

ZÁVRATOVÉ STAVY U ĽUDÍ VYŠŠIEHO VEKU

Milan Jäger

I. Otorinolaryngologická klinika LF UK a FNŠP, Bratislava

Pocity ako porucha rovnováhy, závrat, strata orientácie v priestore patria medzi najnepríjemnejšie príznaky. Vyskytujú sa v každom veku a určitú skúsenosť behom života s nimi má skoro každý, ale vo vyššom veku sú veľmi bežné a časté. Z roka na rok pribúda obyvateľov vyšších vekových skupín, a tak rastie aj počet pacientov so závratovými stavmi v ambulancii praktického lekára. Práca si nekladie za cieľ vyčerpávajúcim spôsobom pokryť celú problematiku príznakov a etiológie závratových stavov, je len určitým všeobecným návodom pre praktických a rodinných lekárov. Informácia vychádza z kategorizácie pojmu „závrat“, ktorá by mala byť základom anamnézy a algoritmu vyšetrení potrebných na stanovenie diagnózy a liečby závratového stavu. Práca tiež upozorňuje na nevyhnutnosť rehabilitácie a psychoterapie v terapii tiež u pacientov vyššieho veku so závratovými stavmi, hlavne chronického charakteru.

Kľúčové slová: závratové stavy, vyšší vek, etiológia, symptomatológia, liečba.

Kľúčové slová MeSH: vertigo – etiológia, diagnostika, ľudia vyššieho veku; vertigo – klasifikácia, terapia, ľudia vyššieho veku; pocit točenia hlavy – ľudia vyššieho veku; choroby vestibulárne – ľudia vyššieho veku.

VERTIGO IN ELDERLY PATIENTS

Vertigo, loss of balance and loss of orientation in the space are considered to be some of the most unpleasant symptoms. These symptoms occur in every age group, almost every person experience them during lifetime, in elderly they are frequent. As the population ages, more patients with this problems come to the office of our general practitioners. This work is not aimed to cover all the field of vestibular problems, it wants to be an outlined manual for general practitioners and family medicine specialists. The term „vertigo“ is being categorized, this categorization serves as a manual for history and diagnostic procedures needed for diagnostics and treatment of vertigo. Authors also draw attention to the rehabilitation and psychotherapy in the treatment of elderly vertiginous patient.

Key words: elderly, dizziness, etiology, symptomatology, therapy.

Kľúčové slová MeSH: vertigo – etiology, diagnosis, aged; vertigo – classification, therapy, aged; dizziness – aged; vestibular diseases – aged.

Via pract., 2007, roč. 4 (2): 58–61

Problematika porúch rovnováhy a závratov predstavuje zložitú problematiku ťahajúcu sa naprieč mnohými medicínskymi odborními. Závratové stavy sa vyskytujú v každom veku a určitú skúsenosť s nimi zažije počas svojho života skoro každý z nás. Ich prevalencia s vekom rastie a keďže európska populácia starne a pribúda obyvateľov vyšších vekových decénií, tak pribúda aj pacientov so závratom na ambulancii praktického lekára, ktorý nezanedbateľne ovplyvňuje svojím prístupom vývoj ochorenia. Vo veku 75 a viac rokov je prevalencia závratovosti 30 % u mužov a 40 % u žien (Six a Landhal). Lekári špecialisti neočakávajú od praktických lekárov presnú diagnózu a najvhodnejšiu liečbu, ale mali by orientačne kategorizovať pacientov, aby nedochádzalo k oneskoreniu diagnózy a liečby, hlavne u pacientov vyššieho veku, u ktorých závratové stavy výrazne menia kvalitu ich života, vyvolávajú sekundárne psychické problémy a vzniká circulus vitiosus. Súčasná informácia si nekladie za cieľ vyčerpávajúcim spôsobom pokryť celú problematiku príznakov a príčin závratov, je len určitým všeobecným návrhom pre praktických a rodinných lekárov.

Závratovosť

Pri závratovosti nie sú klinicky presne definované príznaky, predstavujú len určitý typ narušenia orientácie v priestore (tabuľka 1). Príznaky sa často prelínajú, čím sa horšie kategorizujú a u pacienta vyššieho veku sú časťou komplexu príznakov, ktorý sa nazýva geriatrický syndróm.

Závratové stavy bývajú následkom poškodenia alebo poruchy hoci ktorej časti rovnováhovo-orientačného

Tabuľka 1. Typy závratovosti u pacientov vysokého veku (Claussen).

50 %	kolísanie
45 %	neistota
40 %	vertigo
30 %	nevoľnosť
20 %	pocit pádu, zatmenie pred očami
15 %	zvracanie
11 %	lateropulzia
7 %	presynkopa

systému alebo sú len reakciou organizmu na danú životnú situáciu (nadmerná stimulácia).

Systémy prispievajúce udržaniu orientácie, stability tela a obrazu okolia

Predpokladom zachovania rovnováhy v pokoji a pri aktívnej činnosti, správnej orientácie v priestore a zrakovkej stability obrazu okolitého prostredia je bezchybné fungujúci zložitý systém receptorov, nervových štruktúr, kostry a svalov.

Senzorický systém sa skladá z receptorov vnútorného ucha (vestibulový aparát), receptorov hlbokoj citlivosti (proprioceptory, graviceptory, receptory tlaku na chodidlách) a receptorov zraku a sluchu. Schopnosť udržať orientáciu v priestore závisí na správnej funkcii receptorov a na schopnosti CNS dané informácie adekvátne spracovať a adekvátne na ne odpovedať. Z tohto hľadiska možno závratové stavy deliť na *periférne* a *centrálne*. V prvom prípade podkladom príznakov

sú nesprávne senzorické informácie, v druhom prípade organizmus nesprávne využíva adekvátne neporušené informácie.

Periférny vestibulový syndróm

Tento syndróm je prejavom poškodenia vlastného vestibulového aparátu (labyrinthový syndróm) alebo rovnovážneho nervu (syndróm rovnovážneho nervu). Obvykle je najviac vyznačený pri akútnej jednostranej lézii. Skladá sa z typického vertiga s pocitom točenia okolia, spontánneho horizontálno-rotačného nystagmu s rýchlym pohybom očí ku zdravej strane a tonických odchýlok tela a končatín na chorú stranu, kde býva i tinnitus a porucha sluchu (príznaky a znaky harmonizujú – harmonický periférny syndróm). Typickým znakom je aj prechodné trvanie závratu, čo sa vysvetľuje kompenzačnou schopnosťou CNS, t. j. lepším využitím informácií z ostatných receptorov (zrak, propiocepčia a iné). Avšak pri súčasnom obojstrannom a symetrickom poškodení vestibulového aparátu alebo nervu vertigo nie je typické. Syndróm tvorí hlavne porucha rovnováhy pri chôdzi (viac v tme) a neostýrny zrak alebo kmitanie okolia (oscilopsia).

Centrálny vestibulový syndróm

Kľúčovú úlohu hrá oblasť vestibulovo-mozočkových jadier a mozog. Centrálna príčina je menej častá ako periférna. Syndróm je neúplný, disharmonický a príznaky závisia od miesta poruchy alebo poškodenia. Spontánny nystagmus má rôzny charakter, rôzny smer, prítomné sú spontánne tonické odchýlky končatín a la-

Tabuľka 2. Kategórie závratovosti.

- **vertigo** (vnímanie pohybu)
- **porucha rovnováhy** (neistota, labilita)
- **presynkopa** (hroziaca strata vedomia)
- **kombinovaná závratovosť** (kombinácia dvoch a viac spomenutých typov)
- **nešpecifikovaná závratovosť** (nemožno zaradiť do žiadnej inej kategórie)

teropulzie a retropulzie v postoji, t. j. neistota a labilita. Často sú prítomné aj iné neurologické príznaky a znaky.

Poruchy zrakovej funkcie

Zrakový systém umožňuje trojrozmerný obraz vonkajšieho prostredia a tak upresňuje informácie z aparátu rovnováhy. Ak je vnímanie okolitého priestoru zrakom obmedzené, tak vzniká závratovosť z nedostatku zrakových informácií, avšak ak je prítomná súčasne i vestibulová porucha, tak príznaky sú výrazné. V tomto prípade však vyhľadávanie objektov v priestore zrakom nie je porušené. Porucha tejto schopnosti (porucha okulomotoriky) sa tiež vníma ako porucha rovnováhy a orientácie (diplopia a iné).

Poruchy v proprioceptívnom systéme

Zmeny v proprioceptívnom systéme často vo vyššom veku (strata citlivosti na chodidlách, polyneuropatia, cervikálna spondylóza a iné) prispievajú na nestabilitu, lebo proprioceptívny systém zaisťuje orientáciu v priestore pri zmenách polohy a chôdzi. Účasť krčných receptorov nie je všeobecne uznávaná, ale neadekvátna informácia z krčnej oblasti môže spôsobiť poruchu rovnováhy a nepresné vykonávanie pohybov (*whiplash injury*).

Kategorizácia „závratov“

Charakter a typ „závratov“ vcelku odpovedá poruche v špeciálnom systéme (tabuľka 2). Pozitívny vzťah príznak/porucha v danom systéme platí skôr pre akútne štádium a pre mladších pacientov. U chorých vyššieho veku vzťah nie je jednoznačný a diagnostikovanie lézie je sťažené. Treba si tiež uvedomiť, že funkčnosť riadenia orientácie organizmu často okrem špeciálnych chorôb v niektorom zo systémov ovplyvňujú aj poruchy cerebrovaskulárne, kardiovaskulárne alebo psychické, dokonca u geriatrických pacientov takéto dočasné poruchy prevládajú.

Organizmus a vek

Vekom vznikajú štrukturálne degeneratívne zmeny vo všetkých častiach ľudského tela. Tieto zmeny sú východiskom nedostatočnej funkcie systémov orientácie (tabuľka 3). Príznaky sa prejavujú iba vtedy, ak stupeň poškodenia prevýši kompenzačnú schopnosť CNS alebo zmenená funkcia CNS spôsobuje neadekvátne reakcie a kompenzáciu.

Pacient s vertigom

Objektívne vertigo (pacient vníma pohyb okolitého priestoru) je typickým príznakom periférneho vestibulového

Tabuľka 3. Degeneratívne zmeny vedúce k závratom a pádom.

- Senzorický systém**
(degeneratívne zmeny senzorických buniek, zníženie počtu senzorických buniek)
- zníženie zrakovej ostrosti, zhoršenie rozlíšenia kontrastov, zhoršené prispôbovanie sa na tmu, znížený rozsah percepcie v sluchovej oblasti, neadekvátna informácia o rýchlosti a polohe z vestibulového analyzátoru, poruchy proprioceptorov a kožných receptorov tlaku a dotyku
- Nervový systém**
(degeneratívne zmeny neurónov, zníženie počtu neurónov, zhluky neurofibril, znížená novotvorba dendritov, zmeny neurotransmitérov, znížený prítok krvi mozgom, znížený cerebrálny metabolizmus)
- zhoršená plasticita mozgu, zhoršená adaptácia a kompenzácia CNS, spomalený nervový prenos hlavne v periférnych nervoch, spomalené spracovanie informácií
- Kostrovno svalový systém**
(strata svalových fibril – sarcopénia)
- znížená svalová sila, spomalená svalová kontrakcia, zvýšená svalová únava, stuhnutosť kĺbov, redukcia rozsahu pohybov

poškodenia, preto príčinu treba hľadať vo vnútornom uchu alebo rovnovážnom nerve. Léziu labyrintu a nervu spôsobujú kranio cerebrálne poranenia, zápaly stredného a vnútorného ucha, poruchy krvného zásobenia, toxické vplyvy a ďalšie chorobné zmeny. U pacientov vyššieho veku vertigo periférneho pôvodu najčastejšie spôsobuje kanalitáza (benígne paroxyzmálne polohové vertigo – BPPV), endolymfatický hydroops (Menierova choroba) a zápal rovnovážneho nervu (neuritis vestibularis). Časté je aj obojstranné symetrické poškodenie vestibulového analyzátoru a nervu (toxické vplyvy, autoimúnne zápaly, infekcie), ale v tomto prípade typickým príznakom nie je vertigo, ale porucha rovnováhy a oscilopsia. Vertigo býva len po náhlejšej zmene polohy hlavy.

Pacienti s BPPV udávajú prechodné, asi 10 – 30 sekúnd trvajúce, prudké ataky vertiga po zmene polohy hlavy voči gravitácii. Menierova choroba sa prejavuje epizódami plnosti v uchu, tinnitom (šumenie), poruchou sluchu a závratom. Atak trvá najčastejšie hodiny a vedľajšími príznakmi sú nauzea, zvracanie a celková nevoľnosť, prípadne iné vegetatívne príznaky. Zápal rovnovážneho nervu spôsobujú neurotropné vírusy a syndróm predstavuje silné vertigo, silný nystagmus s rýchlou zložkou bijúcou na zdravú stranu, tonické odchýlky tela, porucha rovnováhy a vegetatívne príznaky. Ušné a sluchové príznaky však chýbajú. Lézia je často trvalá, ale postupne sa dobre kompenzuje. Pozor, podobné príznaky sú aj pri mikrocirkulačnom poškodení nervu, čo je typickejšie u starších chorých.

Keďže vertigo je hlavnou súčasťou príznakov zmien vo vnútornom uchu a na sluchovo rovnovážnom nerve, otorinolaryngologické, otoneurologické a CT/MRI vyšetrenia sú nevyhnutné.

Pacient s ataxiou a dlhotrvajúcou závratovosťou

Periférna vestibulová lézia sa zvyčajne dobre kompenzuje a príznaky miznú, ale u pacientov vyššieho veku je na

Tabuľka 4. Závratovosť pri neurologických periférnych a CNS chorobách.

- Cievne príhody (hlavne mozgový kmeň)
- Mozočkové choroby
- Lézie periventrikulárnej bielej hmoty (PBH)
- Parkinsonizmus a pridružené choroby
- Epileptické vertigo (dif. dg. neuralgia n. vestibularis)
- Periférne a centrálné proprioceptívne lézie

základe degeneratívnych a metabolických zmien v CNS a zmien na neurotransmiteroch možnosť nedokonalkej kompenzácie a závraty pretrvávajú dlhodobo aj pri zmenách na periférii rovnovážneho systému. Avšak všeobecne platí, že pri dlhotrvajúcich príznakoch treba myslieť na ochorenie nervového systému a proprioceptorov. Degeneratívne zmeny, znížená perfúzia mozgu a zmeny metabolizmu neznižujú len kompenzačnú schopnosť, ale znižujú aj plasticitu a kognitívnu schopnosť mozgu, preto okrem ložiskových chorôb v nervovom periférnom a centrálnom systéme treba myslieť na zníženú funkčnosť celého CNS.

Neurologické periférne a centrálné príčiny závratovosti a ataxie sú vymenované v tabuľke 4.

Najčastejšie **cievne** poruchy sa okrem vertiga prejavujú i slabosťou, poruchami senzitivity tváre a tela, zmenami zraku, diplopiou, zmenami reči, ataxiou a pádmi, bolesťou hlavy, poruchami hltania, zmätenosťou, nauzeou a zvracaním. **Mozočkové** choroby robia pacientov nemotornými, nestabilnými, vyzerajú ako opití s nekoordinovanými pohybmi končatín a ataxiou. Degeneratívne zmeny, infarkty, sklerotické ložiská a iné zmeny v **periventrikulárnej bielej hmote** znižujú u pacientov psychomotorickú rýchlosť, mentálnu schopnosť a rýchlosť chôdze, t. j. robia človeka pomalším a hlúpejším. Bradykinéza, šúchavá chôdza, nestabilita postoja, tremor a poruchy/strata automatizmov charakterizujú **parkinsonizmus**. Ak pacient udáva rýchle zavrtenie, krátky pohyb, tak sa myslí na **epilepsiu**, ale aj na periférnu poruchu – neuralgiu vestibulového nervu alebo neprimerané dráždenie nervu cievnu kľučkou. Diabetes mellitus, toxíny a nedostatok vitamínu B12 sú príčinou periférnej **polyneuropatie** a **propriocepce**. Takto zmenené informácie o orientácii tela v priestore spôsobujú pri zmenách polohy tela a pri chôdzi poruchu rovnováhy. Pozor, poruchy **cervikálnej propriocepce** ako príčina poruchy rovnováhy sa často nadhodnocujú.

Z krátkeho prehľadu je jasné, že ak pacient pod slovom závrat myslí poruchu rovnováhy, ataxiu, tak je nevyhnutné neurologické vyšetrenie s CT a MRI vyšetrením. Cieľom neurologického vyšetrenia je vyšetriť funkcie nervov, hlbokú citlivosť, funkcie mozočka a CNS. Neurologické vyšetrenie by sa jednoznačne nemalo vynechať, ak porucha rovnováhy alebo závratové stavy sú spojené s bolesťou hlavy, záchvatmi kŕčov, poruchami vedomia, hybnosti alebo citlivosti a svalovou slabosťou.

Závrat ako pocit hroziacej mdloby (synkopa)

Lekármi určovaná etiológia závratových stavov je rôznorodá, ale veľmi často kalkuluje s hypotenziou, srdcovými

Tabuľka 5. Príčiny synkopy.

anatomické srdcové zmeny	Ao stenóza, Mi stenóza, Mi prolaps, Mi regurgitácia, hypertrofická kardiomyopatia
elektrické srdcové poruchy	tachyarytmia, bradyarytmia, blokáda srdca, SSSy
funkčné choroby srdca	angina pectoris, infarkt myokardu
situačná hypotenzia	dehydratácia (hnačka, hladovanie) ortostatická hypotenzia, hypotenzia po obede, močenie, kaškanie, hltanie
abnormality kardiovaskulárneho reflexu	syndróm karotického sínusu vazovagálna synkopa
lieky	vazodilátory (aj nitráty), blokátory Ca, kanálov, diuretiká, beta blokátory
abnormality nervového systému	CNS vegetatívne poruchy, vegetatívna periférna neuropatia, cerebrovaskulárna nedostatočnosť, záchvaty
abnormality metabolizmu	hypoxémia, hypoglykémia, hyperglykémia, anémia
pľúcne choroby	pneumónia, pľúcna embólia

príhodami, hypoglykémiou, infekciou a liečbou medikamentmi. Za týchto okolností pacienti skôr myslia **synkopu** a vyžadujú kompletné interné a kardiovaskulárne vyšetrenie. Príčiny synkopy sú vymenované v tabuľke 5.

Chorí vyššieho veku zväčša používajú veľa **liekov**, preto sa často objavujú vedľajšie účinky a medzi nimi nechýbajú závrátové stavy. V takých prípadoch treba nepotrebné a potencujúce sa lieky vylúčiť a nahradiť ich podobnými, lepšie tolerovanými liečivom v čo najmenšej dávke.

Na čo myslieť pri ťažko definovateľnom závrate?

Pod pojmom sa myslí príznak, ktorý nie je ani vertigom, ani poruchou rovnováhy, ani synkopou. V takomto prípade treba myslieť na zrakové (afarentné a okulomotorické) poruchy a psychické poruchy.

Poruchy zraku sú u ľudí v staršom veku veľmi časté. Najbežnejšie príčiny sú degenerácia makuly, glaukóm, katarakta, diabetická retinopatia, ischemická lézia zrakového nervu. Prejavujú sa čiastočnou alebo kompletnou stratou zraku alebo rozmazaním obrazu, dezorientáciou v priestore a závratom. Závrát navodený refrakčnými vadami nebýva krutý a väčšinou mizne spontánne, keď sa pacient prispôbi novému zrakovému vnímaniu okolia, kompenzuje sa.

Závrát a diplopia môžu mať pôvod aj v neharmonicknej nervovo svalovej poruche okohybných svalov. Nie vestibulová, nie mozočková a nie kmeňová oscilopsia (vnímanie pohybu hore – dolu, dopredu – dozadu stojacich predmetov) býva pri léziách v zrakových asociačných centrách.

Psychické problémy vo vzťahu k závratovosti môžu byť jej príčinou, ale u geriatrických pacientov sú skôr

následkom (interpersonálne napätie, úzkosť, fóbia, obsedantno-kompulzívna neuróza, paranoidné a psychické prejavy). Avšak psychické poruchy ako depresia, úzkosť, panika môžu byť podkladom psychogénneho závratu, a to hlavne u mladých ľudí. Pri vyslovovaní diagnózy psychogénny závrát sa odporúča značná opatnosť.

Čo je úlohou vyšetrenia praktického lekára?

V prvom rade treba pacienta kompletne vyšetriť a posúdiť jeho celkový stav a stav kardiovaskulárneho systému, doterajšiu liečbu a stav centrálnych nervových funkcií. Potom cieľovými otázkami zistiť, čo pacient myslí pod pojmom „závrát“. Je to vertigo? Porucha rovnováhy? Synkopa? Alebo presne nedefinovaný závrát? Pri podozrení na vertigo a hlavne za prítomnosti ušných a sluchových príznakov, je potrebné odoslať pacienta na ORL vyšetrenie (vrátane kompletného otoneurologického vyšetrenia). Pri ataxii uprednostniť neurologické vyšetrenie, ale nevynechať ani otoneurologické a ORL vyšetrenie. Synkopa si vyžaduje na prvom mieste interné a špecializované kardiovaskulárne vyšetrenie a zohľadnenie doterajšej liečby (ortostatická hypotenzia, atď.). Ak sa príznaky nedajú jednoznačne kategorizovať, tak je potrebné nevynechať psychiatrické, očné ale aj fyzioterapeutické vyšetrenie.

Ako liečiť závrátové stavy?

Liečba porúch rovnováhy a závratov závisí na ich príčine. V niektorých prípadoch príznaky ustupujú po obnovení funkcie chorého rovnovážneho aparátu a nervu alebo sa strata kompenzuje centrálnym nervovým systémom. Výsledok potom závisí od stavu jednotlivých kompenzačných mechanizmov.

Závraty periférneho pôvodu v akútnom štádiu na prvom mieste liečime antiveriginóznymi látkami (dimenhydrinat, promethazin, diazepam, thiethylperazin), ktoré znižujú reaktivitu rovnovážneho systému a tak tlmia pocit závratu, zvracania a pod. Majú však i nepriaznivé vedľajšie účinky. Pri podávaní dlhšom ako tri dni zhoršujú alebo spomaľujú centrálnu kompenzáciu a všeobecne spôsobujú ospalosť a obmedzenie duševnej aktivity. Rôzne príčiny nakoniec vždy spôsobujú mikrocirkulačné poruchy v oblasti vnútorného ucha, nervu a CNS, preto vazoaktívne a vazodilátory sú nevyhnutnou súčasťou liečby akútneho aj chronického štádia závratov (betahistín, vinpocetín, pentoxifyllín, cinarizín, atď.). Liečba takýmito preparátmi môže ovplyvniť liečbu kardiovaskulárnych chorôb, preto praktický lekár musí mať presný prehľad o všetkých liekoch, ktoré pacient používa. Pri podozrení na zápalové imunoreakcie je vhodná

Literatúra

- Luxon L. Textbook of audiological medicine. Clinical aspects of hearing and balance, Martin Dunitz, London, 2003.
- Claussen CT. Der schwindelkranke Patient. Grundlagen der Neurootologie und Aquilibrimetrie, Edition m+p, Hamburg, 1992.
- Bronstein AM, Brandt T, Woollacott M. Clinical Disorders of Balance, Posture and Gait, Arnold, London, 1996.
- Vrabec P. Poruchy rovnováhy, Triton, Praha, 2000.
- Matheson AJ, Darlington CL, Smith PF. Dizziness in the elderly and age-related degeneration of the vestibular system. NZ J Psychol. 1999 Jun;28(1):10 – 6.
- Hain TC. Dizziness in older people, Sept 2006, <http://www.tchain.com>, <http://www.dizziness-and-balance.com>.
- Beers MH, Jones TV. The Merck Manual of Geriatrics, 3rd ed, 2000, <http://www.merck.com/mrkshared/mmg/home.jsp>.

Tabuľka 6. Spôsoby prevencie cievnej mozgovej príhody.

- Sledovať a liečiť arteriálnu hypertenziu
- Liečiť srdcové poruchy
- Sledovať vývoj sérových hladín lipidov a liečiť hyperlipidémiu
- Odporúčať prestať fajčiť, brať zakázané látky, piť alkohol len s mierou, pravidelný telocvik
- Odporúčať správne stravovanie, primerané psychické a fyzické zaťaženie
- Liečiť hematologické poruchy (anémia, polycytémia, krvácavosť)

nárazová liečba steroidmi, vhodnejšie formou hospitalizácie. Pri vestibulovej paroxyzmii spôsobenej cievnu kľučkou okolo rovnovážneho nervu sa neadekvátna aktivita nervu tlmí antiepileptikami (karbamazepín, gabapentín).

Závraty centrálného pôvodu s hlavnými príčinami vaskulárneho a migrénového pôvodu sa liečia antimigrénovými (valproát, blokátory kalciových kanálov), betahistínom, vazoaktívnymi látkami (pentoxifyllín...), nootropikami zlepšujúcimi metabolizmus mozgového tkaniva (piracetam, ginkgo biloba). Jednoznačné akútne vertigo cievneho pôvodu v akútnom štádiu vyžaduje štandardnú liečbu náhlejšou cievnej mozgovej príhody, trombolýzu a starostlivosť ako na jednotke intenzívnej starostlivosti. V období doliečovania sa pokračuje vazoaktívnymi látkami, betahistínom, nootropikami a preventívnymi opatreniami cievnej mozgovej príhody (tabuľka 6).

Závraty periférneho i centrálného pôvodu ako aj závraty vyššieho veku okrem medikamentózneho liečby vyžadujú celkovú aj vestibulovú rehabilitačnú starostlivosť a v mnohých prípadoch aj psychoterapiu. Na liečbu BPPV z kanalolitíazy sa využíva habituálny telocvik a cieleň polohové manévry.

Záver

Závratovosť je u ľudí vyššieho veku častá a jej príčiny sú rozmanité. Diagnostický postup by mal rozpoznať labyrintový, centrálny, propioceptívny, zrakový, medikamentózný, systémový a psychogénny pôvod príčiny, avšak ako je známe, u podstatnej časti pacientov sa neurčí jednoznačná etiológia. Ľudia vyššieho veku sú vnímavejší na vedľajšie účinky liekov, preto ich dávkovanie a výber sa musia opatrne uvážiť. Fyzikálna liečba závratov a porúch rovnováhy pomáha a mala by sa využívať spolu s psychoterapiou.

MUDr. Milan Jäger

I. ORL klinika LF UK, FNsP a SZU
Antolská 11, 85107 Bratislava
e-mail: jagermilan@pobox.sk