

<b>ГБУ РД «Городская клиническая больница»</b>		
<b>Вид документа</b>	<b>Клинический протокол</b>	
<b>ГБУ РД «ГКБ»</b>	<b>Версия</b>	№ 1
	<b>Запись в Едином реестре документации</b>	№ 307
	<b>Экземпляр</b>	№ 1__
	<b>Введен в действие</b>	01.22.2021г.
<b>Конфиденциально</b>	<b>Срок действия</b>	3 года
<b>Название документа</b>	<i>Клинический протокол «ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ»  Коды МКБ (Н81.0, Н81.1, Н81.2, Н81.3)  Возрастная группа - взрослые  Год утверждения - 2016</i>	

Утверждено приказом № \_\_  
от «01» ноября 2021 г.

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	Заведующий отделением неврологии № 1	Мамайханов Г. Г. Альбориева Э.А.		
Согласовано:	Главный врач	Малаев Х. М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л. Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адильханов Б. Г.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Аабдулмеджидов Х. М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудов Ф. Б.		

## **I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

Определение:

Головокружение — ощущение неуверенности в определении своего положения в пространстве, кажущееся вращение окружающих предметов или собственного тела, ощущение неустойчивости, потеря равновесия, уход почвы из-под ног.

### **Этиология и патогенез**

Головокружение развивается в результате дисбаланса сенсорной информации, поступающей от основных афферентных систем, обеспечивающих пространственную ориентацию – вестибулярной, зрительной и проприоцептивной. Большое значение имеют также нарушения центральной обработки информации и эфферентного звена двигательного акта. Считается, что приступ головокружения в основном обусловлен изменением функциональных взаимосвязей между симпатической и парасимпатической нервной системами в сторону преобладания функции парасимпатической системы. Эти изменения сопровождаются сосудодвигательными нарушениями во внутреннем ухе с повышением проницаемости стенок сосудов и последующим увеличением количества эндолимфы в вестибулярном аппарате.

Известно, что системное (вестибулярное, истинное) головокружение связано с раздражением определенных участков вестибулярного анализатора и в зависимости от уровня поражения бывает периферическим и центральным.

Периферическое вестибулярное головокружение (vertigo) возникает при поражении сенсорных элементов ампулярного аппарата и преддверия, вестибулярного ганглия и нервных проводников ствола мозга. Периферическое вестибулярное головокружение – это головокружение приступообразного характера различной интенсивности (от слабых до бурных атак).

Наиболее известна классификация, предложенная G. R. Holt и J. R. Thomas в 1980.

Согласно данной классификации, к этиологическим факторам относятся:

- 1) заболевания среднего и внутреннего уха воспалительного и невоспалительного характера;
- 2) заболевания центральной нервной системы;
- 3) поражения органов шеи, в том числе дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника;
- 4) метаболические и гематологические причины;
- 5) нарушения, вызванные лекарственными веществами;
- 6) инфекционные поражения;
- 7) кардиогенные расстройства;
- 8) прочие причины.

### **Кодирование по МКБ-10**

**Нарушения вестибулярной функции (H81):**

**H81.0** - Болезнь Меньера:

**H81.1** - Доброкачественное пароксизмальное головокружение:

**Н81.2** - Вестибулярный нейронит;

**Н81.3** - Другие периферические головокружения (Синдром Лермуайе Головокружение: ушное, отогенное, периферическое БДУ)

### **Классификация**

Головокружение:

- системное-вестибулярное

несистемное-невестибулярное

1. Вестибулярное разделяется на : Центральное и периферическое.  
Периферическое в свою очередь на : (1 .Со слуховыми нарушениями, 2. Без слуховых нарушений.)

### **Диагностика**

#### **Жалобы и анамнез**

При остром начале пациенты, как правило, ощущают движение предметов в сторону больного уха, в эту же сторону направлен и нистагм, в стадии угнетения – в противоположную сторону.

Продолжительность приступов может колебаться от минут до нескольких часов, недель, месяцев. Отмечается положительное влияние поворота (наклона) головы (в сторону медленного компонента нистагма).

Как правило, периферическое вестибулярное головокружение – процесс односторонний и сопровождается нарушением слуховой функции на пораженной стороне.

Периферическое вестибулярное головокружение обычно интенсивнее, чем центральное, и сопровождается вегетативными проявлениями (тошнотой, рвотой, побледнением, потливостью и др.).

Жалобы на «прыгающее» зрение при ходьбе (осциллопсия - иллюзия колебания неподвижных предметов) свидетельствует о двустороннем угнетении функции периферического отдела вестибулярного анализатора (вестибулярных аппаратов).

Ощущение продолжения движения при торможении или ощущение избыточного заноса при повороте транспортного средства характерны для отолитового синдрома.

#### **Диагноз**

#### **Отличительные особенности (признаки)**

ДППГ

Кратковременные (не более 1 мин) приступы системного головокружения, возникающие при изменении положения тела

Болезнь

Эпизоды системного головокружения, сопровождающегося снижением слуха, ощущением распирания и шумом в ухе,

Меньера	тошнотой и рвотой
Вестибулярный нейронит	Острое системное головокружение, протекающее без нарушения слуха. Возможно после острой респираторной инфекции.
Острый лабиринтит	Сильнейшее вращательное головокружение, расстройства равновесия и слуха, тошноты и рвоты на фоне инфекций и отитов
Инфаркт лабиринта	Острое системное головокружение, часто в сочетании с острой односторонней глухотой и шумом в ухе
Перилимфатическая фистула	Различной степени выраженности головокружение и расстройства слуха (до глухоты). Начинается после травмы, при хроническом отите. Могут провоцироваться изменениями давления или громкими звуками.
Аутоиммунные заболевания внутреннего уха	Преимущественно вестибулярное прогрессирующее головокружение с двусторонним снижением слуха и другими признаками аутоиммунного заболевания.

### **Физикальное обследование**

Рекомендовано при проведении общего осмотра оценивать:

1. спонтанный нистагм;
2. спонтанное отклонение рук и туловища;
3. оптокинетический нистагм;
4. плавное слежение
5. тест саккад;
6. восприятие субъективной вертикали;
7. фистульную пробу.

### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV).**

Рекомендовано при проведении общего осмотра оценивать функцию статического равновесия и динамического равновесия.

### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV).**

## **Комментарии:**

- проба Ромберга;
  - проба Бабинского-Вейля;
  - шаговый тест Унтербергера/Фукуды;
  - проба Циммермана;
  - проба «отолитовой» походки.
- Рекомендовано при проведении общего осмотра выполнить позиционные пробы

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств – IV).

### **Лабораторная диагностика**

Рекомендовано выполнять следующие общеклинические обследования для исключения сопутствующих и выявления фоновых заболеваний:

1. Клинический анализ крови;
2. Биохимический анализ крови: уровень глюкозы крови, железа сыворотки крови, АСТ, триглицеридов, липопротеинов, холестерина;
3. Общий анализ мочи.

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств – IV).

### **Инструментальная диагностика**

Рекомендовано КТ височных костей и/или МРТ головного мозга и/или внутренних слуховых проходов и мостомозжечковых углов.

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств – IV).

Рекомендовано выполнение Head-thrust test (НТТ) / Head-impulse test (НИТ) и Head-shake test (НСТ).

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств – IV).

Рекомендованы консультации неврологом, терапевтом, офтальмологом, эндокринологом, психиатром.

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств – IV).

## **Лечение**

### **Консервативное лечение**

Рекомендуется подкожное введение атропина (1 мл 0,1% р-ра) или платифиллина (1 мл 0,2% р-ра).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств III).**

Рекомендуется использование дименгидринат (50-100 мг 2-3 раза в сутки), дифенгидрамин (25-50 мг внутрь 3-4 раза в сутки или 10-50 мг внутримышечно), меклозин (25-100 мг/сут в виде таблеток для разжевывания).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств III).**

Рекомендуется использование лоразепам в дозе 1 мг (может использоваться сублингвально); диазепам 10 мг (2,0) в/м.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств III).**

Рекомендуется использование бетагистина\*\* по 24 мг 2 раза в день (48 мг – суточная доза) в течение 2-3 месяцев и более

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств I).**

Не рекомендуется использование медикаментозного лечения при ДППГ.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств III).**

### **Хирургическое лечение**

Хирургическое лечение может быть рассмотрено при рефрактерном доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении, у пациентов с инвалидизирующими симптомами, не поддающимися консервативному лечению.

Хирургическая окклюзия ЗПК.

Хирургическое рассечение заднего ампулярного нерва.

## **IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации:**

Рекомендовано проводить вестибулярную реабилитацию, играет ограниченную роль в лечении ДППГ, репозиционные маневры более эффективны.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств III).**

## **V. Дополнительные методы диагностики:**

<b>Дополнительный метод диагностики</b>	<b>Комментарий</b>
Видеонистагмография	Позволяет оценить движения глаз, калорические пробы. Применяется для дифференциальной диагностики
Аудиометрия	Обычно показывает отсутствие нарушения слуха. Применяется для дифференциальной диагностики
Нейровизуализация	Необходима, только если нистагм не укладывается в классическую картину поражения ЗПК или пациент не отвечает на лечение

**VI. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии:** порядок информирования не требуется

**VII. Показания для госпитализации:**

Показания для экстренной госпитализации:  
- нарушения МК в задне- мозговой артерии.

Плановая госпитализация:  
- показаний нет.

**VIII. Критерии оценки качества медицинской помощи**

**1. Прием (осмотр, консультация) врача- невролога первичный:**

К (частота предоставления)	Критерии качества	Выполнение	Уровень достоверности доказательств (при наличии)	Уровень убедительности рекомендаций (при наличии)
К 1	1. Осмотр врача- невролога первичный.	1	3	с
	2. Осмотр врача отоневролога, сурдолога, оториноларинголога.	1	2	а

К 0.9				
К 0.8				
К 0.7				
К 0.6				
К 0.5	2. осмотр врача терапевта, 3.осмотр врача офтальмолога. 3. Использование лечебных маневр		4 4 4	С С с

## 2. Лабораторные методы исследования:

К (частота предоста вления)	Критерии качества	Выпол нение	Уровень достоверно сти доказательс тв (при наличии)	Уровень убедитель ности рекоменда ций (при наличии)
К 1	1. Клинический анализ крови развернутый; 2. Биохимический анализ крови развернутый; 3. Общий анализ мочи; 4. Анализ крови на антитела к ВИЧ, гепатиту В и С;	1 1 1 1	3 3 3 3	с с с с
К 0.9				
К 0.8	1. Исследование уровня натрия в крови; 2. Исследование уровня калия в крови;	1 1	4 4	с с
К 0.7				
К 0.6				
К 0.5				

## 3. Инструментальные методы исследования:

К (частота предоста вления)	Критерии качества	Выпол нение	Уровень достоверно сти доказательс тв (при наличии)	Уровень убедитель ности рекоменда ций (при наличии)
К 1	1. Проведена терапия бетагистином* (при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении только с случае сохранения неустойчивости после успешных манёв-	1	1	А



	ров и при отсутствии медицинских противопоказаний)			
К 0.9				
К 0.8				
К 0.7				
К 0.6	1.лечебные манёвры (при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении)	1	3	С
	2.терапия вестибулярными супрессантами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	1	4	С
К 0.5	1.Компьютерная томография височных костей	1	4	С
	2. МРТ головного мозга и/или внутренних слуховых проходов и мостомозжечковых углов.	1	4	С

#### **IX. Регламентирующие документы:**

Нозологическая форма (ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ)			
Диагностика, лечение	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
	<p>Порядок оказания медицинской помощи: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. N 905н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "оториноларингология";</p> <p>Приказ от 9 апреля 2015 года N178н «Об утверждении Порядка</p>		Клинические рекомендации «ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ» от 2016 года.

	оказания медицинской помощи населению по профилю "сурдология-оториноларингология".		
--	--	--	--

## **Х. Информация для пациента (кратко о заболевании).**

При первом обращении пациента с жалобой на головокружение он должен быть информирован о важности проведения полноценного диагностического этапа, так как головокружение может быть проявлением самых разных заболеваний. Составляется план обследования с привлечением разных специалистов на основании сбора жалоб и анамнеза заболевания.

После проведения комплексного вестибулологического/отоневрологического и аудиологического обследования в случае выявления поражения определенного уровня слуховой системы назначаются дополнительные методы исследования для верификации диагноза. В соответствии с установленной нозологической формой предлагается план лечения и реабилитации.

Применение методов визуализации (в первую очередь КТ и МРТ, височных костей и головного мозга) позволяет исключить развитие заболеваний, требующих лечения у специалистов другого профиля (нейрохирурги, неврологи).

Результаты обследования и консультаций смежных специалистов определяют показания к медикаментозному лечению головокружения. С пациентом оговаривается перспектива лечения и возможные побочные эффекты.

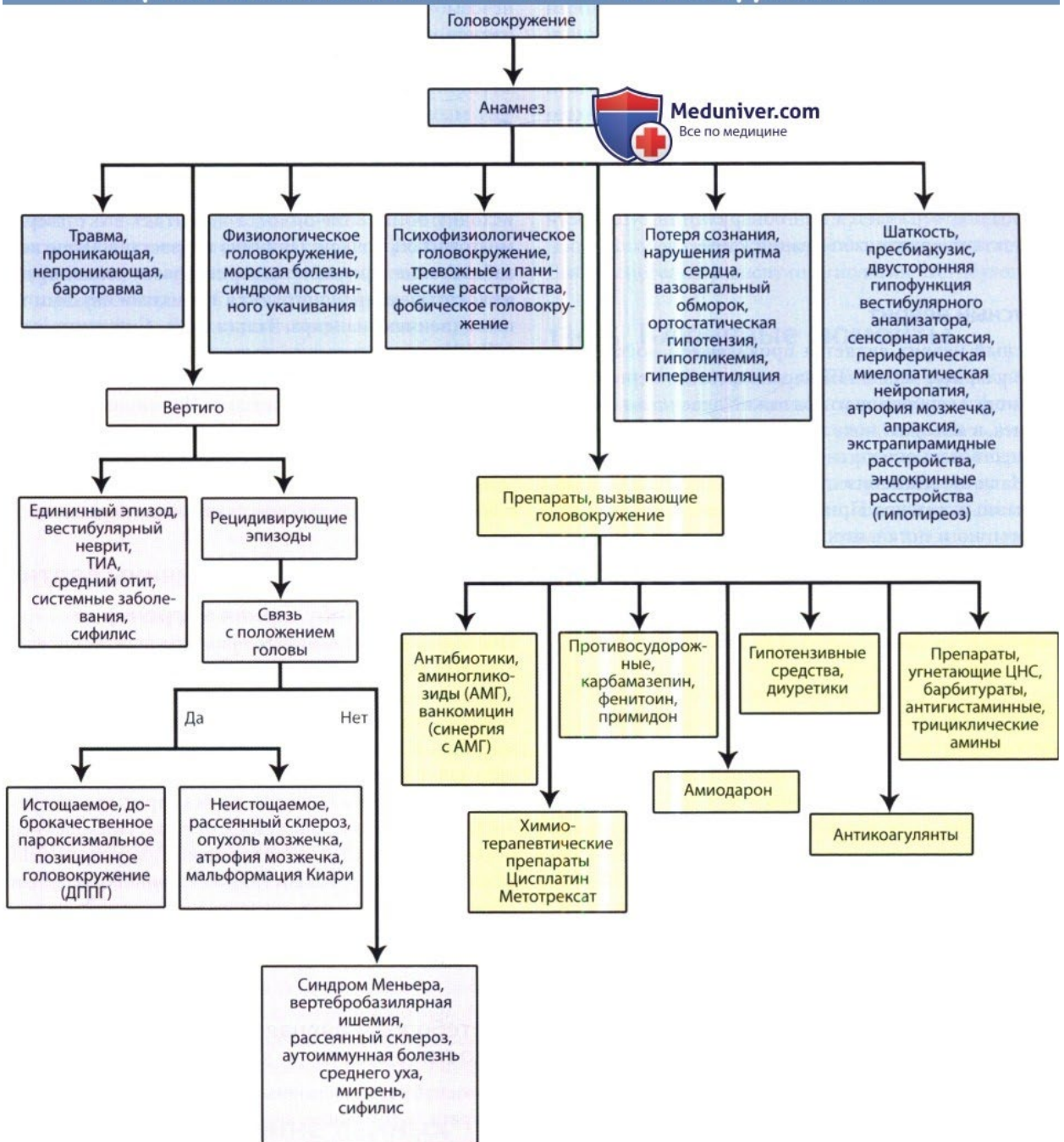
### **Рекомендации для пациента, страдающего головокружением:**

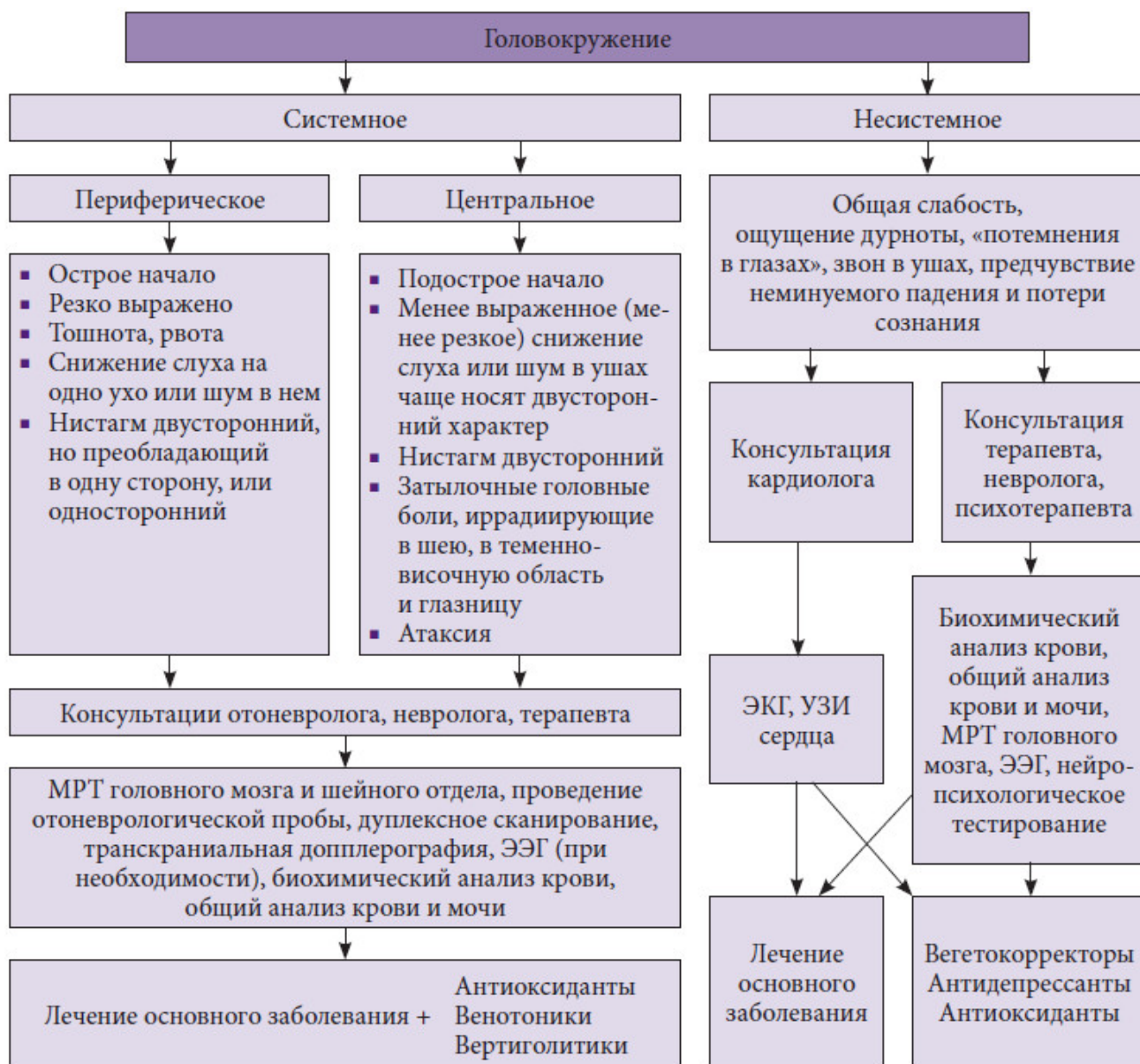
1. Убедитесь в том, что на коврах в доме нет складок или неровностей, которые могут привести к падению.
2. Проверьте, чтобы телефонные провода и провода электроприборов не лежали на полу. Скрутите и уберите их.
3. Установите поручни безопасности в душе и в ванной. Вешалки для полотенец и подставки для мыла не предназначены для того, чтобы выдержать вес тела, и могут оторваться, если за них держаться, чтобы не упасть.
4. В душе поставьте стульчик и принимайте душ, сидя. Также, сидя, можно причесываться, чистить зубы, бриться или наносить макияж. Для этого поставьте зеркало на удобной высоте.
5. Когда Вам нужно встать из положения лежа, сначала сядьте на кровати и посидите 1 - 2 минуты. Затем медленно поднимитесь и потихоньку идите.
6. Следите за тем, чтобы на лестницах не было ничего, что могло бы стать причиной падения. Рекомендуется с двух сторон лестницы установить перила. При подъеме и спуске по лестнице пользуйтесь перилами или, по крайней

мере, опирайтесь о стену. Чтобы края ступеней лестницы были более заметными, их можно покрасить в какой-нибудь яркий цвет.

7. Спите на 1 или даже 2 подушках. Не запрокидывайте голову назад и не переворачивайтесь на больную сторону (сторону поражения уточните у своего врача, поскольку иногда поражение бывает двусторонним).
8. Пользуйтесь безопасными лампами, которые позволят вам ориентироваться ночью, если Вам потребуется встать. На вашем ночном столике также должна быть лампа, которую вы можете зажечь и потушить, не вставая с кровати.
9. Было бы очень хорошо, если бы у Вас был беспроводной телефон, который Вы могли бы носить с собой и не вставать, чтобы отвечать на звонки. Также продумайте возможность установки автоответчика.
10. Сознательно выполняйте упражнения для вестибулярной реабилитации. Если у Вас возникают какие-либо сомнения по поводу упражнений или данных здесь рекомендаций, проконсультируйтесь со своим лечащим врачом. Он посоветует вам, как поступить.

# Алгоритм обследования пациента с головокружением





МРТ – магнитно-резонансная томография; УЗИ – ультразвуковое исследование; ЭКГ – электрокардиография; ЭЭГ – электроэнцефалография.

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при головокружениях (коды по МКБ-10: *H81.0, H81.1, H81.2, H81.3* )**

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация спонтанных вестибулярных реакций	Да/Нет
2.	Выполнены вестибулометрические тесты: исследование спонтанных вестибулярных реакций (спонтанный нистагм, вестибулоокулярный рефлекс, функция статического динамического равновесия и координации движений) и битермальная калоризация и вращательные пробы (исследование вестибулярного анализатора во время приступа ограничивается регистрацией спонтанных вестибулярных реакций).	Да/Нет
3.	Выполнена магнитно-резонансная томография внутренних слуховых проходов и мостомозжечковых углов и задней черепной ямки	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография височных костей	Да/Нет
5.	Проведена терапия вестибулярными супрессантами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6	Проведена терапия бетагистином* (при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении только с случае сохранения неустойчивости после успешных манёвров и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7	Выполнены лечебные манёвры (при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении)	Да/Нет
8	Выполнена вестибулярная реабилитация (при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении только с случае сохранения неустойчивости после успешных манёвров)	Да/Нет
9	Не выполнена постурография (стабилография) во время приступа	Да/Нет

