

СТРАКОЛИСТ Ганна

Запорізький національний університет
<https://orcid.org/0000-0003-2980-7417>
strakolist_anna@ukr.net

БОГДАНОВСЬКА Надія

Запорізький національний університет
<https://orcid.org/0000-0002-2410-845X>
nadezhdabg2012@gmail.com

МАЙСТРУК Микола

Хмельницький національний університет
<https://orcid.org/0000-0002-0579-479X>
nikemaynik777@gmail.com

СИНКОПАЛЬНІ СТАНИ В ПРАКТИЦІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ

У науковій роботі опрацьовані вітчизняні та зарубіжні літературні джерела, інтернет-ресурси з обраної проблематики дослідження, що дозволило обґрунтувати актуальність дослідження. Аналіз та узагальнення наукової інформації з теми дослідження показав, що синкопе є серйозною медичною проблемою з можливими наслідками травматизму. До непритомності призводять зниження системного артеріального тиску та наступна глобальна гіперперфузія головного мозку. Ауторегуляція мозкового кровотоку полягає у міогенному механізмі вазоконстрикції та вазодилатації судин у відповідь на коливання тиску. Чинником, що визначає відносно постійний рівень мозкового кровотоку, є зміна діаметра судин. У осіб похилого віку атеросклеротичні зміни судин призводять до зростання їх жорсткості, особливо arteria carotis та зниження тонулу блукаючого нерва, що обумовлює більшість випадків синкопе. Відповідно до мети дослідження було розглянуто типи синкопе, синкопе осіб похилого віку та заходи щодо усунення безпосередньої загрози життю пацієнта під час фізіотерапевтичного втручання в рамках знань і компетенцій професійної діяльності фізичного терапевта. Було рекомендовано подальший фізіотерапевтичний менеджмент пацієнтів похилого віку з синкопе проводити після комплексної геріатричної оцінки.

Ключові слова: синкопальні стани, фізичний терапевт, пацієнти похилого віку.

<https://doi.org/10.31891/pcs.2025.4.19>

1. ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ У ЗАГАЛЬНОМУ ВИГЛЯДІ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ВАЖЛИВИМИ НАУКОВИМИ ЧИ ПРАКТИЧНИМИ ЗАВДАННЯМИ

Фізичні терапевти – це незалежні професіонали сфери охорони здоров'я, які займаються розвитком, підтримкою та відновленням рухових функцій і рухової та функціональної спроможності людини впродовж усього життя. Фізичні терапевти в Україні провадять свою професійну діяльність у різних місцях та за різних обставин у залежності від їх освітньої підготовки та практичного досвіду [1].

Алгоритм практичної діяльності фізичного терапевта передбачає ряд процедур терапевтичного втручання, що може спровокувати загострення наявної чи супутньої патології, та викликати синкопе, особливо у пацієнтів похилого віку. Це пов'язано із природними віковими змінами в організмі, наявними захворюваннями та особливостями життєдіяльності, зокрема

рівнем повсякденної рухової активності, особливостями харчування, тощо.

2. АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПУБЛІКАЦІЙ

Непритомність (синкопе) – короткочасна втрата свідомості, що супроводжується втратою постурального тонулу, обумовлена недостатнім кровопостачанням головного мозку. Мозок, як орган, складає лише близько 2% маси тіла, проте він отримує до 15-20% загального серцевого викиду, що робить його одним із найбільш сильно перфузованих органів в організмі. Високі метаболічні потреби мозку, в основному покладаючись на окислювальний метаболізм, потребують не тільки високої частки серцевого викиду, але і відносно постійного кровотоку [2]. Відомо, що запаси основного енергетичного джерела для головного мозку, глюкози, витрачаються за 3 хвилини. Тому, гіперперфузія головного мозку протягом 10-15 секунд неминуче

призводить до втрати свідомості. Знепритомніння може розвинути й швидше, якщо цьому передують гіпоксемія чи гіпоглікемія [3].

Зміна діаметра судин-це чинник, що визначає відносно постійний рівень мозкового кровотоку. Міогенний механізм ауторегуляції мозкового кровотоку полягає у вазоконстрикції та вазодилатації судин у відповідь на коливання тиску [4,2]. Рівень

артеріального тиску визначається величиною серцевого викиду та загального периферичного судинного опору. Глобальна гіпоперфузія головного мозку внаслідок зниження системного артеріального тиску призводять до непритомності [2]. Патофізіологічна основа класифікації синкопе представлена на рисунку 1.



Рис. 1. Патофізіологічні основи класифікації синкопальних станів

Непритомність є серйозною медичною проблемою з багатьма наслідками: травматизму, розвитку невпевненості пацієнта в собі, погіршення якості життя, тощо. Приблизно 25% людей віком від 65 років знепритомніють протягом року, і 2% падінь ускладнюються травмою, кожен прожитий рік збільшує ризик травматизації під час падіння на 4-5% [5]. Той факт, що більшість падінь у пацієнтів похилого віку відбуваються непоміченими, внаслідок зниження когнітивних функцій чи деменції, або свідомо приховані, через побоювання, що це негативно вплине на ставлення до них, посилює проблему [6]

3. ВИДІЛЕННЯ НЕВИРІШЕНИХ РАНІШЕ ЧАСТИН ЗАГАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ, КОТРИМ ПРИСВЯЧУЄТЬСЯ ОЗНАЧЕНА СТАТТЯ

Насьогодні, в практиці фізичних терапевтів невіршеними проблемами синкопальних станів у літніх пацієнтів

залишаються точна діагностика причини синкопе, будь то серцева, неврологічна чи ортостатична, навчання пацієнтів розпізнавати продроми, запобігання повторним падінням та епізодам синкопе, безпечне планування фізичної активності та вдосконалення навички швидкої реалізації заходів щодо усунення безпосередньої загрози життю пацієнта у рамках знань та компетенцій професійної діяльності.

4. ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ

Метою дослідження є розгляд типів синкопе та заходів щодо усунення безпосередньої загрози життю пацієнта в рамках знань і компетенцій професійної діяльності фізичного терапевта.

5. ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПОВНИМ ОБҐРУНТУВАННЯМ ОТРИМАНИХ НАУКОВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

У патофізіології синкопе ключову роль відіграє вегетативна нервова система через регуляцію числа серцевих скорочень, тону судин, перед- та постнавантаження. Відомі причини непритомності поділяються на 2 групи: кардіальні і некардіальні. До 80% випадків непритомності пов'язують з відхиленнями в роботі серцево-судинної системи [7].

Серед синкопе нейрогенного походження виділяють вазовагальний, синокаротидний та ситуаційно обумовлений типи. Патогенез ангіогенних синкопів розвивається за механізмом вазовагального або синокаротидного рефлексів. При вазовагальних синкопе основним джерелом афферентної нейрональної активності є серцево-легеневі механорецептори, а при синокаротидному синдромі – каротидні барорецептори, патологічна активність яких виникає при надмірних емоційних, фізичних навантаженнях та при локальному подразненні. Це найбільш часті синкопе у людей похилого віку, що обумовлені зниженням тону блукаючого нерва і підвищеною жорсткістю сонної артерії, що розвивається при атеросклерозі та судинному старінні.

Вазовагальні синкопи більш притаманні особам молодого віку. Виникають у вертикальному положенні тіла при наявності психоемоційного подразника: страх, біль, неприємні події, кров. Непритомності практично завжди передують загальна слабкість, нудота, позіхання, пітливість. Варто надати горизонтального положення хворому і він швидко приходить до тями. Після відновлення свідомості сплутаності її не буває. В основі непритомності лежить зниження артеріального тиску без компенсаторного збільшення серцевого викиду. При дослідженні пульсу часто відмічається брадикардія внаслідок підвищення тону вагуса. Відбувається гіперперфузія у кісткових м'язах та гіпоперфузія головного мозку. Зниження кров'яного тиску призводить до активації ренін-ангіотензин-альдостеронової системи та секреції вазопресину, що пояснює відчуття нудоти. Можливою причиною підвищення тону блукаючого нерва вважають раптове подразнення каротидного синуса на тлі стресу з наступною барорецепторною реакцією [8].

Синокаротидні синкопе пов'язані з гіперчутливістю каротидного синуса. Частіше спостерігаються у літніх чоловіків. Можуть виникати при поворотах голови або при тиску на каротидний синус. У багатьох випадках непритомність розвивається раптово, без продромального періоду. У діагностиці головне значення має проба із короткотривалим масажем каротидного синусу [9].

Ситуаційні синкопе відзначаються в момент тривалого кашлю, сечовипускання, при чханні, при стимуляції рецепторів травного тракту (при ковтанні, дефекації, вісцеральних болях), при нутужуванні та піднятті вантажу. Ніктуричне синкопе, як правило, спостерігають у чоловіків похилого віку з гіперплазією передміхурової залози. У типових випадках непритомність розвивається під час або безпосередньо після сечовипускання у нічний час. Беттолепія розвивається під час тривалого епізоду сильного кашлю, особливо у літніх пацієнтів із хронічною обструктивною хворобою легень. Постпрандіальні непритомності зазвичай виникають в осіб похилого віку після вживання великої кількості їжі. В основі синкопе лежить зменшення мозкового кровотоку через підвищення внутрішньочерепного тиску.

Серед синкопе ортостатичного типу виділяють периферичну вегетативну недостатність та лікарсько-індуковану ортостатичну гіпотензію. Ортостатичні синкопе виникає частіше у осіб похилого віку при різкій зміні положення тіла, при переході з горизонтального до вертикального положення, під час прийому діуретиків, вазодилаторів та інших лікарських засобів що призводить до ортостатичної гіпотензії. Ортостатична гіпотензія визначається як стійке зниження артеріального систолічного тиску на ≥ 20 мм рт. ст. або діастолічного артеріального тиску на ≥ 10 мм рт. ст. [10]. В основі патогенезу ортостатичних синкопе лежить недосконалість компенсаторного звуження судин ніг в ортостазі зі зниженням артеріальним тиском у вертикальному положенні.

Кардіогенні синкопи найбільш важливі в практичному плані, тому що вони асоціюються з підвищеним ризиком смерті пацієнта. Провідними причинами синкопів кардіогенного типу є зниження серцевого викиду через аритмію, АВ-блокади та

структурні захворювання серця, при яких кровотік у лівому шлуночку утруднений. Прийом аденоблокаторів може викликати брадикардію або АВ-блокаду у хворих з попереднім ураженням провідної системи серця. Непритомність на тлі органічного захворювання серця є важливим типом синкопе з прогнозом гірше, ніж у пацієнтів без серцевого захворювання [11].

Дегенеративний стеноз аорти є найчастішим ураженням клапанів серця у людей похилого віку, а також найчастішою структурною серцево-судинною причиною непритомності [12].

За деякими даними [13] у 1% випадків причиною непритомності може бути тромбоемболія легеневої артерії. Інші структурні серцево-судинні аномалії, які можуть викликати непритомність, зустрічаються значно рідше у пацієнтів похилого віку. До них відносяться легенева гіпертензія, міксом передсердь, гіпертрофічна кардіоміопатія, розшарування аорти та синдром підключичного обкрадання.

На кардіопатологію може вказувати біль у грудній клітці, задишка, виражена тахікардія та/або брадикардія. Імовірність зв'язку непритомності з кардіальною патологією збільшується з віком. Серцеві синкопе становлять до 15% випадків непритомності у людей похилого віку.

Патогенез кардіогенних синкопе розвивається за шляхами кардіоінгібіторному, вазодепресорному і змішаному. Кардіоінгібіція з асистолією характеризується тривалістю останньої більше 3 секунд і зниженням систолічного артеріального тиску на 50 мм рт.ст. Кардіоінгібіція без асистолії супроводжується сповільненням частоти серцевих скорочень до менше ніж 40 уд/хв. протягом 10 секунд. ЧСС не зменшується більше ніж на 10% при вазодепресійному шляху розвитку синкопе [14].

Підключичний синдром обкрадання – цереброваскулярний тип синкопе, асоційований з вогнищевими неврологічними ознаками. При інтенсивній роботі руками пацієнт може знепритомніти. Патогенез цереброваскулярного синкопе розвивається при оклюзії або вираженому стенозі проксимального відділу підключичної артерії, внаслідок чого кров у неї надходить із

хребетної артерії, що призводить до ішемії мозку [15].

Аналіз сучасних наукових досліджень та публікацій показав, що найбільш поширений вазовагальний тип синкопе, тому як на їх частку припадає близько 18% всіх випадків. Кардіогенні синкопе спостерігаються рідше, більшість з яких пов'язані з аритміями – 14 %. Близько 3 % кардіогенних синкопе обумовлені структурними захворюваннями серця. Поширеність ортостатичного типу синкопе складає 8 % всіх зафіксованих випадків. Ситуаційно-зумовлені синкопе складають приблизно 5 % та 1 % приходить на синокаротидні синкопе. Приблизно у третини випадків причину синкопе встановити не вдається [16].

Поширеність падінь найвища серед пацієнтів старше 75 років, при цьому дослідниками був доведений зв'язок падінь з непритомністю та переднепритомними станами. У людей похилого віку найчастішими причинами синкопе є ортостатична гіпотензія, синдром каротидного синуса, нейроопосередковані синкопальні стани та серцеві аритмії [10].

Втрата свідомості є небезпечними для життя хворого симптомом. Від того як швидко зорієнтується фізичний терапевт в тій чи іншій клінічній ситуації може залежати навіть життя пацієнта. Тому, фізичні терапевти, спираючись на своє професійне судження у рамках знань та компетенцій професійної діяльності повинні вміти швидко приймати рішення та реалізовувати заходи щодо усунення безпосередньої загрози життю пацієнта.

Для усунення непритомності, яка виникла під час реабілітаційного втручання, необхідно перш за все укласти пацієнта, голову повернути на бік, щоб язик не западав і не перешкоджав проходженню повітря. Для кращого відновлення перфузії головного мозку ноги пацієнта треба підняти на висоту 60-70° по відношенню до горизонтальної поверхні. Якщо умови не дозволяють цього зробити, то треба посадити і опустити голову пацієнта нижче колін. Далі оцінити стан пацієнта, а саме перевірити наявність пульсу, дихання та свідомості.

З метою зниження тиску на каротидний синус треба розстебнути комір та розслабити тугий одяг. Обличчя та шию необхідно збризкати холодною водою та дати вдихнути

пари нашатирного спирту. Якщо пацієнта знобить, рекомендується укутати його теплою ковдрою. Перебувати в такому положенні пацієнт має доти, доки не пройде відчуття м'язової слабкості. Коли цей стан минає, то дозволяється йому обережно вставати, але протягом 5-10 хвилин продовжується спостереження за пацієнтом.

Якщо у пацієнта відсутні свідомість та дихання, треба негайно розпочинати серцево-легеневу реанімацію. Також треба негайно викликати швидку медичну допомогу, якщо є загрозливий життю стан, а самотійна допомога неможлива.

З метою попередження у пацієнтів синкопе під час реабілітаційного втручання, необхідно встановити та усунути тригерні фактори, що сприяють виникненню непритомних станів, а саме тривале перебування у вертикальному положенні, перебування в задушливому приміщенні, різкий перехід пацієнта із горизонтального у вертикальне положення, різка зміна положення тіла у просторі під час виконання комплексів терапевтичних вправ, тиск на каротидний синус. При лікувально-індукованих синкопах надаються рекомендації щодо відвідування лікаря з метою корекції дози та часу прийому препаратів. При вазовагальних та ортостатичних синкопах рекомендують збільшити кількість споживаної рідини до 3,5-4 л на добу, хлориду натрію з контролем артеріального тиску, носити компресійні панчохи та регулярне виконання терапевтичних вправ. Пацієнтам із синкопальними станами внаслідок порушень ритму та провідності серця, а також синдромом каротидного синусу може бути рекомендована консультація кардіохірурга щодо імплантації кардіостимулятора або кардіовертер-дефібрилятора.

Подальший алгоритм фізіотерапевтичного втручання пацієнта з синкопе повинний базуватися на диференційному діагнозі синкопе та обраної стратегії лікування.

Відповідно до Рекомендацій Європейської кардіологічної спільноти [17] з діагностики та лікування синкопальних

станів, непритомність діагностується за клінічною картиною втрати свідомості та симптомів, які пацієнт відчував безпосередньо до та після втрати свідомості. До таких симптомів відносяться запаморочення, головокружіння, дзвін у вухах, нудота, серцебиття, тунельний зір, розпливчастість зору, слабкість, сонливість, загальмованість, парестезії в дистальних відділах кінцівок.

У більшості випадків синкопе при огляді пацієнтів відзначається блідість шкірних покривів та спадання видимих вен, особливо помітних на шиї та верхніх кінцівках. Шкірні покрови спочатку сухі, потім вони рясно звожуються. Відмічається розслаблення скелетної мускулатури, сповільнення дихання, брадикардія та зниження артеріального тиску, звуження зіниць.

Діагностика синкопе у пацієнтів похилого віку з різними когнітивними функціями може бути досить складним завданням. Необхідний структурований комплексний підхід, який повинен включати класичне кардіологічне обстеження з оцінкою порушень серцевого ритму, структурних захворювань, проведення ортостатичної проби та всебічну корекцію фармакотерапії і виконання комплексної геріатричної оцінки. Оцінка та профілактика можливих причин падіння наведені на рисунку 2.

Реалізація оптимальної тактики лікування та реабілітаційного втручання у осіб похилого віку з синкопе досить скрутна через поліморбідність захворювань, прийому лікарських препаратів, когнітивних та функціональних порушень, притаманних цієї віковій категорії, та зниження або й зовсім відсутності психосоціальної підтримки з боку родичів та друзів. Для курації таких пацієнтів рекомендується проведення комплексної геріатричної оцінки з урахуванням когнітивних та функціональних особливостей пацієнта. Геріатрична оцінка – це комплексний мультикомандний підхід багатопрофільної діагностики та лікування, спрямований на покращення результатів лікування та якості життя людей похилого віку.

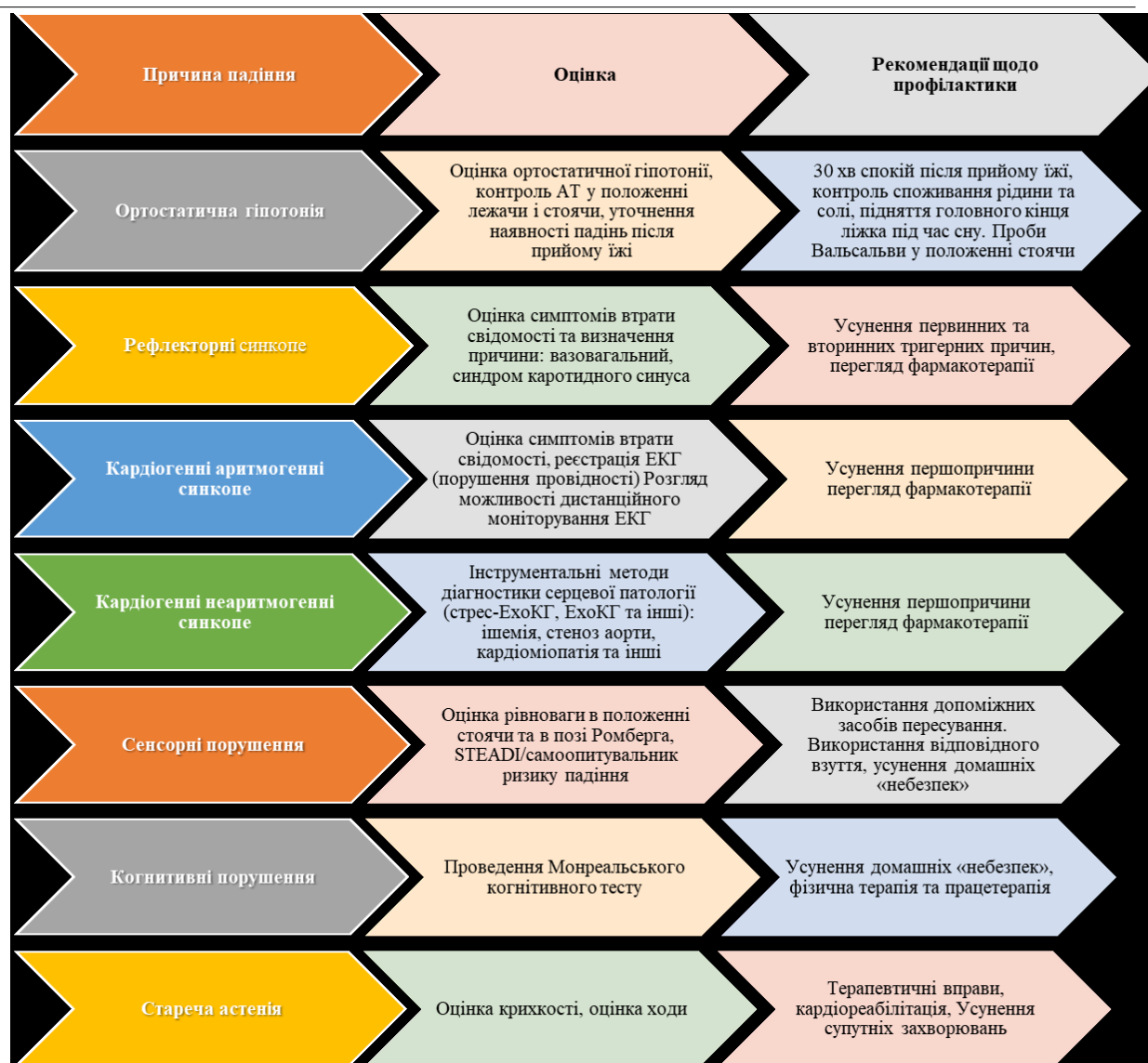


Рис. 2. Оцінка та профілактика можливих причин падіння

6. ВИСНОВКИ І ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК У ДАНОМУ НАПРЯМКУ

Втрата свідомості є небезпечним для життя хворого симптомом. Травматизація внаслідок синкопальних падінь, поширена проблема серед осіб похилого віку. Ортостатична гіпотензія, серцеві аритмії та нейрорефлекторні синкопе розповсюдженіші причини знепритомніння даної категорії

населення. Для усунення непритомності, яка виникла під час реабілітаційного втручання, від фізичного терапевта вимагається рішучість та швидка реалізація заходів щодо усунення безпосередньої загрози життю пацієнта у рамках знань та компетенцій професійної діяльності. Подальший фізіотерапевтичний менеджмент пацієнтів похилого віку з синкопе рекомендується проводити після комплексної геріатричної оцінки.

Література

1. Сфера професійної діяльності фізичного терапевта в Україні. PT_Scope_of_Practice_in_Ukraine_2020.pdf. https://uapt.org.ua/wp-content/uploads/2020/09/PT_Scope_of_Practice_in_Ukraine_2020.pdf
2. Сиволап В. Д. Синкопе та пресинкопальні стани: Навчальний посібник до практичних занять та самостійної роботи студентів медичного та педіатричного факультетів з дисципліни «Внутрішня медицина». Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. 95 с. <https://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/11305?mode=full>
3. Невідкладні стани: навчальний посібник. За ред. проф. П. Г. Кондратенка. Донецьк, Новий світ, 2001. 470 с.
4. McIntosh S., Da Costa D., Kenny R.A. Outcome of an integrated approach to the investigation of dizziness, falls and syncope in elderly patients referred to a 'syncope' clinic. Age Ageing 1993 Jan;22(1):53-58. <https://doi.org/10.1093/ageing/22.1.53>

5. Evaluation of Older Adults in the Emergency Department Following a Fall. *Emerg Med Clin North Am.* 2025. 43(2):189-198. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2024.08.003>
6. Manemann S.M., Chamberlain A.M., Boyd C.M., Miller D.M., Poe K.L., Cheville A., Weston S.A., Koepsell E.E., Jiang R., Roger V.L. Fall risk and outcomes among patients hospitalized with cardiovascular disease in the community. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2018. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004199>
7. Adriane Lesser I, Juhi Israni I, Tyler Kent I, Kelly J Ko. Association Between Physical Therapy in the Emergency Department and Emergency Department Revisits for Older Adult Fallers: A Nationally Representative Analysis. 2018. 66(11):2205-2212. <https://doi.org/10.1111/jgs.15469>
8. Muzaffar Ali, Jose Carlos Pachon Maetos, Khalil Kanjwal., Ko. Management strategies for vasovagal syncope. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2021 Dec;44(12):2100-2108. <https://doi.org/10.1111/pace.14402>
9. A O Gukov, A M Zdanov. Carotid sinus syndrome and vasovagal syncope. *Ter Arkh.* 2000;72(12):72-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11201843/>
10. Freeman R., Wieling W., Axelrod F.B., et al. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. *Clin Auton Res.* 2011; 21(2):69-72. <https://doi.org/10.1007/s10286-011-0119-5>
11. Falls and Atrial Fibrillation in Elderly Patients Chen-Ying Hung. *Acta Cardiol Sin.* 2013. 29(5):436-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27122741>
12. Simona Daniela Ionescu, V Sandru at all. Analysis of some clinical aspects of degenerative valvular heart diseases in medical practice. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2003. 107(1):98-101. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14755977/>
13. Akshay Machanahalli Balakrishna, Vuha Reddi at all. Intermediate-Risk Pulmonary Embolism: A Review of Contemporary Diagnosis, Risk Stratification and Management. *Medicina (Kaunas).* 2022. 58(9):1186. <https://doi.org/10.3390/medicina58091186>
14. Діагностика та ведення пацієнтів із синкопальними станами за рекомендаціями ESC 2018. <https://health-ua.com/article/41682-dagnostika-tavedennya-patentv-zsinkopalnimi-stanami-zarekomendatsiyami-ESC-2>
15. Frederic De Roeck, Maxime Tijskens, Vincent F M Segers. Coronary-subclavian steal syndrome, an easily overlooked entity in interventional cardiology. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2020. 96(3):614-619. <https://doi.org/10.1002/ccd.28362>
16. Verma S.K., Willetts J.L., Corns H.L., Marucci-Wellman H.R., Lombardi D.A., Courtney T.K. Falls and fall-related injuries among community-dwelling adults in the United States. *PLoS One.* 2016. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150939>
17. Рекомендації ESC по діагностиці та лікуванню синкопальних станів (2018 р). <https://www.webcardio.org/rekomendatsiji-esc-po-diagnostytsi-ta-likuvannyu-synkopalnykh-staniv-2018-r.aspx>

References

1. The scope of professional activity of a physical therapist in Ukraine. *PT_Scope_of_Practice_in_Ukraine_2020.pdf*. https://uapt.org.ua/wp-content/uploads/2020/09/PT_Scope_of_Practice_in_Ukraine_2020.pdf
2. Syvolap V. D. (2020) Syncope and presyncopal states: A textbook for practical classes and independent work of students of medical and pediatric faculties in the discipline "Internal Medicine". Zaporizhzhia: ZMU, 95 c. <https://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/11305?mode=full>
3. Emergencies: a textbook. Edited by Prof. P. G. Kondratenko (2001). Donetsk, Novy Svit. 470 c.
4. McIntosh S., Da Costa D., Kenny R.A.(1993) Outcome of an integrated approach to the investigation of dizziness, falls and syncope in elderly patients referred to a 'syncope' clinic. *Age Ageing.* 22(1):53-8. <https://doi.org/10.1093/ageing/22.1.53>
5. Evaluation of Older Adults in the Emergency Department Following a Fall. (2025). *Emerg Med Clin North Am.* 43(2):189-198. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2024.08.003>
6. Manemann S.M., Chamberlain A.M., at all. (2018) Fall risk and outcomes among patients hospitalized with cardiovascular disease in the community. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004199>
7. Adriane Lesser, Juhi Israni, Tyler Kent, Kelly J Ko. (2018) Association Between Physical Therapy in the Emergency Department and Emergency Department Revisits for Older Adult Fallers: A Nationally Representative Analysis. 66(11):2205-2212. <https://doi.org/10.1111/jgs.15469>
8. Muzaffar Ali, Jose Carlos Pachon Maetos, Khalil Kanjwal., Ko. (2021) Management strategies for vasovagal syncope. *Pacing Clin Electrophysiol.* Dec;44(12):2100-2108. <https://doi.org/10.1111/pace.14402>
9. A O Gukov, A M Zdanov (2000). Carotid sinus syndrome and vasovagal syncope. *Ter Arkh.* 72(12):72-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11201843/>
10. Freeman R., Wieling W., Axelrod F.B., et all (2011) Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. *Clin Auton Res.* 21(2):69-72. <https://doi.org/10.1007/s10286-011-0119-5>
11. Chen-Ying Hung (2013). Falls and Atrial Fibrillation in Elderly Patients *Acta Cardiol Sin.* 29(5):436-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27122741>
12. Simona Daniela Ionescu, V Sandru at all (2003). Analysis of some clinical aspects of degenerative valvular heart diseases in medical practice. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 107(1):98-101. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14755977/>

13. Akshay Machanahalli Balakrishna, Vuha Reddi at all (2022). Intermediate-Risk Pulmonary Embolism: A Review of Contemporary Diagnosis, Risk Stratification and Management. *Medicina* (Kaunas).58(9):1186. <https://doi.org/10.3390/medicina58091186>
14. Diagnosis and safety management of syncope according to ESC recommendations (2018). <https://health-ua.com/article/41682-dagnostika-tavedennya-patcntv-zsinkopalnimi-stanami-zarekomendatcyami-ESC-2>
15. Frederic De Roeck, Maxime Tijssens, Vincent F M Segers (2020). Coronary-subclavian steal syndrome, an easily overlooked entity in interventional cardiology. *Catheter Cardiovasc Interv.* 96(3):614-619. <https://doi.org/10.1002/ccd.28362>
16. Verma S.K., Willetts J.L., Corns H.L., Marucci-Wellman H.R., Lombardi D.A., Courtney T.K (2016). Falls and fall-related injuries among community-dwelling adults in the United States. *PLoS One.* <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150939>
17. ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Syncope (2018). <https://www.webcardio.org/rekomendatsiji-esc-po-diagnostytsi-ta-likuvannyu-synkopalnynykh-staniv-2018-r.aspx>

Abstract

STRAKOLYST Anna, BOHDANOVSKA Nadiya

Zaporizhzhia National University

MAISTRUK Mykola

Khmelnitskyi National University

SYNCOPE STATES IN THE PRACTICE OF PHYSICAL THERAPISTS IN ELDERLY PATIENTS

The scientific work has reviewed domestic and foreign literary sources, Internet resources on the selected research issues, which allowed us to substantiate the relevance of the study. Analysis and synthesis of scientific information on the topic of the study showed that syncope is a serious medical problem with possible consequences of trauma. Fainting is caused by a decrease in systemic blood pressure and subsequent global hypoperfusion of the brain. Autoregulation of cerebral blood flow consists of a myogenic mechanism of vasoconstriction and vasodilation of vessels in response to pressure fluctuations. The factor that determines a relatively constant level of cerebral blood flow is the change in vessel diameter. In the elderly, atherosclerotic changes in the vessels lead to increased stiffness, especially in the carotid artery, and decreased vagus nerve tone, which causes most cases of syncope. Fainting is a serious medical problem with many consequences: injuries, the development of the patient's self-doubt, and a deterioration in the quality of life. Unresolved problems of syncope in elderly patients in the practice of physical therapists are identified, namely accurate diagnosis of the cause of syncope, teaching patients to recognize prodromes, preventing repeated falls and episodes of syncope, safe planning of physical activity, and improving first aid skills. In accordance with the purpose of the study, the types of syncope, syncope in the elderly, and measures to eliminate the immediate threat to the patient's life during physiotherapy intervention within the knowledge and competencies of the professional activity of a physical therapist were considered. It was recommended that further physiotherapy management of elderly patients with syncope be carried out after a comprehensive geriatric assessment, taking into account the patient's cognitive and functional characteristics.

Keywords: syncope conditions, physical therapist, elderly patients.

Стаття надійшла до редакції / Received 29.10.2025

Прийнята до друку / Accepted 18.12.2025