

ПАССИВНАЯ ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ПРОБА ДИАГНОСТИКЕ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

Чепчерук О.Г.¹, Глуховской Д.В.¹, Наумов К.М.¹, Золотарева Н.А.²

¹ВМедА им. С.М. Кирова,
²Филиал №5 442 ВКГ, Санкт-Петербург

Синкопальные состояния (обмороки, синкопе) – мультидисциплинарная проблема практической медицины. В структуре причин транзиторной утраты сознания вазовагальные синкопе занимают доминирующие позиции по частоте распространенности и необходимости принятия специализированных лечебно-профилактических решений [1, 2, 3]. По данным исследования SUP (Syncope Unit Project), основанном на анализе сведений, поступивших от 9 специализированных отделений по ведению лиц, испытывавших синкопальные состояния, было показано, что 67% обмороков имели рефлекторную природу, в 4% случаев обмороки носили ортостатический характер, в 6% – кардиогенный, у 5% лиц была констатирована утрата сознания несинкопального происхождения. У 18% испытывавших падение субъектов генез отключения сознания остался неизвестным [1].

Синкопальное состояние – транзиторная потеря сознания, возникающая ввиду церебральной гипоперфузии, характеризующаяся резким началом, кратковременностью и спонтанным восстановлением [4]. Актуальность данной проблемы состоит в том, что по данным разных источников, как зарубежных, так и отечественных, распространенность обмороков колеблется от 30 до 50 % среди всей взрослой популяции людей. Доля пациентов, испытывавших эпизод кратковременной утраты сознания и вследствие этого госпитализированных в различные учреждения, составляет менее 50%. В приемные отделения такие пациенты поступают в 10% случаев. Около 1-5% всех обращений в отделения неотложной помощи в США составляют обмороки [5]. Подразделение синкопальных состояний по этиологии, рекомендуемое экспертами ESC (2018), предполагает следующие формы.

Рефлекторные (нейрогенно-опосредованные)

вазовагальные

ситуационные

синдром каротидного синуса

атипичные формы, например, индуцированные тилт-тестом

2. Ортостатическая гипотензия (синкопе)

вследствие первичной автономной недостаточности (патология центральной нервной системы)

вследствие вторичной автономной недостаточности (нейропатии и др.)

лекарственно-индуцированные ортостатические реакции (вазодилататоры, ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) и др.)

вследствие уменьшения объема циркулирующей крови (анемия, рвота, диарея)

Кардиальные или кардиоваскулярные

нарушения сердечного ритма как первичная причина (брадиаритмии, тахиаритмии, лекарственно-индуцированные аритмии)

структурные заболевания (аортальный стеноз, гипертрофическая кардиомиопатия, миксома предсердия, тромбоэмболия лёгочной артерии и другие).

Первичный скрининговый подход, включающий детальный сбор анамнеза, физикальное исследование, регистрацию стандартной 12-канальной электрокардиограммы (ЭКГ), эхокардиографию, внутригоспитальный мониторинг ритма, консультацию невролога, общеклинический и рутинный биохимический анализы крови, позволяет прийти к определённому диагностическому заключению. Пациенты, испытывавшие транзиторную утрату сознания и не подвергнутые должному диагностическому минимуму, характеризуются достоверно большим риском летального исхода (>4%) в течение последующего месяца по сравнению с лицами, у которых были выполнены необходимые скрининговые диагностические процедуры (<1%). В диагностике обмороков неясного генеза важную роль играет длительная пассивная ортостатическая проба (тилт-тест). В скрининговой диагностике предположительно рефлекторного генеза транзиторной утраты сознания важную роль играют провокационные тесты (в частности, тилт-тест и массаж каротидного синуса), которые особенно уместны в случае атипичной манифестации эпизода. Последние нацелены на воспроизведение в лабораторных условиях обморока и уточнение связанных с ним особенностей. Идея такого подхода основана на выявлении возможной идентичности механизма реализации обморока в искусственных условиях и в процессе повседневной жизнедеятельности.

На основе анализа результатов двух больших многоцентровых исследований, M. Brignole et al. (2012) показали, что в ходе первоначального скрининга причину транзиторной утраты сознания удается распознать у 50% лиц, доставленных после эпизода отключения в отделения неотложной помощи, и ещё у 20% пациентов (т.н. диагностически трудных), если в качестве учреждения первого контакта выступает специализированный центр. Целесообразность применения различных диагностических методик, включая длительную пассивную ортостатическую пробу (тилт-тест), во многом зависит от принадлежности пациента к той или иной социо-демографической группе, а также особенностей задач исследований. Важно определить предрасположенность к определенным типам синкопальных состояний и вероятность участия нарушений сердечного ритма и проводимости в их воз-

никновении. Так, тилт-тест воссоздаёт длительный пассивный постуральный стресс для определения наличия у пациента автономного субстрата нейрорефлекторного обморока. Вазовагальный рефлекс, который по существу реализует транзиторную утрату сознания, может быть усилен лекарственными препаратами, такими как изопро-теренол, нитроглицерин и кломипрамин [6]. Тем не менее, фармакологические пробы с названными препаратами, повышая чувствительность тилт-теста, снижают его специфичность. Положительный ответ на пассивный ортос-таз определяется возникновением клиники пресинкопального состояния или полной утраты сознания, связанной гипотензией и/или брадикардией (асистолией). Нейрокардиогенные синкопе, индуцируемые при помощи пассивного ортостаза, могут развиваться по трем вариантам: кардиоингибиторному (ведущим признаком является бра-дикардия, иногда сменяющаяся асистолией), вазодепрессорному (артериальная гипотензия без уменьшения ЧСС) или смешанному.

консенсусе экспертов Европейского общества сердечного ритма (2015) определены современные по-зиции применительно к валидности длительной пассивной ортостатической пробы и имплантации петлевого регистратора ЭКГ [2]. Польза тилт-тестинга считается доказанной при: 1) дифференциальной диагностике син-копального состояния с судорожным компонентом от настоящих судорожных припадков; 2) неясности причины обморока несмотря на тщательный сбор анамнеза; 3) необходимости самого факта уточнения диагноза синкопаль-ного состояния.

Синкопальные состояния имеют большое междисциплинарное клиническое значение и должны рас-сматриваться преимущественно с позиций исключения наиболее грозных причин – кардиоваскулярных и невро-логических заболеваний. Вместе с тем, явное преобладание рефлекторных обмороков в структуре транзиторных утрат сознания указывает на высокую вероятность наличия таковых в случае необнаружения признаков органи-ческого поражения сердечно-сосудистой системы, заболеваний (состояний)-поставщиков ортостатической гипо-тензии (сахарного диабета, болезней ЦНС, нейропатий различного генеза), исключения эпилепсии. Первичный скрининговый поиск причин транзиторных утрат сознания, осуществляемый в диагностических подразделениях многопрофильных клиник, специализирующихся в данной области, позволяет с высокой вероятностью устано-вить доминирующий механизм развития обморока [6].

Литература

Brignole, M. Prospective multicenter systematic guideline-based management of patients referred to the syncope units of general hospitals / M. Brignole [et al.] // *Europace*. – 2010. – Vol. 12., Iss. 1 – P.109–118.

Sheldon, R. 2015 heart rhythm society expert consensus statement on the diagnosis and treatment of postural tachycardia syndrome, inappropriate sinus tachycardia, and vasovagal syncope / Sheldon R.S., Grubb B.P., Olshansky B. [et al.] // *Heart Rhythm*. – 2015. – Vol.12, Iss. 6. – P.e41–e63.

Sutton, R. International Study on Syncope of Uncertain Etiology 3 (ISSUE-3) Investigators Cardiac pacing in patients with neurally mediated syncope and documented asystole: effectiveness analysis from the Third International Study on Syncope of Uncertain Etiology (ISSUE-3) Registry / R.Sutton, A.Ungar, P. Sgobino [et al.] // *Europace*. – 2014. – Vol.16, Iss.4. – P. 595–599.

Brignole, M. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope /M. Brignole [et al.] // *European Heart Journal*. – 2018. – Vol. 39, Iss. 21 – P. 1883-1948.

Sheldon, R. Diagnostic criteria for vasovagal syncope based on a quantitative history / R. Sheldon, S. Rose, S. Connolly et al. // *European Heart Journal*. – 2006. – Vol.27. – P. 344-350.

Барсуков, А.В. Синкопальные состояния как сфера профессиональных интересов врача-кардиолога / А. В. Барсуков, Д.В. Глуховской, О.Г. Чепчурук и [et al.] // *Вестник Российской Военно-Медицинской Академии*. – 2016. – 3(55). – С. 251-259.