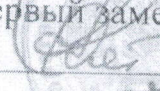


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

 Ю.Л.Горбич

02.08.2025 г.

Регистрационный № 012-0525

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ
НАРУШЕНИЙ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИИ

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии»; государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии»

АВТОРЫ: д.м.н., доцент Марьенко И.П., д.м.н., профессор Еременко Ю.Е., к.м.н., доцент Клебан А.В., к.б.н. Можейко М.П., Поддубный А.А.

Минск, 2025

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод лечения нарушений вестибулярной функции (МКБ 10: Н81), включающий алгоритм лечения доброкачественного пароксизмального головокружения Н81.1; алгоритм лечения вестибулярного нейронита Н81.2; алгоритм лечения других периферических головокружений Н81.3.

Настоящая инструкция предназначена для врачей-оториноларингологов, врачей-неврологов, врачей общей практики, врачей-терапевтов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам с нарушениями вестибулярной функции в амбулаторных и (или) стационарных условиях, и (или) в условиях отделения дневного пребывания.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Нарушения вестибулярной функции (МКБ 10: Н81).

Доброкачественное пароксизмальное головокружение (МКБ 10: Н81.1).

Вестибулярный нейронит (МКБ 10: Н81.2).

Другие периферические головокружения (МКБ 10: Н81.3) – двусторонняя вестибулопатия.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Соматические и хронические заболевания в стадии декомпенсации.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И Т.Д.

1. Кушетка медицинская.
2. Очки Френзеля.
3. Аппарат видеоокулографии.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Раздел МКБ 10: Н81 «Нарушения вестибулярной функции» включает болезнь Меньера (Н81.0), доброкачественное пароксизмальное головокружение (Н81.1), вестибулярный нейронит (Н81.2), другие

периферические головокружения (H81.3), головокружение центрального происхождения (H81.4).

При болезни Меньера (H81.0) лечение осуществляется согласно инструкции по применению «Алгоритм лечения болезни Меньера» №086-1014, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь 31.12.2024.

При головокружении центрального происхождения (H81.4) лечение осуществляется согласно Клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)», утвержденного постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.01.2018 № 8.

Технология использования метода лечения нарушений вестибулярной функции (МКБ 10: H81) включает:

1. Алгоритм лечения доброкачественного пароксизмального головокружения (H81.1).
2. Алгоритм лечения вестибулярного нейронита (H81.2).
3. Алгоритм лечения других периферических головокружений (H81.3).

1. Алгоритм лечения доброкачественного пароксизмального головокружения

1.1 При доброкачественном пароксизмальном головокружении в форме отолитиаза заднего полукружного канала (при положительной пробе Дикса-Холлпайка) применяется маневр Эпли.

1.1.1 Пациента усаживают на кушетку и поворачивают его голову на 45° в пораженную сторону. Далее его укладывают на спину так, чтобы голова свешивалась с края кушетки на 30° , при этом сохранялся ее разворот на 45° (по типу пробы Дикса-Холлпайка). В этом положении ожидаемо появление головокружения и провокационного нистагма. После прекращения головокружения и исчезновения позиционного нистагма пациента оставляют в этом положении еще от 30 до 60 секунд.

1.1.2 Затем голову пациента поворачивают на 90° в противоположную (здоровую) сторону. В этом положении также пациент находится в течение от 30 до 60 секунд после исчезновения головокружения и провокационного нистагма.

1.1.3 Далее пациента укладывают набок так, чтобы голову можно было повернуть на 90° в здоровую сторону вниз, и оставляют в этом положении еще на 30 секунд после прекращения головокружения и исчезновения нистагма.

1.1.4 Завершают маневр возвращением пациента в положение сидя, при этом его голова должна быть наклонена вперед, а подбородок – касаться груди (рисунок 1).

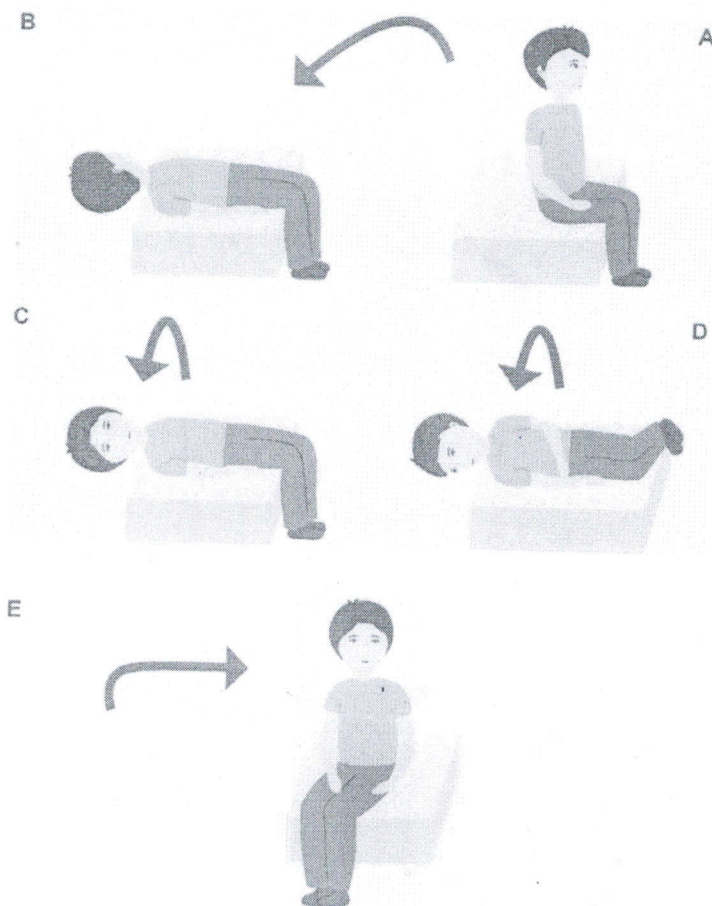


Рисунок 1. Терапевтический репозиционный маневр Эпли при доброкачественном пароксизмальном головокружении в форме отолитиаза заднего полукружного канала справа

1.2 При доброкачественном пароксизмальном головокружении в форме купулолитиаза заднего полукружного канала (при положительной пробе Дикса-Холлпайка) применяется маневр Семонта.

1.2.1 Пациент сначала находится в положении сидя с головой, повернутой в сторону здорового уха.

1.2.2 Затем пациента укладывают на бок в сторону больного уха, при этом положение головы сохраняется, то есть лицо пациента смотрит вверх.

1.2.3 Спустя 1–2 минуты пациента быстро перекалывают через исходную позицию на другой бок, теперь уже лицом вниз. В этом положении пациент остается 1–2 минуты, а затем медленно, сохраняя все тот же поворот головы, садится в исходное положение (рисунок 2).



Рисунок 2. Терапевтический репозиционный маневр Семонта при доброкачественном пароксизмальном головокружении в форме каналолитиаза заднего полукружного канала справа

1.3 При доброкачественном пароксизмальном головокружении горизонтального полукружного канала в форме отолитиаза (при положительной пробе МакКлюра-Пагнини) применяется терапевтический репозиционный маневр Лемперта.

1.3.1 Пациента укладывают на спину, далее его голову поворачивают набок в поврежденную сторону и удерживают в этом положении до 90 секунд.

1.3.2 Пациента последовательно поворачивают в здоровую сторону на 360° вокруг его продольной оси с шагом в 90° . В каждом положении пациент фиксируется на 90 секунд.

1.3.3 По окончании поворота пациента возвращают в положение сидя (рисунок 3).

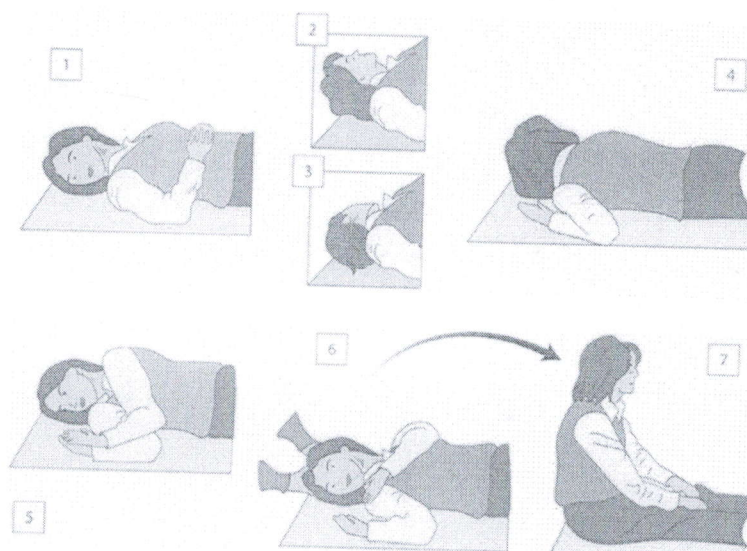


Рисунок 3. Терапевтический репозиционный маневр Лемперта при доброкачественном пароксизмальном головокружении горизонтального полукружного канала справа в форме отолитиаза

1.4 При доброкачественном пароксизмальном головокружении горизонтального полукружного канала в форме купулолитиаза (при положительной пробе МакКлюра-Пагнини) применяется маневр для перевода купулолитиаза в каналолитиаз (маневр Гуфони) на стороне поражения по данным пробы МакКлюра-Пагнини

1.4.1. Пациент из положения сидя укладывается на бок в пораженную сторону, находится в этом положении до 1 минуты.

1.4.2 Пациент производит в исходном положении на боку поворот головы на 45° вверх и находится в этом положении до 1 минуты (рисунок 4).



Рисунок 4. Маневр Гуфони для перевода купулолитиаза в отолитиаз при доброкачественном пароксизмальном головокружении горизонтального полукружного канала справа в форме купулолитиаза

1.4.3 Далее производится терапевтический репозиционный маневр Лемперта (рисунок 3).

1.5 При доброкачественном пароксизмальном головокружении переднего полукружного канала (при положительном тесте запрокидывания головы) применяется терапевтический репозиционный маневр Яковино.

1.5.1 Положение головы одинаково как для левого, так и для правого переднего полукружных каналов. Пациент сидит на кушетке,

далее его укладывают на кушетку назад со свисающей головой на 30° ниже горизонтали.

1.5.2 Затем голова наклоняется вперед (подбородком к груди), после чего пациента возвращают в положение сидя (рисунок 5).

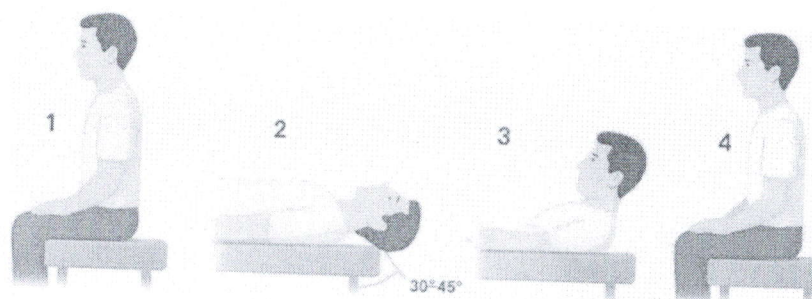


Рисунок 5. Терапевтический репозиционный маневр Яковино

1.5.3 В каждом конечном положении пациент должен находиться не менее 30 секунд.

1.6 При многоканальном доброкачественном пароксизмальном головокружении (положительной пробе Дикса-Холлпайка и(или) пробе МакКлюера-Пагнини, и(или) пробе запрокидывания головы) терапевтические репозиционные маневры осуществляется последовательно для каждого в отдельности выявленного на основании тестирования полукружного канала.

1.7 После перенесенного приступа позиционного головокружения пациенту назначают фармакологическое лечение согласно Клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с нарушениями вестибулярной функции при болезнях внутреннего уха».

1.8 Для предотвращения повторения приступов позиционного головокружения пациент выполняет вестибулярную гимнастику (упражнение Брандта-Дароффа).

Методика самостоятельного выполнения упражнения Брандта-Дароффа: исходное положение – сидя на кровати, голова повернута на 45° в сторону пораженного полукружного канала. Далее необходимо быстро лечь на пораженную сторону, не меняя поворота головы, и задержаться в таком положении в течение 30 секунд (или до исчезновения головокружения). Вернуться в исходное положение – сидя на кровати – и быстро лечь на здоровую сторону, не меняя поворота головы, и задержаться в таком положении в течение 30 секунд. Вернуться в исходное положение: сидя на кровати (рисунок 6).

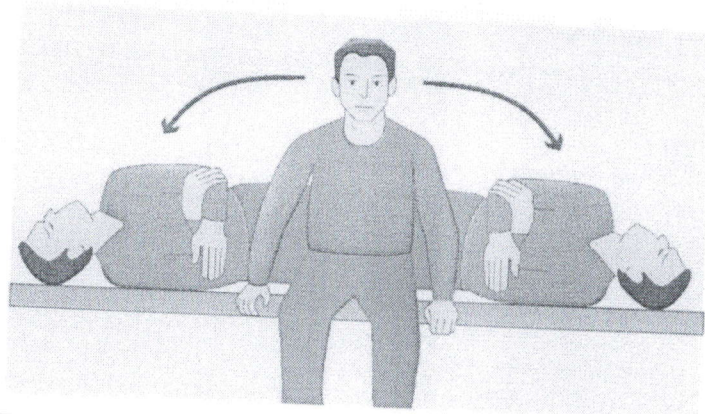


Рисунок 6. Упражнение Брандта – Дароффа

2 Алгоритм лечения вестибулярного нейронита

2.1 При вестибулярном нейроните осуществляется купирование приступа головокружения согласно Клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с нарушениями вестибулярной функции при болезнях внутреннего уха».

2.2 Для разрешения головокружения, обусловленного вестибулярным нейронитом, рекомендовано выполнение вестибулярной гимнастики, направленной на восстановление вестибулоокулярного рефлекса.

2.1.1 В 1–3–е сутки заболевания (острейший период) - Покой. Имобилизация головы. Гимнастика не показана. Фиксация взгляда на какой-либо точке.

2.1.2 На 3–5–е сутки заболевания (уменьшение интенсивности головокружения, спонтанная рвота отсутствует):

2.1.2.1 повороты в постели, присаживание;

2.1.2.2 фиксация взора прямо, под углом 10° , 20° и 40° по вертикали и горизонтали;

2.1.2.3 плавные следящие движения, например, слежение за пальцем или молоточком, перемещающимся со скоростью $20\text{--}40^\circ/\text{с}$, $20\text{--}60^\circ/\text{с}$;

2.1.2.4 фиксация на движущемся объекте с неподвижной головой (рисунок 7);

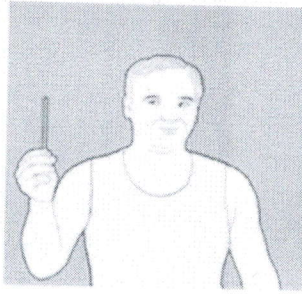


Рисунок 7. Фиксация на движущемся объекте с неподвижной головой

2.1.2.5 движения головой при фиксации взора на неподвижном предмете, расположенном на расстоянии 1 м (0,5–2 Гц; 20–30° по горизонтали и вертикали) (рисунок 8).

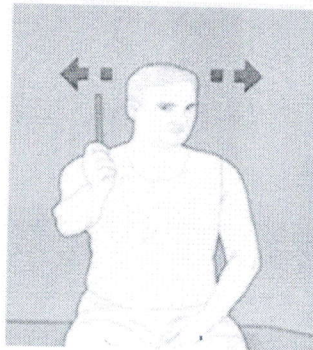


Рисунок 8. Движения головой при фиксации взора на неподвижном предмете

2.1.2.6 стояние и ходьба с открытыми и закрытыми глазами с поддержкой (рисунок 9).

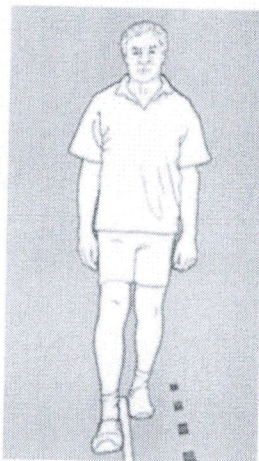


Рисунок 9. Стояние и ходьба с открытыми и закрытыми глазами с поддержкой

2.1.3 На 5–7–е сутки заболевания:

2.1.3.1 упражнения на статическое равновесие: стояние на одной ноге или одном колене, стояние на ногах с открытыми и закрытыми глазами, запрокинутой головой;

2.1.3.2 упражнение на динамическое равновесие: движения глазами и головой (как в предыдущем разделе) стоя без поддержки.

2.1.4 На 2–3 неделе заболевания использование сложных упражнений на развитие равновесия. Упражнения должны быть сложнее повседневных вестибулярных нагрузок.

3 Алгоритм лечения другого периферического головокружения

3.1 При другом периферическом головокружении (двухсторонней вестибулопатии) лечение определяется вызвавшим его заболеванием.

3.2 При положительной пробе Дикса-Холлпайка и(или) пробе МакКлюра-Пагнини, и(или) пробе запрокидывания головы выполнение репозиционных маневров согласно алгоритму лечения доброкачественного пароксизмального головокружения.

3.3 Для восстановления функции равновесия выполняется вестибулярная гимнастика.

3.3.1 Исходное положение стоя. Перекрестный шаг вперед с правой/левой ноги, возврат в исходное положение. То же с другой ноги. Повтор каждого упражнения 5-10 раз по 2 подхода (рисунок 10).

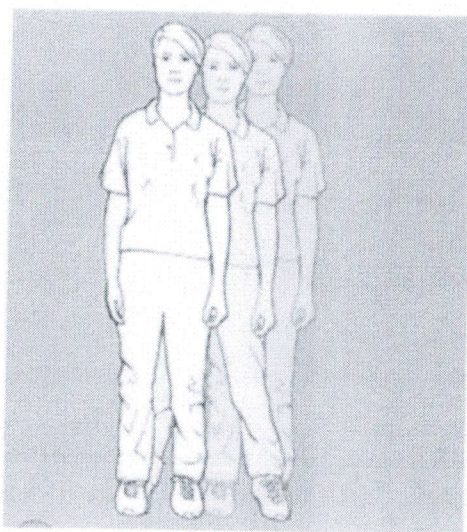


Рисунок 10. Перекрестный шаг вперед с правой/левой ноги

3.3.2 Исходное положение стоя. Перекрестный шаг правым/левым боком (рисунок 11).

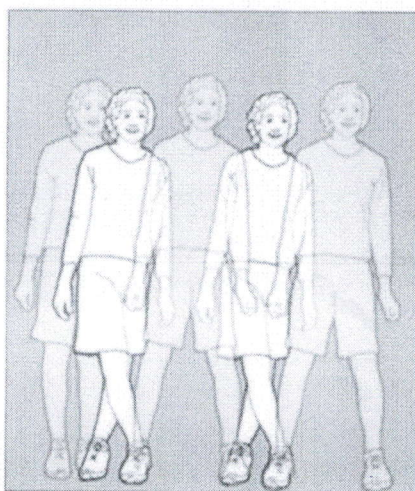


Рисунок 11. Перекрестный шаг вперед с правой/левой ноги

3.3.3 Исходное положение стоя. Ходьба «по одной линии» (рисунок 12).

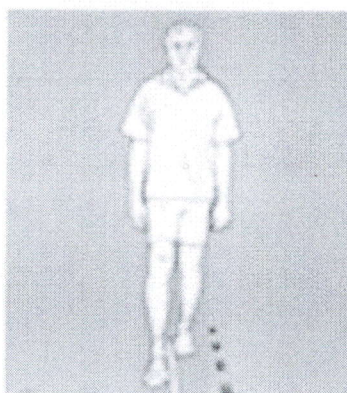


Рисунок 12. Ходьба «по одной линии»

3.3.4 Исходное положение стоя. Шаг на ступеньку (возвышенность). Выполнять с открытыми и закрытыми глазами (рисунок 13).

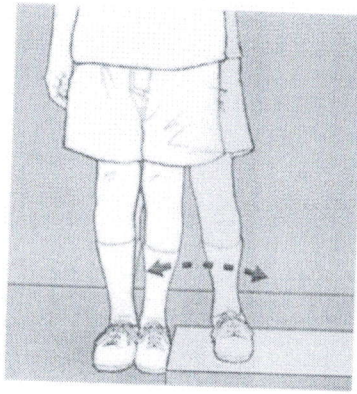


Рисунок 13. Шаг на ступеньку

3.3.5 Исходное положение стоя. Ноги одна впереди другой, руки вдоль тела, выполнять повороты головы вправо/влево, пробовать с открытыми и закрытыми глазами (рисунок 14).

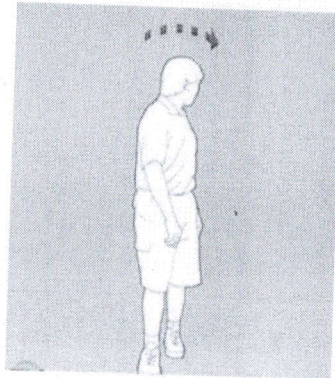


Рисунок 14. Повороты головы вправо/влево

3.3.6 Упражнение «Циферблат». Исходное положение стоя на одной ноге, другую перемещать по указанным точкам, имитирующим цифры (рисунок 15).

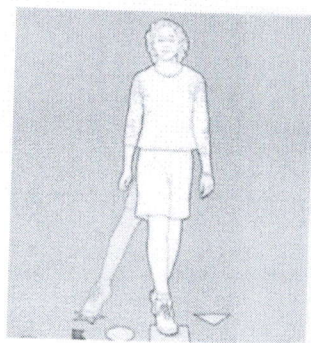


Рисунок 15. Упражнение «Циферблат»

3.3.7 Ходьба назад 1-1,5 метра, темп медленный (рисунок 16).

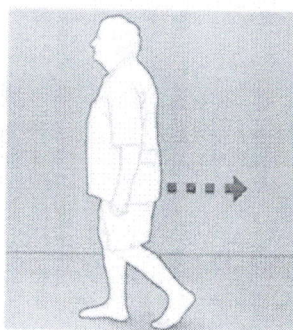


Рисунок 16. Ходьба назад

3.3.8 Исходное положение стоя. Поднятие пяток с удержанием ровного положения тела на 3-5 секунд (рисунок 17).

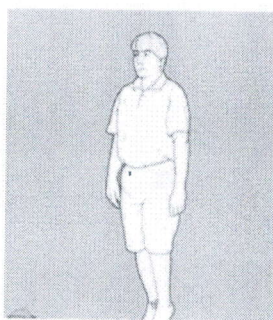


Рисунок 17. Поднятие пяток, с удержанием ровного положения тела

3.3.9 Исходное положение стоя на одной ноге, поднимать другую, согнутую в бедре и удерживать 3-5 секунд (рисунок 18).

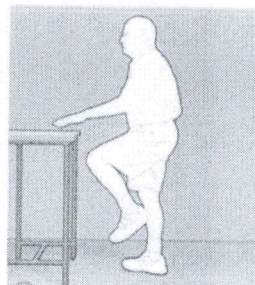


Рисунок 18. Исходное положение стоя на одной ноге, поднимать другую, согнутую в бедре и удерживать

3.3.10 Выполнять шаг вперед, переступая через препятствие с возвратом назад в исходное положение, пробовать с открытыми и закрытыми глазами (рисунок 19).

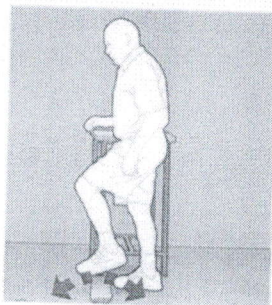


Рисунок 19. Перекрестный шаг вперед с правой/левой ноги

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. При соблюдении требований к отбору пациентов для обследования осложнений не выявлено.
2. Возникновение в некоторых случаях вестибуловегетативных реакций (дурноты, головокружения, потливости) во время проведения терапевтических репозиционных маневров носят незначительный характер и не требуют дополнительных вмешательств.

КОНТРОЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА

Контроль клинической эффективности метода производится в соответствии с критериями эффективности:

1. При доброкачественном пароксизмальном головокружении - регресс головокружения и отсутствие провокационного нистагма при проведении повторного вестибулярного тестирования с проведением позиционных тестов.
2. При вестибулярном нейроните - регресс головокружения и отсутствие спонтанного нистагма при проведении повторного вестибулярного тестирования.
3. При другом периферическом головокружении (двусторонней вестибулопатии) снижение длительности и интенсивности головокружения и нарушения равновесия на 50% и более.