

anémie), neurologických poruch (periferní neuropatie, mozečkové léze) a psychiatrických onemocnění. Velmi často se jedná o vedlejší účinek podávaných léků. Vyloučení závažné nevestibulární závratě proto patří mezi základní otázky, které si pokládáme. Navazující otázka směřuje k odlišení centrální (potenciálně život ohrožující) vestibulární příčiny od periferní.

Jednoduchý postup v primárním hodnocení pacienta s akutní závratí představuje koncept **TITrATE** (= **T**iming, **T**rigger **A**nd **T**argeted **E**xams).

Zaměřujeme se na časový průběh obtíží, jestli se jedná o první či opakovanou epizodu, zajímá nás délka trvání. Pátráme po vyvolávající příčině či doprovázející události (trauma, infekce, změna medikace). Esenciální je znalost celkového stavu pacienta (chronická onemocnění – kardiovaskulární, metabolická) a rizikových faktorů (věk, trombofilní stavy, antiagregační/antikoagulační medikace). V rámci odběru anamnézy nesmíme také opomenout doprovodné příznaky. Jedná se zejména o interní (bolest na hrudi, palpitace, dušnost), kochleární (porucha sluchu, tinnitus) a neurologické (bolest hlavy, nauzea, zvracení, porucha zraku, cití, motoriky, léze hlavových nervů). Rotační závrať je typicky spojována s postižením vestibulárního aparátu, nicméně popis obtíží pacientem může být zavádějící.

Klinické vyšetření

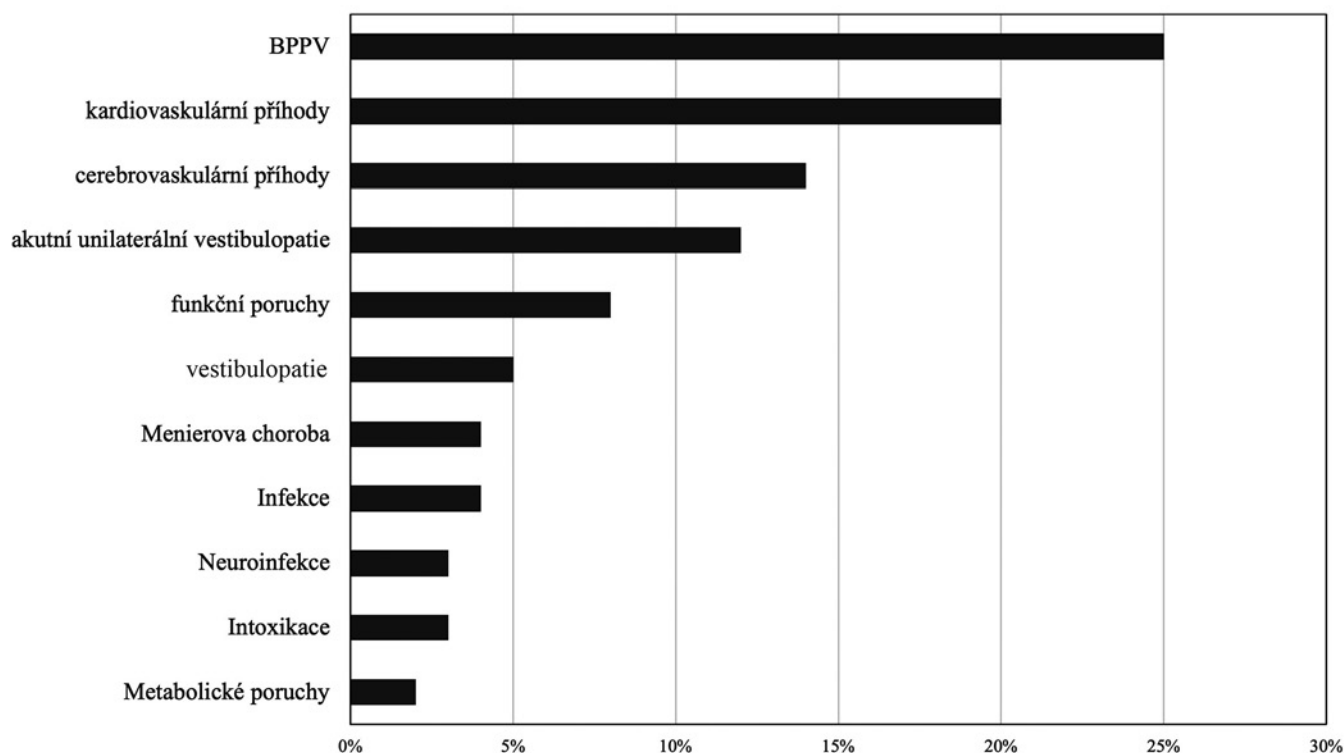
Fyzikální vyšetření pacienta je klíčové pro správné stanovení diagnózy. V rámci prvního kontaktu s pacientem jsou v akutní ambulanci (urgentním příjmu) velmi často lékaři se specializací interní či urgentní medicíny. Snahou tedy je stanovit algoritmus klinického vyšetření na základě několika jednoduchých testů, které s co největší senzitivitou a specificitou odhalí závažnou příčinu obtíží.

V první řadě se zaměříme na zhodnocení základních životních funkcí – posuzujeme stav vědomí (např. Glasgow coma scale), krevní tlak, tepovou frekvenci, SpO₂. Za pomoci jednoduchých komplementárních metod u lůžka můžeme zhodnotit základní mineralogram, hodnotu hemoglobinu, glykemii, srdeční markery apod.

Při základním vestibulárním vyšetření posuzujeme

- 1) přítomnost nystagmu a jeho charakter
- 2) okulomotoriku, postavení očí v orbitě, úklon hlavy
- 3) funkci vestibulo-okulárního reflexu pomocí HIT (head impulse test)
- 4) stoj a chůze (stoj spojný při otevřených očích, tandemová chůze)
- 5) polohové testy (Dix-Hallpike)

Obr. 1. Příčiny akutních závrativých stavů (upraveno dle Zwergal a Dieterich, 2020)



Tab. 1. Vestibulární a nevestibulární příčiny závratí (upraveno dle příručky *Akutní závrať*, Koucký et al., 2022)

Vestibulární příčiny		Nevestibulární příčiny
Periferní vestibulární aparát	Centrální vestibulární aparát	
semicirkulární kanálky	vestibulární jádra	kardiovaskulární (akutní koronární syndrom, plicní embolie, arytmie, hypo/hypertenze, vazovagální synkopa)
polohové váčky (sacculus, utriculus)	kmen (paramediální část pontinní RF)	hypovolemie
vestibulární nerv VIII. hlavového nervu	mozeček	metabolické (hypo/hyperglykemie, iontové dysbalance)
	thalamus	toxické (otravy, nežádoucí účinky léků)
	vestibulární kůra (temporo-parietální a inzulární oblast)	psychogenní