

## КОНСУЛЬТАНТ

# СИНКОПЕ: КРОК ЗА КРОКОМ В ОБСТЕЖЕННІ ПАЦІЄНТІВ

B. Olshansky  
Syncope: Step by Step Through the Workup  
Consultant 2000(Apr.): 702-711

Синкопе — стан, який характеризується раптовою втратою свідомості та здатності перебувати у вертикальному положенні, після якої настає швидке та повне відновлення. Хоча синкопе часто є доброякісним і минає самостійно, воно може свідчити про наявність серйозного хронічного захворювання або потенційно фатального розладу. Його причин багато, і часто вони є досить несподіваними (таблиці 1 і 2). Важливим і непростим завданням є встановлення відмінностей синкопе внаслідок доброякісних та злоякісних причин.

Несподівані повторні напади синкопе можуть спричиняти тяжкі пошкодження та зумовлювати необхідність в обмеженні способу життя пацієнтів. Приблизно 75% пацієнтів, які страждають через повторні синкопе, вимушені змінювати деякі види своєї щоденної активності. Близько 65% пацієнтів обмежують водіння автомобіля, а 40% — змінюють стиль своєї роботи.

У цій статті розглянуто епідеміологію та патофізіологію синкопе, подається систематизація, яка є основою для прогностичної оцінки. Описано практичні підходи до оцінки пацієнтів з синкопе, пояснено шляхи отримання та інтерпретації відповідної діагностичної інформації та уникнення зайвих обстежень.

### ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

За даними Фремінгамського дослідження, 5,6% осіб віком понад 65 років і 0,7% молодших осіб раніше перенесли синкопе, але ці оцінки значно поступаються справжній поширеності синкопе. Щороку понад 1 мільйон людей у США обстежуються та лікуються з приводу нападів втрати свідомості. Багато інших не звертаються по медичну допомогу.

Найчастіше синкопе виникає у літніх осіб, особливо віком понад 75 років. У людей похилого віку більшою є небезпека пошкоджень, вони частіше потребують обстеження, з більшою імовірністю в них виникають серйозні серцеві події.

Обстеження та ведення пацієнтів з синкопе та асоційованими з ним симптомами є важливим елементом практики лікаря. З синкопе пов'язані до 6% поступлень у шпиталі і від 3 до 5% відвідин відділень невідкладної допомоги. Приблизно в 40—50% осіб епізод синкопе більше не повторюється, і лікування не потрібне. Втім, відсутність нових нападів інколи пов'язують з лікуванням, потреби в якому нема.

Витрати, пов'язані з оцінкою та лікуванням пацієнтів з синкопальними станами, значні. На початку 1980-х років вартість однієї госпіталізації з приводу синкопе становила 2463 доларів США. Зважаючи на те, що початкове обстеження може не закінчитися встановленням правильного діагнозу та вибором адекватної терапії, насправді вартість надання допомоги одному пацієнтові перевищує 23 000 доларів США. За даними нещодавно виконаного обстеження пацієнтів з нейрокардіогенним синкопе, на одного пацієнта витрачали 16 000 доларів США. Зага-

Таблиця 1.

## Поширені причини та типи синкопе

**Несерцево-судинні**

## Рефлекторні механізми

*Вазовагальне та вазодепресорне синкопе (нейрокардіогенне)**Сечовиділення**Ковтання**Кашель**Дефекація**Постпрандіальне синкопе**Гіперчутливість каротидного синуса*

## Ортостатична гіпотензія

*Розлади вегетативного балансу**Зневоднення**Хвороба, тривалий ліжковий режим**Прийом препаратів*

## Психогенні

*Істерія**Панічні розлади**Тривожні розлади*

## Стани, які помилково трактують як синкопе

*Недіагностовані судоми**Стани із сплутаною сідомістю внаслідок гіпокліемії, інсульту, тощо**Індукована препаратами втрата свідомості (у тому числі при прийомі алкоголю)***Серцево-судинні**

## Аритмія

*Атриовентрикулярна (АВ) блокада з брадикардією (структурні зміни — “набута” АВ блокада, препарати)**Синусові паузи/брадикардія (вагусні причини, синдром слабості синусового вузла, при прийомі препаратів)**Шлуночкова тахікардія при структурному захворюванні серця*

## Неаритмічні (обструктивні/рефлекторні) причини

*Гіпертрофічна кардіоміопатія**Аортальний стеноз***Невідоме походження***— близько 50% випадків*

Таблиця 2.

## Непоширені причини синкопе

**Серцево-судинні захворювання**

## Аритмічні причини

*Суправентрикулярна тахікардія**Синдром подовженого інтервалу QT**Ідіопатична шлуночкова тахікардія**Інфаркт міокарда, ускладнений брадикардіями та тахікардіями**Дисплазія правого шлуночка*

## Неаритмічні причини

*Тромбоемболія легеневої артерії**Легенева гіпертензія**Розшаровуюча аневризма аорти**Синдром “підключичного обкрадання”**Міксом передсердя**Тампонада серця***Несерцево-судинні захворювання**

## Гіпервентиляція

## Мігрень

*Карциноїдний синдром**Системний мастоцитоз**Метаболічні розлади**Гіпоглікемія**Гіпоксія**Множинне церебросудинне захворювання*

лом у Сполучених Штатах щороку на обстеження та лікування пацієнтів з синкопальними станами витрачають 1 мільярд доларів.

Та навіть ці показники не дозволяють створити вичерпне враження про розміри проблеми. Синкопальні стани спричинюють зменшення робочого часу та інші обмеження активності пацієнтів, але розміри завданих цим втрат оцінити важко.

### ФІЗІОЛОГІЧНІ ПРИЧИНИ

Причина синкопе рідко є очевидною, і пацієнтів з високим ризиком смерті виявити важко. Діагноз часто базується на неадекватних методах і неправильних припущеннях. Навіть при агресивному виконанні діагностичних заходів встановлення діагнозу може вимагати переконаності в тому, що саме з припущеною причиною пов'язаний справжній механізм синкопе. Відсутність рецидивів інколи пояснюють проведенням лікування, справжня ефективність якого невідома. Це справджується навіть для пацієнтів з тяжким серцево-судинним захворюванням, у яких до синкопе можуть призвести різноманітні причини.

Строго кажучи, фактично в усіх випадках причина синкопе невідома, оскільки причинний зв'язок між виявленими порушеннями та певним епізодом синкопе майже завжди залишається недоведеним. З певністю причину встановлюють лише в тому випадку, коли під час епізоду синкопе здійснюють електрокардіографічне дослідження, монітування артеріального тиску, оксиметрію та електроенцефалографію. Та навіть у цьому випадку причина може залишитися нез'ясованою.

Минуща втрата свідомості може виникнути при будь-якому стані, який зумовлює минуще зменшення церебрального кровоплину. У дослідженні H. Wayne (1961) з метою визначення причин синкопе узагальнили інформацію, отриману від 510 пацієнтів (табл. 3). Його результати пролили світло на деякі проблеми та труднощі діагностики.

Найбільш поширеною та звичайно доброякісною причиною є вазовагальний (нейрокардіогенний) механізм. Другою за поширеністю є ортостатична гіпотензія, яка часто залишається недіагностованою і неправильно інтерпретується. Епілепсія розцінюється як поширена "причина" синкопе; втім, минуща втрата свідомості, асоційована з епілепсією, насправді не є синкопе, хоча нерідко помилково оцінюється як синкопе.

У більш ранніх повідомленнях лише незначну частину випадків синкопе розцінювали як невідомого походження. Діагнози базувалися на клінічній оцінці симптомів і, без сумніву, часто були помилковими. Парадоксально, але нині, після впровадження досконалих діагностичних підходів, при-

Таблиця 3.  
Розподіл причин синкопе у 510 пацієнтів  
(H. Wayne, 1961)

Причина/тип синкопе	Кількість
Вазовагальне синкопе	298
Ортостатична гіпотензія	28
Епілепсія	26
Церебросудинне захворювання	24
Невідома причина	23
Синкопе після сечовиділення	17
Синдром Адамса-Стокса	17
Гіпервентиляція	15
Гіперчутливість каротидного синуса	15
Синкопе, спричинене кашлем	13
Аортальний стеноз	9
Пароксизмальна тахікардія	8
Стенокардія	4
Істерія	4
Інфаркт міокарда	3
Легенева гіпертензія	2
Мігрень	2
Гіпертензивна енцефалопатія	2
Усього	510

чина синкопе залишається не встановленою у 45% пацієнтів.

Результати проби з нахилом столу дають підставу припустити, що коли нема певного діагнозу, синкопе найчастіше є доброякісним і пов'язане з порушеннями вегетативної регуляції (нейрокардіогенні та інші патологічні вегетативні рефлексії); такі епізоди можуть запускатися минуцими та невідтворюваними провокуючими факторами. Навіть після встановлення діагнозу передчасно думати, що легко вдасться зрозуміти механізм синкопе та вибрати правильну тактику лікування хворих.

## СИСТЕМАТИЗАЦІЯ

Причини синкопе поділяють на три великі групи: серцево-судинні, несерцево-судинні та невідомі. Ця класифікація має значення для оцінки прогнозу пацієнтів. При синкопе внаслідок серцево-судинних причин смертність може сягати 20—30% за найближчі 1—2 роки. Втім, невідомо, чи збільшується ризик смерті пацієнта з певним серцевим захворюванням власне після появи синкопе. Якщо причина синкопе несерцево-судинна, наприклад, при нейрокардіогенному синкопе, смертність низька і становить 1—6% за 1—2 роки. Як звичайно, пацієнти в цій групі молоді та загалом здорові.

Дуже низькою є також смертність пацієнтів, у яких при повному обстеженні (включаючи опитування, фізикальне обстеження та відповідне діагностичне тестування) не вдається уточнити причини синкопе. У більшості таких пацієнтів синкопе є доброякісним, і агресивне обстеження і лікування не потрібні. У цьому випадку повторне обстеження з повторними госпіталізаціями дають мало користі. Завдяки застосуванню нових методів діагностики відсоток пацієнтів, у яких походження синкопе залишається невідомим після відповідної оцінки, очевидно, зменшився до 20%.

При прогностичній оцінці пацієнтів з синкопе потрібно враховувати вік, здійснювати диференціальну діагностику, встановлювати категорію синкопе та наявність інших факторів ризику (табл. 4). У пацієнтів молодшого віку синкопе найчастіше є нейрокардіогенним, зумовленим психічними або ситуаційними факторами, наприклад стресом, тривалим перебуванням у вертикальному положенні або дегідратацією. Хоча для цих станів характерні специфічні проблеми лікування, вони не є небезпечними для життя і часто минають спонтанно. Інколи молоді пацієнти, в яких часто повторюються напади синкопе, вимагають лікування для запобігання їх інвалідизуючим наслідкам, але це лікування

Таблиця 4.  
Поширені причини та типи синкопе залежно від віку

<b>Молоді (менше 35 років)</b>
Нейрокардіогенні
Ситуаційні
Психічні розлади
Судоми нез'ясованого походження
Синдром подовженого інтервалу QT
Синдром Вольфа-Паркінсона-Вайта, інші суправентрикулярні тахікардії
Гіпертрофічна кардіоміопатія
<b>Середній вік (35—65 років)</b>
Нейрокардіогенні
Серцеві
Аритмічні
<b>Літні (понад 65 років)</b>
Багатофакторні
Серцеві
Механічні/обструктивні
Аритмічні
Ортостатична гіпотензія
Індуковані препаратами
Медійовані через нервову систему
Нейрокардіогенні

може часто здійснюватися в амбулаторних умовах. Синкопе у молодого пацієнта рідко має причину, небезпечну для життя.

У пацієнтів середнього віку (від 40 до 65 років) також спостерігаються нейрокардіогенні синкопе, але потрібно думати і про потенційно небезпечні серцево-судинні причини. У пацієнтів віком понад 65 років найбільш поширеними є серцеві причини та ортостатична гіпотензія і стрімко зростає ризик смерті.

Літні пацієнти часто приймають багато різних препаратів, деякі з яких можуть викликати синкопе. Ці пацієнти особливо вразливі через послаблення вегетативної регуляції артеріального тиску. Необхідно завжди розглядати та виключати можливий вплив препаратів як первинну причину синкопе у літнього пацієнта, навіть пацієнта з серцево-судинним захворюванням, перед призначенням агресивного та нерідко ризикованого обстеження.

## ОЦІНКА

Хоча синкопе — це комплексна клінічна проблема, корисним знаряддям оцінки пацієнтів є спрощений алгоритм (рис.). Обстеження починається з опитування, фізикального дослідження та діагностичного тестування із застосуванням найнеобхідніших у цій ситуації методів. Завжди треба виконувати холтеровське моніторування ЕКГ. Може виникати потреба у здійсненні тесту з нахилом столу, оцінки стану вегетативної регуляції (наприклад, методами оцінки симпатичної нервової активності, ортостатичної проби, чутливості або коливань барорефлексу), електрофізіологічних досліджень.

Часто застосовуваний стандартний набір діагностичних тестів, таких як комп'ютерна томографія, тривале моніторування ЕКГ, електроенцефалографія, доплерівська ультразвукографія сонних артерій, біохімічний аналіз крові і т. ін., практично не потрібний. На думку В. Mozes зі співавт. (1988), такий підхід надто дорогий і фактично не дає жодної додаткової інформації. Втім, якщо є вказівки на можливість залучення нервової системи як причинного фактору синкопе, варто здійснити повне неврологічне обстеження.

У цьому ж дослідженні В. Mozes зі співавт. (1988) було встановлено, що тривале спостереження у шпиталі недоцільне. Лише приблизно у чверті госпіталізованих пацієнтів у шпиталі довели діагноз та дібрали відповідне лікування; втім, лікування вже було визначене на підставі початкової оцінки. Обстеження, яке базувалося лише на опитуванні, фізикальному дослідженні та ЕКГ, зменшило витрати на 85%, без будь-якого збільшення ризику для пацієнтів.

**Анамнез і фізикальне дослідження.** Точна характеристика симптомокомплексу є ключовим моментом встановлення діагнозу. Синкопе можна легко сплутати з низкою інших, подібних симптомів. В одному дослідженні обстежували 121 пацієнта, у яких виник "колапс"; лише 15 з них справді втратили свідомість.

Лише анамнезу і фізикального дослідження достатньо для встановлення діагнозу в 40—45% пацієнтів. Серед них у 75—85% вдається остаточно визначити причину синкопе.

Слід звернути увагу на таке:

- ◆ Препарати, які приймав пацієнт.
- ◆ Супутні патологічні стани і симптоми.
- ◆ Сімейний анамнез.
- ◆ Обставини, за яких виникають напади синкопе, включаючи продромальні та постсинкопальні симптоми.
- ◆ Чи виникали подібні епізоди раніше і за яких обставин.

Корисно також опитати свідка епізоду синкопе, а не лише самого пацієнта.

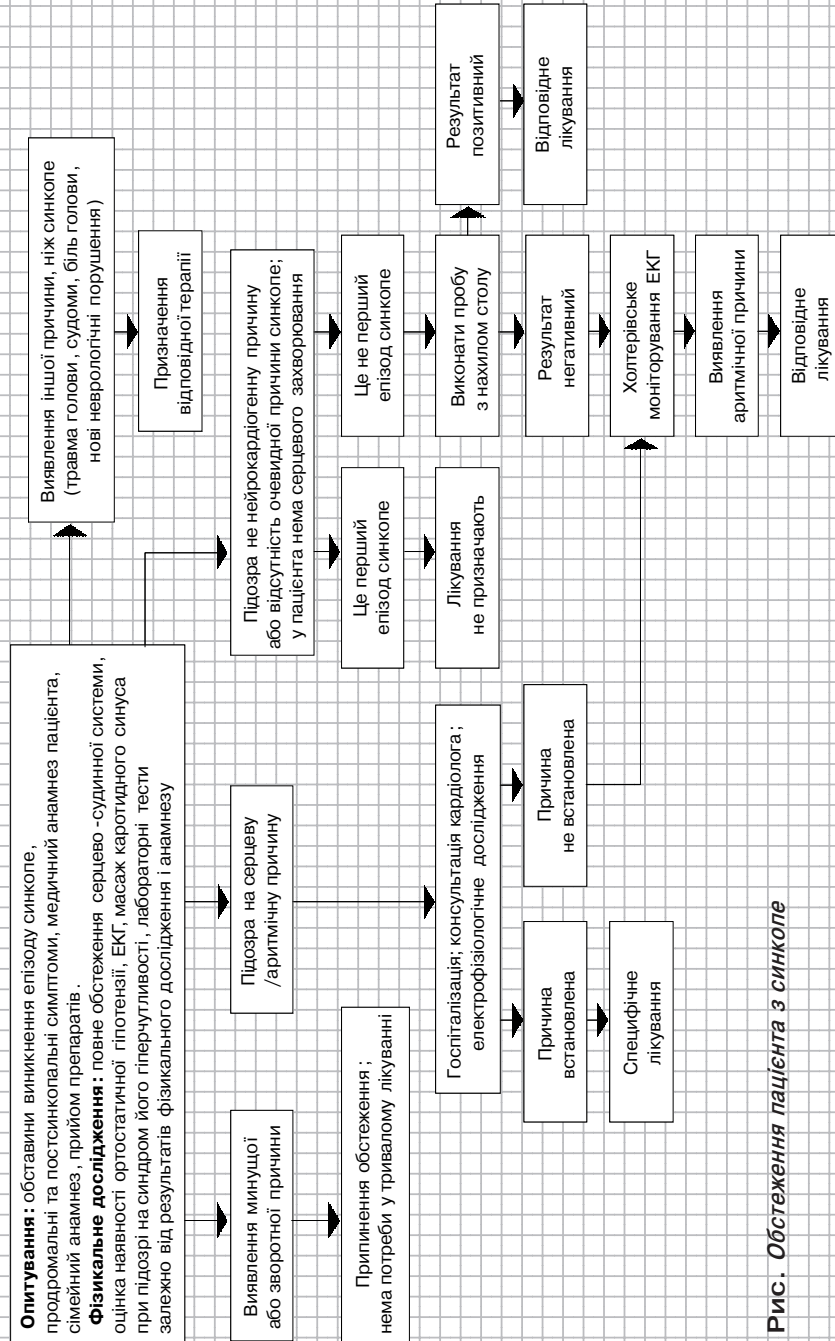


Рис. Обстеження пацієнта з синкопе



Слід здійснити повне фізикальне дослідження, включаючи ретельне обстеження серцево-судинної системи. Оцінити відповідь на ортостатичну пробу (це особливо важливо в літніх пацієнтів). Масаж каротидного синуса показаний літнім пацієнтам, анамнез яких дозволяє припустити наявність його гіперчутливості; втім, у випадках наявності шумів на сонних артеріях, пароксизмів шлуночкової тахікардії або нещодавно перенесеного інсульту чи інфаркту міокарда його треба виконувати особливо обережно.

Потрібно отримати дані лабораторних досліджень, доцільність яких визначається клінічними знахідками. Серед них розгорнутий загальний аналіз крові у випадку підозри на шлунково-кишкову кровотечу, вміст калію при підозрі на аритмію чи прийомі діуретика. Поки пацієнт перебуває у відділенні невідкладної допомоги, варто здійснити тривале моніторування ЕКГ.

Госпіталізація доцільна за нестабільності стану пацієнта або коли обстеження і лікування не можуть бути здійснені в амбулаторних умовах. Госпіталізація показана при підозрі на аритмію або серцеву причину синкопе. Припущення про аритмічне синкопе формується на основі опитування та фізикального дослідження, а також порушень ЕКГ.

**Діагностичні тести.** Інструментальні дослідження, які застосовують при обстеженні пацієнтів з синкопе, корисні лише у поєднанні з ретельним опитуванням та фізикальним обстеженням; правильно вибрані діагностичні тести можуть мати ключове значення у встановленні діагнозу. Всім пацієнтам потрібно виконувати електрокардіографію, оскільки це недорогий та безпечний метод. Хоча реєстрації ЕКГ достатньо для встановлення діагнозу менш ніж у 5% пацієнтів з нападами синкопе, у 40—50% з них виявляють порушення картини ЕКГ, які спрямовують подальше обстеження пацієнтів.

Ехокардіографічне дослідження, холтерівське моніторування ЕКГ, проба з нахилом столу та електрофізіологічне дослідження можуть збільшити інформативність або підтвердити інформацію, отриману при опитуванні та фізикальному дослідженні пацієнтів; втім, ці тести можуть виявити порушення, які не мають нічого спільного з синкопе. Лише вдумлива інтерпретація цих знахідок дозволяє уникнути призначення лікування, яке не поліпшує прогнозу пацієнта і не зменшує імовірності нових нападів синкопе.

Очевидне значення в оцінці пацієнтів з синкопе відіграють проба з нахилом столу та електрофізіологічне дослідження. Проба з нахилом столу провокує позитивну нейрокардіогенну відповідь приблизно в 40—60% пацієнтів з синкопе. Електрофізіологічне дослідження дозволяє виявити порушення серцевого ритму (переважно шлуночкову тахікардію) як причину синкопе у 20—30% відповідно дібраних пацієнтів. Холтерівське моніторування ЕКГ рідко є корисним; воно дозволяє виявити причину синкопе менш ніж у 3% випадків.

**Проба з нахилом столу.** Коли епізод, імовірно, нейрокардіогенного синкопе не має очевидної причини і в пацієнта нема серцевого захворювання, передбачити виникнення в майбутньому нового нападу неможливо. Хоча в цих випадках одразу призначати лікування недоцільно, необхідне подальше ретельне спостереження. Якщо виникає новий епізод і є підстави думати про нейрокардіогенний механізм, корисним засобом підтвердження діагнозу та вибору лікування може бути проба з нахилом столу.

Нейрокардіогенний рефлекс — спільний кінцевий шлях реалізації багатьох патологічних вегетативних імпульсів. Цей рефлекс асоціюється не лише з патологічними станами. Він може індукуватися інтенсивними емоційними стимулами, гострими змінами внутрішньосудинного об'єму (наприклад, внаслідок шлунково-кишкової кровотечі), інтенсивною фізичною активністю, ефектами алкоголю або

препаратів з позитивною інотропною дією, але специфічна причина синкопе не завжди очевидна.

Індукція нейрокардіогенного рефлексу може врешті-решт призвести до невідповідної вазодилатації, гіпотензії та колапсу: нейрокардіогенного синкопе. Синкопе цього типу може супроводжуватися брадикардією і гіпотензією (класичне вазовагальне синкопе) або лише гіпотензією, яка, своєю чергою, може бути ортостатичною або неортостатичною (синкопе внаслідок вегетативного дисбалансу). Синдром ортостатичної тахікардії при переході у вертикальне положення може супроводжуватися нейрогенним синкопе. Розрізняють також психогенне синкопе, а також синкопе внаслідок "центральної" відповіді на церебральну вазоконстрикцію. Воно може бути ізольованою подією, коли легко вирізнити причину, або часто повторюватись, коли причину встановити важко (злякисне нейрокардіогенне синкопе), а також виникати хвилями і потім припинятись. Тригером нейрокардіогенного рефлексу, який потім зберігається тривалий час, може бути тяжка вірусна інфекція.

Цей рефлекс може індукуватися багатьма клінічними станами. У пацієнтів, які страждають від частих нападів нейрокардіогенного синкопе без виявленої провокуючої причини, може бути необхідною медикаментозна терапія. Причому вибір засобів лікування буває парадоксальним: наприклад, пацієнту з брадикардією і гіпотензією у певних випадках призначають  $\beta$ -блокатори.

Як засоби впливу на нейрокардіогенний рефлекс емпірично застосовували ряд інших препаратів та методів, які, втім, не піддавали перевірці в адекватно організованих дослідженнях. До них належать селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, антихолінергічні засоби, теофілін,  $\alpha_1$ -агоністи, флудрокортисон, клонідин, десмопресин, еритропоетин; сольове навантаження; фізичні навантаження; застосування допоміжних панчо. У деяких випадках користь дає імплантація пейсмекера. У міру кращого розуміння механізмів, які визначають нейрокардіогенну відповідь, можуть з'являтися досконаліші засоби лікування.

**Електрофізіологічні дослідження.** Ці дослідження можуть бути корисними при оцінці аритмічних причин синкопе та ризику фатальної аритмії. Патологічні зміни виявляють у 7-50% пацієнтів з синкопе невідомого походження. Слід розглядати необхідність в електрофізіологічному дослідженні в усіх пацієнтів з синкопе, в яких є структурне захворювання серця (ішемічна хвороба серця, кардіоміопатія, захворювання клапанів) і в яких після початкового обстеження причина синкопе залишається невідомою; у пацієнтів з підозрою на аритмічну причину синкопе (наприклад, якщо виникненню синкопе передувало серцебиття або за наявності синдрому подовженого інтервалу QT чи дельта-хвилі на ЕКГ); при блокаді ніжки пучка Гіса або фракції викиду нижче 40%.

Основний зміст виконання електрофізіологічного дослідження полягає в оцінці наявності мономорфної шлуночкової тахікардії. Якщо фракція викиду менше 40%, шлуночкова тахікардія може бути індукована у близько 35% пацієнтів з синкопе невідомого походження; її можна викликати лише у 3% пацієнтів з фракцією викиду понад 40%, навіть за наявності структурного захворювання серця. Суправентрикулярні тахікардії і брадикардії також можуть асоціюватися з синкопе.

Якщо при електрофізіологічному дослідженні не вдається встановити діагноз у пацієнта з підозрою на аритмічну причину синкопе, слід розглянути необхідність у виконанні тривалого холтеровського моніторингу ЕКГ. У деяких пацієнтів, наприклад з дилатативною кардіоміопатією, отримано досить суперечливі дані, що імплантація кардіовертера-дефібрилятора корисна для запобігання смерті, навіть за негативного результату електрофізіологічного дослідження.



**Госпіталізація.** Непростим є вирішення питання про необхідність у госпіталізації після перенесеного епізоду синкопе. Госпіталізація може бути корисною для пацієнта з серцево-судинним захворюванням, наприклад, при підозрі на стійку шлуночкову тахікардію, коли високою є імовірність виникнення нових симптомів, ушкодження і навіть смерті. Але для більшості пацієнтів з нападами синкопе госпіталізація не є корисною, а для деяких навіть шкідлива. Перед тим як госпіталізувати пацієнта, потрібно чітко уявляти діагностичні та терапевтичні завдання, які треба буде вирішити.

Дослідження, які оцінювали результати госпіталізацій з приводу синкопе, свідчать, що середня тривалість перебування у шпиталі становить від 6 до 7 днів, без суттєвої користі. В одному дослідженні із залученням 161 пацієнта 78% були госпіталізовані в середньому протягом 6,8 доби. Решта пацієнтів, які не були госпіталізовані, — ті, в яких була встановлена причина синкопе. Як результат, причина синкопе була встановлена у 17% з числа госпіталізованих пацієнтів; у 7% вона була пов'язана з серцевим захворюванням. Один госпіталізований пацієнт отримав невідкладну допомогу, у 7,1% випадків призначили емпіричне лікування, а 75% пацієнтів були виписані без дібраного лікування. (У деяких дослідженнях було показано, що емпірична терапія збільшує ризик повторних нападів синкопе). Водночас вартість перебування у шпиталі пацієнта з синкопе є дуже високою.

Необхідність у госпіталізації з приводу синкопе треба розглядати в літніх пацієнтів, а також у таких ситуаціях:

- ◆ Доведене структурне захворювання серця або підозра на нього.
- ◆ Можливість аритмічної причини синкопе (наприклад, при синдромі подовженого інтервалу QT або за наявності дельта-хвилі на ЕКГ), навіть без очевидного структурного захворювання серця.
- ◆ Тяжка ортостатична гіпотензія.
- ◆ Синкопе нез'ясованого походження, яке спричинило виражені пошкодження.
- ◆ Нові неврологічні знахідки: транзиторні порушення мозкового кровообігу, інсульти або судоми, або підозра на інші неврологічні причини.
- ◆ Супутні стани, які вимагають лікування.
- ◆ Нейрокардіогенне синкопе, яке виникає часто і тяжко піддається контролю.

Метою госпіталізації є виконання досліджень, які не можуть бути виконані в амбулаторних умовах, моніторингу стану серця, задум та виконання специфічного плану лікування. Наприклад, електрофізіологічні дослідження, необхідні для вибору стратегії лікування у випадках аритмічної природи синкопе, можуть виконуватися лише в умовах шпиталю.

У літніх пацієнтів зростає ризик серцево-судинних захворювань як можливих причин синкопе, і тому повинно здійснюватися відповідне ретельне обстеження; нерідко його краще здійснювати в умовах шпиталю. Люди похилого віку часто живуть самотньо, і вони особливо вразливі до ушкоджень під час епізоду синкопе. Слід розглядати необхідність госпіталізації навіть після ізольованого епізоду синкопе при низькій імовірності серцевої причини, якщо амбулаторна оцінка не може виконуватися безпечно та задовільно.

Нема потреби в госпіталізації молодого пацієнта після ізольованого епізоду синкопе, коли низькою є імовірність серцевої причини, а також молодого пацієнта із повторними нападами синкопе, у якого нема жодних факторів ризику серцево-судинного захворювання. Пацієнт, якому раніше здійснювали повне обстеження, яке не дало підстав виявити причини синкопе, не повинен бути госпіталізований до моменту появи нової інформації, яка б вказала на специфічну причину синкопе.

**Консультація кардіолога.** Консультація спеціаліста-кардіолога може відігравати важливе значення для забезпечення повноти оцінки, базованої на всіх

клінічних знахідках, отриманих при опитуванні та фізикальному дослідженні, а не лише на самому факті виникнення синкопе. Кардіологічне обстеження частіше включає агресивні та інвазивні тести і з більшою імовірністю може зумовити встановлення діагнозу (хоча не гарантує встановлення правильного діагнозу).

Якщо є ознаки аритмії, блокади ніжки, порушення функції шлуночка або шлуночкової тахікардії, потрібно здійснити електрофізіологічне дослідження. Виконання подальшого обстеження на предмет аритмій, порушень з боку вегетативної нервової системи або гемодинаміки залежить від отриманої інформації. У деяких випадках діагноз залишається невизначеним. Для запобігання шкідливим наслідкам повторних нападів синкопе інколи необхідно обмежити деякі види звичайної активності. Виникнення повторних нападів протягом кількох років асоціюється з добрим прогнозом.

Переклад *Олега Жарінова*

Reprinted with kind permission of "Consultant"