

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
25 апреля 2026 г. № 34

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с брадиаритмиями и нарушениями проводимости» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с синкопальными состояниями» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с наджелудочковой тахикардией» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с фибрилляцией и трепетанием предсердий» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с фибрилляцией желудочков и желудочковой тахикардией» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с аритмическими синдромами» (прилагается).

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
25.04.2026 № 34

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

**«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население)
с синкопальными состояниями»**

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с синкопальными состояниями в амбулаторных и стационарных условиях (рубрика по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – R55 Обморок (синкопе) и коллапс), за исключением других состояний, сопровождающихся нетравматической транзиторной потерей сознания: эпилептическими генерализованными судорогами (тоническими, клоническими, тонически-клоническими, атоническими); психогенными транзиторными потерями сознания (психогенным псевдосинкопе, психогенными неэпилептическими судорогами); подключичным синдромом обкрадывания; транзиторными ишемическими атаками в вертебробазилярном бассейне; аффективно-респираторными приступами; субарахноидальным кровоизлиянием, а также травматическими причинами транзиторной потери сознания. Такие состояния рассматриваются в рамках дифференциального диагноза синкопе.

2. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

пресинкопе – состояние, напоминающее продромальный период синкопе, но не завершающееся развитием потери сознания;

синкопальное состояние (далее, если не установлено иное, – синкопе) – нетравматическая транзиторная потеря сознания вследствие гипоперфузии головного мозга, характеризующаяся внезапным началом, короткой продолжительностью и спонтанным полным восстановлением;

транзиторная потеря сознания – состояние истинной или кажущейся потери сознания, сопровождающейся потерей восприятия, характеризующейся амнезией периода нахождения в бессознательном состоянии, нарушением контроля моторных функций, потерей реактивности и короткой длительностью.

3. Для лечения пациентов с синкопальными состояниями применяются базовые схемы медикаментозного лечения заболеваний, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов (далее – ЛП).

ЛП представлены по международным непатентованным наименованиям, а при их отсутствии – по химическим наименованиям по систематической или заместительной номенклатуре, с указанием пути введения, лекарственных форм и дозировок, режима дозирования и разовой (при необходимости суточной, максимальной разовой) дозы.

Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям или в режиме дозирования, не установленной инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем) и общей характеристикой ЛП (off-label).

При назначении ЛП off-label проводится врачебный консилиум о необходимости назначения данного ЛП.

4. В каждой конкретной ситуации в интересах пациента при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости и (или) чувствительности) по решению врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА СИНКОПЕ

5. Признаками аритмического синкопе являются:
- выраженная синусовая брадикардия;
 - паузы на фоне нарушения синоатриального проведения > 3 секунд во время бодрствования;
 - брадисистолический вариант фибрилляции предсердий без приема ЛП с отрицательным хронотропным действием;
 - предсердно-желудочковая атриовентрикулярная блокада (далее – АВ-блокада);
 - пароксизмы желудочковой тахикардии;
 - пароксизмы наджелудочковой тахикардии с высокой частотой;
 - предвозбуждение желудочков;
 - удлиненный или укороченный интервалы QT на электрокардиограмме (далее – ЭКГ);
 - синдром ранней реполяризации желудочков;
 - подъем сегмента ST с морфологией 1 типа в отведениях V1-V3 на ЭКГ (тип Бругада);
 - отрицательные зубцы T в правых прекардиальных отведениях;
 - наличие волны эpsilon, характерной для аритмогенной дисплазии правого желудочка;
 - признаки гипертрофии левого желудочка, характерные для гипертрофической кардиомиопатии;
 - ЭКГ-признаки нарушения функции ранее имплантированных устройств;
 - наличие патологических зубцов Q на ЭКГ.
6. Синкопе по этиологии делятся на следующие виды:
- рефлекторные;
 - ортостатические (ортостатическая гипотензия);
 - кардиогенные.
7. Для постановки предполагаемого диагноза рефлекторных синкопе необходимо учитывать связь:
- рефлекторных вазовагальных синкопе с длительным пребыванием в вертикальном положении тела, сильными эмоциями (страх), реакцией на боль, запах, быстрым прекращением физической нагрузки;
 - рефлекторных ситуационных синкопе с актом дефекации, мочеиспускания, глотанием, кашлем, чиханием, смехом, игрой на духовых инструментах;
 - синкопе при синдроме каротидного синуса со сдавливанием шеи одеждой, бритьем, поворотах головы;
 - синкопе вследствие ортостатической гипотензии с приемом антигипертензивных ЛП, например, вазодилататоров, диуретиков (лекарственная);
 - синкопе со рвотой, диареей, кровотечением;
 - синкопе с приемом пищи (постпрандиальная);
 - синкопе с длительным пребыванием в положении лежа при переходе в положение стоя;
 - синкопе с заболеваниями, ассоциированными с первичной (идиопатическая вегетативная дисфункция, мультисистемная атрофия, болезнь Паркинсона) или вторичной вегетативной дисфункцией (сахарный диабет, амилоидоз, повреждение спинного мозга, аутоиммунная вегетативная нейропатия, паранеопластический синдром).

8. Для постановки диагноза кардиогенных синкопе учитывают связь синкопе с: брадиаритмиями (синдром слабости синусового узла, АВ-блокады) или тахикардиями (желудочковые или наджелудочковые);

структурной патологией сердца (аортальный стеноз, острый инфаркт миокарда, гипертрофическая кардиомиопатия, внутрисердечные опухоли), заболевания перикарда, тампонада сердца, врожденные аномалии коронарных артерий, дисфункция протеза клапана сердца);

кардиопульмональной патологией (тромбоэмболия легочной артерии) и сосудистой патологией (расслоение аорты, легочная гипертензия).

9. Пациенты с кардиогенными синкопе относятся к категории высокого риска внезапной сердечной смерти и требуют госпитализации для проведения диагностических исследований и лечения.

10. Рефлекторные синкопе и синкопе, связанные с ортостатической гипотензией, имеют относительно благоприятный прогноз и не сопровождаются увеличением риска внезапной сердечной смерти, однако могут приводить к травматизации пациентов при падении и снижают качество жизни пациентов вследствие опасения повторных синкопальных состояний.

11. Обязательные диагностические исследования, выполняемые организациями здравоохранения при оказании медицинской помощи пациентам с синкопальными состояниями на первом–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи:

11.1. в амбулаторных условиях в соответствии с приложением 1:

медицинский осмотр;

ЭКГ в 12 отведениях;

ортостатическая проба;

Эхо-КГ;

СМ ЭКГ;

общий анализ крови (далее – ОАК);

биохимический анализ крови (далее – БАК): определение глюкозы, креатинина, сывороточного железа, калия, натрия, липидограммы;

консультация врача общей практики или врача-кардиолога;

11.2. в стационарных условиях в соответствии с приложением 2:

медицинский осмотр;

ОАК;

ОАМ;

БАК: определение глюкозы, креатинина, сывороточного железа, калия, натрия, липидограммы;

анализ крови на св. Т4, ТТГ;

ЭКГ в 12 отведениях (при поступлении и перед выпиской);

ортостатическая проба;

Эхо-КГ;

СМ ЭКГ;

при наличии симптомов брадикардии консультация врача-кардиохирурга и (или) врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга (специализирующегося в области лечения нарушений ритма сердца, при наличии медицинских показаний к имплантации событийного монитора или ЭКС) третий-четвертый технологический уровень оказания медицинской помощи.

12. Дополнительными диагностическими исследованиями выполняемыми организациями здравоохранения при оказании медицинской помощи пациентам синкопальными состояниями (в зависимости от предполагаемого механизма развития синкопе) на первом–четвертом технологических уровнях оказания медицинской помощи являются:

12.1. в амбулаторных условиях в соответствии с приложением 1;

лабораторные методы исследования;

СМАД (второй–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);
функциональные тесты (с физической нагрузкой; воспроизведение триггерной ситуации с регистрацией ЭКГ и АД) (второй–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (второй–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

консультация врача-кардиолога (второй–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

видеорегистрация в домашних условиях (по возможности);

контроль/программация имплантированных ранее устройств (ЭКС) – (второй–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

консультация врача-невролога (второй–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

стресс Эхо-КГ (третий–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

чреспищеводное электрофизиологическое исследование (третий–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

дистанционное мониторирование ЭКГ и (или) имплантированных электронных устройств (третий–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

консультация врача-кардиохирурга и (или) врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга, специализирующегося в области лечения нарушений ритма сердца (третий–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

спиральная компьютерная томография артерий шеи/головы, коронарных артерий (третий–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

контроль/программация ранее имплантированных устройств (событийный монитор (далее – СМ), электрокардиостимулятор (далее – ЭКС), имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор (далее – ИКД), сердечная ресинхронизирующая терапия (далее – CRT-P/CRT-D) – третий–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

мультимодальная визуализация (компьютерная томография далее – КТ, магнитно-резонансная томография (далее – МРТ), позитронно-эмиссионная томография (далее – ПЭТ) – третий–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

генетическое исследование (четвертый технологический уровень оказания медицинской помощи);

12.2. в стационарных условиях в соответствии с приложением 2:

анализ газов крови и кислотно-основного состояния (первый–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

электролиты (калий, натрий, хлор, кальций) (первый–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

биомаркеры повреждения миокарда: тропонины (первый–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

определение уровня D-димеров (первый–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

массаж каротидного синуса (второй–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

консультация врача-невролога (второй–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

СМАД (первый–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);
воспроизведение триггерной ситуации с одновременной регистрацией ЭКГ и АД (второй–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

имплантация петлевых наружных или имплантируемых регистраторов (третий–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

контроль работы и анализ записей в случае синкопе у пациента с ранее имплантированным устройством (ЭКС) (второй–четвертый технологические уровни

оказания медицинской помощи), СМ, ИКД, CRT-P/CRT-D (третий–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

нагрузочные ЭКГ-исследования (трекмил-тест или велоэргометрия) (первый–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

стресс Эхо-КГ (третий–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (второй–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

коронароангиография (второй–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

электрофизиологическое исследование (чреспищеводное или эндокардиальное) (третий–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

мультимодальная визуализация (МРТ, КТ, ПЭТ) (третий–четвертый технологические уровни оказания медицинской помощи);

генетическое исследование (четвертый технологический уровень оказания медицинской помощи).

13. Диагностические исследования, проводимые пациентам с синкопальными состояниями в организациях здравоохранения в амбулаторных условиях в зависимости от технологического уровня оказания медицинской помощи, установлены согласно приложению 1.

14. Диагностические исследования, проводимые пациентам с синкопальными состояниями в организациях здравоохранения в стационарных условиях в зависимости от технологического уровня оказания медицинской помощи, установлены согласно приложению 2.

15. Примеры формулировки диагноза:

«Вазовагальный синкопе от 25.10.2022.»;

«Пароксизмальная АВ-узловая реципрокная тахикардия с синкопальными состояниями.»;

«Ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения функциональный класс 1. Кардиосклероз. Атеросклероз коронарных артерий. Артериальная гипертензия 2 ст., риск 4. Редкая суправентрикулярная экстрасистолия. Стадия 1 (соответствует НША). ХСН с сохраненной ФВ (55 %). Функциональный класс II NYHA. Синкопе неуточненного генеза».

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИНКОПЕ

16. Лечение пациентов с синкопе включает медикаментозные и немедикаментозные методы, назначается в соответствии с настоящим клиническим протоколом и определяется ведущим механизмом развития синкопе (доказанным или предполагаемым), особенностями клинического течения и стратификацией риска с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраста пациента, наличия коморбидных заболеваний), лекарственного анамнеза.

17. Немедикаментозные методы лечения пациентов с рефлекторными синкопе:

обучение распознаванию триггеров и избегание провоцирующих триггеров и ситуаций (переминание с ноги на ногу в ортостазе; венепункция в положении лежа; подавление кашля при синкопе, ассоциированном с кашлем, мочеиспускание в положении сидя; предупреждение врача-специалиста о возможной реакции на медицинские манипуляции; избегание резкого прекращения физических нагрузок);

раннее выявление продромальных симптомов (головокружение, потемнение в глазах, дурнота, потливость) с целью своевременного изменения положения тела – переход в положение сидя или лежа;

использование маневров с контрдавлением в случае наличия продромы у пациентов в возрасте до 60 лет (маневр со скрещиванием ног – в положении стоя необходимо

скрестить ноги, напрягая мышцы ног и передней брюшной стенки; маневр со сжатием резинового мячика или кулака ведущей рукой – выполняется с напряжением мышц рук и брюшного пресса; маневр со сцеплением и разведением рук – необходимо сцепить пальцы рук, с силой разводя руки в стороны, с напряжением мышц рук и брюшного пресса);

регулярные дозированные аэробные физические тренировки – ходьба, плавание и иное;

тилт-тренировки, преимущественно у пациентов в возрасте до 45 лет, (пациенту рекомендуется стоять, не прислоняясь к стене, в течение 5–10 минут с последующим увеличением длительности ортостаза на 5–10 минут каждые 3 дня до достижения 30–40 минут. В течение первого месяца тренировок – повторы дважды в день и чаще, далее – 1 раз в 2 дня в течение 3 мес., далее – 2 раза в неделю постоянно);

увеличение количества жидкости и поваренной соли в рационе питания (2–3 литра воды, 6–9 г поваренной соли при отсутствии медицинских противопоказаний, связанных с артериальной гипертензией, сердечной недостаточностью, болезнями почек);

отмена или ограничение приема ЛП, вызывающих снижение АД у пациентов с вазодепрессорным синкопе: нитраты; альфа-адреноблокаторы; диуретики; гипотензивные ЛП (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, дигидропиридиновые антагонисты кальция, антагонисты рецепторов ангиотензина II, агонисты I₁ – имидазолиновых рецепторов); психотропные (нейролептики, ингибиторы моноаминоксидазы, трициклические антидепрессанты, фенотиазины, барбитураты).

18. В лечении пациентов с ортостатическими вазовагальными синкопе, низким или нормальным уровнем АД используются:

18.1. плановое медикаментозное лечение в виде монотерапии или в сочетании следующих ЛП:

флудрокортизон (таблетки 0,1 мг) – титрование дозы от 50 мкг до 200 мкг в сутки;

мидодрин (таблетки 2,5 мг) – по 2,5–10 мг 2–3 раза в сутки внутрь;

18.2. имплантация двухкамерных электрокардиостимуляторов для предупреждения рецидивирующих непредсказуемых синкопе у пациентов старше 40 лет:

с документированными паузами ≥ 3 секунд с развитием синкопе или паузами ≥ 6 секунд без развития синкопе, обусловленными остановкой синусового узла (синус – арест) или АВ-блокадой;

при преимущественно кардиоингибиторном варианте синдрома каротидного синуса; при асистолии, сопровождающейся синкопе, при выполнении тилт-теста.

19. В лечении пациентов с синкопе вследствие ортостатической гипотензии используются:

19.1. немедикаментозные методы:

обучение распознаванию и избеганию триггеров и провоцирующих ситуаций;

использование маневров с контрдавлением;

адекватная гидратация и употребление соли;

изменение режима приема антигипертензивных ЛП, при необходимости – пересмотр целевого АД;

применение абдоминального бандажа и (или) компрессионных чулок;

возвышенное положение головного конца кровати во время сна (> 10 градусов);

19.2. медикаментозное лечение (в качестве дополнительного ЛП при неэффективности немедикаментозных методов) в виде монотерапии или в сочетании следующих ЛП:

флудрокортизон (таблетки 0,1 мг) – титрование дозы от 50 мкг до 200 мкг в сутки;

мидодрин (таблетки 2,5 мг) – по 2,5–10 мг 2–3 раза в сутки внутрь.

20. Лечение пациентов с кардиогенными синкопальными состояниями, ассоциированными с нарушениями ритма и проводимости сердца, на фоне структурного поражения сердца, кардиопульмональной патологии или заболеваниями крупных сосудов проводится согласно профильным клиническим протоколам.

21. Схема лечебных мероприятий, проводимых пациентам с синкопальными состояниями в организациях здравоохранения в амбулаторных условиях в зависимости от технологического уровня оказания медицинской помощи, установлена согласно приложению 3.

22. Схема лечебных мероприятий, проводимых пациентам с синкопальными состояниями в организациях здравоохранения в стационарных условиях в зависимости от технологического уровня оказания медицинской помощи, установлена согласно приложению 4.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С СИНКОПАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

23. Мероприятия по медицинской реабилитации осуществляются по основному заболеванию.

24. Для медицинской профилактики и своевременного выявления синкопальных состояний рекомендовано:

- своевременное выявление и лечение устранимых причин;
- регулярное снятие ЭКГ в 12 отведениях не реже 1 раза в год;
- своевременное снятие ЭКГ в 12 отведениях при возникновении эпизода синкопе;
- при необходимости – назначение с контролем СМ ЭКГ не реже 1 раза в 6 месяцев.

25. Медицинское наблюдение пациентов с синкопальными состояниями осуществляется врачом общей практики или врачом-кардиологом.

26. В зависимости от выявленной основной этиологии заболевания – консультация профильного врача-специалиста (врач-эндокринолог, врач-невролог) – не реже 1 раза в год (на протяжении всего заболевания или до 12 мес. после излечения).

27. При наличии имплантированного событийного монитора направление пациента в кабинет программации ЭКС производится каждые 6 месяцев, или при возникновении синкопального состояния – внеочередно.

Приложение 1
к клиническому протоколу «Диагностика
и лечение пациентов (взрослое население)
с синкопальными состояниями»

**Диагностические исследования, проводимые пациентам с синкопальными состояниями в организациях здравоохранения
в амбулаторных условиях в зависимости от технологического уровня оказания медицинской помощи**

Технологический уровень оказания медицинской помощи	Первый	Второй	Третий	Четвертый
Диагностические исследования	клинические методы исследования: сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания; медицинский осмотр с оценкой состояния органов и систем; лабораторные методы исследования; инструментальные методы исследования: ЭКГ в 12 отведениях исходно и во время пароксизмов аритмии; ортостатическая проба; Эхо-КГ; СМ ЭКГ; консультация врача общей практики	+ консультация врача-кардиолога, врача- невролога; + контроль/программация имплантированных устройств (ЭКС) + дополнительные лабораторные исследования*; + СМАД*; + функциональные тесты (с физической нагрузкой; воспроизведение триггерной ситуации с регистрацией ЭКГ и АД; с активным ортостазом; массаж каротидного синуса) *; + дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий*	+ контроль/программация имплантированных устройств (СМ, ЭКС, ИКД, CRT-P/CRT-D); + дистанционное мониторирование ЭКГ и (или) имплантированных электронных устройств; + консультация врача-кардиохирурга и (или) врача – рентгено-эндоваскулярного хирурга, специализирующегося в области лечения нарушений ритма сердца; + КТ, МРТ; + спиральная компьютерная томография артерий шеи/головы, коронарных артерий*; + стресс Эхо-КГ*; + чреспищеводное электрофизиологическое исследование*	+ мультимодальная визуализация (КТ, МРТ, ПЭТ)*; + генетическое исследование*

* Дополнительные методы диагностических исследований.

Приложение 2

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с синкопальными состояниями»

Диагностические исследования, проводимые пациентам с синкопальными состояниями в организациях здравоохранения в стационарных условиях в зависимости от технологического уровня оказания медицинской помощи

Технологический уровень оказания медицинской помощи	Первый	Второй	Третий	Четвертый
Диагностические исследования	клинические методы исследования: сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания; медицинский осмотр с оценкой состояния органов и систем; лабораторные методы исследования; инструментальные методы исследования: ЭКГ в 12 отведениях исходно и во время пароксизмов аритмии; Эхо-КГ; СМ ЭКГ; консультация врача общей практики	+ консультация врача-кардиолога; + контроль/программация имплантированных устройств (ЭКС) + дополнительные лабораторные исследования; + СМАД*; + функциональные тесты (с физической нагрузкой; воспроизведение триггерной ситуации с регистрацией ЭКГ и АД*; с активным ортостазом; массаж каротидного синуса); + дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий*; + коронароангиография*	+ внутрисердечное электрофизиологическое исследование; + имплантация событийного петлевого кардиомонитора; + дистанционное мониторирование ЭКГ и (или) имплантированных электронных устройств; + консультация врача-кардиохирурга и (или) врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга, специализирующегося в области лечения нарушений ритма сердца; + стресс Эхо-КГ*; + чреспищеводное электрофизиологическое исследование*; + спиральная компьютерная томография артерий шеи / головы, коронарных артерий*; + контроль/программация имплантированных электронных устройств (СМ, ЭКС, ИКД, CRT-P/CRT-D); +КТ, МРТ	+ мультимодальная визуализация (КТ, МРТ, ПЭТ)*; + генетическое исследование*

* Дополнительные методы диагностических исследований.

Приложение 3
к клиническому протоколу «Диагностика
и лечение пациентов (взрослое население)
с синкопальными состояниями»

СХЕМА
лечебных мероприятий, проводимых пациентам с синкопальными состояниями в организациях здравоохранения
в амбулаторных условиях в зависимости от технологического уровня оказания медицинской помощи

Технологический уровень оказания медицинской помощи	Первый–четвертый
Лечебные мероприятия	Коррекция устранимых факторов риска синкопальных состояний; поведенческая адаптация; дозированные аэробные физические тренировки; обучение распознаванию триггеров и провоцирующих ситуаций; лечение основного заболевания; лекарственная терапия; временная наружная кардиостимуляция; сердечно-легочная реанимация

Приложение 4
к клиническому протоколу «Диагностика
и лечение пациентов (взрослое население)
с синкопальными состояниями»

СХЕМА
лечебных мероприятий, проводимых пациентам с синкопальными состояниями в организациях здравоохранения
в стационарных условиях в зависимости от технологического уровня оказания медицинской помощи

Технологический уровень оказания медицинской помощи	Первый	Второй	Третий	Четвертый
Лечебные мероприятия	Коррекция устранимых факторов риска синкопальных состояний; поведенческая адаптация, дозированные аэробные физические тренировки; лечение основного заболевания; лекарственная терапия; временная наружная или эндокардиальная кардиостимуляция; сердечно-легочная реанимация	+ имплантация/замена ЭКС	+ имплантация/замена ИКД, CRT-P/CRT-D; + имплантация/замена систем Гис-стимуляции/стимуляции области левой ножки пучка Гиса*	+ безэлектродная кардиостимуляция*

* Дополнительные методы диагностических исследований.