

SZÉDÜLÉS: 1995

Vécsei László

SZOTE, Neurológia

Szédüléssel panaszokkal igen gyakran keresik fel a betegek a neurológust, a belgyógyászt, a fül-orr-gégészt és más szakterületek orvosait. Egyes esetekben a panaszok viszonylag gyorsan megszűnnek, máskor komoly neurológiai, fülészeti, belgyógyászati vagy egyéb más eltérést diagnosztizál a kezelőorvos.

Jelen kerekasztal célja az alábbi kérdések megtárgyalása:

1. Szédüléssel betegek a neurológiai gyakorlatban (különösen kiemelő a perifériás és a centrális eredetű szédülések differenciáldiagnózisa);
2. Nem perifériás eredetű nystagmusok (ocular bobbing, sew-sow nystagmus, nystagmus convergens, nystagmus retractoricus);
3. Otoneurológiai vizsgálatok lehetőségei a szédülés diagnosztikájában;
4. Belgyógyászati eredetű szédülések (vérnyomás, kardiológiai okok, endokrin kórképek, tumorok, autoimmun betegségek, fertőző betegségek, mérgezések stb.);
5. A "head-up tilt table" teszt.

Összefoglalva megállapítható, hogy a szédüléssel betegek megfelelő ellátása csak számos szakterület szoros együttműködésével oldható meg.

Szédüléssel betegek a neurológiai gyakorlatban

Záborszki Annamária

SZOTE, Neurológia

A neurológiai gyakorlatban elsődleges feladat annak felismerése, hogy a beteg szédüléssel panaszainak hátterében a vestibularis rendszer működészavarából adódó tünetek állnak, vagy szisztémás okokból bekövetkező szédülésszerűség, mely bizonytalanság érzettel jellemezhető.

A valódi szédülésnek (amit vertigónak nevezünk) mindig valamilyen mozgásélmény (forgás-, dőlésérzés), meghatározott iránya van, általában minden helyzetben jelentkezik, de fejmozdítás súlyosbítja, erős vegetatív tünetek kísérik (hányinger, hányás, veritékezés, sápadtság).

A vestibularis rendszer működése a térbeli helyzet és mozgás regisztrálásán, az optikai információk feldolgozásán alapul, és eredményezi a fejhelyzetnek megfelelő szemállást és izomtónuseloszlást. A belső fülben lévő perifériás vestibularis készülékben (labyrinth) létrejövő ingerek az agytörzsben tevődnek össze és integrálódnak a különféle optikai és proprioceptív impulzusokkal. A nyúltvelői vestibularis magvak összeköttetésben állnak a fasciculus longitudinalis medialis (FLM) révén a szemmozgató magvakkal, a pontin tekintőközponttal, a cervicalis gerincvelői szakasz mellsőszarvai motoros sejtjeivel, valamint kapcsolatban vannak a kisaggyal, a nucleus dorsalis nervi vagi-val, a gerincvelői motoneuronokkal, a temporalis és parietális lebennyel.

A vestibularis eredetű szédülés kísérő tünetei a nystagmus, vegetatív tünetek, dőlési tendencia, járásdeviatio, félre mutatók.

A perifériás vestibularis eredetű szédülés leggyakoribb okai (labyrinth, n. vestibularis): Menière-szindróma, pozicionális vestibularis szédülés, otitis, perilymphaticus fistula, toxicus hatások, neuronitis vestibularis, acusticus neurinoma.

A centrális vestibularis eredetű szédülés leggyakoribb okai: vertebrobasilaris insufficiencia, sclerosis multiplex, kisagylaesiok, agytörzsi daganatok, toxikus tényezők.

A szédülés egyéb leggyakoribb okai: cervicalis szindróma, cardiovascularis okok, gyógyszerek (antihypertenzív szerek, vasodilatátorok, diuretikumok, béta-blokkolók, szedatívumok), hypoxia, toxikus tényezők, pszichogén okok, látászavarok.

A perifériás vestibularis károsodás jellemzői: harmonikus vestibularis tünetegyüttes (a nystagmus lassú komponense, a dőlés és félre mutató irányba megegyezik), a nystagmus leggyakrabban horizontálisan rotáló, a szédülésélmény igen erős, rohamszerűen megjelenő, kifejezett vegetatív tünetek kísérik, fejmozdítás provokálja, súlyosítja, halláskárosodás lehetséges, kísérő neurológiai tünet nincs.

A centrális vestibularis károsodás jellemzői: a nem-harmonikus vestibularis tünetegyüttes, a nystagmus variabilis, a szédülésélmény enyhébb, tartósan fennáll, a vegetatív tünetek hiányoznak, vagy nagyon enyhék, egyéb neurológiai tünetek is észlelhetők.

Irodalom

1. *Berlit P.* Memorix. Neurológia. Medicina, Budapest, 1993.
2. *Büki B.* Szédüléssel járó kórképek. Spinger Hungarica, Budapest, 1993.
3. *Horányi B.* Neurológia. Medicina, Budapest, 1961.
4. *Mumenthaler M.* Neurológia. Medicina, Budapest, 1989.
5. *Poock K.* Differenciáldiagnosztikai kérdések a neurológiában. Spinger Hungarica, Budapest, 1992.

Nem perifériás eredetű nystagmusok

Kriván Márta

SZOTE, Neurológia

A centrális és perifériás eredetű nystagmusok elkülönítése a neurológiai gyakorlat szempontjából, a beteg további kivizsgálási menetét illetően alapvető fontosságú.

A nem perifériás eredetű nystagmusok egy része központi idegrendszeri betegséghez társul, a vestibularis magok centrális összeköttetések sérüléséből adódik. Ide tartozik:

(1) A caudalis pontin és kisagyi laesiot kísérő *ocular bobbing* (mindkét szem gyors lefelé történő kimozdulását egy lassú középpállásba történő visszatérés követi);

(2) A mesencephalon tegmentalis régiójának sérüléséhez társuló *sew-sow nystagmus* (mindkét szem változó, reciprok, verticalis nystagmusa);

(3) Az igen ritka, a mesencephalon rostralis és a III. agykamra elülső részének sérülésekor jelentkező *nystagmus convergens* (lassú divergáló bulbusmozgást követő gyors convergencia) és *nystagmus retractorius* (szabálytalan, a szemgolyót az orbitába visszahúzó rángások);

(4) A paraneoplasziás szindróma (neuroblastoma) részjelenségeként fellépő