

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00055&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00055. Синкопе: етіологія та обстеження

Автор: Pekka Raatikainen  
Редактор оригінального тексту: Anna Kattainen  
Дата останнього оновлення: 2017-03-07

## Основні положення

- Слід виявляти доброякісні причини порушення свідомості, щоб уникнути непотрібних надмірних обстежень.
- Слід виявляти найпоширеніші серцеві, неврологічні та інші причини порушення свідомості.
- Слід ретельно досліджувати можливі причини з боку серця, оскільки лікування основного захворювання часто може суттєво покращити прогноз.

## Визначення

- Синкопе (непритомність, колапс) - це короткочасна, самообмежувана втрата свідомості, яка зумовлена недостатнім мозковим кровообігом і зазвичай призводить до падіння пацієнта.
  - Розвиток зазвичай відносно раптовий, а повне відновлення свідомості відбувається швидко навіть без втручання.
  - Синкопе іноді супроводжується короткочасними (<15 секунд) тоніко-клонічними нападами, які починаються тільки після втрати свідомості.
- Пресинкопальний стан: головокружіння, запаморочення, порушення рівноваги.
- Падіння та синкопе - це, по суті, два різні діагнози.

- Пацієнти похилого віку часто не можуть пояснити, чому вони впали. Перед падінням у них часто виникає запаморочення, а не втрата свідомості. Причиною незрозумілого падіння може бути втрата свідомості як ознака важкого (але такого, що піддається лікуванню) захворювання серцево-судинної системи.
- "Дроп-атака": різка втрата постурального м'язового тону без порушення свідомості.

## Етіологія та клінічні прояви

### Рефлекторне або вазо-вагальне синкопе

- Вазо-вагальна реакція (= звичайна непритомність) - це найпоширеніша причина синкопе.
- У класичних випадках причиною непритомності є рефлекс, викликаний певною зовнішньою причиною, рефлекс, що призводить до уповільнення пульсу, зниження артеріального тиску або і того, й іншого. Втрата свідомості може мати рецидивуючий характер, а в пацієнта, як правило, виникають продромальні симптоми. У пацієнта немає органічних уражень серця.
- Спричинений такими станами:
  - біль, переляк, неприємний досвід (ін'єкції або аналіз крові, вигляд крові)
  - нудота та блювання
  - сечовипускання (синкопе сечовипускання), дефекація
  - кашель (кашльове синкопе)
  - стояння у вертикальному положенні (особливо якщо не використовується м'язовий насос гомілки)
  - недостатнє вживання рідини або солі
  - спека або надмірне потовиділення
- Продромальні симптоми
  - порушення рівноваги під час стояння (похитування, руховий неспокій, неспокійні рухи очей)
  - блідість
  - нудота або потовиділення, млявість
  - закриття поля зору або помутніння зору

- Надмірна чутливість каротидних синусів: діагностується за допомогою ЕКГ-моніторингу під час масажу синусів. Людина зазвичай непритомніє під час повороту голови.
- Так зване атипичне рефлекторне синкопе, яке настає без продромальних симптомів або сприяючих факторів, зустрічається рідко. Діагноз встановлюється після виключення інших причин та отримання позитивних результатів масажу каротидних синусів або пасивної ортостатичної проби.

## Кардіогенні синкопе

- На відміну від рефлекторних синкопе, кардіогенні синкопе завжди небезпечні. Найчастіше вони є симптомом органічного ураження серця, але також можуть бути викликані вродженим порушенням функції іонних каналів (як-от синдром подовженого QT настанова 000945 Синдром подовженого інте..., синдром Бругада).
- Кардіогенні синкопе зазвичай розвиваються під час фізичної активності і їм часто передують серцебиття або біль у грудній клітці.
- Аритмогенні синкопе
  - Брадиаритмії: тяжке ураження синусового вузла та атріовентрикулярна блокада третього ступеня (довгий інтервал PQ та блокада ніжок пучка Гіса можуть свідчити про короткі періоди повної серцевої блокади).
  - Тахіаритмії: шлуночкова тахікардія, дуже висока частота НШТ (синдром WPW), а також фібриляція передсердь (ФП) у людей похилого віку. Слід пам'ятати, що ймовірною причиною непритомності можуть бути вроджене подовження інтервалу QT настанова 000945 Синдром подовженого інте... та медикаментозні проаритмії (пірует-тахікардія).
  - Несправність штучного водія ритму або імплантованого кардіовертера-дефібрилятора
  - Завжди слід вважати, що непритомність пацієнта з інфарктом міокарда спричинена шлуночковою тахікардією, поки не доведено протилежне.
- Інші кардіогенні синкопе
  - Гострий коронарний синдром
  - Тяжкий аортальний стеноз (прогноз несприятливий без лікування)
  - Гіпертрофічна кардіоміопатія (слід зібрати сімейний анамнез)

- Тампонада серця (постперикардіотомічний синдром)
- Тромбоемболія легеневої артерії
- Міксома передсердя
- Існує високий ризик розвитку повторних епізодів кардіогенних синкопе. Без лікування прогноз несприятливий, тому цих пацієнтів слід направляти на консультування та лікування до спеціалістів.

## Нейрогенне синкопе

- Див. [настанова 00749 | Диференційна діагностика...]
- Епілептичні напади
- Порушення мозкового кровообігу (транзиторні ішемічні атаки [настанова 00762 | Транзиторна ішемічна ата...])
- Автономна нейропатія

## Синкопальні стани, спричинені лікарськими засобами

- Гіпотензивні засоби
  - Нітрогліцерин-індуковані синкопе поширені серед людей похилого віку, особливо якщо препарат часто приймають при виникненні неясних симптомів нездужання або слабкості, коли артеріальний тиск вже й так низький.
  - Антигіпертензивні лікарські засоби
  - Лікарські засоби, показані при гіпертрофії простати (альфа-блокатори)
  - Лікарські засоби, показані при еректильній дисфункції (Зверніть увагу! Не приймати при використанні нітрогліцерину)
- Лікарські засоби, що спричиняють брадикардію
  - Бета-блокатори, блокатори кальцієвих каналів, дигоксин, антиаритмічні препарати
- Лікарські засоби, що спричиняють шлуночкові проаритмії
  - Антиаритмічні засоби IA, IC та III класів
  - Психотропні засоби (нейролептики: як-от галоперидол, похідні фенотіазину; антидепресанти: як-от амітриптилін і його похідні)
  - Деякі антигістамінні засоби (терфенадин, астемізол вже зняли з виробництва)

- Деякі антибактеріальні засоби (наприклад, еритроміцин, кларитроміцин)
- Взаємодія лікарських засобів (одночасне застосування декількох препаратів, які подовжують інтервал QT, або застосування одного препарату, який інгібує метаболізм іншого препарату, що подовжує інтервал QT)
- Лікарські засоби при цукровому діабеті (гіпоглікемія: може бути причиною втрати свідомості, рідко - синкопальних станів)
- Алкоголь та наркотичні речовини
- Механізм синкопе, індукованого діуретиками, фенотіазинами, антипаркінсонічними препаратами і вазодилататорами є ортостатичним, особливо якщо пацієнт дегідратований.

### Синкопальні стани, спричинені гіповолемією

- Діуретики
- Пітливість
- Блювання або діарея
- Гостра шлунково-кишкова кровотеча та позаматкова вагітність можуть клінічно проявлятися зниженням артеріального тиску та непритомністю.

### Ортостатична гіпотензія

- Тривалий постільний режим і різкий підйом з ліжка
- Лихоманка і зневоднення
- Лікарські засоби: діуретики, фенотіазини, нітрати та бета-блокатори
- Діабетична автономна нейропатія
- Паркінсонізм та лікарські засоби, які використовують для його лікування
- Виконайте короткий ортостатичний тест (3 хв) безпосередньо під час гострої фази.
  - Діагностичними ознаками є зниження систолічного артеріального тиску на >20 мм рт.ст. або рівень систолічного артеріального тиску <90 мм рт.ст. на фоні слабкості, запаморочення, похитування і зниження м'язового тону.
- Втрата м'язового тону, колапс і власне непритомність можуть вказувати на ортостатичну гіпотензію.

## Психогенні причини

- Коли причина колапсу, який повторюється, невідома, слід розглянути психогенні причини.

## Синкопальні стани невідомої етіології

- Етіологію одиничного випадку непритомності не завжди можливо встановити навіть після повного обстеження (у 25% випадків). У таких випадках це, ймовірно, вазо-вагальне синкопе, а прогноз хороший за умови, що у пацієнта немає захворювань серця.

## Діагностичні ознаки

- Синкопе у молодих та в цілому здорових пацієнтів найчастіше не є небезпечними, особливо якщо виявлено його причину.
- Захворювання серцево-судинної системи і похилий вік збільшують ймовірність розвитку серйозних випадків синкопе, і в таких випадках обґрунтованим є проведення більш детальних досліджень. Одиничний випадок непритомності у чоловіка старше 50 років із серцево-судинними факторами ризику - це серйозний симптом.
- До ознак, симптомів і деталей з анамнезу пацієнта, які можуть вказувати на небезпечні синкопе, належать:
  - діагностоване захворювання серцево-судинної системи
  - біль у грудній клітці, задишка
  - симптоми аритмії (тахікардія > 160/хв, брадикардія < 40/хв)
  - тривала гіпотензія, навіть у лежачому положенні
  - сильний головний біль і неврологічні ознаки
  - рецидивуючі синкопе і випадки раптової смерті серед найближчих членів родини.
- Кардіогенна непритомність розвивається раптово або її спричиняє фізична активність. Вона часто розвивається на фоні серцебиття, болю в грудній клітці або інших серцевих симптомів.
- Рефлекторному синкопе часто передує пусковий фактор.
  - Синкопе, що виникло внаслідок повороту голови або від тісного коміра, може вказувати на підвищену чутливість каротидних синусів.

- Симптоми аури та конвульсії вказують на епілепсію. Проте короточасні тоніко-клонічні судоми також можуть бути пов'язані з кардіогенною або навіть вазо-вагальною непритомністю у результаті тимчасової ішемії мозку. У цьому випадку судоми починаються тільки після втрати свідомості.
  - Свідчення очевидців часто корисні: судоми, блідість, пульс, відновлення свідомості, положення тіла та тригерні фактори.
  - Якщо пацієнт із діагностованою епілепсією не реагує на протиепілептичне лікування, подальші дослідження можуть вказати на те, що даний пацієнт страждає на кардіогенне синкопе.
- Наявність неврологічних одnobічних симптомів може вказувати на ТІА.
- При гіпервентиляції наявності безлічі симптомів або якщо немає свідків, незважаючи на частоту випадків непритомності, слід підозрювати психогенну непритомність.
- Див. також [\[Настанова 00749 | Диференційна діагностика...\]](#).

## Обстеження [\[Доказ 00670 | C\]](#)

- Повторні епізоди синкопе зазвичай потребують подальшого дослідження, за винятком випадків, коли вони точно мають вазо-вагальне походження і виникають у здорової молоді особи. Вазо-вагальні реакції, навіть якщо вони часто повторюються, є безпечними і можуть спонтанно поліпшуватися.
- Зазвичай достатньо зібрати анамнез пацієнта і встановити умови, за яких він знепритомнів, щоб виявити більшість нешкідливих випадків непритомності, які не вимагають обширних спеціалізованих досліджень.
- Після першого випадку синкопе пацієнту слід відвідати відділення екстреної допомоги.
- Синкопе у пацієнта із серцево-судинними захворюваннями майже завжди вимагає проведення ретельних спеціалізованих досліджень.

## Анамнестичні дані пацієнта

- Особливості синкопального стану
  - Пускові фактори (фізичне навантаження, стрес тощо)
  - Продромальні симптоми (серцебиття, біль у грудній клітці, нудота, порушення зору, аура)

- Опис ознак нападу, які можна побачити
- Післянападкові симптоми (нудота, дезорієнтація, травми, біль у грудній клітці, нетримання сечі)
- Слід визначити, чи є в пацієнта захворювання серцево-судинної системи.
  - Причиною кардіогенного синкопе часто може бути перенесений раніше інфаркт міокарда, серцева недостатність або інше органічне ураження серця. Серцебиття та біль у грудній клітці - найбільш поширені продромальні симптоми і такі, що зазвичай виникають під час фізичної активності.
- Інші захворювання (наприклад, цукровий діабет, захворювання легеневої та нервової систем)
- Лікарські засоби (пам'ятайте про безрецептурні препарати!)
- Сімейний анамнез: рецидивуючі синкопе, тяжка шлуночкова аритмія або випадки раптової смерті серед найближчих членів родини можуть свідчити про спадковість аритмії (наприклад, синдром подовженого QT).

## Клінічне обстеження

- Аускультация: серцеві шуми та шум над сонними артеріями
- Артеріальний тиск і частота серцевих скорочень
  - Також слід вимірювати артеріальний тиск, коли пацієнт стоїть. За необхідності виконують ортостатичний тест, а за показаннями - тест толерантності до нітратів.
  - Пульс людини, яка знепритомніла, часто повільний і слабкий, тому непритомність можна легко сплутати із зупинкою серця. Шкіра вкрита потом і бліда. Після відновлення свідомості пацієнт відчуває втому і виглядає переляканим.
- При проведенні масажу каротидного синусу можна виявити його гіперчутливість. При одночасній реєстрації ЕКГ та вимірюванні артеріального тиску сонну артерію масажують приблизно 5 секунд (тільки з одного боку за раз!). Цю пробу також можна проводити, коли пацієнт стоїть. Значна брадикардія, 3-секундна асистолія або зниження систолічного тиску вкажуть на гіперчутливість синусів.

## ЕКГ

- Систематичний аналіз ЕКГ у 12-ти відведеннях - метод дослідження першої вибору в пацієнтів із синкопе в анамнезі.



- Фібриляція передсердь: синкопе може бути наслідком кардіогенної емболії мозкових судин, синдрому слабкості синусового вузла [настанова 00063 | Синдром слабкості синусо...] або інтермітуючої АВ-блокади.
  - Різні ступені порушення АВ-провідності та/або внутрішньошлуночкової провідності (подовження інтервалу PQ, блокада ніжок пучка Гіса, дво- або трипучкова блокада)
  - Дельта-хвиля (WPW-синдром)
  - Подовження інтервалу QT
  - ГЛШ, перенесений інфаркт міокарда
- Якщо на ЕКГ немає відхилень від норми, серцева причина синкопального стану є малоюмовірною, а додаткові дослідження, як правило, не потрібні.

### Інші методи дослідження

- Пацієнтам із синкопе слід проводити коротке неврологічне обстеження, але подальші неврологічні дослідження зазвичай не потрібні, крім випадків, коли базові обстеження та обстеження серця не дали чітких результатів.
- До базових показників, які визначають лабораторними методами, належать: рівень гемоглобіну, гематокрит, рівень еритроцитів і лейкоцитів, рО<sub>2</sub> (або показники пульсоксиметрії), електроліти, рівень глюкози в крові і, у разі скарг на біль у грудній клітці, сироваткові маркери пошкодження міокарда (КФК або тропонін).
  - Інші корисні показники, які визначають лабораторними методами: рівень СРБ у плазмі крові, D-димер, який допомагає діагностувати тромбоемболію легеної артерії, та передсердний натрійуретичний пептид, який використовують для діагностики серцевої недостатності.
- Потреба амбулаторного моніторингу ЕКГ ґрунтується на основі виявлених симптомів або результатів клінічного обстеження та ЕКГ. ЕКГ-моніторингу випадків (пацієнт активує пристрій під час появи симптомів) часто виявляє аритмії, які викликають пресинкопальні симптоми. Причину синкопального стану виявляють рідко.
- Проба на толерантність до фізичного навантаження показана при виникненні синкопе під час фізичного навантаження або якщо пацієнт страждає на ішемічну хворобу серця.

- За наявності підозри на порушення функції клапана, інфаркту міокарда або серцевої недостатності слід додатково зробити ехокардіографічне обстеження серця.
- Якщо є підозра на вазодепресорне синкопе, слід призначити пасивну ортостатичну пробу. Однак ця проба не є високоспецифічною і не має значного впливу на вибір лікування.
- Необхідність інвазивних досліджень (ангіографія, електрофізіологічні дослідження) визначається на основі анамнестичних даних і результатів інших кардіологічних досліджень.
- Якщо синкопе розвивається рідко або діагностика певного клінічного випадку є ускладненою, можна розглянути застосування петльового реєстратора. Пристрій імплантується під шкіру так само, як і кардіостимулятор. Він автоматично реєструє як зниження, так і підвищення частоти серцевих скорочень протягом 3-х років. Крім того, пацієнт може самостійно активувати пристрій за появи симптомів.
- Якщо в пацієнта відмічається неврологічний дефіцит або симптоматика вказує на епілепсію, слід подумати про призначення КТ голови, ЕЕГ або інших більш специфічних неврологічних досліджень.

## Лікування

### Вазо-вагальна реакція (= звичайна непритомність) Доказ 1 L04306 B]

- Перша медична допомога: перевести пацієнта в лежаче положення із піднятими нижніми кінцівками.
  - Швидка відповідь на пресинкопальні симптоми: за появи продромальних симптомів пацієнт може самостійно вплинути на підвищення рівня артеріального тиску шляхом ізометричного напруження м'язів тіла (наприклад, сильно стиснути кулаки, схрещувати та розводити ноги одночасно із напруженням сідниць і м'язів живота, розтягування рук у сторони, щільно тримаючись долонями) і, таким чином, уникнути непритомності.
- Одиначний випадок простої непритомності через біль, страх або тривогу вважається нормальним явищем і не вимагає ніякого спеціального лікування.

- Просвітня робота з пацієнтом має важливе значення для запобігання подальших випадків непритомності.
  - Споживання адекватної кількості рідини і солі
  - Уникання прийому вазодилататорів та діуретиків
  - Уникнення ситуацій, які можуть призвести до нещасних випадків
  - Уникнення ситуацій, які можуть стати причиною непритомності
  - У разі ортостатичної гіпотензії слід уникати раптових підйомів після сидіння/лежання
- Для профілактики рефлексорного синкопе було випробувано багато різних препаратів. Незважаючи на позитивні попередні результати, майже жоден з них не виправдав очікувань.
  - Бета-блокатори можуть подовжувати рефлекс і посилювати брадикардію.
  - Дизопірамід, скополамін, теофілін, ефедрин, етилефрин, клонідин і СІЗЗС також не дають позитивного ефекту.
  - Тільки мідодрин був більш ефективним, ніж плацебо. Його можна призначити, якщо консультацій щодо способу життя недостатньо для контролю симптомів.

*Коментар експерта. Лікарський засіб мідодрин станом на 13.05.2019 в Україні не зареєстрований*

- Щоденні вправи стоячи («десенсибілізація до вертикального положення») можуть допомогти молодим мотивованим пацієнтам, у яких часто проявляється симптоматика. Для інших цей ефект буде незначним.
- Кардіостимулятор показаний у випадках, пов'язаних із тривалою асистолією або АВ-блокадою.
  - Лікування за допомогою кардіостимулятора, мабуть, є найбільш ефективним для пацієнтів віком старше 40 років, у яких синкопе розвивається на фоні значного пригнічення серцевої діяльності.
- Серед літніх людей ортостатична гіпотензія є поширеним явищем. Ці пацієнти часто мають супутні захворювання з відповідним лікуванням, що ускладнює діагностику.

## Інші види синкопальних станів

- В інших випадках лікування спрямоване на основне захворювання пацієнта. Наприклад, пацієнту може бути показаний кардіостимулятор, імплантація кардіовертера-дефібрилятора, реваскуляризація коронарних артерій або хірургічне втручання на клапані.

## Синкопальні стани та керування транспортними засобами

- Після розвитку синкопального стану пацієнту одразу забороняється керувати транспортними засобами. Ця заборона тимчасова і триває до виявлення причини і контролю симптоматики. Дотримуйтеся місцевого законодавства.

## Пов'язані ресурси

- Клінічні настанови [\[пов'язані 00592 | Syncope: causes and inve...\]](#)
- Література [\[пов'язані 00592 | Syncope: causes and inve...\]](#)

## Джерела інформації

R1. Kapoor WN. Syncope. N Engl J Med 2000 Dec 21;343(25):1856-62. [\[PubMedID|11117979\]](#)

R2. Calkins H, Shyr Y, Frumin H, Schork A, Morady F. The value of the clinical history in the differentiation of syncope due to ventricular tachycardia, atrioventricular block, and neurocardiogenic syncope. Am J Med 1995 Apr;98(4):365-73. [\[PubMedID|7709949\]](#)

R5. Martikainen K, Seppä K, Viita P, Rajala S, Laippala P, Keränen T. Transient loss of consciousness as reason for admission to primary health care emergency room. Scand J Prim Health Care 2003 Mar;21(1):61-4. [\[PubMedID|12718464\]](#)

R6. Zaidi A, Clough P, Cooper P, Scheepers B, Fitzpatrick AP. Misdiagnosis of epilepsy: many seizure-like attacks have a cardiovascular cause. J Am Coll Cardiol 2000 Jul;36(1):181-4. [\[PubMedID|10898432\]](#)

R8. Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope, European Society of Cardiology (ESC), European Heart Rhythm Association (EHRA) et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). Eur Heart J 2009;30(21):2631-71. [\[PubMedID|19713422\]](#)

## Настанови

- [Настанова 00945](#). Синдром подовженого інтервалу QT (LQTS).
- [Настанова 00749](#). Диференційна діагностика епізодичних порушень.

- [Настанова 00762](#). Транзиторна ішемічна атака (ТІА).
- [Настанова 00063](#). Синдром слабкості синусового вузла.

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 00670](#). Diagnosis of syncope.  
Дата оновлення: 2006-01-17  
Рівень доказовості: C  
Резюме: After history, physical examination and electrocardiography (with a diagnostic yield of 50%), cardiac examination may be most important in patients with syncope.
- [Доказовий огляд 04306](#). Pacemaker therapy for vasovagal syncope.  
Дата оновлення: 2007-08-24  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Treatment with pacemaker appears not to be effective in the prevention of vasovagal syncope

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: [ebm00055](#)    Ключ сортування: [004.031](#)    Тип: [EBM Guidelines](#)

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: [2017-03-07](#)

---

Автор(и): [Pekka Raatikainen](#)    Автор(и) попередніх версій статті: [Markku Ellonen](#)    Редактор(и): [Anna Kattainen](#)  
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: [Kristian Lampe](#)    Видавець: [Duodecim Medical Publications Ltd](#)  
Власник авторських прав: [Duodecim Medical Publications Ltd](#)

---

### Навігаційні категорії

[EBM Guidelines](#)    [Internal medicine](#)    [Cardiology](#)    [Neurology](#)

---

### Ключові слова індексу

mesh: cardiac syncope    mesh: Syncope    mesh: Syncope, Vasovagal    mesh: orthostatic test    mesh: stress collapse  
mesh: Hypotension, Orthostatic    mesh: drug-induced syncope    mesh: Consciousness Disorders    mesh: recurrent syncope  
mesh: Unconsciousness    mesh: attack of unconsciousness    mesh: drop attack    mesh: short orthostatic test  
mesh: Arrhythmia    mesh: Vertigo    mesh: nitroglycerin induced syncope    mesh: Cerebrovascular Disorders  
mesh: Hypovolemia    mesh: Aged    mesh: Carotid Sinus    icpc-2: A06    speciality: Cardiology    speciality: Internal medicine  
speciality: Neurology