

WYSOKI POZIOM LĘKU U PACJENTÓW, U KTÓRYCH PODEJRZEWANO, ALE WYKLUCZONO PODEJRZENIE OMDLEŃ WAZOWAGALNYCH

High anxiety level in patients with suspected but excluded vasovagal syncope

Monika Szewczuk-Bogusławska¹, Dorota Zyśko², Małgorzata Kaczmarek³, Anil Kumar Agrawal⁴, Jerzy Rudnicki⁵, Jacek Gajek⁶, Artur Federowski^{7,8}

¹ Katedra i Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

³ Centrum Neuropsychiatrii „Neuromed” Wrocław

⁴ II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁵ Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁶ Katedra i Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁷ Department of Clinical Sciences, Clinical Research Center, Lund University, Malmö, Sweden

⁸ Arrhythmia Department, Skåne University Hospital, Malmö, Sweden

adres do korespondencji: dzysko@wp.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Pacjenci kierowani na test pochyleniowy, u których wykluczono omdlenia wazowagalne, są grupą mało poznaną. Objawy zaburzeń lękowych i prodromalne objawy omdlenia wazowagalnego nakładają się na siebie, co może utrudniać rozpoznanie.

Cel pracy. Ocena poziomu lęku w grupie młodych kobiet, u których na podstawie wywiadu i wyniku testu pochyleniowego wykluczono występowanie omdleń wazowagalnych.

Materiał i metody. Grupa badana składała się z 14 kobiet, które pochodziły z grupy 55 kobiet kierowanych na test pochyleniowy w wieku 21–40 lat, u których na podstawie wywiadu i wyniku testu pochyleniowego wykluczono występowanie omdleń wazowagalnych.

Przed wykonaniem testu pochyleniowego u badanych kobiet przeprowadzono badanie z użyciem kwestionariusza Spielberga i oceniono poziom lęku jako stanu (KS1) i jako cechy (KS2). Grupę kontrolną stanowiły 124 kobiety, które zaprzęcały występowaniu omdleń w wywiadzie, które anonimowo wypełniły kwestionariusz Spielberga oraz kwestionariusz dotyczący stanu zdrowia.

Wyniki. Stwierdzono: 1) istotnie wyższy poziom lęku jako cechy i stanu (KS1 i KS2) w grupie badanej niż w grupie kontrolnej, 2) wartość poziomu lęku jako stanu (KS1) ponad 32 ze 100% czułością i 34,7% swoistością pozwala odróżnić pacjentów z grupy badanej od osób z grupy kontrolnej, 3) wartość poziomu lęku jako cechy (KS2) ponad 44 ze 64,3% czułością i 74,2% swoistością pozwala odróżnić pacjentów z grupy badanej od osób z grupy kontrolnej.

Wnioski. 1. U około 20% pacjentek kierowanych na test pochyleniowy wykonanie badania i ocena zgłaszanych dolegliwości oraz reprodukcji objawów spontanicznych podczas testu pochyleniowego pozwala na wykluczenie omdleń wazowagalnych jako przyczyny zgłaszanych dolegliwości. 2. U pacjentek w grupie badanej stwierdza się wysoki poziom lęku jako cechy i jako stanu, co wskazuje na możliwość występowania zaburzeń lękowych jako podłoża zgłaszanych dolegliwości. 3. Wykluczenie rozpoznania omdleń wazowagalnych u młodych kobiet kierowanych z takim podejrzeniem na test pochyleniowy powinno zwrócić uwagę na możliwość występowania u nich zaburzeń lękowych.

Słowa kluczowe: omdlenia wazowagalne, test pochyleniowy, lęk.

SUMMARY

Background. Patients referred for tilt test, who did not have vasovagal syncope are little known group. Symptoms of anxiety disorders and prodromal symptoms of vasovagal syncope overlap which can make it difficult to recognize.

Objectives. The aim of the study is to assess the level of anxiety in a group of young women with excluded vasovagal syncope on the basis of medical history and tilt test results.

Material and methods. The study group consisted of 14 women who came from a whole group of 55 women at the age of 21–40 years referred for tilt testing, who were excluded the presence of vasovagal syncope. Before performing the tilt test at the women were surveyed using a questionnaire Spielberg and rated the level of state anxiety (KS1) and the trait anxiety (KS2). Control group consisted of 124 women who had denied the occurrence of syncope.

Results. 1. Results found significantly higher levels of trait anxiety and state anxiety (KS1 and KS2) in the study group than in the control group: 2. It was found that the value of the level of state anxiety (KS1) over 32 with 100% sensitivity and 34.7% specificity allows to distinguish case patients from the control group. 3. It was found that the value of the level of trait anxiety (KS2) over 44 with 64.3% sensitivity and 74.2% specificity allows to distinguish case patients from the control group.

Conclusions. 1. Approximately 20% of patients referred for tilt testing have excluded vasovagal syncope as the cause of reported problems. 2. Patients in the study group found a high level of anxiety as a trait and as a state which indicates the possibility of anxiety as substrate of their complaints. 3. Exclusion of vasovagal syncope diagnosis in young women should pay attention to the possibility of the occurrence of anxiety disorders in them.

Key words: vasovagal syncope, tilt testing, anxiety

WSTĘP

Omdlenia wazowagalne występują u około 30% osób z populacji ogólnej, częściej u kobiet [1–4]. Wysoka zapadalność i młody wiek, w którym występują po raz pierwszy, powoduje, że pacjentki w młodym wieku podające incydenty zasłabnięć i/lub utrat świadomości często w pierwszej kolejności są podejrzwane o występowanie reakcji neurokardiogennej jako przyczyny zgłaszanych dolegliwości [4–6]. Z tego powodu są one

często kierowane na test pochyleniowy. W procesie diagnostycznym pacjentów z omdleniami test pochyleniowy może zostać wykonany we wczesnym etapie diagnostyki po wstępnej ocenie, w skład której wchodzi zebranie wywiadu, wykonanie badania przedmiotowego, próby ortostatycznej i 12-odprowadzeniowego elektrokardiogramu [1–4]. Reakcjom neurokardiogennej zwykle towarzyszą objawy pobudzenia układu autonomicznego, takie jak: poty, uczucie zimna i gorąca, nudności, drżenie rąk oraz objawy świadczące o spadku ciśnienia tętni-

czego, takie jak: zaburzenia widzenia i słyszenia, silne osłabienie, uczucie uginania się kończyn dolnych czy nawet faktyczna utrata kontroli nad stabilnością ciała, prowadząca do zjawiska niekontrolowanych ruchów określanych jako „zarzucanie całym ciałem” lub upadku na kolana przy zachowanej świadomości [1]. Jednocześnie podobne objawy stwierdza się u pacjentów z zaburzeniami lękowymi. Typowymi objawami lęku, obejmującymi stan psychiczny pacjenta, są: zawroty głowy, uczucie braku równowagi, wrażenie omdlewania, uczucie oszołomienia. Objawy te stanowią kryterium diagnostyczne zaburzeń lękowych w postaci fobii, zaburzeń lękowych z napadami paniki, a także zaburzeń lękowych uogólnionych. Omdlenia natomiast są uznawane za typowy objaw fobii krwi, zastrzyków i urazów [7–11]. Podobieństwo objawowe omdleń wazowagalnych oraz objawów lęku w przebiegu zaburzeń lękowych, podobny wiek występowania pierwszych objawów powodują, że w procesie diagnostycznym omdleń należy uwzględnić także psychiatryczne przyczyny zgłaszanych objawów. Powiązania między lękiem a omdleniami wazowagalnymi nie zostały do tej pory poznane. W dotychczas opublikowanych badaniach opisano dużą częstotliwość występowania zaburzeń lękowych, depresji, zwrócono również uwagę na możliwość dwukierunkowych zależności między tymi zaburzeniami psychicznymi a omdleniami wazowagalnymi, które z jednej strony potencjalnie mogą wywoływać omdlenia, a z drugiej – nawracające utraty świadomości mogą prowadzić do ich wystąpienia [1, 12]. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy przyjmuje się, że omdlenie wazowagalne można rozpoznać jedynie na podstawie wywiadu wówczas, gdy w typowych okolicznościach, takich jak przedłużona pionizacja czy stres emocjonalny zwykle związany z widokiem krwi, iniekcjami lub instrumentacją, występują krótkotrwałe utraty świadomości poprzedzone objawami pobudzenia układu współczulnego przedstawione poniżej [1, 6]. W wątpliwych przypadkach wykonanie testu pochyleniowego i reprodukcja objawów spontanicznych również pozwalają na rozpoznanie omdleń wazowagalnych. Podejście takie warunkuje jednak sytuację, w której na test pochyleniowy są kierowane osoby bez typowego wywiadu, a wykonany test pochyleniowy jest ujemny lub podczas tego badania nie dochodzi do reprodukcji objawów spontanicznych [1].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena poziomu lęku u pacjentek kierowanych na test pochyleniowy, u których na podstawie wywiadu i wyniku testu pochyleniowego wykluczono omdlenia wazowagalne w porównaniu do ogólnej dobranej pod względem płci i wieku populacji.

MATERIAŁ I METODA

Grupę badaną stanowiło 14 kobiet w wieku 31,7±5,9 lat skierowanych do pracowni celem wykonania testu pochyleniowego, u których na podstawie wywiadu oraz wykonanego badania wykluczono omdlenia wazowagalne jako tło zgłaszanych dolegliwości. Badane pacjentki pochodziły z grupy 65 kolejnych kobiet w wieku 21–40 lat kierowanych na to badanie do pracowni testu pochyleniowego. Grupę kontrolną stanowiły 124 kobiety w wieku 30,2±5,8 lat od 21 do 40 lat, u których na podstawie wywiadu wykluczono występowanie omdleń wazowagalnych.

Poziom lęku oceniano za pomocą kwestionariusza poziomu lęku Spilberga. Kwestionariusz ten składa się z 40 pytań, z których 20 służy do oceny poziomu aktualnego lęku, określanego jako stan (KS1), a kolejnych 20 – do oceny przeciętnego poziomu lęku określanego jako cecha (KS2). Minimalna liczba punktów wynosi 20, a maksymalna – 80. Wyższa liczba punktów w tej punktacji oznacza wyższy poziom lęku. Obecna polska wersja STAI oparta jest na tłumaczeniu M. Tysarczyk, zmodyfikowanym w trzech pozycjach, po porównaniu go z tłumaczeniem K. Wrześniowskiego. Badania normalizacyjne były prowadzone przez licznych autorów, w których określono normy dla: młodzieży w wieku 15 i 16 lat, dorosłych w wieku 21–79 lat oraz żołnierzy służby wojskowej [12].

Wynik testu może być oceniany jako wynik surowy, w skali stenowej, oraz jako prawidłowy, do 40 punktów i podwyższony powyżej 40 punktów. Wartość wyniku mieszcząca się w 1–4 stenie jest określana jako poziom lęku niższy niż przeciętny, 5–6 – jako przeciętny i 7–10 – jako wyższy niż przeciętny.

Test pochyleniowy wykonywano według protokołu włoskiego [13] z prowokacją NTG w pracowni Testu Pochyleniowego Kliniki Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej. Według protokołu włoskiego, stosuje się bierną pionizację pod kątem 60° przez 20 minut, następnie jeśli w tym czasie nie rozwinie się reakcja neurokardiogenna, podaje się nitroglicerynę podjęzykowo w dawce 400 mcg (Nitromint, Egis) i kontynuuje się pionizację przez 15 minut. Badanie kończy się po upływie 35 minut lub przerywa w przypadku wystąpienia omdlenia lub nasilonych objawów stanu przedomdleniowego i spadku ciśnienia tętniczego skurczowego poniżej 90 mm Hg. Po zakończeniu badania uzyskuje się informacje o pacjencie, o braku lub wystąpieniu reprodukcji objawów spontanicznych będących przyczyną dolegliwości. W przypadku dodatniego testu pochyleniowego, na podstawie jego przebiegu, badanie kwalifikuje się jako nadmierną reakcję na NTG w przypadku wystąpienia stanu przedomdleniowego po podaniu NTG i braku zwolnienia częstotliwości rytmu serca o co najmniej 10% w stosunku do wartości maksymalnych lub reakcję neurokardiogenną klasyfikowaną na typ mieszany, kardiodepresyjny lub wazodepresyjny według VASIS [1]. Przed skierowaniem na test pochyleniowy wszystkie pacjentki miały wykonane 12-odprowadzeniowe badanie elektrokardiograficzne oraz badanie echokardiograficzne, w których nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej.

ANALIZA STATYSTYCZNA

Zmienne jakościowe przedstawiono jako średnie i odchylenia standardowe i porównywano za pomocą testu *t*-Studenta. Zmienne jakościowe przedstawiano jako odsetki i porównywano za pomocą testu χ^2 . W celu znalezienia wartości KS1 i KS2, które z największą czułością i swoistością pozwalają na odróżnienie grupy badanej od grupy kontrolnej, przeprowadzono analizę metodą krzywych ROC. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu Statistica 10. Za istotne statystyczne przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI

Wyniki testu pochyleniowego

Pacjentki z grupy badanej stanowiły 21,5% całej grupy kobiet w wieku 21–40 lat skierowanej na test pochyleniowy. W grupie badanej ujemny wynik testu pochyleniowego stwierdzono u 5 kobiet (35,7%), u 6 kobiet (42,9%) wynikiem badania była reakcja neurokardiogenna typ mieszany według VASIS, a u 3 kobiet (21,4%) – nadmierna reakcja na NTG. U 2 kobiet spośród grupy badanej (14,3%) wystąpiła reprodukcja objawów, jakie pacjentki odczuwały w młodości, ale nie tych, które były powodem aktualnego zgłoszenia się do lekarza u 1 kobiety, 1 kobieta (7,1%) podawała występowanie w przeszłości omdleń na widok krwi, iniekcje i instrumentacje, jednak aktualne dolegliwości miały zupełnie inny charakter.

Tabela 1. Poziom lęku jako stanu (KS1)

	Grupa badana N = 14	Grupa kontrolna N = 124
Liczba punktów	45,1±12,2	37,5±10,5*
Pacjenci z wynikiem > 40 n (%)	8 (57,1)	42 (33,9)
Sten 1–4 n (%)	0 (0,0)	42 (33,9)*
Sten 5–6 n (%)	6 (42,9)	39 (31,5)
Sten 7–10 n (%)	8 (58,1)	43 (34,7)

* – $p < 0,05$.

W grupie badanej 1 kobieta podawała występowanie nadciśnienia tętniczego, którego nie podawała żadna kobieta z gru-

py kontrolnej, wszystkie kobiety z grupy badanej i kontrolnej zaprzeczały nadciśnieniu tętniczemu, cukrzycy, przebytemu zawałowi mięśnia serca.

Wyniki kwestionariusza Spilberga

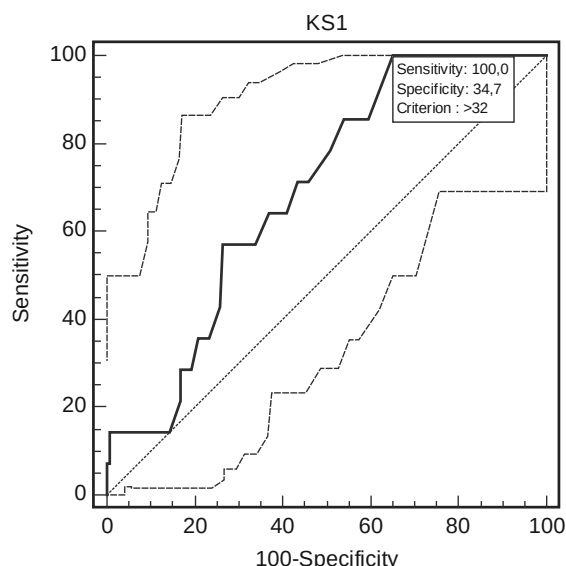
W tabeli 1 przedstawiono wyniki badania poziomu lęku jako stanu (KS1), a w tabeli 2 jako cechy (KS2). Stwierdzono istotnie wyższy poziom lęku jako cechy i jako stanu w grupie badanej niż w grupie kontrolnej.

Tabela 2. Poziom lęku jako cechy (KS2)

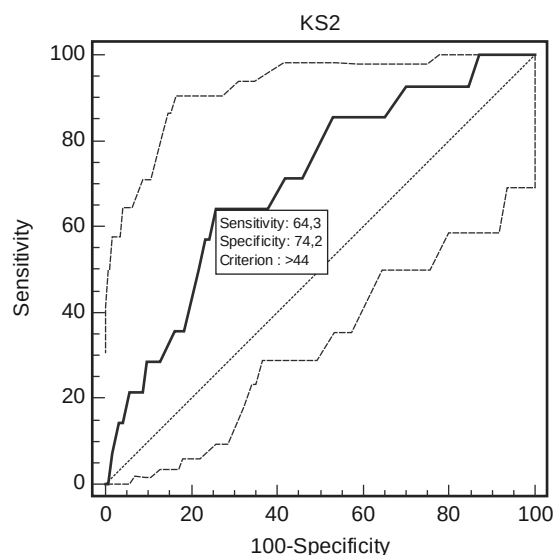
	Grupa badana N = 14	Grupa kontrolna N = 124
Liczba punktów	46,2±8.8	39,9±8.4*
Pacjenci z wynikiem > 40 n (%)	9 (64,3)	47 (37,9)*
Sten 1-4	3 (21,4)	69 (56,5)
Sten 5-6	2 (14,3)	24 (19,4)
Sten 7-10	9 (64,3)	31 (25,0)*

* – $p < 0,05$.

Na rycinie 1 przedstawiono wyniki analizy krzywych ROC dla poziomu lęku jako stanu (KS1).



Pole pod krzywą ROC (AUC)	0,690
Błąd standardowy	0,0818
95% przedział ufności	0,606 to 0,766
Poziom istotności P (Pole = 0,5)	0,0203



Pole pod krzywą ROC	0,705
Błąd standardowy	0,081
95% przedział ufności	0,622 to 0,780
Poziom istotności P (Pole = 0,5)	0,0114

Stwierdzono, że wartość poziomu lęku jako stanu (KS1) ponad 32 ze 100% czułością i 34,7% swoistością pozwala odróżnić pacjentów z grupy badanej od osób z grupy kontrolnej.

Na rycinie 2 przedstawiono wyniki analizy ROC dla poziomu lęku jako cechy (KS2)

Stwierdzono, że wartość poziomu lęku jako cechy (KS2) ponad 44 ze 64,3% czułością i 74,2% swoistością pozwala odróżnić pacjentów z grupy badanej od osób z grupy kontrolnej

WYNIKI

Test pochyleniowy jest badaniem diagnostycznym mającym na celu diagnostykę w kierunku występowania omdleń wazowagalnych. Jako narzędzie diagnostyczne ma swoją specyfikę, która polega na tym, że jego wynik nie pozwala na proste wykluczenie lub potwierdzenie ich występowania [1]. Pacjent z typowym wywiadem i ujemnym testem pochyleniowym dalej może mieć utrzymane rozpoznanie omdleń wazowagalnych, a pacjent z dodatnim wynikiem badania, podczas którego w ocenie pacjenta objawy są zupełnie inne niż w warunkach spontanicznych, może mieć takie rozpoznanie wykluczone i mieć zalecone dalsze postępowanie diagnostyczne [1, 6]. Takie podejście do interpretacji wyniku związane jest z dużą częstotliwością występowania reakcji neurokardiogennych w ogólnej populacji. Ponieważ około 30% osób ogólnej populacji może mieć omdlenia wazowagalne, wystąpienie u nich innego schorzenia i nieprawidłowe założenie, że może mieć ono tło wazowagalne w oparciu o wynik testu pochyleniowego prowadzić może do sytuacji, w której pacjent miałby nieprawidłowo postawione rozpoznanie oraz, co gorsza, nie byłby diagnozowany w kierunku właściwej przyczyny swoich dolegliwości.

Głównym wynikiem badania jest stwierdzenie, że pacjentki kierowane z podejrzeniem omdleń wazowagalnych, u których wykluczono to rozpoznanie jako przyczynę zgłaszanych dolegliwości, mają istotnie wyższy poziom lęku jako stanu i jako cechy w porównaniu do osób z grupy kontrolnej. Obserwacja ta wskazuje na możliwość występowania w tej grupie zaburzeń lękowych i istnienie wskazań do prowadzenia dalszej diagnostyki w tym kierunku. Zgodnie z oczekiwaniami, badana przez nas grupa kobiet jest ogólnie zdrowa, wszystkie kobiety miały przed wykonaniem testu pochyleniowego badanie echokardiograficzne, w którym nie wykazano istotnych odchyleń od normy, dlatego można wykluczyć strukturalną chorobę serca, ale nie występowanie zaburzeń rytmu serca lub występowanie napadów padaczki jako przyczyny podawanych dolegliwości. Uzyskane dane świadczące o niższej czułości przy wysokiej swoistości ustalonych punktów odcięcia są zgodne z tą oceną grupy badanej. Grupa kontrolna nie była badana pod kątem występowania zaburzeń lękowych, które są dość powszechne w populacji ogólnej, z czym wiążemy umiarkowanie wysoki poziom swoistości uzyskanych punktów odcięcia.

Przedstawione wyniki naszego badania, mimo że oparte na analizie stosunkowo mało licznej grupy pacjentek, są ważne, ponieważ pozwalają na ocenę grupy, która jest obecna w realnym świecie, natomiast nie ma jej w zazwyczaj w opublikowanych do tej pory badaniach.

Obecność tej grupy może tłumaczyć, dlaczego ocena poziomu lęku u pacjentek kierowanych na test pochyleniowy dała różne wyniki badania w pracach różnych autorów. W badaniu prowadzonym przez Cohen i wsp. stwierdzono wyższy, a w badaniu D'Antono i wsp. niższy poziom stresu u pacjentów z dodatnim, w porównaniu do pacjentów z ujemnym testem pochyleniowym [15, 16]. Kwalifikacja pacjentów zgłaszających się w celu

diagnostyki omdleń jedynie na podstawie dodatniego lub ujemnego wyniku testu pochyleniowego budzi wątpliwości metodologiczne, ponieważ pacjenci z omdleniami wazowagalnymi mogą mieć ujemny test pochyleniowy, zwłaszcza jeśli wykonuje się jedynie bierne pochylenie bez prowokacji farmakologicznej, co wielokrotnie opisywano w literaturze, zwłaszcza u pacjentów leczonych ćwiczeniami pionizacyjnymi (*tilt training*) [17]. Możliwość wyzwolenia reakcji neurokardiogennej zależy od szeregu okoliczności. Nawet niewielkie odwodnienie i gorączka istotnie mogą zwiększać ryzyko wystąpienia omdlenia, jednak również inne, nie poznane do tej pory wahania napięcia układu autonomicznego mogą powodować brak 100% powtarzalności testu pochyleniowego, wobec czego uznaje się, że ujemny wynik badania przy typowym wywiadzie nie pozwala na wykluczenie występowania omdleń wazowagalnych [1, 6, 18]. Biorąc pod uwagę te okoliczności, zastosowanie jako kryterium kwalifikacji do grupy badanej skierowanie pacjentki na test pochyleniowy celem diagnostyki zasłabnięć i/lub omdleń oraz wykluczenia rozpoznania reakcji neurokardiogennej, a nie ujemnego wyniku samego testu pochyleniowego, pozwoliło na wyodrębnienie grupy nie opisanej do tej pory w systematyczny sposób w literaturze. Należy zwrócić również uwagę na to, że powstanie tej grupy zależne było też od decyzji lekarzy prowadzących, którzy kierowali pacjentki zgłaszające nieswoiste objawy osłabienia, niepewności na test pochyleniowy.

Decyzję lekarzy kierujących te osoby na test pochyleniowy można uzasadnić na kilka sposobów. Po pierwsze, być może kierowane są pacjentki, których doznania przypominające omdlenia są objawami lęku, a więc przeżywają one wrażenie osłabienia lub omdlewania, jednak nie są to omdlenia wazowagalne *sensu stricto*. Sugerowałoby to trudności lekarzy nie będących psychiatrami w diagnostyce różnicowej chorób somatycznych i psychicznych. Trudności te są jednak w pełni uzasadnione, ponieważ generalną zasadą diagnostyki chorób psychicznych jest wykluczenie potencjalnego organicznego/somatycznego podłoża zgłaszanych dolegliwości. Bardzo często jednak w praktyce bywa tak, że na podstawie wywiadu od pacjenta, nawet dla doświadczonego psychiatry, może okazać się to trudne i czasochłonne. Badanie przez psychiatrę umożliwiłoby precyzyjne określenie profilu zaburzeń psychicznych, być

może pozwoliłoby zredukować liczbę osób kierowanych na specjalistyczne badanie testem pochyleniowym. Drugim powodem uzasadniającym kierowanie na diagnostykę jest to, że osoby o wyższym poziomie lęku jako cechy mają skłonność do traktowania różnych objawów somatycznych w sposób nadmiarowy, tj. wyolbrzymiania ich znaczenia, przywiązywania do nich bardzo dużej wagi i poświęcania im uwagi. Może to wynikać z obaw o własne zdrowie lub życie. Pacjenci przeżywający swoje objawy w ten sposób będą poszukiwać diagnostyki, aby wykluczyć poważną chorobę, która może te objawy wywoływać. Osoby te będą przedstawiać objawy i ich konsekwencje w sposób sugerujący konieczność podjęcia natychmiastowych działań przez lekarza prowadzącego. W takich okolicznościach lekarz podejmujący decyzję wyłącznie na podstawie wywiadu, nie mając możliwości zweryfikowania informacji dotyczących przebiegu zgłaszanych objawów, ma obowiązek przeprowadzenia diagnostyki. Wydaje się jednak, zwłaszcza w świetle uzyskanych wyników, że w przypadku zdrowych somatycznie osób młodych badanie psychiatryczne powinno stanowić część procesu diagnostycznego.

WNIOSKI

1. U około 20% patientek kierowanych na test pochyleniowy wykonanie badania i ocena zgłaszanych dolegliwości oraz reprodukcji objawów spontanicznych podczas testu pochyleniowego pozwala na wykluczenie omdleń wazowagalnych jako przyczyny zgłaszanych dolegliwości.
2. U patientek w grupie badanej stwierdza się wysoki poziom lęku jako cechy i jako stanu, co wskazuje na możliwość występowania zaburzeń lękowych jako podłoża zgłaszanych dolegliwości.
3. Wykluczenie rozpoznania omdleń wazowagalnych u młodych kobiet kierowanych z takim podejrzeniem na test pochyleniowy powinno zwrócić uwagę na możliwość występowania u nich zaburzeń lękowych.

Źródło finansowania: Ocena nasilenia objawów lęku, depresji i dysocjacji u pacjentów z rozpoznaniem omdleń wazowagalnych. Grant działalności statutowej AM nr ST-384.

BIBLIOGRAFIA

1. Moya A, Sutton R, Ammirati F, et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). *Eur Heart J* 2009; 30: 2631–2671.
2. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, et al. Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med* 2002; 347: 878–885.
3. Ganzeboom KS, Mairuhu G, Reitsma J, et al. Lifetime cumulative incidence of syncope in the general population: a study of 549 Dutch subjects aged 35–60 years. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2006; 17: 1172–1176.
4. Serletis A, Rose S, Sheldon AG, Sheldon RS. Vasovagal syncope in medical students and their first-degree relatives. *Eur Heart J* 2006; 27: 1965–1970.
5. Colman N, Nahm K, Ganzeboom KS, et al. Epidemiology of reflex syncope. *Clin Auton Res* 2004; 14(Suppl. 1): 9–17.
6. Kulakowski P, Piotrowska D, Konofolska A. Tilt testing: is it necessary in all patients with suspected vaso-vagal syncope? *Pacing Clin Electrophysiol* 2005; 28: 968–974.
7. Depla MF, ten Have ML, van Balkom AJ, de Graaf R. Specific fears and phobias in the general population: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 200–208.
8. Thyer BA, Himle J, Curtis GC. Blood-injury-illness phobia: a review. *J Clin Psychol* 1985; 41: 451–459.
9. Angenendt J. *Zaburzenia lękowe*. W: Freyberger HJ, Schneider W, Stieglitz R-D, red. *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2002: 127–138.
10. Rouillon F. Epidemiology of panic disorder. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 1999; 12: 7–12.
11. Pużyński S, Wciórka J, red. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Warszawa–Kraków: Vesalius; 2000.
12. Giada F, Silvestri I, Rossillo A, et al. Psychiatric profile, quality of life and risk of syncopal recurrence in patients with tilt-induced vasovagal syncope. *Europace* 2005; 7: 465–471.
13. Wrześniowski K, Sosnowski T, Jaworowska A, Fecenec D. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI*. Podręcznik. Wyd. III.
14. Bartoletti A, Gaggioli G, Menozzi C, et al. Head-up tilt testing potentiated with oral nitroglycerin: a randomized trial of the contribution of a drug-free phase and a nitroglycerin phase in the diagnosis of neurally mediated syncope. *Europace* 1999; 1: 183–186.
15. Cohen TJ, Thayapran N, Ibrahim B, Quan C, et al. An association between anxiety and neurocardiogenic syncope during head-up tilt table testing. *Pacing Clin Electrophysiol* 2000; 23: 837–841.
16. D'Antono B, Dupuis G, St-Jean K, et al. Prospective evaluation of psychological distress and psychiatric morbidity in recurrent vasovagal and unexplained syncope. *J Psychosom Res* 2009; 67: 213–222.
17. Ector H. Home orthostatic training in vasovagal syncope modifies autonomic tone: results of a randomized, placebo-controlled pilot study. *Europace* 2010; 12: 910.
18. Aerts AJ, Dendale P, Block P, Dassen WR. Reproducibility of nitrate-stimulated tilt testing in patients with suspected vasovagal syncope and a healthy control group. *Am Heart J* 2005; 150: 251–256.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Dorota Zyśko
Zakład Ratownictwa Medycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 600 125-283

Praca wpłynęła do Redakcji: 20.10.2012 r.

Po recenzji: 12.11.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 13.11.2012 r.