

Г.Н. Гороховская *, О.П. Николин, В.Л. Юн, Е.С. Соколова

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», кафедра госпитальной терапии № 1, г. Москва

ОБМОРОКИ — МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Резюме

СС на сегодняшний день остаётся мультидисциплинарной проблемой. Наиболее часто синкопе является следствием поражения сердечно-сосудистой системы, органического или функционального поражения центральной нервной системы, эндокринной системы. В клинической практике нередки случаи, когда СС является первым и единственным проявлением того или иного заболевания. Однако СС может наступить и при отсутствии органической патологии у практически здорового человека. Сложность патогенетических механизмов, лежащих в основе развития обмороков, сочетание различных механизмов у одного пациента, обращение пациентов в межприступный период, недостаточная информированность врачей приводят к несвоевременной диагностике истинной причины синкопальных состояний, к некорректному лечению данной группы пациентов, что в дальнейшем приводит к снижению КЖ пациентов с СС, к ухудшению прогноза у таких больных.

Ключевые слова: синкопальное состояние, коллапс, эпилептический припадок, аритмогенный обморок.

Abstract

Syncope today is a multi-disciplinary problem. Syncope is the most common consequence of the defeat of cardio - vascular system, organic or functional CNS endocrine system. In clinical practice are not rare cases when syncope is the first and only manifestation of a disease. However, syncope can occur in the absence of organic disease in apparently healthy people. The complexity of the pathogenetic mechanisms underlying the development of syncope, a combination of different mechanisms in the same patient, the treatment of patients in the interictal period, the lack of awareness of physicians lead to late diagnosis of the true cause of syncope, the incorrect treatment of this group of patients, which further leads to a decrease in quality of life patients with syncope, in poor prognosis in these patients.

Key words: syncope, collapse, seizure, arrhythmogenic syncope.

СС — синкопальное состояние, ВСС — внезапная сердечная смерть, КЖ — качество жизни.

Внезапные нарушения сознания — одна из важнейших проблем клинической медицины, т.к. они могут быть проявлениями различной церебральной и соматической патологии. Одним из наиболее частых вариантов пароксизмальных расстройств сознания являются синкопальные (обморочные) состояния.

Синкопе (от греч. syncope — кратковременный обрыв, пауза) — это приступ кратковременной потери сознания с нарушением постурального тонуса, с расстройством сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности и быстрым полным самостоятельным восстановлением нормального состояния. Обморок — это преходящая потеря сознания с временной общей гипоперфузией головного мозга (в соответствии с рекомендациями по диагностике и лечению обмороков Европейского общества кардиологов (ESC)) [5, 9]. Главными признаками любого СС являются: внезапность, кратковременность и обратимость. В связи с особенностями МКБ-10, согласно которой синкопе и коллапс имеют один и тот же шифр (R 55), может сложиться впечатление о взаимозаменяемости этих терминов. Однако это не так. Состояние коллапса характеризуется резким падением артериального давления,

которое может привести в итоге к обмороку, но может пройти и без потери сознания [2, 8].

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПРИЧИН ОБМОРОКОВ

Обмороки часто встречаются в общей популяции. Первый эпизод обычно возникает в определённом возрасте. Вазовагальные обмороки наблюдаются примерно у 1% маленьких детей. Первый обморок очень часто развивается в возрасте от 10 до 30 лет; максимальная частота отмечается в возрасте 15 лет (у 47% женщин и 31% мужчин) [1, 3]. Чаще всего диагностируют рефлекторные обмороки. Частота эпилептических припадков в той же возрастной группе, напротив, значительно ниже (менее 1%), а обмороки, связанные с аритмиями, встречаются ещё реже [4]. В когортном исследовании только у 5% взрослых людей обморок впервые развился после 40 лет. У большинства пациентов рефлекторные обмороки начинались в подростковом и молодом возрасте. И, наконец, выявлено увеличение частоты обмороков в возрасте старше 65 лет — как у мужчин, так и у женщин. Однако у пожилых людей (старше 60 лет) трудно оценить ку-

*Контакты. E-mail: nikolin71@mail.ru. Телефон: (495) 683-27-08

мультипликативную частоту обмороков на протяжении жизни, учитывая возможные ошибки при сборе анамнеза [8]. По данным популяционных исследований, около 50% взрослого населения испытывали обморок хотя бы один раз в жизни. СС встречаются у 4–6% доноров, у 1,1% пациентов стоматологических клиник, при проведении отдельных медицинских исследований (гастро-, эзофаго-, бронхо-, ректороманоскопии), при бесконтрольном применении некоторых лекарственных препаратов (вазоактивных, антиаритмических, антигипертензивных и др.). Однако чаще всего причиной обмороков является различная церебральная и соматическая патология [1, 6]. Количество обращений за неотложной медицинской помощью таких пациентов составляет 3,5%.

РИСК СМЕРТИ И УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ ОСЛОЖНЕНИЙ

Органические заболевания сердца и первичная электрическая нестабильность миокарда — основные факторы риска ВСС и общей смертности у пациентов с обмороками. Ортостатическая гипотония ассоциируется с двукратным увеличением риска смерти (по сравнению с таковым в общей популяции) за счёт тяжести сопутствующих заболеваний. Наоборот, у молодых людей, у которых отсутствуют структурные заболевания сердца или электрическая нестабильность миокарда, а обмороки имеют рефлекторное происхождение, прогноз благоприятный. Большинство случаев смерти и других серьёзных исходов отражают тяжесть основного заболевания, а не обмороки как таковые [1, 3].

Наиболее целесообразной в практическом использовании считают классификацию, предложенную в 2009 г. группой по изучению СС Европейского общества кардиологов [5]:

Кардиогенный обморок

I. Аритмогенный

1. Брадикардия:

- дисфункция синусового узла (включая синдром брадикардии/тахикардии);
- атрио-вентрикулярная блокада;
- нарушение функции имплантированного водителя ритма.

2. Тахикардия:

- наджелудочковая;
- желудочковая (идиопатическая, вторичная при заболевании сердца или нарушении функции ионных каналов).

3. Лекарственные брадикардия и тахикардии.

II. Органические заболевания

Сердце: пороки сердца, острый инфаркт/ишемия миокарда, гипертрофическая кардиомиопатия, образования в сердце (миксома предсердия, опухоли и др.), поражение/тампонада перикарда, врождённые пороки коронарных артерий, дисфункция искусственного клапана.

Другие: тромбоэмболия лёгочной артерии, расслаивающая аневризма аорты, лёгочная гипертензия.

Рефлекторный (нейрогенный) обморок

1. Вазовагальный:

- вызванный эмоциональным стрессом (страхом, болью, инструментальным вмешательством, контактом с кровью);
- вызванный ортостатическим стрессом.

2. Ситуационный:

- кашель, чихание;
- раздражение желудочно-кишечного тракта (глотание, дефекация, боль в животе);
- мочеиспускание;
- нагрузка;
- приём пищи;
- другие причины (смех, игра на духовых инструментах, подъём тяжести).

3. Синдром каротидного синуса.

4. Атипичные формы (без явных триггеров и/или атипичные проявления).

Обморок, связанный с ортостатической гипотонией

1. Первичная вегетативная недостаточность:

- чистая вегетативная недостаточность, множественная атрофия;
- болезнь Паркинсона с вегетативной недостаточностью;
- деменция Леви.

2. Вторичная вегетативная недостаточность (диабет, амилоидоз, уремия, повреждение спинного мозга).

3. Лекарственная ортостатическая гипотония:

- алкоголь;
- вазодилататоры, диуретики, фенотиазины, антидепрессанты.

4. Потеря жидкости (кровотечение, диарея, рвота и др.)

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

Развитие СС связывают с внезапно развившемся нарушением перфузии головного мозга. В норме минутный кровоток по церебральным артериям составляет 60–100 мл/мин. Быстрое снижение его до 20 мл/мин приводит к потере сознания, которая может наступить уже на 6-ю секунду прекращения мозгового кровообращения [2].

Причинами резкого уменьшения мозгового кровотока могут быть:

- рефлекторное снижение тонуса артерий;
- снижение сердечного выброса;
- уменьшение объёма циркулирующей крови (гиповолемия, избыточное депонирование в венозном русле);
- нарушение сердечного ритма;
- патологические изменения миокарда, приводящие к нарушению гемодинамики;

- наличие сосудистых стенозов, приводящих к неравномерному распределению кровотока.

Среди причин СС наиболее часто встречаются:

- желудочковые тахикардии — 11%;
- синдром слабости синусового узла — 3%;
- брадикардия, АВ-блокады II–III ст. — 3%;
- аортальный стеноз — 2%;
- эпилепсия — 2%;
- транзиторная ишемическая атака — 2%;
- вазовагальной этиологии — 8%;
- ситуационные обмороки — 7%;
- ортостатическая гипотензия — 10%;
- медикаментозные обмороки — 2%;
- расстройства психики — 0,7%;
- неизвестная причина — 41%.

У пациентов молодого возраста 39% приходится на психические расстройства; 12% обмороков имеют вазовагальный характер; ситуационные обмороки возникают в 3%, ортостатическая гипотензия встречается в 2%, выяснить причину синкопа не удаётся в 33% случаев [1, 8]. В некоторых случаях обмороки могут возникать и у практически здоровых людей в экстремальных условиях, превышающих пределы физиологических возможностей адаптации.

Патогенетические механизмы обмороков весьма многообразны. При анализе патогенеза СС необходимо выделять не только реализующие обморок механизмы, но и предрасполагающие факторы. В первую очередь здесь следует иметь в виду наследственную предрасположенность. При изучении семейного анамнеза у родственников можно выявить сердечно-сосудистую патологию, сосудисто-вегетативные нарушения, реже — эпилепсию и параэпилептические феномены [4]. Предрасполагающим к возникновению СС является диспластическое развитие. Сочетание у больного 5–7 стигм может говорить о высокой вероятности дисплазии нервной системы как возможного патогенетического фактора развития СС. Чаще всего выявляются такие дефекты, как неправильное строение стоп, узкое высокое небо, неправильное расположение и форма зубов, деформации грудной клетки, несоответствие мозгового и лицевого черепа, изменение формы, величины и расположения ушных раковин, гетерохромия радужки и др. [6, 8].

Немаловажное значение в развитии СС имеет перенесённая перинатальная патология. Чаще всего отмечают гипоксию или асфиксию плода и новорождённого в результате различных заболеваний матери во время беременности и акушерской патологии. Обмороки у детей с родовой травмой в анамнезе развиваются чаще и в более раннем возрасте по сравнению с детьми без такового анамнеза [1].

Кроме того, рассматривая обморок как развёрнутый во времени процесс, выделяют следующие степени выраженности СС:

1. Пресинкопальное состояние:

I степень — слабость, тошнота, «мушки» перед глазами.

II степень — более выражены описанные выше симптомы с элементами нарушения постурального тонуса.

2. Синкопальное состояние:

I степень — кратковременное выключение сознания на несколько секунд без выраженного постприпадочного синдрома.

II степень — более длительная потеря сознания и выраженные постприпадочные проявления.

3. Постсинкопальное состояние.

Инструментальные и лабораторные методы исследования, обязательные для всех пациентов с обмороками.

1. Общий анализ крови и мочи.

2. Сахар крови во время обморока, натоцак, сахарная кривая с нагрузкой.

3. ЭКГ в период между приступами в динамике, по возможности во время обморока.

4. Рентгенологическое исследование сердца, аорты, лёгких.

Существует ряд электрокардиографических изменений, являющихся спутниками возникновения синкопе:

- комбинация блокады каких-либо ветвей левой ножки и блокада правой ножки пучка Гиса;
- продолжительность QRS 0,12 с и более;
- желудочковая тахикардия по типу «пируэт». Атриовентрикулярные блокады. Асимптоматическая синусовая брадикардия (частота сердечных сокращений менее 50 уд./мин);
- синоатриальная блокада. Блокада правой ножки пучка Гиса с элевацией сегмента ST в отведениях V1–V3;
- синдром Фредерика;
- признаки инфаркта миокарда.

Клинические или ЭКГ признаки аритмогенного обморока:

- обмороки при нагрузке или в положении лежа;
- сердцебиение во время обморока;
- семейный анамнез ВСС;
- нестойкая желудочковая тахикардия;
- бифасцикулярная блокада (блокада левой или правой ножки пучка Гиса в сочетании с блокадой левой передней или задней ветви) или другие нарушения внутрижелудочковой проводимости ($QRS \geq 120$ мс);
- выраженная синусовая брадикардия (менее 50 уд./мин) или синоатриальная блокада при отсутствии приёма препаратов, оказывающих отрицательное хронотропное действие, или физических тренировок;
- преждевременный комплекс QRS;
- удлинённый или короткий интервал QT;
- блокада правой ножки пучка Гиса в сочетании с подъёмом сегмента ST в V1–V3 (синдром Бругада);
- отрицательные зубцы Т в правых грудных отведениях и поздние желудочковые потенциалы, указывающие на аритмогенную кардиомиопатию (дисплазию) правого желудочка.

Дифференциальная диагностика СС указана в *табл. 1*. Наибольшие дифференциальные диагностические сложности возникают при распознавании эпилептических припадков и СС. В *табл. 2* сопоставлены клинические особенности этих двух состояний.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБМОРОКОВ

Главные цели лечения — увеличить выживаемость, предупредить физические травмы и повторные обмороки. Приоритет каждой из этих целей зависит от причины обмороков. Например, у пациентов с желудочковой тахикардией, сопровождающейся обмороками, наибольшее значение имеет риск смерти, а у пациентов с рефлекторными обмороками — профилактика повторных эпизодов и/или физических травм. Выяснение причины обмороков играет ключевую роль в выборе методов лечения.

Когда установлена причина, необходимо определить механизм обмороков. Механизм очевиден при атриовентрикулярной блокаде, однако он может оказаться более сложным при рефлекторных обмороках (кардиоингибирующий, вазодепрессорный или смешанный). Исследования для установления причины и механизма обмороков обычно проводят одновременно, а полученные результаты могут служить основанием для различных подходов к лечению (или отсутствию лечения). Например, обморок в острую фазу инфаркта миокарда нижней стенки обычно имеет рефлекторное происхождение. Тяжёлая брадикардия и/или гипотония — это проявления инфаркта, а лечить их необходимо как осложнения этого заболевания. Оптимальное лечение обморока должно быть направлено на устранение причины гипоперфузии головного мозга. Если причина неизвестна или неизлечима (например, сегодня не существует методов лечения дегенеративной атриовентрикулярной блокады), то лечение направлено на механизмы развития церебральной гипоперфузии [7].

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВО ВРЕМЯ ОБМОРОКА

В первую очередь необходимо проведение мероприятий, направленных на улучшение кровоснабжения и оксигенации мозга: устранить провоцирующие факторы, перевести больного в горизонтальное положение, обеспечить доступ свежего воздуха, освободить от стесняющей одежды. Положительное воздействие может оказать периферическое раздражение, например, орошение лица и шеи холодной водой, вдыхание паров нашатырного спирта. Если температура тела понижена, следует укутать больного в тёплое одеяло. Необходимо предотвратить возможную аспирацию рвотных масс, для чего голову следует повернуть в сторону. Больному нельзя ничего давать перорально до тех пор, пока он не придёт в сознание, нельзя разрешать ему вставать, пока не пройдет ощущение мышечной слабости. Следует также

следить за ним в течение нескольких минут после того, как он примет вертикальное положение.

При тяжёлых обмороках и отсутствии эффекта от проведённых мероприятий в случаях выраженного падения артериального давления вводят симпатикотонические 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. Терапия глюкокортикоидными препаратами обоснована при подозрении на анафилактикоидный генез нарушения сознания. При тяжёлых и продолжительных обмороках с грубыми нарушениями сердечной деятельности и дыхания необходимо проведение всего комплекса реанимационных мероприятий с обеспечением срочной госпитализации больного.

ПОВТОРНЫЕ ОБМОРОКИ И РИСК ФИЗИЧЕСКИХ ТРАВМ

В популяционных исследованиях примерно у трети пациентов в течение 3-х лет развивались повторные обмороки. Число перенесённых обмороков — это самый надёжный предиктор их повторного возникновения. Например, у пациентов в возрасте менее 40 лет с неопределённым диагнозом, относящихся к группе низкого риска, с наличием 1–2-х обмороков на протяжении предыдущей жизни частота повторных обмороков через 1 и 2 года составляет 15 и 20% соответственно, а при наличии 3-х эпизодов в анамнезе она достигает 36 и 42%. Психические заболевания и возраст старше 45 лет ассоциируются с более высокой частотой псевдообмороков. Пол, результаты тилт-пробы, тяжесть клинической картины и наличие или отсутствие структурного заболевания сердца, наоборот, имеют минимальное предсказательное значение [8].

Серьёзные травмы, такие как переломы и повреждения, полученные в дорожно-транспортных происшествиях, наблюдались у 6% пациентов, а небольшие травмы, например, порезы и синяки, — у 29%. Повторные обмороки ассоциируются с переломами и травмами мягких тканей у 12% пациентов. У пациентов, обратившихся в отделения неотложной помощи, лёгкие травмы были зарегистрированы в 29,1% случаев, а серьёзные — в 4,7%. Самой высокой частотой травм (43%) была у пожилых пациентов с синдромом каротидного синуса. Частота осложнений особенно высока у пожилых людей, в том числе таких осложнений, как утрата уверенности в себе, депрессивные расстройства, страх перед падениями, переломы и полная инвалидизация [1, 4].

ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Повторные обмороки оказывают выраженное влияние на КЖ. Нарушения физической функции при обмороках сопоставимы с таковыми при хронических заболева-

Таблица 1. Дифференциальная диагностика различных классов СС

Диагностические критерии	Нейрогенные синкопы	Кардиогенные синкопы	Дисциркуляторные синкопы	Синкопы эпилептической природы
Пресинкопальные проявления	Головокружение, слабость, дурнота, потливость, нехватка воздуха, мелькание «мушек» перед глазами, бледность, звон в ушах	Могут отсутствовать, возможны ощущения перебоев в работе сердца, боли в области сердца	Могут отсутствовать или возникать кратковременные головокружения, боль в затылке, шее, тошнота, общая слабость	Могут отсутствовать или развиваться в виде ауры
Клинические проявления синкопе	Бледность, редкое глубокое дыхание, слабый нитевидный пульс, резкое падение АД	Бледность или цианоз, частое и поверхностное дыхание, пульс редкий или отсутствует, реже тахикардия, АД снижено или не определяется	Чаше бледность, может быть акроцианоз, дыхание поверхностное, пульс может быть как редким, так и частым, АД может повышаться, оставаться в норме или понижаться	Акроцианоз, дыхание частое, шумное, нерегулярное, пульс редкий, АД ведёт себя по-разному
Наличие судорог во время потери сознания	При глубоком обмороке	Могут быть	Редко	Могут быть
Серийность обмороков	Редко	Редко	Очень редко	Часто
Скорость возвращения сознания	Быстро и полностью	Быстро и полностью	Быстро и полностью	Медленно, период дезориентации
Клинические проявления постсинкопального периода	Общая слабость, головокружение, головная боль, потливость	Общая слабость, дискомфорт в области сердца, головная боль, ощущение перебоев в работе сердца могут сохраняться	Общая слабость, головная боль, боль в шее, затылке, наличие неврологических расстройств (дизартрия, пареза и т.д.)	Оглушённость, сонливость, заторможенность адекватной речи, головная боль
Провоцирующие факторы	Страх, испуг, взятие крови, лечение зубов, душное помещение, длительное стояние, голод, переутомление	Физическая нагрузка, прекращение физической нагрузки, эмоциональные факторы, отсутствие провоцирующих факторов	Резкий поворот или разгибание головы	Приём алкоголя, недосыпание, гипервентиляция, ритмическая фотостимуляция
Положение, в котором наступил обморок	Вертикальное	Вертикальное, сидя, лежа	В любом положении, но чаще в вертикальном	В любом положении
Ушибы при падении	Редко	Редко	Редко	Часто
Прикусы языка	Нет	Редко	Нет	Может быть
Недержание мочи	При глубоком обмороке	—	—	Часто
Анамнез заболевания	Часто в детстве, в пубертатном периоде	Наблюдение и лечение у кардиолога	Лечение у невролога по поводу шейного остеохондроза, церебрального атеросклероза	Эпилептические припадки в анамнезе
Дополнительные методы исследования	Психологическое исследование — аффективные нарушения, вегетативная дистония	Изменения на ЭКГ, при ХМ ЭКГ, при электрофизиологическом исследовании	Изменения доплерографии магистральных артерий, изменения на РЭГ, выявление остеохондроза шейного отдела позвоночника	Изменения на ЭЭГ по эпилептическому типу на ЭЭГ при гипервентиляции, фотостимуляции

ниях, таких как хронический артрит, среднетяжёлые депрессивные расстройства и терминальная почечная недостаточность. У пациентов с частыми обмороками нежелательный эффект психосоциальных расстройств на повседневную активность в среднем составил 33% [3, 6]. Обмороки снижают мобильность пациентов, ухудшают их повседневную активность и способность к уходу за собой и усиливают депрессию, боль и дискомфорт. Женский пол, сопутствующие заболевания, число обмороков в анамнезе и наличие предобморочных состояний ассоциируются с худшим КЖ. И, наконец, угроза повторного

обморока сама по себе также ухудшает КЖ. Хотя КЖ со временем обычно улучшается, оно остаётся низким, особенно у пожилых людей — за счёт рецидивов и сопутствующих заболеваний.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Ведение пациентов с обмороками ассоциируется с большими затратами по ряду причин. Обмороки очень часто встречаются в общей популяции, что неизбежно опре-

Таблица 2. Особенности СС и эпилептических припадков

Клинические особенности	Синкопальные состояния	Эпилептические приступы
Отношение к вертикальному положению тела	Есть	Нет
Время дня	Чаше днём	В любое время
Провоцирующий фактор	Эмоции, боль	Ограничение сна, приём алкоголя
Длительность предвестников	Чаше длинная	Короткая
Цвет кожи	Бледный	Цианотичный
Судороги	Редкие	Частые
Мышечный тонус	Низкий	Повышен
Повреждения	Редко	Часто
Недержание мочи	Редко	Часто
Постприступное оглушение	Редко	Часто
Очаговые симптомы	Нет	Иногда
Вегетативная неустойчивость	Всегда	Иногда
Амнезия	Редко	Часто
Изменения на ЭЭГ	Редко	Часто
Эффективность аналептиков и горизонтального положения	Всегда	Нет

делает высокие прямые и косвенные затраты. Примерно 1% обращений в отделения неотложной помощи связан с обмороками; около 40% больных госпитализируются. В крупном исследовании медиана длительности госпитализации составила 5,5 дня (интерквартильный диапазон 3–9). Доля затрат на госпитализацию составляет более 75% в структуре общих затрат [7].

Всё сказанное выше подчеркивает актуальность и мультидисциплинарность проблемы, которая требует правильной и своевременной диагностики, что позволяет в дальнейшем подобрать не только адекватную схему терапии, но и разработать методы профилактики повторных обморочных состояний и тем самым способствовать значительному улучшению КЖ пациентов данной категории.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СС на сегодняшний день остаётся мультидисциплинарной проблемой. Наиболее часто синкопе является следствием поражения сердечно-сосудистой системы, органического или функционального поражения центральной нервной системы, эндокринной системы. В клинической практике нередки случаи, когда СС является первым и единственным проявлением того или иного заболевания. Однако СС может наступить и при отсутствии органической патологии у практически здорового человека. Сложность патогенетических механизмов, лежащих в основе развития обмороков, сочетание различных механизмов у одного пациента, обращение пациентов в межприступный период, недостаточная информированность врачей приводят к несвоевременной диагностике истинной причины СС, к некорректному лечению данной группы пациентов, что в дальнейшем приводит к снижению КЖ пациентов с СС, к ухудшению прогноза у таких больных.

Таким образом, при выявлении больного с СС перед врачом встают следующие задачи:

1. определить патогенетический механизм, лежащий в основе возникновения СС; выявить предрасполагающие факторы для возникновения СС;
2. исключить или подтвердить наличие органической патологии, проявлением которой является синкопе;
3. оценить прогноз (оценить риск развития рецидивов, оценить риск развития внезапной смерти);
4. составить план обследования;
5. оказать первую медицинскую помощь во время обморока и разработать схему лечения в межприступный период.

А

Список литературы

1. Барсуков А.В., Диденко М.В., Янишевский С.Н. Синкопальные состояния в клинической практике. М.: ЭЛБИ-СПб, 2009. 344 с.
2. Вейн А.М. Неврология для врачей общей практики. 2-е издание. Эйдос Медиа, 2008.
3. Гуков А.О., Жданов А.М. Нейрокардиогенные (вазовагальные) синкопе // Русский медицинский журнал. 2007. № 6, 7.
4. Певзнер А.В., Карлов В.А., Соболев В.А. и др. Дифференциальная диагностика обморока и эпилептического припадка // Терапевтический архив. 2008. № 4.
5. Рекомендации по диагностике и лечению обмороков. Рабочая группа ESC. Пер. Евсеева М.О., 2009. 41 с.
6. Тарасова А.В., Школенко Т.М., Гуркин В.И. Диагностика скрытых нарушений проводимости сердца с синкопальными состояниями по данным тилт-теста // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. 2009. № 5. С. 42–45.
7. Школьников М.А., Леонтьева И.В., Школенко Т.М. Современные подходы к диагностике и лечению синкопальных состояний у детей старшего возраста и подростков с использованием длительной пассивной ортостатической пробы (тилт-теста) // Метод. рекомендации. Москва, 2009. 27 с.
8. Brignole M., Alboni P., Benditt D.G. et al. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope // Europace. 2010. Vol. 6, № 6. P. 467–537.
9. Moya A., Sutton R., Ammirati F. et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009): the Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. Heart J. 2009. Vol. 30, № 21. P. 2631–2671.