

მიღებულია "კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს" 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 6 აგვისტოს № 244/ო ბრძანებით

#

თავბრუსხვევის დიაგნოსტიკა და მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

#

#

თავბრუსხვევა - დიაგნოსტიკა და მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

ტერმინების განმარტება

| | |
|--|---|
| ვერტიგო | მოძრაობის ილუზორული შეგრძნება |
| წონასწორობის დარღვევა | არამდგრადობის შეგრძნება, რომელიც არ არის ლოკალიზებული თავში, ჩვეულებრივ წარმოიშობა სიარულის დროს და გაივლის მოსვენებით მდგომარეობაში. |
| პრესინკოპე | გულისწასვლის შეგრძნება |
| სიცარიელის შეგრძნება თავში (არასპეციფიკური) | ბევრ პაციენტს თავბრუსხვევის ჩივილებით არ აღენიშნება არც ვერტიგო, არც წონასწორობის დარღვევა, არც პრესინკოპე. ასეთ პაციენტებს უბრალოდ არ შეუძლიათ აღწერონ თავიანთი სიმპტომები, გარდა იმისა, რომ რაღაც აწუხებთ, ყველაზე ხშირია ჩივილი თავში სიცარიელის შეგრძნებაზე |
| პაროქსიზმული პოზიციური ვერტიგო | ვერტიგო, რომელიც მეორდება თავის პოზიციის შეცვლასთან დაკავშირებით და გრძელდება წამების განმავლობაში. |
| პაროქსიზმული სპონტანური ვერტიგო | ვერტიგო წარმოიშობა სპონტანურად და გრძელდება წუთებიდან საათების განმავლობაში. |
| პროლონგირებული სპონტანური ვერტიგო | მიმდინარე ვერტიგო, რომელიც შეწყდება მხოლოდ რამდენიმე დღის შემდეგ ან შესაძლოა კიდევ გაგრძელდეს. |
| უეცარი პრესინკოპე მენიერის დაავადება | პრესინკოპე წარმოიშვება უეცრად, პროვოცირების გარეშე. დაკავშირებულია ენდოლიმფის პროდუქციისა და მისი მოძრაობის რეგულაციის დარღვევასთან, რაც ენდოლიმფური ჰიდროქსის შედეგად იწვევს მწვავე ვერტიგოს რეციდიულ შეტევებს, რომელიც გრძელდება საათების/დღეების განმავლობაში, ხშირად დაკავშირებულია უნილატერულ სმენის დაკარგვასთან, ყურებში ხმაურთან და ყურში სისავსის შეგრძნებასთან. |
| ვესტიბულური ნეირონიტი | კლინიკური დიაგნოზია აგრეგირებული სიმპტომებით. დაავადება იწყება მწვავე ვერტიგოს შეტევით, რომელიც გრძელდება რამდენიმე დღე, გაუმჯობესება იწყება თანდათანობით, რაც გრძელდება ერთი ან რამდენიმე კვირის განმავლობაში. სმენა ტაპირად არ არის შეცვლილი. პაციენტი ვერტიგოს დაწყებას უკავშირებს მწვავე ვირუსულ რესპირატორულ ინფექციას. |
| ვესტიბულური ლაბირინთიტი | ვერტიგო იწყება უცხად, მაგრამ ყოველთვის დაკავშირებულია სმენის დაკარგვასთან. ლაბირინთიტი, ჩვეულებრივ, ვირუსული წარმოშობისაა, თუმცა ის შეიძლება წარმოიშვას შუა ყურის მწვავე ან ქრონიკული ინფექციების ფონზე. |
| ზედა ნახევარკალოვანი არხის სინდრომი | პათოლოგიური მდგომარეობა, როდესაც ბგერა ან წნევა შიგნითა ყურზე პათოლოგიურად ააქტიურებს ვესტიბულურ სისტემას. |
| შიგნითა ყურის აუტოიმუნური დაავადება | ხასიათდება სწრაფი პროგრესირებით, ორმხრივი სმენის დაკარგვით და ვესტიბულური ჰიპოფუნქციით. |
| „მრავლობითი სენსორული დეფიციტი“: | ვითარდება ხანდაზმულებში, რომელთაც აღენიშნებათ როგორც ვესტიბულური, ისე ვიზუალური და პროპრიოცეპტული ფუნქციების დაქვეითება. ხშირად სიმპტომები იხსნება, თუკი პაციენტს ემატება პროპრიოცეპტული ინფორმაცია კედლის ან მაგიდის ხელის შეხებით. |
| სმენის დაკარგვა | ნებისმიერი შესამჩნევი სმენის სიმახვილის დაქვეითება |
| გაფანტული სკლეროზი | ცენტრალური ნერვული სისტემის მორეციდივე ანთებითი აუტოიმუნური |

| | |
|-----------------------|--|
| ელექტრონისტაგმოგრაფია | დემიელინიზაცია. ნევროლოგიური ტესტი ვესტიბულური სისტემის შესაფასებლად. მოიცავს ორივე ყურის სმენის ფუნქციის შეფასებას (აუდიომეტრიული ტესტი), თვალის მოძრაობის ტესტს და პოზიციის, დგომისა და სიარულის ცვლილებებზე საპასუხო რეაქციების შეფასებას. |
|-----------------------|--|

შესავალი

თავბრუსხვევა და მასთან დაკავშირებული სიმპტომები ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებულია იმ მიზეზთა შორის, რის გამოც პაციენტები სამედიცინო სამსახურებს მიმართავენ. პირველადი ჯანდაცვის ექიმები, უმეტეს შემთხვევაში, ახდენენ ამ სიმპტომების შეფასებას და მათ წარმატებით მართვასაც.

თავბრუსხვევის მიზეზის იდენტიფიცირების მიზნით მნიშვნელოვანია პაციენტის ჩივილებისა და ვესტიბულური გამოკვლევის შედეგების შეფასება. სმენის, ვესტიბულური, დამატებით - სისხლისა და რადიოლოგიური კვლევების მონაცემები გვეხმარება დიფერენციალურ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობის შესაფერისი სქემის შერჩევაში. გასათვალისწინებელია, რომ მხოლოდ ვესტიბულური ტესტები ამომწურავ დიაგნოსტიკურ ინფორმაციას არ იძლევა, ამდენად არსებითი მნიშვნელობა აქვს დეტალური ანამნეზური მონაცემების შეკრებას.

უკანასკნელი 10 წელის მანძილზე მნიშვნელოვნად გაიზარდა პირველადი ჯანდაცვის ექიმის როლი თავბრუსხვევის მართვაში. აღნიშნულ გაიდლაინში განსაკუთრებით ხაზგასმულია ის რეკომენდაციები, თუ როგორ უნდა მოხდეს პერიფერიული თავბრუსხვევის დიფერენცირება ცენტრალურისაგან და როდის შეუძლია ოჯახის ექიმს ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში დაიწყოს პრობლემის მართვა, აგრეთვე, დეტალურად არის განხილული ჩვენებები ოტოლარინგოლოგთან და/ან ნეირო-ოტოლოგისტთან მიმართვისა და სპეციალიზებული ვესტიბულური გამოკვლევებისათვის.

1. თავბრუსხვევის დეფინიცია, ტერმინოლოგია და კლასიფიკაცია

თავბრუსხვევა - უფრო მეტად სიმპტომოკომპლექსია, ვიდრე სპეციფიკური დიაგნოზი. სიმპტომები, მაგ. ილუზორული მოძრაობები, წონასწორობის დარღვევა, არამდგრადობის, გულისწასვლისა და თავში სიცარიელის შეგრძნებები, რომლებსაც პაციენტი “თავბრუსხვევის” ჩივილით წარმოადგენს არაერთ პათოლოგიას ახლავს თან.

ექიოპათოგენეზის მიხედვით თავბრუსხვევა ცენტრალური ან პერიფერიული გენეზისაა.

პერიფერიული თავბრუსხვევა: თავბრუსხვევა, რომელიც ვითარდება ვესტიბულურ სისტემაში შემავალი, საფეთქლის ძვალში მოთავსებული პერიფერიული ორგანოს უკმარისობის გამო.

ცენტრალური თავბრუსხვევა: ვითარდება ვესტიბულური ნერვის ან ტვინის ღეროსა და ნათხემის ცენტრალური კავშირის უკმარისობის გამო.

კლინიკური მანიფესტაციის თავისებურებების მიხედვით გამოიყოფა თავბრუსხვევის ოთხი კატეგორია, ესენია: ვერტიგო, წონასწორობის დარღვევა, პრესინკოპე ან თავში სიცარიელის შეგრძნება (არასპეციფიკური) (ცხრილი №1).

ცხრილი №1

თავბრუსხვევის სახეები

| თავბრუსხვევის სახე | დახასიათება |
|--|--|
| ვერტიგო | ილუზორული მოძრაობაა |
| წონასწორობის დარღვევა | წონასწორობის დარღვევა არის არამდგრადობის შეგრძნება, რომელიც არ არის ლოკალიზებული თავში, წარმოიშობა სიარულის დროს და გაივლის ხოლმე მოსვენებულ მდგომარეობაში. |
| პრესინკოპე | გულისწასვლის შეგრძნება |
| სიცარიელის შეგრძნება თავში (არასპეციფიკური) | ბევრ პაციენტს თავბრუსხვევის ჩივილებით არ აღენიშნება არც ვერტიგო, არც წონასწორობის დარღვევა, არც პრესინკოპე. ასეთ პაციენტებს უბრალოდ არ შეუძლიათ აღწერონ თავიანთი სიმპტომები, გარდა იმისა, რომ რაღაც აწუხებთ. |

2. თავბრუსხვევის ეპიდემიოლოგია

თავბრუსხვევა გავრცელებული ჩივილია, რომელსაც პაციენტი პირველად ჯანდაცვაში ვიზიტების 1%-ში წარმოადგენს¹. იგი ისევე გავრცელებულია, როგორც წელისა და თავის ტკივილი.²

თავბრუსხვევის, ვერტიგოსა და წონასწორობის დარღვევის ინციდენტობა ერთად 5-10%-ს შეადგენს, ხოლო 40 წლის ზემოთ ასაკის პირებში 40%-ს აღწევს. 65 წლის ასაკის ზემოთ დაცემის ინციდენტობა 25%-ია. დაცემა, აღნიშნულ პოპულაციაში თავბრუსხვევის პირდაპირი შედეგია და შედარებით ხშირია პაციენტებში სხვა ნევროლოგიური პრობლემებით.

ყურებში ხმაური და სმენის დაქვეითება ხშირად არის ასოცირებული შიგნითა ყურის დაავადებებთან, სადაც წამყვანი სიმპტომებია თავბრუსხვევა და ვერტიგო. აშშ-ში მოსახლეობის 25% აღნიშნავს ყურებში ხმაურს (ტინიტუსს).

თავბრუსხვევა შედის იმ 10 ყველაზე ხშირ ჩივილს შორის, რომელსაც სიმპტომების სახით წარმოადგენს 65-დან 74 ასაკის ქალები და 75 წლისა და მეტი ასაკის მამაკაცები. აშშ-ს ჯანდაცვის ნაციონალური ინსტიტუტის მონაცემებით, მოსახლეობის 40% თავბრუსხვევის ეპიზოდს ცხოვრებაში ერთხელ მაინც აღწერს. პრევალირების მაჩვენებელი მამაკაცებთან შედარებით ქალებში ოდნავ მაღალია.³

პაციენტთა უმრავლესობას, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის ექიმის თავბრუსხვევის გამო აკითხვას, გაუმჯობესება რაიმე აქტიური ჩარევის გარეშე აღენიშნებათ. მაგრამ,

მიმდინარე დაკვირვების შედეგები მიუთითებს, რომ პაციენტების თითქმის ნახევარს (44%) ერთი წლის შემდეგ იგივე ან გაუარესებული სიმპტომები აღენიშნებათ (III)⁴

ამერიკის გერიატრიის საზოგადოების მონაცემებით გერიატრიული პაციენტების 10%-ს, რომელიც თავბრუსხვევას უჩივის, ცენტრალური ვერტიგო აღენიშნება, რაც სავარაუდოდ ცერებროვასკულური დაზიანების შედეგია(III).⁵ სხვა კვლევის მონაცემებით ნევროლოგთან გაგზავნილი 70 წლის ზემოთ პაციენტების 23%-ში თავბრუსხვევა ტვინის ღეროს ან თავის ტვინის სხვა უბნების იშემიითაა გამოწვეული.

გადაუდებელი დახმარების განყოფილებებში პაციენტების 31%-ში თავბრუსხვევა ისეთი სერიოზული მიზეზითაა გამოწვეული, როგორცაა ინსულტი, მედიკამენტების გვერდითი მოვლენები, კრუნჩხვები ან არითმია.

თავბრუსხვევა ხშირად თან ახლავს შაკიკს. შაკიკის 30-40%-ში აღინიშნება ვერტიგო, პოზიციური თავბრუსხვევა, წონასწორობის დარღვევა, მოძრაობის არატოლერანტობა (აუტანლობა) და სმენის მსუბუქი დაქვეითება. ზოგჯერ, შაკიკის დიფერენცირება პირველადი შიდა ყურის პრობლემებისაგან რთულია.⁶

ვესტიბულური ნეირონიტი არის მწვავე ვერტიგოს ყველაზე ხშირი მიზეზია. აშშ-ის მონაცემებით მისი ინციდენტობა 100 000 მოსახლეზე 170 შემთხვევას შეადგენს.⁶

ვერტიგო გაფანტული სკლეროზის ადრეულ ეტაპზე პაციენტების 5%-ში აღინიშნება.⁷

კეთილთვისებიანი პაროქსიზმული პოზიციური ვერტიგო ყველაზე გავრცელებულია მორეციდივე ვერტიგოს მიზეზებს შორის. მისი გავრცელების მაჩვენებელი 2.4%-ია.⁸

აკუსტიკური ნევრინომის ინციდენტობა, რომელიც უხშირესად თავბრუსხვევით მანიფესტირდება, 100 000 მოსახლეზე 1,1-ს შეადგენს.

3. თავბრუსხვევის ეტიოპათოგენეზი

თავბრუსხვევის გავრცელებული ფორმაა ვერტიგო, რაც მოძრაობის ილუზორულ შეგრძნებას (ბრუნვა, ტრიალი, რყევა და ხაზოვანი გადახრა) გულისხმობს და ვესტიბულური სისტემის დაზიანების შედეგია. კერძოდ, ვერტიგო ტონური ვესტიბულური სიგნალების ბალანსის დარღვევის ფონზე ვითარდება.

ვესტიბულური სისტემა მოიცავს საფეთქლის ძვალში მოთავსებულ პერიფერიულ ორგანოს, VIII კრანიალური ნერვის ვესტიბულურ კომპონენტსა და ტვინის ღეროს ნათხემთან ცენტრალურ კავშირს. საფეთქლის ძვალში მდებარე პერიფერიული ორგანო სამი ნახევარკალოვანი არხების კრისტებისაგან შესდგება, რომელიც რეაგირებენ თავის მოძრაობაზე და უტრიკულუსისაგან, რომელზეც აისახება თავის პოზიცია სივრცეში. ნახევარკალოვანი არხები აღიქვამენ დინამიკურ მოქმედებებს, ხოლო უტრიკულუსი აღიქვამს სტატიკურ ფუნქციებს.

ვერტიგო იყოფა პერიფერიულ ვერტიგოდ (პერიფერიული ორგანოს უკმარისობის გამო) ან ცენტრალურ ვერტიგოდ (ვესტიბულური ნერვის ან ტვინის ღეროსა და ნათხემის ცენტრალური კავშირების უკმარისობის გამო).

პათოლოგიები, რამაც შესაძლოა ცენტრალური ვესტიბულური დარღვევები და, შესაბამისად, ვერტიგო გამოიწვიოს, მოიცავს შემდეგს:

- გულის რითმის ცვლილებებით მიმდინარე კარდიო-ვასკულური დარღვევები (მაგ.: ბრადიკარდია, ტაქიკარდია);
- ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებები (მაგ.: ინსულტი, გარდამავალი იშემიური შეტევა, თავის ტვინში სისხლჩაქცევა);
- ვერტებრო-ბაზილური ცირკულაციის უკმარისობა ვერტიგოს ყველაზე ხშირი მიზეზია 50 წელზე უფროსი ასაკის პაციენტებში;
- ლაბირინთის არტერიის თრომბოზი ან ვერტებრული ან უკანა ქვედა ცერებელური არტერიის ინფარქტი და სისხლძარღვოვანი უკმარისობა, რამაც შესაძლოა მწვავე ვერტიგო გამოიწვიოს;
- ლავიწქვეშა გამარცვის სინდრომმა (subclavian steel syndrome) შესაძლოა გამოიწვიოს სხვადასხვა სიმპტომები ვერტიგოს ჩათვლით;
- თავის ტრავმა;
- შაკიკი (პაციენტების 30-50% განცდილი აქვს ვერტიგო);
- გაფანტული სკლეროზი (როდესაც დემიელინიზაციის პროცესი აზიანებს ტვინის ღეროს და ნათხემს);
- ორთოსტატიური ჰიპოტენზია (წნევის მკვეთრი დაცემა როდესაც დაწოლილი ან დამჯდარი პაციენტი აღგება; იწვევს დიაბეტი, დეჰიდრატაცია, ანემია);
- სისტემური დაავადებები (თირკმლის დაავადება, თიროიდული დარღვევები);
- სიმსივნეები, რომელიც აზიანებს ცენტრალურ ვესტიბულურ სისტემას (მაგ.: აკუსტიკური ნევრინომა) თავბრუსხვევა იწყება მაშინ, როდესაც სიმსივნე იზრდება და აზიანებს ტვინის ღეროსა და ნათხემს;
- ცერვიკალური სპონდილოზი, შეიძლება გახდეს ვერტიგოს მიზეზი დისკის დეგენერაციისა და სივრცის შევიწროების შედეგად, რომელიც აზიანებს ახლომდებარე ნერვებს ან ოსტეოფიტების ფორმაციას, რომელიც აწვება სისხლძარღვებს. დიაგნოსტიკაში, შესაძლოა დაგვეხმაროს კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- მეტაბოლური დარღვევები - თავბრუსხვევა შესაძლოა გამოიწვიოს სხვადასხვა მეტაბოლურმა დარღვევამ. იგი მოიცავს: თიროიდულ დისფუნქციას, ჰიპერლიპიდემიას, დიაბეტსა და ჰიპოგლიკემიას.

ვერტიგო შეიძლება ასოცირებული იყოს სმენის დაქვეითებასთან, რაც დამატებით ინფორმაციას იძლევა ცენტრალურ თუ პერიფერიულ თავბრუსხვევის დიფერენციაციისათვის. პერიფერიული ვესტიბულური დარღვევების მიზეზებს შორის აღსანიშნავია:

- კეთილთვისებიანი პოზიციური პაროქსიზმული ვერტიგო⁹ კეთილთვისებიანი პოზიციური პაროქსიზმული ვერტიგო გამოწვეულია ოტოლითების მოძრაობით (კალციუმ კარბონატის კრისტალებით) უკანა ნახევარკალოვან არხებში. ვერტიგოს ყველაზე ხშირი ფორმა წარმოიშობება მაშინ, როდესაც ოტოლითები უტრიკულუმის მაკულადან ჩავარდება უკანა

ნახევარკალოვანი არხის სანათურში. აღნიშნულ ექტოპიურ ოტოლითებს კანალითებსაც უწოდებენ. კანალითები მკვრივი კონსისტენციის არიან და იწევენ გადაადგილების თავის მოძრაობასთან ერთად. ზოგჯერ, კანალითი ეწეება კუპულას, რაც იწვევს კუპულოლითიაზის (სიმპტომებით - ვერტიგო და ნისტაგმი), რომელიც ნაკლებად ემორჩილება მკურნალობას;

- მენიერის დაავადება: მენიერის დაავადების ეტიოლოგია დაკავშირებულია ენდოლიმფის პროდუქციისა და მისი მოძრაობის რეგულაციის დარღვევასთან, რაც ენდოლიმფური ჰიდროპსის (ენდოლიმფური სადინარი და ტომსიკა არის ენდოლიმფის რეზორბციის ადგილი, რასაც ენიჭება მნიშვნელოვანი როლი ენდოლიმფური ჰიდროპსის პათოგენეზში) შედეგად იწვევს რეციდიულ შეტევებს;
- ვესტიბულური ნეირონიტი: პაციენტი ვერტიგოს დაწყებას უკავშირებს მწვავე ვირუსულ რესპირატორულ ინფექციას;
- ვესტიბულური ლაბირინთიტი: ჩვეულებრივ, ვირუსული წარმოშობისაა, თუმცა ის შეიძლება წარმოიშვას შუა ყურის მწვავე ან ქრონიკული ინფექციების ფონზე. ვირუსული ლაბირინთიტისაგან განსხვავებით ლაბირინთიტმა, რომელიც ასოცირებულია ყურის ჩირქოვან დაავადებასთან, შეიძლება განიცადოს პროგრესი და მოახდინოს დაზიანებული ლაბირინთის სანათურის ნაწილობრივი ან სრული ოკლუზია. ადრეულ ეტაპზე ობსტრუქცია შეიძლება გამოვლინდეს მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევით თხიერ შიგთავსში სიგნალის ინტენსიურობის შემცირების სახით. მოგვიანებით, ლაბირინთის სტრუქტურების უფრო მეტი ხარისხის ობლიტერაციის შედეგად წარმოიშობა ობლიტირებული ლაბირინთიტი, რომლის დიაგნოსტიკა შესაძლებელია კომპიუტერული ტომოგრაფიული კვლევით. მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევის შედეგის ინტერპრეტაცია უნდა მოხდეს ძალიან ფრთხილად, რადგან ლაბირინთის უეცარი დისფუნქცია შეიძლება გამოიწვიოს სპონტანურმა ჰემორაგიამ, რაც ლაბირინთის სტრუქტურის შიგნით იძლევა შეცვლილი ინტენსივობის სიგნალს სისხლის ან მისი დაშლის პროდუქტების არსებობის გამო;
- ზედა ნახევარკალოვანი არხის სინდრომი: ბევრით გამოწვეული ვერტიგო ან ნისტაგმი შესაძლოა გამოიწვიოს პერილიმფურმა ფისტულამ, სიფილისმა, მენიერის დაავადებამ, თანდაყოლილმა სიყრუემ, ქრონიკულმა ოტიტმა და ლაიმის დაავადებამ (ბორელიოზმა);
- შიდა სასმენი არხის და ნათხემ-ხიდის კუთხის დაავადებები.

სხვა (იშვიათი) მიზეზები:

- ფუნქციური (ნევროზული) სიმპტომების არსებობა ხშირად განიხილება ისეთ შემთხვევებში, როდესაც ვერტიგოს მიზეზი ვერ დგინდება;
- დაავადებები, რომლებიც აზიანებენ პროპრიორეცეპტულ სისტემას;
- აუტოიმუნური დაავადებები;

- თანდაყოლილი არტერიოვენური მალფორმაციები. კეფის არეში ტკივილის ან თავბრუსხვევის პროვოცირება შესაძლებელია ვალსალვას მანევრით, ხველის დროს, დატვირთვისას, ან პოზიციის ცვლილებისას;
- მედიკამენტები და გარემო ფაქტორები:¹⁰ ზოგიერთ მედიკამენტს და გარემოში არსებულ მძიმე მეტალებს (მაგ.: ტყვია, ვერცხლისწყალი და სხვ.) შეუძლიათ გამოიწვიონ ოტოტოქსიურობა, რაც შიგნითა ყურის და აკუსტიკური (VIII წყვილი) ნერვის დაზიანებაში გამოიხატება და შეიძლება გამოიწვიოს ვერტიგო. სიმპტომატიკა შესაძლოა იყოს პერმანენტული ან დროებითი. გარკვეულ ანტიბიოტიკებს (ამინოგლიკოზიდები - სტრეპტომიცინი, გენტამიცინი) და ციტოსტატიკებს (ცისპლატინი, კარბოპლატინი) შეუძლიათ პერმანენტული დაზიანების გამოწვევა.

მედიკამენტები, რომლებიც იწვევენ დროებით ოტოტოქსიურობას, მოიცავს:

- ანტიკონვულსანტებს (მაგ.: ფენიტონი, კარბამაზეპინი);
- ანტიდეპრესანტებს;
- ანტიჰიპერტენზიულ საშუალებებს (მაგ.: ლაბეტალოლი, ენალაპრილი);
- მარყუჟოვან დიურეტიკებს (მაგ.: ფუროსემიდი, ზუმეტადინი);
- ტკივილის შემამსუბუქებლებს (მაგ.: ასპირინი);
- ქინინებს (მაგ.: ქლოროქინი, ქინიდინი).

ალკოჰოლი, მცირე დოზებითაც კი ზოგჯერ იწვევს დროებით ვერტიგოს.

4. თავბრუსხვევის კლინიკური სიმპტომატიკა

კლინიკური თავისებურებების მიხედვით გამოყოფენ თავბრუსხვევის ოთხ ძირითად ფორმას: ვერტიგო, წონასწორობის დარღვევა, პრესინკოპე და თავში სიცარიელის შეგრძნება (lightheadness) (არასპეციფიკური).

4.1. ვერტიგო

ვერტიგო ეს არის თვითონ პაციენტის სხეულის ან გარემოს მოძრაობის ილუზია. სიტყვები, რომლებსაც პაციენტი ვერტიგოს შეგრძნებების გადმოსაცემად იყენებს მოიცავს: ტრიალს, რყევას, გვერდით მოძრაობებს. ვერტიგოს დიაგნოზის ჩამოყალიბებისთვის აუცილებელია არანორმალური მოძრაობის შეგრძნების დოკუმენტირება. ასევე, უნდა დადგინდეს სიმპტომების ხანგრძლივობა, მათი აღმოცენება პოზიციის შეცვლისას მოხდა, თუ უეცრად, სპონტანურად; ხომ არ არის გამოხატული სმენის დაკარგვა ან ყურებში ხმაური.

ქვემოთ განხილულია სხვადასხვა ტიპის ვერტიგოსთვის დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომები და ნიშნები.

მორეციდივე პოზიციური ვერტიგო

პაციენტები აღწერენ ეპიზოდურ მორეციდივე თავბრუსხვევას, რომელიც იწყება პოზიციის ცვლილების გამო და გრძელდება 1 წუთზე ნაკლები დროის განმავლობაში. რაიმე სხვა სიმპტომი გამოხატული არ არის. პაციენტებს შესაძლოა ჰქონდეთ წონასწორობის დარღვევა ვერტიგოს ეპიზოდებს შორის პერიოდში. ვერტიგოს შემთხვევების ნახევარი დაკავშირებულია ისეთ დაავადებებთან, როგორცაა ვესტიბულური ნეირონიტი, მენიერის დაავადება, გახანგრძლივებული ენდოლიმფური ჰიდროქსი, უეცარი ნეიროსენსორული სმენის დაკარგვის სინდრომი, თავის ტრავმა ან შაკიკი. დანარჩენი შემთხვევები, ჩვეულებრივ, იდიოპათიურია.

ცენტრალური წარმოშობის ვერტიგო (მაგ. გამოწვეული უკანა ფოსოს ინფარქტით, სიმსივნით, გაფანტული სკლეროზით და ნათხემის კარცინომატოზული დეგენერაციით), იშვიათად შესაძლოა თავის მოძრაობისას აღმოცენდეს, მაგრამ აღნიშნული ეპიზოდები 1 წუთზე მეტ ხანს გრძელდება.¹¹

დაავადების საწყის ეტაპზე ვერტიგო აღენიშნება გაფანტული სკლეროზით დაავადებული პაციენტების 5%-ს.¹² გაფანტული სკლეროზი, ჩვეულებრივ, 20-40 წლის ასაკში გამოვლინდება. ეპიზოდი იწყება საათები/დღეების განმავლობაში და გრძელდება კვირეები/თვეების მანძილზე. ტიპური ნიშნები მოიცავს ოპტიკურ ნევრიტს, ოკულურ მოტორულ დისფუნქციას, ტრიგემინულ ნევრალგიას, სენსომოტორულ დეფიციტს, მიელოპათიას, ატაქსიას და სხვადასხვა დისფუნქციას. გაფანტული სკლეროზით დაავადებული პაციენტების 10-30%-ში, ვერტიგო და თავბრუსხვევა რაღაც ფორმით მაინც ვლინდება. ზოგჯერ, პროცესში ტვინის ღეროს ჩართვის გამო პაციენტები უჩივიან სმენის დაქვეითებასაც.

დიფერენცირება ცენტრალურ და კეთილთვისებიან პოზიციურ ვერტიგოს შორის ეფუძნება ფიზიკურ გასინჯვას.

მორეციდივე სპონტანური ვერტიგო

უკანა ცირკულაციის გარდამავალმა იშემიამ შეიძლება ვერტიგოს სპონტანური შეტევა გამოიწვიოს, ნევროლოგიური სიმპტომებით ან სიმპტომების გარეშე, რომელიც გრძელდება 4-8 წუთის განმავლობაში.¹³ გარდამავალი იშემიური შეტევის დიაგნოზის სასარგებლოდ მეტყველებს ცერებროვასკულური დაავადებების, შაქრიანი დიაბეტის, თამბაქოს მოწევისა და სხვა რისკ-ფაქტორების ანამნეზი.

მენიერის დაავადება ან ენდოლიმფური ჰიდროქსი ვერტიგოს მწვავე შეტევას იწვევს, რომელიც თანდათანობით საათების/დღეების განმავლობაში გაივლის და ასოცირებულია უნილატერალურ სმენის დაკარგვასთან, ყურებში ხმაურთან და ყურების სისავსის შეგრძნებასთან.

გახანგრძლივებული სპონტანური ვერტიგო

ვესტიბულური ნევრიტი (სინ. ნეირონიტი) (რომელსაც ზოგჯერ არასწორად ლაბირინთიტსაც უწოდებენ) მდგრად ვერტიგოს იწვევს, რომელიც 1-დან 7 დღემდე გრძელდება. მწვავე, გახანგრძლივებული ვერტიგო უკანა ცირკულატორული

ინსულტის „კარდინალური სიმპტომია“ და სხვა ნევროლოგიური გამოვლინებები ყოველთვის არ აღინიშნება. ერთ-ერთ კვლევაში უკანა ცირკულატორული ინსულტით 153 პაციენტიდან 78% ვერტიგოს უჩიოდა, მ.შ. 25%-ში თავბრუსხვევა ერთადერთი ჩივილი იყო და სხვა ნევროლოგიური სიმპტომები მხოლოდ 6 კვირის შემდეგ ვლინდებოდა.¹⁴

თუკი, დაავადების ანამნეზი არ იძლევა ვესტიბულური ნეირონიტის უკანა ცირკულატორული ინსულტისაგან დიფერენცირების საშუალებას, შემდგომი დიაგნოსტიკური კვლევების დაგეგმვის თვალსაზრისით, მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება პაციენტის ცერებროვასკულური რისკის შეფასებას. აღნიშნულ შემთხვევებში მნიშვნელოვანია რისკ-ფაქტორების დოკუმენტირება, რაც მოიცავს გულისხმობს, ანამნეზში ვასკულურ პრობლემებს, ჰიპერტენზიას, დიაბეტს, თამბაქოს მოწევას.^{15,16,17}

აღწერილია კლინიკური შემთხვევები 50-დან 60-წლამდე ასაკის პაციენტებში კარდიო-ვასკულური დაავადებების მაღალი რისკით, რომლებიც ვერტიგოს, როგორც ერთადერთ სიმპტომს წარმოადგენენ. (IV)¹⁸

ვერტიგოს იშვიათი მიზეზები

ანამნეზური მონაცემებით შესაძლებელია ვერტიგოს იშვიათი მიზეზების დიფერენცირება. მაგ. პერილიმფური ფისტულა (პათოლოგიური კავშირი გარეთა და შიგნითა ყურს შორის) თავის არეში ტრავმის, ყურის ოპერაციის, ქოლესტეატომის, ოტოსიფილისის, საფეთქლის ძვლის ანომალიების ფონზე ვითარდება.

ვერტიგოს იწვევს, აგრეთვე, წნევის ცვლილებები, როგორცაა თვითმფრინავით აფრენა, ყვინთვა, ოტოსკოპით ინსულფლაცია (შეფრქვევა), ზოგჯერ ძლიერი ხმაური.^{19:20}

გასათვალისწინებელია ასევე შიგნითა ყურის აუტოიმუნური დაავადება, რომელიც სწრაფი პროგრესირებით, ორმხრივი სმენის დაკარგვით და ვესტიბულური ჰიპოფუნქციით ხასიათდება. საწყის ეტაპზე იგი შეიძლება იყოს უნილატერული. სწრაფად პროგრესირებადი ხასიათი და ადრეული ბილატერული ჩართულობა აღნიშნულ დაავადებას მენიერის სინდრომისაგან განასხვავებს. ყურის აუტოიმუნური დაავადება შესაძლოა სისტემური ანთებითი დაავადების კლინიკური და ლაბორატორიული ნიშნების გარეშე მიმდინარეობდეს. ამდენად, ლაბორატორიული მარკერების კვლევა დაბალი სპეციფიკურობის გამო ასეთ შემთხვევებში რეკომენდებული არ არის.²¹

შუა ქრონიკული ოტიტის ფონზე იზრდება ქოლესტეატომის რისკი.²² ვერტიგოსთან ერთად ყურის ძლიერი ტკივილი საექვოს ხდის ჰერპეს ზოსტერის არსებობას.²²

4.2. წონასწორობის დარღვევა

წონასწორობის დარღვევა არამდგრადობის შეგრძნებაა, რომელიც არ არის ლოკალიზებული თავში, წარმოიშობა სიარულის დროს და გაივლის ხოლმე მოსვენებულ მდგომარეობაში. ხანდაზმულებში წონასწორობის დარღვევის ყველაზე გავრცელებული მიზეზი „მრავლობითი სენსორული დეფიციტია“, რომელიც სამივე - ვესტიბულური, ვიზუალური და პროპრიოცეპტული ფუნქციების დაქვეითებას

გულისხმობს. „მრავლობითი სენსორული დეფიციტის“ ერთერთი მნიშვნელოვანი მახასიათებელია ის, რომ პროპრიოცეპტული ინფორმაციის დამატების ფონზე (მაგ. კედლის ან მაგიდის ხელით შეხება) სიმპტომები ხშირად იხსნება.²³

თუკი წონასწორობის დაკარგვასთან ერთად ვლინდება ისეთი რისკ-ფაქტორები, როგორცაა ალკოჰოლის მოხმარება, არაჯანსაღი კვება, შაქრიანი დიაბეტი და პორფირიის ან ამილოიდოზის ოჯახური ანამნეზი, საფიქრებელია პერიფერიული ნეიროპათია და/ან ნათხემის დეგენერაცია.

თანდათანობითი ვესტიბულური დისფუნქცია წონასწორობის დარღვევას უფრო იწვევს და არა ვერტიგოს. აკუსტიკური ნევრინომის დროს თანდათანობით ვესტიბულურ დისფუნქციას თან ახლავს სმენის დაკარგვა იმავე მხარეს.²⁴

4.3. პრესინკოპე

პრესინკოპე - ეს არის თავში ”სიცარიელის” შეგრძნება, რასაც ადამიანი თითქმის გულის წასვლამდე მიყავს, თუმცა გონების სრული დაკარგვა არ ხდება. პრესინკოპეს ეპიზოდის უეცარი აღმოცენება ბადებს ეჭვს არითმიის არსებობაზე;³² დატვირთვისას პრესინკოპე კლასიკურად შეიძლება აორტის სტენოზის გამოვლინება იყოს; ემოციურ სტრესებთან ან შარდვასთან დაკავშირებული პრესინკოპე უფრო კეთილთვისებიან ვაზომოტორული სინკოპეზე მიუთითებს. თუ პრესინკოპე ფეხზე დგომისას ან უეცრად წამოდგომისას აღმოცენდება დიფერენციული დიაგნოზი მთელ რიგ დაავადებებთან უნდა გატარდეს.³²

ამ დაავადებებს შორის იოლი გამოსარიცხია ორსულობა, პარკინსონიზმი, სეფსისი, ასევე ორთოსტატიური ჰიპოტენზიის მედიკამენტური მიზეზები და შაქრიანი დიაბეტის ფონზე აღმოცენებული პერიფერიული ნეიროპათია. თუმცა, ნებისმიერ შემთხვევაში ანამნეზის შეკრება დიდ ყურადღებას მოითხოვს.²⁶ პრესინკოპეს შედარებით იშვიათი მიზეზებია ამილოიდოზი და პორფირია, ჰიპოადრენალიზმი და შაი-დრაიჯერის სინდრომი.

4.4. არასპეციფიკური თავბრუსხვევა

ბევრ პაციენტს თავბრუსხვევის ჩივილებით არ აღენიშნება არც ვერტიგო, არც წონასწორობის დარღვევა, არც პრესინკოპე. ასეთ პაციენტებს უბრალოდ არ შეუძლიათ აღწერონ თავიანთი სიმპტომები, გარდა იმისა, რომ რაღაც აწუხებთ.³² მათ შესაძლოა ჰქონდეთ ან საერთოდ არ აღნიშნავდნენ სხვა არასპეციფიკურ სიმპტომებს, როგორცაა არარეალურობა, კონტროლის დაკარგვის შიში, ცხოვრებისაგან გამოთიშვა და სხვა. ასეთ პაციენტებს აქვთ ფსიქიკური (შფოთვა, პანიკური აშლილობა, დეპრესია) დარღვევების ნიშნები.

4.5. თავბრუსხვევის გართულებები

მწვავე ვერტიგო იწვევს ფუნქციურ უნარშემდღობას და შესაძლოა გართულდეს ისეთი მოვლენებით, როგორიცაა ადვილად გაღიზიანებადობა, დეპრესია და დაცემის შედეგად მიღებული ტრავმები.

5. თავბრუსხვევის დიაგნოზი

თავბრუსხვევის დიაგნოზი ეფუძნება დაავადების ანამნეზსა და კლინიკურ სიმპტომატიკას, რომელიც იძლევა დაავადების საწყისი კლასიფიკაციის საშუალებას. მომდევნო ეტაპია რუტინული ფიზიკალური გასინჯვა, შემდგომ კი პროვოკაციული ტესტების ჩატარება.

5.1. დაავადების ანამნეზი

პაციენტებში თავბრუსხვევით ანამნეზის შეკრება საშუალებას იძლევა გაირკვეს (1) რა სახის თავბრუსხვევასთან გვაქვს საქმე. არის ეს ვერტიგო, წონასწორობის დარღვევა, პრესინკოპე ან სიცარიელის შეგრძნება თავში (არასპეციფიკური), რამდენად სწრაფად ხდება და რა იწვევს თავბრუსხვევის შეტევების აღმოცენებას (2) რასთან გვაქვს საქმე-ცენტრალური, თუ პერიფერიული გენეზის თავბრუსხვევასთან და (3) თავბრუსხვევის გარდა, სხვა რა ჩივილების აღწერს პაციენტი, რაც კონკრეტული ეტიოლოგიური ფაქტორის დადგენაში გვეხმარება.²⁵

რეკომენდაციები:

- ვერტიგოს ხასიათის, რისკ-ფაქტორებისა და თანმხლები სიმპტომების შეფასება საშუალებას ვერტიგოს გამომწვევ ცენტრალურ და პერიფერიულ მიზეზებს შორის დიფერენცირების საშუალებას იძლევა (D);
- თანმხლები სიმპტომების შეფასებისას იხელმძღვანელო ცხრილით №2 (D).

პერიფერიული და ცენტრალური გენეზის ვერტიგოს სადიფერენციაციო სიმპტომები²⁶

| სიმპტომი&ნიშანი | პერიფერიული ვერტიგო | ცენტრალური ვერტიგო |
|-----------------------------------|--|--|
| ნისტაგმი | კომბინირებული ჰორიზონტალური და ტორსიული; საგანზე მზერის დაფიქსირებისას ნისტაგმი იხსნება; რამოდენიმე დღეში ხდება მისი უკუგანვითარება; თვალის კაკლის მოძრაობისას რომელიმე მხარეს მიმართულებას არ იცვლის. | ვერტიკალური ან ჰორიზონტალური; საგანზე მზერის დაფიქსირებისას არ იხსნება; შესაძლოა გაგრძელდეს კვირები და თვეები; სწრაფი ფაზის მიმართულებით თვალის კაკლის მიტრიალებისას იცვლის მიმართულებას |
| წონასწორობის დაკარგვა | მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის; შეუძლია სიარული | მძიმე; უჭირს ფეხზე გაჩერება ან სიარული |
| გულისრევა და ღებინება | შესაძლოა იყოს მძიმე | ცვალებადობს |
| სმენის დაკარგვა, შუილი (ტინიტუსი) | ხშირია | იშვიათია |
| ნევროლოგიური სიმპტომები | იშვიათია | ხშირია |

- შემდეგი სიმპტომების საფუძველზე შესაძლებელია ვერტიგოს მიზეზებზე მსჯელობა (იხ. ცხრილი №3) (C) ^{27,28}

ვერტიგოს მიზეზების დიფერენცირება თანმხლები სიმპტომების საფუძველზე²⁹

| სიმპტომი | სავარაუდო დიაგნოზი |
|---|---|
| ყურში სისავსის შეგრძნება | აკუსტიკური ნევრინომა; მენიერის დაავადება |
| ტკივილი ყურის ან დვრილისებრი მორჩის არეში | აკუსტიკური ნევრინომა, შუა ყურის მწვავე დაავადება (მწვავე შუა ოტიტი, ჰერპეს ზოსტერი) |
| სახის სისუსტე | აკუსტიკური ნევრინომა, ჰერპეს ზოსტერი |
| ფოკალური ნევროლოგიური დაზიანების სიმპტომები | ნათხემ-ხიდის კუთხის სიმსივნე; ცერებროვასკულური დაავადება; გაფანტული სკლეროზი |
| თავის ტკივილი | აკუსტიკური ნევრინომა; შაკიკი |
| სმენის დაქვეითება | მენიერის დაავადება; პერილიმფური ფისტულა, აკუსტიკური ნევრინომა; ქოლესტეატომა; ოტოსკლეროზი; გარდამავალი იშემიური შეტევა ან ინსულტი (ნათხემის წინა ან უკანა ქვემო არტერიები); ჰერპეს ზოსტერი |
| წონასწორობის დაკარგვა | მწვავე ვესტიბულური ნეირონიტი (ჩვეულებრივ საშუალო სიმძიმის); ნათხემ-ხიდის კუთხის სიმსივნე (მძიმე ფორმა) |
| ნისტაგმი | პერიფერიული ან ცენტრალური ვერტიგო |
| ფონოფობია, ფოტოფობია | შაკიკი |
| ტინიტუსი | მწვავე ლაბირინთიტი; აკუსტიკური ნევრინომა; მენიერის დაავადება. |
| სმენის დაკარგვა | |
| პროგრესირებადი, ცალმხრივი, სენსორონეირონული | აკუსტიკური ნევრინომა |

| | |
|--|---|
| პროგრესირებადი, ცალმხრივი, კონდუქტიური | ქოლესტეატომა |
| ქვემწვავე ან მწვავე დასაწყისი, ცამლხრივი | ჰერპეს ზოსტერი |
| სენსორონეირონული, საწყის ეტაპზე ახასიათებს ფლუქტუაცია, მოიცავს დაბალი სიხშირის ბგერებს; პროგრესირებს და მოგვიანებით მოიცავს მაღალი სიხშირის ბგერებსაც. | მენიერის დაავადება |
| პროგრესული, კონდუქტიური | ოტოსკლეროზი |
| პროგრესული, ცალმხრივი | პერილიმფური ფისტულა |
| უეცარი დასაწყისი, ცალმხრივი | გარდამავალი იმემიური შეტევა ან ინსულტი, რაც მოიცავს ნათხემის წინა-ქვედა არტერიას ან შიდა აუდიტორულ არტერიას |

- სიმპტომების ხანგრძლივობის გათვალისწინება ვერტიგოს მიზეზის დადგენაში დაგეხმარებათ (იხ. ცხრილი №4) (C)

ცხრილი №4

სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეული ვერტიგოს ხანგრძლივობა^{30,31,32}

| ვერტიგოს ეპიზოდის ხანგრძლივობა | სავარაუდო დიაგნოზი |
|-------------------------------------|---|
| რამდენიმე წამი | პერიფერიული მიზეზი: ვესტიბულური ფუნქციის დარღვევა ცალმხრივად; მწვავე ვესტიბულური ნეირონიტის გვიანი სტადია; მენიერის დაავადების გვიანი სტადია. |
| რამდენიმე წამიდან რამდენიმე წუთამდე | კეთილთვისებიანი პაროქსიზმული ვერტიგო პერილიმფური ფისტულა |
| რამდენიმე წუთიდან საათამდე | უკანა ცერებრალური გარდამავალი იმემიური შეტევა; პერილიმფური ფისტულა; |
| საათები | მენიერის დაავადება; ტრავმით ან ქირურგიული ჩარევით გამოწვეული პერილიმფური ფისტულა; შაკიკი; აკუსტიკური ნევრინომა; |
| დღეები | მწვავე ვესტიბულური ნეირონიტი ადრეულ ეტაპზე; ინსულტი; შაკიკი; გაფანტული სკლეროზი |
| კვირები | ფსიქოგენური (აღინიშნება მუდმივად, გაუმჯობესების გარეშე) |

- მნიშვნელოვანია ვერტიგოს გამომწვევი მიზეზების იდენტიფიცირება და გათვალისწინება (იხ. ცხრილი №5) (C).

სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეული ვერტიგოს მაპროვოცირებელი ფაქტორები^{33,34,35}

| მაპროვოცირებელი ფაქტორი | სავარაუდო დიაგნოზი |
|--|---|
| თავის პოზიციის შეცვლა | მწვავე ლაბირინთიტი; კეთილთვისებიანი პოზიციური პაროქსიზმული ვერტიგო; ნათხემ-ხიდის კუთხის სიმსივნე; გაფანტული სკლეროზი; პერილიმფური ფისტულა |
| სპონტანური ეპიზოდი | მწვავე ვესტიბულური ნეირონიტი; ცერებროვასკულური დაავადება (ინსულტი ან გარდამავალი იშემიური შეტევა); მენიერის დაავადება; შაკიკი; გაფანტული სკლეროზი |
| უახლოეს წარსულში გადატანილი მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექცია | მწვავე ვესტიბულური ნეირონიტი |
| სტრესი | ფსიქიატრიული ან ფსიქოლოგიური მიზეზები; შაკიკი |
| იმუნოსუპრესია (მაგ. მედიკამენტური, ხანდაზმულები, სტრესი) | ჰერპეს ზოსტერი |
| ყურშიდა წნევის ცვლილება; თავის ტრავმა; ძლიერი ხმაური | პერილიმფური ფისტულა |

5.2. ფიზიკური გასინჯვა

თავბრუსხვევზე ჩივილის შემთხვევაში ფიზიკური გასინჯვა მოიცავს:

- სისხლის წნევისა და გულის ტონების, სიხშირისა და რითმის შეფასებას;
- ნევროლოგიურ შეფასებას ფაციალური და ვესტიბულური ნერვებისა და კუნთების ჩათვლით. უნდა შეფასდეს კრანიალური ნერვების მდგომარეობა და დაფიქსირდეს თვალის კაკლის მოძრაობები (სპონტანური და პროვოცირებული ნისტაგმი), სახის ნერვის მდგრადობა და სახის არეში შეგრძნებები (სავარაუდოა მეხუთე და მეშვიდე ნერვის დაზიანება ნათხემ-ხიდის კუთხის სიმსივნის გამო);
- ფეხზე დგომის და მოძრაობის მდგრადობას, კოორდინაციას, ბალანსს და სიარულის შეფასებას;
- ოტოსკოპიას ტიმპანური მემბრანისა და გარეთა სასმენი მილის დასათვალისწინებლად იმისათვის, რომ გამოირიცხოს ჰერპეს ზოსტერი, ქოლესტეატომა და სხვა დესტრუქციული პროცესები;
- სმენის სიმახვილის შეფასებას (საექვო პერიფერიული ვერტიგო).

5.3. პროგნოზიკული ტესტები

ყველა პროგნოზიკული ტესტის ერთროულად გამოყენება რეკომენდებული არ არის და ტესტის შერჩევა ყველაზე მეტად სავარაუდო დიაგნოზის მიხედვით უნდა მოხდეს (IV).²² ცხრილში №6 აღწერილია თავბრუსხვევის დიფერენციული დიაგნოსტიკისთვის რეკომენდებული პროგნოზიკული ტესტები.

ცხრილი №6

თავბრუსხვევის დიფერენციული დიაგნოსტიკისათვის რეკომენდებული პროგნოზიკული ტესტები

| |
|--|
| <p>ჰოლპაიკის (Hallpike) მანევრი</p> |
| <p>ჰოლპაიკის მანევრის პროცედურა (ხშირად არასწორად უწოდებენ ნილენ-ბარანის ტესტს) ტარდება შემდეგნაირად: მჯდომარე პაციენტი გადაგყავს ზურგზე მწოლიარე მდგომარეობაში 2 წამზე ნაკლები დროის განმავლობაში ისე, რომ თავი ჰქონდეს გადმოკიდებული. აღნიშნული მოძრაობის პროცესში უნდა მოხდეს თავის ექსტენზია და როტაცია. პოზიტიური ტესტი გამოავლენს ვერტიგოს და ტორსიულ-ვერტიკალური ნისტაგმს, რაც კეთილთვისებიანი პოზიციური ვერტიგოს დიაგნოზისთვის პრაქტიკულად პათოგნომურია. ნეგატიური ტესტი არ გამორიცხავს აღნიშნულ დიაგნოზს. გამოუცდელ ექიმს შეიძლება გაუჭირდეს ტორსიულ-ვერტიკალური ნისტაგმის განსხვავება ჭეშმარიტი ვერტიკალური ან ჰორიზონტალური ნისტაგმისაგან, რომელიც შესაძლოა გამოვლინდეს ჰოლპაიკის ტესტით ცენტრალური ვერტიგოს დროს.³⁶ აღნიშნული კვლევები გვთავაზობს ჰოლპაიკის ტესტით კეთილთვისებიანი პოზიციური ვერტიგოს დიფერენცირებას ცენტრალური ვერტიგოსაგან ფარულად მიმდინარეობის, ხანგრძლივობისა და ნისტაგმის სისუსტის გამოვლინების შემთხვევაში.</p> <p>პაციენტები, რომელთაც გამოუვლინდათ ნისტაგმი ჰოლპაიკის ტესტით, მკაფიოდ გამოხატული ტორსიული კომპონენტის გარეშე, უნდა გაიგზავნონ სპეციალისტთან (ნევროლოგი, ოტონევროლოგი) საკონსულტაციოდ.</p> |
| <p>სიარულზე დაკვირვება</p> |
| <p>ყურადღება უნდა გამახვილდეს ატაქსიაზე, ფეხის გადადგმაზე, პარკინსონიზმის ნიშნებზე და პაციენტის მიერ წონასწორობის დაცვის მცდელობაზე.³⁷ ტესტების შედეგების დასაზუსტებლად, ზოგჯერ, საჭირო ხდება მხედველობის სიმახვილისა და კატარაქტის გამოსავლენად თვალის გასინჯვა.³⁸</p> <p>სიარულზე დაკვირვება რეკომენდებულია პაციენტებში წონასწორობის დარღვევაზე ჩივილებით. პერიფერიული ვერტიგოს შემთხვევაში პაციენტს წონასწორობის დაცვის უნარი გაუარესებული აქვს, მაგრამ სიარული შეუძლია. მაშინ როდესაც, ცენტრალური გენეზის ვერტიგო წონასწორობის მძიმე დარღვევით ხასიათდება, სიარულისა და ფეხზე დგომის უნარები მნიშვნელოვნადაა შეზღუდული.</p> |
| <p>რომბერგის ტესტი</p> |
| <p>პაციენტი დგას სწორად, ფეხები ერთმანეთთან მიახლოებულია, ხოლო ხელები წინ გაწვდილი. პაციენტს სთხოვენ დახუჭოს თვალები, ხოლო ექიმი აკვირდება მის მიერ წონასწორობის დაცვის უნარს. ტესტი დადებითია, თუ თვალების დახუჭვის შემდეგ აღინიშნება წონასწორობის დარღვევა.</p> <p>მართალია რომბერგის ნიშანი ვესტიბულური ან პროპრიოცეპტული ფუნქციების დარღვევასთან შესაბამისობაშია, ვერტიგოს დიაგნოსტიკაში მისი პრაქტიკული ღირებულება შეზღუდულია. ერთ-ერთ კვლევაში, რომბერგის ტესტის მგრძნობელობა პერიფერიული ვესტიბულური დარღვევების დიაგნოსტიკისთვის 19% აღმოჩნდა. უფრო მეტიც, არ დადასტურდა რომბერგის ნიშნის კორელაცია თავბრუსხვევის სხვა ფორმების მაგ. მედიკამენტებით გამოწვეული თავბრუსხვევა, კრუნჩხვები, არითმია ან ცერებროვასკულური მოვლენები.(III)³⁹</p> |
| <p>ორთოსტატიკური წნევისა და პულსის შეფასება</p> |

| |
|---|
| <p>ნებისმიერ შემთხვევაში, პრესინკოპეს ეპიზოდის დასადგენად პაციენტების შეფასება უნდა მოხდეს წოლით, ჯდომით და ფეხზე მდგომ პოზიციებში. არტერიული სისტოლური წნევის დაცემა 10 მმ.ვწყ.სვ. და პულსის გაზრდა 20-ით ერთ წუთში, მიგვითითებს პოზიტიურ შედეგზე. კოჰორტული კვლევებით გამოვლინდა, რომ პოსტურალური თავბრუსხვევის ფონზე, მაშინაც კი, როდესაც სასიცოცხლო ფუნქციების სერიოზული დარღვევა არ ხდება, დაცემის რისკი მაღალია ჭეშმარიტ ორთოსტატიურ ჰიპოტენზიასთან შედარებით.⁴⁰</p> |
| <p>სამწუთიანი ჰიპერვენილაციის ტესტი</p> |
| <p>პოსტურალური თავბრუსხვევა აღნიშნულ შემთხვევაში განიხილება, როგორც პოსტურალური ჰიპოტენზიის ექვივალენტი. ზოგიერთი ავტორები გვთავაზობენ ტესტს, რომლის დროსაც პაციენტში 30 წამის განმავლობაში სიმპტომების პროვოცირების მიზნით ხდება ჰიპერვენილაციის სტატუსის შენარჩუნება.³⁹ ზოგიერთი ავტორი იძლევა რეკომენდაციას ტესტის ხანგრძლიობის გაზრდაზე 3 წუთამდე.³⁷ ჰიპერვენილაციის ფონზე ვერტიგოს გამოწვევა, მის ფსიქოგენურ ხასიათზე მიუთითებს. პროსპექტულ კვლევების მონაცემებით ეს ტესტი მაღალი ცრუ დადებითი შედეგებით ხასიათდება.^{41;42} ერთ-ერთ პროსპექტულ კვლევაში ჰიპერვენილაციის სინდრომის დროს⁴³ ტესტის მგრძობელობა იყო 100%, ხოლო სპეციფიკურობა მხოლოდ 79%.</p> <p>დაბალი სპეციფიკურობის გამო, ჰიპერვენილაციის ტესტის გამოყენება საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში რეკომენდებული არ არის (D).^{44,45}</p> |
| <p>სხვა ტესტები: ვალსალვას (კაროტიდული სინუსის სტიმულაცია) და სხვა ტესტი (ქვიქს-ტესტი და სხვ.)</p> |
| <p>ამ ტესტების ჩატარება ზოგადსაექიმო პრაქტიკის პირობებში რეკომენდებული არ არის.⁴⁶</p> |

5.3. ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები

ლაბორატორიული ტესტები, როგორცაა სისხლში ელექტროლიტების, გლუკოზის განსაზღვრა, სისხლის საერთო ანალიზი და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციების შეფასება ვერტიგოს ეტიოლოგიის დადგენის საშუალებას თავბრუსხვევის შემთხვევათა მხოლოდ 1%-ში იძლევა.⁴⁷ ამ ტესტების დანიშნა რეკომენდებულია მხოლოდ სხვა თანმხლები სიმპტომებისა და ნიშნების შეფასების საფუძველზე, კონკრეტულ სავარაუდო დიაგნოზის დასადასტურებლად.

ჰემოგლობინისა და ჰემატოკრიტის ტესტირება, რეკომენდებულია, ორთოსტატიული ჰიპოტენზიით პაციენტებში იმისათვის, რომ გამოვავლინოთ ფარული ანემია.⁴⁸ რამდენიმე კვლევა ადასტურებს აღნიშნული ტესტის გამოყენების სარგებლობლიანობას პირველად ჯანდაცვაში.^{49,50,51}

აუდიომეტრია სმენის ნერვის (აკუსტიკურ) ნევრინომაზე ექვის შემთხვევაში პირველადი მნიშვნელობის გამოკვლევაა.⁵² აკუსტიკური ნევრინომა უფრო მეტად წონასწორობის დარღვევას იწვევს, ვიდრე ვერტიგოს. თუმცა, სმენის დაქვეითების შემთხვევა, იქნება თანმხლები სიმპტომების ხასიათის (ვერტიგო თუ წონასწორობის დარღვევა) მიუხედავად, მიზანშეწონილია აუდიომეტრიის ჩატარება.

მენიერის დაავადების დროს აუდიომეტრია ხშირად მიგვითითებს სმენის დაქვეითებაზე დაბალი სიხშირის ბგერებზე.^{53,54}

აუდიომეტრია, აგრეთვე, გვეხმარება ვესტიბულური ნევრიტის, ოტოტოქსიური მედიკამენტებით ინტოქსიკაციის და სპინოცერებელური დეგენერაციის

დიაგნოსტიკაში. რეკომენდებულია მისი ფართო გამოყენება ყველა პაციენტში, როგორც სკრინინგული ტესტისა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც პაციენტს პოზიციური ვერტიგო აღენიშნება.

ელექტროკარდიოგრაფია ნაჩვენებია პაციენტებში პოტენციური არითმიით, რომელიც მოიცავს უეცარი პრესინკოპეს ეპიზოდებს გულის ფრიალის შეგრძნებით ან მის გარეშე, თავში სიცარიელის შეგრძნებების გახანგრძლივებით, გასინჯვისას ტაქიკარდიით ან ბრადიკარდიით. პაციენტებზე ეპიზოდური პრესინკოპეთი უნდა განვიხილოთ ელექტროკარდიოგრაფიული (HOLTER) ან შეტევების მონიტორინგი.⁵⁵ მცირე ზომის ჯვარედინმა რანდომიზებულმა კვლევამ დაადგინა, რომ პაციენტებში გულის ფრიალით HOLTER-მონიტორზე გამოვლინდა კლინიკურად უმნიშვნელო არითმიის ეპიზოდები, მაშინ როცა შეტევებზე მონიტორინგმა გამოავლინა მნიშვნელოვანი არითმიების არსებობა შემთხვევების 19%-ში.(II) ⁵⁶

რეკომენდაცია:

- ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში თავბრუსხვევის დიფერენციული დიაგნოსტიკის მიზნით ლაბორატორიული გამოკვლევები ინიშნება მხოლოდ თანმხლები სიმპტომებისა და ნიშნების ანალიზის საფუძველზე, მიზნობრივად კონკრეტული სავარაუდო დიაგნოზის დასადატურებლად (D);
- პაციენტებში თავბრუსხვევითა და თანმხლები სმენის დაქვეითებით რეკომენდებულია აუდიომეტრიის საკითხის განხილვა ოტორინოლარინგოლოგთან კონსულტაციით (C);
- პრესინკოპეს კლინიკური სურათის შემთხვევაში რეკომენდებულია ელექტროკარდიოგრაფიული მონიტორინგი, რაც კარდიოლოგთან კონსულტაციით ხორციელდება (B) .

5.4. რადიოლოგიური კვლევები

თავბრუსხვევის გამომწვევი მიზეზის დასადგენად ნეიროგამოსახვითი კვლევების დანიშვნა ოჯახის ექიმის კომპეტენციის ფარგლებს სცილდება, თუმცა ოჯახის ექიმები უნდა ფლობდნენ ინფორმაციას ამ გამოკვლევების დანიშვნის ჩვენებების შესახებ (იხ. ცხრილი №7).

თავბრუსხვევის დიფერენციული დიაგნოსტიკის მიზნით რეკომენდებული
ლაბორატორიული და ნეირო-გამოსახვითი ტესტები

| მიზეზი | ტესტირება |
|---|--|
| ვერტიგო | |
| კეთილთვისებიანი პოზიციური ვერტიგო | |
| ცენტრალური ვერტიგო (უკანა ცირკულაციის სისხლის მიმოქცევის მოშლა, გაფანტული სკლეროზი, ნათხემხიდის კუთხის სიმსივნე და მრავალი სხვა) | უკანა ფოსოს მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა; აუდიომეტრია. |
| ვერტებრო-ბაზილური გარდამავალი იშემიური შეტევა | ვერტებრო-ბაზილური მაგნიტურ-რეზონანსული ანგიოგრაფია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი დიაგნოზი გაურკვეველია, მაგ.: პოზიტიური ანამნეზი, მაგრამ მცირე რისკ-ფაქტორები |
| მენიერის სინდრომი | აუდიომეტრია: სმენის დაკარგვა დაბალი სიხშირის ბგერებზე ხასიათდება მაღალსპეციფიურობით |
| ვესტიბულური ნეირონიტი (ლაბირინთიტი) | აუდიომეტრია გამოსახვითი კვლევა არ არის აუცილებელი |
| სხვა | |
| შაკიკი | აუდიომეტრია |
| ოტოტოქსიური მედიკამენტები | აუდიომეტრია |
| ქოლესტეატომა | |
| პერილიმფური ფისტულა | |
| Herpes zoster oticus | ოტოსკოპია |
| წონასწორობის დარღვევა | |
| მრავლობითი სენსორული დეფიციტი | - |
| ოტოტოქსიური მედიკამენტები | აუდიომეტრია |
| პერიფერიული ნეიროპათია | - |
| ცერებელური ან სპინოცერებელური დაავადება | აუდიომეტრია |
| ნორმალურ წნევის ჰიდროცეფალია | თუ სმენის დაკარგვის ნიშნები აღმოაჩნდება, გამოსახვითი კვლევები - კომპიუტერული ტომოგრაფია ან მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა |
| პრესინკოპე | |
| ორთოსტატიკული ჰიპოტენზია (მედიკამენტური, ინფექციების ჩათვლით) | სისხლის საერთო ანალიზი |
| არითმიები | ელექტროკარდიოგრამა, ჰოლტერ- მონიტორინგი/შედეგებზე მონიტორინგი |
| ვაზომოტორული ან „ვაზოვაგალური“ | - |
| სხვა კარდიული მიზეზი (აორტის სტენოზი, პერიკარდიუმის გამონაჟონი და სხვ.) | - |
| სიტუაციური (მაგ.: მიქტურიციული) | - |
| თავში სიცარიელის შეგრძნება (არასპეციფიკური) | - |
| ფსიქოგენური (შფოთვა, დეპრესია, პანიკა, სომატიზაცია) | - |
| ჰიპერვენტილაცია | - |

ნეიროგამოსახვითი გამოკვლევების ჩატარება ნაჩვენებია პაციენტებში თავბრუსხვევითა და თანხლები ნევროლოგიური სიმპტომებითა და ნიშნებით, ცერებროვასკულური დაავადებების რისკ-ფაქტორებით და სმენის ცალმხრივი პროგრესირებადი დაქვეითებით.⁵⁷ 70 წლამდე პაციენტებში, რომლებსაც ვერტიგო ნევროლოგიური დეფიციტის გარეშე აღენიშნებოდათ, დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში გამოსახვითი კვლევების სარგებელი არ დადასტურდა.^(III)⁵⁸ ზოგადად, ვერტიგოს დიაგნოსტიკაში, უკანა ფოსოს კარგი ვიზუალიზაციის გამო, უპირატესობა კომპიუტერულ ტომოგრაფიასთან შედარებით, მაგნიტურ-რეზონანსულ გამოკვლევას ენიჭება.⁵⁹

კომპიუტერული ტომოგრაფია რეკომენდებულია პაციენტებში ნორმალური წნევით მიმდინარე ჰიდროცეფალიაზე ეჭვის მიტანისას (წონასწორობის დარღვევის, სიარულის დისბალანსის, და დემენციის ან შარდის შეუკავებლობის დროს). რომელიც იშვიათი დარღვევაა.⁶⁰

რეკომენდაცია:

- პაციენტებში (ა) თავბრუსხვევითა და თანხლები ნევროლოგიური სიმპტომებით; (ბ) ცერებროვასკულური დაავადებების რისკ-ფაქტორებით; (გ) სმენის ცალმხრივი პროგრესირებადი დაქვეითებით რეკომენდებულია ნევროლოგის კონსულტაცია, რომელიც მიიღებს გადაწყვეტილებას ნეიროგამოსახვითი კვლევების აუცილებლობის თაობაზე (C).

6. სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები

ზოგად საექიმო პრაქტიკაში თავბრუსხვევის გამომწვევი მიზეზის ზუსტად იდენტიფიცირება ხშირად ვერ ხერხდება, თუმცა ანამნეზური, ფიზიკალური და ზოგიერთი ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევის საფუძველზე შესაძლებელია თავბრუსხვევის ძირითადი მიზეზების დიფერენცირება⁶¹ (იხ. ცხრილი №8).

ცხრილი №8

თავბრუსხვევის ძირითადი მიზეზების ტიპური კლინიკური მახასიათებლები

| მიზეზი | პრევალირება (%) | ანამნეზი | ფიზიკალური გასინჯვა - ძირითადი ნიშნები |
|--|-----------------|--|--|
| ვერტიგო | 38-46 | მომრაობის ილუზია | ნისტაგმი |
| კეთილთვისებიანი პოზიციური პაროქსიზმული ვერტიგო | 12-26 | ვერტიგოს ეპიზოდები გრძელდება წამების განმავლობაში, პროვოცირდება პოზიციის შეცვლით, როგორცაა საწოლში გადაბრუნება ან წამოდგომა (სინონონიმი: მორეციდივე პოზიციური ვერტიგო) | ჰოლჰაიკის ტესტი: 2-20 წმ ლატენტობის ტორსიულ-ვერტიკალური ნისტაგმი, 50წმ-ზე ნაკლებ დროში ხდება ადაპტირება (ჰაბიტუაცია) და მცირდება ტესტის განმეორების დროს |

| | | | |
|--|---|--|--|
| ცენტრალური ვერტიგო (უკანა ცირკულაციის იშემია, გაფანტული სკლეროზი, ნათხემხიდის კუთხის სიმსივნე და მრავალი სხვა) | 2-3 | მწვავე დარღვევები (მაგ.: ცერებრო-ვასკულური შეტევა), იწვევს მყარ ვერტიგოს (სინდრომი: პროლონგირებული სპონტანური ვერტიგო). ნელა მზარდი სიმსივნე იწვევს, უფრო, წონასწორობის დარღვევას, ვიდრე ვერტიგოს. გაფანტული სკლეროზი პაციენტთა 5%-ში ვლინდება ვერტიგოთი. | ჩვეულებრივ მიმართულებითი (ცქერიითი) (gaze-evoked) ნისტაგმი. არ აქვს ლატენტური ფაზა და ჰაბიტუაცია. აკუსტიკურ ნევრინომას ყოველთვის თან ახლავს სულ მცირე სმენის დაკარგვა მაინც, ზოგჯერ, V და VII წყვილი ნერვების დამბლა |
| ვერტებრო-ბაზილარული გარდამავალი იშემიური შეტევა | 5-7 | მწვავე სპონტანური ვერტიგო. რომელიც გრძელდება წუთების განმავლობაში (ტიპიურად 4-8 წთ). (სინდრომი: მორეციდივე სპონტანური ვერტიგო). ასოცირებული ნევროლოგიური სიმპტომები (დაბუჟება, დიპლოპია და სხვ.) ხშირია სისხლძარღვოვანი რისკ-ფაქტორები: ასაკი, ჰიპერტენზია, დიაბეტი, თამბაქოს მოწევა, ჰიპერკოაგულემია. | გასინჯვით, ჩვეულებრივ, თვალსაჩინო ცვლილებები არ აღინიშნება |
| მენიერის სინდრომი | 3-8 | ვერტიგოს სპონტანური ეპიზოდი, გრძელდება საათობით, სმენის დაქვეითებით, ყურებში ხმაურით, ახასიათებს უნილატერალური სისავსის შეგრძნება ყურში (სინონიმი: მორეციდივე სპონტანური ვერტიგო) | სპონტანური ტორსიულ-ჰორიზონტალური ნისტაგმი, მხოლოდ მწვავე შეტევის დროს. |
| ვესტიბულური ნეირონიტი (ლაბირინთიტი) | 3-9 | მწვავე მდგრადი ვერტიგო, გრძელდება 1-7 დღე ან უფრო მეტ ხანს, მიმდინარეობს სმენის დაქვეითების გარეშე. 25-50%-ში აღინიშნება მიმდინარე ფებრილური დაავადება. (სინონიმი: პროლონგირებული სპონტანური ვერტიგო) | სპონტანური ცალმხრივი მიმართულების ტორსიულ-ჰორიზონტალური ნისტაგმი, მცირდება სითბოს რეაქციაზე დაზიანებული ყურის მხარეს. ნისტაგმის სუპრესია მიიღწევა ვიზუალური ფიქსაციით. |
| სხვა დანარჩენი | 7-10 | | |
| შაკივი | ყველაზე გავრცელებულია პოზიციური ვერტიგოს შემდეგ | ვერტიგოს სპონტანური ეპიზოდები, გრძელდება საათების განმავლობაში, თავის ტკივილი შესაძლოა დისოცირდებოდეს (სინონიმი: მორეციდივე სპონტანური ვერტიგო). 25%-მდე შემთხვევაში ასოცირებულია ვერტებრო-ბაზილურ სიმპტომებთან. | ჩვეულებრივ, ნორმალური |

| | | | |
|--|-------|--|---|
| ოტოტოქსიური მედიკამენტები | * | ჩვეულებრივ, ვერტიგო არ ახლავს თან, ტიპურია წონასწორობის დარღვევა და ოსცილოპსია (გამოსახულების არამდგრადობა თავის მოძრაობისას) | ორმხრივი სმენის დაქვეითება |
| ქოლესტეატომა | * | პროლონგირებული სპონტანური ვერტიგო. შუა ყურის ქრონიკული ანთების ანამნეზი | ტიმპანური მემბრანის ვიზუალიზაცია კონდუქტიური სიყრუე |
| პერილიმფატური ფისტულა | * | ვერტიგო ვითარდება და/ან ქრება ატმოსფერული წნევის ცვლილების შემთხვევაში (წნევით პროვოცირებული მორეციდივე ვერტიგო) შესაძლო მიზეზებია: თავის ტრავმა, ოტოსიფილისი, საფეთლის ძვლის თანდაყოლილი ანომალია. | ნისტაგმი და ვერტიგო ოტოსკოპის უნსუფლაციის გამო |
| Herpes zoster oticus | * | პროლონგირებული სპონტანური ვერტიგო, სმენის დაკარგვა. რამსეი-ჰანტის სინდრომი, ყურის ტკივილი და სახის პარეზი. | ჰერპესული ბუშტუკები დაფის აკვზე ან სასმენ მილში, სახის პარეზი |
| წონასწორობის დარღვევა | * | არამდგრადი სიარული | სიარულის ტესტი |
| მრავლობითი სენსორული დეფიციტი | 1-17 | მოსვენებისას თავბრუსხვევა არ აღენიშნება. ხელით რაიმეზე შეხებისას სიმპტომები ქრება. | სიარულის ტესტი სწრაფი შემობრუნებით, რომბერის ტესტი, მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა, ფუნდოსკოპია კატარ-ქტის გამოსავლენად; მაკულის დეგენერაცია |
| ოტოტოქსიური მედიკამენტები | | | |
| პერიფერიული ნეიროპათია | 5-მდე | რისკ-ფაქტორები: ალკოჰოლი, შაქრიანი დიაბეტი, ტოქსინები, ვიტამინების ნაკლებობა | პოზიტიური რომბერის ტესტი; მგრძობელობის დაკარგვა; ღრმა მყესების რეფლექსების დაქვეითება |
| ცერებელარული დაავადება ან სპინო-ცერებელარული დაავადება | * | ნელა განვითარებადი უკანა ფოსოს ნეოპლაზმა იწვევს უფრო წონასწორობის დარღვევას, ვიდრე ვერტიგოს | ატაქსია, დისმეტრია და სხვ. |
| ნორმალურ წნევის ჰიდროცეფალია | * | შარდის შეუკავებლობა | ფართე ნაბიჯებით სიარული, ექსტენზორული პათოლოგიური რეფლექსები |
| პრესინკოპე | 3-16 | გულისწასვლის შეგრძნება | ორთოსტატიკული ნიშნები: |
| ორთოსტატიული ჰიპოტენზია (მედიკამენტოზური, ინფექციების ჩათვლით) | 2-7 | თავბრუსხვევა ვითარდება წამოდგომისას | არტერიული წნევის დაცემა წამოდგომისას ან თავბრუსხვევა. განავლის გამოკვლევა ფარულ სისხლდენაზე |
| ართიმები | 5-მდე | უეცარი შეტევა, გულის ფრიალი | მიმდინარე ტაქიკარდია ან ბრადიკარდია |
| ვაზომოტორული ან | * | მსგავსი ეპიზოდების არსებობა | |

| | | | | |
|---|------|--|--|---|
| „ვაზოვაგალური“ | | | წარსულშიც, +/- ემოციური სტრესი | |
| სხვა კარდიული მიზეზი (აორტის სტენოზი, გამონაჟონი პერიკარდიუმში და სხვ.) | * | | დატვირთვის აორტის სტენოზის ექსუდაციური მალალი რისკი | სიმპტომები გულის გასინჯვა (შუილი, ხახუნი და სხვ.) |
| სიტუაციური მიქტურიციული (მაგ.: სიცარიელი) | 1 | | შარდის შემთხვევების ანამნეზი | შეუკავებლობის |
| თავში შეგრძნება (არასპეციფიკური) | * | | არცერთი სიმპტომი | ზემოაღნიშნული |
| ფსიქოგენური (შფოთვა, პანიკა, სომატიზაცია) | 6-16 | | რთულია აღსაწერად. სისავსის ცხოვრებიულის ანამნეზში, გულის ფრიალი, დიაფორეზი, შეცვლილი შეგრძნებები და სხვ. | დეპრესიის კრიტერიუმების ან პანიკის ტესტი, ფსიქიკური სტატუსის შეფასება |
| ჰიპერვენტილაცია | 1-23 | | შესაძლოა გამოვლინდეს პარესთეზიები სხვა პანიკური სიმპტომები | 3 წუთიანი ჰიპერვენტილაცია - ტესტის პოზიტიური პროგნოზული ღირებულება =20% |

7. პაციენტის შეფასებისა და გამოკვლევის გეგმა

პაციენტის ადრეული შეფასება და მართვა

როგორც ზემოთ აღინიშნა, უაღრესად მნიშვნელოვანია თავბრუსხვევის ან ვერტიგოს დიაგნოსტიკა რაც შეიძლება სწრაფად, ისეთი მდგომარეობების გამოსარიცხად, როგორც კარდიო-ვასკულური დაავადება, ინსულტი, ჰემორაგია ან სიმსივნე. დიაგნოზი მოიცავს ანამნეზს, ფიზიკალურ და ნევროლოგიურ გასინჯვას, სისხლისა და გამოსახვით გამოკვლევებს.

მნიშვნელოვანია განხილულ იქნას შემდეგი საკითხები:

- რა ამწვავებს ვერტიგოს?
- სხვა რა სიმპტომები აქვს პაციენტს?
- რამდენ ხანს გრძელდება თავბრუსხვევა/ვერტიგო?
- რა აუმაჯობებს ან ამწვავებს მდგომარეობას?

ფიზიკალური გამოკვლევები და ნევროლოგიური შეფასება ცენტრალური და პერიოფერიული გენეზის ვერტიგოს დიფერენცირების საშუალებას და შესაფერის სპეციალისტთან მიმართვის (ნევროლოგი ან ოტოლარინგოლოგი) გადაწყვეტილების მიღების საშუალებას იძლევა.

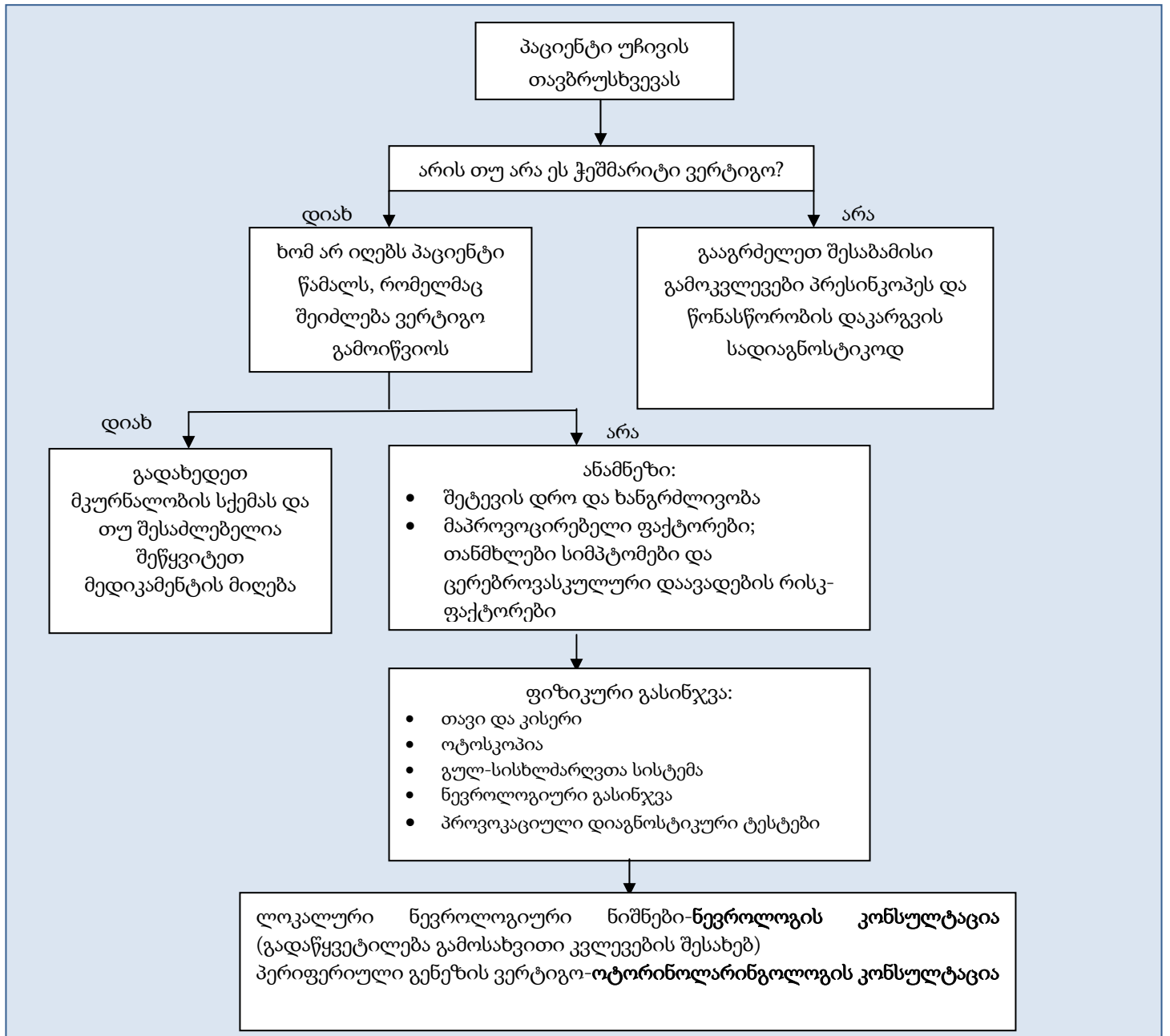
სისხლის გამოკვლევები მოიცავს სისხლის სრულ ანალიზს და თირკმლისა და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციების შეფასებას იმისათვის, რომ გამოირიცხოს სისტემური დაავადება (მაგ.: თირკმლის დაავადება, ჰიპოთიროიდიზმი).

წამლის დონე უნდა განისაზღვროს იმ შემთხვევაში, თუკი პაციენტი იღებს მედიკამენტს და საეჭვოა, რომ თავბრუსხვევა მედიკამენტების ზედოზირებითაა გამოწვეული.

გამოსახვითი ტესტები (კომპიუტერული ტომოგრაფია და მაგნიტურ-რეზონანსული გამოსახვა, შესაძლოა, გამოყენებულ იქნას ტვინის პათოლოგიების (ინსულტი, სიმსივნე, სისხლძარღვოვანი და ძვლოვანი პათოლოგია) გამოსავლენად.

ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში თავრუსხვევის დიაგნოსტიკური მიზნის პროცესში გამოკვლევების დაგეგმვისას იხელმძღვანელებთ ალგორითმით №1.

ალგორითმი №1 თავბრუსხვევის დიაგნოსტიკური ძიება ზოგადსაეიმო პრაქტიკაში



8. თავბრუსხვევის მკურნალობა

თავბრუსხვევის ან ვერტიგოს მკურნალობის მიზანია მისი განმაპირობებელი მიზეზის აღმოფხვრა. მაგ. თუკი, რომელიმე კონკრეტული მედიკამენტმა გამოიწვია ვერტიგო ან თავბრუსხვევა, მისი მიღების შეწყვეტა ან დოზის დაქვეითება გააუმჯობესებს პაციენტის მდგომარეობას და შესაბამისად, შეამცირებს ან სრულიად მოახდენს ვერტიგოს ან თავბრუსხვევის სიმპტომებისაგან განთავისუფლებას.

8.1. ვესტიბულური რეაბილიტაცია

ვერტიგოს სამკურნალოდ გამოიყენება ფიზიკური მეთოდი - ვერტიგოს რეაბილიტაციური მკურნალობა. მკურნალობის მიზანია თავბრუსხვევის მინიმუმზება, წონასწორობის გაუმჯობესება და დაცემის პრევენცია ვესტიბულური სისტემის ფუნქციის მოწესრიგების საშუალებით.

ვესტიბულური რეაბილიტაციის დროს პაციენტი ასრულებს სავარჯიშოებს, რომელიც ახდენს ტვინის ადაპტაციას და კომპენსაციას ნებისმიერი მიზეზის შემთხვევაში. მკურნალობის წარმატება დამოკიდებულია რამდენიმე ფაქტორზე, რომელიც მოიცავს:

- პაციენტის ასაკს;
- კოგნიტიურ ფუნქციას (მაგ.: მეხსიერება, ინსტრუქციების თანმიმდევრული შესრულების უნარი);
- კოორდინაცია და მოტორული ფუნქციები;
- ფიზიკური ძალა.

კომპენსაციური რეაბილიტაციის ყველაზე გავრცელებული მეთოდი კეთილთვისებიანი პოზიციური პაროქსიზმული ვერტიგოს შემთხვევაში არის კანალითური რეპოზიციის პროცედურა ან ეპლეის (Epley maneuver) მანევრი, რომელიც უსაფრთხო და ეფექტურია. აღნიშნული პროცედურის დროს ექიმი ან ფიზიკური თერაპიის სპეციალისტი ეხმარება პაციენტს ჩაატაროს თავისა და სხეულის მოძრაობების სერია, რომელიც ხელს უწყობს კალციუმის კრისტალების გადაადგილებას უკანა ნახევარკირკულური რკალიდან შიგნითა ყურის სხვა არხში. ერთ-ერთი კვლევების მონაცემებით კეთილთვისებიანი პოზიციური პაროქსიზმული ვერტიგოთი 30 პაციენტზე ჩატარებული ეპლეის პროცედურების შედეგად 90%-ში ადგილი ჰქონდა პრობლემის სრულ გადაჭრას. დარჩენილ 10%-შიც აღინიშნა სიმპტომების გაუმჯობესება, მაგრამ ნაწილობრივ. მოგვიანებით ერთი ან მეტი რეციდივი განუვითარდა პაციენტთა 30%-ს, რომელთაგან 86%-ს განმეორებითი რეაბილიტაციური მკურნალობის შემდეგ სრულად გაჯანმრთელდა.⁶² სხვა კვლევის მონაცემებით, კეთილთვისებიანი პოზიციური ვერტიგოთი 25 პაციენტიდან 19 პაციენტი სიმპტომებისაგან სრულად გათავისუფლდა.⁶³ სავარჯიშოები ხშირად იწვევს გულისრევას და ღებინებას, ეფექტის მისაღებად უნდა ჩატარდეს დღეში რამდენჯერმე, თუმცა არსებობს იშვიათი შემთხვევები, როდესაც პროცედურა უშედეგოდ მთავრდება.⁶⁴ ამდენად, კანალითური რეპოზიციის პროცედურა, ჩატარების სიმარტივიდან და ეფექტურობიდან გამომდინარე, სტანდარტული მკურნალობის მეთოდად ითვლება.

რანდომიზებულმა კვლევებმა, რომელშიც მონაწილეობდა 21 პაციენტი, გამოავლინა, რომ აკუსტიკური ნევრინომის რეზექციის შემდეგ, თავის მოტრიალების/ვიზუალური ფიქსაციის სავარჯიშოებისა და აგრეთვე, სიარულის სპეციფიკური სავარჯიშოების ჩატარებიდან 3 დღეში, ნაკლებად სპეციფიკურ სავარჯიშოებთან შედარებით, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა სიარულის სიმყარე და ბალანსი.⁶⁵ რეაბილიტაციის პროგრამა ასევე წარმატებული შეიძლება იყოს მწვავე პერიფერიულ დარღვევების (მაგ. ვესტიბულური ნერონიტი) სამკურნალოდ. რეაბილიტაციის პროგრამა ნაკლებად ეფექტურია თავის ტრავმით ან ბილატერალური ოტოტოქსიური ზემოქმედებით გამოწვეული ვერტიგოს მკურნალობისთვის, თუმცა ზოგიერთი კვლევა მიუთითებს, სტატისტიკურად მნიშვნელოვან სარგებელზე. (III)⁶⁶

პაციენტებში ცენტრალური ვერტიგოთი (მაგ.: ინსულტი ან გაფანტული სკლეროზი) უფრო რთულია ვესტიბულური ფუნქციის დაკარგვისადმი ადაპტირება. ამ ჯგუფში კარგად არ არის შესწავლილი ვესტიბულური რეაბილიტაციის სარგებლიანობა.⁶⁷ თუმცა გარკვეული პოზიტიური ეფექტი აღენიშნება, სულ მცირე, სიარულის კორექციის ტრენინგს.⁶⁸

8.2. თავბრუსხვევის მედიკამენტური მკურნალობა

მწვავე თავბრუსხვევა და ვერტიგო, ჩვეულებრივ, კონტროლდება ვესტიბულური სუპრესანტებით, ანტივირუსული მედიკამენტებით და ანტიემეტური საშუალებებით. რიგ შემთხვევაში გამოიყენება აგრეთვე სტეროიდები.

ვესტიბულური სუპრესანტების დანიშვნა მიზანშეწონილია იმის გამო, რომ პერიფერიული ვერტიგოს დროს ისინი ახდენენ ტვინის ბუნებრივი კომპენსატორული მექანიზმების მოქმედების გახანგრძლივებას.

აშშ-ში ჩატარებული ერთ-ერთი კვლევის მონაცემებით, თავბრუსხვევით პაციენტთა 90% ოჯახის ექიმის ოფისს მეკლიზინის ან პერორალური ანტიემეტური პრეპარატების დანიშნულებით ტოვებს,⁶⁹ მაშინ როდესაც პაციენტთა მხოლოდ 4% იგზავნება სპეციალისტთან. Meclizine (Antivert) ანტიჰისტამინური და ანტიქოლინერგული მოქმედებით ხასიათდება. მისი ეფექტი ღებინების შემცირებითა და პრევენციით ვლინდება. ორი, მცირე ზომის პლაცებო-კონტროლირებადი კვლევით, რომელშიც 31 პაციენტი მონაწილეობდა, დადასტურდა მეკლიზინის ეფექტურობა ვერტიგოს შემთხვევაში. ასევე ეფექტური აღმოჩნდა მეკლიზინის კომბინაცია დიმენჰიდრინატთან (Dimenhydrinate) კვლევაში, რომელშიც სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეული თავბრუსხვევით 50 ხანდაზმული პაციენტი მონაწილეობდა.(III)⁷⁰

ამ კვლევებში მონაწილეთა მცირე რიცხვის და არარანდომიზებული დიზაინის გამო, შედეგების შინაგანი და გარეგანი სარწმუნოება შესაძლოა სადავოდ ჩაითვალოს და, ამდენად, თავბრუსხვევის მკურნალობაში მეკლიზინის ან სხვა რომელიმე მედიკამენტის სასარგებლოდ ან საწინააღმდეგოდ მტკიცე რეკომენდაციების ჩამოყალიბება რთულია.⁷¹

პერიფერიული თავბრუსხვევის მკურნალობა

ვესტიბულური ნეირონიტი - არის მწვავე ვერტიგოს ყველაზე ხშირი მიზეზი. იგი ვირუსული წარმოშობისაა და მისი მწვავე ფორმა გრძელდება ერთი ან მეტი კვირის განმავლობაში. მწვავე ფაზაში შესაძლოა დაინიშნოს ანტიემეტური საშუალებები და ვესტიბულური სუპრესანტები. კორტიკოსტეროიდებმა შესაძლოა გააუმჯობესოს გრძელვადიანი გამოსავალი. მნიშვნელოვანია ადრეული ვესტიბულური რეაბილიტაცია. ანტივირუსული პრეპარატების სარგებელი დამტკიცებული არ არის, ვინაიდან ძალიან ფართეა იმ ვირუსების სპექტრი რომელიც იწვევს აღნიშნულ მდგომარეობას. ვესტიბულური ნეირონიტის მქონე პაციენტების ერთ მესამედს შემდგომში უვითარდება ქრონიკული ვესტიბულური სიმპტომები.

მენიერის დაავადების შეფასება და სწორი დიაგნოსტიკა რთულია, რადგანაც დაავადება ბუნებრივად მწვავედება და მდგომარეობა თავისთავად უმჯობესდება.⁷² მენიერის დაავადების შემთხვევათა 80%-ში ეფექტურია კონსერვატული მკურნალობა, რაც სუფრის მარილის შეზღუდვასა (1-2 გ/დღეში) და დიურეზული საშუალებები (ჰიპოთიაზიდის)⁷³ გამოყენებას ითვალისწინებს. როგორც 26 პაციენტის მონაწილეობით მიმდინარე რეტროსპექტული კვლევებით გამოვლინდა, ამგვარი მკურნალობის ფონზე ექვსი წლის განმავლობაში, სმენის ფუნქცია დასტაბილდა და ვერტიგოს მიმდინარეობა გაუმჯობესდა.^(III)⁷⁴ სარწმუნოების უფრო მაღალი დონის მტკიცებულებები გააჩნია მომდევნო რანდომიზებულ, ორმხრივ ბრმა, პლაცებო კონტროლირებად, ჯვარედინ კვლევას, რომელშიც მონაწილეობდა 30 პაციენტი. ამ ჯგუფში ჰიპოთიაზიდით მკურნალობის ფონზე (პლაცებო-ჯგუფთან შედარებით) აღინიშნა ვერტიგოსა და სმენის სარწმუნო გაუმჯობესება.^(II)⁷⁵ სხვა რეტროსპექტულმა კვლევებმა დაადასტურეს სუფრის მარილის შეზღუდვის ეფექტურობა.^(III)⁷⁶ ზოგიერთი ექსპერტი გვთავაზობს მკურნალობის დაწყებას მარილის შეზღუდვით და ვერტიგოს გაგრძელების შემთხვევაში, დიურეზული საშუალების დამატებას.⁷⁷

პერორალურად ან ინტრატიმპანურად კორტიკოსტეროიდების დანიშვნა შეიძლება გამოყენებულ იქნას აქტიური დაავადების სტაბილიზაციისათვის, ანთების შემცირების და სმენის შემდგომი დაქვეუთების პრევენციის მიზნით. ზოგიერთი ოტოტოქსიური ანტიბიოტიკი (მაგ.: გენტამიცინი) ასევე შესაძლოა დაინიშნოს შუა ყურში შესაყვანად, რასაც უწოდებენ ინტრატიმპანურ პერფუზიას, რაც პაციენტს უმსუბუქებს მენიერის დაავადებისათვის დამახასიათებელ მეტად შემაწუხებელ მწვავე თავბრუსხვევას.

შიგნითა ყურის აუტოიმუნური დაავადების მკურნალობისათვის გამოიყენება კორტიკოსტეროიდები. მორეციდივე ფორმების დროს ინიშნება ციტოსტატიკური პრეპარატები (მაგ. მეტოტრექსატი).⁷⁸

ცენტრალური თავბრუსხვევის მკურნალობა

შაკიკით პაციენტების ერთ მესამედს აქვს მუდმივი თავბრუსხვევა თავის ტკივილისაგან თავისუფალ პერიოდში. აღნიშნული თავბრუსხვევის მკურნალობა ანალოგიურია შაკიკის მკურნალობისა. განხილვას ექვემდებარება თავის ტკივილის ტრიგერული ფაქტორები. ჩვეულებრივ, უნდა დაინიშნოს შაკიკის პროფილაქტიკური მედიკამენტები. შეტევის სამკუნალო მედიკამენტები, როგორცაა ტრიპტანები ეფექტურია შაკიკთან ასოცირებული თავბრუსხვევის დროს. ამგვარი თავბრუსხვევის დროს მათი გამოყენება შედეგიანია თანმხლები თავის ტკივილი არარსებობის შემთხვევაშიც.

ცერებრო-ვასკულური დაავადებით პაციენტის შეფასება გულისხმობს ინსულტის გამომწვევი რისკ-ფაქტორების (ჰიპერტენზია, დიაბეტი, ჰიპერლიპიდემია, თამბაქოს მოწევა) კორექციას და ინსულტის ეტიოპათოგენური დეტერმინანტების (მცირე სისხლძარღვში, მსხვილსისხლძარღვოვანი, კარდიოემბოლიური, განშრეგება, ჰიპერკოაგულაცია, ვასკულიტი) განსაზღვრას და შესაბამის მკურნალობას. მეორადი პროფილაქტიკა და რეაბილიტაცია ინდივიდუალურია ყველა პაციენტისათვის. როგორც სმენის დაკარგვა, ისე ვერტიგო ინსულტიან პაციენტს შეიძლება განუვითარდეს ცენტრალური და/ან პერიფერიული დაზიანების გამო.

რეკომენდაციები:

- თავბრუსხვევის მკურნალობა მისი გამომწვევი ძირითადი დაავადების შესაბამისად ინიშნება (D);

8.3. მიმდინარე მეთვალყურეობა

თავბრუსხვევის გამომწვევ მიზეზებს შესაძლოა ჰქონდეთ ასიმპტომური ინტერვალის სიმპტომების გამოვლინებამდე, თუმცა არ არსებობს მტკიცებულება სკრინინგისა და აღნიშნული მდგომარეობის წინასწარი დიაგნოსტიკების (შეტევამდე პერიოდში) სარგებლიანობის თაობაზე.

პირველად ჯანდაცვაში თავბრუსხვევით პაციენტის რეაბილიტაციის პროგრამის ეფექტურობის შემსწავლელი ერთ-ერთი ბრმა, რანდომიზებული კვლევით, რომელშიც 170 პაციენტი მონაწილეობდა (დიდი ბრიტანეთი), გამოვლინდა, რომ ექთნის მიერ მიმდინარე მეთვალყურეობა და ვარჯიშების შესრულების მიზნით ორგანიზებული 30-40 წუთიანი რეგულარული ვიზიტები ამსუბუქებს თავბრუსხვევის სიმპტომებს და აუმჯობესებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს. (III)⁷⁹

რეკომენდაციები:

- თავბრუსხვევის შემთხვევაში მიმდინარე მეთვალყურეობა ძირითადი დაავადებიდან გამომდინარე, პაციენტის მდგომარეობის გათვალისწინებით უნდა დაწესდეს (D).

- მიმდინარე მეთვალყურეობის ვიზიტების პერიოდულობა და მოცულობა განისაზღვრება ძირითადი დაავადების მკურნალობის ამოცანების შესაბამისად (D).

9. ეთიკურ-სამართლებრივი რეკომენდაციები

ზოგად საექიმო პრაქტიკაში თავბრუსხვევის მართვის პრაქტიკა სამედიცინო ეთიკის მთავარი პრინციპების დაცვით უნდა განხორციელდეს. არსებითი მნიშვნელობა აქვს პაციენტის ავტონომიას და კლინიკური გადაწყვეტილების პროცესში მისი მონაწილეობის უზრუნველყოფას. (IV)

რეკომენდაცია:

- ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში თავბრუსხვევის გამო მომართულ ყველა პაციენტს უნდა მიეწოდოს ამომწურავი ინფორმაცია თავბრუსხვევის გამომწვევი მიზეზებისა და მათი მართვის გზების, თავბრუსხვევის სადიაგნოსტიკო გამოკვლევებსა და მედიკამენტურ მკურნალობასთან დაკავშირებული რისკისა და სარგებლის შესახებ.(D)
- თავბრუსხვევის მიზეზების გამოსავლენად რეკომენდებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და მედიკამენტური მკურნალობა მხოლოდ იმ შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს, თუ ამასთან მოსალოდნელი სარგებელი აჭარბებს რისკსა და ხარჯებს.(D)

10. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები

გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

1. გაიდლაინის დაბეჭდვა და გავრცელება საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის ქსელში;
2. გაიდლაინის ელექტრონული ვერსიის განთავსება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ვებ-გვერდებზე.
3. გაიდლაინის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და სამედიცინო პერსონალისთვის ტრენინგების ორგანიზება;
4. გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტების საშუალებით.

10.1. პრაქტიკის შეფასებისთვის რეკომენდებული აუდიტის კრიტერიუმები

სტრუქტურა:

ოჯახის ექიმის მიერ თავბრუსხვევის გამო კონსულტირებული პაციენტების რაოდენობა

პროცესი:

თავბრუსხვევის დიფერენციული დიაგნოსტიკისთვის შესრულებული გამოსახვითი გამოკვლევების რაოდენობა;

თავბრუსხვევის დიფერენციული დიაგნოსტიკისთვის შესრულებული სმენის შეფასების - აუდიომეტრიის გამოკვლევების რაოდენობა;

თავბრუსხვევის დიფერენციული დიაგნოსტიკისთვის შესრულებული სხვა დამხმარე გამოკვლევების რაოდენობა;

ოჯახის ექიმის გადაწყვეტილებით თავბრუსხვევის გამო სპეციალისტთან გაგზავნილი პაციენტების რაოდენობა;

დიაგნოსტირებულია N რაოდენობით პაციენტები ვერტიგოთი, წონასწორობის დარღვევის გამო, პრესინკოპეთი ან თავში არასპეციფიკური სიცარიელის შეგრძნებით;

ოჯახის ექიმის მიერ გამოვლენილია თავბრუსხვევის მიზეზები;

პაციენტების რაოდენობა, ვისაც თავბრუსხვევის გამო ოჯახის ექიმმა აღმოუჩინა სამედიცინო დახმარება.

გამოსავლების აუდიტი:

პაციენტები, რომელთა თავბრუსხვევის მართვა განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.

11. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა

გაიდლაინის გადასინჯვა და განახლება მოხდება დანერგვიდან 2 წლის ვადაში.

12. გაიდლაინის მიღების ხერხი

გაიდლაინი შემუშავდა საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მიერ საქართველოს ინსულტის ასოციაციასთან თანამშრომლობით 2009 წლის ივლისში ევროკავშირის მიერ დაფინანსებული „პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ხელშემწყობი პროექტის“ ფარგლებში. პირველ ეტაპზე, თავბრუსხვევის თაობაზე უახლესი, მეცნიერულად დასაბუთებული მონაცემების მოპოვების მიზნით, სამუშაო ჯგუფმა ჩაატარა ლიტერატურული ძიება ინტერნეტის შესაფერისი პროგრამების საშუალებით სხვადასხვა მონაცემთა ბაზაში. მოძიებული 150-მდე აბსტრაქტიდან შეირჩა 80-მდე გამოქვეყნებული ნაშრომი, რომელიც ყველაზე მეტად შეეფერებოდა საკვლევ თემას და

მოიცავდა სარწმუნო მეცნიერულ მტკიცებებს (მსგავს თემებზე დიდ ბრიტანეთში, ავსტრალიასა და ამერიკაში შემუშავებული გაიდლაინები, რანდომიზებული და არარანდომიზებული კვლევები ან ამ კვლევების მეტა-ანალიზი, და კლინიკური მიმოხილვა). გამოყენებული ლიტერატურის ზუსტი ნუსხა თან ერთვის გაიდლაინს.

მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

წინამდებარე გაიდლაინის მიზანია ოჯახის ექიმისათვის თავბრუსხვევის მართვის თაობაზე მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მიწოდება. მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი მითითებულია ქვემოთ, ცხრილში №9.

მოწოდებული კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაცია არ წარმოადგენს პრობლემის მართვის მზა რეცეპტს. იგი უნდა განვიხილოთ როგორც ჩარჩო, რომელიც ეფუძნება ხელმისაწვდომ საუკეთესო მტკიცებულებებს და რომელიც უნდა მიესადაგოს ლოკალურ საჭიროებებს, რესურსებსა და ინდივიდუალურ შემთხვევებს (განსაკუთრებით სოფლად და რეგიონულ/რაიონულ ცენტრებში).

ცხრილი №9

მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

| დონე | მტკიცებულების სიძლიერის დონე (Muir Gray) | ხარისხი | რეკომენდაციის ხარისხი (Cook et al) |
|------|---|---------|--|
| I | ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას (მეტა-ანალიზს), რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას. | A | ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია |
| II | ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას | B | ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია |
| III | კლინიკური კვლევა, რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები. | C | ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად. |
| IV | არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები | D | ეყრდნობა IV და V დონის მტკიცებულებას საჭიროებს კონსენსუსს |
| Va | ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება | | |
| Vb | კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში | | |

13. ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს

14. გამოყენებული ლიტერატურა

1. McGee SR, Dizzy patients. Diagnosis and treatment. *Western Journal of Medicine* 162: 37-42, 1995
2. Dizziness, vertigo and ImbaLance - Marc Friedman, Do – Feb 21, 2007 eMedicine Neurology
3. Vertigo (Dizziness) – Current Research – neurologychannel – 16/07/2009
<http://WWW.neurologychannel.com/vertigo/research.shtml>
4. Kroenke K, Lucas C, Rosenberg ML et al. one year outcome for patients with a chief complaint of dizziness. *Journal of General Internal Medicine* 9: 898-904, 1992
5. Sloane P and Baloh R. Persistens dizziness in geriatric patients. *Journal of the American Geriatric Society* 37: 1031-8. 1989
6. Dizziness, vertigo and Imbalance - Marc Friedman, Do – Feb 21, 2007 eMedicine Neurology
7. Ruckenstein MJ. A practical approach to dizziness. Questions to bring vertigo and other causes into focus. *Postgraduate medicine*: 70-2,75-8,81. 1995
8. Von Breven M, Radtke A, Lezius F, et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 2007; 78: 710-715
9. ACR Appropriateness Criteria – vertigo and hearing loss – BIBLIOGRAFIC SOURCE (S) Turski PA, Seidenwurm DJ, Davis PC, Bruberg JA, DE LA Paz RL, Dormont PD, Hackney DB, Jordan JE, Karis JP, Mukherji SK, Wippold FJ II, Zimmerman RD, McDermott MW, Sloan MA, Expert Panel on Neurologic Imaging. Vertigo and hearing loss. (online publication). Reston (VA): American College of Radiology (ACR); 2006. 8 p. (53 references) – annually updated by the panels as needed, depending on introduction of new and highly significant scientific evidence, 2009
- ¹⁰ Original Date of Publication: 02 Jan 2000 Reviewed by: [Stanley J. Swierzewski, III, M.D.](#) Last Reviewed: 29 May 2008 Original Source: <http://www.neurologychannel.com/vertigo/symptoms.shtml>
11. McGee SR. 1995. Dizzy patients. Diagnosis and treatment [see comments]. *Western Journal of Medicine* 162: 37-42.
12. Ruckenstein MJ. 1995. A practical approach to dizziness. Questions to bring vertigo and other causes into focus. *Postgraduate Medicine* 97:70-2, 75-8, 81.
13. Grad A, and Baloh RW. 1989. Vertigo of vascular origin: clinical and electronystagmographic features in 84 cases. *Archives of Neurology* 46: 281-284.
14. Fisher C, Vertigo in cerebrovascular disease. *Archives of otolaryngology* 85: 529-34. 1967
15. Oas JG, and Baloh RW. Vertigo and the anterior inferior cerebellar artery syndrome. *Neurology* 42: 2274-9. 1992
16. Baloh RW, Fife TD, Furman JM and Zee DS. *neurology, Part A. Continuum lifelong learning in Neurology.* Minneapolis: American academy of Neurology, 1996
17. Ruckenstein MJ. A practical approach to dizziness. Questions to bring vertigo and other causes into focus. *Postgraduate medicine*: 70-2,75-8,81. 1995.
18. Oas JG, and Baloh RW. 1992. Vertigo and the anterior inferior cerebellar artery syndrome. *Neurology* 42: 2274-9.
19. Baloh RW and G. Halmagyi Disorders of vestibular system. New York. Oxford University Press, 1996
20. Ruckenstein MJ. A practical approach to dizziness. Questions to bring vertigo and other causes into focus. *Postgraduate medicine*: 70-2,75-8,81. 1995
21. Dizziness, vertigo and ImbaLance - Marc Friedman, Do – Feb 21, 2007 eMedicine Neurology
22. Reilly B, Dizziness. In *Practical Strategies in Outpatients medicine*, Philadelphia; Saunders, pp 162-236, 1991
23. McGee SR. Dizzy patients. Diagnosis and treatment. *Western Journal of Medicine* 162: 37-42, 1995
24. Reilly B, Dizziness. In *Practical Strategies in Outpatients medicine*, Philadelphia; Saunders, pp 162-236, 1991

-
25. Labuguen RH., Initial Evaluation of Vertigo., American family Physician., Volume 73, Number 2, January 15, 2006.
 26. Buttner U, Helmchen C, Brandt T. Diagnostic criteria for central versus peripheral positioning nystagmus and vertigo: a review. *Acta Otolaryngol* 1999;119:1-5.
 27. Froehling DA, Silverstein MD, Mohr DN, Beatty CW. The rational clinical examination. Does this dizzy patient have a serious form of vertigo? [published correction appears in *JAMA* 1998;279:584]. *JAMA* 1994;271:385-8.
 28. Baloh RW. Differentiating between peripheral and central causes of vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;119:55-9.
 29. Baloh RW. The dizzy patient. *Postgrad Med* 1999;105:161-4,167-72.
 30. Derebery MJ. The diagnosis and treatment of dizziness. *Med Clin North Am* 1999;83:163-77.
 31. Solomon D. Distinguishing and treating causes of central vertigo. *Otolaryngol Clin North Am* 2000;33:579-601.
 32. Rosenberg ML, Gizzi M. Neuro-otologic history. *Otolaryngol Clin North Am* 2000;33:471-82.
 33. Hanley K, O'Dowd T, Considine N. A systematic review of vertigo in primary care. *Br J Gen Pract* 2001;51:666-71.
 34. Tusa RJ, Herdman SJ. Diagnosis and treatment of the dizzy patient. *Hospital Physician* 1997;33:22-37.
 35. Froehling DA, Silverstein MD, Mohr DN, Beatty CW. The rational clinical examination. Does this dizzy patient have a serious form of vertigo? [published correction appears in *JAMA* 1998;279:584]. *JAMA* 1994;271:385-8.
 36. McGee SR. Dizzy patients. Diagnosis and treatment. *Western Journal of Medicine* 162: 37-42, 1995
 37. Reilly B, Dizziness. In *Practical Strategies in Outpatients medicine*, Philadelphia; Saunders, pp 162-236, 1991
 - 38 McGee SR. Dizzy patients. Diagnosis and treatment. *Western Journal of Medicine* 162: 37-42, 1995
 39. Herr RD, Zun L, Mathews JJ. A directed approach to the dizzy patient. *Ann Emerg Med* 1989;18:664-72.
 40. Ensrad KE, Nevitt MC, Yunis C, Hulley SB, et al. Postural Hypotension and postural dizziness in elderly women. The study of osteoporotic fractures. The Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Archives of Internal Medicine* 152: 1058-64 . 1992
 41. Kroenke K, Lucas C, Rosenberg ML, et al. One year outcome for patients with a chief complaint of dizziness. *Journal of General Internal Medicine* 9; 684-9, 1992
 42. McGee SR, Dizzy patients. diagnosis and treatment. *Western Journal of Medicine* 162: 37-42, 1995
 43. Herr RD, Zun L and Mathews JJ. A direct approach to the dizzy patient.. *Annals of Emergency Medicine* 18: 664-72, 1989
 44. Kroenke K, Lucas C, Rosenberg ML, et al. One year outcome for patients with a chief complaint of dizziness. *Journal of General Internal Medicine* 9; 684-9, 1992
 45. McGee SR, Dizzy patients. diagnosis and treatment. *Western Journal of Medicine* 162: 37-42, 1995
 46. Herr RD, Zun L and Mathews JJ. A direct approach to the dizzy patient.. *Annals of Emergency Medicine* 18: 664-72, 1989
 47. Hoffman RM, Einstadter D, Kroenke K. Evaluating dizziness. *Am J Med* 1999;107:468-78.
 - 48 Reilly B, Dizziness. In *Practical Strategies in Outpatients medicine*, Philadelphia; Saunders, pp 162-236, 1991
 - 49 Davis LE. 1994, Dizziness in elderly men. *Journal of the American Geriatric Society* 42: 1184-8.
 - 50 Herr RD, Zun L and Mathews JJ. A direct approach to the dizzy patient.. *Annals of Emergency Medicine* 18: 664-72, 1989
 - 51 Madlon-Kay DJ. 1985. Evaluation and outcome of the dizzy patient. *Journal of Family Practice* 21: 109-13.
 - 52 Ruckenstein MJ. A practical approach to dizziness. Questions to bring vertigo and other causes into focus. *Postgraduate medicine*: 70-2,75-8,81. 1995
 - 53 Baloh RW and G. Halmagyi Disorders of vestibular system. New York. Oxford University Press, 1996
 54. Saeed SR. Fortnightly review. Diagnosis and treatment of Ménière's disease. *BMJ* 1998;316:368-72
 - 55 Kessler DK, Kessler KM, and Myerburg RJ, 1995. Ambulatory electrocardiography. A cost per management decision analysis. *Archives of Internal medicine* 155: 165-9

-
56. Kinlay S, Leitch JW, Neil A, et al. 1996 Cardiac event recorders yield more diagnoses and are more cost-effective than 48-hour Holter monitoring in patients with palpitations. A controlled clinical trial. *Archives of internal medicine* 124: 16-20.
57. Drachman DA. A 69-year-old man with chronic dizziness [published correction appears in *JAMA* 1999;281:899]. *JAMA* 1998;280:2111-8.
58. Froehling DA, Silverstein MD, Mohr DN, and Beatty CW. Does this dizzy patient have a serious form of vertigo? *Journal of the American Medical Association* 271:385-8, 1994
59. Hasso AN, Drayer BP, Anderson RE, Braffman B, Davis PC, Deck MD, et al. American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria. Vertigo and hearing loss. 2000.
60. American College of Physicians. Magnetic resonance imaging of the brain and spine: a revised statement. *Archives of Internal Medicine* 120: 872-5, 1994
61. McGee SR, Dizzy patients. diagnosis and treatment. *Western Journal of Medicine* 162: 37-42, 1995
62. Epley J. 1992, The canalith repositioning procedure for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery* 107: 399-404
63. Welling D, and Barnes D, 1994. Particle repositioning procedure for benign paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope* 104: 946-9.
64. Baloh RW and G. Halmagyi Disorders of vestibular system. New York. Oxford University Press, 1996
65. Herdman SJ, Clendaniel RA, Mattox DE, et al. 1995 . Vestibular Adaptation exercises and recovery: acute stage after acoustic neuroma resection. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 113:77-87.
66. Shepard NT, and telian SA. 1995. Programmatic vestibular rehabilitation. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 112 : 172-182
67. Shepard NT, and telian SA. 1995. Programmatic vestibular rehabilitation. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 112 : 172-182
68. Baloh RW and G. Halmagyi Disorders of vestibular system. New York. Oxford University Press, 1996
69. McGee SR, Dizzy patients. diagnosis and treatment. *Western Journal of Medicine* 162: 37-42, 1995
70. McGee SR, Dizzy patients. diagnosis and treatment. *Western Journal of Medicine* 162: 37-42, 1995
71. T.D Fife, MD. D.J. Iverson, MD. T. Lempert, MD. J.M, Furman, MD, PhD. R.W. Baloh, MD. R.J.Tusa, MD, PhD. T.C. Hain, MD. S. Herdman, PT, PhD. FAPTA. M.J. Morrow, MD. G.S. Gronseth, MD. – Practice Parameter: Therapies For benign paroxysmal positional vertigo (an evidence-based review) – Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology- 2008 www.neurology.org
72. Baloh RW and G. Halmagyi Disorders of vestibular system. New York. Oxford University Press, 1996
73. Santos PM, Hall RA, Snyder JM, et al. 1993. Diuretic and diet effect on Meniere’s disease evaluated by the Committee on Hearing and Equilibrium guidelines. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 109 : 172-182
74. Santos PM, Hall RA, Snyder JM, et al. 1993. Diuretic and diet effect on Meniere’s disease evaluated by the Committee on Hearing and Equilibrium guidelines. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 109 : 172-182
75. Klockhoff I, and Lindblom U. 1967. Meniere’s disease and hydrochlorthiazide – A critical analysis of symptoms and therapeutic effects. *Acta otolaryngology* 63. 347-65
76. Boles R, Rice DH, Hybels R, and Work WP. July, 1975. Conservative management of Meniere’s disease: Furstenberg regimen revisited. *Annals of otology, Rhinology and Laryngology* 84 (4pt 1): 513-7.
77. Baloh RW and G. Halmagyi Disorders of vestibular system. New York. Oxford University Press, 1996
78. Dizziness, vertigo and ImbaLance - Marc Friedman, Do – Feb 21, 2007 eMedicine Neurology
79. Yardley L, Donovan-Hall M, Smith H., Effectiveness of Primary Care-based Vestibular Rehabilitation for Chronic Dizziness., *American College of Physicians*, 2004, 141: 589-605.

15. ავტორთა ჯგუფი

- ⇒ საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი: ირინე ქაროსანიძე, თამარ გაბუნია, დავით კუჭავა, უშანგი კილაძე;
- ⇒ ალექსანდრე ცისკარიძე - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, საქართველოს ინსულტის ასოციაცია.

ექსპერტები

- ⇒ გურამ კიკნაძე - მეცნიერებათა დოქტორი, საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის თავმჯდომარე;
- ⇒ ლელა წოწორია - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.