

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

ОБМОРОКИ

ПОДХОД, ОСНОВАННЫЙ
НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ

Под редакцией
**Микеле Бригноле,
Дэвида Г. Бендитта**

Перевод с английского под редакцией
доктора медицинских наук **А.В. Певзнера**



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2023

Оглавление

Предисловие к изданию на русском языке	7
Предисловие к изданию на английском языке	9
Предисловие редакторов издания на английском языке	12
Участники издания	15
Список сокращений и условных обозначений	20
Часть I. Транзиторная потеря сознания/коллапс: патофизиологические и эпидемиологические особенности ...	23
Глава 1. Синкопе: определение и отличия в классификации, приведенной в американских и европейских рекомендациях	25
Глава 2. Определение понятия «сознание» при синкопе и связанных с ним расстройствах	41
Глава 3. Прогноз синкопе в зависимости от диагностических находок	58
Глава 4. Экономическое влияние синкопе: прямые и косвенные затраты	69
Часть II. Основные клинические признаки	83
Глава 5. Определение причины транзиторной потери сознания/ коллапса: первоначальное обследование	85
Глава 6. Эпилептические приступы и синкопе: отличительные клинические особенности	93
Глава 7. Рефлекторные синкопе: часто и редко встречающиеся варианты	107
Глава 8. Варианты ортостатической гипотензии, синдром постуральной ортостатической тахикардии и менее известные вегетативные расстройства	119
Глава 9. Брадикардии и тахикардии: приобретенные и наследственные....	135
Глава 10. Дифференциальная диагностика вегетативных нарушений и распознавание их по анамнезу и физикальным признакам	153
Глава 11. Психогенные псевдосинкопе и псевдоприпадки: подходы к диагностике и лечению	163

Часть III. Основные диагностические стратегии	179
Глава 12. Ведение больных с синкопе/коллапсом в отделении неотложной помощи	181
Глава 13. Транзиторная потеря сознания/коллапс: роль обсервационного блока отделения неотложной помощи	193
Глава 14. Амбулаторное мониторирование электрокардиограммы при синкопе и коллапсе: современное состояние и польза	202
Глава 15. Синдром каротидного синуса: патофизиология и диагностика	212
Глава 16. Внутрисердечное электрофизиологическое исследование: надлежащие показания при транзиторной потере сознания/коллапсе	219
Глава 17. Отделение обследования при синкопе: основные характеристики, современное состояние	239
Часть IV. Отдельные методы обследования: когда и как	249
Глава 18. Роль визуализации головы и сердца, а также кардиальных стресс-тестов в диагностике синкопе	251
Глава 19. Изучение вегетативной дисфункции при синкопе/коллапсе: методы обследования и интерпретация результатов	257
Глава 20. Польза видеоелектроэнцефалограммы для диагностики и понимания транзиторной потери сознания	272
Часть V. Рекомендации по лечению	285
Глава 21. Показания для проведения электрокардиостимуляции у пациентов с необъяснимыми синкопе и бифасцикулярной блокадой	287
Глава 22. Необъяснимые синкопе у пациентов с высоким риском внезапной смерти	291
Глава 23. Немедикаментозные и медикаментозные методы лечения вазовагальных обмороков: текущее состояние проблемы	307
Глава 24. Обновленные данные по применению электрокардиостимуляции при рефлекторных синкопе	317
Глава 25. Икталная асистолия: связь с рефлекторным синкопе и роль электрокардиостимуляции	331
Глава 26. Кардионейроабляция при кардиоингибиторном вазовагальном синкопе	340
Глава 27. Вождение транспортных средств и пилотирование воздушных судов: Рекомендации США и Европы	350
Предметный указатель	370

Синкопе: определение и отличия в классификации, приведенной в американских и европейских рекомендациях

Глава 1

Ноа Н. Уильфорд и Брайан Ольшанский

Точное определение синкопе имеет решающее значение для понимания его причин, выяснения механизмов и разработки подхода к диагностике и лечению. С клинической точки зрения, если еще не существует тщательно разработанного определения, проблему становится трудно классифицировать и понять. Европейское общество кардиологов (ЕОК) и независимо от него Американский колледж кардиологии, Американская ассоциация сердца, Общество сердечного ритма (АКК/ААС/ОСР) разработали формализованные определения синкопальных состояний и изложили их в двух недавних Рекомендациях, независимых друг от друга, написанных совершенно разными авторами, экспертами и исследователями, которые рассмотрели весь объем литературы и весь масштаб проблемы [1, 2]. Здесь мы рассмотрим определения синкопе, изложенные в Рекомендациях ЕОК и АКК/ААС/ОСР, и сравним, какое место они ему отводят среди других состояний, приводящих к транзиторной потере сознания, другим измененным состояниям сознания, коме, коллапсу и падениям [3]. Затем мы рассмотрим подходы к классификации синкопе, описанные в каждой из Рекомендаций, и рассмотрим некоторые пробелы и нюансы, которые, может быть, не проясняют проблему обморока при ее рассмотрении как симптомокомплекса, но являются критически важными для клинического понимания при обследовании, оказании помощи и лечении пациентов.

1.1. Что такое сознание?

Обморок представляет собой форму потери сознания. Прежде чем понять, что такое потеря сознания, необходимо понять, что такое сознание. Сознание — состояние бодрствования и осознания себя и окружающего (см. также главу 2, написанную ван Дейком и соавт.). Однако человек не обязательно находится

без сознания, когда он не бодрствует и не осознает себя и окружающее. Кроме того, быть в сознании подразумевает способность человека взаимодействовать с окружающим миром и реагировать на внешние стимулы. Те, кто спит, могут реагировать на стимулы независимо от того, помнят они об этом или нет.

Полная потеря сознания включает в себя недостаточность или отсутствие осознанности при восприятии, мышлении и понимании. Люди, которые находятся в бессознательном состоянии, не могут (и не делают этого) реагировать на какие-либо стимулы и не способны понимать эти стимулы. Человек может не осознавать, что он реагирует, однако при этом он реагирует, что может затруднять понимание наличия сознания. Кроме того, сознание присутствует, даже если человек дезориентирован или находится в состоянии спутанности, что препятствует его способности реагировать. Эти проблемы затрудняют распознавание потери сознания, но при этом сохраняется необходимость каким-либо образом квалифицировать это состояние, поскольку медикаменты, интоксикация, деменция, инсульт, кома, эпилептический припадок и другие проблемы, включая сон, могут вызвать изменение сознания, и их следует отграничивать от синкопе. Особенно озадачивают псевдосинкопе или псевдоприпадки, при которых состояние сознания неясно или по крайней мере может нуждаться в детальном обсуждении.

Нейробиологические феномены, ответственные за формирование сознания, становятся все более понятными. В формировании сознания задействовано несколько областей мозга; в частности, ретикулярная активирующая система, которая, по-видимому, имеет решающее значение. Исследования, проведенные с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии (МРТ), показывают, что тракты белого вещества, интегрирующие различные участки мозга, могут иметь важное значение, при этом установлено участие таламо-кортикальных и кортико-кортикальных трактов. Временная и пространственная интеграция на фоне возрастающей энтропии обеспечивает разнообразие передаваемой информации, по-видимому, необходимой для сознания [4].

Анестетики, такие как пропофол, функционально отключают заднюю теменную кору от других областей коры и могут вызвать потерю сознания вследствие функциональной потери интеграции мозга [5]. Бессознательное состояние, обусловленное анестезией, также может быть связано с деактивацией мезиально-теменной коры, задней поясной извилины и предклинья. Интеграция информации между различными областями мозга может быть основой, определяющей сознание [6]. Другие области, такие как средний мозг, роstralные отделы и таламус, также могут иметь решающее значение, но глобальное снижение мозгового кровотока не всегда является необходимым для полной потери сознания.

Понимание того, что влияет, нарушает или улучшает сознание, остается недостаточным, но ясно, что отсутствие кровотока в критических областях мозга нарушает сознание. Потеря сознания может быть транзиторной, длиться несколько секунд или минут, быть персистирующей либо стать постоянной. Транзиторная потеря сознания (ТПС) с полным возвращением к нормальному функционированию головного мозга зависит от обратимости процесса, и причины ее сведены в огромный список.

1.2. Транзиторная потеря сознания

В Рекомендациях АКК/ААС/ОСР потеря сознания рассматривается как когнитивное состояние, при котором у человека отсутствует осознание себя до такой степени, что он становится неспособным реагировать на стимулы. ТПС может закончиться самостоятельно, но это не обязательно синкопе, поскольку другие состояния, включая функциональные нарушения (например, псевдосинкопе или псевдоприпадки), эпилепсию, гипогликемию, метаболические нарушения, а также наркотическое или алкогольное опьянение, могут приводить к ТПС. В список причин, вызывающих ТПС, также входят кома, травма головы, внутримозговые кровоизлияния, ишемический инсульт и многие другие состояния. Эти состояния отличаются от синкопе, поскольку у них есть длительный период, в течение которого отсутствует реакция больного, и все же иногда их бывает трудно отличить от ТПС вследствие синкопе.

ТПС можно разделить на синкопе и состояния, не связанные с синкопе (рис. 1.1). При развитии синкопе предполагается, что основным механизмом является проходящая церебральная гипоперфузия, в то время как причины, не связанные с синкопе, имеют иные механизмы. В обеих рекомендациях авторы согласны с тем, что подробный сбор анамнеза является наиболее важным компонентом для определения, произошла ли ТПС и была она вызвана синкопе или нет. После выхода из синкопального состояния пациенты могут рассказывать о таких «предобморочных» симптомах, как слабость, тошнота, сердцебиение, головокружение и изменения зрения, а затем «очнуться на земле», если они ранее стояли. Эти симптомы в некоторых случаях могут быть полезны для определения причины синкопе. Те пациенты, кто переносит синкопе без продрома или лежа на спине либо на животе, должны вызывать беспокойство

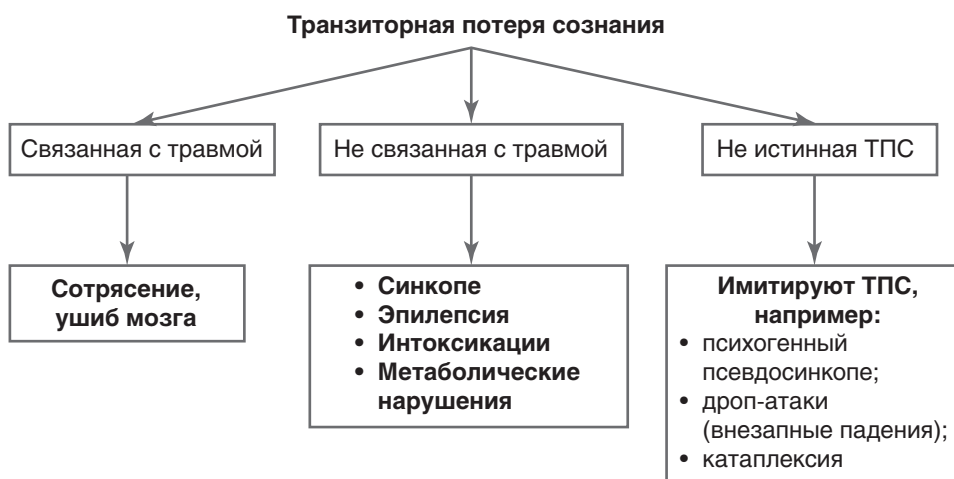


Рис. 1.1. Дифференциальная диагностика транзиторной потери сознания (из Рекомендаций Европейского общества кардиологов)

вследствие серьезной причины, приводящей к этому состоянию, особенно по поводу сердечной аритмии.

Некоторые пациенты не могут подробно рассказать о том, что с ними случилось. В таких случаях свидетельства очевидцев оказываются бесценными. ТПС и синкопе часто происходят без свидетелей, или свидетели могут быть ненадежными независимо от того, имеют они медицинский опыт или нет. Рекомендации ЕОК непосредственно касаются этой проблемы, давая рекомендацию класса Па («следует рассмотреть») для домашних видеозаписей, так как это стало возможным в связи с широким распространением мобильных телефонов.

Если в рекомендациях АКК/ААС/ОСР говорится о важности отличать синкопе от других форм ТПС, то Рекомендации ЕОК классифицируют причины ТПС и предлагают отличительные особенности этих причин. В документе ЕОК рекомендуется сначала разделить ТПС на формы травматического и нетравматического генеза. Если ТПС считается нетравматическим, то следующий шаг — это проведение дифференциального диагноза между синкопе, эпилептическими припадками и психогенными причинами. Травматические причины далее не рассматриваются, но больной может перенести синкопе, а затем получить травму головы; последняя потенциально способна маскировать синкопальный эпизод, и только наличие свидетельств очевидцев может прояснить последовательность событий.

При рассмотрении ТПС могут наблюдаться очень длительные эпизоды со спутанностью сознания как до, так и после эпизода, а также с быстрым или медленным неврологическим восстановлением. В Рекомендациях ЕОК синкопе рассматривается как состояние реальной или кажущейся потери сознания с утратой осознания себя, характеризующееся развитием «амнезии» на период бессознательного состояния с утратой контроля двигательных функций и потерей чувствительности на короткое время. Определение кратковременности остается неясным, и нет конкретного определения потери постурального тонуса. Утрата контроля над моторными функциями вызывает необходимость дифференцировать различия с эпилептическими приступами и такими состояниями, как инсульт. Из Рекомендаций ЕОК и АКК/ААС/ОСР становится ясно, что данные о настоящем эпизоде часто основаны на анамнезе, собранном у пациента, свидетельских показаниях и предыдущих записях. Конечно, показания очевидцев могут различаться в зависимости от того, что они видели, а опыт пациента может говорить или не говорить о том, что на самом деле произошло во время эпизода. Поэтому все ТПС должны быть тщательно изучены с использованием информации от пациента, а также свидетелей, прежде чем обозначить событие ТПС как синкопе.

В то время как синкопе определяется вышеуказанными характеристиками, отсутствие строгих и легко применимых правил для определения некоторых из них создает условия для путаницы и смешения с другими состояниями. Многие состояния могут приводить к потере сознания, включая эпилепсию, кому, травму головы, внутримозговое кровоизлияние, инсульт и гипогликемию. Эти состояния отличаются от обморока длительным периодом отсут-

ствия реакции, однако их необходимо учитывать при проведении дифференциальной диагностики. Кроме того, пациент с измененным сознанием может не ориентироваться в окружающей среде и полагать, что он теряет сознание, в то время как наблюдателю он кажется находящимся в состоянии сознания.

Чтобы еще больше запутать дело, синкопе и «коллапс» часто рассматриваются вместе. Для этого есть причина. С одной стороны, оба состояния могут казаться похожими. Кроме того, в США диагностическая группа Combined Medicaid Medicare Services (CMS) часто рассматривает синкопе совместно с коллапсом. С другой стороны, коллапс, например, может фактически представлять собой прерванную остановку кровообращения вследствие развития желудочковой тахикардии. Коллапс в этом случае может вызвать ТПС вследствие церебральной гипоперфузии, но он, как правило, имеет более тяжелые последствия.

1.3. Терминология

Четкое, хорошо разработанное определение синкопе имеет решающее значение для понимания проблемы дифференцирования ТПС/синкопе/коллапса и их причин, для формулирования подходов к оценке и управлению рисками, а также определения направления диагностических или лечебных вмешательств. Поэтому неудивительно, что Рекомендации как АКК/ААС/ОСР, так и ЕОК содержат четкие определения синкопе, исключения ассоциированных состояний и широкую классификацию потенциальных причин.

1.4. Синкопе: определения

Синкопе — это форма ТПС, которая, как полагают, вызвана церебральной гипоперфузией; характеризуется быстрым началом, короткой продолжительностью и спонтанным восстановлением. Определение АКК/ААС/ОСР в целом согласуется с определением ЕОК. Давайте рассмотрим его компоненты.

Транзиторная потеря сознания. Подразумевается, что потеря сознания имеет четкое начало и четкое окончание. Четкое окончание подразумевает, что человек возвращается к базовому (исходному) уровню осознания. Тот факт, что наступает разрешение состояния, говорит о том, что никакого необратимого повреждения не произошло. Таким образом, состояния, которые вызывают повреждение и длительное нарушение сознания, не являются синкопе, если, конечно, причиной не будет последующая травма из-за этого синкопального состояния.

Быстрое начало. В то время как большинство пациентов и свидетелей не могут четко описать хронологию событий, развитие синкопе происходит относительно быстро. Однако ни в одной из Рекомендаций нет официального определения временных рамок «быстрое», и поэтому термин «быстрое начало» является субъективным. Однако при появлении пресинкопальных симптомов собственно синкопе обычно возникает в течение 20 с.

Восстановление происходит спонтанно, полностью и, как правило, быстро. Этот критерий отличает синкопе от таких состояний, как травма, инсульт, эпилепсия и действие наркотиков, которые сами по себе быстро не проходят и даже могут потребовать вмешательства; он также помогает отличить синкопе от прерванной остановки кровообращения. Однако важно отметить, что некоторые формы синкопе, такие как вазовагальный синкопе, могут характеризоваться периодом слабости после разрешения события. Эти симптомы контрастируют с «постиктальным» состоянием после эпилептических приступов. Не приводится никаких временных рамок ни в одной из Рекомендаций в отношении «быстро».

Основной механизм: транзиторная глобальная гипоперфузия головного мозга. Другие причины ТПС, не связанные с синкопе (которые даже могут быстро и спонтанно разрешиться), задействуют другие механизмы. Например, травма приводит к ТПС вследствие эффекта прямой травмы, эпилептические приступы возникают в результате развития патологической электрической активности в головном мозге, а ишемический инсульт — в результате прямого повреждения мозга. Напротив, истинный синкопе возникает в результате преходящей церебральной гипоперфузии. Однако глобальная гипоперфузия головного мозга может потребоваться не всегда, поскольку только ишемия определенных областей мозга необходима для потери сознания. Кроме того, существуют такие функциональные состояния, как «психогенные псевдосинкопе», механизмы ТПС которых полностью понятны, но человек перестает реагировать, и при этом нет никаких доказательств гипоперфузии головного мозга. Возможно, другие механизмы ответственны за ТПС, а не транзиторная церебральная гипоперфузия. Редко удается доказать, что у пациента с синкопе была транзиторная церебральная гипоперфузия — часто это просто предполагается.

1.5. Что вызвало «приступ»?

Пациенты, когда приходят к врачу, как правило, не предъявляют основную жалобу на «синкопе» (табл. 1.1). В англоязычных странах пациенты и свидетели чаще используют такие термины, как «обморок», «затемнение сознания», «приступ», «коллапс» или «припадок» [7]. Когда используются такие фразы, проницательный врач должен определить, действительно ли произошел синкопе. На самом деле в некоторых случаях от термина «обморок» трудно отличить такие термины, как «приступ», «временная спутанность», «слабость», «головокружение», «потеря памяти», «ощущение легкости в голове», «эпизоды падения», «кома», «сонливость», «спутанность», «интоксикация». Пожилой пациент, уже находящийся в состоянии замешательства, может упасть, а затем временно потерять сознание от травмы головы и ничего не помнить об этом событии. С другой стороны, тот же самый человек может потерять сознание, затем упасть и от последовавшей травмы головы ощутить спутанное сознание. Реальная жизнь многообразна, при этом клинические проявления могут сбивать с толку.

Таблица 1.1. Термины, используемые для описания транзиторной потери сознания (некоторые из которых могут быть синкопе)

1. Английский (США)

- Blackout of consciousness (затемнение сознания)
- Collapse (коллапс)
- Fainting (обморок)
- Seizure (припадок)
- Attack (приступ)

2. Английский (Великобритания)

- Funny twists/oddities (забавные повороты/странности)
- Dizziness (головокружение)

3. Голландский

- Flaauw (слабый/немошный/хилый)
- Vallen (падать) или vallenflaauw (падать от слабости или становиться слабым, немощным)
- Aanval (атака)
- Wegraking (уходить, отключаться)

4. Французский

- Sincore (обморок)
- Perte de connaissance (потеря сознания)
- Tomber dans les pommes (идиома, дословно «упасть в яблоки»)

5. Немецкий

- Bewußtlosigkeit (бессознательное состояние)
- Ichhatteeinen blackout (У меня было «затемнение сознания»)
- Ichbinumgefallen (У меня был коллапс)
- Kollaps (коллапс)
- Ohnmacht (без сил, неконтролирующий)

6. Итальянский

- Perdita Dei sensi (разговорный термин, означает потерю чувств)
 - Perdita di conoscenza (разговорный и медицинский термины, потеря сознания)
 - Sincore (синкопе, медицинский термин, но иногда разговорный)
 - Svenimento (разговорный, означает обморок)
-

Окончание табл. 1.1

7. Японский

- Kiwo-ushinau (разговорный, потеря сознания)
- Shishshin (медицинский термин, синкопе)
- Kizetsu (разговорный, потеря сознания)
- Ishikisyougai (медицинский термин, потеря сознания)

8. Испанский

- Desmayo (синкопе, в основном используется при наиболее распространенных вазовагальных ситуациях)
- Lipotimia (используется, вероятно, для обозначения «обычного обморока»; действительно описывает типичную вазовагальную реакцию с продромом)
- Mareo (букв.: ближе к «головокружению»; а иногда означает просто «тошноту», но его также можно использовать для описания синкопе)

1.6. Классификация

В то время как все синкопе вторичны по отношению к снижению церебральной перфузии, существует множество их потенциальных механизмов и причин. Итак, обе Рекомендации содержат систему классификации. В Европейских рекомендациях сделана попытка классифицировать расстройства на основе общей патофизиологии, клинической картины и степени риска. В табл. 1.2 приводится классификация ЕОК. По этой классификации синкопе относятся к одной из трех категорий: рефлекторные (опосредованные действием нервной системы); синкопе вследствие ортостатической гипотензии (ОГ) и кардиальные. Предыдущие Рекомендации разделяли кардиальные синкопе на «первичные аритмии» и «структурные сердечно-сосудистые болезни». Однако в последующем эти 2 подгруппы были объединены и классифицированы в более общем плане как кардиальные синкопе. Предыдущие издания также содержали редкие «цереброваскулярные и неврологические причины». В настоящее время считается, что эти состояния имитируют истинные синкопе.

Таблица 1.2. Классификация синкопе

1. Рефлекторные (опосредованные действием нервной системы) синкопе

Вазовагальные синкопе

- Ортостатические вазовагальные синкопе: стоя, реже сидя
- Эмоциональные: страх, боль (соматическая или висцеральная), боязнь вида инструментов, крови