

Клинико-диагностический подход к пациенту с головокружением

А. Л. Гусева, к.м.н., доцент¹

С. А. Макаров, ассистент кафедры²

Г. М. Дюкова, д.м.н., проф.³

В. Л. Голубев, д.м.н., проф. кафедры²



А. Л. Гусева



С. А. Макаров



Г. М. Дюкова



В. Л. Голубев

¹Кафедра оториноларингологии им. акад. Б.С. Преображенского ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» (РНИМУ) Минздрава России, г. Москва

²Кафедра нервных болезней института профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва

³ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы

Clinical and diagnostic approach to patient with vertigo and dizziness

A. L. Guseva, S. A. Makarov, G. M. Dyukova, V. L. Golubev

Russian National Research Medical University n.a. N.I. Pirogov, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), A. S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center; Moscow, Russia

Резюме

Диагностика головокружения остается нетривиальной задачей в практике врача любой специальности. В статье приведен диагностический алгоритм при обследовании пациента с головокружением. Проводится разбор основных симптомов, входящих в субъективное ощущение головокружения пациентом: вращательного (системного) головокружения – вертиго, предобморочного состояния, неустойчивости и шаткости при ходьбе и неспецифического (несистемного) головокружения. Анализируются возможные заболевания, сопровождающиеся каждым из симптомов, а также методики их подтверждения при помощи клинической и инструментальной диагностики. Обсуждаются особенности жалоб при периферических вестибулопатиях (доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении, болезни Меньера, вестибулярном нейроните, двусторонней вестибулопатии и др.), центральных вестибулопатиях (инсульт и др.) и функциональном головокружении, а также основные принципы терапии этих заболеваний.

Ключевые слова: головокружение, нарушение равновесия, предобморочное состояние, функциональное головокружение, беттагистин.

Summary

Diagnosis of vertigo and dizziness is a difficult challenge in various fields of medicine practice. In the article the diagnostic algorithm for the patient with dizziness and vertigo is presented. The main signs and symptoms (vertigo, nonspecific dizziness, disequilibrium, and presyncope), which are included in the subjective feeling of dizziness are analyzed. Possible diseases, accompanied with these symptoms, their clinical and instrumental evaluation are discussed. Special aspects of the complaints in peripheral vestibular disorders (benign paroxysmal positional vertigo, Meniere's disease, vestibular neuritis, bilateral; vestibulopathy, etc.), central vestibular disorders (stroke, etc.), functional dizziness are overviewed and main principals of their treatment are presented.

Key words: vertigo, dizziness, disequilibrium, presyncope, functional dizziness, betahistine.

Диагностика головокружения остается нетривиальной задачей в практике врача любой специальности. Под жалобами на головокружение может скрываться множество состояний пациента, являющихся симптомами различных заболеваний. Эпидемиологические исследования, проведенные в клиниках различного профиля в разных странах, обнаруживают примерно следующее распределение головокружения: 40 % приходится на периферические вестибулопатии (доброкачественное пароксизмальное пози-

ционное головокружение [ДППГ], болезнь Меньера, вестибулярный нейронит и др.), 10–15 % – на поражение ЦНС (ОНМК, мигрень и др.), 15–20 % – на психические и поведенческие расстройства, 20–25 % составляют заболевания других органов и систем, а 10 % остаются недиагностированными [1–4]. Среди пожилых пациентов доля головокружения, связанного с центральными вестибулярными поражениями, возрастает до 20 %, в первую очередь за счет пациентов, перенесших инсульт [5].

Жалуясь на головокружение, пациент может иметь в виду различные неприятные ощущения, которые условно можно разделить на подтипы: 1) вращательное (системное) головокружение; 2) неспецифическое (несистемное) головокружение, проявляющееся нечеткостью зрения, дискомфортом при поворотах головы, ощущением дереализации; 3) неустойчивость и шаткость при ходьбе, 4) предобморочное состояние. В амбулаторной практике описание пациентом субъективных ощущений, испытываемых при головокружении,

является важнейшим фактором для выявления его этиологии. Расспрос о характере головокружения должен включать открытые вопросы, на которые пациенту приходится давать развернутые ответы. Хорошо зарекомендовал себя прием с просьбой описать беспокоящие пациента симптомы, не используя слово «головокружение». В некоторых случаях врач может предложить варианты возможных симптомов, например: «у вас потемнело в глазах, и вы почти потеряли сознание?», «можете ли вы во время головокружения четко видеть окружающие предметы при движении?», «отмечали ли вы движение или покачивание предметов перед глазами во время головокружения?» Из дополнительных обязательными являются вопросы о характере и типе течения заболевания, факторах, вызывающих (триггерах) и усиливающих (аггавирующих) головокружение, сопутствующих симптомах. Следует учитывать возраст пациента, сопутствующие заболевания и принимаемые им медицинские препараты [6].

Клиническое обследование, включающее отоневрологические тесты, как правило, подтверждает предварительный диагноз, поставленный на основе сбора жалоб и анамнеза. Наиболее информативными тестами, по мнению ряда исследователей, являются позиционные тесты, тест на ортостатическую гипотензию, оценка изменений пульса, исследование походки, тесты на выявление явного и скрытого нистагма, а также тест Хальмаги [7, 8]. В случае недостаточности этих тестов может потребоваться инструментальное исследование с применением МРТ, УЗИ сосудов головы, видеонисагмографии, калорической пробы, видеоимпульсного теста или вращательной пробы [9, 10].

В статье представлены особенности диагностической тактики у пациентов с преимущественными жалобами на четыре наиболее частых типа головокружения: вращательное (системное) головокружение; несистемное головокружение; неустойчивость при ходьбе; предобморочное состояние.

Вращательное или системное головокружение

В англоязычной литературе такой тип принято называть вертиго (vertigo), в то время как в русской язычной литературе этот термин распространен значительно меньше. Под вертиго понимают иллюзорное ощущение движения окружающих предметов перед глазами пациента или самого пациента относительно окружающего пространства. Помимо привычной характеристики вращения пациент может рассказывать о подергивании картинки перед глазами и невозможности четко видеть предметы, расфокусировке зрения и даже о двоении. Такое яркое характерное ощущение мнимого движения является результатом наличия у пациента нистагма, медленная фаза которого в результате непроизвольного сочетанного движения глаз обеспечивает ощущение смещения окружающих предметов, на которых фокусируется взгляд, при этом быстрая фаза из-за ее скорости просто не успевает оставить осознанный зрительный образ. В абсолютном большинстве случаев наличие вращательного головокружения свидетельствует об остро возникшей межлабиринтной асимметрии. Это может случиться в результате: 1) одностороннего периферического поражения лабиринта (вестибулярный нейронит, лабиринтит, болезнь Меньера); 2) вестибулярного нерва (перелом пирамиды височной кости); 3) остро возникшей патологии центральных вестибулярных ядер ствола или вестибулярных центров мозжечка (ОНМК). Во врачебном сообществе сформировалось не совсем верное приравнивание любого вращательного головокружения к проявлениям периферической вестибулопатии, в то же время недостаточное указание пациента на вращательный характер головокружения совершенно не исключает исключительно лабиринтной патологии [11]. И наоборот, некоторые пациенты с пресинкопальными состояниями вазовагального и кардиологического генеза описывают свои симптомы в виде ощущения вращательного головокружения [12].

В диагностике причин головокружения очень важны такие характе-

ристики, как изменения его течения во времени, наличие триггеров и аггавирующих факторов. По данным V.A. Stanton *et al.* [13], если врачи их не учитывали, а опирались на субъективные ощущения пациента при головокружении, количество ошибок в постановке диагноза значительно возрастало.

Вращательное головокружение в большинстве случаев сохраняется не больше недели, максимум двух, постепенно теряя интенсивность. Это связано с тем, что даже если функция лабиринта или вестибулярного нерва стойко утрачена, межлабиринтная асимметрия в покое нивелируется механизмами центральной компенсации [14]. В случае если больной жалуется на постоянное головокружение, необходимо уточнить, что он имеет в виду, так как иногда под этим понимаются часто рецидивирующие приступы головокружения с бессимптомными промежутками, что может наблюдаться и при периферической патологии, например при ДППГ или болезни Меньера.

При оценке *характера симптомов* удобнее всего следовать рекомендациям Общества Барани [6, 15], которое предлагает выделять три типа синдрома по течению головокружения: острый синдром, проявляющийся остро возникшим выраженным приступом длительно сохраняющегося головокружения, характерный для таких заболеваний, как вестибулярный нейронит и инсульт; рецидивирующий (приступообразный) синдром, проявляющийся приступами головокружения, чередующимися со «светлыми» промежутками, во время которых головокружение отсутствует или значительно уменьшается, что характерно для болезни Меньера, вестибулярной мигрени, ДППГ; хронический синдром, проявляющийся постоянными симптомами головокружения той или иной степени выраженности, что может наблюдаться при функциональном (психогенном) головокружении, патологии мозжечка и декомпенсированной односторонней лабиринтопатии.

В ряде случаев наличие и особенности *провоцирующих головокружение факторов – триггеров* могут иметь первостепенное значение в диагностике, определяя необходимые

для окончательного подтверждения диагноза инструментальные обследования. Так, возникновение приступа головокружения при изменении положения головы и тела может указывать на ДППГ или ортостатическую гипотензию. Для проведения дифференциального диагноза между этими состояниями необходимо оценить возникновение приступов головокружения при вставании пациента из положения лежа. Выявив снижение артериального давления при вставании, следует думать об ортостатической гипотензии. Уточнив у пациента данную особенность головокружения, особое внимание при обследовании следует уделить позиционным тестам (тесту Dix-Hallpike и roll-тесту) [16]. Ассоциация приступов головокружения с повышением громкости звуков, а также повышением давления в среднем ухе или внутричерепным давлением при кашле, чихании, натыкивании может указывать на фистулу полукружного канала, что возможно при хроническом среднем отите и синдроме Минора и требует назначения КТ височных костей и вызванных вестибулярных миогенных потенциалов [17]. Указание пациентом на временную связь возникновения приступов с нарушением режима дня, эмоциональным перенапряжением или употреблением в пищу некоторых продуктов может требовать дифференциальной диагностики между болезнью Меньера и вестибулярной мигренью, при этом повышается значимость сопутствующих головокружению симптомов (головной боли или нарушения слуха) [18].

Агграврующие факторы головокружения отличаются от триггеров тем, что они усиливают уже имеющееся головокружение, а не провоцируют его возникновение при изначальном отсутствии симптомов. Для вращательного головокружения к таким факторам относится любое движение, связанное с поворотом головы. В связи с этим пациенты во время периферического вращательного головокружения (приступ болезни Меньера, ранняя стадия вестибулярного нейронита) стремятся лечь, зафиксировав голову, и не двигаться до ослабления симптомов. Если пациент не отмеча-

ет ухудшения симптомов при движении головы, можно думать о наличии у него другого типа головокружения, а не вертиго.

Помимо основной жалобы на головокружение, у пациента могут выявляться *сопутствующие симптомы*, характер которых должен уточняться, а также подтверждаться при последующем клиническом обследовании.

Поскольку при жалобах на вращательное головокружение подразумевается наличие *нистагма*, должна быть проведена оценка наличия нистагмальных реакций как при фиксации взора, так и при отсутствии фиксации, то есть в очках Френзеля. Выявление нистагма соответственно закону Александра будет подтверждать периферический генез головокружения, в то время как несодружественные движения глаз, вертикальный, косой, исключительно ротаторный нистагм, а также другие патологические разновидности нистагма будут указывать на его центральный генез. С целью повышения диагностической значимости для исследования нистагма могут быть использованы видеонистагмоскопия или видеонистагмография [19, 20]. При некоторых заболеваниях нистагм может быть объективно зафиксирован только при провокационных тестах. Например, нистагм при ДППГ возникает в процессе выполнения позиционных тестов, при синдроме Минора – при пробе Вальсальвы и (или) предъявлении громких звуков (симптом Тулио), при ограниченном лабиринтите и хроническом гнойном среднем отите – при прессорной пробе.

Сопутствующие жалобы на *снижение слуха и шум в ушах* также могут иметь большое значение для постановки диагноза. Флюктуирующие слуховые симптомы (снижение слуха, шум в ушах) могут быть подтверждены простым в исполнении тестом оценки разговорной и шепотной речи и камертонами тестами. В последующем такой пациент должен быть направлен на тональную пороговую аудиометрию, по данным которой выявление низко- и среднечастотной сенсоневральной тугоухости является одним из диагностических критериев достоверной болезни Меньера [21].

Сопутствующая *головная боль* может указывать на вестибулярную мигрень как причину головокружения. В соответствии с клиническими критериями вестибулярной мигрени головная боль мигренозного характера, фото- или фонофобия должны сопутствовать головокружению в половине случаев. Помимо этого, головная боль и головокружение могут возникать у пациента как отдельные симптомы, не совпадающие по времени [22, 23].

Особое внимание при обследовании пациента с головокружением следует уделять *симптомам поражения ЦНС*, которые являются «красными флагами» центральной вестибулопатии. Выраженная атаксия при ходьбе, значительные координаторные нарушения, непрекращающаяся рвота, двоение, потеря зрения, дизартрия, онемение лица и тела, слабость в конечностях требуют тщательного неврологического осмотра, а при необходимости назначения методов нейровизуализации для выявления очага поражения в ЦНС. Особое внимание следует уделять признакам поражения черепных нервов, синдрому Горнера, двигательным и чувствительным расстройствам, а также патологическим рефлексам [24]. Тем не менее отсутствие неврологических симптомов поражения ЦНС и данных за очаговое поражение при МРТ-исследовании не полностью исключает поражение ЦНС, особенно в первые 72 часа ОНМК. В таких случаях необходимо руководствоваться батареей клинических тестов, включающих оценку характера нистагма, тест Хальмаги и тест с попеременным прикрытием глаз (cross cover test) на выявление косой девиации по вертикали [25].

Препаратом выбора при лечении периферических и центральных вестибулярных расстройств является бетагистин дигидрохлорид (Бетасерк). Фармакологические эффекты препарата обусловлены его взаимодействием в качестве агониста с Н1-рецепторами сосудистой полоски внутреннего уха [26] и в качестве антагониста с Н3-рецепторами вестибулярных ядер ствола мозга [27]. Кроме этого, бетагистин может проникать через гематоэнцефалический

барьер, взаимодействовать с нейронами, обладающими гистаминовыми рецепторами и представленными в вентромедиальном ядре гипоталамуса, таламусе и мозговой коре, а также значимо увеличивать церебральный кровоток [28]. Также было выявлено положительное воздействие бетажистина на вестибулярную компенсацию при односторонней острой вестибулопатии у экспериментальных животных за счет увеличения высвобождения гистамина в вестибулярных и туберомамиллярном ядрах и стимуляции нейропластичности [29].

Оптимальная суточная дозировка Бетасерка составляет 48 мг: по 24 мг дважды в день, длительность приема зависит от типа вестибулопатии. Так, при центральных вестибулопатиях, болезни Меньера и в период компенсации вестибулярного нейронита курс может составлять до 6 месяцев, в то время как при ДППГ бетажистин назначается на время проведения репозиционных маневров и в течение недели после этого при сохранении резидуального головокружения [30].

За последние годы проведено большое количество рандомизированных сравнительных исследований, посвященных его применению у пациентов с головокружением как центрального, так и периферического генеза. Их результаты подтверждают положительный эффект стандартной терапии бетажистином, отсутствие взаимодействия с другими препаратами, высокий профиль безопасности и хорошую переносимость [31–34].

Пресинкопальные состояния (пресинкопе) представляют собой продромальные явления перед обмороком (синкопе) или предобморочное состояние. Пресинкопе встречается гораздо чаще, чем сам обморок, обычно длится от нескольких секунд до нескольких минут и в классическом варианте описывается пациентом как состояние, близкое к потере сознания. Однако когда симптомы не столь выражены, описание будет не таким ясным. Пациент может сообщать о дурноте, слабости, потливости, тошноте, чувстве жара, нечеткости зрения, иногда переходящей в слепоту. Окружающие могут отмечать выраженную блед-

ность пациента, а сам предобморок обычно возникает в положении стоя или сидя, крайне редко – лежа [35]. В случае если подобные симптомы возникают лежа, в первую очередь надо исключить нарушения сердечного ритма и проводимости, а не гипотензию. Нередко у таких пациентов среди сопутствующих заболеваний имеются заболевания сердца, включая аритмии (тахии- или брадиаритмию), ИБС, застойную сердечную недостаточность [36]. Нередко пациент дополнительно сообщает об ощущении сильного сердцебиения, дискомфорта в груди, тяжести при дыхании, однако последнее может быть характерно как для предобморочного состояния, так и тревожного состояния. Определение причин и обследование пациента с симптомами пресинкопального состояния такое же, как при синкопе. По статистике, самыми частыми причинами предобморока являются ортостатическая гипотензия, аритмия и вазовагальные реакции [37].

Неустойчивость и шаткость при ходьбе проявляются ощущением неуверенности и неустойчивости, возникающим, прежде всего, при движении. Этот симптом является частым спутником хронического головокружения, оказывая значительное негативное влияние на качество жизни, особенно у пожилых пациентов [38, 39].

Неустойчивость при ходьбе может быть результатом разных заболеваний, как соматических (заболевания суставов, скелетных мышц и связок, нарушения зрения, состояния после переломов костей ног и пр.), так и неврологических (периферические нейропатии, поражения мозжечка, ортостатическая гипотензия при дегенеративных заболеваниях ЦНС и пр.) [40–42].

Жалобы на постоянную неустойчивость при ходьбе характерны для двусторонней вестибулопатии и некомпенсированной односторонней периферической вестибулопатии. При некомпенсированной форме односторонней вестибулопатии, например вестибулярного нейронита, неустойчивость непостоянная и особенно беспокоит пациента при плохой освещенности и выполнении сложных

движений [43]. Периферический вестибулярный дефицит в таком случае, помимо клинических тестов (тест Хальмаги, тест нистагма), должен подтверждаться такими инструментальными методиками, как видеоимпульсный тест, калорическая проба или вращательная проба [43, 44].

Неспецифическое несистемное головокружение

Такой тип головокружения пациент практически всегда затрудняется описать в деталях. Обычно он настаивает на короткой фразе «кружится голова», что вынуждает врача предлагать разные варианты возможных ощущений от вращения до потери сознания.

Нередко причиной таких неспецифических симптомов оказываются психические расстройства. Этот вариант хронического головокружения, не имеющий в основе органической причины, в разных отоневрологических школах получал различные названия. Среди терминов, характеризующих это состояние, в литературе встречаются понятия психогенного головокружения, постурального фобического головокружения, функционального головокружения, хронического субъективного головокружения и пр., авторы которых указывают доминирующие триггеры для развития каждого из синдромов [10]. В 2017 году вышел консенсусный документ Общества Барани, сделавшего попытку объединить эти состояния под термином «персистирующее постурально-перцептивное головокружение» (ПППГ) и разработать максимально четкие критерии для постановки этого диагноза [9]. Немаловажным пунктом разработанных критериев является необходимая для постановки диагноза ПППГ длительность течения симптомов неспецифического головокружения – не менее 3 месяцев. Таким образом, пациенты, имеющие в течение недостаточно длительного времени все симптомы ПППГ, остаются без диагноза. В связи с этим в нашей клинической практике при наблюдении пациента с развивающимся субъективным хроническим головокружением мы ставим предварительный диагноз функционального головокружения, подчеркивая

его доброкачественный и обратимый характер [10]. ПППГ также было включено в предварительную версию МКБ-11 [45]. По данным К. Kroenke *et al.* [7], примерно у четверти таких пациентов с субъективным хроническим головокружением диагностируется выраженная депрессия, у четверти – генерализованное тревожное или паническое расстройство, а у остальных – соматоформное расстройство, алкогольная зависимость и (или) личностное расстройство. По данным С. Lahmann *et al.* [46], среди пациентов с ПППД преобладают панические, фобические, соматоформные и аффективные расстройства, а в 42,5 % случаев психические расстройства сочетаются с вестибулопатией центрального и периферического генеза, утяжеляя их течение. Лечение головокружения этой этиологии включает психотерапевтические техники, вестибулярную реабилитацию и назначение антидепрессантов группы СИОЗС и СИОЗСН, причем в ряде случаев наиболее эффективными оказываются различные сочетания этих подходов [10, 45].

Несистемное головокружение может быть ассоциировано с гипервентиляцией, испытываемой пациентом в легкой стрессовой ситуации. Головокружение при гипервентиляции часто возникает на фоне тревожности или депрессии, при этом клинически развивается медленно (в течение 20 минут и более) и также медленно проходит. Пациент может не отмечать и не жаловаться на нехватку воздуха и чувство удушья, характерные для панических атак, так как гипервентиляция обычно слабо выражена [47].

Некоторые заболевания, сопровождающиеся хронической болью, например фибромиалгия, также могут сочетаться с неспецифическим головокружением [48]. Кроме того, неспецифическое головокружение часто является сопутствующим симптомом травмы головы и хлыстовой травмы [49, 50]. Эпизоды гипогликемии в ряде случаев могут манифестировать несистемным головокружением, которое расценивается пациентами как основной симптом возникшего состояния [51]. Не следует забывать,

что несистемное головокружение может возникнуть в результате приема большого количества лекарственных средств (полипрагмазия), слишком быстрое увеличение дозы некоторых препаратов, особенно действующих на ЦНС, а также быть побочным эффектом препаратов, используемых для лечения различных заболеваний. В этом случае отмена препарата или коррекция его дозы приводит к купированию или значительному уменьшению симптомов головокружения [52].

Основной проблемой диагностики неспецифического (несистемного) головокружения является отсутствие клинических или инструментальных тестов с подтвержденной диагностической значимостью. Классический отоневрологический осмотр, даже подкрепленный рядом инструментальных тестов, не выявляет патологии, подтверждая сохранность функционирования центрального и периферического звеньев вестибулярной системы. В связи с этим диагноз базируется на отрицательной диагностике органического поражения и выявлении характерных особенностей вышеперечисленных состояний.

В заключение необходимо подчеркнуть, что сбор жалоб, анамнеза, оценка клинического течения, триггеров, аггравирующих факторов и сопутствующих симптомов играет чрезвычайно важную роль в определении предварительного диагноза и дифференциально-диагностического ряда возможных заболеваний, явившихся причиной головокружения. Однако клиническое и инструментальное отоневрологическое обследование являются обязательным этапом выявления наличия и характера вестибулярного поражения.

Список литературы

1. Spiegel R. *et al.* Dizziness in the emergency department: an update on diagnosis // *Swiss Med. Wkly.* 2017. Vol. 147, December. P. w14565.
2. Bösner S. *et al.* Prevalence, aetiologies and prognosis of the symptom dizziness in primary care – A systematic review // *BMC Fam. Pract.* 2018. Vol. 19, N 1. P. 1–13.
3. Neuhauser H. K. The epidemiology of dizziness and vertigo // *Handbook of Clinical Neurology.* 1st ed. Elsevier B. V., 2016. Vol. 137. 67–82 p.
4. Замерград М. В. Особенности головокружения в пожилом возрасте. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. 2015; 115 (6): 3–8.

5. Pan Q. *et al.* Diagnosis of Vertigo and Dizziness Syndromes in a Neurological Outpatient Clinic // *Eur. Neurol.* 2018. Vol. 79, N 5–6. P. 287–294.
6. Bisdorff A. R., Staab J. P., Newman-Toker D. E. Overview of the International Classification of Vestibular Disorders // *Neurol. Clin.* 2015. Vol. 33, N 3. P. 541–550.
7. Kroenke K. *et al.* Causes of persistent dizziness. A prospective study of 100 patients in ambulatory care // *Ann. Intern. Med.* 1992. Vol. 117, N 11. P. 898–904.
8. Кунельская Н. А., Лучихин А. А., Гусева А. А., Довлатова Е. А., Чистов С. Д. // Чувствительность, специфичность и прогностическая значимость статокординаторных и статокинетических тестов в обследовании пациента с головокружением. Омский научный вестник. 2014. № 2 (134). С. 84–87.
9. Staab J. P. *et al.* Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the classification of vestibular disorders of the barany society // *J. Vestib. Res. Equilib. Orientat.* 2017. Vol. 27, N 4. P. 191–208.
10. Дюкова Г. М., Замерград М. В., Голубев В. А., Адилова С. М., Макаров С. А. Функциональное (психогенное) головокружение. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2017. Т. 117. № 6. С. 91–98.
11. Newman-Toker D. E. *et al.* Imprecision in patient reports of dizziness symptom quality: A cross-sectional study conducted in an acute care setting // *Mayo Clin. Proc.* 2007. Vol. 82, N 11. P. 1329–1340.
12. Newman-Toker D. E. *et al.* How often is dizziness from primary cardiovascular disease true vertigo? A systematic review // *J. Gen. Intern. Med.* 2008. Vol. 23, N 12. P. 2087–2094.
13. Stanton V. A. *et al.* Overreliance on symptom quality in diagnosing dizziness: Results of a multicenter survey of emergency physicians // *Mayo Clin. Proc.* 2007. Vol. 82, N 11. P. 1319–1328.
14. Lacour M., Helmchen C., Vidal P. P. Vestibular compensation: the neuro-otologist's best friend // *J. Neurol.* Springer Berlin Heidelberg, 2016. Vol. 263, N 1. P. 54–64.
15. Kerber K. A., Baloh R. W. The evaluation of a patient with dizziness // *Neurol. Clin. Pract.* 2011. Vol. 1, N 1. P. 24–33.
16. Кунельская Н. А., Гусева А. А., Байбакова Е. В., Чистов С. Д., Чугунова М. А. // Эффективный алгоритм диагностики и лечения доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. Вестник оториноларингологии 2015. № 5. С. 19–22.
17. Mau C. *et al.* Superior semicircular canal dehiscence: Diagnosis and management // *J. Clin. Neurosci.* Elsevier Ltd, 2018. Vol. 48. P. 58–65.
18. Tabet P., Saliba I. Meniere's Disease and Vestibular Migraine: Updates and Review of the Literature // *J. Clin. Med. Res.* 2017. Vol. 9, N 9. P. 733–744.
19. Пальчун В. Т., Гусева А. А., Чистов С. Д., Левина Ю. В. // Отоневрологическое обследование пациента с головокружением. Вестник оториноларингологии. 2015. № 5. С. 60–66.
20. Лиленко С. В. Нистагмометрия в оценке эффективности терапии лабиринтных расстройств. // Эффективная фармакотерапия. 2011. № 3. С. 10–14.
21. Lopez-Escamez J. A. *et al.* Diagnostic criteria for Menière's disease // *J. Vestib. Res. Equilib. Orientat.* 2015. Vol. 25, N 1. P. 1–7.
22. Dieterich M., Obermann M., Celebisoy N. Vestibular migraine: the most frequent entity of episodic vertigo // *J. Neurol.* Springer Berlin Heidelberg, 2016. Vol. 263, N 1. P. 82–89.
23. Иванова Т. А., Гусева А. А., Филатова Е. Г. // Головокружения при мигрени. РМЖ. 2017. № 9. С. 602–606.
24. Saber Tehrani A. S. *et al.* Diagnosing stroke in acute dizziness and vertigo pitfalls and pearls // *Stroke.* 2018. Vol. 49, N 3. P. 788–795.

25. Newman-Toker D.E., Curthoys I. S., Halmagyi G.M. Diagnosing Stroke in Acute Vertigo: The HINTS Family of Eye Movement Tests and the Future of the "eye ECG" // *Semin. Neurol.* 2015. Vol. 35, N5, P. 506–521.
26. Ihler F. et al. Betahistine exerts a dose-dependent effect on cochlear stria vascularis blood flow in guinea pigs in vivo // *PLoS One.* 2012. Vol. 7, N6, P. 2–7.
27. Timmerman H. Pharmacotherapy of vertigo: Any news to be expected? // *Acta Otolaryngol.* 1994. Vol. 114, NS513, P. 28–32.
28. Barak N. Betahistine: What's new on the agenda? // *Expert Opin. Investig. Drugs.* 2008. Vol. 17, N5, P. 795–804.
29. Lacour M., Tighilet B. Vestibular compensation in the cat: The role of the histaminergic system // *Acta Oto-Laryngologica, Suppl.* 2000. N544, P. 15–18.
30. Murdin L., Hussain K., Agm S. Betahistine for symptoms of vertigo (Review) Summary of findings for the main comparison. 2016. N6.
31. Ковалева И. Ю., Гехт А. Б., Лебедева А. В., Ганжула П. А., Нестерова О. С., Костенко Е. В., Отческая О. В., Хозова А. А., Сидоренко Т. В., Бойко А. Н. Применение бетагистина в клинической практике. Результаты сравнительного многоцентрового исследования // *Лечебное дело.* 2011. № 2. С. 70–78.
32. Parfenov V.A. et al. Effectiveness of betahistine (48 mg/day) in patients with vestibular vertigo during routine practice: The VIRTUOSO study // *PLoS One.* 2017. Vol. 12, N3, P. 1–11.
33. Ramos Alcocer R. et al. Use of betahistine in the treatment of peripheral vertigo // *Acta Otolaryngol.* 2015. Vol. 135, N12, P. 1205–1211.
34. Adrien C. et al. Efficacy and safety of betahistine treatment in patients with Meniere's disease: Primary results of a long term, multicentre, double blind, randomised, placebo controlled, dose defining trial (BEMED trial) // *BMJ.* 2016. Vol. 352.
35. Blanc J. J. Syncope: Definition, Epidemiology, and Classification // *Cardiol. Clin.* 2015. Vol. 33, N3, P. 341–345.
36. Wood K.A., Drew B. J., Scheinman M. M. Frequency of disabling symptoms in supraventricular tachycardia // *Am. J. Cardiol.* 1997. Vol. 79, N2, P. 145–149.
37. Golovina G.A., Duplyakov D. V. Дифференциальный диагноз переходящих потерь сознания. 2015. P. 35–42.
38. Zamergrad, M.V., Parfenov, V.A., Yakhno, N.N. et al. *BioNanoSci.* (2017) 7: 259. doi.org/10.1007/s12668-016-0351-5.
39. Ciorba A. et al. The impact of dizziness on quality-of-life in the elderly // *Eur. Arch. Oto-Rhino-Laryngology.* Springer Berlin Heidelberg, 2017. Vol. 274, N3, P. 1245–1250.
40. Alyono J. C. Vertigo and Dizziness: Understanding and Managing Fall Risk // *Otolaryngol. Clin. North Am.* Elsevier Inc, 2018. Vol. 51, N4, P. 725–740.
41. Hillen M.E., Wagner M.L., Sage J.I. "Subclinical" orthostatic hypotension is associated with dizziness in elderly patients with Parkinson disease // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1996. Vol. 77, N7, P. 710–712.
42. Peng B., Li Y. Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment of Cervical Vertigo // *Pain Physician.* 2015. Vol. 18, P. 583–595.
43. Strupp M. et al. Bilateral vestibulopathy: Diagnostic criteria consensus document of the classification committee of the barany society // *J. Vestib. Res. Equilib. Orientat.* 2017. Vol. 27, N4, P. 177–189.
44. Пальчун В. Т. Макоева А. А. Гусева А. А. Головокружение при вестибулярном нейроните: подходы к диагностике и лечению. // *Вестник оториноларингологии.* 2018. Т. 83. № 3. С. 4–10. DOI: 10.17116/otorino20188334
45. Popkrov S., Stone J., Holle-Lee D. Treatment of Persistent Postural-Perceptual Dizziness (PPPD) and Related Disorders // *Curr. Treat. Options Neurol. Current Treatment Options in Neurology.* 2018. Vol. 20, N12.
46. Lahmann C. et al. Psychiatric comorbidity and psychosocial impairment among patients with vertigo and dizziness // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2015. Vol. 86, N3, P. 302–308.
47. Pfortmueller C.A. et al. Primary hyperventilation in the emergency department: A first overview // *PLoS One.* 2015. Vol. 10, N6, P. 1–8.
48. Sawada F. et al. Relationship of physical distress to dizziness in patients with fibromyalgia // *Acta Otolaryngol.* 2015. Vol. 36, N1, P. 56–61.
49. Fife T.D., Giza C. Posttraumatic vertigo and dizziness // *Semin. Neurol.* 2013. Vol. 33, N3, P. 238–243.
50. Крюков А. И., Кунельская Н. Л., Гусева А. А. Головокружение после черепно-мозговой травмы: диагностика и лечение. // *Consilium Medicum.* 2018. Т. 20. № 2. С. 151–155. DOI: 10.26442/2075-1753.2018.2.151-155.
51. Sheen A. J. La vignette diagnostique de l'étudiant diagnostic différentiel d'un malaise: hypoglycémie, hypotension ou spasmophilie? // *Rev. médicale liège.* 2011. Vol. 66, № 1, P. 48–54.
52. Tinetti M.E., Williams C. S., Gill T. M. Dizziness among older adults: A possible geriatric syndrome // *Ann. Intern. Med.* 2000. Vol. 132, N5, P. 337–344.

Для цитирования: Гусева А.А., Макаров С.А., Дюкова Г.М., Голубев В.Л. Клинико-диагностический подход к пациенту с головокружением. Медицинский алфавит. 2020;(1):15–20. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-1-15-20>

For citation: Guseva A.L., Makarov S.A., Dyukova G.M., Golubev V.L. Clinical and diagnostic approach to patient with vertigo and dizziness. Medical alphabet. 2020; (1):15–20 <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-1-15-20>



25/03/20

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

АМБУЛАТОРНАЯ НЕВРОЛОГИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Научные руководители:

Федин Анатолий Иванович, д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, заведующий кафедрой неврологии ФДПО ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, директор университетской неврологической клиники в городской клинической больнице № 15 им. О.М. Филатова

Мартынов Анатолий Иванович, д.м.н., профессор, академик РАН, заслуженный деятель науки Российской Федерации, заслуженный врач РСФСР, лауреат Премии Совета Министров СССР, президент Общероссийской общественной организации «Российское научное медицинское общество терапевтов»

09:00 – 18:00

Москва, Новый Арбат, 36,
здание Правительства Москвы,
Малый конференц-зал

МЕДЗНАНИЯ⁺

127051, Россия, Москва, +7 495 699 14 65 www.medq.ru
Большой Каретный пер., 7 +7 495 699 81 84 info@medq.ru