГНОЗА

ФАКТОРЫ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА

- Возраст более 45 лет.
- Наличие в анамнезе сердечной недостаточности.
- Наличие в анамнезе желудочковой тахикардии.
- Патологические изменения на ЭКГ.

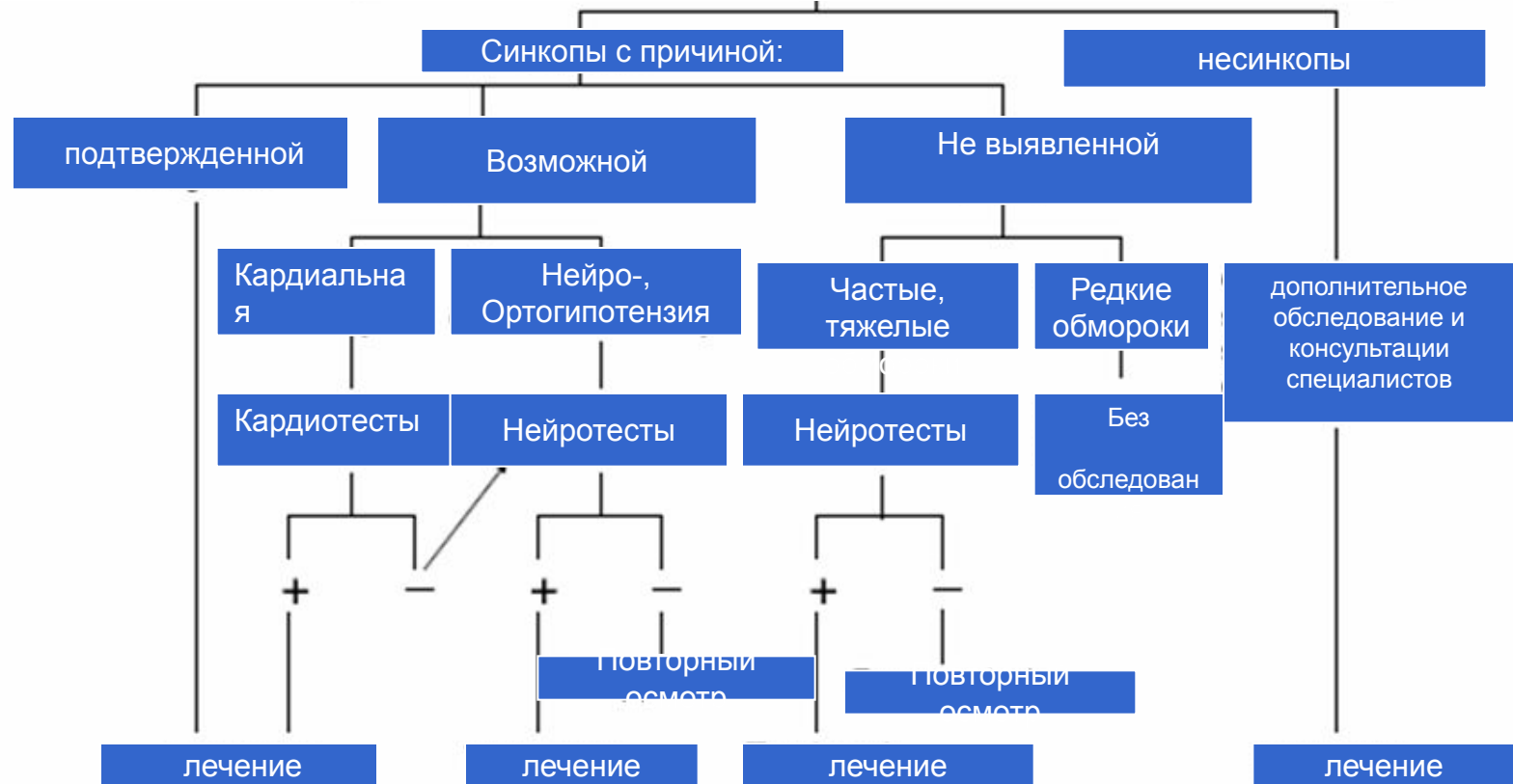
РАЗВИТИЕ АРИТМИИ ИЛИ СМЕРТИ В ТЕЧЕНИЕ 1 ГОДА

- от 4 до 7% пациентов при отсутствии факторов риска
- от 58 до 80 % у пациентов при наличии более 3 факторов риска

ДИАГНОЗ

Преходящая потеря сознания

анамнез, физикальное обследование + ЭКГ+ АД в т.числе на нижних конечностях



ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ

(жалобы, анамнез, физикальный осмотр, измерения АД в т.числе на нижних конечностях, ЭКГ)

- Установить, синкопальное или не синкопальное состояние.
- Определить, имеется ли сердечно-сосудистое заболевание.
- Каковы основные характеристики обморока.

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБМОРОКА

1. Какие обстоятельства, предшествуют обмороку?

- положение пациента (лежа, сидя, стоя)
- подвижность (в спокойном состоянии, во время или после физической нагрузки)
- ситуации при которых возникают синкопы (мочеиспускание, дефекация, кашель, глотание)
- предрасполагающие факторы (напр., многолюдные и душные помещения, пострпрандипльный период, длительное нахождение в положении стоя, усталость, недосыпание, интоксикация)
- провоцирующие события (страх, интенсивная боль, повороты шеи, травмы)

2. Предобморочные реакции: тошнота, рвота, бледность, слабость, звон в ушах, потемнение в глазах, потливость, боль в области шеи и плечах.

3. Характеристика синкопы (со слов очевидцев)

- цвет кожи
- продолжительность потери сознания
- быстрота утраты и восстановления сознания
- движения (напр., тонико-клонич.)
- прикусы языка

4. Ощущения после обморока

В большинстве случаев происходит быстрое и полное восстановление сознания, иногда могут отмечаться рвота, тошнота, озноб, мышечная слабость, заторможенность, сонливость

АНАМНЕЗ

- Частота и продолжительность синкопов.
- Наличие наследственных аритмогенных заболеваний (напр., синдром удлиненного интервала QT, синдром Бругада).
- Наличие сердечно-сосудистых заболеваний.
- Неврологические расстройства (паркинсонизм, эпилепсия и т.д).
- Психические расстройства.
- Лекарственные препараты и алкоголь.
- Внутренние болезни (сахарный диабет, ХОБЛ).

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

- **Вазовагальный обморок** возникает как реакция на стрессовую ситуацию: боль, страх, вид крови или травма, инструментальные исследования. Предрасполагающие факторы: состояние усталости, недосыпание, интоксикация, длительное нахождение в положении стоя.
- **Ситуационные обмороки** возникают во время или непосредственно после мочеиспускания, дефекации, кашля или глотания.
- **Ортостатические обмороки** диагностируются когда имеются данные о наличии ортостатической гипотензии сочетающейся с синкопами или пресинкопами.

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ЭКГ ДИАГНОСТИКА

Нарушения ритма, которые могут приводить к потере сознания

1. Синусовая брадикардия или эктопические ритмы с ЧСС менее 30 уд.мин.
2. Синусовые паузы продолжительностью более 2 сек.
3. Мерцательная аритмия с периодами асистолии более 2 сек.
4. АВ блокада 11 степени 11 типа, АВ блокада «высокой степени» и полная АВ блокада.
5. Наджелудочковые тахикардии с частотой сердечных сокращений более 150 в мин.
6. Желудочковые тахикардии продолжительностью более 5 сек.
7. Нарушение функции имплантируемых устройств с появлением пауз ритма.

Первичный осмотр ЭКГ диагностика

Синкопальные состояния при ишемии миокарда диагностируются в том случае, когда имеются клинические данные и изменения на ЭКГ характерные для острой ишемии с развитием острого инфаркта миокарда или без него.

Клинические и ЭКГ данные при подозрении на кардиальные синкопы

- Наличие сердечно-сосудистого заболевания в анамнезе.
- Синкопы при напряжении или в положении стоя.
- Сердцебиения в момент синкопов.
- Подозрение на наличие желудочковой тахикардии.
- АВ блокада 11 степени.
- Синусовая брадикардия менее 50 уд.мин.
- ВПВ.
- Удлинение QT интервала.
- Синдром Бругада.

Клинические и ЭКГ данные при подозрении на нейрогенно-обусловленные обмороки

- Отсутствие сердечно-сосудистых заболеваний.
- Длительный анамнез синкопов.
- Обычно возникают после:
 - внезапной вспышки света
 - громкого звука или резкого запаха
 - длительного нахождения в положении стоя
 - в душных помещениях
 - после приема пищи
 - во время физических нагрузок
 - во время поворотов головы, массажа каротидного синуса
- Тошнота и рвота сопровождают обморок.

Лабораторная диагностика

Лабораторная диагностика

При подозрении на кардиальную причину синкопов

да

Оценка состояния ССС

- ЭхоКГ
- ЭКГ мониторинг
- Тесты с физической нагрузкой
- ЭФИ
- Оценка состояния ЭКС/ИКД

нет

Оценка состояния ВНС

- Массаж каротидного синуса
- Тилт –тест

Для оценки состояния ССС и вегетативной нервной системы наиболее часто используются следующие методы обследования:

эхокардиография, холтеровское мониторирование, пробы с физической нагрузкой, СМАД, проверка работы имплантируемых устройств, тилт- тест, ЭФИ, дополнительные пробы для оценки состояния вегетативной нервной системы (ортостатическая проба, массаж каротидного синуса, проба Вальсальвы, проба с гипервентиляцией)

Реже по показаниям применяются: перфузионная и вентиляционная сцинтиграфия легких, ангиография, коронаровентрикулография, компьютерная томография, электроэнцефалография

Повторный осмотр

Повторный осмотр

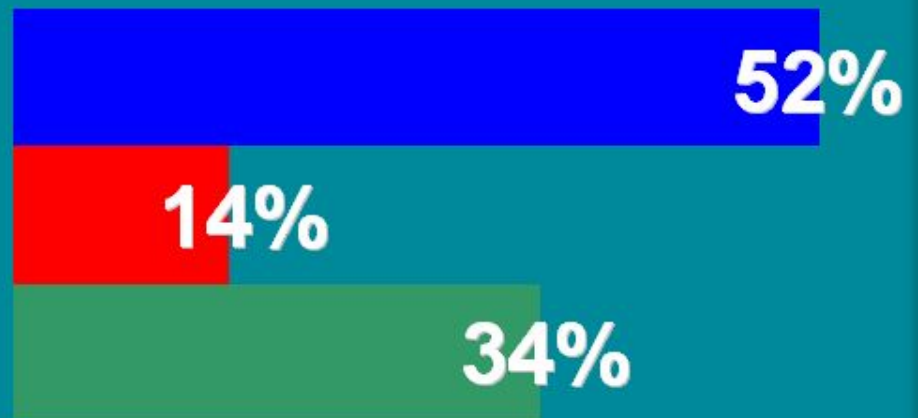
- Уточнить детали анамнеза.
- Оценка состояния вегетативной нервной системы у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
- Оценка сердечно-сосудистой системы у пациентов без сердечно-сосудистых заболеваний.
- Диагностика психических расстройств.

Diagnostic Yield

Первичный осмотр

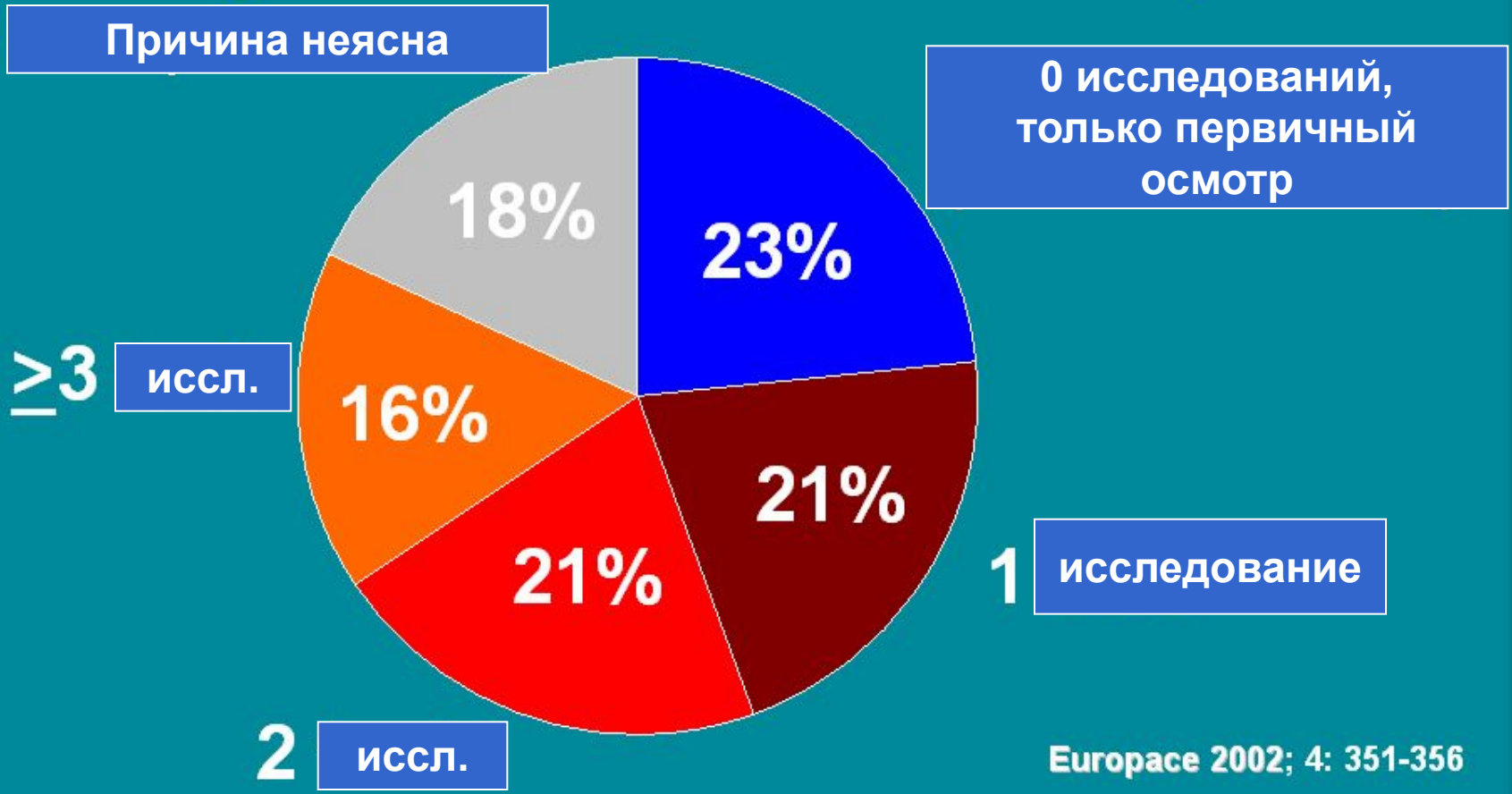
Лабораторные данные

Причина неизвестна



Data pooled from 7 population-based studies
in the 1980's (N = 1607)

количество исследований необходимых для выявления причины обморока



Europace 2002; 4: 351-356

Причины потери сознания: (получены в ходе 4-х многоцентровых исследований, всего обследовано 1640 человек)

- Нейрогенно обусловленные: 50%
- Ортостатические обмороки: 6%
- Аритмии: 11%
- Органические заболевания сердца: 3%
- Несинкопальные состояния: 9%
- Синкопальные состояния неясной этиологии: 20%

лечение

КЛАССЫ РЕКОМЕНДАЦИЙ

I - лечение является очевидно необходимым и эффективность не вызывает сомнений

II класс показаний подразумевает состояния когда назначенная терапия может вызывать расхождение мнения специалистов в оправданности и эффективности ее применения.

IIa класс подразумевает большую предпочтительность в назначенной терапии

IIb – менее явную необходимость ее применения

III класс включает показания когда применение лечения может быть неэффективным и в некоторых случаях нанести вред больному

УРОВНИ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

- А – многоцентровые, многочисленные исследования
- В – одно многоцентровое исследования
- С – отдельные публикации

Общие принципы

- **Основные цели**
 - Предотвратить обмороки
 - Уменьшить риск смерти
- **Дополнительные цели**
 - Исключить провоцирующие факторы
 - Улучшить качество жизни

Общие рекомендации по лечению нейрогенно - обусловленных обмороков

Первоначальное лечение (для всех пациентов): успокоить, обучить пациента поведению в момент появления предобморочных реакций, а также избегать ситуаций при которых они возникают.

Без дополнительного лечения:

редкие обмороки, а также обмороки не относящиеся к группе с «высоким риском».

Дополнительное лечение:

часто рецидивирующие обмороки, а также с «высоким риском».

обмороки с «высоким риском»

- Синкопы повторяющиеся и непредсказуемые (отсутствие предобморочных симптомов), в связи с этим - возможность травматических повреждений – так называемые обмороки с «высоким риском» травматических повреждений.
- Синкопы появляются во время профессиональной деятельности с «высоким риском» активности (вождения автомобиля, самолета, работе на компьютере, занятия спортом и т.д.).

Лечение нейрогенно-обусловленных обмороков

1 класс:

- Объяснение и обучение пациента.
- Избегать провоцирующих факторов.
- Изменение дозы или отмена гипотензивной терапии.
- Имплантация кардиостимулятора у больных с кардиоингибиторным или смешанным вариантом синдрома каротидного синуса.

11 класс:

- Нагрузка объемом: увеличить потребление соли и жидкости.
- Изометрическое напряжение мышц рук и ног в момент появления предобморочных реакций в результате чего происходит повышение АД, напр. необходимо скрестить ноги и напрячь мышцы в течение 30 сек, присесть на корточки.
- Тренировка к вазовагальным обморокам путем длительного нахождения в положении стоя – тилт-тренинг.
- Имплантация кардиостимулятора при кардиоингибиторном варианте вазовагального обморока (более 5 эпизодов в год; тяжелых травматических повреждениях; несчастный случай и возраст более 40 лет).

Лечение ортостатической гипотензии

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ

- Предотвратить появление синкопов.
- Улучшить качество жизни.
- Устранение этиологических факторов и лечение основного заболевания (напр., гиповолемия, коррекция гипотензивной терапии, длительный постельный режим, повышение температуры тела и т.д.).

ЛЕЧЕНИЕ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ

I класс рекомендаций

- Синкопы возникающие при ортостатической гипотонии необходимо лечить у всех пациентов.
- В большинстве случаев требуется корректировка лекарственной терапии сопутствующего заболевания

Лечение ортостатической гипотензии

- Необходимо исключить следующие факторы: резкое изменение положения тела, длительное нахождение в положении стоя, гипервентиляция, алкоголь и лекарства с вазодепрессивными свойствами, еда большими порциями, длительные и изнуряющие статические физические упражнения.
- Рекомендовано:
 - увеличить кол-во соли и потребляемой жидкости для увеличения общего объема крови
 - поднимать головной конец кровати во время сна (т.к. днем ОЦК уменьшается, а в ночное время увеличивается, и увеличивается диурез)
 - медленный поэтапный переход из горизонтального в вертикально положение (лежа→сидя→стоя)
 - вертикальном положении избегать неподвижного стояния
 - тилт –тренинг
 - держать мышцы в тонусе, особенно ног и брюшного пресса, полезны занятия плаванием
 - дробное питание небольшими порциями (ортостатическое снижение АД усиливается после еды).

ЛЕЧЕНИЕ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА

основные задачи

- предотвратить симптомы появления
- улучшить качество жизни
- уменьшить риск смерти

ЛЕЧЕНИЕ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА

1 клас рекомендацій

У больных с аритмогенными синкопами необходимо лечить причину заболевания, особенно если это жизнеугрожающие нарушения ритма или имеется высокий риск травматических повреждений.

Лечение синкопальных состояний при нарушения ритма

11 класс рекомендаций:

- Терапия назначается, если аритмия не зарегистрирована но из анамнеза известно, что были эпизоды жизнеугрожающих аритмий.
- Терапия может быть назначена, если выявлена аритмия, она не жизнеугрожающая, но имеется риск травматических повреждений.

Лечение синкопов при нарушениях ритма: синдром слабости синусового узла

- Постановка ЭКС у больных с синкопами и брадиаритмиями (1 класс уровень В).
- Предпочтительна физиологическая электрокардиостимуляция (1 класс уровень А): уменьшает риск развития фибрилляции и эмболий, улучшает качество жизни путем уменьшения симптомов сердечно-сосудистого заболевания (боль за грудиной, пониженный сердечный индекс).
- ЭКС в режиме VVI не увеличивают продолжительность жизни, а только устраняют синкопальные состояния, необходимо отказаться от их применения у больных с СССУ.
- Катетерная абляция для контроля аритмии может быть эффективной у некоторых пациентов с синдромом тахи-бради, обычно не используется в качестве начального лечения у больных с синкопами (уровень С).

ЛЕЧЕНИЕ СИНКОПОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫЕ БЛОКАДЫ

- постановка ЭКС у больных с синкопами и АВ блокадами (класс 1, уровень В)
- постановка ЭКС улучшает качество жизни и предотвращает появление синкопов (уровень В)
- у пациентов с имеющейся дисфункцией левого желудочка необходимо также исключить желудочковую тахикардию как причину синкопов

ЛЕЧЕНИЕ СИНКОПОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА:

ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ И НАДЖЕЛУДОЧКОВЫЕ ТАХИКАРДИИ

- Суправентрикулярные тахикардии редко бывают причиной обморока.
- Синкопы типа «пируэт» при назначении антиаритмиков встречаются часто, необходимо отменить препарат.
- При желуд. тахикардии антиаритмик кордарон оказывает лучший результат при отсутствии сердечно-сосудистого заболевания.
- При АВ - узловой тахикардии и АВ тахикардии с участием дополнительных путей проведение средством выбора является катетерная абляция.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ УСТРОЙСТВ

(кардиовертеров-дефибрилляторов)

1 класс рекомендаций

- Документированные синкопы при желудочковой тахикардии (уровень А).
- Недокументированная синкопа, в анамнезе инфаркт миокарда и индуцированная при ЭФИ стойкая желудочковая тахикардия (уровень В).

11 класс рекомендаций

- Необъяснимые синкопы и снижение функции левого желудочка (уровень В).
- Синдром удлинённого QT, Бругада, аритмогенная дисплазия правого желудочка и случаи внезапной смерти у родственников (С уровень).
- Синдром Бругада или АДПЖ и индуцированная желудочковая тахикардия.

ЛЕЧЕНИЕ СИНКОПОВ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СОСУДОВ

- Синкопы возникающие при выполнении физических упражнений на верхних конечностях могут потребовать хирургического лечения:
(поражение подключичной артерии встречается редко, однако данный диагноз легко заподозрить по характерной клинической картине).
- Квалифицированная ангиопластика и хирургия в данном случае являются оптимальным методом лечения и приводят к хорошим результатам.

Метаболические нарушения: гипертвентиляция

- Гипервентиляция обычно вызывает появление гипокапнии и преходящего алкалоза, что приводит к нарушению сознания, появлению неадекватного поведения, полной потери сознания обычно не отмечается.
- Четкое различие между этими симптомами и синкопальным состоянием трудно определяется.
- Часто сочетается с тревожным и паническим поведением.
- Необходима психиатрическая консультация.

Показания для госпитализации больных с синкопальными состояниями с целью диагностики

- Признаки заболевания сердечно-сосудистой системы.
- Электрокардиографические признаки ишемии или инфаркта миокарда, аритмии или блокада ветвей пучка Гиса.
- Синкопальные состояния, связанные с физической нагрузкой.
- Синкопы, появляющиеся в положении стоя.
- Синкопы, приводящие к травматическим повреждениям.
- Случаи внезапной смерти у родственников.
- Внезапное начало сердцебиений при отсутствии заболевания сердца.
- Часто повторяющиеся эпизоды.

Показания к госпитализации больных с синкопальными состояниями для проведения лечения

- Синкопальные состояния при нарушениях ритма сердца.
- Синкопы при ишемии миокарда.
- Синкопы при органических заболеваниях сердца или сердечно-легочных заболеваниях.
- Тяжелые или очаговые неврологические поражения.
- Нейрогенно-обусловленные синкопы если имеется кардиоингибиторный вариант и планируется постановка кардиостимулятора.

Синкопальные состояния у пожилых пациентов

- Распространенность – 10%.
- Наиболее частые причины:
 - ортостатическая гипотензия (20-30%),
 - синдром каротидного синуса (до 20% пациентов),
 - нейрогенно-обусловленные до 15%,
 - нарушения ритма сердца до 20%.

Синкопы у пожилых (анамнез)

- Опросить по возможности очевидцев синкопы.
- При сборе анамнеза обратить внимание на следующие вопросы:
 - социальные условия
 - наличие повреждений
 - возможность адекватно отвечать на вопросы
- Время и условия появления синкопов (ортостатические синкопы чаще бывают в утренние часы, связь с едой, приемом лекарств, переменной положения тела).
- Уточнить принимаемые лекарственные средства.
- Сопутствующие заболевания (особенно сахарный диабет, б-нь Паркинсона, анемия, гипертония, ИБС, сердечная недостаточность).

Синкопальные состояния у пожилых: физикальный осмотр

- Оценка неврологического статуса, баланса тела с помощью различных тестов
- Оценить, есть ли когнитивные расстройства

Синкопы у пожилых: методы исследования

- Диагностические мероприятия также как и у молодых пациентов.
- Обязательно проведение массажа каротидного синуса в положении лежа и сидя.
- Повторные измерения АД в утренние часы для исключения ортостатической гипотензии.
- Проведение СМАД.
- Нет данных, что при первичном обследовании необходимо обязательное проведение ортопробы, хотя это достаточно распространенное исследование (показанием для проведения пассивной ортопробы является наличие повторных обмороков неясной этиологии, прежде всего у лиц без признаков органического поражения сердца).
- Если симптомы продолжаются или подозревается более чем 1 причина необходимо дальнейшее обследование.

Синкопы в педиатрии

- Около 15% детей могут иметь хотя бы один обморок до 18 лет.
- Основные причины синкопов:
 - нейрогенно- обусловленные обмороки (61-71%)
 - цереброваскулярные и психогенные синкопы (11-19%),
 - синкопальные состояния при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (6%).

Синкопы в педиатрии: особенности дифференциального диагноза

- При опросе выяснить наличие у ближайших родственников обмороков, а также особенно тщательно изучить заболевания и наследственные синдромы (нарушения ритма сердца, ИБС, удлинение QT интервала, ВПВ, синдром Бругада, аритмогенная дисплазия правого желудочка, миокардиты, аномальное отхождение левой коронарной артерии, первичная легочная гипертензия и т.д.).
- Подозрение на кардиальные синкопы:
 - имеются данные о наличие врожденных или приобретенных заболеваниях сердца
 - синкопы возникают при нагрузке.

Синкопы у детей: тактика обследования

- Общий осмотр, ЭКГ.
- Тилт- тест можно отложить до второго эпизода обморока при подозрении на нейрогенно-обусловленный обморок (показание для тилт-теста: наличие повторных обмороков неясной этиологии, прежде всего у лиц без признаков органического поражения сердца).
- Продолжительность тилт-теста у подростков должна быть меньше чем у взрослых (менее 10мин).
- При жалобах на сердцебиения необходимо проведение Холтеровского мониторирования.
- При наличие шумов необходима консультация кардиолога и ЭхоКГ.
- Электроэнцефалограмма проводится при длительных по времени эпизодах потери сознания, появлении спутанности сознания, состоянии оглушенности после приступа.

Синкопальные состояния у детей: тактика лечения

- Нейрогенно-обусловленные обмороки: изменение образа жизни, увеличение потребления соли и воды.
- Лекарственная терапия применяется при повторяющихся обмороках несмотря на изменения в образе жизни.
- Применение электрокардиостимулятора в крайних случаях.
- Паузы, возникающие при дыхании не требуют терапии, только в случае появления длительной асистолии.

!Синкопы у детей: изменение образа жизни, увеличение потребления соли и жидкости, специальные упражнения о которых сказано выше могут иметь такую же эффективность как и лекарственная терапия в связи с чем эти методы лечения необходимо применять в первую очередь

Вождение и обмороки

(ЕОК: доклад рабочей группы по вождению пациентов с сердечно-сосудистым заболеваниями (1998г)).

1 группа:

Мотоциклы, легковые автомобили, грузовые менее 3,5 тонн

2 группа:

Грузовые автомобили более 3,5 тонн, более 9 мест в автомобиле.

Промежуточная группа: такси, небольшие машины скорой помощи.

!Для первой группы в редких случаях имеются ограничения вождения пациентов с заболеваниями сердца и синкопами

* Eur Heart J 1998; 19: 1165-77

ограничения вождения аритмогенные состояния

- При медикаментозном лечении вождение разрешается после достижения успешного результата.
- После имплантации ЭКС/кардиовертета - через неделю; для профессиональных водителей – до тех пор пока не будет подтверждена адекватная работа имплантируемого устройства.
- После проведения катетерной аблации - через неделю, за исключением профессиональных водителей, которые допускаются к вождению, когда подтвержден длительный положительный эффект, т.е не ранее 3-х месяцев.

ограничения вождения

Вазовагальные обмороки/синдром каротидного синуса

- Редкие и нетяжелые по течению обмороки: нет ограничений если обмороки не возникают во время вождения.
- «Обмороки с высоким риском»: запрещается вождения то тех пор пока не будет получен положительный эффект от терапии.

Обмороки с неизвестной причиной:

- Желательно не водить автомобиль до выявления причины и достижения положительного результата от терапии.