



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Головокружение (периферическое)

МКБ 10: **H81.0/ H81.1/ H81.2/ H81.3**

Год утверждения (частота пересмотра): **2016 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **КР307**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов**

Утверждены

Главный внештатный специалист
оториноларинголог Минздрава России
д.м.н., профессор Н.А.Дайхес

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
— _____ 201_ г.

Оглавление

Оглавление	2
Ключевые слова:	3
Список сокращений:	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация	6
1.1 Определение	6
1.2 Этиология и патогенез	6
1.3 Эпидемиология	7
1.4 Кодирование по МКБ-10	7
1.5 Классификация	7
2. Диагностика	8
2.1 Жалобы и анамнез	8
2.2 Физикальное обследование	9
2.3 Лабораторная диагностика	10
2.4 Инструментальная диагностика	10
2.5 Иная диагностика	11
3. Лечение	12
3.1 Консервативное лечение	12
3.2 Хирургическое лечение	12
4. Реабилитация	13
5. Профилактика	13
Критерии оценки качества медицинской помощи	14
Список литературы	1
Приложение А 1. Состав Рабочей группы	3
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций:	4
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента	6
Приложение В. Информация для пациента	8

Ключевые слова:

Головокружение, головокружение системное, головокружение вестибулярное, лечение, диагностика, ДППГ, вестибулярный нейронит, отоневрологическое обследование, вестибулометрия, постурография, стабилография, тест Дикса-Холпайка, манёвры при ДППГ, вестибулярная реабилитация

Список сокращений:

АСТ - аспаратаминотрансфераза

БДУ - без дополнительных уточнений

ВНГ - видеонистагмография

ДППГ - доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение

ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения

ЭНГ - электронистагмография

ст. – степень

НIT – Head-impulse test

НST – Head-shake test

НТТ – Head-thrust test

Ну – нистагм

Sp – спонтанный

Термины и определения

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.

Вестибулометрия — комплекс тестов, проводимых с целью выяснения функционального состояния и уровня поражения вестибулярного анализатора.

Вестибулярная реабилитация – специально разработанный комплекс мероприятий, направленных на скорейшее восстановление нормальной работы вестибулярного аппарата, на улучшение устойчивости и равновесия, предотвращение падений, уменьшение субъективных ощущений головокружения и чрезмерной зависимости от зрительных и соматосенсорных стимулов, восстановление координации движений, а также снижение тревоги, обусловленной заболеванием вестибулярной системы.

Вестибулярный нейронит – избирательное поражение преддверного ганглия (ганглий Скарпы) (вестибулярного нерва), предположительно имеющее воспалительный генез и проявляющееся острым эпизодом интенсивного головокружения, длящегося от 2-3 ч до нескольких дней, сопровождающимся расстройством равновесия при сохранном слухе.

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) – заболевание, характеризующееся приступами головокружения, возникающего при перемене положения головы, и обусловленное, вероятно, проникновением отолитовых частиц в полукружные каналы внутреннего уха

Постурография - общий термин для методик оценки способности человека управлять позой тела.

1. Краткая информация

1.1 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.

1.2 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). При остром начале пациенты 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. Периферическое головокружение всегда сопровождается спонтанным нистагмом – клоническим, горизонтальным или горизонтально-ротаторным, разной интенсивности, степени, ассоциированным с гармоничным отклонением туловища и рук в сторону медленного компонента. Отмечается положительное влияние поворота головы (в сторону медленного компонента нистагма). Как правило, периферическое вестибулярное головокружение – процесс односторонний и сопровождается нарушением слуховой функции на пораженной стороне.

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.

1.3 Эпидемиология

Около трети пациентов, обращающихся к оториноларингологам, отмечают различные типы головокружения. Среди причин обращения к врачам разных специальностей головокружение составляет 3–4%. В Российской Федерации число больных с кохлеовестибулярными нарушениями составляет 13—14 человек на 10 тыс. населения [7]. По данным Yardley L., при опросе более 20 тыс. человек в возрасте от 18 до 64 лет, проведенном в 1998 г., выяснилось, что за последний месяц более 20% испытали головокружение, из них свыше 30% страдают головокружением на протяжении более 5 лет [21]. При опросе 1000 человек старше 65 лет о наличии головокружения сообщили 30% респондентов [15].

1.4 Кодирование по МКБ-10

Нарушения вестибулярной функции (H81):

H81.0 - Болезнь Меньера:

H81.1 - Доброкачественное пароксизмальное головокружение;

H81.2 - Вестибулярный нейронит;

H81.3 - Другие периферические головокружения (Синдром Лермуайе)
Головокружение: ушное, отогенное, периферическое БДУ)

1.5 Классификация

Головокружение:

1. Невестибулярное;
2. Вестибулярное:
 - 2.1 Центральное;

- 2.2 Периферическое:
 - 2.2.1. Со слуховыми нарушениями;
 - 2.2.2. Без слуховых нарушений.

2. Диагностика

2.1 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 (табл. 1). 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.

Для каждого заболевания, сопровождающегося периферическим вестибулярным головокружением, характерны провоцирующие эпизод головокружения факторы (табл. 2) и клинические отличия (табл. 3).

Таблица 1 - Продолжительность головокружения при различных заболеваниях [5].

Продолжительность головокружения	Предполагаемый диагноз
Секунды	Вестибулярные пароксизмы, сердечная аритмия, ДППГ
Несколько минут	Транзиторные ишемические атаки, панические атаки, мигрень
20 минут или несколько часов	Приступы болезни Меньера, мигрень
Дни или недели	Вестибулярный неврит, стволомозговой или мозжечковый инсульт или демиелинизация, мигрень
Постоянное головокружение	Стойкий неврологический дефицит, двустороннее вестибулярное выпадение, хроническая интоксикация, психогенное головокружение

На природу головокружения указывают и провоцирующие вестибулярную атаку факторы [5].

Таблица 2 - Факторы, провоцирующие головокружение.

Триггеры (пусковые механизмы) головокружения	Предполагаемый диагноз
Изменение положения головы (запрокидывание головы, поворот в кровати)	ДППГ, другое позиционное головокружение
Менструация, нарушения сна	Мигрень
Нахождение в лифте или другом закрытом пространстве, в скоплении людей, на высоте, выход из дома	Панические атаки
Громкие звуки, подъем тяжестей, чихание, сморкание, езда в лифте, перелет в самолете, проба Вальсальвы	Фистульный синдром

Таблица 3 - Диффдиагностика периферического головокружения [5]

Диагноз	Отличительные особенности (признаки)
ДППГ	Кратковременные (не более 1 мин) приступы системного головокружения, возникающие при изменении положения тела
Болезнь Меньера	Эпизоды системного головокружения, сопровождающегося снижением слуха, ощущением распирания и шумом в ухе, 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.

2.2 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).

Комментарии: *позиционную пробу необходимо провести с обеих сторон. Если результат проб сомнительный, пациента направляют на иные обследования (МРТ головного мозга, КТ шейного отдела позвоночника, электронистагмографию).*

2.3 Лабораторная диагностика

- Рекомендовано выполнять следующие общеклинические обследования для исключения сопутствующих и выявления фоновых заболеваний:
 - Клинический анализ крови;
 - Биохимический анализ крови: уровень глюкозы крови, железа сыворотки крови, АСТ, триглицеридов, липопротеинов, холестерина;
 - Общий анализ мочи.

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

2.4 Инструментальная диагностика

- Рекомендовано проведение электронистагмографической или видеоокулографической записи калорического и вращательного и иных тестов.

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

Комментарии: предпочтение следует отдавать ВНГ с функцией сохранения записи – методе незаменимом при невозможности регистрации нистагма, в том числе на ЭНГ.

- Рекомендовано проведение постурографии (стабилографии).

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

Комментарии: для дифференциальной диагностики различных нарушений функции равновесия следует использовать нагрузочные функциональные пробы с одновременной постурографией: пробы с оптокинетической стимуляцией, с максимальным поворотом головы вправо и влево, с дозированной пороговой вращательной стимуляцией, с фиксацией зрения.

2.5 Иная 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).

Комментарии: необходимо исключение новообразований (при сопутствующей односторонней сенсоневральной тугоухости – акустической шванномы), демиелинизирующего процесса, нейровасального конфликта, структурных изменений височных костей приобретённого и врождённого характера.

- Рекомендовано выполнение Head-thrust test (НТТ) / Head-impulse test (НІТ) и Head-shake test (HST).

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

Комментарии: метод исследования следует использовать с осторожностью у больных с заболеваниями области шейного отдела позвоночника.

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

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

3. Лечение

3.1 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).

Комментарии: применяются для купирования приступа острого вестибулярного головокружения за счет блокирования афферентной импульсации раздраженного лабиринта [10].

- 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).

Комментарии: вестибулярные блокаторы центрального действия, а именно H1-блокаторов, проникающих через гематоэнцефалический барьер, используются в первые 2-3 суток заболевания [20].

- 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).

Комментарии: Использование средств, обладающих седативным эффектом, возможно в первые 2-3 суток острого головокружения [3, 5, 14].

- 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) [12].

- Не рекомендуется использование медикаментозного лечения при ДППГ.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств III).

Комментарии: при необходимости на время выполнения лечебных манипуляций назначают вестибулярные супрессанты [13, 16].

3.2 Хирургическое лечение

- Не рекомендуется хирургическое лечение.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств III).

Комментарии: При ДППГ ломбировка пораженного полукружного канала костной стружкой показано в случае неэффективности лечебных маневров (0,5-2% случаев ДППГ). При неэффективности консервативного лечения при иных причинах периферического вестибулярного головокружения возможно выполнение:

- Селективной нейроэктомии вестибулярных нервов;
- Лабиринтэктомии;
- Лазеродеструкции лабиринта [13, 14, 16, 18].

4. Реабилитация

- Рекомендовано проводить вестибулярную реабилитацию

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств III).

Комментарии: обязательна коррекция тревожного состояния больного, чувства неуверенности и страха. Предпочтение следует отдавать вестибулярной реабилитации на специальных установках – постурографических и стабилографических комплексах, позволяющих одновременно оценивать эффективность лечения. Необходима активная реабилитационная стратегия с ранней активацией больного [14].

5. Профилактика

Специфической профилактики периферического головокружения не существует.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Регистрация спонтанных вестибулярных реакций	нет данных	нет данных
2	Вестибулометрические тесты - исследование спонтанных вестибулярных реакций (спонтанный нистагм, вестибулоокулярный рефлекс, функция статического динамического равновесия и координации движений), битермальная калоризация и вращательные пробы (исследование вестибулярного анализатора во время приступа ограничивается регистрацией спонтанных вестибулярных реакций).	нет данных	нет данных
3	Постурография (стабилография) – не проводится во время приступа	нет данных	нет данных
4	МРТ внутренних слуховых проходов и мозжечковых углов, задней черепной ямки	нет данных	нет данных
5	КТ височных костей	нет данных	нет данных
6	Назначение вестибулярных супрессантов	III	C
7	Назначение бетагистина* (при ДППГ только с случае сохранения неустойчивости после успешных манёвров)	I	A
8	Лечебные манёвра при ДППГ	III	C
9	Вестибулярная реабилитация (при ДППГ только с случае сохранения неустойчивости после успешных манёвров)	III	C

Список литературы

1. Оториноларингология. Национальное руководство (под ред. В. Т. Пальчуна). – М., «ГЭОТАР-Медиа» – 2008. – с. 149-162.
2. Алексеева Н.С., Кириченко И.М. Головокружение и периферический ишемический кохлеовестибулярный синдром, обусловленный недостаточностью кровоснабжения в вертебрально-базиллярной системе // Вестн. оторинолар.-2006-№2.-С.15-19.
3. Бертон Мартин Дж. Головокружение: особенности диагностики и лечения. // Лечащий врач. – 1999. - № 4. – с. 58-60.
4. Благовещенская Н. С. Отоневрологические симптомы и синдромы. — М.: Медицина, 1990, 432 с.
5. Бронштейн А., Лемперт Т. Головокружение. Перевод с англ. Гузь Е.В. / Под ред. В. А. Парфёнова. ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 216 с.
6. Гехт А. Б. Головокружение при сосудистых заболеваниях ЦНС // Мат-лы науч. симпозиума «Головокружение. Современные подходы к решению проблемы». – М., 2001. – С. 10-13.
7. Гринчук В. И. Головокружение и проблемы оториноларингологии. Материалы научно-практической конференции «Головокружение: современные аспекты диагностики и терапии». М 1999; 2—7.
8. Зайцева О. В. Вестибулометрия. // Оториноларингология. Национальное руководство (под ред. В. Т. Пальчуна). Краткое издание. – М., «ГЭОТАР-Медиа» – 2012. – с. – 107-118.
9. Лиленко С.В. Нистагмометрия в оценке эффективности терапии лабиринтных расстройств. Эффективная фармакотерапия. Пульмонология и оториноларингология. 2011; 3: 10-14.
10. Солдатов И. Б. Оториноларингология. Москва. – 2000. – 472 с..
11. Шеремет А. С. Головокружение как признак поражения вестибулярного анализатора. // Consilium medicum. Приложение “Головокружение”. – 2001. – с. 3-9.
12. Della Pepa C, Guidetti G, Eandi M. Betahistine in the treatment of vertiginous syndromes: a meta-analysis. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2006 Aug; 26 (4): 208-15.
13. Brandt T., Daroff R.B. Physical Therapy for Benign Paroxysmal Positional Vertigo. Arch Otolaryngol 1980; 106: 484
14. Brandt T., Dieterich .M. Vertigo and dizziness: common complains. - London: Springer, 2004. - 503 p.

15. Colledge N. R., Barr-Hamilton R. M. Evaluation of investigation to diagnose the cause of dizziness in elderly people: a community based controlled study. // *BMJ* – 1996. – N 313. – P. 788-792.
16. Epley J.M. The Canalith Repositioning Procedure for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *Arch Otolaryngol* 1993; 119: 450-454
17. Holt G.R., Thomas J.R. // *Ear Nose Throat J.* – 1980. – Vol. 59. – №9. – P. 339 – 346
18. Sargent E.W., Bankaitis AE, Hollenbeak CS, Currens JW. Mastoid oscillation in canalith repositioning for paroxysmal positional vertigo. *Otology and Neurotology* 2001; 22: 205-209.
19. Semont A., Freyss G., Vitte E. Curing the BPPV with a Liberatory Maneuver. *Adv Otorhinolaryngol* 1988; 42:390-393.
20. Takeda N., Morita M., Hasegawa S. et al. Neurochemical mechanisms of motion sickness. *Am J Otolaryngol* 1989; 10: 351-359.
21. Yardley L., Britton J., Lear S., Bird., Luxon L. Relationship between balance system function and agoraphobic avoidance. *Behav Res Ther* 1998; 33: 4: 435—439

Приложение А 1. Состав Рабочей группы

Состав рабочей группы:

Зайцева О. В. к.м.н.

Лиленко С.В. д.м.н., проф.

Свистушкин В.М. д.м.н., проф.

Морозова С.В. д.м.н., проф.

Кириченко И. М. д.м.н.

(все – члены Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов)

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций:

В качестве основы приняты методические рекомендации «болезнь Меньера», рассмотренные и утвержденные на заседании Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов от 1-2 декабря 2014 года.

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций (в соответствии с приказом МЗ №700н от 07.10.15 «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование»):

- Оториноларинголог
- Сурдолог-оториноларинголог
- Терапевт
- Невролог
- Психоневролог
- Психиатр
- Нейрохирург
- Врач общей практики (семейный врач)

По мере развития и совершенствования методов диагностики, лечения и реабилитации пациентов с головокружением (периферическим), появления новых нормативных актов, развития страховой медицины клинические рекомендации будут уточняться и дополняться. Учитывая междисциплинарный характер проблематики головокружения (периферического) целесообразно обновление рекомендаций по итогам проведения научно-практических конференций и симпозиумов каждые два года.

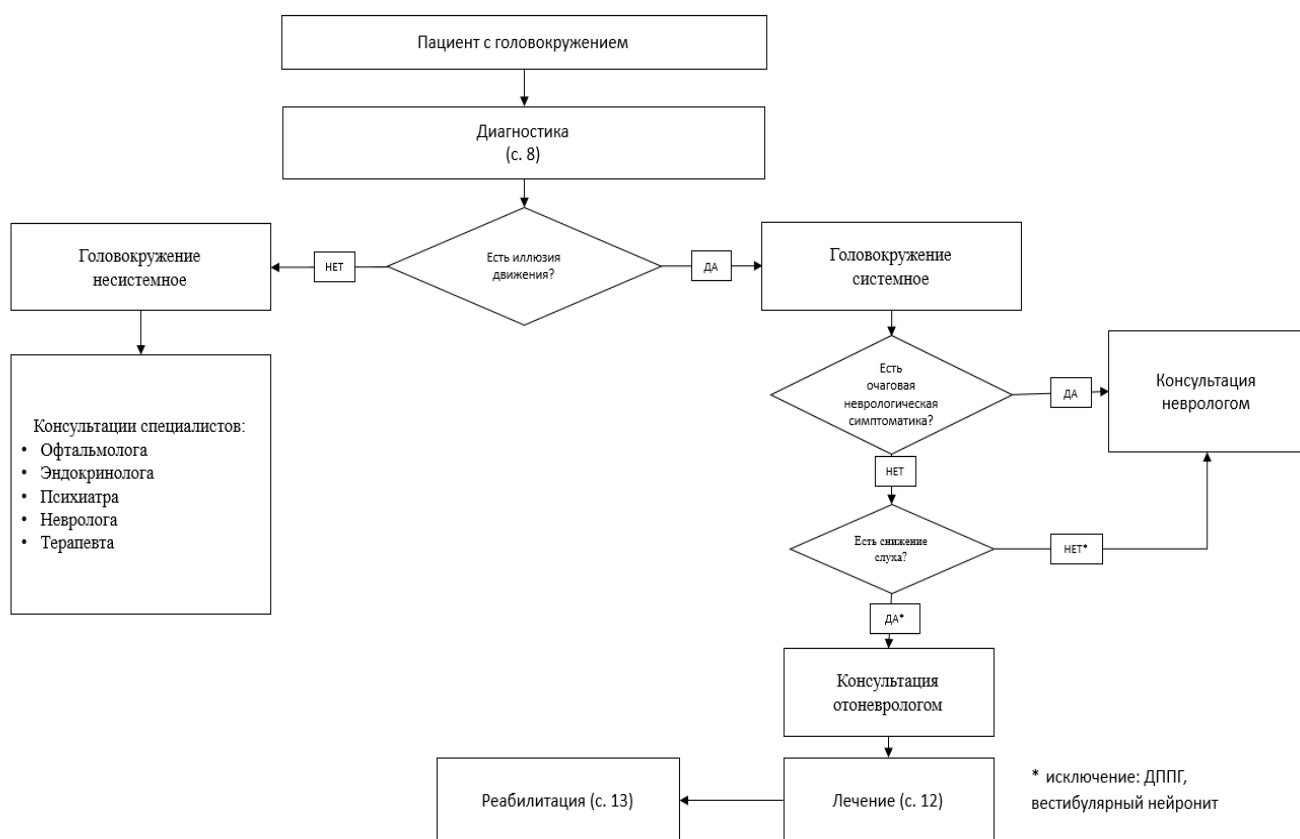
Таблица П.1 - Использованные уровни достоверности доказательств

Класс (уровень)	Критерии достоверности
I (A)	Большие двойные слепые плацебоконтролируемые исследования, а также данные, полученные при мета-анализе нескольких рандомизированных контролируемых исследований.
II (B)	Небольшие рандомизированные и контролируемые исследования, при которых статистические данные построены на небольшом числе пациентов.
III (C)	Нерандомизированные клинические исследования на ограниченном количестве пациентов.
IV (D)	Выработка группой экспертов консенсуса по определённой проблеме

Таблица П.2 - Использованные уровни убедительности рекомендаций

Шкала	Степень убедительности доказательств	Соответствующие виды исследований
А	Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению	<ul style="list-style-type: none"> • Высококачественный систематический обзор, мета-анализ. • Большие рандомизированные клинические исследования с низкой вероятностью ошибок и однозначными результатами.
В	Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение	<ul style="list-style-type: none"> • Небольшие рандомизированные клинические исследования с неоднозначными результатами и средней или высокой вероятностью ошибок. • Большие проспективные сравнительные, но нерандомизированные исследования. • Качественные ретроспективные исследования на больших выборках пациентов с тщательно подобранными группами сравнения.
С	Достаточных доказательств нет: имеющих доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств	<ul style="list-style-type: none"> • Ретроспективные сравнительные исследования. • Исследования на ограниченном числе пациентов или на отдельных пациентах без контрольной группы. • Личный неформализованный опыт разработчиков.

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



Приложение В. Информация для пациента

Информация для пациента

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 зеркала 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. Спи́те 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.