

KAKOVOST ŽIVLJENJA BOLNIKOV Z REFLEKSNO SINKOPO

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH REFLEX SYNCOPE

Nataša Bizovičar, dr. med.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Izvleček

Izhodišča:

Refleksna sinkopa ni nevarno stanje, a je obremenjujoča, saj vpliva na psihosocialni vidik zdravja in vodi do pogostih obiskov zdravnika. Z zdravjem povezana kakovost življenja bolnikov s sinkopo je tem slabša, čim večje je število epizod omedlevice. Namen naše raziskave je bil primerjati z zdravjem povezano kakovost življenja med skupino preiskovancev z refleksno sinkopo in skupino preiskovancev z omedlevico, za katero vzrok ni bil pojasnjen.

Metode:

V študijo smo vključili 50 preiskovancev z refleksno sinkopo in kontrolno skupino - 50 po spolu in starosti primerljivih preiskovancev z omedlevico, za katero vzrok ni bil pojasnjen. Z vsemi preiskovanci smo pet let po testiranju na nagibni mizi opravili telefonski intervju. Z zdravjem povezano kakovost življenja smo ocenili z usmerjenim vprašalnikom, ki smo ga sestavili. Uporabili smo tudi prvi del vprašalnika EQ-5D. Za statistično primerjavo med skupinama smo uporabili test t za neodvisne vzorce in test χ^2 .

Rezultati:

Statistično značilno večji delež preiskovancev z refleksno sinkopo je v času intervjuvanja še vedno imel epizode prehodne izgube zavesti. Preiskovanci z refleksno sinkopo pogosteje ocenjujejo z zdravjem povezano kakovost življenja kot dobro, vendar se tudi bolj izogibajo okoliščinam, ki bi lahko izzvale epizode omedlevice. Toda pri ocenjevanju z zdravjem povezane kakovosti življenja z vprašalnikom EQ-5D med obema skupinama ni bilo statistično značilnih razlik.

Zaključki:

Opisani rezultati ne potrjujejo naše hipoteze, da je kakovost življenja preiskovancev z refleksno sinkopo slabša kot pri tistih iz kontrolne skupine. Nasprotno,

Abstract

Background:

Reflex-mediated syncope is a benign event. However, it might be a disabling condition having a significant impact on psychosocial component of health. This impact results in multiple medical consultations and additional diagnostic tests. Health-related quality of life is impaired proportionally to higher frequency of syncope event. The aim of the present study was to compare the health-related quality of life in patients with syncope and in a control group of patients with ill-defined transient loss of consciousness using a syncope-oriented questionnaire.

Methods:

The study sample consisted of 50 patients with reflex-mediated syncope and an age- and sex-comparable control group of 50 patients with ill-defined transient loss of consciousness. A telephone interview using our own syncope-oriented questionnaire has been performed in all of them five years after the tilt table testing. Afterwards, the first section of the EQ-5D questionnaire was applied. We used the t-test and chi-squared test for statistical comparisons.

Results:

More patients with syncope had more spells at the time of interviewing. However, patients with syncope evaluated their quality of life as better than patients in the control group using our own syncope-oriented questionnaire, but not using the EQ-5D questionnaire. The avoidance of trigger situations for spells was more frequent in patients of syncope.

Conclusions:

Our results do not support the hypothesis of worse quality of life in patients with reflex-mediated syncope. On the contrary, the results showed that patients with syncope evaluated their quality of life even better than the patients in the control group. The EQ-5D questionnaire is not an appropriate tool for evaluation of health-related quality

rezultati kažejo, da preiskovanci z refleksno sinkopo celo bolje ocenjujejo svojo kakovost življenja. Uporabljeni vprašalnik EQ-5D se je izkazal kot neustrezno orodje za ocenjevanje z zdravjem povezane kakovosti življenja bolnikov s sinkopo. Menimo, da je zelo pomembno, da bolnikom razložimo razloge za njihove težave in jih pomirimo, da njihova bolezen ni nevarna.

Ključne besede:

refleksna sinkopa, omedlevica nepojasnjenega izvora, testiranje z nagibno mizo, telefonski intervju, z zdravjem povezana kakovost življenja, vprašalniki

of life in patients with syncope. It is very important to give a proper explanation of the nature of patient's problems and to reassure the patients that no dangerous disease is involved.

Key words:

reflex syncope, ill-defined transient loss of consciousness, tilt table testing, telephone interview, health-related quality of life, questionnaires

UVOD

Sinkopa je prehodna, samo-omejujoča izguba zavesti, ki običajno privede do padca in se pojavlja pri 30 do 50% ljudi (1). V grobem delimo sinkope na tri skupine: kardiogene, nekardiogene in nepojasnjene sinkope (2). Refleksna sinkopa spada med nekardiogene sinkope in jo delimo na vazovagalno in situacijsko. Prevladuje pri mladih ljudeh in je nekoliko pogostejša pri ženskah (3). Podroben mehanizem nastanka vazovagalne sinkope ni povsem jasen, klasična razlaga pa nastanek sinkope pripisuje t. i. Bezold Jarishovemu refleksu, ki normalno ščiti srčno mišico pred čezmernim raztezanjem. Posledica je zmanjšano proženje simpatičnega nitja, zaradi česar pade arterijski tlak (4). V današnjem času je uveljavljena diagnostična preiskava za postavitev diagnoze refleksne sinkope test z nagibno mizo, katerega pozitivni izvid pomeni potrditev, da gre za refleksno sinkopo. Postopek testiranja traja 57 minut. Preiskovanec najprej 5 minut leži v vodoravnem položaju,

ju, v 6. minuti ga na nagibni mizi dvignemo pod kotom 60°. V tem položaju ga pustimo do prvih simptomov oz. največ 45 minut, če se v tem času simptomi ne pojavijo. V 52. minuti mizo spustimo v vodoravno lego in nato preiskovanec 5 minut počiva. V 31. minuti testa (razen, če že pred tem ne pride do motenj zavesti) vsak preiskovanec dobi tableto nitroglicerina pod jezik, ki deluje kot sistemski vazodilatator in z znižanjem krvnega tlaka pri preiskovancu poveča možnost pozitivnega odgovora. Med testom spremljamo krvni tlak, srčno frekvenco ter kontinuirano snemamo EKG (slika 1). Hkrati opazujemo znake in simptome, ki napovedujejo motnjo zavesti (zehanje, znojenje, nemoč, bledico, slabost, vrtoglavico itd.). Za pozitivni izvid štejemo tiste primere, pri katerih se simptomi iz anamneze ujemajo s simptomi pri testu z nagibno mizo in pri katerih pride hkrati tudi do ustreznih hemodinamsko značilnih sprememb (padec krvnega tlaka, bradikardija ali oboje) (5, 6, 7).

Klinična prognoza refleksne sinkope je običajno dobra, saj ne poveča umrljivosti (8). Vendar pa je vpliv pogostih, ponavljajočih se sinkop na kakovost življenja podoben kot pri ostalih kroničnih boleznih (revmatoidni artritis, bolečine v križu) in lahko vpliva na vse komponente zdravja, najbolj pa na psihosocialni del (9, 10). Vidik kakovosti življenja bolnikov z refleksno sinkopo je pomemben predvsem zato, ker bolezen prizadene v velikem številu tudi mlade in aktivne ljudi (v 60% do epizod omedlevice pride pred 59 letom). Način obravnave bolnikov z refleksno sinkopo, ki je sedaj uveljavljen, je, da jim razložimo patološko fiziologijo njihovih težav in jim svetujemo naj se izogibajo okoliščinam, ki omedlevico izzovejo (velika gneča ljudi, vroči prostori, predolga stoja pri miru, dehidracija, odvzemi krvi itd.) (11).

Namen naše raziskave je bil primerjati z zdravjem povezano kakovost življenja med skupino preiskovancev z refleksno sinkopo in skupino preiskovancev z omedlevico, za katero



Slika 1: Testiranje na nagibni mizi

vzrok ni bil pojasnjen, pet let po opravljenem testiranju na nagibni mizi.

PREISKOVANCI IN METODE

V raziskavo smo vključili 110 odraslih preiskovancev od 1.10.2005 do 1.5.2006, ki so bili napoteni na Klinični oddelek za nevrologijo in so leta 2001 opravili testiranje na nagibni mizi. Najprej smo iz registra izvidov testa z nagibno mizo izbrali 56 preiskovancev, ki so imeli prehodno, samo-omejujočo izgubo zavesti, ki običajno privede do padca, in pozitivni izvid testa z nagibno mizo, ki je potrdil, da gre za refleksno sinkopo. Šest jih je sodelovanje odklonilo. Ostalim petdesetim, ki so na vprašanja odgovorili, pa smo izbrali po spolu in starosti primerljivo kontrolno skupino 54 preiskovancev, ki so imeli prehodne, kratkotrajne izgube zavesti, ki so bile klinično podobne sinkopam, vendar test z nagibno mizo ni potrdil, da gre za refleksno sinkopo. Štirje izbrani preiskovanci iz kontrolne skupine so sodelovanje odklonili.

Sestavili smo vprašalnik zaprtega oz. izbirnega tipa, specifično prirejen za bolnike s sinkopami, ki je obsegal 26 vprašanj, pri katerih intervjuvanci izbirajo med dvema do največ šestimi možnimi odgovori, in sicer: o pogostosti sinkop, strahu pred izgubo zavesti, pogostosti obiska pri zdravniku, o bolniški odsotnosti in o poškodbah pri padcu zaradi sinkope ter o kakovosti življenja, počutju v družbi, v družini, pri športu, o omejitvah in obremenitvah zaradi sinkope in o prilagoditvah v načinu življenja. Da bi rezultate lahko primerjali s prejšnjimi raziskavami, smo uporabili tudi prvi del vprašalnika EQ-5D, ki vsebuje pet področij zdravja: gibanje, skrb zase, vsakdanje aktivnosti, bolečina/neugodje in tesnoba/potrnost. S preiskovanci smo opravili telefonski intervju.

Podatke iz izpolnjenih vprašalnikov smo vnesli v računalniški program Excel in jih statistično analizirani s pomočjo programa SPSS 11.5 za Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA). Za primerjavo obeh skupin smo uporabili test t za neodvisne vzorce in test hi-kvadrat. Za mejo statistične značilnosti smo vzeli $p \leq 0,05$. Dovoljenje za uporabo slovenskega prevoda vprašalnika EQ-5D smo dobili od pristojnih članov skupine EuroQol, ki je vprašalnik zasnovala.

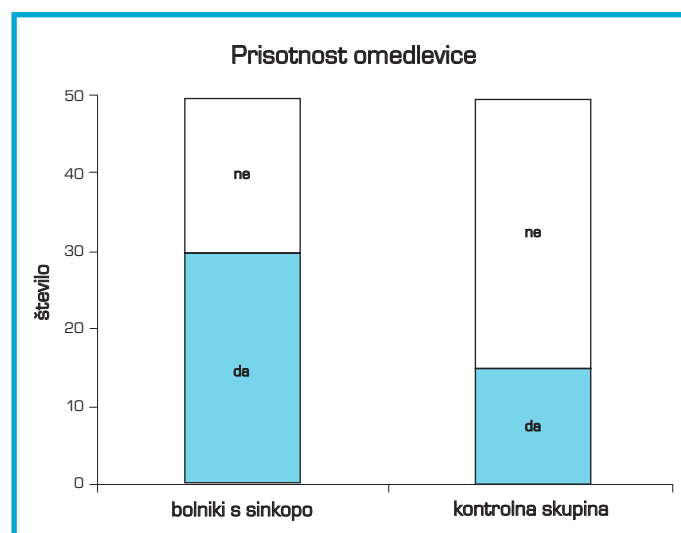
REZULTATI

Preiskovanci

V raziskavi je sodelovalo 100 preiskovancev, med katerimi je bilo 75% žensk. Povprečna starost vključenih preiskovancev je bila 45,7 let (SD 10,8 let). Med skupinama ni bilo razlike v strukturi po spolu (test hi-kvadrat, $p=0,817$) niti v povprečni starosti (test t, $p=0,535$).

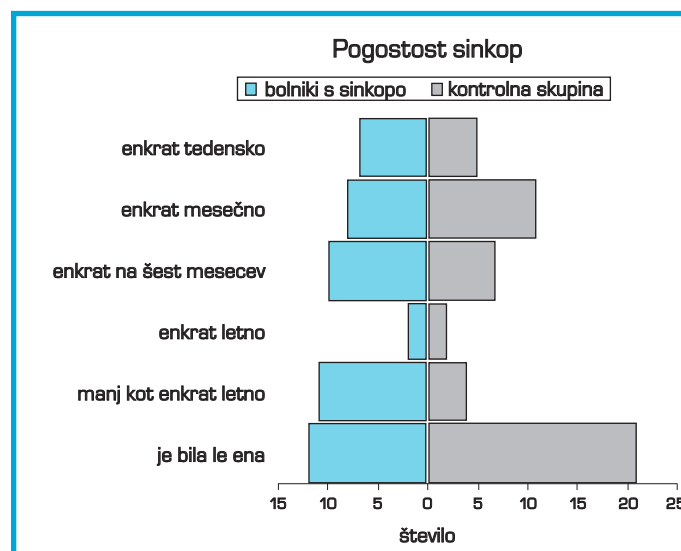
Pogostost epizod omedlevice

Večina preiskovancev (60%) v skupini bolnikov s sinkopo je navedla, da še imajo omedlevice, v kontrolni skupini bolnikov pa je le 30% preiskovancev navedlo, da pri njih do omedlevice še pride (slika 2). Razlika med skupinama je statistično značilna ($p=0,003$). V skupini bolnikov s sinkopo 26% preiskovancev v zadnjih petih letih ni imelo epizod omedlevice, v kontrolni skupini pa je bilo takšnih preiskovancev kar 50% ($p=0,010$).



Slika 2: Epizode omedlevice v skupini bolnikov s sinkopo in v kontrolni skupini bolnikov (N=50 v obeh skupinah).

Med skupinama se je po pričakovanju razlikovala tudi pogostost sinkop (slika 3). Redko – manj kot enkrat letno ponavljajočo se – sinkopo je navedlo 22% preiskovancev v skupini s sinkopo in 8% v kontrolni skupini, kar predstavlja statistično značilno razliko ($p=0,050$).



Slika 3: Pogostost sinkop v zadnjih 5 letih v skupini bolnikov s sinkopo in v kontrolni skupini (N=50 v obeh skupinah).

Poškodbe

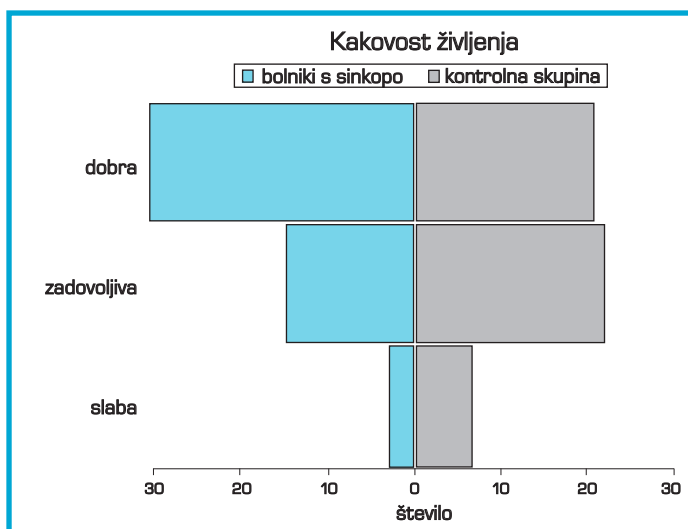
Poškodbo pri padcu zaradi sinkope je navedlo 36% preiskovancev v skupini bolnikov s sinkopo in 30% preiskovancev v kontrolni skupini ($p=0,523$). Od poškodb so bolniki v obeh skupinah najpogosteje navajali podplutbe, zlome in pretres možganov.

Anksioznost

Strah pred ponovitvijo epizod omedlevice, ker je sinkopa socialno neprijeten in nepričakovan dogodek, je v skupini bolnikov s sinkopo navedlo 48% preiskovancev, v kontrolni skupini pa 44% ($p=0,688$). Strah pred ponovitvijo epizode omedlevice v neprimernih situacijah (vožnja avtomobila, delo na višini itd.) je navedlo 28% preiskovancev v skupini bolnikov s sinkopo in 40% v kontrolni skupini ($p=0,205$).

Kakovost življenja in sinkope

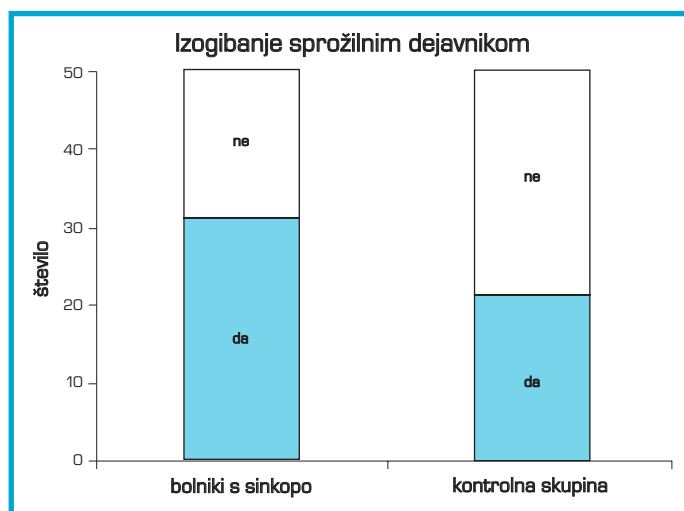
Svojo kakovost življenja je kot dobro ocenilo 64% preiskovancev v skupini bolnikov s sinkopo in 42% preiskovancev v kontrolni skupini (slika 4), kar predstavlja statistično značilno razliko ($p=0,028$).



Slika 4: Samoocena kakovosti življenja v skupini bolnikov s sinkopo in v kontrolni skupini ($N=50$ v obeh skupinah).

Izogibanje okoliščinam, ki omedlevalo izzovejo

Večina preiskovancev v skupini bolnikov s sinkopo (62%) in 42% v kontrolni skupini je navedlo, da se izogibajo okoliščinam, ki bi lahko izzvale epizodo omedlevice (slika 5). Razlika med skupinama je statistično značilna ($p=0,045$).



Slika 5: Izogibanje okoliščinam, ki bi lahko izzvale sinkopo, v skupini bolnikov s sinkopo ($N=50$) in v kontrolni skupini ($N=50$).

Zdravljenje

Le 36% preiskovancev v skupini bolnikov s sinkopo in 38% v kontrolni skupini bi se želelo zdraviti zaradi epizod omedlevice. Med skupinama ni bilo statistično značilne razlike ($p=0,836$).

Gibanje, skrb zase, vsakdanje aktivnosti, bolečina/neugodje in tesnoba/potrnost

Pri gibanju ($p=0,091$), skrbi zase ($p=0,400$), vsakdanjih aktivnostih ($p=0,461$), bolečini/neugodju ($p=0,078$) in tesnobi/potrnosti ($p=0,487$) med obema skupinama ni bilo statistično značilnih razlik. Težave z gibanjem je imelo 34% preiskovancev, pri skrbi zase 6% in pri vsakdanjih aktivnostih 21%. Bolečino je navedlo 41% preiskovancev. Zmerno tesnobnih je bilo 18% preiskovancev s sinkopo in 28% v kontrolni skupini, v obeh skupinah je bilo 6% preiskovancev skrajno tesnobnih.

RAZPRAVLJANJE

Raziskava

V dosedanjih raziskavah je bilo spremljanje bolnikov večina kratkotrajno (6 mesecev), naša raziskava pa je bila retrospektivna za obdobje 5 let po opravljenem testiranju na nagibni mizi (12). Ravno tako do sedaj še ni bilo nobene študije, v kateri bi primerjali z zdravjem povezano kakovost življenja med skupino preiskovancev s pozitivnim in negativnim izvidom testa z nagibno mizo.

Že Rose in sod. so v raziskavi omenili, da bo potrebno za bolnike s sinkopami izdelati poseben vprašalnik, ki bo

ločeval psihološke vplive sinkope od vpliva bolezni na bolnikov socialni vidik življenja (13). V literaturi so bile do sedaj objavljene le tri raziskave, v katerih so do neke mere preučevali tudi socialni del bolnikove kakovosti življenja (9, 10, 13). Z vprašalnikom o kakovosti življenja, ki je zasnovan posebej za bolnike s sinkopami, lahko natančno ocenimo vpliv tega simptoma na različna področja zdravja in bivanja, ker so vprašanja bolj usmerjena na težave, ki jih ti bolniki imajo zaradi omedlevic v vsakdanjem življenju (vožnja avtomobila, gneča ljudi v avtobusu itd.). Hkrati je primeren tudi za ocenjevanje, ali se sinkope kot simptom pojavljajo v hujši ali blažji obliki. Vprašalnik EQ-5D se je izkazal kot slabo orodje za ocenjevanje kakovosti življenja bolnikov s sinkopami, saj ne oceni ustrezno njihove kakovosti življenja. Sinkopa je bolj simptom ne pa bolezen, vpliva predvsem na psihosocialni del zdravja, razen epizod omedlevice pa je človek telesno zdrav (9).

Pogostost epizod omedlevice

Po podatkih raziskave Kapoor in sod. se po opravljenem testiranju epizode omedlevice ne ponovijo pri 40 do 85% bolnikov (14), v naši raziskavi se sinkopa ni ponovila pri 24% preiskovancev s sinkopo. V rezultatih (slika 2) smo ugotovili, da ima po petih letih od testiranja na nagibni mizi v primerjavi s kontrolno skupino 30% več bolnikov s sinkopo še vedno epizode omedlevice. Rezultati vprašanj o splošnih podatkih o sinkopah nakazujejo, da se značilnosti epizod omedlevice (pogostost in narava epizod) pojavljajo v težji obliki pri bolnikih s potrjeno sinkopo s testiranjem na nagibni mizi (slika 3). Razlog za to je najverjetneje v tem, da bolnikov z dokazano sinkopo ni možno zdraviti na učinkovit način, ki bi preprečil ponavljanje epizod omedlevice (11, 15). Bolniki s slabše definiranimi omedlevicami imajo kasneje postavljene najrazličnejše diagnoze (psihogena sinkopa, epilepsija, srčna aritmija itd.), med katerimi so mnoge organskega izvora in minejo z zdravljenjem osnovne bolezni ali pa same od sebe, ko preide določeno stresno obdobje, kot je to pri psihogenih sinkopah (11).

Poškodbe

Sinkope lahko povzročijo poškodbe. Do poškodb pride pri 17-35% bolnikov, kar se ujema z našimi rezultati (16). Ponavljajoče se sinkope so povezane z zlomi in poškodbo mehkih tkiv pri 12% bolnikov (11).

Anksioznost

Do anksioznosti zaradi sinkop pride, ker se bolniki bojijo ponovitve in hkrati čutijo, da nimajo nadzora nad takšnimi dogodki in zato pogosto razvijejo samozaščitno vedenje (17). Rezultati dveh raziskav so pokazali, da je kar 40% bolnikov z vazovalno sinkopo navajalo občutke strahu,

medtem ko je bilo takih v splošni populaciji le 5% (18). V naši raziskavi sta bili ti števili podobni, saj je kar 48% bolnikov s sinkopo in 44% preiskovancev v kontrolni skupini navajalo strah pred ponovitvijo epizod omedlevice. Razlog za podoben rezultat med obema skupinama je najverjetneje, ker smo bolnikom z diagnosticirano refleksno sinkopo razložili, da njihova bolezen ni nevarna. V kontrolni skupini je kar nekaj bolnikov imelo pri naslednjih preiskavah, po testiranju na nagibni mizi, diagnosticirano hudo bolezen (multipla skleroza, srčne aritmije, epilepsija itd.). Strah pred ponovitvijo sinkope verjetno zmanjša tudi poučenost o tem, kako prepoznati sinkopo in presinkopo in kako se izogniti okoliščinam, ki jo izzovejo (12).

Kakovost življenja in sinkope

Študije so pokazale, da imajo bolniki s sinkopo slabšo kakovost življenja kot zdrava populacija (9, 10, 13). Poslabšanje kakovosti življenja je povezano s frekvenco pogostosti epizod sinkope (10). Vpliv sinkope na bolnikovo življenje je lahko velik, čeprav se le-ta pojavlja le enkrat letno (9). Rezultati raziskave so pokazali, da je pomembna razlika pri dožemanju kakovosti življenja med obema skupinama, saj je kakovost življenja kot dobro ocenilo kar 22% več preiskovancev v skupini s sinkopami (slika 4). Verjetno je do razlik v dožemanju kakovosti življenja prišlo zaradi tega, ker so se bolniki s sinkopo sprijaznili s svojim stanjem in se navadili živeti s tem, kar dokazuje tudi to, da so v raziskavi mnenja, da sinkope ne vplivajo na njihovo življenje. Tudi v raziskavi Baron-Esquivas in sod. se je izkazalo, da se je funkcioniranje bolnikov v družbi po 6 mesecih po postavljeni diagnozi refleksne sinkope izboljšalo in izenačilo z zdravimi in s tem tudi splošna kakovost življenja, medtem ko je telesna dejavnost ostala na enaki ravni (12). Kontrolna skupina pa ima v ozadju epizod omedlevice pogosto kakšno drugo bolezen, ki povzroča motnjo zavesti in le-ta bolj vpliva na njihovo kakovost življenja kot občasne epizode omedlevice.

Izogibanje okoliščinam, ki omedlevice izzovejo

V navodilih, ki jih zdravnik da bolniku s pozitivnim rezultatom po testiranju na nagibni mizi, so tudi napotki, katerih okoliščin, ki bi lahko sinkopo izzvale, naj se le-ta izogiba (npr. predolga stoja pri miru, premalo pitja tekočin, gneča ljudi itd.) (11). Podobno potrjuje tudi naša raziskava (slika 5), saj je kar 62% preiskovancev v skupini s sinkopami navedlo, da se izogibajo sprožilnim dejavnikom.

Zdravljenje

Dejstvo, da je sinkopa pogosto izoliran simptom, otežuje njeno diagnostiko in odločitev o potrebi po zdravljenju, saj

se lahko sploh ne ponovi več (19). Zdravljenja, ki bi ozdravilo bolnike z vazovagalnimi sinkopami, za enkrat še ni (11). Zato nas je zanimalo, v koliki meri je zdravljenje dejansko potrebno. Le manjši delež bolnikov v obeh skupinah meni, da so težave tako hude, da bi potrebovali zdravljenje. To so verjetno bolniki, ki imajo pogostejše epizode omedlevice in slabšo percepcijo zdravja (13).

Gibanje, skrb zase, vsakdanje aktivnosti, bolečina/neugodje in tesnoba/potrnost

Rose in sod. v svoji raziskavi navajajo, da naj bi bilo pri bolnikih s sinkopo zdravje desetkrat slabše pri gibanju, dnevnih aktivnostih in skrbi zase. Pri tesnobi/potrnosti in občutkih bolečine/neugodja pa enako zdravi populaciji (13). Linzer in sod. so v svoji raziskavi dokazali, da naj bi imelo 71% bolnikov težave pri dnevnih aktivnostih, 42% težave pri hoji, 21% pa naj bi jih imelo občutke nelagodja in strahu (9). V naši raziskavi je težave z gibanjem navedlo 13% preiskovancev s sinkopo in 21% v kontrolni skupini. Do razlik med našimi rezultati in rezultati v prej navedenih raziskavah je najverjetneje prišlo zato, ker so v teh raziskavah izbrali večinoma bolnike s pogostimi sinkopami (več kot 6 epizod) (9, 13). Naša populacija bolnikov s sinkopami ni bila izbrana po kriteriju pogostosti epizod (48% preiskovancev je imelo epizode omedlevice le enkrat ali dvakrat v življenju). Večina bolnikov pri skrbi zase in vsakdanjih aktivnostih ni navedla posebnih težav. Zmerne bolečine čuti 30% bolnikov s sinkopami in kar 46% preiskovancev v kontrolni skupini, kar je verjetno povezano z nekoliko pogostejšim, vendar statistično nepomembnim navajanjem slabše kakovosti življenja v kontrolni skupini. Občutki tesnobe in potrnosti se pri obeh skupinah ne pojavljajo v veliki meri.

ZAKLJUČEK

V raziskavi smo v nasprotju s postavljeno hipotezo ugotovili, da kakovost življenja bolnikov s sinkopami ni slabša kot pri bolnikih z drugimi oblikami omedlevice, čeprav so imeli bolniki s sinkopo pogostejše ponovitve izgube zavesti. Naš vprašalnik se je izkazal kot dobro orodje za ocenjevanje kakovosti življenja bolnikov z omedlevicami, saj je specifičen in zajame bistvena področja življenja, pri katerih imajo bolniki s sinkopo težave. Uporabljeni vprašalnik EQ-5D se je izkazal kot neustrezno orodje za ocenjevanje kakovosti življenja bolnikov z epizodami omedlevice, saj ocenjuje predvsem zmanjšano zmožnost pri telesni dejavnosti, ki pri bolnikih s sinkopo ni bistveno motena. Pomembno spoznanje, ki ga lahko povzamemo iz rezultatov raziskave, je velik pomen odkritega pogovora z zdravnikom, kar vpliva na kakovost življenja bolnikov s sinkopami. Kljub temu da še ni učinkovitega zdravila, lahko bolnikom s sinkopo življenje olajšamo z razumljivo razlago o vzrokih njihovih težav in z navodili o načinu življenja.

Opomba

Delo je bilo pripravljeno v sklopu Prešernove naloge, ki sem jo izvajala na KO za nevrologijo UKC Ljubljana, pod mentorstvom prof. dr. Antona Grada, dr. med.

Literatura:

1. Thijs RD, Wieling W, Kaufmann H, Gert van Dijk J. Defining and classifying syncope. *Clin Auton Res* 2004; 14(Suppl. 1): 4-8.
2. Vaddadi G, Lambert E, Corcoran SJ, Esler MD. Postural syncope: mechanisms and management. *Med J Aust* 2007; 187(5): 299-304.
3. Šinkovec M, Rakovec P, Grad A. Sinkopa. *Zdrav Vestn* 1999; 68: 313-9.
4. Meglič B, Šinkovec M, Grad A. Nekardiogena sinkopa - pogled nevrologa. *Zdrav Vestn* 1996; 65: 623-6.
5. Beneditt DG, Sutton R. Tilt-table testing in the evaluation of syncope. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2005; 16: 356-8.
6. Kenny RA, Ingram A, Bayliss J, Sutton R. Head-up tilt: a useful test for investigating unexplained syncope. *Lancet* 1986; 1(8494): 1352-5.
7. Fitzpatrick AP, Theodorakis G, Varqas P, Sutton R. Methodology of head up tilting in patients with unexplained syncope. *J Am Cardiol* 1991; 17: 125-30.
8. Duygu H, Zoghi M, Turk U, Akyuz S, Ozerkan F, Akilli A, et al. The role of tilt training in preventing recurrent syncope in patients with vasovagal syncope: a prospective and randomized study. *Pacing Clin Electrophysiol* 2008; 31(5): 592-6.
9. Linzer M, Gold DT, Pontinen M, Divine GW, Felder A, Brooks WB. Recurrent syncope as a chronic disease: preliminary validation of a disease-specific measure of functional impairment. *J Gen Intern Med* 1994; 9(4): 181-6.
10. Linzer M, Pontinen M, Gold DT, Divine GW, Fedler A, Brooks WB. Impairment of physical and psychosocial function in recurrent syncope. *J Clin Epidemiol* 1991; 44: 1037-43.
11. Brignole M, Alboni P, Benditt DG, Bergfeldt L, Blanc JJ, Bloch Thomsen PE, et al. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. *Eur Heart J* 2001; 22(15): 1256-306.

12. Baron-Esquivias G, Gomez S, Aguilera A, Campos A, Romero N, Cayuela A, et al. Short-term evolution of vasovagal syncope: influence on the quality of life. *Int J Cardiol* 2005; 102(2): 315-9.
13. Rose MS, Koshman ML, Spreng S, Sheldon R. The relationship between health-related quality of life and frequency of spells in patients with syncope. *J Clin Epidemiol* 2000; 53(12): 1209-16.
14. Kapoor WN, Peterson J, Wieand HS, Karpf M. Diagnostic and prognostic implications of recurrences in patients with syncope. *Am J Med* 1987; 83: 700-8.
15. Krediet CT, van Dijk N, Linzer M, van Lieshout JJ, Wiling W. Management of vasovagal syncope: controlling or aborting faints by leg crossing and muscle tensing. *Circulation* 2002; 106: 1684-9.
16. Hori S. Diagnosis of patients with syncope in emergency medicine. *Keio J Med* 1994; 43: 185-91.
17. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 1986; 24: 461-70.
18. Shaffer C, Jackson L, Jarecki S. Characteristics, perceived stressors, and coping strategies of patients who experience neurally mediated syncope. *Heart Lung* 2001; 30(4): 244-9.
19. Kumar GA, Maheshwari A, Lokhandwala Y. Evaluation of syncope: an overview. *Indian Pacing Electrophysiol J* 2001; 1: 12-2.