Синкопальные состояния

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 19.11.2026 · МКБ-10: I95, I95.1, I95.8, I95.9, R55 · Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество», Всероссийская общественная организация "Ассоциация детских кардиологов России", Союз педиатров России

Синкопе (обморок) — кратковременная потеря сознания из-за церебральной гипоперфузии, с быстрым началом и полным самостоятельным восстановлением. Рекомендация описывает обследование детей и взрослых после потери сознания: как отличить обморок от других состояний, оценить риск, определить показания к госпитализации и выбрать лечение по причине приступа.

Главное

- Четыре основных механизма синкопе: нарушения ритма или проводимости сердца, обструкция кровотока при сердечно-сосудистых заболеваниях, рефлекторный обморок и ортостатическая гипотензия.
- Аритмический обморок часто внезапный, без предвестников; возможен сидя, лежа и во сне. Обморок на пике нагрузки характерен для обструкции сердечного выброса.
- У пациентов молодого и среднего возраста без клинических и ЭКГ-признаков органического поражения сердца или риска аритмии типичные триггеры и симптомы позволяют установить вазовагальный обморок без провокационных проб. УУР С, УДД 4.
- Ортостатическая гипотензия — устойчивое снижение САД >20 мм рт. ст. и/или ДАД >10 мм рт. ст. при переходе в вертикальное положение, часто в первые 3 минуты. Она может быть бессимптомной.
- Аритмическую природу обморока подтверждает совпадение эпизода с бради- или тахиаритмией на ЭКГ. Если во время зарегистрированного обморока нарушений ритма и проводимости нет, аритмия не объясняет этот эпизод.
- У пожилых необъяснимые падения оценивают как возможные обмороки. Проверяют когнитивный и функциональный статус (УУР В, УДД 2) и пересматривают лекарства, особенно антигипертензивные, диуретики, средства для лечения диабета и препараты, влияющие на ЦНС (УУР С, УДД 4).

Диагностика

1. Расспросите пациента и очевидцев: была ли утрата сознания, сколько она длилась, как восстановилось сознание. Уточните позу, триггеры, предвестники, лекарства, болезни сердца и семейные случаи внезапной сердечной смерти. УУР С, УДД 5.
2. Проведите физикальный осмотр у каждого пациента после потери сознания: исключите неотложное состояние, ищите признаки структурной сердечно-сосудистой или неврологической патологии. УУР С, УДД 5.
3. Снимите ЭКГ в 12 отведениях всем пациентам с синкопе. Даже при синусовом ритме запись может выявить признаки высокого риска. УУР С, УДД 5.
4. По результатам первичного обследования определите риск и показания к госпитализации. Не принимайте решение только по шкале риска. УУР С, УДД 5 — для стратификации риска.
5. При подозрении на структурное поражение сердца выполните трансторакальную ЭхоКГ. Сам по себе обморок без такого подозрения не служит показанием. УУР С, УДД 4.
6. При повторных симптомах, связанных с вертикальным положением, обмороках, предобмороках или необъяснимых падениях включите активную ортостатическую пробу в первичное обследование. УУР С, УДД 5.
7. Если причина остается неясной и вероятны вазовагальный обморок, ортостатическая гипотензия или СПОТ, проведите тилт-тест. При высоком риске сначала исключите кардиальную причину; отрицательная проба не исключает вазовагальный обморок. УУР В, УДД 1.

Лечение

- При вазовагальных обмороках начните с обучения: избегать триггеров, при предвестниках сразу сесть или лечь. С 16 лет при наличии продромы обучайте скрещиванию ног с напряжением мышц или сжатию мячика с

напряжением пресса. УУР С, УДД 4 — обучение распознаванию предвестников; УУР В, УДД 2 — контрманевры.

- При вазовагальных обмороках без противопоказаний: 2–3 л жидкости и 6–9 г соли в сутки. К противопоказаниям для увеличения их потребления относятся артериальная гипертензия, сердечная недостаточность и болезни почек. УУР С, УДД 4.
- При частых вазовагальных обмороках, сохраняющихся после обучения, у пациентов с 14 лет с нормальным или исходно низким САД применяют флудрокортизон: с 0,05 мг/сут с повышением до 0,2 мг/сут за 5–14 дней. Контролируйте АД; отменяйте препарат постепенно. УУР В, УДД 2.
- При симптомной ортостатической гипотензии без противопоказаний: 2–3 л жидкости и до 10 г поваренной соли в сутки. Пересмотрите препараты, снижающие АД, при необходимости уменьшите дозы или отмените их. Для обеих мер: УУР С, УДД 5.
- При симптомной ортостатической гипотензии, в том числе нейрогенной, если немедикаментозные меры не помогли, применяют флудрокортизон 0,1–0,2 мг/сут курсом или длительно. УУР А, УДД 2.
- При подтвержденной связи синкопе с брадикардией из-за дисфункции синусового узла или АВ-блокады вследствие внутренних причин показан ЭКС. При обратимой причине брадикардии ЭКС не показан. УУР С; УДД 4 и 5 соответственно.
- При синкопе вследствие наджелудочковой или желудочковой тахикардии катетерная абляция направлена на профилактику рецидивов. При синкопе вследствие желудочковой тахикардии и ФВ ЛЖ ≤35% показан ИКД для профилактики внезапной сердечной смерти. Для обеих мер: УУР С, УДД 5.
- При психогенной потере сознания сначала объясните пациенту, что приступы непреднамеренны и какова их природа. Если эпизоды сохраняются, показана психотерапия, в том числе когнитивно-поведенческая. УУР С, УДД 4 — информирование; УУР В, УДД 2 — психотерапия.

Когда направить и как наблюдать

- При выявленном неотложном состоянии — срочная госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии. УУР С, УДД 5.
- При высоком риске неблагоприятного исхода — госпитализация для углубленного обследования и лечения. УУР С, УДД 5.
- При вероятном вазовагальном обмороке и низком риске — амбулаторное обследование. Госпитализация может потребоваться при черепно-мозговой травме, в пожилом возрасте или при сопутствующих заболеваниях, вызвавших анемию, обезвоживание или истощение. УУР С, УДД 5 — для амбулаторной тактики.
- При ортостатической гипотензии решайте вопрос о госпитализации индивидуально, учитывая возраст, хрупкость и тяжесть сопутствующих заболеваний. Документированная ортостатическая гипотензия не исключает кардиальную причину обмороков.
- При рецидивирующих вазовагальных обмороках — диспансерное наблюдение у кардиолога, терапевта или невролога с опытом ведения таких пациентов для повторного обучения профилактике. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Означают ли судороги во время потери сознания, что у пациента эпилепсия?

Нет. Судорожные движения встречаются при обмороках в 20–66% случаев. Длительная спутанность и амнезия послеприступного периода больше говорят в пользу эпилепсии, хотя спутанность возможна и после обморока.

Когда выбрать холтеровское мониторирование, а когда — более длительную наружную запись ЭКГ?

Холтеровское мониторирование подходит при обмороках или предобмороках не реже раза в неделю (УУР С, УДД 5). Если между обмороками проходит 1–4 недели, выбирают длительное наружное мониторирование (УУР В, УДД 2).

Когда нужен имплантируемый регистратор ЭКГ?

На раннем этапе — при повторных необъяснимых обмороках, если нет критериев высокого риска и вероятен рецидив за время работы устройства. Он также рекомендуется, если полное обследование не выявило причину или не позволило назначить специфическое лечение, а показаний к ИКД или ЭКС нет. Для обеих ситуаций: УУР С, УДД 4.

Нужна ли ЭЭГ после типичного обморока?

Нет, рутинная ЭЭГ при синкопе малоинформативна (УУР B, УДД 3). Если причина потери сознания после обследования остается неясной и нужно отличить синкопе от эпилепсии, рекомендуется рассмотреть возможность проведения видео-ЭЭГ с записью ночного сна (УУР C, УДД 4).

Когда показан ЭКС при вазовагальных обмороках?

У пациентов старше 40 лет с частыми внезапными обмороками без предвестников, сохраняющимися после обучения, показанием служат документированные спонтанные паузы >3 с с симптомами или >6 с без симптомов либо асистолия >3 с, индуцированная тилт-тестом. УУР B, УДД 2.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1092-sinkopalnye-sostoyaniya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1092_1