

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

## **У П А Т С Т В О**

### **ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ МЕНАЦИРАЊЕ НА ТРАНЗИТОРЕН ГУБИТОК НА СВЕСТ („НЕСВЕСТИЦА“) КАЈ АДУЛТИ И КАЈ МЛАДИ ЛИЦА**

#### **Член 1**

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при менаџирање на транзитoren губиток на свест („несвестица“) кај адулти и кај млади лица.

#### **Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при менаџирање на транзитoren губиток на свест („несвестица“) кај адулти и кај млади лица е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

#### **Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при менаџирање на транзитoren губиток на свест („несвестица“) кај адулти и кај млади лица по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

#### **Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-3474/1  
13 март 2015 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

---

# Менаџирање на транзиторен губиток на свест ('несвестица') кај адулти и кај млади лица

Објавено: август 2010 год.

**NICE клинички упатства 109**  
[guidance.nice.org.uk/cg109](http://guidance.nice.org.uk/cg109)

---

# Содржина

<b>Вовед</b> .....	<b>1</b>
<b>Грижа, насочена кон пациентот</b> .....	<b>3</b>
<b>Клучни приоритети за имплементација</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Упатство</b> .....	<b>7</b>
1.1 Иницијална проценка .....	7
1.2 Понатамошна проценка и упатување .....	10
1.3 Специјалистичка кардиоваскуларна проценка и дијагноза .....	11
1.4 Ако причината за ТГС останува неразјаснета .....	14
1.5 Информации за лицата со ТГС .....	14
<b>2. Забелешки од делокругот на упатството</b> .....	<b>16</b>
<b>3. Имплементација</b> .....	<b>17</b>
<b>4. Препораки за истражување</b> .....	<b>18</b>
4.1 Развивање на цврст систем за промовирање на информации со добар квалитет кои сведочат за ТГС .....	18
4.2 Испитување на точноста на автоматската интерпретација на ЕКГ .....	18
4.3 Дијагностички придонес од повторуван ЕКГ и од физиолошкиот параметар .....	19
4.4 Испитување на пост-бенефит ефектот на 12-канален ЕКГ .....	19
4.5 Рентабилноста на имплантиран уред за сликање кај лицата со ТГС .....	20
<b>5. Други верзии на ова упатство</b> .....	<b>21</b>
5.1 Целосно упатство .....	21
5.2 Информации за јавноста .....	21
<b>6. Поврзани NICE упатства</b> .....	<b>22</b>
<b>7. Ажурирање на упатството</b> .....	<b>23</b>
<b>Додаток А: Група за развој на упатството, Национален центар за клиничко упатство и NICE проектантски тим</b> .....	<b>24</b>
Група за развој на упатството .....	24
Национален центар за клиничко упатство .....	24
NICE проектантски тим .....	24
<b>Додаток Б: Панел за ревизија на упатството</b> .....	<b>25</b>
<b>Додаток Ц: Речник</b> .....	<b>26</b>
<b>Додаток Д: Алгоритми</b> .....	<b>30</b>
<b>За упатството</b> .....	<b>31</b>

## Вовед

Ова упатство содржи проценка, дијагностицирање и упатување адулти и млади лица (на возраст од 16 години и постари) кои доживеале бессознание (медицинскиот термин е 'транзиторен губиток на свест' или кратенката ТГС) кај специјалист.

ТГС е многу чест: настанува кај половина од населението во Велика Британија во одреден момент од нивниот живот. ТГС може да се дефинира како спонтан губиток на свест, по што настанува целосно заздравување. Во овој контекст, целосното заздравување подразбира дека настанува целосно заздравување на свеста без никаков остаток на невролошки дефицит. Епизодата на ТГС често се опишува како 'бессознание' или како 'колапс', но некои лица колабираат со ТГС и ова упатство не ја опфаќа таа состојба. Постојат различни причини за ТГС, како што се кардиоваскуларните (кои се најчести), невролошките состојби, како што е епилепсија и психогените епизоди/атаки.

Дијагнозата на главната причина на ТГС е често непрецизна, недоволна и одложена. Постојат големи варијации во менаџирањето на ТГС. Значителен дел од лицата кои иницијално биле дијагностицирани како епилепсија и третираны за епилепсија, имаат кардиоваскуларна причина за нивниот ТГС. Некои лица имаат направено скапи и несоодветни тестови или имаат несоодветно упатување кај специјалист (непотребно упатување или упатување на погрешна специјалност), а другите лица кои имаат состојби кои се потенцијално опасни по живот, може да не бидат соодветно проценети, дијагностицирани или третираны.

Во NICE постојат упатства кои се во врска со ТГС, како што е упатството за епилепсија<sup>[1]</sup>, паѓања<sup>[2]</sup>, двокоморен пејсмејкер<sup>[3]</sup> и вградлив кардиовертер дефибрилатор<sup>[4]</sup>. Сепак, упатствата, поврзани со вакви состојби може да придонесат за присуството на ТГС (особено глава 8 од 'Национална шема на услуги за коронарна срцева болест' ('National service framework for coronary heart disease'<sup>[5]</sup>) и Европска асоцијација за кардиолошки упатства за синкопа (European Society of Cardiology guidelines on syncope<sup>[6]</sup>), но не постојат NICE упатства кои се адресирани на клучните аспекти на иницијалната проценка, дијагнозата и на специјалистичко упатување на лицата кои имаат ТГС. Лицата кои доживеале ТГС може да добиваат здравствена заштита од различен вид на клиничари, но недостатокот на јасна насока може да доведе до дијагностички пропуст и до несоодветен третман.

Земајќи ја предвид проценката и третманот на лицата кои доживеале ТГС, важно е да се разликуваат термините кои даваат опис на околностите за природата на епизодата во однос на оние кои го дефинираат механизмот на губитокот на свеста. Дескриптивните термини имаат тенденција да водат кон понатамошни аспекти за проценка, каде што механизмот на ТГС ќе го детерминира третманот. На пример, 'синкопа, индуцирана од вежбање' ги опишува околностите во кои ТГС настанал, но не наведува дали тоа се должи на механичкиот ефект од срцевото структурно заболување (како што е тешка аортна стеноза за која е потребен валвуларен хируршки третман), кардијалната аритмија која го комплицира структурното срцево нарушување (потребен е третман и на структурното срцево заболување и на аритмијата) или на кардијалната аритмија која бара третман, но не е поврзана со ниту едно срцево заболување или, пак, е поврзана со друго срцево заболување кое само по себе не бара третман. Синкопата која

е индуцирана од вежбање и настанува кусо време по завршувањето на вежбите почесто отколу во текот на вежбањето, најверојатно има вазовагусно потекло. Соодветниот избор на испитувања ќе биде насочен од фактот дека ТГС бил индуциран од вежбањето, но и од добиените наоди на иницијалната клиничка проценка и електрокардиограмот (ЕКГ). Механизмот за ТГС, којшто ќе се утврди со помош на овие испитувања, ќе го детерминира третманот кој ќе биде потребен.

Клиничкото расудување претставува важен дел во системот на безбедност дека лицата кои доживеале ТГС добиваат проценка, совет и третман кој е соодветен за секоја индивидуа засебно. Утврдувањето на механизмот на ТГС кај една индивидуа бара прибирање докази (од детално обработена анамнеза, од клиничката проценка и од соодветните испитувања) и интерпретација на секое делче од доказите во рамките на вкупниот клинички аспект. На пример, кај една индивидуа делче од доказите како што е сведок за нападот и/или уринарна инконтиненција може да насочи кон дијагноза за епилепсија, но кај друга индивидуа може целосно да биде во правец на 'конвулзивна синкопа' каде што другите карактеристики на таа епизода јасно покажуваат дека тоа била епизода на вазовагусна синкопа.

- 
- [1] Целите на ова упатство се да ги дефинира соодветните патеки за иницијала проценка, дијагноза и упатување на лицата кои доживеале ТГС кај специјалист, за тие да се дијагностицираат бргу и точно, а тоа ефикасно и финасиски рентабилно доведува до создавање соодветен план за менаџирање. Пристапот на Групата за развој на упатството се состоеше во тоа да создаде упатство во форма на алгоритам за клиничарите и за пациентите низ оние области во кои веќе постојат упатства (како што е упатството за епилепсија [(NICE clinical guideline 20]; заменето со 'Epilepsy' [(NICE clinical guideline 137)] и да обезбеди нови упатства за други области, пред си за лицата со синкопа.
  - [2] Epilepsy (NICE clinical guideline 137).
  - [3] Falls: the assessment and prevention of falls in older people (NICE clinical guideline 21).
  - [4] Bradycardia – dual chamber pacemakers (NICE technology appraisal guidance 88).
  - [5] Arrhythmia – implantable cardioverter defibrillators (ICDs) (преглед) (NICE technology appraisal guidance 95).
  - [6] National service framework for coronary heart disease.  
European Society of Cardiology guidelines on syncope

## Грижа, насочена кон пациентот

Ова упатство го понудува најдобриот практичен совет за заштита на адулти и млади лица кои доживеале транзитoren губиток на свест (ТГС).

Третманот и заштитата треба да се земат предвид во текот на потребите и приоритетите на пациентите. Лицата кои доживеале ТГС би требало да имаат избор да донесат одлуки за нивната заштита и третман, кои се базираат на информации во соработка со нивните професионалци за здравствена заштита. Ако пациентите не поседуваат способност да ги донесат тие одлуки, тогаш професионалците за здравствена заштита треба да го следат Совет за согласност при Одделението за здавство (Department of Health's advice on consent) и Код за праксата која го придружува Законот за ментална способност (Code of practice that accompanies the Mental Capacity Act). Во Велс, професионалците за здравствена заштита треба да го следат совет за согласност од велшката Влада (advice on consent from the Welsh Government).

Ако пациентот е под 16 години, здравствените работници треба да ги следат упатствата во Министерството за здравство Барање согласност: работа со деца (Department of Health's Seeking consent: working with children).

Основно е постигнување добра комуникација помеѓу професионалците за здравствена заштита и пациентите. Тоа треба да се поддржи со напишани информации, базирани на докази кои се подготвени според потребите на пациентот. Третманот и заштитата, како и информациите за нив кои им се дадени на пациентите, би требало културолошки да соодветствуваат. Исто така, тие би требало да бидат достапни и за лицата со посебни потреби, како што се физички, сетилни или со пречки во учењето, како и на лицата кои не го зборуваат англискиот јазик.

Ако пациентот се согласува, семејството и негувателите треба да имаат можност да бидат вклучени во донесувањето одлуки околу третманот и заштитата.

На семејствата и на негувателите треба, исто така, да им бидат дадени информации и поддршка која им е потребна.

Заштитата на млади лица кои се на преод помеѓу педијатриската и адултната здравствена заштита би требало да биде планирана и водена во согласност со најдобрите клинички упатства кои се опишани во Транзиција: стекнување право за млади лица.

Тимовите кои обавуваат здравствена заштита на возрасни лица и на деца треба да работат заеднички за да обезбедат проценка и услуги на младите лица кои доживеале ТГС. Дијагнозата и менаџирањето би требало да бидат разгледувани низ процесот на транзиција и да биде прецизиран водечкиот клиничар, којшто ќе обезбедува континуирана заштита.

## Клучни приоритети за имплементација

Групата за развој на упатството направи селекција на препораките од упатството кои ќе имаат максимално влијание на заштитата на пациентот. Тие се наречени 'клучни приоритети за имплементација'. Тоа е особено очигледно во ова упатство, коешто е дијагностичка патека, затоа овие препораки се извлечени од контекст. Ве замолуваме да се обратите на целосната листа со препораки (видете го делот 1) за да видите како овие препораки се во релација со другите. Следните препораки се означени како приоритети за имплементација.

### Иницијална проценка

- Прашајте го лицето за кое постои сомнение за доживеан ТГС и кој било сведок за таа случка, да опишат што се случило пред, за време и по случката. Обидете се да направите телефонски контакт со сведокот кој не е присутен. Снимете ги деталите за:
  - Околностите на случката.
  - Положбата на пациентот веднаш по губитокот на свеста.
  - Продромните симптоми (како што е потење или чувство на топлина).
  - Изгледот (на пример, дали очите биле отворени или затворени) и колоритетот на индивидуата во текот на настанот.
  - Присуството или отсуството на движења за време на настанот (на пример, тресење на екстремитетите и негово траење).
  - Каково било гризнување на јазикот (сликајте ако страната или врвот на јазикот биле гризнати).
  - Повредата, настаната за време на настанот (сликајте ја страната и степенот на повредата).
  - Траењето на настанот (почеток на оствестување).
  - Присуството или отсуството на конфузност за време на периодот на заздравување.
  - Слабоста на една страна за време на периодот на заздравување.
- Направете ЕКГ (електрокардиограм) (12-канално), користејќи автоматска интерпретација. Третирајте како во состојба на црвено знаме (видете ја препораката 1.1.4.2) ако кои било од следниве абнормалности се регистрирани на принтираниот извештај од електрокардиограмот:
  - Абнормалности во спроводливоста (на пример, комплетен блок на десна или лева гранка или кој било степен на срцев блок).
  - Доказ за долг или кус QT интервал.
  - Какви било абнормалности на ST сегментот или на T бранот.
- Внимателно забележете ги информациите, добиени за сите описи на ТГС. Внесете ги податоците од болничар заедно со овие информации. Копиите од ЕКГ-наодите и извештајот за пациентот дајте му ги на клиничкиот доктор кој е на прием кога се врши предавање на обврските околу заштитата, како и на лицето кое доживеало ТГС.
- Упатете го на специјалист за кардиоваскуларна проценка со најсоодветната локална услуга во текот на првите 24 часа, секој којшто доживеал ТГС и поседува што било од наведеното:

- ЕКГ-абнормалности (видете ги препораките 1.1.2.2 и 1.1.2.3).
- Срцева слабост (анамнеза или клинички знаци).
- ТГС во текот на напор.
- Фамилијарна анамнеза за ненадејна кардијална смрт кај лица помлади од 40 години и/или наследно срцево заболување.
- Нов или необјаснет губиток на воздух/здив.
- Срцев шум.

Имајте предвид упатување за кардиоваскуларна проценка во текот на првите 24 часа, како што е речено и погоре, на секој кој е постар од 65 години и доживеал ТГС без продромни симптоми.

- Дијагностицирајте ја некомплицираниот несвестица (некомплицираниот вазовагусна синкопа) врз основа на иницијалната проценка во случај кога:
  - Нема карактеристики кои упатуваат на алтернативна дијагноза (забележете дека куса активност на напади може да се појави во текот на некомплицирани несвестици и не е нужно дијагностицирање на епилепсија).
  - Има карактеристики кои упатуваат на некомплицираниот несвестица (3 'П'), како што се:
    - Положба – продолжено стоење или слични епизоди кои биле спречени со лежење.
    - Провоцирачки фактори (како што е болка или медицинска процедура).
    - Продромни симптоми (како што е потење или чувствување топлина пред ТГС).

### Понатамошна проценка и упатување

- Упатете ги лицата кои манифестираат еден или повеќе од следниве карактеристики (тоа се карактеристики со голема суспекција за епилептични напади) за проценка од страна на специјалист за епилепсија; лицето би требало да биде видено од страна на специјалист во текот на првите 2 недели (видете во 'The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adult and children in primary and secondary care') [NICE clinical guideline 20]).
  - Гризнат јазик.
  - Девијација на главата на една страна за време на ТГС.
  - Нема сеќавање/податок за патолошко однесување, кое би било посведочено од страна на друго лице, пред, за време или по ТГС.
  - Невообичаена положба.
  - Продолжено тресење на екстремитетите (забележете дека кратки напади, како активност може често да се јават во текот на некомплицираниот несвестица).
  - Конфузност која следи по настанот.
  - Продром на *дѝја vu* или *јаmais vu* (видете во речникот, додаток Ц).
- Земете предвид дека епизодата може да не е поврзана со епилепсија ако се присутни кои било од следниве карактеристики:
  - Продромни симптоми кои во други околности биле прекинати со седење или со лежење.
  - Потење пред епизодата.
  - Продолжено стоење.
  - Бледило во текот на епизодата.



- Рутински не користете електроенцефалограм (ЕЕГ) при испитувањето на ТГС (видете во 'The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adult and children in primary and secondary care') [NICE clinical guideline 20]).

### Специјалистичка кардиоваскуларна проценка и дијагноза

- Извршете специјалистичка кардиоваскуларна проценка како следнава:
  - Кај пациентот испитајте:
    - Детална анамнеза за ТГС, вклучувајќи ги и сите претходни случки.
    - Минати заболувања и фамилијарна анамнеза за кардиолошко заболување или стечено кардиолошко нарушување во текот на животот.
    - Медикаменти кои пациентот ги користел за време на ТГС и сите промени.
  - Спроведете клиничко испитување, кое ќе содржи целосна кардиолошка егзаминација и одредување на вредностите на крвниот притисок во лежечка и во стоечка позиција.
  - Повторете го 12-каналниот ЕКГ и разгледајте ги претходно направените електрокардиограми.
- Врз основа на оваа проценка, проверете дали некоја од следниве осомничени причини е присутна кај пациентот:
  - Структурно срцево заболување.
  - Сомнение за кардијална аритмија.
  - Сомнение за мозочно посредство.
  - Необјаснето.

Предложете понатамошно тестирање како директно барање на препораките од 1.3.2.1 до 1.3.2.10 или други тестови кои клинички одговараат.

- Кај лицата кои се осомничени дека имаат кардијална аритмија како причина на синкопа, предложете амбулантски ЕКГ, без tilt-тестот, како испитување од прв избор. Типот на предложениот амбулантски ЕКГ треба да биде избран врз база на анамнестичките податоци на лицето (и особено врз база на фреквенцијата) со ТГС. За лицата кои имаат:
  - ТГС кој се јавува најмалку неколку пати во неделата, предложете мониторирање со Холтер (ако е потребно до 48 часа). Ако не се јави ТГС за време на мониторираниот период, предложете надворешен уред за сликање кои ќе обезбеди континуирано сликање со механизам кој ќе му означи на пациентот кога осомничената случка се јавила.
  - ТГС кој се јавува секоја 1-2 недела, предложете надворешен уред за сликање. Ако лицето добива ТГС и понатаму, вон периодот на следење со надворешниот уред, предложете уред кој се имплантира.
  - Редок ТГС (помалку од еднаш на 2 недели), предложете уред за сликање кој се имплантира. Следење со Холтер, обично, не би требало да се предложува, освен ако постои доказ за патолошка спроводливост на наодот од 12-канален ЕКГ.
- Не го предлагајте tilt-тестот на лицата кои имаат дијагноза на вазовагусна синкопа при иницијалната проценка.
- За сите лица со необјаснета синкопа (вклучени по негативниот тест на притисок врз каротидниот синус, само таму каде што е неопходно), предложете амбулантски ЕКГ (видете ги препораките 1.3.2.4). Не предлагајте го tilt-тестот пред амбулантскиот ЕКГ.

## 1. Упатство

Следново упатство се базира на најдобрите достапни докази. Целосното упатство дава детали за методите и за начинот како се користени доказите во развивањето на упатството.

Ова упатство упатува на различни типови на синкопа. Ве молиме, видете во речникот (апендикс Ц) за дефинициите на термините кои се користени во ова упатство.

### 1.1 Иницијална проценка

#### 1.1.1 Прибирање информации за настанот и донесување иницијална одлука

1.1.1.1 Ако лице со сомневање за транзитoren губиток на свеста (ТГС) доживеал повреда или не му се повратила свеста целосно, направете клиничка одлука со која ќе го одредите соодветниот менаџмент и ургентноста на третманот.

1.1.1.2 Замовете го лицето за кое постои сомнение за ТГС, или кој било од сведоците, да ви опишат што се случило претходно, за време на настанот и по настанот. Обидете се да направите телефонски контакт со сведокот кој не е присутен. Регистрирајте ги деталите околу:

- Околностите на настанот.
- Положбата на лицето непосредно пред губитокот на свеста.
- Продромни симптоми (како што е потење или чувство на топлина).
- Изглед (на пример, дали очите биле отворени или затворени) и колоритетот на кожата за време на настанот.
- Присуство или отсуство на движења за време на настанот (на пример, тресење на екстремитетите и траење).
- Гризнување на јазикот (регистрирајте дали страната или врвот на јазикот бил каснат).
- Повреда, настаната за време на настанот (регистрирајте ја страната и степенот на повредата).
- Траење на настанот (почеток на освестување).
- Присуство или отсуство на конфузност за време на заздравувањето.
- Слабост на една страна од телото за време на заздравувањето.

1.1.1.3 Штом ќе го регистрирате описот на осомничениот ТГС добиен од пациентот или сведокот, погрижете се да се осигурите дека контактот со нив и другите нивни потреби се земени во предвид. Ова е особено важно кога се прави контакт со дете или со младо лице или лице кое има специфични потреби за комуникација.

#### Да се утврди дали лицето имало ТГС

1.1.1.4 Користете ги информациите кои се добиени од сите извори за осомничениот ТГС (видете ги препораките 1.1.1.2) за да потврдите дали ТГС се случил или не се случил. Ако ова е неизвесно, би требало да се претпостави дека лицето имало ТГС, си додека не се докаже поинаку. Но, ако лицето немало ТГС, започнете со

соодветен менаџмент (на пример, ако сте одредиле дека лицето имало паѓање наместо ТГС, тогаш обратете се на `Falls: the assessment and prevention of falls in older people` [NICE clinical guideline 21]).

### 1.1.2 Земање анамнеза, физикален преглед и тестови

#### 1.1.2.1 Проценка и регистрација/запис:

- На деталите за сите претходни транзиторни губитоци на свест, нивен број и честота.
- Фармаколошка анамнеза на лицето и фамилијарна анамнеза за кардиолошки заболувања (на пример: податоци за срцеви заболувања на лицето и фамилијарна анамнеза за нагла кардиолошка смрт).
- Лекови кои се во тек и кои може да придонесат за ТГС (на пример: диуретици).
- Витални знаци (на пример: фреквенција на пулс и на респирации, температура)-повторете ги ако има клиничка индикација.
- Крвен притисок во лежечка и во стоечка положба, ако клинички се бара.
- Други кардиоваскуларни и невролошки знаци.

#### 1.1.2.2 Направете 12-канален ЕКГ, користејќи автоматска интерпретација. Третирајте како да е состојба на црвено знаме (видете ја препораката 1.1.4.2) ако кое било од следниве абнормалности се регистрирани на печатениот наод од ЕКГ:

- Патолошка спроводливост (на пример: комплетен блок на десна или лева гранка или кој било степен на срцев блок).
- Доказ за долг или кус QT интервал.
- Какви било абнормалности на ST сегментот или на Т бранот.

#### 1.1.2.3 Ако 12-каналниот ЕКГ со автоматска интерпретација не е достапен, земете мануелен 12-канален електрокардиографски читач и ревидирајте го наодот кај професионалец за здравствена заштита кој е обучен и компетентен во идентификувањето на следниве абнормалности:

- Несоодветно присутна брадикардија.
- Каква било вентрикуларна аритмија (вклучувајќи ги и предвремените комотни систоли).
- Долг QT ( $QT > 450 \text{ ms}$ ) и кус QT ( $QT < 350 \text{ ms}$ ) интервал.
- Brugada-синдромот.
- Вентрикуларна преекситација (дел од Wolff-Parkinson-White синдромот).
- Лева или десна вентрикуларна хипертрофија.
- Патолошка инверзија на Т бранот.
- Патаолошки Q бранови.
- Атријална аритмија (сомнение).
- Ритам, наложен од електростимулаторот.

#### 1.1.2.4 Ако во текот на иницијалната проценка постои сомневање на еден главен проблем кој е причина за ТГС или е дополнителен проблем за ТГС, тогаш преземете **релевантни** прегледи и испитувања (на пример: проверка на гликемијата ако постои сомневање за дијабетична хипогликемија или проверка

на хемоглобинот ако постои сомневање за анемија или крвавење, видете ја исто така и препораката 1.2.2.1 за информација околу користењето на ЕКГ).

### 1.1.3 Забележување на информациите за настанот и трансфер на забелешките

1.1.3.1 Внимателно забележете ги информациите кои се земени од сите извори/аспекти за ТГС. Вклучете ги и парамедицинските податоци заедно со овие информации. Дадете ги копиите од ЕКГ наодите и извештајот од пациентот на приемниот клиничар и на лицето кое имало ТГС кога се врши трансфер на здравствената заштита.

### 1.1.4 Создавање одлука врз база на иницијалната проценка

#### Црвено знаме: кога пациентите имаат потреба од итна проценка и итен третман

1.1.4.1 Ако ТГС е секундарна појава на една состојба која бара итно дејствување, направете клиничка одлука со која ќе го одредите адекватниот менаџмент и ургентност на третманот.

1.1.4.2 Упатете го во текот на првите 24 часа кај специјалист за кардиоваскуларна проценка со помош на најсоодветниот локален сервис, секој кој доживеал ТГС и има, исто така, кое било од следното:

- Абнормалности на ЕКГ (видете ги препораките 1.1.2.2 и 1.1.2.3).
- Срцева слабост (анамнестички или клинички знаци).
- ТГС во текот на напор.
- Фамилијарна анамнеза за нагла кардиолошка смрт кај лица помлади од 40 години и/или стечени срцеви нарушувања.
- Нов или необјаснет губиток на воздух/здив.
- Срцев шум.

Земете во предвид за упатување во текот на првите 24 часа за кардиоваскуларна проценка, како што е погоре речено, секое лице кое е постаро од 65 години и кое доживеало ТГС без продромни симптоми.

#### Не се бара понатамошен итен менаџмент

1.1.4.3 Дијагноза за некомплицирани несвестица (некомплицирани вазовагусна синкопа) врз база на иницијалната проценка кога:

- Не постојат карактеристики кои би сугерирале алтернативна дијагноза (забележете дека куса активност од напади може да се појави за време на некомплицирани несвестици и нема нужност за поставување дијагноза на епилепсија).
- Постојат карактеристики кои сугерираат некомплицирани несвестица (3 'П'), како што се:
  - Положба-продолгирано стоенење или слични епизоди кои се превенираат со лежење.
  - Провоцирачки фактори (како што е болка или медицинска процедура).
  - Продромни симптоми (како што е потење или чувствување топлина пред ТГС).

- 1.1.4.4 Дијагноза за позициска синкопа врз база на иницијална проценка кога:
- Не постојат карактеристики од иницијалната проценка кои ќе упатуваат на алтернативна дијагноза.
  - Синкопа која е јасно и постојано провоцирана од стоење за време на микција (обично додека се стои) или провоцирана од кашлање или од потење.
- 1.1.4.5 Ако дијагнозата на некомплицирани несвестица или на позициска синкопа е поставена и не постои ништо во иницијалната проценка за да се покрене клиничка или социјална заштита, не е потребен понатамошен итен менаџмент. Ако состојбата не е за лекарот по општа пракса, во тој случај професионалецот за здравствена заштита треба:
- Да го советува пациентот да ја земе копијата од извештајот и од ЕКГ наодот за неговиот лекар по општа пракса.
  - Да го извести општиот лекар за дијагнозата, ако е возможно директно. Во случај кога ЕКГ не е направен, тогаш општиот лекар треба да организира ЕКГ регистрација (и негово интерпретирање, како што е опишано во препораката 1.1.2.3) во текот на 3 дена.

### Се бара понатамошен итен менаџмент

- 1.1.4.6 Ако пациентот е однесен во амбулантски сервис, земете го на Одделот за итни случаи, освен ако дијагнозата на некомплицирани несвестица или на позициска синкопа е јасна.

## 1.2 Понатамошна проценка и упатување

### 1.2.1 Сомнение за ортостатска хипотензија

- 1.2.1.1 Сомнение за ортостатска хипотензија врз база на иницијална проценка кога:
- Не постојат карактеристики кои упатуваат на алтернативна дијагноза.
  - Типична анамнеза.

Ако овие критериуми се исполнети, измерете го крвниот притисок во лежечка и во стоечка положба (со повторување на мерењето во стоечка положба по 3 минути). Ако клиничките мерки не ја потврдуваат ортостатската хипотензија наспроти анамнезата, упатете го пациентот за понатамошна специјалистичка кардиоваскуларна проценка.

Ако ортостатската хипотензија е потврдена, земете ја предвид веројатната причина, како што е терапија со лекови и раководете соодветно (на пример, видете во 'Falls: the assessment and prevention of falls in older people' [NICE clinical guideline 21]).

### 1.2.2 Сомнение за епилепсија

- 1.2.2.1 Упатете ли лицата кои манифестираат една или повеќе од следниве карактеристики (тоа се карактеристики кои најмногу упатуваат на епилептични напади) за проценка од страна на специјалист за епилепсија. Лицето треба да биде видено од страна на специјалист за 2 недели (видете во

'The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adult and children in primary and secondary care') [NICE clinical guideline 20]).

- Гризнат јазик.
- Девијација на главата на една страна за време на ТГС.
- Без сеќавање за нарушеното однесување кое е потврдено од сведок, а настанало пред, во текот на ТГС или потоа.
- Невообичаена положба.
- Продолжено тресење на екстремитетите (да се одбележи дека кусата активност која личи на активност од напади може често да се јавува за време на некомплицирани невестици).
- Конфузност која следи по настанот.
- Продром на *vi* феномен или на *jamais vi* феномен (видете додаток Ц).

Имајте предвид дека епизодата може да не е во врска со епилепсија во случај кога која било од следниве карактеристики се присутни:

- Продромни симптоми кои во други околности се заслабени со помош на седнување или легнување.
- Потење пред епизодата.
- Продолжено стојење кое учествува во преципитацијата на ТГС.
- Бледило во текот на епизодата.

Рутински не употребувајте ЕЕГ како испитување на ТГС (видете во 'The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adult and children in primary and secondary care') [NICE clinical guideline 20]).

### **1.2.3 Упатување на специјалистичка кардиоваскуларна проценка**

1.2.3.1 Упатете ги сите лица со ТГС (вон исклучоците наброени подолу) за специјалистичка кардиоваскуларна проценка со помош на најсоодветниот локален сервис. Исклучоци се:

- Лица со потврдена/сигурна дијагноза, по иницијалната проценка на:
  - Некомплицирана невестица.
  - Позициска синкопа.
  - Ортостатска хипотензија.
- Лица, чија манифестација најмногу упатува на епилептични напади.

## **1.3 Специјалистичка кардиоваскуларна проценка и дијагноза**

### **1.3.1 Проценка и одредување на типот на синкопата**

1.3.1.1 Спроведете специјалистичка кардиоваскуларна проценка, како што е подолу опишано.

- Преиспитајте кај пациентот:
  - Искрпно разгледајте ја анамнезата на ТГС, особено секоја претходна случка.
  - Фармаколошка и фамилијарна анамнеза за срцево заболување или стечено срцево заболување.

- Медикаменти и какви било направени промени за време на ТГС.
- Спроведете клиничко испитување, кое ќе опфати кардиоваскуларна инвестигација и, ако клинички одговара, одредување на вредностите на крвниот притисок во лежечка и во стоечка положба.
- Повторете го 12-каналниот ЕКГ, земете ги и анализирајте ги претходните ЕКГ наоди.
- Врз база на оваа проценка, класифицирајте го пациентот во однос на следниве осомничени причини за синкопа.
- Сомнение за структурни срцеви нарушувања.
- Сомнение за кардијална аритмија.
- Сомнение за мозочно посредување.
- Необјаснето.

Понудете понатамошно тестирање кое е директно во правец на препораките од 1.3.2.1 до 1.3.2.10 или други тестови кои клинички одговараат.

1.3.1.2 За пациентите со сомнение за структурни срцеви нарушувања, испитајте, како што е соодветно (на пример: кардиолошки imaging-испитувања). Бидејќи другите механизми за синкопа се веројатно во оваа група, исто така, размислувајте за испитувања за кардијална аритмија како причина (како што е опишано во препораката 1.3.2.4) и за ортостатска хипотензија (често настаната/егзацерирана од други медикаменти-видете препорака 1.2.1.1) или синкопа, настаната со посредство на нервниот систем (видете ги препораките 1.3.2.5 и 1.3.2.6).

### 1.3.2 Дијагностички тестови за различни типови на синкопа

1.3.2.1 Користете ја анамнезата на пациентот за да ги разликувате лицата, чија синкопа која е индуцирана од вежбање се јавила во текот на **изведување вежби** (каде кардијалната аритмија најверојатно е причина) од оние лица чија синкопа настанала **кусо време по завршувањето на вежбањето** (каде васовагусната причина е поверојатна).

1.3.2.2 За лицата кои доживеале синкопа **во текот на вежбањето**, понудете им итни тестови со вежбање (првите 7 дена), освен ако постојат можни контраиндикации (како што е осомничена аортна стеноза или хипертрофична кардиомиопатија кои бараат иницијална проценка со imaging-техники). Посоветувајте го лицето да се воздржи од вежбање додека не биде информирано поинаку по дополнителната проценка.

1.3.2.3 Ако механизмот за синкопата, индуцирана со вежбање е утврден со помош на тестови кои содржат вежби, изведете понатамошни испитувања или третман кој одговара на секоја индивидуа во клинички рамки. Од друга страна, направете понатамошни испитувања, претпоставувајќи дека за причина е осомничена кардијалната аритмија.

1.3.2.4 За лицата со сомнение за кардијална аритмија како причина на синкопата, понудете амбулантски ЕКГ и не понудувајте го tilt-тестот како инвестигација од прв избор. Типот на понудениот амбулантски ЕКГ би требало да биде избран

врз основа на анамнезата на тоа лице (а особено фреквенцијата) за ТГС. За лица кои имаат:

- ТГС најмалку неколку пати неделно, понудете Холтер мониторирање (ако е потребно до 48 часа). Ако не се јавува ТГС за време на мониторираниот период, предложете надворешен уред за сликање кој обезбедува континуирано сликање и со механизам кој ќе му означи на пациентот кога осомничената случка се јавила.
- ТГС на секоја 1-2 недели, понудете надворешен уред за сликање. Ако кај лицето се јавуваат други ТГС вон периодот на регистрација со надворешниот уред, тогаш понудете уред кој се имплантира.
- ТГС кои не се чести (помалку од еднаш на 2 недели), понудете уред за регистрација кој се имплантира. Обично мониторирање со Холтер не би требало да се понудува, освен ако постои доказ за патолошка спроводливост на 12-канален ЕКГ.

1.3.2.5 Не понудувајте го tilt-тестот на лица кои имаат дијагноза на вазовагусна синкопа на иницијалната проценка.

1.3.2.6 За лицата кои се осомничени за вазовагусна синкопа со рекурентни епизоди на ТГС кои негативно влијаат на квалитетот на нивниот живот или, пак, претставуваат висок ризик за повреда, сметајте на tilt-тестот само за да процените дали синкопата е проследена со тежок кардиоинхибиторен одговор (обично асистолија).

1.3.2.7 За лицата кои се осомничени за синус-каротидна синкопа и за лицата со необјаснета синкопа кои имаат 60 години или се постари, понудете синус-каротидна масажа како испитување од прв избор. Ова треба да се спроведе во средина со надзор, со ЕКГ регистрација и со достапен тим за ресусцитација.

1.3.2.8 Дијагностицирајте синус-каротидна синкопа ако синус-каротидната масажа предизвика синкопа која се должи на евидентирана брадикардија/асистолија и/или евидентирана хипотензија. Не дијагностицирајте синус-каротидна синкопа ако синус-каротидната масажа причинува асимптоматска транзитрна брадикардија или хипотензија (видете ја препораката 1.3.2.9).

1.3.2.9 За сите лица со необјаснета синкопа (вклучувајќи ги лицата по негативниот тест со синус-каротидна масажа, таму каде е соодветно), понудете им амбулантски ЕКГ (видете ја препораката 1.3.2.4). Не понудувајте им го tilt-тестот пред амбулантскиот ЕКГ.

1.3.2.10 Кога му се понудува на пациентот уред за регистрација кој се имплантира, обезбедете еден таков уред кој има можност и за активација од страна на пациент и за автоматска детекција на ритмите. Укажете му на пациентот и неговото семејство и/или на негувателот како да раководи со уредот. Советувајте го пациентот дека би требало да има брзо<sup>[7]</sup> следење (податок за прегледување на уредот) штом понатаму пациентот ќе добие каков било ТГС.



## 1.4 Ако причината за ТГС останува неразјаснета

1.4.1.1 Штом лицето има перзистентни ТГС, имајте ги предвид психогените неепилептични напади (PNES) или психогената псеудосинкопа ако, на пример:

- Природата на случките се менува со текот на времето.
- Постојат многу необјаснети клинички симптоми.
- Постојат необични пролонгирани случки.

Разликата помеѓу епилепсија и неепилептични напади е комплексна. Затоа, упатете за невролошка проценка ако постои сомнение за која било PNES или психогена псеудосинкопа.

1.4.1.2 Посоветувајте ги лицата кои доживеале ТГС да се обидат да го регистрираат секој понатамошен настан (на пример, со видео регистрација или со детален опис на настанот од страна на сведок), особено ако дијагнозата е нејасна или земањето анамнестички податоци е отежнато.

1.4.1.3 И по натамошната проценка ако причината за ТГС останува неразјаснета или лицето не одговара на третманот, сметајте дека постојат други причини, вклучувајќи ја веројатноста дека може повеќе од еден механизам да коегзистира (на пример, иктални аритмии).

## 1.5 Информации за лицата со ТГС

### 1.5.1 Општи информации

1.5.1.1 Кога се комуницира со лице кое имало ТГС, дискутирајте за:

- Веројатните причини за неговиот ТГС.
- Бенефитот и ризиците на кој било понуден тест.
- Резултатите, добиени од тестовите.
- Причините за која било понудена понатамошна инвестиција.
- Природата и издолжувањето на неразјаснетоста на дијагнозата.

### 1.5.2 Возење

1.5.2.1 Дајте совет околу способноста за возење кога кај едно лице за прв пат се јавува ТГС<sup>[8]</sup>.

1.5.2.2 Посоветувајте ги сите лица кои доживеале ТГС дека тие не смеат да возат додека се во очекување на специјалистичката проценка. На наредната специјалистичка проценка, здравствениот работник треба да му укаже на пациентот на неговите обврски кои се во врска со известувањето за ТГС до Агенцијата за лиценца за возач и возило (Driver and Vehicle Licensing Agency) (DVLA)<sup>8</sup>.

### 1.5.3 Здравје и безбедност на работното место

1.5.3.1 Посоветувајте ги лицата кои доживеале ТГС за влијанието на нивните епизоди врз здравјето и врз безбедноста на работното место и за секоја акција што тие

мора да ја преземат за да ја осигурат безбедноста за себе и безбедноста на другите луѓе<sup>[9]</sup>.

#### 1.5.4 Совет за сигурност на лицата кои имале ТГС

1.5.4.1 На лицата со некомплицирани несвестица (некомплицирани вазовагусна синкопа) или ситуациона синкопа:

- Објаснете им го механизмот на нивната синкопа.
- Посоветувајте ги за веројатните тригер настани и за стратегиите како да ги избегнат. Ако тригер настаните се нејасни, посоветувајте ги лицата да ги зачуваат забелешките за нивните симптоми, кога тие настани се случиле и како тие се однесувале во текот на настанот, со цел да се откријат кои се причините за несвесната состојба.
- Убедете ги дека прогнозата им е добра.
- Посоветувајте ги да го консултираат нивниот матичен лекар ако и понатаму се јавуваат ТГС, особено ако ова се разликува од нивната претходна епизода.

1.5.4.2 На лицата со ортостатска хипотензија:

- Објаснете го механизмот кој е причина за нивната синкопа.
- Дискутирајте и прегледајте ги веројатните причини, особено медикаментите.
- Разговарајте за прогностичкото влијание и за достапните опции на третман.
- Посоветувајте ги лицата што треба да сторат ако добијат друг ТГС.

1.5.4.3 Посоветувајте ги лицата кои очекуваат специјалистичка кардиоваскуларна проценка:

- Што треба тие да сторат кога ќе добијат уште еден настан.
- Ако е соодветен, како тие треба да ги прилагодат своите активности (на пример: избегнување физички напор) и да не возат<sup>[8]</sup>.

1.5.4.4 Понудете им совет на лицата кои очекуваат специјалистичка невролошка проценка за нивниот ТГС, како што е препорачано во видете во 'The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adult and children in primary and secondary care' (NICE clinical guideline 20).

[7] Времето на следење зависи од капацитетот на уредот и од состојбата на пациентот.

[8] Ве молиме, обратете се во DVLA за понатамошни информации.

[9] Ве молиме, обратете се на 'Здравје и безбедност на работа итн. Закон 1974' ('Health and Safety at Work etc Act 1974').

## 2. Забелешки од делокругот на упатството

NICE упатствата се развиваат во согласност со целите кои дефинираат што ќе опфати или нема да опфати упатството. Целите на ова упатство се достапни – влезете во 'Како беше создадено ова упатство'.

Препораките во ова упатство опфаќаат проценка, дијагноза и специјалистичко упатување на адулти и млади лица (на 16 години и постари) кои доживеале несвестица (транзиторен губиток на свест).

Упатството не опфаќа:

- Деца кои се помлади од 16 години.
- Лица кои имале физичка повреда, како што е повреда на главата или, пак, поголема траума пред да доживеат бессознание.
- Лица кои колабирале без губиток на свеста.
- Лица кои доживеале продолжен губиток на свест без освестување, којшто може да се опише како кома.

### Како се развиваше ова упатство

NICE го овласти Националниот центар за клиничко упатство да го развие ова упатство. Овој центар основа Група за развој на упатството (видете го додаток А), којшто ги прегледа доказите и ги разви препораките. Независниот Панел за ревизија на упатството го надгледуваше развојот на упатството (видете го додаток В).

Повеќе информации околу тоа како беа развиени NICE клиничките упатства постојат на веб страницата на NICE. Достапен е прирачникот 'Како NICE клиничките упатства беа развиени: осврт за заинтересираните лица, јавноста и за Националната здравствена служба (NHS).

### 3. Имплементација

NICE има развиено алатки за да им помогне на организациите во имплементирањето на ова упатство.

## 4. Препораки за истражување

Групата за развој на упатството ги создаде следниве препораки за истражување, кои се базираат на прегледот на доказите, со цел да се унапреди NICE упатството и заштитата на пациентот во иднина. Целосниот сет на препораките за истражување на Групата за развој на упатството детално се дадени во целосното упатство (видете го поглавјето 5).

### 4.1 *Развивање на цврст систем за промовирање на информации со добар квалитет кои сведочат за ТГС*

Дали со обезбедување на лицата кои доживеале ТГС или со земање предвид на важните информации од осомничениот настан од нивните семејства/негуватели се скратува времето за поставување точна дијагноза и се превенираат несоодветните упатувања?

#### **Зошто е ова важно**

Податоците од пациентот и сведокот за ТГС се основни за поставување точна дијагноза. Информацијата е важен дел од патешествието на пациентот и е од централно значење во вкупниот квалитет на искуството на секој пациент од NHS. Подобрувањето на информациите за пациентите беше заложба во NHS Plan (DH 2000) и од неодамна уште повеќе во Преглед од Лорд Дарзи за Националната здравствена служба (Lord Darzi's review of the NHS), 'Висок квалитет на заштита за сите (High quality care for all)' (DH 2008). Постои потреба за подобрување и за мониторирање на ефикасноста на информациите, спроведени преку NHS. Потребно е да се создадат добро дизајнирани студии кај лицата со ТГС ако спроведувањето на специфични информации на лицата со ТГС и нивните негуватели е од помош на здравствените работници во создавањето точна и брза дијагноза и во подобрувањето на исходот на пациентот. Во информациите треба да биде наведено кои детали од настанот со ТГС одговараат да помогнат во дијагностицирањето. Тоа ќе ги идентификува оние пациенти кои биле ненамерно испратени во грешна патека за ТГС.

Ваквите студии треба да земат предвид бројни механизми на испорака, како што се лифлети за информирање кои содржат специфични совети или како што се визуелните информации (информации во сликовита форма).

### 4.2 *Испитување на точноста на автоматската интерпретација на ЕКГ*

Дали користењето на автоматската ЕКГ-интерпретација ја подобрува точноста на дијагнозата кај лицата со ТГС, во споредба со експертската интерпретација и кој е севкупниот ефект врз исходот на пациентот, вклучувајќи ги и пациентите кои имаат синдроми на наследно долг QT сегмент.

#### **Зошто ова е важно**

Преваленцијата на синкопата во текот на животот на едно лице кое живее 70 години се смета дека е апроксимативно 42%. Фрамингамската студија<sup>[10]</sup> утврди дека лицата со кардијална синкопа имаат посиромашна прогноза отколку оние со синкопа од

нервниот систем или, пак, од оние кај кои причината за ТГС е непозната. Студиите со направена стратификација за ризик кај пациентите со ТГС при одделите за итни случаи, утврдија дека невклучување на 12-канален ЕКГ во текот на манифестацијата е маркер за висок ризик на смрт. Дванаесетканалниот ЕКГ е ефтина апаратура, широко достапна и може да биде бргу поставена до креветот на пациентот. Во минатото, сите наоди од електрокардиограмите беа мануелно читани и интерпретирани. Квалитетот на интерпретацијата зависеше од вештината на интерпретаторот. Денес, поголемиот дел од сликаните ЕКГ наоди се дигитализирани и автоматски читани. Се спроведоа научни студии за да се спореди точноста на автоматската со експертската интерпретација кај општата популација. Меѓутоа, не постои достапна научна студија за селектирана популација со ТГС. Затоа се препорачува во студиите кои се спроведуваат кај адулти кои доживеале ТГС да се направи проценка на точноста на автоматската интерпретација на ЕКГ наодите, наспроти оние интерпретирани од експерти во текот на дијагностицирањето на причината на ТГС, вклучувајќи ги и лицата со синдроми на долг QT сегмент.

### **4.3 Дијагностички придонес од повторуван ЕКГ и од физиолошкиот параметар**

Дали пристапот кој содржи сериски проценки (повторувани ЕКГ или повторувани опсервации на виталните знаци) го подобрува дијагностицирањето од високоризични кардијални аритмии, во споредба со пристапот на единечна проценка кај лицата со ТГС.

#### **Зошто е ова важно**

Тековното мислење кое е на база на консензус сугерира дека пристапот на единечна проценка ја поседува истата дијагностичка придобивка, како и пристапот на сериски проценки за високоризичните кардијални аритмии кај пациентите кои манифестираат ТГС, наспроти постоечките малубројни докази, за поддршка на овој пристап во текот на критичната фаза на манифестирање. Варијабилната должина на QT и морфолошките промени на T-бранот може да се јават заедно со срцевите отчукувања кои се пониско од 90 удари во минута и може да бидат пароксизмални по својата етиологија. Затоа, преземањето пристап со сериски проценки може да биде посензитивен во детекцијата на различни должини на QT како високо ризичен кај пациенти со потенцијален синдром за долг QT за време на иницијалната манифестација отколку единечната регистрација на ЕКГ.

### **4.4 Испитување на пост-бенефит ефектот на 12-канален ЕКГ**

Кај лицата кои се земени предвид дека имале некомплицирана несвестица, врз основа на анамнезата и на клиничкиот преглед, кој е дополнителниот клинички ефект и рентабилност од 12- канален ЕКГ?

#### **Зошто е ова важно**

Некомплицираната несвестица е многу честа причина за ТГС. Таа има добра прогноза и во поголемиот број случаи може да биде точно дијагностицирана од анамнестичките податоци на лицето и од опсервациите, направени од страна на сведоци или на здравствени работници, без користење на какви било тестови. Поголем број здрави

лица кои доживеале несвестица имале нормален ЕКГ; кај малкумина некои од ЕКГ параметрите без значење може да генерираат непотребна загриженост и понатамошни тестови.

Многу поретко, релативно ретки кардиолошки нарушувања предизвикуваат ТГС кај инаку здрави млади лица кои се изложени на ризик за ненадејна смрт, освен ако нарушувањето е препознаено и третирано. Кај повеќемина од овие лица патолошкиот ЕКГ наод ќе даде докази на кардиолошко нарушување. Иако ТГС кај овие нарушувања, обично, не е типичен за некомплицирани несвестица, дијагнозата се пропушта кај некои лица, последиците се катастрофални.

Од значење е дека испитувањето се спроведува за да се утврди дали:

- При дијагностицирање некомплицирани несвестица од типичните клинички знаци и без ЕКГ ќе се испушти опасно кардиолошко нарушување кое би било идентификувано кога би бил спроведен ЕКГ.
- Рентабилно е регистрирањето на ЕКГ кај голем број од лицата кои имале некомплицирани несвестица, за да се избегне пропуштањето на поопасните нарушувања кај мал број од лицата.

#### **4.5 Рентабилноста на имплантиран уред за сликање кај лицата со ТГС**

Под кои околности имплантираниот кардиолошки уред претставува метод на избор за откривање на ТГС кај лицата кои се со сомнение за кардиолошка причина?

##### **Зошто е ова важно**

Ова упатство препорачува на лицата кои се со сомнение за кардиолошка причина за настанување на ТГС, кои имаат ретки епизоди (на секоја 1-2 недели или помалку), би требало да им се понуди имплантиран кардиолошки уред за регистрација. Не е јасно дали би било порентабилно користењето на стратегија за алтернативна инвестиција (на пример: надворешен уред за регистрација).

[10] Soteriades ES, Evans JC, Larson MG et al. (2002) Incidence and prognosis of syncope. *New England Journal of Medicine* 347: 878-85.

## 5. Други верзии на ова упатство

### 5.1 Целосно упатство

Целосното упатство 'Транзиторен губиток на свест ('несвестица') менаџмент кај адулти и млади лица' содржи детали на методите и на доказите кои се користени за да се развие упатството. Тоа е публикувано од страна на Националниот центар за клиничко упатство и е достапно на нашата [веб страница](#).

### 5.2 Информации за јавноста

NICE создаде [информации за јавноста](#), објаснувајќи го ова упатство.

Ние го охрабруваме NHS и волонтерскиот сектор во склоп на организациите да користат текст од овие информации за транзиторниот губиток на свест во нивните сопствени материјали.



## 6. Поврзани NICE упатства

### Публикувани

- Unstable angina and NSTEMI. NICE clinical guideline 94 (2010).
- Stroke. NICE clinical guideline 68 (2008).
- Head injury. NICE clinical guideline 56 (2007).
- Anxiety (amended). NICE clinical guideline 22 (2007) [Replaced by NICE clinical guideline 113].
- Atrial fibrillation. NICE clinical guideline 36 (2006).
- Falls. NICE clinical guideline 21 (2004).
- The epilepsies. NICE clinical guideline 20 (2004). [Replaced by Epilepsy, NICE clinical guideline 137 (2012)].

## 7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурирани така што препораките кои се вклучени се важни нови информации. Новите докази се проверени 3 години по објавувањето, а од професионалците за здравствена заштита и пациентите се бара нивниот став; ние ги користиме овие информации за да одлучиме дали на целото упатство или на дел од упатството му е потребно ажурирање. Ако важни нови докази се објават во други времиња, тогаш ние може да донесеме одлука за побрзо ажурирање на некои препораки. Ве молиме, видете ја нашата веб страница за информациите околу ажурирањето на упатството.

## **Додаток А: Група за развој на упатството, Национален центар за клиничко упатство и NICE проектантски тим**

### ***Група за развој на упатството***

(13 члена, податоци за членовите може да се најдат на [guidance.nice.org.uk/cg109](https://guidance.nice.org.uk/cg109)).

### ***Национален центар за клиничко упатство***

(6 члена, податоци за членовите може да се најдат на [guidance.nice.org.uk/cg109](https://guidance.nice.org.uk/cg109)).

### ***NICE проектантски тим***

(7 члена, податоци за членовите може да се најдат на [guidance.nice.org.uk/cg109](https://guidance.nice.org.uk/cg109)).

## Додаток Б: Панел за ревизија на упатството

Панелот за ревизија на упатството е независна комисија која го надгледува развојот на упатството и ја презема одговорноста за следење на адхеренцата кон развојниот процес на NICE упатството. Пред си, Панелот гарантира дека нивните коментари се адекватно земени предвид и се соодветни. Панелот вклучува членови од следниве области: примарна здравствена заштита, секундарна здравствена заштита, законот, јавното здравство и индустријата.

(74 члена, податоци за членовите може да се најдат на [guidance.nice.org.uk/cg109](https://guidance.nice.org.uk/cg109)).

## Додаток Ц: Речник

**ЗАБЕЛЕШКА:** Побогат речник со термини е даден во целосно упатство. Ве молиме, упатете се на 'The epilepsies' NICE clinical guideline 137 (2012) за подеталниот речник на термините кои се поврзани со епилепсија.

**12-канален ЕКГ.** Регистрација на срцевите електрични сигнали, добиени со поставување на електроди во десет стандардни позиции на екстремитетите и на површината на градниот кош. Ова обезбедува приказ на електричната активност на срцето, регистрирана од 12 различни насоки.

**Аритмија.** Патолошки срцев ритам.

**Асистолија.** Отсуство на срцева електрична активност кое се одржува.

**Несвестица.** Нагол и спонтан транзитoren губиток на свест со целосно оствестување. Во овој контекст, целосното оствестување го опфаќа целосното оствестување без каков било остаток од невролошки дефицит.

**Брадикардија.** Намалени срцеви отчукувања (без оглед на ритамот), конвенционално дефинирани како помалку од 60 удари во минута.

**Brugada синдром.** Наследно нарушување на јонските канали кое се карактеризира со патолошка елевација на ST-сегментот во V1 до V3 одводите на ЕКГ. Тој има предиспозиција за вентрикуларна аритмија и за ненадејна кардијална смрт; може да се манифестира со синкопа.

**Кардијална аритмична синкопа.** Синкопа, која е предизвикана од нагол патолошки срцев ритам кој може да биде брадиаритмија (патолошки ритам со намалени срцеви отчукувања) или тахикардија (патолошки ритам со забрзани срцеви отчукувања).

**Масажа на каротидниот синус:** Процедура, каде каротидниот синус е стимулиран (силна масажа со палецот за време на континуирана регистрација со ЕКГ и следење на крвниот притисок во двете положби и во лежечка и во вертикална положба) за испитување на осомничена или веројатна синус-каротидна синкопа.

**Синус-каротидна синкопа:** Една форма на синкопа која има потекло од нервниот систем каде притискањето на едната или на двете каротидни артерии предизвикува синкопа.

**Конвулзивна синкопа.** Губиток на свеста, настанат заради транзиторна инсуфициенција на крвниот проток во мозокот, проследен со тресење или со движења во одредена положба, генерално зафаќајќи ги екстремитетите.

**Дџа vu.** Интензивно чувство дека она што за прв пат се јавува веќе е претходно доживеано. Тоа е честа појава, особено во адолесценцијата, но може да биде и манифестација на парцијални напади (почесто отколку нагло јавување пред епилептичен напад).

**Итност:** Итна акција/постапки/процедури во првите 24 часа.

**Синкопа, индуцирана од вежбање:** Синкопа која е провоцирана од вежбање.

**Надворешен уред за регистрација/сликање:** Мал портабл уред за регистрација/сликање кој има капацитет на следење и собирање на регистрирани ЕКГ наоди со помош на електроди, поставени на кожата. Уредот го слика срцевиот ритам во текот на манифестирање на симптомите (вклучувајќи ја и синкопата) кои одеднаш се јавуваат. Отстранете ги уредите за сликање кои не вршат континуирано ЕКГ следење (не се способни за регистрација на срцевиот ритам во моментот на ТГС).

**Несвестица од вазовагално потекло:** Епизода на ТГС која се должи на вазовагусна синкопа. Несвестицата е временски губиток на свеста кој се должи на пад на крвниот проток во мозокот. Епизодата е краткотрајна, по која следи брзо и целосно освестување.

**Holter следење/сликање:** Мал портабл уред кој е во состојба да врши континуирано ЕКГ сликање/регистрација со помош на електроди, поставени на кожата, обично се користи над 24 часа, односно до 72 часа.

**Иктална аритмија:** Нарушување на нормален срцев ритам кое се јавува за време на напад.

**Уред за сликање/регистрација кој се имплантира:** Мал уред кој се имплантира и може да врши ЕКГ следење и собирање на регистрираните ЕКГ наоди на срцевиот ритам. Уредот е, исто така, познат како уред за холтер мониторирање кој може да се имплантира.

**Jamais vu:** Чувство на губиток на блискост/познатост за нешто што би требало да е познато се доживува како прв пат да се случува. Тоа е обично патолошка појава, не се јавува често кај здравите лица.

**Синдроми со долг QT:** Наследно нарушување кое се карактеризира со пролонгирање на специфичниот сегмент од ЕКГ. Оваа состојба покажува склоност кон вентрикуларна аритмија и кон нагла кардијална смрт, а може да се манифестира и со синкопа.

**Микциска синкопа:** Една форма на синкопа со потекло од нервниот систем, која е провоцирана од напрегање во актот на мокрење при стоечка положба.

**Синкопа со потекло од нервниот систем:** Понекогаш наречена 'рефлексна синкопа'. Тоа е транзитoren губиток на свеста кој се должи на рефлексен хипотензивен одговор и/или рефлексен брадикардичен одговор на бројни причини. Оваа категорија ги опфаќа: вазовагусната синкопа, синус-каротидната синкопа и ситуационската синкопа.

**Ортостатска хипотензија:** Состојба во која е регистриран значаен пад на крвниот притисок кој настанал заради промена во положбата од лежење во седење или од лежење во стоење, односно од седење во стоење. Ова може да предизвика лесна вртоглавица, паѓање или ТГС.

**Постиктална конфузност:** Патолошка состојба која следи по некоја атака, обично се однесува на вознемирена состојба по епилептичен напад.

**Пресинкопа:** Чувство на претстојна несвестица/губиток на свест.

**Продром:** Симптоми кои ѝ претходат на една епизода. Обично се смета дека е понагласен отколку аурата и има многу кусо времетраење.

**Псеудосинкопа:** Психогена неепилептична атака која се карактеризира со губиток на мускулен тонус и појава на несвестица.

**Психогени неепилептични напади (PNES):** Епизоди со алтерација во движењето, осетот или доживувањето, слични како кај епилепсија, но се предизвикани од психолошка ситуација и не се поврзани со патолошки електрични избивања во мозокот.

**Црвено знаме:** Во ова упатство терминот ‘црвено знаме’ означува дека лицето се смета дека е под голем ризик да западне во сериозен неповолен настан, па треба да биде упатено на итна специјалистичка проценка.

**Синдром со кус QT:** Наследно нарушување во кое специфичен сегмент од ЕКГ се презентира со патолошко скратено траење. Ова нарушување покажува предиспонираност кон вентрикуларна аритмија и нагла кардијална смрт, а може да се манифестира и со синкопа.

**Ситуациска синкопа:** Една форма на синкопа со потекло од нервниот систем која се јавува во извесни специфични состојби (на пример: синкопа заради кашлање, синкопа заради мокрење или заради голтање).

**Специјалист:** Професионалец за здравствена заштита кој има експертско знаење и вештини во одредена клиничка област, особено во една област за која поседува сертификат од повисока медицинска едукациска установа.

**Структурно кардијално нарушување:** Подразбира кое било срцево заболување во кое структурните компоненти на срцето се патолошки. Тука спаѓаат: болести на срцевите мускул, валвуларни заболувања и конгенитални срцеви заболувања.

**Тахикардија:** Брзи отчукувања на срцето (независно од ритмот), конвенционално се дефинира како отчукувања над 100 во минута.

**Tilt-тест:** Тест во кој пациентот е изложен на пасивно наклонување со крената глава и се врши истовремено одредување на фреквенцијата на срцевите отчукувања и мерење на крвниот притисок, со цел да се открие дали тие имаат капацитет да испровоцираат или да не испровоцираат вазовагусна синкопа.

**Транзиторен губиток на свест (ТГС):** Префериран термин за несвестица.

**Вазовагусна синкопа:** Една форма на синкопа со потекло од нервниот систем. Таа е често, но не секогаш тригерирана од некои состојби, како што се болка, продолжено

стоење (особено во жешка околина) или емоционален стрес. Таа е често претставена како идентификувана ‘неkomplицирана несвестица’, но може да се претстави и како ненадејна непровоцирана синкопа.

**Вентрикулрна фибрилација:** Хаотична/неправилна електрична активност на срцевите вентрикули, настаната заради губиток на пумпната моќ која резултира со кардијален арест. Ако итно не се коригира, ќе доведе до смрт.

**Вентрикуларна тахикардија:** Тахикардија која настанува од мускулатурата на срцевите вентрикули. Оваа состојба може кај некои лица да предизвика синкопа или кардијален арест и нагла смрт.



## Додаток Д: Алгоритми

Ве молиме, упатете се на алгоритмите во 'патеки за заштита', дел од поглавјето 2 во целосно упатство.

## За упатството

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и за заштитата на лицата со специфични заболувања и состојби во NHS во Англија и во Велс.

Упатството е развиено од страна на Националниот центар за клинички упатства (National Clinical Guideline Centre). Центарот работеше со група професионалци за здравствена заштита (во кои беа вклучени консултанти, лекари од општа пракса и сестри), пациенти и негуватели и технички тим кој ги прегледа доказите и ги подготви препораките. Препораките беа завршени по јавна консултација.

Методите и процесот за развивање на NICE клиничките упатства се опишани во [Прирачник за упатства](#).

Ние создадовме [информации за јавноста](#) кои го објаснуват ова упатство. Алатките кои ќе ви помогнат да го поставите ова упатство во пракса и информациите за доказите врз кои се темели ова упатство се исто така [достапни](#).

### Промени по објавување

**Јануари 2012 год.:** мала промена.

**Мај 2013 год.:** мала промена.

### Ваша одговорност

Ова упатство претставува гледиште на NICE кое е добиено по внимателно разгледување на достапните докази. Професионалците за здравствена заштита очекуваа целосно да го земат предвид при донесување на клиничката одлука. Сепак, упатството не ја отфрла индивидуалната одговорност на професионалците за здравствена заштита во создавањето одлуки, кои ќе одговараат на околностите на пациентот индивидуално, во консултација со пациентот и/или старателот или негувателот и нивната информираност за кратката содржина на својствата на кој било лек што е разгледуван.

Имплементацијата на ова упатство е одговорност на локалните повереници и/или спроведувачи. Поверениците и спроведувачите се потсетувани дека нивна одговорност е да го имплементираат упатството во локален контекст; во рамките на нивните обврски е избегнувањето на незаконска дискриминација, како и поседувањето согласност во промовирање еднаквост при изборот. Во ова упатство ништо не треба да биде интерпретирано на начин кој може да биде неприкладен во однос на придржувањето кон тие обврски.

### Авторски права

© Национален институт за здравје и клиничка извонредност 2010 (© National Institute for Health and Clinical Excellence 2010). Сите права се задржани. Материјалите на NICE може да се користат за приватни испитувања и студии; може да се умножуваат за едукативни цели и за цели со кои не се профитира. Умножувањето од комерцијални

организации или за комерцијални организации или за комерцијални цели не е дозволено без писмена дозвола од страна на NICE.

### **NICE контакт**

National Institute for Health and Clinical Excellence  
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

[www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)  
[nice@nice.org.uk](mailto:nice@nice.org.uk)  
0845 033 7780