

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ВЕРТИГО

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на вертиго.

Член 2

Начинот на третман на вертиго е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување при вертиго по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-8956/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ВЕРТИГО

МЗД Упатство
16.05.2011

- Основи
- Причини за вертиго
- Анамнестички податоци
- Клинички преглед
- Карактеристични знаци и симптоми
- Испитувања
- Третман на вертиго
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВИ

- *Да се препознае: бенигното постурално вертиго, цервикалното вертиго, ортостатската хипотензија и вестибуларниот невронит без дополнителни испитувања.*
- Ако симптомите упатуваат на ТИА, пациентот треба да се упати во болница за испитување.
- Дополнителните испитувања се индицирани кај пациентите со рекурентен или пролонгиран ротаторен вертиго, како и при случаи каде има нарушување на слухот или други невролошки знаци, комбинирани со нистагмус. ***Имајте ги предвид: Мениеровата болест, акустичниот неврином, темпоралната епилепсија и мултиплата склероза.***
- Внесените лекови кои предизвикуваат вертиго треба да се прекинат или да им се намали дозата.
- Не е полезно да се третира симптоматското вертиго со лекови.

ПРИЧИНИ ЗА ВЕРТИГО

- Вертигото, најчесто настанува заради органска малфункција: пациентот со вертиго не треба да се разгледува како „невротичен“. Најчестите причини на вертигото, подредени без оглед на важноста, се:
 - Бенигното постурално (позициско) вертиго;
 - Мениеровата болест;
 - Вестибуларниот невронит (нагол почеток, пролонгирана вестибуларна дисфункција);
 - Останатите нарушувања на вестибуларната функција;
 - Затегнатиот врат;
 - Циркулациските нарушувања во мозочното стебло или во малиот мозок;
 - Церебеларната атрофија;
 - Вертигото кое е поврзано со процесот на стареење (мозокот, очите, органите за рамнотежа, длабокиот сензибилитет за положба, ортостатиката, итн.);
 - Паничните атаки (хипервентилација);
 - Недефинираното вертиго по долготрајни испитувања.
- Само околу 10% од случаите со вертиго може да припаѓаат на последната група.
- Честопати вертигото е последица од различните лекови кои ги ординира матичниот лекар при секоја посета /преглед на пациентот.

АНАМНЕСТИЧКИ ПОДАТОЦИ

- Деталната анамнеза е основа за поставување на дијагнозата:
 - Дали има вртоглавица? Дали вертигот предизвикува осет на паѓање? Има ли одреден правец при осетот за паѓање?
 - Поврзаност на вертигот со разни ситуации (при мокрење, ротација на главата, физичка активност);
 - Пароксизмалната природа (краткото траење, често пати само неколку минути кај позициското вертиго и ТИА, додека атаката кај Мениерова болест трае десетици минути; Продолженото и жестоко вертиго кое трае подолго од една недела, често пати е поврзано со вестибуларниот невронит или со церебеларниот инфаркт. Континуираниот, но лесен облик на вертигот е поврзан со цервикалните промени;
 - Симптомите на затегнат врат вклучуваат „вертиго како при нишање во брод“, брза промена на страната, главоболка, визуелни дистурбанции, гадење и осетливост на поглавината;
 - Придружните симптоми кои упатуваат на мозочно или ушно оштетување:
 - Проблеми со слухот или тинитус (Мениерова болест, акустичен неврином);
 - Појава на парализи (ТИА).
- Регулари лекови.

КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД

- Опсервација на нистагмусот во разни позиции (при носење на Frenzel-овите очила кои ги зголемуваат и осветлуваат очите), особено за време на Dix-Hallpike тестот:
 - Се појавува кај вестибуларниот невронит (хоризонтален), Мениеровата болест и постуралното-позициското вертиго (обично ротаторен нистагмус од задниот семициркуларен канал);
 - Поретко се јавува вертикален нистагмус и може да сугерира на церебрално растројство, понекогаш краткотрајно е опсервиран и кај позициското вертиго;
 - Тестот на нагло свртување на главата открива оштетување на хоризонталниот семициркуларен канал: кога главата на пациентот одеднаш се свртува кон афектираната страна, погледот не останува фиксиран, туку се јавува одложено движење како корекција.
- Невролошки, отолошки и циркулаторни испитувања:
 - Romberg-овиот тест и тестот со одење на слепо, објективно, го евалуираат степенот на нарушена рамнотежа;
 - Тестовите на координација;
 - Кранијалните нерви, тетивните рефлекси;
 - Тимпаничната мембрана (отит, лабиринтна иритација);
 - Тестот со звучна виљушка го дефинира можното нарушување на слухот;
 - Аудиограмот е индициран кај пациентите со перзистентна вртоглавица (неколку минути), тинитус или ако се суспектни нарушувања на слухот;
 - Крвниот притисок при седење и стоење;
 - Аускултацијата на срцето и југуларните вени.
- Вратот треба, исто така, да се испита (мускулна затегнатост, тест на компресија), движење и осетливост на цервикалната медула спиналис.

КАРАКТЕРИСТИЧНИ ЗНАЦИ И СИМПТОМИ

Бенигно позициско вертиго

- Вртоглавицата обично започнува наутро или за време на ноќта.

- Таа се поттикнува ако болниот се навали од седечка позиција или ако легне во креветот, по неколку секунди од промената на позицијата. Новата промена на позицијата ќе предизвика полесна вртоглавица која се намалува за цирка една минута штом главата ќе се задржи во една положба.
- Причината се наоѓа во постериорниот семициркуларен канал. Вртоглавицата може да биде провоцирана за време на посетата на болниот кога тој се накосува во лежечката положба со екстендирана глава свртена надолу и на страна (Dix-Hallpike).
- Нистагмус може да се опсервира за време на вртоглавицата (ротаторен).
- Кај 90% од пациентите вртоглавиците се губат во рок од три месеци, но може повторно да се јават.

Вестибуларен невронит (идиопатско акутно вестибуларно нарушување)

- Ненадеен почеток, жестоко вертиго и гадење.
- Нормален (симетричен) аудиограм.
- Патолошки одговор при тестот со нагло свртување на главата и при калоричниот тест.
- Спонтан хоризонтално-ротаторен нистагмус кон здравото уво.
- Нема други невролошки симптоми.
- Тешкиот облик на вертигото поминува за 1-2 недели. Лесните тегоби со рамнотежата остануваат многу подолго.
- Нападот не се повторува.

Мениерова болест

- Тријада од симптоми: ротаторен вертиго и гадење, тинитус, варијабилни оштетувања на слухот.
- Епизодата трае 2-5 часа (20min-48часа).
- Во иницијалната фаза најголем број од атаките се унилатерални.
- Често се чувствува притисок во ушите.
- Иницијаниот транзитoren губиток на слухот подоцна поминува во траен губиток заради нарушувањето во внатрешното уво (за ниски фреквенции). Потребна е диференцијација кај пациентите со заслабен говор.

Хипервентилација (вертиго, поврзан со паника)

- Најчесто се јавува кај младите луѓе и се презентира или како континуиран вертиго или вертиго во одредени ситуации (стоење во ред, продавници, театар). Дијагнозата може да се постави по исклучување на органските причини.
- Нема патолошки знаци при клиничкиот преглед; ротаторен вертиго или нистагмус не може да се провоцираат.

Вертиго, предизвикан од вратот

- Осетот и движењата во цервикалниот регион се нарушени.
- Предизвикан е од затегнатоста на вратните мускули или од цервикалниот синдром.
- Наодите се: затегнат врат и рамена мускулатура или позитивен компресивен тест.
- Нистагмусот е редок наод.

Вертиго, поврзан со процесот на стареење кај возрасните лица

- Еволуира како резултат на комбинација од повеќе фактори, како што се: слабеењето на способноста за перцепција, циркулацијата, крвниот притисок и лековите.

Вертиго, предизвикан од лекови и од алкохол

- Лековите кои предизвикуваат ортостатска хипотензија (лекови за хипертензија, Паркинсонова болест, трициклични антидепресиви, фенотијазини).
- Антиконвулзиви: carbamazepin и phenitoin кои можат да предизвикаат церебеларен вертиго, придружен со атаксија и нистагмус.
- Бензодијазепините.
- Алкохолот:
 - Церебеларната дегенерација при хроничен внес: тегоби во координацијата, атаксија и тремор;
 - Полиневропатија која го слабеет осетот за позиција.

ТИА (транзиторна исхемична атака)

- Најчесто се присутни и други симптоми од ЦНС освен вертигот (диплопија, дизартрија, пареза на екстремитетите).
- Индивидуалните епизоди на ротирачкиот вертиго се придружени со нистагмус (ретко опсервиран, бидејќи епизодата, обично, поминува пред болниот да биде виден од лекар).
- Drop-атаки (нозете одеднаш откажуваат).
- Ризик факторите за мозочен удар (хипертензија, атеросклероза, дијабет, итн.) го зголемуваат ризикот од рецидив.

Акустичен неврином

- Постепено прогресивно губење на слухот е главен симптом.
- Тинитус може да биде присутен.
- Чувство на несигурност при одење, генерално без ротирачко вертиго.

Мултипна склероза

- Понекогаш прв симптом на болеста е чувството на вртоглавица и несигурно одење.
- Другите невролошки наоди водат до дијагнозата.

Вертиго од кардиолошко потекло

- Кај ортостатската хипотензија, симптомите се најтешки наутро и по оброк.
- Аритмиите може да ја придружуваат епизодата на вертигот (неротирачки тип) и колапсите.
- Вертигот може да е поврзано со физичка активност.

ИСПИТУВАЊА

- Базични, општи испитувања:
 - ЕКГ, крвна анализа, седиментација, CRP- ако се постави сомневање за системска болест;
 - Аудиограм, ако се постави сомневање за нарушување во увото;
 - Рентгенграфија на вратниот рбет не е корисен.
- Специјалистички иследувања:
 - КТМ ако постојат сомневања за циркулаторни нарушувања или МР ако се сомневаме за други церебрални заболувања или акустичен неврином;
 - БАЕП (аудитивни евоцирани потенцијали) при сомнение за акустичен неврином;
 - ЕЕГ само при сомнение за епилепсија.

- Консултации:
 - Потребата за консултации се базира на анамнезата и на клиничкиот статус на болниот. Генерално, консултации не се потребни.
 - Според опсервираните знаци, пациентот може да биде упатен на оториноларинголог, невролог или на кардиолог.

ТРЕТМАН НА ВЕРТИГО

- Акутен вертиго, придружен со повраќање: prochlorperazine таблетарно или во вид на супозитории.
- Постурален-позициски вертиго: третманот се состои во заземање соодветна позиција, не се даваат лекови.
- Кај пациентите со акутен вестибуларен невронит: третманот со гликокортикоиди го подобрува одговорот од калоричниот тест, но не влијае на клиничкото опоравување (ннд-**D**).
- Други отогени или недефинирани типови на вертиго: betahistine се користи кај Мениеровата болест.
- Мозочни растројства: само епилептичниот вертиго може да се третира. Ризикот за ТИА и веројатен супсеквентен церебрален инфаркт може да се превенира со спроведување на стратегијата за секундарна превенција.
- Цервикална природа: физикална терапија или акупунктура, физички вежби.
- Панични напади: SSRI, трициклически антидепресиви, alprazolam, clonazepam.
- Тренинг за самоконтрола. За да се подобри рамнотежата, корисен е кај пациентите со рекурентно вертиго.
- Circulus vitiosus мора да биде разбиен: слабата рамнотежа води до минимална мобилност, а, пак, недоволното вежбање делува на рамнотежата.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Вестибуларната рехабилитација е ефикасна за пациентите со унилатерална периферна вестибуларна дисфункција (ннд-**B**).
- Authors: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00926 (038.070) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Hillier SL, Hollohan V. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. Cochrane Database Syst Rev 2007 Oct 17; (4):CD005397. **PubMed**
2. Fishman JM, Burgess C, Waddell A. Corticosteroids for the treatment of idiopathic acute vestibular dysfunction (vestibular neuritis). Cochrane Database Syst Rev 2011; (5):CD008607. **PubMed**

Authors: Kyösti Laitakari Previous authors: Mikael Ojala Article ID: ebm00745 (038.070) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines 16.05.2011, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до мај 2016 година.**