
K o m e n t á r

k Odporúčaniam Európskej kardiologickej spoločnosti pre manažment (diagnostiku a liečbu) synkop – aktualizácia 2004

Čitatelia časopisu Kardiológia sa môžu oboznámiť s prekladom Odporúčaní pre diagnostiku synkopálnych stavov (Update 2004), ktoré vydala Európska kardiologická spoločnosť (ďalej ako Odporúčania). Update nadväzuje na prvé Odporúčania, ktoré boli publikované v roku 2001. Skutočnosť, že v relatívne krátkom čase sa môžu čitatelia oboznámiť s aktualizovaným vydaním Odporúčaní v slovenskom preklade len zdôrazňuje nesmierny význam, aký sa prikladá diagnostike synkop v európskom rozsahu. Zmienené Odporúčania predstavujú obsiahly materiál, ktorý ďaleko presahuje rozsah uvádzaný v štandardných, referenčných medzinárodných učebniciach kardiológie. Táto skutočnosť sa javí ako najzávažnejší nedostatok nielen týchto Odporúčaní. Na druhej strane sú však pre pozorného čitateľa najlepším nástrojom na efektívny manažment synkopových stavov.

Synkopa nie je ochorením per se, ale príznakom, ktorého podkladom je celá skupina príčin, od prognosticky nevýznamných až po život ohrozujúce. Zriedkavo sa podarí zachytiť spontánnu epizódu počas diagnostického zhodnocovania a neexistuje „zlatý štandard“ na stanovenie diagnózy. Prístup k synkope si často vyžaduje integráciu medicíny ako vedy – a aj ako umenia. Skutočnú prevalenciu synkopových stavov možno určiť veľmi ťažko, pretože mnohí pacienti po prvej epizóde nevyhľadajú lekárske ošetrovanie. Udáva sa, že asi jedna tretina dospeléj populácie má minimálne jednu synkopu počas života. 6 % hospitalizácií v USA a 3 % návštev na urgentných príjmoch sa spájajú so synkopou. Výskyt rekurencií môže byť až 34 % za obdobie trojročného sledovania. Treba mať na pamäti, že u časti pacientov môže byť synkopa akýmsi poslom náhlejšej kardiálnej smrti s potenciálne katastrofálnym dopadom v prípade rekurencie. V benígnejších prípadoch sa môže spájať so sekundárnou morbiditou v dôsledku traumy. V rámci diferenciálnej diagnostiky máme síce k dispozícii množstvo diagnostických testov, ale efektívne funguje len ich selektívne a na cieľ zamerané využitie. Prečo sa v krátkom čase uskutočňuje rozsiahla aktualizácia Odporúčaní? Synkopové stavy sa totiž stali významným problémom verejného zdravotníctva v európskom rozsahu, ich manažment je ekonomicky veľmi náročný a chýbajú jednotné postupy, prípadne špecializované zariadenia (Jednotky pre diagnostiku synkop), ktoré by sa ich objasňovaniu cielene venovali. Často sme svedkami bagatelizácie tohto symptómu, a to i u pacientov so závažným organickým ochorením srdca, ktoré môže mať nedozierne následky. Opačným extrémom je neracionálne ordinovanie množstva náročných vyšetrení, vrátane konzultácie rozličných špecialistov bez dostatočného venovania sa podrobnému rozboru anamnestických údajov, dôkladnému fyzikálnemu vyšetreniu a analýze 12-zvodového EKG, ktoré sú rozhodujúce pre efektívne objasnenie príčin synkopy.

Uvádzané Odporúčania pre diagnostiku synkopových stavov majú teda racionalizovať diagnostický a terapeutický postup z medicínskeho aj ekonomického pohľadu. Vo viacerých smeroch menia náš prístup k pacientom so synkopami, sprehľadňujú ho a navrhujú jednoduchý algoritmus, ktorý je dostupný pre všetkých

pacientov, ktorí majú skúsenosti so synkopou. V našom komentári sa pokúsime zdôrazniť nové zásady, aby nezanikli v rozsiahlom, ale prehľadne zostavenom dokumente Európskej kardiologickej spoločnosti.

Prvá zásada, zdôrazňovaná v Odporúčaníach, je dôsledné dodržiavanie definície synkopy. Transzitória strata vedomia, spojená so spontánnym zotavením, sa definuje ako synkopa iba vtedy, ak sa spája s globálnou tranzitornou poruchou perfúzie v mozgu. Z toho vyplýva, že mnohé stavy, ktoré sa často pokladali za synkopy, podľa tejto definície synkopami nie sú. Za synkopy sa nepovažujú napríklad epileptické záchvaty, alebo psychiatrickými chorobami podmienené poruchy vedomia. Tieto stavy teda nepodliehajú diferenciálne diagnostickým algoritmom synkop, pretože podľa definície nejde o synkopy.

Druhou zásadou je rozdelenie diagnostiky synkop na dve časti. Základnú časť tvorí anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, základný elektrokardiogram a jednoduché laboratórne testy. Treba ho vykonať u všetkých pacientov so synkopou. Cieľom základnej časti algoritmu je určiť príčinu synkopy, alebo riziko úmrtia vo vzťahu k príčine synkopy. V porovnaní s predchádzajúcimi Odporúčaniami sa veľký dôraz presúva na stanovenie prognózy pacienta. Vychádza sa z epidemiologických údajov o vysokej mortalite pre náhlu kardiálnu smrť u pacientov s kardiogénnou príčinou synkop. Ak sa pri základnom vyšetrení zistí podozrenie na kardiovaskulárnu chorobu, je potrebné komplexné kardiologické zhodnotenie stavu. Preto pri akomkoľvek podozrení na kardiovaskulárnu príčinu hneď na základné vyšetrenie nadväzuje kardiologické vyšetrenie. V tomto štádiu vyšetrenia je potrebná echokardiografia, holterovské monitorovanie, záťažové EKG, invazívne elektrofyziologické vyšetrenie a ďalšie testy podľa záverov, ktoré vyplývajú zo základného a doplneného kardiologického vyšetrenia. Podobne sa postupuje, ak vznikne podozrenie na neurokardiogénnu synkopu. Vtedy, bezprostredne po základnom zhodnotení, nasleduje vyšetrenie na sklopnom stole. Test na naklonenej rovine sa považuje za prostriedok na diagnostiku synkop, nie je vhodný na kontrolu terapie.

Tretou zásadou je, že diagnostiku synkop musí robiť pracovný tím, ktorý sa špeciálne venuje manažmentu pacientov so synkopami. Tento postulát vychádza z prác francúzskych a talianskych autorov, ktorí sledovali používanie a výťažnosť rozličných diagnostických metodík na stanovenie príčiny a prognózy pacientov so synkopami. Navrhli integrovaný diagnostický prístup, pretože zvyšuje pravdepodobnosť stanovenia príčiny synkopy, eliminuje vyšetrovacie metodiky s malým diagnostickým prínosom (špecialista častejšie indikuje vyšetrovacie metodiky z vlastného odboru, ktoré nemusia mať dostatočnú senzitivitu a špecifitu pri diferenciálnej diagnostike synkop). Výsledky ich skúmania sa berú do úvahy pri ekonomických, medicínskych a organizačných záveroch, ktoré sú súčasťou odporúčaní. Podľa nich by sa manažment synkop mal zveriť do rúk tímu odborníkov, organizovaných v už spomínanej jednotke na diagnostiku synkop. Základ tímu by mali tvoriť kardiológ, inter-

nista a neurológ. Dominujúce postavenie v tíme má mať kardiológ. Ostatní odborníci by mali byť v pozícii konziliárov. Tým sa zabezpečí najväčší diagnostický zisk pri najpriateľnejších finančných nárokoch. Finančne náročné a menej diagnosticky prínosné vyšetrenia, ako sú napríklad CT mozgu, MR mozgu, EEG, ultrazvukové vyšetrenia veľkých mozgových tepien, by sa nemali indikovať paušálne, ale na základe výsledkov základného vyšetrenia. Táto myšlienka je zaujímavá aj pre slovenské pomery.

Na záver možno konštatovať, že uverejňované odporúčania tvoria komplexný materiál, ktorý možno v zásadných rysoch akceptovať

aj v slovenských podmienkach. Možno očakávať, že jeho zavedenie do klinickej praxe zlepší manažment pacientov so synkopami.

Autori komentára:

MUDr. Gabriela Kaliská, CSc., FESC

MUDr. Peter Margitfalvi