

opsoclonus (csaknem folyamatos, akaratlan, multidirectionalis, magas amplitúdójú szemmozgás).

Léteznek azonban olyan nem perifériás eredetű nystagmusok is, amelyek nem egyéb központi idegrendszeri betegséghez társultan jelentkeznek. Ilyen a *congenitalis nystagmus*, az *optokineticus nystagmus*, a csökkent látók és vakok ún. *ocularis nystagmus*usa.

Irodalom

1. *Büki B.* Szédüléssel Járó Kórképek. Springer Hungarica, Budapest, 1993.
2. *Horányi B.* Neurológia. Medicina, Budapest, 1961.
3. *Mumenthaler M.* Neurológia. Medicina, Budapest, 1989.
4. *Posner JB.* Paraneoplastic Syndromes in the Diseases of the Nervous System. In: Asbury AK, McKhann GM, McDonald WI (eds.): Clinical Neurology. WB Saunders Company, London, 1992;1105-1120.

Otoneurológiai vizsgálatok lehetőségei a szédülés diagnosztikájában

Szabados Éva

SZOTE, Fül-Orr-Gégészeti Klinika

Az otoneurológiai vizsgálat indikációját képezi az idegi jellegű halláscsökkenés és/vagy szédülés. Anamnézist, fül-orr-gégészeti vizsgálatot, audiometriát (beszéd és küszöb feletti vizsgálatok, stapedius reflex, BERA) és vestibulometriát (spontán tünetek, pozicionális-, kalorikus-, postrotatoros- és optokineticus nystagmus) foglal magában. A *perifériás megbetegedésekre* a harmonikus vestibularis tünetegyüttes jellemző, amely akut vagy krónikus otitishez csatlakozik, vagy azok szövödménye, labyrinthitis kialakulására utal. Ép fültükri kép mellett a következő megbetegedéseket különítjük el:

Benignus paroxismalis positionalis vertigo: gyors fejhelyzetváltoztatás által kiváltott, néhány másodpercig tartó forgó szédülés; kifárasztható, pozicionális nystagmus, ép cochleovestibularis funkció; neurológiai tünet nincs.

Menière-betegség: rohamokban jelentkező, néhány órától egy napig tartó forgó szédülés hányingerrel, féloldali fülzúgással, fluktuáló halláscsökkenéssel; harmonikus vestibularis tünetek, féloldali cochleovestibularis hypaesthesia; neurológiai tünetek nincsenek.

Neuritis vestibularis: felső légúti infekciót követő akut forgó szédülés hányingerrel; harmonikus vestibularis tünetek, csökkent vagy kiesett vestibularis funkció, ép hallás; neurológiai tünetek nincsenek.

Acusticus neurinoma: fokozódó féloldali halláscsökkenés, fülzúgás, egyensúlyzavar, tarkótáji fejfájás, facialis paresis; harmonikus, majd diszharmonikus vestibularis tünetek, a cochleovestibularis funkció fokozatos kiesése, kóros BERA-hullámok, a stapediusreflex fáradása, kiesése; neurológiai tünetek.

Irodalom

1. *Pfaltz CR.* Controversial Aspects of Ménière's Disease. Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1986.

2. *Kühn AG, Schindler ST, Huckelmann L, Kau RJ.* Heutiger Stellenwert audiologischer, vestibulärer und radiologischer Untersuchungsverfahren bei der Diagnostik von Kleinhirnbrücken Winkeltumoren. *Otorhinolaryngol Nova*, 1994;4:135-142.

Belgyógyászati eredetű szédülések

Ábrahám György

SZOTE, I. sz. Belgyógyászati Klinika

A napi gyakorlatban a szédülés a leggyakoribb panaszok közé tartozik, mellyel a betegek orvosukat felkeresik. Végső soron mindig agyi oxigénellátási elégtelenség, gyulladás vagy egyéb toxikus károsodás áll a háttérben; az ehhez vezető állapotok rendkívül sokrétűek lehetnek. A teendők szempontjából fontos differenciálni, hogy "igazi" szédülésről (vertigo), azaz a külvilág forgó jellegű "mozgásáról" van-e szó, melyet a páciens fej és/vagy testmozgással próbál kompenzálni, vagy "szédülésérzésről", melyet inkább bizonytalanságérzés jellemez. A belgyógyászati gyakorlatban nemegyszer elmarad e két állapot korrekt elkülönítése, noha ez alapvetően befolyásolhatja a további diagnosztikai lépéseket és a kezelés módját is.

Kroenke multidiszciplináris módszereket alkalmazó felmérése szerint a szédüléssel jelentkező betegek (átlagéletkor 62 év, 20-85 év) mintegy negyede (28%) két héten belül "magától" panaszmentessé vált, míg a fennmaradó esetek 54%-ában vestibularis, 16%-ában pszichiátriai betegség volt igazolható. 13%-ban volt a háttér multicausalis, 10%-ban nem derült ki a kiváltó tényező, míg 6%-ban praesyncopét bizonyítottak. Belgyógyászati ok az esetek alig egyharmad részében volt feltételezhető, illetve kimutatható. Figyelemre méltó, hogy a páciensek többsége az idősebb korosztályhoz tartozik.

A gyakorlat szempontjából az tanácsolható, ha a beteg vertigóról panaszkodik, a lege artis elvégzett belszervi fizikális vizsgálat, vérnyomásmérés és EKG után - ezek negativitása esetén - kérjünk fül-orr-gégészeti, neurológiai szakkonziliumot. Az alábbi szempontok figyelembe vétele javasolt, ha a panasz inkább szédülésérzés:

A beteg vérnyomása a kívánt tartományban van-e? A hipertensio gyakorisága és jelentősége ismert. *Ohashi* 3 év alatt 1291 szédülő beteget vizsgált, 19%-ban volt kimutatható a panaszok mögött vérnyomáseltérés. Szignifikáns kapcsolatot a hypotensio és vestibularis betegségek, valamint a hipertensio és a KIR betegségei között talált². Nemegyszer a szédüléssel szövődött fejfájás viszi a beteget először orvoshoz. Manifeszt hipertensio esetén nem történt-e túl erélyes, az agyi vasoregulációt veszélyeztető gyógyszeres kezelés? Az antihypertenzívumok közül főként az alfa1-receptor-blokkoló (prazosin), alfa1-receptor-blokkoló + centrális-alfa2-receptor + szerotoninagonista (urapidil), valamint ritkábban az ACE-gátlók által okozott főként "elsődózis" hypotensio hatásaira kell tekintettel lennünk. A vasodilatátorok inkább a „steal” hatásuk miatt okozhatnak agyi perfúzió csökkenés által tüneteket.

Az orthostaticus hypotensio gyakorisága, különösen a hipertensiosok között a korrall arányosan nő. *Rutan* 5201 beteget vizsgálva az előfordulást 16,2%-osnak találta, szignifikáns kapcsolatot mutatva ki többek között a gyakoribb eleséssel, szívinfarkttal, TIA-val, carotisstenosisal. Az orthostasis oka rendkívül sokrétű lehet, talán az endokrin