

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СИНКОПАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В РОССИЙСКОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ЖУРНАЛЕ В 2019 ГОДУ

DOI: 10.37586/2686-8636-1-2023-67-74

УДК: 616-08-035

Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Ерусланова К.А., Алимова Е.Р.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва, Россия

Резюме

Обморок (синкопальное состояние, синкопе) — это кратковременная преходящая потеря сознания, связанная со снижением или прекращением кровоснабжения головного мозга. Синкопальные состояния являются одной из причин падений у пожилых пациентов, что приводит к росту числа госпитализаций и смертности. С возрастом увеличивается частота обмороков, этиология которых не всегда ясна. Причинами синкопе у пожилых могут послужить: ортостатическая гипотензия, рефлекторные синкопе (в том числе синдром каротидного синуса, нейроопосредованные синкопальные состояния), структурные заболевания сердца и сердечные аритмии. Пациенты пожилого и старческого возраста являются группой риска, поэтому требуется структурированный и комплексный подход к их ведению. Организованный алгоритм ведения позволяет оценить причину обморока, риск и выбрать оптимальную тактику лечения у пожилых пациентов.

Ключевые слова: синкопе; обморок; падения; пожилой человек; алгоритм ведения.

Для цитирования: Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Ерусланова К.А., Алимова Е.Р. Алгоритм ведения пожилых больных с синкопальными состояниями на основании клинических рекомендаций Европейского общества кардиологов, опубликованных в Российском кардиологическом журнале в 2019 году. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2023; 1(13): 67–74. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2023-67-74

ALGORITHM FOR MANAGING OLDER PATIENTS WITH SYNCOPE BASED ON THE GUIDELINES OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY «SYNCOPE» PUBLISHED IN THE RUSSIAN JOURNAL OF CARDIOLOGY IN 2019

Tkacheva O.N., Kotovskaya Yu.V., Eruslanova K.A., Alimova E.R.

Pirogov Russian National Research Medical University, Russian Gerontology Research and Clinical Centre, Moscow, Russia

Abstract

Syncope is a short-term transient loss of consciousness associated with a decrease or cessation of blood supply to the brain. Syncope is one of the causes of falls in older patients, leading to increased hospitalizations and deaths. There is an increased susceptibility to syncope with advancing age and sometimes it occurs with no identifiable cause. Orthostatic hypotension, carotid sinus syndrome, neuromediated syncope, structural heart disease, and cardiac arrhythmias are the common contributors to syncope in older adults. Given the high risk in this group of patients, a structured and integrated approach to the management of older patient with syncope is required. Implementing the algorithm for the management of such patients allows us to evaluate the syncope cause, assess the risk and choose the optimal treatment for older patients.

Keywords: syncope; fainting; falls; older adult; management algorithm.

For citation: Tkacheva O.N., Kotovskaya Yu.V., Eruslanova K.A., Alimova E.R. Algorithm for managing older patients with syncope based on the guidelines of the European Society of Cardiology «Syncope» published in the Russian Journal of Cardiology in 2019. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2023; 1(13): 67–74. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2023-67-74

АКТУАЛЬНОСТЬ

Синкопальные состояния являются одной из причин падений у пожилых пациентов. Во всем мире падения — значительная проблема, повышающая риск госпитализаций и смертности. По статистике, ежегодно происходит 684 000 смертельных падений, в результате чего падения становятся второй по значимости причиной смерти (после дорожно-транспортных происшествий) от непреднамеренных травм [1]. Во всех регионах мира самые высокие показатели смертности отмечаются среди людей старше 60 лет. Возраст является одним из основных факторов риска падений. Высокий риск смерти и/или получения серьезных травм в результате падений угрожает пожилым людям, причем такой риск увеличивается с возрастом [2]. Частота обмороков резко возрастает с 5,4 случая на 1000 человек у людей в возрасте от 60 до 69 лет до 11,1 случая на 1000 человек у людей в возрасте от 70 до 79 лет и достигает 19,5 случая на 1000 человек у лиц в возрасте 80 лет и старше [3]. В то же время происходит перераспределение в этиологии синкопальных состояний: увеличивается процент ортостатических и кардиальных причин с 4,2 до 30,5% и с 11,3 и 16,3%, соответственно. Также отмечено уменьшение частоты рефлекторных синкопальных состояний с 62,0 до 36,3% [4]. Кардиальные синкопе в анамнезе увеличивают летальность в 2,01–2,6 раза [5].

Синкопе определяется как транзиторная потеря сознания (ТПС) вследствие гипоперфузии головного мозга, характеризующаяся внезапным началом, короткой продолжительностью и спонтанным полным восстановлением. Транзиторная потеря сознания определяется как состояние истинной или кажущейся потери сознания, сопровождающейся потерей восприятия, характеризующейся амнезией периода нахождения в бессознательном состоянии, нарушением контроля

моторных функций, потерей реактивности и короткой длительностью [3].

По классификации ТПС подразделяется на две группы: ТПС вследствие черепно-мозговой травмы (травматическая ТПС) и нетравматическая ТПС (рисунок 1). Несмотря на кажущуюся простоту, в клинической практике бывает сложно провести линию между этими группами, особенно при работе с пожилыми пациентами с когнитивными нарушениями. Была ли черепно-мозговая травма при падении причиной потери сознания или человек потерял сознание вследствие других причин и падение осложнилось черепно-мозговой травмой, определить бывает затруднительно. Кроме того, зачастую пациенты не могут достоверно сказать, сопровождалось ли падение потерей сознания. В связи с этим Европейское общество кардиологов рекомендует рассматривать любое необъяснимое падение как эпизод потери сознания. При сборе анамнеза об эпизоде потери сознания очень важно учесть данные свидетелей ТПС. Возможно рассмотреть установку домашних видеокamer с разрешения пациентов для видеофиксации.

ДИАГНОСТИКА

В большинстве случаев в гериатрической практике врачи имеют дело с нетравматической транзиторной потерей сознания, которая включает: синкопе, эпилептические судороги, психогенную транзиторную потерю сознания и смешанную группу редких причин. Далее мы более подробно разберем алгоритмы диагностики (рисунок 2) и лечения синкопе.

В первую очередь врачам терапевтического профиля на приеме необходимо про-активно спрашивать о фактах падения. При выявлении факта потери сознания необходимо собрать анамнез у пациента и/или свидетелей синкопе и оценить риск неблагоприятных исходов. Важность



Рисунок 1. Классификация транзиторной потери сознания

стратификации риска связана со следующими причинами:

1. Пациенты с вероятным низким риском не нуждаются в стационарном лечении, и в большинстве случаев не требуется проведения дополнительных лабораторных или инструментальных методов обследования и лечения.

2. Пациентов, не относящихся ни к высокому, ни к низкому риску, рекомендовано наблюдать в отделениях неотложной помощи без госпитализации.

3. Пациенты с вероятным высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний нуждаются в раннем активном обследовании, в том числе в условиях отделений неотложной помощи. У пациентов с высоким риском более вероятно развитие синкопе вследствие кардиальных причин. Структурное поражение сердца и первичные нарушения сердечного ритма являются основными факторами риска внезапной сердечной смерти (ВСС) и общей смертности среди больных с синкопальными состояниями [3]. Пациенты пожилого и старческого возраста автоматически относятся к группе высокого риска неблагоприятных исходов и требуют тщательного подхода к диагностике причин обморока и последующего персонифицированного плана лечения. Кроме того, существуют особые критерии высокого риска неблагоприятного исхода, выявляемые на этапе сбора анамнеза и диагностики (таблица 1).

Сбор анамнеза должен дать ответы на следующие ключевые вопросы:

1. Сопровождалось ли событие потерей сознания?

2. В случае ТПС было ли это синкопе или потеря сознания произошла вследствие черепно-мозговой травмы, было проявлением эпилепсии или других редких причин?

3. В случае подозрения на синкопе ясна ли этиология его возникновения?

4. Есть ли основания предполагать высокий риск сердечно-сосудистых осложнений или смерти?

Диагноз «синкопе» является наиболее вероятным, если есть данные анамнеза, характерные для рефлекторного обморока, синкопе вследствие ортостатической гипотензии или кардиального синкопе (таблица 2). При этом пациент или его родственник не описывает симптомы и признаки, характерные для других вариантов ТПС (черепно-мозговая травма, эпилептические припадки, психогенная ТПС и/или редкие причины).

Первичный осмотр пациента с синкопальными состояниями должен также включать сбор данных по сопутствующим заболеваниям и лекарственный анамнез, измерение артериального давления с проведением ортостатической пробы и регистрацию электрокардиограммы.

При выявлении синкопального состояния у пациентов высокого риска и неуточненного диагноза дальнейшая диагностическая тактика должна включать обследования для верификации кардиальных

Таблица 1.

Критерии высокого риска неблагоприятного исхода у пациентов с синкопальными состояниями

Во время синкопального события	Впервые возникли: дискомфорт в грудной клетке, одышка, боль в животе или головная боль, синкопе во время напряжения или в положении лежа на спине, синкопе, развившееся сразу после внезапно возникшего учащенного сердцебиения
Из анамнеза известно	Наличие выраженных структурных изменений сердца или ишемической болезни сердца (сердечная недостаточность, низкая ФВ ЛЖ или предшествующий инфаркт миокарда)
При объективном осмотре	Необъяснимое снижение систолического АД <90 мм рт.ст. в отделении неотложной медицинской помощи, подозрение на желудочно-кишечное кровотечение при ректальном осмотре, персистирующая брадикардия (<40 уд./мин) в бодрствующем состоянии и в отсутствии физических нагрузок, систолический шум неуточненного генеза
Пре регистрации ЭКГ	Любые изменения

причин (рисунк 3). Обследование также рекомендовано, если у пациентов обнаружены изменения на ЭКГ, есть сопутствующие заболевания сердца (включая стенокардию и клапанные пороки), были получены травмы во время эпизода потери сознания, не было продромальных симптомов, синкопе произошло в положении лежа или во время физической нагрузки [4].

При подозрении на аритмогенное происхождение синкопе рекомендовано проведение мониторингирования ЭКГ в условиях стационара или с использованием аппаратов суточного или длительного мониторингирования.

При подозрении на то, что причиной потери сознания стали структурные патологии сердца, рекомендовано проведение эхокардиографического исследования для оценки состояния клапанного аппарата и сократительной способности ЛЖ. При подозрении на ишемический генез синкопе рекомендовано проведение анализов крови с определением уровня тропонина, при подозрении на тромбоз ветвей легочной артерии — на д-димер. Также рекомендовано проведение клинического анализа крови с оценкой уровня гемоглобина и гематокрита для исключения острого или оккультного кровотечения как причины потери сознания.

Пациентам старшего возраста для уточнения диагноза рекомендовано проведение массажа каротидного синуса и тилт-теста. Согласно данным исследований, выполнение этих тестов безопасно и информативно даже у пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом старческой астении [9–14].

Таблица 2.

**Сравнительная характеристика вазовагального обморока
и кардиогенного синкопе**

Признак	Вазовагальный обморок	Кардиогенный синкопе
Провоцирующий фактор	Часто (длительное вертикальное положение, душное помещение, боль, страх)	Очень редко
Продромальное явление	Почти всегда (предобморочное состояние)	Редко
Начало	Постепенное нарастание симптомов (несколько минут)	Внезапно
Длительность	1–30 секунд	Обычно внезапно
Судороги	Могут быть кратковременные после эпизода потери сознания	Могут быть кратковременные после эпизода потери сознания
Недержание мочи	Редко	Редко
Прикусывание языка	Очень редко	Очень редко
Получение травмы	Редко	Редко
Изменение кожи	Бледная, холодная на ощупь	Бледная, холодная на ощупь
Заторможенность после приступа	Редко (достаточно распространена у пожилых)	Редко
Слабость после приступа	Часто (от нескольких минут до часов)	Редко

Выяснение наличия факта падения/ потери сознания

Сбор анамнеза

- Какие продромальные явления наблюдались?
- Что предшествовало потери сознания?
- Что происходило с пациентом во время потери сознания (были ли судороги, непроизвольное мочеиспускание и дефекация)?
- Как долго человек находился без сознания?
- Что произошло после потери сознания? Была ли слабость, заторможенность?
- Были ли подобные эпизоды в прошлом? Если да, что было их причиной?
- Какие сопутствующие заболевания имеются?

Обследование

- АД
- Ортостатическая проба
- Аускультация сердца
- ЭКГ

Стратификация пациента по риску и решение вопроса о необходимости госпитализации

Формирование плана обследования и лечения с привлечением врача-гериатра

Рисунок 2. Алгоритм первичной диагностики пациента с падением



Рисунок 3. Диагностический алгоритм при невозможности постановки диагноза при первоначальной оценке

Также пациентам пожилого и старческого возраста с обмороками и необъяснимыми падениями рекомендована оценка когнитивного и функционального статуса. План обследования и лечения должен быть основан исходя из полученных результатов оценки. А обследование пожилых сохранных пациентов следует проводить так же, как и более молодых людей.

После проведения первичной оценки состояния пациента необходимо принять решение о госпитализации. Показаниями к стационарному лечению будут получение травмы во время обморока, коморбидность и обнаруженные при проведении обследования причины потери сознания, требующие незамедлительного лечения (например, имплантации электрокардиостимулятора, проведения коронароангиографии со стентированием и др.).

ЛЕЧЕНИЕ

Общий подход к лечению синкопе основывается на стратификации риска и определении механизмов развития синкопе (рисунок 4). Необходимо учитывать следующие три основных принципа:

1. Эффективность терапии, направленной на профилактику рецидивов синкопе, в большей степени определяется механизмом развития синкопе, а не его этиологией. Брадикардия (брадиаритмия) является одной из наиболее часто встречающихся механизмов синкопе. В таких ситуациях кардиостимуляция является наиболее действенным методом лечения, но ее эффективность существенно ниже при сопутствующей артериальной гипотензии.

2. Часто профилактика рецидивов отличается от лечения основного заболевания. При ведении пациентов высокого риска внезапной сердечной смерти необходимо оценивать и учитывать индивидуальные факторы риска конкретного пациента.

3. Частота рецидивов синкопальных состояний нередко снижается после врачебного осмотра, даже при отсутствии специфического лечения. В целом рецидивы синкопе регистрируются у <50% пациентов в течение 1–2 лет. Снижение частоты обычно более выражено у лиц без анатомического субстрата возникновения синкопе, например, при рефлекторных причинах синкопе или синкопе неясного генеза.

РЕФЛЕКТОРНОЕ СИНКОПЕ

Несмотря на доброкачественное течение рефлекторных синкопе, их рецидивы и внезапное возникновение могут приводить к снижению трудоспособности. В таких случаях в лечении используют нефармакологические методы, например, обучение, модификацию образа жизни, убеждение в доброкачественности эпизодов (рисунок 5).

У лиц старшего возраста наиболее частой причиной рефлекторного синкопе является выраженное действие гипотензивной терапии или преобладание реакции кардиоингибирования — преобладание парасимпатической стимуляции (спонтанное или спровоцированное синкопе, в частности при массаже каротидного узла, при тилт-тесте или во время регистрации событий с помощью имплантируемого петлевого регистратора). Несмотря на недостаточное число контролируемых исследований в данной области, согласно консенсусу, обучение и модификация образа жизни (исключение возможных провоцирующих триггеров, достаточное потребление жидкости при отсутствии признаков застойных явлений, убеждение в доброкачественном характере таких состояний) оказывают наибольший эффект в снижении числа рецидивов синкопе. Получены доказательства, что отмена или уменьшение объема гипотензивной терапии с достижением целевого систолического АД в пределах 140 мм рт. ст. должна быть эффективной



Рисунок 4. Общий план лечения, основанный на стратификации риска и выявлении специфических механизмов

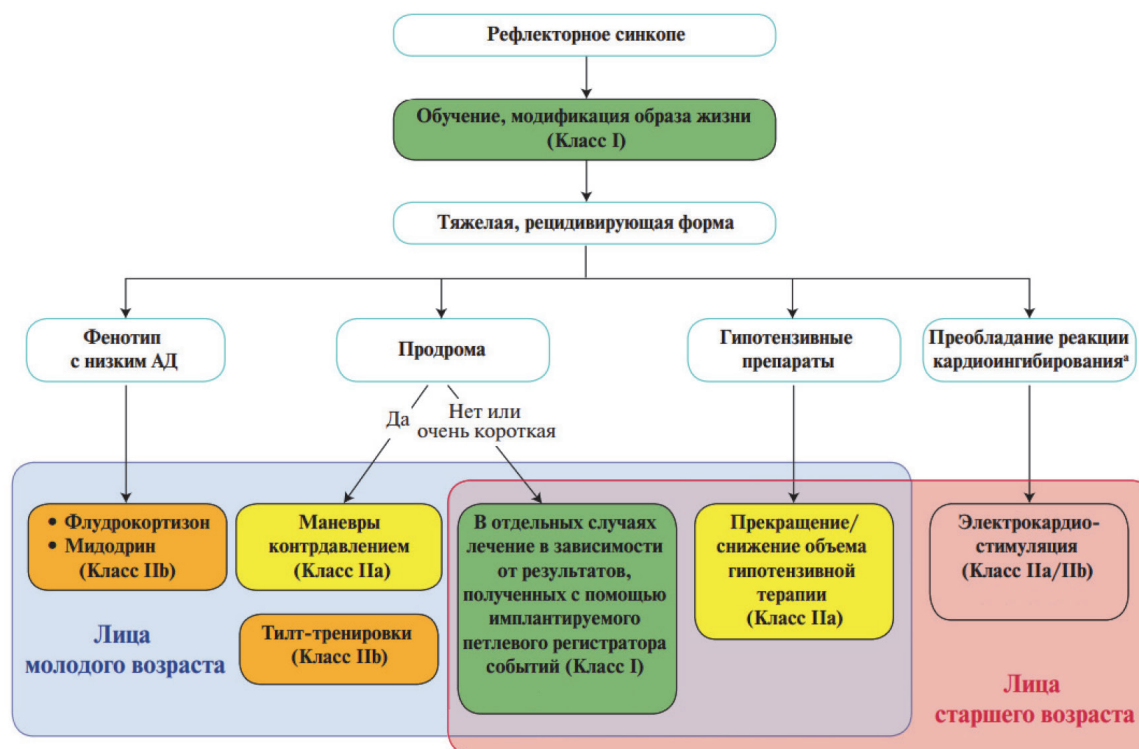


Рисунок 5. Схематический алгоритм терапии первой линии при рефлекторном синкопе (на основании анамнеза и результатов обследования) с учетом возраста, тяжести синкопе и клинической формы

в отношении снижения частоты рецидивов синкопе у пациентов, склонных к гипотензии.

Также получено достаточно данных, свидетельствующих о том, что двухкамерная кардиостимуляция должна проводиться для снижения частоты рецидивов синкопе при наличии связи между симптомами и изменениями на ЭКГ у пациентов в возрасте ≥ 40 лет с клиническими проявлениями. Несмотря на отсутствие данных крупных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), получено достаточно доказательств того, что

двухкамерная электрокардиостимуляция может проводиться у пациентов с преимущественно кардиоингибиторным синдромом каротидного синуса с целью снижения частоты рецидивов синкопе.

ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕНЗИЯ

Ортостатическая гипотензия (ОГ) — это устойчивое снижение систолического артериального давления ≥ 20 мм рт. ст. или снижение диастолического артериального давления ≥ 10 мм рт. ст.

в течение 3 минут после принятия вертикального положения тела. ОГ является фактором риска головокружения и, как следствие, падения [5, 6]. Распространенность ОГ у пожилых людей составляет $\geq 30\%$ [7] и увеличивается с возрастом, а также при наличии артериальной гипертензии и других сопутствующих заболеваний, назначении гипотензивной терапии [8].

Подходы к обучению, касающемуся этиологии состояния, в сочетании с рекомендациями по изменению образа жизни (достаточное потребление жидкости без признаков застойных явлений, избегание триггеров, раннее выявление продромы с целью перехода в положение сидя или лежа) могут привести к существенному улучшению симптомов, связанных с ортостазом. При недостаточной эффективности рекомендуют различные медикаментозные и немедикаментозные методы лечения ортостатической гипотензии (рисунок 6). К немедикаментозным методам относят:

1. Выполнение физических маневров контрдавлением, например перекрещивание рук и приседания. Должно быть рекомендовано пациентам с симптомами-предвестниками, могущим их выполнить (возможно выполнение различных упражнений в пределах постели больного).

2. Ношение компрессионного бандажа или компрессионных чулок.

3. Сон с возвышенным головным концом. Сон с приподнятым головным концом кровати (>10 градусов) предотвращает ночную полиурию, что поддерживает более благоприятное распределение жидкости в теле и уменьшает ночную гипертензию.

Среди медикаментозной терапии в РФ зарегистрирован только флудрокортизон (минералокортикоид, который способствует задержке натрия в почках, тем самым увеличивая объем жидкости в организме). Терапия флудрокортизоном у пожилых пациентов при стойкой ортостатической

гипотензии должна начинаться после совместного принятия решения междисциплинарной командой (врач-гериатр, врач-кардиолог, врач-эндокринолог, врач-ревматолог) ввиду большого количества возможных побочных эффектов (риск развития остеопороза, развитие стероидного сахарного диабета, язвенной болезни желудка, нарушения сна и др.). Другое используемое лекарственное средство для лечения ортостатической гипотензии — мидодрин (альфа-адреномиметик) — в РФ не зарегистрирован.

НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА

Нарушения сердечного ритма, аритмия — это группа патологий, характеризующаяся нарушением частоты, ритмичности и последовательности сокращений сердечной мышцы. Нарушения ритма подразделяются на нарушения возбудимости и нарушения проводимости. При нарушениях проводимости важным вопросом практической медицины остаются показания к кардиостимуляции (рисунок 7). Согласно консенсусу, при наличии связи между симптомами и изменениями ЭКГ электрокардиостимуляция является эффективной в отношении облегчения симптомов. В отсутствие доказанной связи между симптомами и изменениями ЭКГ имплантация ЭКС может быть рассмотрена и целесообразна у пациентов с патологией синусового узла, синкопе и верифицированными бессимптомными паузами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ведение пациентов пожилого и старческого возраста с потерей сознания должно проводиться с учетом коморбидности и гериатрического статуса пациента. При сборе анамнеза, проведении обследования и определении тактики лечения необходимо учитывать когнитивный функциональный статус пациента, прогноз жизни и его мнение.

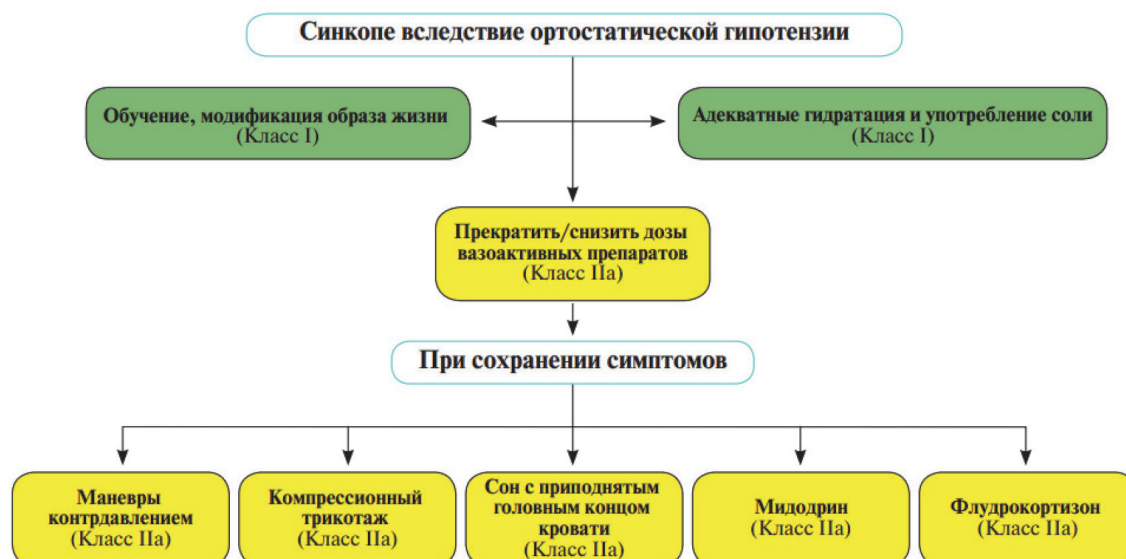


Рисунок 6. Практическая схема по рекомендациям в лечении ортостатической гипотензии

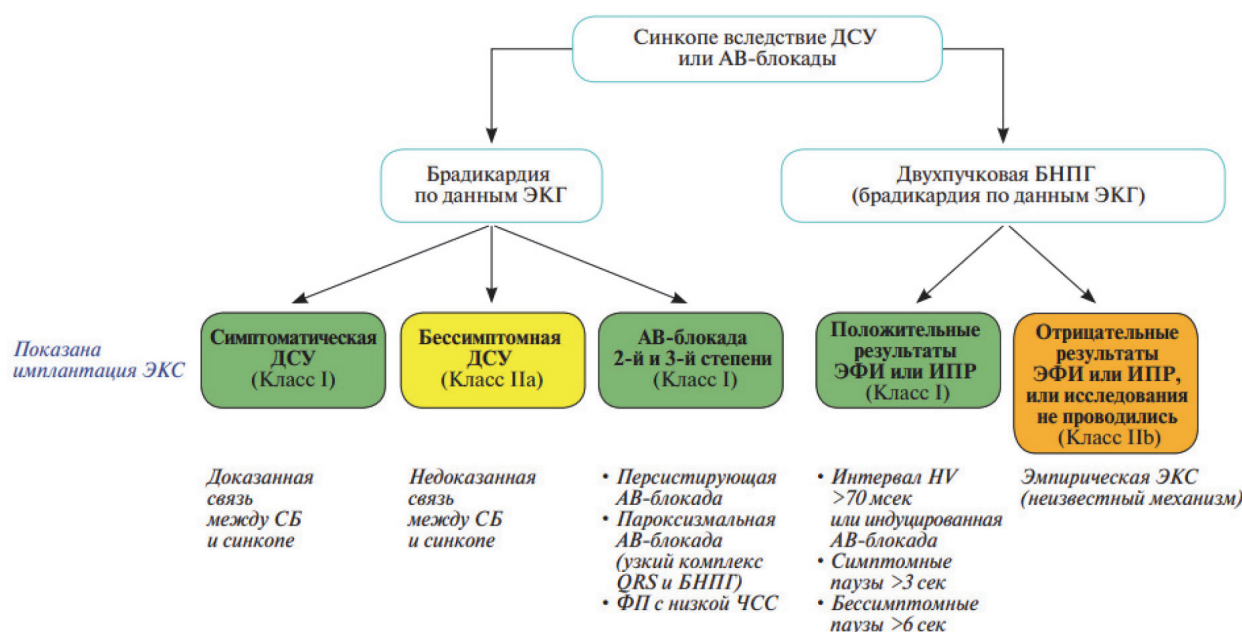


Рисунок 7. Показания к электрокардиостимуляции у пациентов с синкопе вследствие брадикардии

При лечении таких пациентов необходимо создание мультидисциплинарной команды с привлечением врачей-гериатров, врачей-кардиологов, врачей-неврологов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Данные Всемирной организации здравоохранения от 26 апреля 2021 г.
- Soteriades E.S., Evans J.C., Larson M.G., et al. Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med* 2002; 347: 878–85.
- Рекомендации ЕОК по диагностике и лечению синкопальных состояний, 2018. Рабочая группа Европейского общества кардиологов (ЕОК) по диагностике и лечению синкопальных состояний.
- Brignole M., Moya A., de Lange F.J., et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J*. 2018; 39(21): 1885–1948. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy037>.
- Gibbons CH, Schmidt P, Biaggioni I, Frazier-Mills C, Freeman R, Isaacson S, Karabin B, Kuritzky L, Lew M, Low P, et al. The recommendations of a consensus panel for the screening, diagnosis, and treatment of neurogenic orthostatic hypotension and associated supine hypertension. *J Neurol*. 2017;264:1567–1582. <https://doi.org/10.1007/s00445-016-8375-x>
- Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, DePalma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/ NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines [published correction appears in *Hypertension*. 2018;71:e140–e144]. *Hypertension*. 2018;71:e13–e115. <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>
- Gupta V, Lipsitz LA. Orthostatic hypotension in the elderly: diagnosis and treatment. *Am J Med*. 2007;120:844–847. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2007.02.023>
- Kamaruzzaman S, Watt H, Carson C, Ebrahim S. The association between orthostatic hypotension and medication use in the British Women's Heart and Health Study. *Age Ageing*. 2010;39:54–56. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp192>
- Ungar A, Mussi C, Del Rosso A, Noro G, Abete P, Ghirelli L, Cellai T, Landi A, Salvioli G, Rengo F, Marchionni N, Masotti G, Italian Group for the Study of Syncope in the Elderly. Diagnosis and characteristics of syncope in older patients referred to geriatric departments. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:1531–1536
- O'Dwyer C, Bennett K, Langan Y, Fan CW, Kenny RA. Amnesia for loss of consciousness is common in vasovagal syncope. *Europace* 2011;13:1040–1045.
- Shaw FE, Bond J, Richardson DA, Dawson P, Steen IN, McKeith IG, Kenny RA. Multifactorial intervention after a fall in older people with cognitive impairment and dementia presenting to the accident and emergency department: randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326:73.
- Frewen J, Finucane C, Savva GM, Boyle G, Kenny RA. Orthostatic hypotension is associated with lower cognitive performance in adults aged 50 plus with supine hypertension. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2014;69:878–885.
- Robertson DA, Savva GM, Coen RF, Kenny RA. Cognitive function in the prefrailty and frailty syndrome. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:2118–2124.
- Frewen J, King-Kallimanis B, Boyle G, Kenny RA. Recent syncope and unexplained falls are associated with poor cognitive performance. *Age Ageing* 2015;44:282–286