

## Periferinio vertigo problema otoneurologinėje praktikoje – galimų priežasčių ir efektyvaus gydymo paieška

---

I. Ulozienė\*

A. Kuzminienė\*

J. Vasiliauskiene\*

V. Šaferis\*\*

\*Kauno medicinos universiteto  
Ausų, nosies ir gerklės ligų klinika

\*\*Kauno medicinos universiteto  
Matematikos ir fizikos katedra

**Santrauka.** Klinikiniame darbe yra aktuali periferinio ir centrinio vertigo diferencinė diagnostika. Šio darbo tikslas – įvertinti dažniausias pirmąkart otoneurologų konsultuotų ligonių periferinio vertigo priežastis, skirto gydymo poveikį ilgalaikiam gebėjimui dirbti bei sveikatos priežiūros paslaugų poreikiui. Tyrime dalyvavo pirmąkart otoneurologo konsultacijai atsiųsti suaugę asmenys, kuriems Menjero liga, GPPV, „kitas periferinės kilmės vertigo“ bei nežinomos kilmės periferinis vertigo otoneurologo buvo nustatytas pirmą kartą. Buvo vertinti šie duomenys: ligonių amžius, lytis, gretutinės ligos, periferinio vertigo gydymas, darbinės būsenos ir darbo krūvio pasikeitimas, sveikatos priežiūros paslaugų poreikis ir bendras konsultavusio gydytojo – otoneurologo, išpūdis apie ligonio klinikinę būklę įtraukimo į tyrimą metu ir antrojo vizito metu po 6 mėnesių. Tiriamųjų grupę sudarė 100 ligonių. „Kitos kilmės periferinis vertigo“ buvo dažniausia diagnozė ir sudarė 46% atvejų, GPPV sirgę ligoniai sudarė 21% atvejų, nežinomos kilmės periferinis vertigo nustatytas 19%, o Menjero liga – 14% tiriamųjų. Reikšmingas sveikatos būklės pagerėjimas po 6 mėnesių buvo susijęs su gydymu fiziniais reabilitaciniais vestibulinę funkciją (VF) gerinančiais pratimais ir betahistino vartojimu. Praėjus 6 mėnesiams po periferinio vertigo gydymo, sumažėjo sveikatos priežiūros paslaugų poreikis ir nedarbingų dienų skaičius. Jis reikšmingiausiai sumažėjo nežinomos kilmės periferiniu vertigo bei „kitos kilmės periferiniu vertigo“ sirgusiems ligoniams ir buvo susijęs su gydymu fiziniais reabilitaciniais VF gerinančiais pratimais.

**Raktažodžiai:** periferinis vertigo, Menjero liga, GPPV, fiziniai reabilitaciniai vestibulinę funkciją gerinantys pratimai, betahistinas.

Neurologijos seminarai 2010; 14(44): 75–80

---

### ĮVADAS

Svaigimas – subjektyvus ir nespecifinis simptomas, literatūroje apibūdinamas kaip psichosensorinis pojūtis, reguliuojamas didžiųjų pusrutulių žievės asociacinių laukų [1]. Pagrindinė pusiausvyrą reguliuojanti dalis yra centrinė nervų sistema, kuri gauna ir reguliuoja nuolatinę informaciją iš: vestibulinio analizatoriaus, nustatančio kūno judėjimo kryptį bei pagreitį, veikiant žemės traukai; regos sistemos, kuri nustato kūno padėtį aplinkoje, bei proprioreceptinės sistemos, kuri informuoja apie kūno atskirų dalių tarpusavio padėtį [1]. Sutrikus periferinio vestibulinio analizatoriaus funkcijai, atsiranda svaigimas, pasižymintis aplinkos ar kūno judėjimo iliuzija, t. y. vertigo [2], kurio daž-

ni lydintieji simptomai yra intensyvus pykinimas, vėmimas, baimės ir bejėgiškumo jausmas, o po priepuolio – išliekanti svaigimo baimė. Pastaruoju metu literatūroje pasirodo vis naujų duomenų apie tai, jog nerimą jaučia net 11%, paniką ir agorafobiją – 25%, depresija diagnozuojama 33% ligonių, kurių vestibulinė funkcija sutrikusi ir vargina vertigo simptomai [3]. Vokietijoje atlikto tyrimo duomenimis (n = 1003), net 80% vestibulinės funkcijos sutrikimą patyrusių pacientų vertigo atakos metu negalėjo atlikti savo kasdienės veiklos, 19% svaigstančiųjų – laikotarpiu tarp priepuolių bijojo išeiti iš namų, todėl buvo nedarbingi [4].

Periferinio vestibulinio analizatoriaus funkcijos sutrikimo, kitaip vadinamo periferinio vertigo, klinikiniai pavyzdžiai yra šios ligos: vestibulinis neuronitas, bakterinis ar virusinis labirintitas, gerybinis paroksizminis pozicinis vertigo (GPPV), Menjero liga, labirinto ar vestibulinio nervo trauma, otosifilis, augliai, otosklerozė, perilimfinė fistulė, autoimuninės vidinės ausies ligos, vaskulitas, taip

---

#### Adresas:

I. Ulozienė

KMUK, Eivenių g. 2, Kaunas

El. paštas: ingrida.uloziene@kmu.lt

pat ototoksinis vaistų ar kitų chemikalų poveikis [5]. E. Mira ir bendraautorių 2008 metais paskelbtais duomenimis, dažniausiai diagnozuojamas GPPV, vestibulinis neuronitas ir Menjero liga [3].

Periferinio vertigo priežasčių įvairovė lemia farmakologiniu požiūriu skirtingų klasių vaistų skyrimo rekomendacijas. Literatūroje minimi tokie vaistai: kalcio kanalų antagonistai, antihistamininiai vaistai, betahistinas, diuretikai, psichoterapiniai bei priešpsichoziniai vaistai, kortikosteroidai ir kraujotaką gerinantys preparatai [5]. Gydyti rekomenduojamų vaistų ar skirtingų jų derinių poveikis bei klinikinis efektyvumas vertinami įvairių mokslinių studijų metu. Bet žinoma, kad yra ir kontraversinių rezultatų, kaip ir kontraversinių nuomonių dėl vestibulinę funkciją (VF) gerinančių fizinių reabilitacinių pratimų, kartu nevartojant vaistų, naudos [5].

## DARBO TIKSLAS

Įvertinti dažniausias pirmą kartą otoneurologų konsultuotų ligonių periferinio vertigo priežastis, skirto gydymo poveikį ilgalaikiam gebėjimui dirbti bei sveikatos priežiūros paslaugų poreikiui.

## DARBO METODAI IR TIRIAMIEJI

### Tyrimo dizainas

Tyrimas atliktas Kauno medicinos universiteto (KMU) Ausų, nosies ir gerklės ligų (ANG ligų) klinikos otoneurologiniuose kabinetuose, kurių vienas yra KMU ANG ligų klinikoje, o kitas – KMU Nervų ligų klinikos ambulatoriniame skyriuje. Duomenys surinkti 2007–2008 metais. Šie duomenys buvo teikti tarptautiniam multicentriniam tyrimui – *Revert* studijai. Gavus tarptautinio tyrimo organizatorių „Solvay Pharmaceuticals“ leidimą, autorių surinkti duomenys naudojami šioje publikacijoje.

Buvo vertinti šie duomenys: ligonių amžius, lytis, gretutinės ligos, periferinio vertigo gydymas, darbinės padėties ir darbo krūvio pasikeitimas, sveikatos priežiūros paslaugų poreikis ir bendras konsultavusio gydytojo – otoneurologo, klinikinis išpūdis įtraukimo į tyrimą metu ir antrojo vizito metu po 6 mėnesių. Duomenys surinkti naudojant atskirus standartizuotus klausimynus pirmajam ir antrajam ligonio vizitams.

### Tiriamųjų parinkimas

Tyrimo dalyvavo pirmą kartą otoneurologo konsultacijai atsiųsti suaugę asmenys, kuriems Menjero liga, GPPV, „kitas periferinės kilmės vertigo“ bei nežinomos kilmės periferinis vertigo otoneurologo buvo nustatytas pirmą kartą. Tam, kad būtų išvengta atrinkimo klaidų, į tyrimą buvo įtraukiami iš eilės visi sutikę jame dalyvauti ligoniai, kuriems otoneurologas pirmą kartą nustatė periferinį vertigo.

### Tiriamųjų pirmojo apsilankymo metu registruoti duomenys

Apklausoje metodu įvertintas ligonio darbingumas bei otoneurologo konsultacijos metu nustatyto periferinio vertigo įtaka darbingumo pasikeitimui. Šiam tikslui pasiekti buvo užduoti 4 klausimai ir siekta išsiaiškinti, ar ligonis turėjo sumažinti savo darbo krūvį dėl vertigo simptomų, ar buvo nedarbingas, jei taip, koks buvo nedarbingų dienų skaičius per pastaruosius 3 mėnesius. Taip pat apklausoje protokole pažymėta, jeigu ligonis keitė darbą, ar turėjo išeiti iš darbo dėl patiriamo vertigo.

Klausimyne vertintas ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikis per pastaruosius 3 mėnesius, t. y. kiek kartų per šį laikotarpį dėl tiriamos patologijos prireikė greitosios medicinos pagalbos, šeimos gydytojo, specialistų (ANG ligų, neurologo ir kt.) konsultacijos, taip pat pažymėta, kiek dienų minėtą laikotarpį ligonis praleido ligoninėje.

Bendra ligonio klinikinė būklė įvertinta remiantis konsultuojančio gydytojo otoneurologinio darbo patirtimi, atkreipiant dėmesį, kaip sunkiai šiuo metu (per pastarąsias 2 dienas) serga šis ligonis. Tam naudota požymių skalė, kurioje bendra klinikinė ligonio būklė įvertinta viena iš 7 kategorijų: sveikas, ribinė būklė, lengvai sergantis, vidutiniškai sergantis, labai sergantis, sunkiai sergantis, tarp sunkiausiai sergančių.

Ligoniams gydyti buvo skirti įvairūs vaistai: betahistinas, piracetamas, *ginko biloba* preparatai, benzodiazepinai, diuretikai, homeopatiniai vaistai, neuroleptikai, kalcio antagonistai ir (arba) fiziniai reabilitaciniai VF gerinantys pratimai.

### Tiriamųjų antrojo apsilankymo metu registruoti duomenys

Praejus 6 mėnesiams po paskirto gydymo, pakartotinės otoneurologo konsultacijos metu vėl buvo įvertinta esama ligonio darbinė būseną, sveikatos priežiūros paslaugų poreikis per paskutinius 3 mėnesius ir bendra ligonio klinikinė būklė, tolimesnio gydymo reikalingumas. Bendrai ligonio klinicinei būklei įvertinti naudota ta pati požymių skalė, kaip ir pirmojo vizito metu, t. y. vertinta viena iš 7 kategorijų: sveikas, ribinė būklė, lengvai sergantis, vidutiniškai sergantis, labai sergantis, sunkiai sergantis, tarp sunkiausiai sergančių. Konsultavęs gydytojas otoneurologas įvertino ir bendrą ligonio būklės pokyčio išpūdį požymių skalėje: mažai pagerėjo, be pokyčio, šiek tiek pablogėjo, ryškiai pablogėjo, labai pablogėjo, išskyrus tuos atvejus, kai ligonis pasveiko. Taip pat pastarojoje skalėje pažymėta, jei ligonis išlieka labai sergantis, sunkiai sergantis ar tarp sunkiausiai sergančių.

## STATISTINĖ ANALIZĖ

Naudota SPSS 16 for Widows programa. Pasirinktas reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ . Dydziams palyginti naudoti Mann-Whitney U bei chi testas. Požymių priklausomybę vertinta apskaičiuojant Pearson koreliacijos koeficientą  $r$ .

## REZULTATAI

Tiriamųjų grupę sudarė 100 ligonių, sirgusių periferiniu vertigo. Po 50 ligonių ištirta ANG ligų klinikos otoneurologiniame kabinete ir Nervų sistemos ligų ambulatorinio poskyrio otoneurologiniame kabinete. Tirtojame grupėje buvo 74 moterys ir 26 vyrai, kurių amžius – nuo 20 iki 78 metų (vid.  $47,98 \pm 13,08$  metų). Tiriamosios grupės charakteristika pateikta 1 lentelėje.

Atlikus statistinę analizę, paaiškėjo, jog amžius ir lytis nebuvo susiję su periferinio vertigo priežastimi, bendro darbingumo sumažėjimu ar sveikatos priežiūros paslaugų poreikiu.

Tyrimo protokole klasifikuota kaip „kitos kilmės periferinis vertigo“ buvo dažniausia diagnozė ir sudarė 46% atvejų. Reikėtų paminėti, kad šią grupę daugiausia sudarė ligoniai, sirgę vestibuliniu neuronitu, bet dėl patvirtinto studijos protokolo formato pastarasis nozologinis vienetas nebuvo atskirai pažymimas. Į šią grupę pateko ir ligonių dėl ototoksinių medikamentų sukeltos abipusės vestibulopatijos, labirinto traumas. Išsamiai šios grupės nozologinių vienetų nenagrinėjome, nes tai nebuvo šio tyrimo tikslas.

GPPV sirgę ligoniai sudarė 21% atvejų, nežinomos kilmės periferinis vertigo nustatytas 19%, o Menjero liga – 14% tiriamųjų.

Pirmojo vizito metu ligoniams dažniausiai skirtas betahistinas – 86% ligonių, bei fiziniai reabilitaciniai VF gerinantys pratimai – 75% ligonių. Kitų vaistų skyrimas buvo toks: diuretikai – 12%, neuroleptikai – 9%, *ginko biloba* preparatai – 6%, piracetamas – 4%, homeopatiniai vaistai – 2%, benzodiazepinai – 1%, kalcio antagonistai – 1% ligonių. Nustatėme, kad gydymas betahistinu statistiškai patikimai dažniau skirtas sergantiesiems nežinomos kilmės periferiniu vertigo, o neskirtas – GPPV atvejais, pastaroji patologija patikimai dažniau gydyta fiziniais reabilitaciniais VF gerinančiais pratimais ( $p = 0,005$ ).

Antro apsilankymo metu nustatytas reikšmingai mažesnis vaistų poreikis, t. y. vaistai skirti 78% ligonių, lyginant su pirmu apsilankymu, kai vaistai buvo skirti 89% ligonių ( $p = 0,007$ ). Nustatėme, kad antrojo vizito metu mažesnis buvo betahistino ( $p = 0,022$ ) ir diuretikų ( $p = 0,013$ ) poreikis (2 lentelė).

Tiriamosios grupėje buvo 81% dirbančių asmenų. Iš jų dažniausiai nedarbingi dėl ligos buvo sergantieji „kitos kilmės periferiniu vertigo“ ( $p = 0,001$ ), todėl jie patikimai dažniausiai turėjo sumažinti darbo krūvį, tuo tarpu GPPV sergantieji – patikimai rečiau (p = 0,001). Tyrimo metu nustatėme, jog sergantieji Menjero liga per 3 mėn. dėl svaigimo vidutiniškai turėjo praleisti  $12,9 \pm 6,1$  darbo dienos, „kitos kilmės periferiniu verti-

1 lentelė. Tiriamosios grupės bendra charakteristika

Periferinio vertigo kilmė	Moterys n = 74 (74%) Amžiaus vidurkis $47 \pm 14$ metų	Vyrai n = 26 (26%) Amžiaus vidurkis $48 \pm 10$ metų	Iš viso n = 100 (100%) Amžiaus vidurkis $47 \pm 13$ metų
Kitos kilmės periferinis vertigo	31 $50,2 \pm 15,6$ metų	15 $47,8 \pm 11,2$ metų	46 (46%) $49,5 \pm 14,1$ metų
GPPV	17 $46,9 \pm 10,8$ metų	4 $48,7 \pm 12,7$ metų	21 (21%) $47,3 \pm 10,9$ metų
Nežinomos kilmės periferinis vertigo	13 $47 \pm 10,5$ metų	6 $51,6 \pm 9,0$ metų	19 (19%) $48,7 \pm 10,1$ metų
Menjero liga	13 $45,3 \pm 11,1$ metų	1 $28 \pm 0,0$ metų	14 (14%) $44,1 \pm 11,6$ metų
Iš viso	74	26	100 (100%)

2 lentelė. Medikamentų skyrimas pirmojo ir antrojo vizitų metu

Medikamentai	Menjero liga		GPPV		Kitos kilmės periferinis vertigo		Nežinomos kilmės periferinis vertigo		Visos ligos tirtos	
	1 vizito metu paskirta %	2 vizito metu paskirta %	1 vizito metu paskirta %	2 vizito metu paskirta %	1 vizito metu paskirta %	2 vizito metu paskirta %	1 vizito metu paskirta %	2 vizito metu paskirta %	1 vizito metu paskirta %	2 vizito metu paskirta %
Betahistinas	12	14	13	12	41	33	19	18	86	77*
Diuretikai	3	0	1	0	7	2	1	0	12	2*
Neuroleptikai	0	1	2	1	3	2	4	3	9	7
<i>Ginko biloba</i> preparatai	0	0	0	0	4	1	2	0	6	1
Piracetamas	0	0	1	1	1	0	2	0	4	1
Homeopatiniai vaistai	0	0	1	0	1	1	0	0	2	1
Benzodiazepinai	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Kalcio antagonistai	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Fiziniai VF gerinantys pratimai	4	4	21	20	33	28	17	17	75	69

\* – antrojo vizito metu duomenys statistiškai patikimai skiriasi,  $p < 0,05$ .

3 lentelė. Darbingumo pokyčių įvertinimas pirmojo ir antrojo vizitų metu

Periferinio vertigo ligonių grupė	Pirmojo vizito metu nustatytas nedarbingų dienų skaičiaus vidurkis (DD ± SN)	Antrojo vizito metu nustatytas nedarbingų dienų skaičiaus vidurkis (DD ± SN)
Menjero liga	12,9 ± 6,1	9 ± 15
GPPV	7,7 ± 3,9	1 ± 3*
Kitas periferinės kilmės vertigo	22 ± 27	0 ± 0*
Nežinomos kilmės periferinis vertigo	17,99 ± 18	0 ± 0*
Iš viso	10,6 ± 16,4	2,8 ± 7,5*

\* - antrojo vizito metu duomenys statistiškai patikimai skiriasi,  $p < 0,05$ .

4 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų poreikio pokyčių įvertinimas pirmojo ir antrojo vizitų metu

Sveikatos priežiūros paslaugų apimtis	Menjero liga		GPPV		Kitos kilmės periferinis vertigo		Nežinomos kilmės periferinis vertigo		Visos tirtos ligos	
	1 vizito metu nustatyta	2 vizito metu nustatyta	1 vizito metu nustatyta	2 vizito metu nustatyta	1 vizito metu nustatyta	2 vizito metu nustatyta	1 vizito metu nustatyta	2 vizito metu nustatyta	1 vizito metu nustatyta	2 vizito metu nustatyta
Gydymosi ligoninėje dienų skaičius vid. ± SN	5 ± 10	1 ± 3	0,5 ± 2	0 ± 0	5 ± 6	0,3 ± 1,6	2 ± 3	0,2 ± 1	3,5 ± 5,9	0,3 ± 1,7
Greitosios medicinos pagalbos kvietusių ligonių sk. %	1 ± 1	0,5 ± 1	0,1 ± 0,3	0 ± 0	0,5 ± 0,5	0,1 ± 0,3	0,5 ± 0,5	0,1 ± 0,3	0,4 ± 0,6	0,1 ± 0,4*
Šeimos gydytojų konsultacijų skaičius vid. ± SN	3 ± 4	2 ± 3	1 ± 1	0,5 ± 0,6	1 ± 1	0,7 ± 0,9	3 ± 1	1 ± 1	1,8 ± 1,8	0,9 ± 1,3*
Specialistų konsultacijų skaičius vid. ± SN	3 ± 2	1 ± 1	2 ± 1	0,2 ± 0,4	2 ± 1	0,4 ± 0,6	1 ± 0,4	0,5 ± 0,5	1,9 ± 1,2	0,5 ± 0,7*

\* - antrojo vizito metu duomenys statistiškai patikimai skiriasi,  $p < 0,05$ .

go“ - 22 ± 27, GPPV - 7,7 ± 3,9, o nežinomos kilmės periferiniu vertigo metu - 17,99 ± 18. Visoje tiriamojoje grupėje 3% sergančiųjų turėjo visiškai pakeisti darbą (3 lentelė).

Nustatėme, kad po 6 mėnesių statistiškai reikšmingai sumažėjo nedarbingų dienų skaičius tiriamosios grupės ligoniams - nedarbingų dienų skaičius pirmojo apsilankymo metu buvo vidutiniškai 23 ± 18 dienų, o antrojo vizito metu - vidutiniškai 12 ± 11 dienų ( $p = 0,002$ ). Pažymėtina ir tai, jog patikimai mažiau buvo nedarbingų ligonių, t. y. 26% ligonių, antro apsilankymo metu, lyginant su 64% ligonių pirmojo apsilankymo metu ( $p = 0,000$ ). Šį pokytį labiausiai lėmė sergantieji „kitos kilmės periferiniu vertigo“ ir nežinomos kilmės periferiniu vertigo, kurių darbingumas antrojo vizito metu atsistatė 100% ( $p = 0,000$ ). Statistinės analizės metu paaiškėjo, jog patikimai daugiausia įtakos šiam pokyčiui turėjo paskirti fiziniai reabilitaciniai VF gerinantys pratimai ( $p = 0,003$ ).

Analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų poreikį tiriamiesiems, paaiškėjo, jog rečiausiai greitosios medicinos pagalbos (GMP) prirėkė sergantiesiems GPPV ( $p = 0,003$ ). Į šeimos gydytojus dažniausiai kreipėsi sergantieji nežinomos kilmės periferiniu vertigo ( $p = 0,05$ ), o daugiausia specialistų konsultacijų (3 ir daugiau) prirėkė Menjero ligos atvejais ( $p = 0,003$ ).

Ligoninėje statistiškai reikšmingai daugiausia dienų gydėsi sergantieji „kitos kilmės periferiniu vertigo“ - vidutiniškai 9 d., sergantieji Menjero liga - vidutiniškai 5 d., nežinomos kilmės periferiniu vertigo - vidutiniškai 2 d. ( $p = 0,001$ ). Ligoniai dėl GPPV visai nebuvo gydyti ligoninėje (4 lentelė).

Analizuodami gautus duomenis, nustatėme, kad po 6 mėnesių statistiškai patikimai sumažėjo sveikatos priežiūros poreikis, t. y. GMP kvietė vos 11% pacientų, lyginant su pirmojo vizito duomenimis, kai GMP kvietė 44% ligonių ( $p = 0,000$ ). Šeimos gydytojo konsultacijų skaičius sumažėjo nuo 1,57 ± 1,8 konsultacijos, apskaičiuotos pirmojo vizito metu, iki 0,89 ± 1,3 konsultacijos, apskaičiuotos antrojo vizito metu. Reikšmingiausiai šių konsultacijų poreikis sumažėjo sergantiesiems „kitos kilmės periferiniu vertigo“ ( $p = 0,000$ ). Į specialistų antrą kartą patikimai rečiau kreipėsi visi tiriamieji ( $p = 0,000$ ). Nustatytus skirtumus reikšmingiausiai lėmė paskirti fiziniai reabilitaciniai VF gerinantys pratimai ( $p = 0,003$ ).

Siekiant išsiaiškinti bendrą ligonio klinikinę būklę, praėjus 6 mėnesiams po paskirto gydymo, paaiškėjo, jog sergantiesiems GPPV statistiškai patikimai dažniau nustatėme „ribinę“ bei „lengvą“ sveikatos sutrikimo būklę, o kitų ligų metu stebėtas didelis požymių išsibarstymas.

„Reikšmingas būklės pagerėjimas“ nustatytas „kitos kilmės periferinio vertigo“ ir nežinomos kilmės periferinio vertigo atvejais ( $p = 0,007$ ). Būklės pagerėjimas statistiškai patikimai buvo susijęs su paskirtais fiziniais reabilitaciniais VF gerinančiais pratimais ( $p = 0,003$ ), taip pat nustatytas vidutinio stiprumo ryšys su betahistino skyrimu ( $p = 0,055$ ).

## REZULTATŲ APTARIMAS

KMU ANG ligų klinikoje atlikto tyrimo metu paaiškėjo, jog periferinis vertigo patikimai dažniau ( $p < 0,05$ ) diagnozuotas moterims (74%) nei vyrams (26%). Literatūros šaltiniuose minima, jog moterys dvigubai dažniau serga GPPV (Salveneli F. et al., 2004), o sergamumas Menjero liga ir vestibulinis neuronitas nepriklauso nuo lyties [6–8]. Galbūt šiam mūsų darbo rezultatų ir literatūros duomenų nesutapimui įtakos turėjo didesnis moterų skaičius Lietuvoje, lyginant su vyrais, atitinkamai 54% ir 46%, ar sunkesnė socialinė ekonominė Lietuvoje gyvenančių moterų padėtis visuomenėje nei ES šalyse [9, 10]? Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, moterys net 1,6 karto dažniau nei vyrai kreipiasi į gydytoją negalavimo ar ligos metu [11].

Mūsų tyrimo metu pastebėta, jog dažniausiai periferinis vertigo pasireiškė apie 50-tuosius gyvenimo metus, kas patvirtina literatūroje minimas amžiaus ribas [6–8]. Ligonų amžiaus ir periferinio vertigo priežasties ryšio nenustatėme. Nors tiriamojoje grupėje buvo pakankamai didelis tiriamųjų amžiaus vidurkių išsibarstymas, nenustatyta, kad vyresnis amžius lemėtų blogesnę darbinę būseną dėl patirto periferinio vertigo ar turėtų įtakos didesniai sveikatos priežiūros paslaugų poreikiui. Paradoksalu tai, jog užsienio autoriai kaip tik akcentuoja amžiaus įtaką didesniai sveikatos priežiūros paslaugų poreikiui ir padidėjusią kritimo bei susižeidimo riziką periferinių vestibulopatijų metu [3, 4].

Taip pat, kaip ir daugelyje pasaulio klinikų (E. Mira ir bendraaut., Italija, 2008), KMU vienas iš dažniausiai nustatytas „kitos kilmės periferinis vertigo“ (46%) ir GPPV (21%), tačiau gerokai dažniau nei kitų šalių praktikoje nustatytas „nežinomos kilmės periferinis vertigo“ [3]. Gali būti, jog šį rodiklį, kaip ir paradoksalų amžiaus ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikio neatitikimą, lemia moterų dominavimas tiriamųjų grupėje. Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, moterys gerokai dažniau serga endokrininėmis, ypač skydliaukės, taip pat inkstų bei smegenų kraujotakos sutrikimą sukeliančiomis ligomis, kas, kaip žinia, gali sukelti periferinio vestibulinio analizatoriaus funkcijos sutrikimus [12, 13]. Todėl, nustatę periferinį vertigo, turėtume stengtis išsiaiškinti ir gretutines ligas, galinčias turėti įtakos jam išsivystyti. Jei, naudodamiesi mūsų surinktais duomenimis, pabandytume sukurti tipinio otoneurologinio periferinio vertigo ligonio „modelį“ KMU ANG ligų klinikoje, tai būtų vidutinio amžiaus moteris, serganti „kitos kilmės periferiniu vertigo“ ar GPPV,

dėl ligos nedarbinga vidutiniškai 22 darbo dienas per 6 mėnesius, dažniausiai pagalbos besikreipianti į šeimos gydytoją.

Įvairiuose literatūros šaltiniuose yra apstu duomenų apie tiesioginį, t. y. dažniausiai simptominių, svaigimo gydymą [5]. Vertėtų paminėti, jog nuomonės šiuo klausimu yra gana kontraversiškos, tačiau skirtingos otoneurologų „mokyklos“ visgi sutaria, jog daugiausia dėmesio yra vertas gydymas betahistinu, cinarizino ir dimenhydrinato deriniu [5] bei reabilitaciniais VF gerinančiais pratimais [3, 14]. Kadangi mūsų studijoje cinarizino ir dimenhydrinato vaistų derinys nebuvo tirtas, plačiau apžvelgsime kitus gydymo variantus ir jų privalumus, pvz., gydymą betahistinu. E. Mira ir bendraautoriai (Italija, 2008) teigia, jog betahistinas, būdamas histamino analogu ir veikdamas  $H_1$  receptorius, kaip jų agonistas, ir  $H_3$  receptorius, kaip antagonistas, selektyviai pagerina vidinės ausies kraujotaką bei palengvina histamino išsiskyrimą smegenyse ir vidinės ausies labirinte. Autoriai siūlo betahistiną rinktis pirmo pasirinkimo vaistu Menjero ligos metu. Jie teigia, jog yra atlikę klinikinių studijų, patvirtinančių vaisto naudą. Kitos kilmės periferinio vertigo metu taip pat rekomenduoja skirti betahistiną, aprašydami puikius gydymo juo rezultatus [3]. Mūsų atlikto tyrimo metu taip pat nustatyta teigiama betahistino nauda, gydant kitos bei „nežinomos kilmės periferinį vertigo“, tačiau Menjero ligos metu patikimai reikšmingo vasto poveikio teigiamai ligos dinamikai nestebėta. Pastarųjų rezultatų interpretacijai reikėtų didesnio Menjero liga sergančiųjų skaičiaus tiriamojoje grupėje bei ilgesnio stebėjimo. Manome, kad Menjero liga sergančių ligonių gydymo efekto kontrolė turėtų būti dažnesnė, t. y. maždaug kas 2 mėnesius, ir, atsižvelgiant į gydymo efektą, betahistino dozė turėtų būti didinama iki teigiamo efekto arba kitaip koreguojamas gydymo planas.

S. H. Polensek ir bendraaut. (JAV, 2009) teigia, jog, nepaisant skelbiamų gerų medikamentinio svaigimo gydymo rezultatų, pagrindinis dėmesys turėtų būti skiriamas VF reabilitacijai fiziniais pratimais. Autoriai teigia, jog specialūs akių, galvos ir kūno judesių pratimai ne tik reikšmingai atstato ligonio pusiausvyrą, bet ir pagerina orientaciją nežinomoje aplinkoje, taip pat ir tamsoje, kai neveikia kitas pusiausvyrą palaikantis faktorius – rega. Svarbu paminėti ir tai, jog, reguliariai atliekant fizinius reabilitacinius VF gerinančius pratimus, net 85% ligonių, kuriems buvo ryškus VF susilpnėjimas, ir 97% ligonių, sergančių GPPV, labai susilpnėjo vertigo simptomai ir reikšmingai pagerėjo bendra savijauta. Tie patys autoriai pastebėjo, jog ligoniai tyrimo metu rečiau griuvo ar susižalojo dėl vertigo [13]. Mūsų atliktas tyrimas patvirtina pastaruosius teiginius. Ištyrę 100 ligonių ir išanalizavę jiems skirtą gydymo rezultatus, nustatėme, kad teigiamus gydymo rezultatus reikšmingiausiai lėmė skirti fiziniai reabilitaciniai VF gerinantys pratimai. Išsiaiškinome, jog ne tik pagerėjo bendra klinikinė tirtų ligonių būklė, bet ir labai sumažėjo nedarbingų dienų skaičius ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikis.

## IŠVADOS

1. Pirmąkart dėl periferinio vertigo otoneurologo konsultuotų ligonių grupėje „kitos kilmės periferinis vertigo“ buvo dažniausia diagnozė ir sudarė 46% atvejų. GPPV sirgę ligoniai sudarė 21% atvejų, nežinomos kilmės periferinis vertigo nustatytas 19%, o Menjero liga – 14% tiriamųjų.
2. Reikšmingas sveikatos būklės pagerėjimas po 6 mėnesių nustatytas „kitos kilmės periferinio vertigo“ ir nežinomos kilmės periferinio vertigo ligoniams. Jis buvo susijęs su gydymu fiziniais reabilitaciniais VF gerinančiais pratimais ir betahistino vartojimu.
3. Praėjus 6 mėnesiams po periferinio vertigo gydymo, tiriamųjų grupėje statistiškai reikšmingai sumažėjo sveikatos priežiūros paslaugų poreikis ir nedarbingų dienų skaičius. Jis reikšmingiausiai sumažėjo nežinomos kilmės periferiniu vertigo bei „kitos kilmės periferiniu vertigo“ sirgusiems ligoniams ir buvo susijęs su gydymu fiziniais reabilitaciniais VF gerinančiais pratimais.

Gauta:  
2010 02 24

Priimta spaudai:  
2010 03 12

## Literatūra

1. Abraitis R, Kėvelaitis E, Stasiulis A. Žmogaus fiziologija. Kaunas, 1999; 97–166.
2. Takashi T. Neurological mechanism of vertigo. Current therapy 1999; 17: 2014–9.
3. Mira E. Improving the quality of life in patients with vestibular disorders: conclusions. International Journal of Clinical Practice 2008; 62(1): 109–14.
4. Neuhauser HK, von Brevern M, Radtke A, et al. Epidemiology of vestibular vertigo a neurologic survey of the general population. Neurology 2005; 65: 898–904.
5. Cirek Z, Schwarz M, Baumann W, Novotny M. Efficacy and tolerability of a fixed combination of cinnarizine and dimenhydrinate versus betahistine in the treatment of otogenic vertigo: a double-blind, randomised clinical study. Clinical Drug Investigation 2005; 25(6): 377–89.
6. [http://www.lef.org/protocols/eye\\_ear/vertigo\\_01.htm](http://www.lef.org/protocols/eye_ear/vertigo_01.htm)
7. <http://www.dizziness-and-balance.com/disorders/menieres.html>
8. <http://emedicine.medscape.com/article/794489-overview>
9. <http://www.stat.gov.lt/lt/pages/?id=1299>
10. <http://www.gap.lt/4.2>
11. <http://3.lrs.lt/docs2/MSLT29720N.DOC>
12. <http://www.lsic.lt>
13. Polensek SH, Tusa RJ, Sterk CE. The challenges of managing vestibular disorders: a qualitative study of clinicians' experiences associated with low referral rates for vestibular rehabilitation. International Journal of Clinical Practice 2009; (11): 1604–12.

I. Ulozienė, A. Kuzminienė, J. Vasiliauskienė, V. Šaferis

## PROBLEM OF PERIPHERAL VERTIGO IN NEUROOTOLOGICAL PRACTICE – SEARCH FOR POSSIBLE REASONS AND EFFECTIVE TREATMENT

### Summary

Differentiation between central and peripheral type of vertigo is an actual problem. The aim of this study was to evaluate the most common causes of peripheral vertigo in otoneurological practice as well as the treatment effect on working abilities and needs for health care. The data was gathered from the group of 100 patients admitted for the otoneurological consultation to the Dept. Otorhinolaryngology Kaunas University of Medicine for the first time. Reasons of peripheral vertigo were classified as follows: Meniere's disease, BPPV, "other known reason of peripheral vertigo", "unknown reason of peripheral vertigo". Gender, age, treatment, changes in working activities, needs for health care services, and general impression of the otoneurologist about the state of the patient were evaluated twice – during the first visit and 6 months later. "Peripheral vertigo of other known reason" was found in 46%, BPPV in 21%, unknown reason of peripheral vertigo in 19%, Meniere's disease – 14% of cases. Significant improvement of the patients 6 months later was found to be related with the physical vestibular rehabilitation and betahistine treatment. Need for health care services was found to be significantly lower in the groups "other known reason of peripheral vertigo" and "unknown reason of peripheral vertigo" 6 months later and was related with the physical vestibular rehabilitation.

**Keywords:** peripheral vertigo, Meniere's disease, BPPV, physical vestibular rehabilitation, betahistine.