Головокружение и вестибулярные расстройства

Подборка ключевых международных клинических рекомендаций, гайдлайнов и консенсусов от ведущих врачебных обществ

Что изменилось за последние годы

В последние годы Общество Барани (Bárány Society) достроило серию диагностических критериев Международной классификации вестибулярных расстройств. В 2021 году вышли критерии синдрома дегисценции верхнего полукружного канала и укачивания, в 2022 году критерии сосудистого головокружения с описанием центральных признаков HINTS. В критериях 2022 года вестибулярный нейронит описан как острая односторонняя вестибулопатия с четырьмя категориями диагноза. Общество Барани вместе с Международным обществом головной боли (IHS) переиздало критерии вестибулярной мигрени: обзор литературы обновлён, сами критерии не изменились.

В 2022 году комитет Общества Барани заявил, что данных о механической связи головокружения с патологией шеи недостаточно. Он отказался предлагать диагностические критерии шейного головокружения для клинического применения.

Американская академия оториноларингологии и хирургии головы и шеи (AAO-HNS) выпустила клинические рекомендации по болезни Меньера в 2020 году. Академия неврологической физической терапии обновила рекомендации по вестибулярной реабилитации в 2022 году.

Гайдлайны и консенсусы

#	Статья	PMID	Источник	Дата	Доступ
1	Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение: диагностические критерии	26756126	Journal of Vestibular Research	2015	Открытая
2	Клинические рекомендации: доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (обновление)	28248609	Otolaryngology–Head and Neck Surgery	01.03.2017	Открытая

#	Статья	PMID	Источник	Дата	Доступ
3	Диагностические критерии болезни Меньера	25882471	Journal of Vestibular Research	2015	Открытая
4	Клинические рекомендации: болезнь Меньера	32267799	Otolaryngology–Head and Neck Surgery	01.04.2020	Открытая
5	Вестибулярная мигрень: диагностические критерии	34719447	Journal of Vestibular Research	2022	Открытая
6	Острая односторонняя вестибулопатия (вестибулярный нейронит): диагностические критерии	35723133	Journal of Vestibular Research	2022	Открытая
7	Сосудистое головокружение: диагностические критерии	35367974	Journal of Vestibular Research	2022	Открытая
8	Диагностические критерии персистирующего постурально-перцептивного головокружения (ППППГ): консенсусный документ Комитета по классификации вестибулярных расстройств Общества Барани (Bárány Society)	29036855	Journal of Vestibular Research	2017	Открытая
9	Двусторонняя вестибулопатия: диагностические критерии. Консенсусный документ Комитета по классификации Общества Барани (Bárány Society)	29081426	Journal of Vestibular Research	2017	Открытая
10	Пресбивестибулопатия: диагностические критерии. Консенсусный документ Комитета по классификации Общества Барани (Bárány Society)	31306146	Journal of Vestibular Research	2019	Открытая
11	Вестибулярная пароксизмия: диагностические критерии	28262641	Journal of Vestibular Research	2016	Открытая
12	Синдром дегисценции верхнего полукружного канала: диагностические критерии. Консенсусный документ Комитета по классификации вестибулярных расстройств Общества Барани (Bárány Society)	33522990	Journal of Vestibular Research	2021	Открытая
13	Диагностические критерии укачивания: консенсусный документ Комитета по классификации Общества Барани (Bárány Society)	33646187	Journal of Vestibular Research	2021	Открытая
14	Позиция Общества Барани (Bárány Society) по «шейному головокружению»	36404562	Journal of Vestibular Research	2022	Открытая

#	Статья	PMID	Источник	Дата	Доступ
15	Вестибулярная реабилитация при периферической вестибулярной гипофункции: обновлённые клинические рекомендации Академии неврологической физической терапии Американской ассоциации физической терапии (APTA)	34864777	Journal of Neurologic Physical Therapy	01.04.2022	Открытая

1. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение: диагностические критерии

Benign paroxysmal positional vertigo: Diagnostic criteria.

Журнал: Journal of Vestibular Research | **Дата**: 2015 | **Доступ**: Открытая

Разделяет установленные формы заболевания и синдромы, которые только формируются как самостоятельные, и приводит признаки для каждой из них. Классификация опирается на клинические проявления и современные представления о механизмах приступа.

Оригинал | Аннотация на русском

2. Клинические рекомендации: доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (обновление)

Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update).

Журнал: Otolaryngology–Head and Neck Surgery | **Дата**: 01.03.2017 | **Доступ**: Открытая

Определяет, как подтвердить и лечить ДППГ заднего полукружного канала. Диагноз ставят, если проба Дикса-Холлпайка вызывает головокружение с торсионным нистагмом, бьющим вверх. Лечат репозиционным манёвром, а постуральных ограничений после него не назначают. Если анамнез соответствует ДППГ, а в пробе Дикса-Холлпайка горизонтальный нистагм или нистагма нет, горизонтальный канал проверяют пробой с поворотом головы лёжа на спине. Если пациент соответствует критериям и нет симптомов или признаков, не укладывающихся в картину ДППГ, лучевая диагностика и вестибулярное тестирование не рекомендованы. Документ не рекомендует и рутинное лечение ДППГ вестибулярными супрессантами, включая антигистаминные препараты и бензодиазепины,.

Оригинал | Аннотация на русском

3. Диагностические критерии болезни Меньера

Diagnostic criteria for Menière's disease.

Журнал: Journal of Vestibular Research | **Дата**: 2015 | **Доступ**: Открытая

Разделяет достоверную и вероятную болезнь Меньера. Для достоверной нужны приступы головокружения длительностью от 20 минут до 12 часов. Нужны также нейросенсорная тугоухость на низких и средних частотах и колеблющиеся ушные симптомы на стороне поражения. Это снижение слуха, шум в ухе и/или ощущение заложенности. Вероятная форма определена шире. Её определяют эпизодические вестибулярные симптомы, вращательное или невращательное головокружение, длительностью от 20 минут до 24 часов вместе с колеблющимися ушными симптомами.

Оригинал | Аннотация на русском

4. Клинические рекомендации: болезнь Меньера

Clinical Practice Guideline: Ménière's Disease.

Журнал: Otolaryngology–Head and Neck Surgery | **Дата**: 01.04.2020 | **Доступ**: Открытая

Ставит отдельной задачей сократить необоснованные обследования и визуализацию при болезни Меньера. Осмотр при этой болезни чаще всего без особенностей. Аудиометрия может выявить нейросенсорную тугоухость на низких и средних частотах, а может и не выявить. Стандартная лучевая диагностика, если её выполняют, тоже обычно без изменений. Лечение призвано уменьшить частоту и тяжесть приступов головокружения, сохранить слух, облегчить шум и заложенность в ухе и улучшить качество жизни. Подходы включают изменение образа жизни, в том числе диету, а также лекарственную терапию, хирургию или их сочетание.

Оригинал | Аннотация на русском

5. Вестибулярная мигрень: диагностические критерии

Vestibular migraine: Diagnostic criteria.

Журнал: Journal of Vestibular Research | **Дата**: 2022 | **Доступ**: Открытая

Сохраняет критерии вестибулярной мигрени 2012 года без изменений и обновляет обзор литературы. Диагноз строится на повторяющихся вестибулярных симптомах умеренной или выраженной интенсивности и мигрени в анамнезе. Нужны также совпадение вестибулярных и мигренозных проявлений по времени и исключение других причин. Приступ длится от 5 минут до 72 часов. Подходят разные виды вращательного головокружения и вызванное движением головы невращательное головокружение с тошнотой. Вестибулярная мигрень остаётся в приложении к третьему изданию Международной классификации головных болей (ICHD-3). Вероятная вестибулярная мигрень туда пока не вошла.

Оригинал | Аннотация на русском

6. Острая односторонняя вестибулопатия (вестибулярный нейронит): диагностические критерии

Acute unilateral vestibulopathy/vestibular neuritis: Diagnostic criteria.

Журнал: Journal of Vestibular Research | **Дата**: 2022 | **Доступ**: Открытая

Выделяет четыре категории острой односторонней вестибулопатии. Основная требует стойкого вращательного или невращательного головокружения умеренной или выраженной интенсивности не менее 24 часов. При развивающейся форме симптомы к моменту осмотра длятся более 3, но менее 24 часов. Вероятная форма отличается тем, что одностороннее снижение вестибулоокулярного рефлекса не выявлено отчётливо или не задокументировано. Четвёртая категория, перенесённая вестибулопатия, относится к осмотру после острой фазы. Ведущим признаком документ называет спонтанный периферический вестибулярный нистагм. Он однонаправленный, обычно горизонтально-торсионный и усиливается при выключении фиксации взора. Острых центральных признаков, в частности выраженной косой девиации и нистагма при отведении взора, а также острых слуховых и отологических признаков нет. Подтверждающего теста нет, поэтому нужно исключить центральное поражение и другие периферические вестибулярные расстройства.

Оригинал | Аннотация на русском

7. Сосудистое головокружение: диагностические критерии

Vascular vertigo and dizziness: Diagnostic criteria.

Журнал: Journal of Vestibular Research | **Дата**: 2022 | **Доступ**: Открытая

Охватывает головокружение при инсульте и ТИА, изолированный инфаркт или кровоизлияние в лабиринт и синдром компрессии позвоночной артерии. Оно бывает затяжным, сутки и дольше, или преходящим, от минут до суток. Сосудистое головокружение стоит рассматривать при острых вестибулярных симптомах с центральными неврологическими проявлениями, особенно при сосудистых факторах риска. Сюда входят центральные признаки HINTS: нормальная проба Хальмаги (тест импульсного поворота головы), меняющий направление нистагм при отведении взора или выраженная косая девиация. Подтверждающего теста для изолированного инфаркта лабиринта нет. Его допустимо предположить при острой односторонней утрате вестибулярной функции с ишемическим инсультом в бассейне передней нижней мозжечковой артерии. Инсульт может сопровождать её или развиться в течение 30 дней.

Оригинал | Аннотация на русском

8. Диагностические критерии персистирующего постурально-перцептивного головокружения (ППГ): консенсусный документ Комитета по классификации вестибулярных расстройств Общества Барани (Bárány Society)

Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society.

Журнал: Journal of Vestibular Research | **Дата**: 2017 | **Доступ**: Открытая

Объединяет в один диагноз фобическое постуральное головокружение, зрительное головокружение, дискомфорт при движении в пространстве и хроническое субъективное головокружение. Головокружение, неустойчивость или невращательное головокружение держатся большинство дней на протяжении трёх месяцев и дольше. Симптомы усиливаются в вертикальном положении, при активных и пассивных движениях и при взгляде на движущиеся или сложные зрительные стимулы. Документ относит расстройство к хроническим функциональным вестибулярным и не считает его ни структурным, ни психиатрическим. Пусковым фактором могут стать периферические и центральные вестибулярные болезни, другие соматические заболевания или психологический стресс.

Оригинал | Аннотация на русском

9. Двусторонняя вестибулопатия: диагностические критерии. Консенсусный документ Комитета по классификации Общества Барани (Bárány Society)

Bilateral vestibulopathy: Diagnostic criteria Consensus document of the Classification Committee of the Bárány Society.

Журнал: Journal of Vestibular Research | **Дата**: 2017 | **Доступ**: Открытая

Для диагноза документ требует двустороннего выраженного снижения или утраты функции вестибулоокулярного рефлекса. Подтвердить его можно любым из следующих показателей. Коэффициент усиления горизонтального углового рефлекса с обеих сторон ниже 0,6. Суммарная максимальная скорость медленной фазы калорического нистагма на тёплую и холодную воду ниже 6 градусов в секунду с каждой стороны. Остальные относятся к вращательному креслу. Симптомы появляются при ходьбе и стоянии и усиливаются в темноте, на неровной поверхности и при движениях головы. Для вероятной формы достаточно этих симптомов и двустороннего патологического теста импульсного поворота головы. Динамическая острота зрения, проба Ромберга и вестибулярные миогенные вызванные потенциалы в определение не вошли.

Оригинал | Аннотация на русском

10. Пресбивестибулопатия: диагностические критерии. Консенсусный документ Комитета по классификации Общества Барани (Bárány Society)

Presbyvestibulopathy: Diagnostic criteria Consensus document of the classification committee of the Bárány Society.

Журнал: Journal of Vestibular Research | **Дата**: 2019 | **Доступ**: Открытая

Помещает пресбивестибулопатию в промежуток между нормой и двусторонней вестибулопатией. Коэффициент усиления вестибулоокулярного рефлекса с обеих сторон составляет от 0,6 до 0,8. Суммарная максимальная скорость медленной фазы калорического нистагма с каждой стороны лежит между 6 и 25 градусами в секунду. Показатель вращательного кресла находится в пределах от 0,1 до 0,3. Достаточно одного из этих показателей. Клинически это неустойчивость, нарушение походки и/или повторные падения у пожилых людей. Состояние обычно сочетается с возрастными нарушениями зрения, проприоцепции и корковых, мозжечковых и экстрапирамидных функций. Они тоже вносят вклад в симптомы, а возможно, и необходимы для их появления.

Оригинал | Аннотация на русском

11. Вестибулярная пароксизмия: диагностические критерии

Vestibular paroxysmia: Diagnostic criteria.

Журнал: Journal of Vestibular Research | **Дата**: 2016 | **Доступ**: Открытая

Разделяет достоверную и вероятную вестибулярную пароксизмию. Достоверный диагноз требует не менее десяти приступов спонтанного вращательного или невращательного головокружения длительностью менее минуты. Приступы стереотипны у конкретного пациента, отвечают на карбамазепин или окскарбазепин, и более подходящего объяснения нет. Для вероятной формы достаточно пяти приступов длительностью менее пяти минут, спонтанных или спровоцированных определёнными движениями головы. Признаки сосудистой компрессии на МРТ диагноз не подтверждают и сторону поражения не указывают. Они встречаются примерно у 30% здоровых людей без симптомов. Рандомизированных исследований лечения пока нет.

Оригинал | Аннотация на русском

12. Синдром дегисценции верхнего полукружного канала: диагностические критерии. Консенсусный документ Комитета по классификации вестибулярных расстройств Общества Барани (Bárány Society)

Superior semicircular canal dehiscence syndrome: Diagnostic criteria consensus document of the committee for the classification of vestibular disorders of the Bárány Society.

Журнал: Journal of Vestibular Research | **Дата**: 2021 | **Доступ**: Открытая

Диагноз ставят только при совпадении трёх групп признаков: как минимум один симптом третьего подвижного окна, как минимум один физиологический тест или признак и подтверждённая дегисценция. Её подтверждают высокоразрешающей компьютерной томографией с реконструкцией в плоскости верхнего полукружного канала. К симптомам отнесены гиперакузия к костно-проведённому звуку, головокружение или осциллопсия, совпадающие по времени со звуком или с изменением давления, и пульсирующий шум в ухе. К тестам отнесены движения глаз в плоскости поражённого канала в ответ на звук или давление. Сюда же входят отрицательные пороги костной проводимости на низких частотах при тональной аудиометрии и усиленные вестибулярные миогенные вызванные потенциалы.

Оригинал | Аннотация на русском

13. Диагностические критерии укачивания: консенсусный документ Комитета по классификации Общества Барани (Bárány Society)

Motion sickness diagnostic criteria: Consensus Document of the Classification Committee of the Bárány Society.

Журнал: Journal of Vestibular Research | **Дата**: 2021 | **Доступ**: Открытая

Разграничивает нормальную реакцию на физическое или зрительное движение, которую можно вызвать почти у любого человека, и расстройство. Документ описывает реакцию по группам симптомов: тошнота и другие желудочно-кишечные проявления, нарушение терморегуляции, изменение уровня бодрствования, головокружение, головная боль и напряжение глаз. Симптомы нарастают по мере продолжения воздействия и прекращаются после его окончания. О расстройстве говорят, когда приступы повторно возникают на одни и те же или похожие стимулы, а их тяжесть заметно не снижается при повторных воздействиях. При этом человек меняет привычную активность, избегает таких ситуаций или реагирует на них с негативными эмоциями.

Оригинал | Аннотация на русском

14. Позиция Общества Барани (Bárány Society) по «шейному головокружению»

The Bárány Society position on 'Cervical Dizziness'.

Журнал: Journal of Vestibular Research | **Дата**: 2022 | **Доступ**: Открытая

Заключает, что данных о механической связи головокружения с патологией шеи или болью в шее пока нет. Мигрень, включая вестибулярную, чаще всего объясняет сочетание боли в шее и вестибулярных симптомов. Если головокружение вызывает поворот головы вместе с шеей, причиной обычно оказываются мигрень или ДППГ. Реже находят центральное вестибулярное расстройство, а при остром начале вплоть до диссекции позвоночной артерии с инсультом в вертебробазилярном бассейне. Повышенный тонус шейных мышц у пациентов с вестибулярными нарушениями может оказаться и причиной, и следствием

ограничения движений головы. Документ пока не предлагает диагностических критериев для клинического применения.

Оригинал | Аннотация на русском

15. Вестибулярная реабилитация при периферической вестибулярной гипофункции: обновлённые клинические рекомендации Академии неврологической физической терапии Американской ассоциации физической терапии (APTA)

Vestibular Rehabilitation for Peripheral Vestibular Hypofunction: An Updated Clinical Practice Guideline From the Academy of Neurologic Physical Therapy of the American Physical Therapy Association.

Журнал: Journal of Neurologic Physical Therapy | **Дата**: 01.04.2022 | **Доступ**: Открытая

По сильным доказательствам рекомендует вестибулярную реабилитацию взрослым с односторонней и двусторонней вестибулярной гипофункцией, если есть связанные с вестибулярным дефицитом нарушения функций, ограничения активности и участия. Документ исключает изолированные произвольные саккады и плавное слежение без движений головы для стабилизации взора, потому что вред перевешивает пользу. По данным умеренного и низкого качества к еженедельным визитам в клинику можно добавить домашние упражнения на стабилизацию взора. При острой и подострой односторонней гипофункции занимаются три раза в день, не менее 12 минут суммарно. При хронической односторонней три-пять раз в день, не менее 20 минут, в течение 4-6 недель. При двусторонней три-пять раз в день, от 20 до 40 минут, около 5-7 недель.

Оригинал | Аннотация на русском

Переведем статью из этой подборки за 1 час

Загрузите PDF, а мы сделаем полный перевод, краткий конспект и инфографику.

Подробнее →

Также в Подтеме: еженедельные литобзоры и конспекты свежих мед. статей и подкастов каждый день.