

---

*Vyberáme z odbornej literatúry*

---

**Závraty – príčiny, diagnostika, terapia****Jahn.K., M. Strupp, T. Brandt: Leitsymtóm Schwindel - Ursachen, Diagnostik, Therapie.**

Neurotransmitter 10, 2007, s. 34-44.

Autori v edukačne zameranom článku poskytujú prehľad poznatkov o závratoch. Hlavný autor pracuje na špecializovanej ambulancii pre vertigo v rámci univerzitnej Neurologickej kliniky a polikliniky v Mníchove.

Závrat podľa autorov patrí k najčastejším ťažkostiam, kvôli ktorým pacienti konzultujú lekára. Kritizujú postoj lekárov, že sa v mnohých prípadoch jedná o málo špecifické symptómy a tvrdia, že väčšina foriem vertiga sa dá s istotou diagnostikovať na základe cieľenej anamnézy a jednoduchého klinického vyšetrenia a dajú sa aj úspešne liečiť. Pri anamnéze odporúčajú všímať si, a ak treba cieľenými otázkami zisťovať *typ* vertiga, *jeho trvanie*, *spúšťacie/zosilňujúce faktory*, *sprievodné symptómy*. Už tento anamnesticko – exploračný prístup nám umožňuje v mnohých prípadoch stanoviť správnu diagnózu.

(1) *Typ závratu: rotačné vertigo*, „ako na kolotoči“, sa vyskytuje napr. pri neuritis vestibularis. *Kolisavé vertigo*, „ako na palube člna“, napr. pri fobickom vertigu alebo pri zastreťom vedomí, napr. v dôsledku medikamentóznej intoxikácie.

(2) *Trvanie vertiga*: ataky závratov v trvaní sekúnd až minút hovoria napr. vestibulárnu paroxyzmiu; ak trvajú hodiny, svedčí to pre morbus Menière, vestibulárnu migrénu; kolísavé vertigo v trvaní minút až hodín napr. pre tranzitorný ischemický atak v oblasti mozgového kmeňa; závrat pretrvávajúci dni až týždne svedčí napr. pre neuritis vestibularis; trvanie mesiace až roky môžu byť podmienené napr. bilaterálnou vestibulopatiou alebo môže ísť o psychogénne vertigo.

(3) *Vyvolávajúce a zosilňujúce faktory*: pokoj – napr. pri neuritis vestibularis; chôdza – napr. –pri bilaterálnej vestibulopatii; otočenie hlavy – napr. pri vestibulárnej paroxyzmii; poloha hlavy – napr. pri benígnom paroxyzmálnom polohovom vertigu (BPPV); kašeľ, tlak na stolicu, hlasné tóny určitej frekvencie – napr. pri perilymfatickej fistule; pri určitých sociálnych situáciách alebo vonkajších okolnostiach – napr. pri fobickom kolísavom vertigu.

(4) *Sprievodné príznaky*: porucha sluchu a tinitus – napr. pri morbus Menière, vestibulárnej paroxyzmii; zdanlivé

pohybovanie sa okolia, oscilopsie – napr. pri bilaterálnej vestibulopatii; bolesti hlavy – napr. pri vestibulárnej migréne; príznaky mozgového kmeňa a mozočka – napr. pri infarkte mozgového kmeňa; porucha chôdze a tendencia k pádom – napr. ipsiverzívne pri neuritis vestibularis.

V ďalších častiach článku autori charakterizujú najčastejšie príčiny vertiga, klinickú diagnostiku a zmienujú sa o terapii.

**Benígne periférne paroxyzmálne polohové vertigo (BPPV):** ide o najčastejšiu formu vertiga. Jeden tretina ľudí nad 70 rokov ho minimálne raz v živote zažila. Anamnéza je typická: pri zmene polohy sa objavujú krátke ataky rotačného vertiga, ktoré môžu byť spojené s nauzeou, zriedka aj vracaním. Spúšťače sú teda zmeny polohy: ľahnutie si, posadenie sa z ľahu, otočenie sa v posteli, predklon, zaklonenie hlavy. V priebehu týždňa až mesiacov toto vertigo väčšinou odoznie, ale v cca 30 % perzistuje. V 50 % bývajú po mesiacoch alebo rokoch recidívy. BPPV sa môže objavovať v každom veku, ale idiopatické formy (cca 50 %) majú maximum výskytu v 6.–7. decenií. Symptomatické prípady sa objavujú po traume hlavy (17 %) alebo po periférnom vestibulárnom ochorení (napr. neuritis vestibularis). Predpokladá sa, že poruchu zapríčiňuje „canalolithiasis“, väčšinou v zadnom kanáliku vnútorného ucha. Existuje jednoduchá a účinná manipulačná terapia: v sede pacientovi natočíme hlavu o 45 % k nepostihnutej strane (tam smerovala pomalá zložka rotačného nystagmu). Pri ľavostrannom postihnutí (tam ukazovala rýchla zložka rotačného nystagmu) teda natočíme hlavu pacienta doprava a rýchlo ho položíme na bok – doľava, 1 minútu počkáme, potom svižne prekloníme pacienta na pravý bok, opäť najmenej 1 minútu počkáme, potom sa môže pacient opäť narovnať do sedu. Týmto manévrami sa dosiahne, že partikula sa v endolymfe dostane do utrikula, kde už nebude spôsobovať závraty.

**Fobické kolísavé vertigo (phobischer Schwankschwindel):** vyskytuje sa u mladších pacientov, medzi 20.–50. rokom, v špecializovanej ambulancii je to najčastejšia diagnóza (cca 20 % pacientov).

Pacienti sa sťažujú na neistotu v stojí a pri chôdzi („ako na lodi“); objektívne pozorovateľné deficity chýbajú. Obvykle ide o pretrvávajúci závrat popisovaný aj ako „zastretá hlava“, „zastreté vedomie“, pričom v atakoch dochádza k situačným zosilneniam symptómov (ako pri fobickej poruche, napr. na mostoch, diaľnici, medzi ľuďmi, v obchodnom dome, reštaurácii atď.). Na začiatku ochorenia je často organické vestibulárne ochorenie, napr. BPPV alebo prekonaná neuritis vestibularis alebo mimoriadne psychosociálne záťažové situácie.

Pacienti majú často anankastické perfekcionistické rysy a reaktívnu depresívnu symptomatiku. Pacienti majú tendenciu považovať sa za organicky chorých a nevyhľadávajú psychiatra, takže môže trvať dlho, kým sa fobické vertigo diagnostikuje a adekvátne lieči. Najčastejšie chybné diagnózy u týchto pacientov: „cervikogenny závrat“, „vertebrobazilárna insuficiencia“, „panická porucha“. Psychiatricky sa fobické vertigo dá jasne odlišiť od panickej poruchy s alebo

bez agorafobie. Terapeutický postup, ktorý odporúčajú autori: dôkladná diagnostika, psychoedukácia (pacient sa domnieva, že je somaticky chorý), expozičné metódy, vrátane športu (vyhýbavé správanie, ktoré treba odbúrať); ak po týždňoch až mesiacoch ťažkosti pretrvávajú, tak psychoterapia (autori pracujú s KBT), prípadne v kombinácii s SSRI (napr. paroxetin 20–40 mg/die) na 3–6 mesiacov. Katamnézy po 5–15,9 rokoch od diagnostikovania boli priaznivé u 75 % takto liečených pacientov (boli bez ťažkostí alebo výrazne zlepšení).

**Centrálne vestibulárne vertigo:** ide o lézie v priebehu vestibulárnych dráh, od vestibulárnych jadier v medulla oblongata k okulomotorickým jadram a integračným centram v rostrálnom strednom mozgu, až k cerebellu, thalamu a vestibulárnemu kontextu v tempero – parietálnej oblasti. Symptómy umožňujú predpokladať, na ktorej úrovni je lézia. Príčina lézie môže byť vaskulárna, zápalová, degeneratívna, môže ísť o tumor atď. Symptómy môže zmierniť 4-aminopiridin 3x5 mg.

**Bazilárna, vestibulárna migréna:** recidivujúce ataky so závratmi v kombinácii s ataxiou, poruchami zraku a symptómami mozgového kmeňa, spolu alebo v návaznosti s cefaleou, alebo tlakom v hlave, viac okcipitálne, nauzeou a vracaním. Diagnózu uľahčuje aj precitlivosť na svetlo a hluk. Diagnózu môže sťažiť chýbanie bolesti hlavy (30 %). Trvanie atakov vertiga je tu variabilné: sekundy, minúty, hodiny, dni. Asi 60 % pacientov má nystagmus aj v intervaloch medzi záchvatmi. Profylaxia je rovnaká ako pri migréne: betablokátor na cca 6 mesiacov. Alternatívy: kalciový antagonist flunarizin, valproat alebo topiramát.

**Morbus Meniere.** Symptómy sú známe: rotačné vertigo, rotačný spontánny nystagmus, tendencia k stranovému pádu, nauzea, vracanie, tinitus, zhoršenie sluchu, pocit tlaku v uchu. Ataky. Až v 80 % v priebehu rokov remisie, ale poruchy sluchu zostávajú. V patogenéze sa uplatňuje endolymfatický hydrops labirintu s periodickými ruptúrami menbrány, ktorá rozdeľuje endolymfatický a perilymfatický priestor, čo spôsobuje minúty až hodiny trvajúce ataky symptómov. Príčina sa vidí v poruche rezorpcie v saccus endolymphaticus v dôsledku perivaskulárnej fibrózy alebo v obliterácii ductus endolymphaticus s prerušovaním longitudinálnej cirkulácie endolymfy. Terapia: betahistin a diuretiká na cca 12 mesiacov. Intratympanálnu instiláciu ototoxického antibiotika, napr. 12 mg gemitamicinu autori odporúčajú, len ak u pacienta dochádza k opakovaným pádom (vestibulárne drop attacks).

**Neuritis vestibularis.** Dni až týždne trvajúce silné rotačné vertigo s oscilopsiami, neistotu pri statí a pri chôdzi, stranová tendencia k pádom, nauzea, vracanie. Nebývajú poruchy sluchu, ani ďalšie neurologické symptómy. Po 24 mesiacoch v 40 % prípadov dochádza k úplnému zotaveniu periférnych vestibulárnych funkcií. Recidívy sú extrémne zriedkavé. Terapia: kortikoidy, ak je kontraindikácia; fyzioterapia (stupňovitý fyzikálny program s prvkami liečebnej gymnastiky).

Tabuľka 1. Niektoré diferenciálne diagnózy podľa vedúcich symptómov.

Vedúci symptóm	Diferenciálna diagnóza
<b>1. Epizodické vertigo s atakami vertiga</b>	BPPV <sup>1</sup> (spúšťače) m.Memm]niere (sprievodné symptómy) bazilárna/vestibulárna migréna tranzitórna ischemia(sprievodné symptómy) vestibuláris-paroxyzmia(sekundy) perilymfatická fistula(spúšťače) schwannom n. vestibularis
<b>2. Pretvávajúce vertigo (mesiace, roky)</b>	bilaterálna vestibulopatia, fobické vertigo / a iné psychosomatické vertigo
<b>3. Akútne rotačné vertigo</b>	neuritis vestibularis (dni – týždne) BPPV ( zmena polohy) m.Meniére ( hodiny, audiológia) vertebrobazilárna ischemia
<b>4. Zastreté vedomie (Benommenheit<sup>2</sup>)</b>	psychosomatické presynkopálne / ortostatické metabolické / intoxikácie
Vysvetlivky: <sup>1</sup> BPPV = benígne periférne paroxyználne polohové vertigo <sup>2</sup> Nemecké Benommenheit sa dá prekladať ako „zastreté vedomie“ alebo tiež ako „presomnolencia“, český kolegovia niekedy v tejto súvislosti hovoria o „zaujatosti hlavy“	

V článku sú 2 ilustratívne obrázky, jeden z nich znázorňuje logiku a postup terapeutických polohových manévrov pri benígnom paroxyználnom polohovom vertigo. Tri tabuľky sprehľadňujú výskyt jednotlivých diagnóz, diferenciálnu diagnostiku a prejavy vestibulookulárneho reflexu.

Výskyt diagnóz u pacientov nadregionálnej špecializovanej ambulancie pre vertigo v Mníchove nám umožňuje získať predstavu o ich zastúpení v klinickej praxi. K roku 2006 vyhodnotili 5911 pacientov tejto ambulancie. Výskyt diagnóz v percentách: benígne paroxynálne polohové vertigo 18,6 %, fobické vertigo 15,5 %, centrálna vestibulárne vertigo 12,8 %, bazilárna vestibulárna migréna 10,2 %, morbus Meniere 8,8 %, neuritis vestibularis 7,6 %, bilaterálna vestibulopatia 4,0 %, vestibuloparoxyzmia 3,6 %, psychogénne vertigo bez BPPV 3,5 %, perilymfatická fistula 0,5 %, nejasné vertiginózne syndrómy 3,8 %, iné 11,1 %.

Tabuľka 1 niektorých diferenciálnych diagnóz podľa vedúcich symptómov: „epizodické vertigo“, „pretrvávajúce vertigo“, „akútne rotačné vertigo“ a „zastreté vedomie“ (v orig. Benommenheit). V zátvorke sú uvedené kritéria pre rozlíšenie. Autor tohto konspektu si myslí, že téma vertiga si zaslúži pozornosť aj zo strany psychiatrov. Nemálo našich pacientov si sťažuje na závraty a musíme sa vedieť v tejto problematike orientovať. Odkedy sa menej používajú v psychiatrii lieky a alfa-1 blokačným účinkom (hypotenzie a poruchy ortostatickej regulácie) a sedatívnym účinkom je síce ich výskyt nižší, ale nám dojem, že výskyt fobického vertiga sa často prehliada. Tiež sa pravdepodobne málo zohľadňujú interakcie premorbidnej osobnosti, neurotických porúch a depresie špeciálne s pomerne častým polohovým vertigom.

Spracoval: Jozef Hašto