

Общероссийская общественная организация
«Российская остеопатическая ассоциация»

**ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ:
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ
ПОДХОД В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОСТЕОПАТА**

Клинические рекомендации

Санкт-Петербург
2015

ISBN 978-5-905107-31-3

Головокружение: дифференциально — диагностический подход в практике врача — остеопата. Клинические рекомендации. — СПб.: «Невский ракурс», 2015. — 40 с.

Рассмотрены и рекомендованы к утверждению профильной комиссией по специальности «Остеопатия» Минздрава Российской Федерации на заседании 11.06.2015 года в составе:

Мохов Д.Е. (Санкт-Петербург), Беляев А.Ф. (Владивосток), Азаренков М.Д. (Калуга), Аптекарь И.А. (Тюмень), Болотов Д.А. (Москва), Вяльцев А.В. (Тольятти), Гайнутдинов А.Р. (Казань), Егорова И.А. (Великий Новгород), Зарубин А.В. (Благовещенск), Ивашов В.В. (Рязань), Киселев А.К. (Тольятти), Климов Ю.А. (Москва), Кузьмина Ю.О. (Санкт-Петербург), Лебедев Е.Б. (Тула), Матвиенко В.В. (Москва), Меденцов В.А. (Саратов), Мешков С.Г. (Нижний-Новгород), Мусурицкий А.П. (Хабаровск), Неборский А.Т. (Москва), Новиков Ю.О. (Уфа), Павленок В.Ю. (Южно-Сахалинск), Пересыпкин В.В. (Волгоград), Петрищев А.А. (Пермь), Пискунова Г.Е. (Петропавловск-Камчатский), Рассказов Л.В. (Тверь), Ситель А.Б. (Москва), Сорокин О.И. (Ульяновск), Тормышов А.Е. (Сочи), Трегубова Е.С. (Санкт-Петербург), Фролов В.А. (Москва), Хостикоев Т.М. (Йошкар-Ола), Червоток А.Е. (Санкт-Петербург), Чусовитина О.А. (Екатеринбург).

Утверждены решением Правления общероссийской общественной организации «Российская остеопатическая ассоциация» 12 декабря 2014 года.

Состав Правления:

д.м.н., проф. Мохов Д.Е. (Санкт-Петербург), д.м.н., проф. Беляев А.Ф. (Владивосток), Мазальский К.В. (Москва), к.м.н. Червоток А.Е. (Санкт-Петербург), д.м.н. Трегубова Е.С. (Санкт-Петербург), к.м.н. Аптекарь И.А. (Тюмень), Вяльцев А.В. (Тольятти), д.м.н., проф. Гайнутдинов А.Р. (Казань), д.м.н., проф. Егорова И.А. (Великий Новгород), к.м.н. Кузьмина Ю.О. (Санкт-Петербург), Мерзляков Е.Л. (Тюмень).

© Общероссийская общественная организация
«Российская остеопатическая ассоциация», 2015

Содержание

Условные сокращения	4
Введение. Понятие о дифференциальной диагностике	5
Соматическая дисфункция – определение и сущность.....	6
Порядок обследования пациента на приеме. Остеопатическое заключение	7
Соматические дисфункции при головокружении	10
Классификация головокружения	12
Диагностический круг заболеваний при головокружении	14
Системное (вестибулярное) головокружение	17
Несистемное головокружение в картине липотимического состояния	28
Консультации специалистов. Дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования	33
Тактика врача-остеопата	34
Литература.....	35

Условные сокращения

- АД — артериальное давление
- ВБН — вертебрально-базилярная недостаточность
- ДППГ — доброкачественное пароксизмальное
позиционное головокружение
- ЗЧЯ — задняя черепная ямка
- ПВН — периферическая вегетативная недостаточность
- ПВС — психовисцеросоматическое нарушение
- ТИА — транзиторная ишемическая атака
- ТМО — твердая мозговая оболочка
- УЗДГ — ультразвуковая доплерография
- ЦНС — центральная нервная система
- ЧСС — частота сердечных сокращений
- ЭКГ — электрокардиография
- Эхо-КГ — эхокардиография
- ЭЭГ — электроэнцефалограмма
- ЭНМГ — электронейромиография

Введение.

Понятие о дифференциальной диагностике

Распространенность головокружения в общей популяции составляет 20–30% и достигает 40% у пациентов старше 40 лет [23, 26, 29], 30% — у людей старше 65 лет и 50% — у пациентов старше 80 лет [13]. Этот симптом существенно влияет на качество жизни пациента, может быть причиной падений и травм, приводить к нетрудоспособности и даже инвалидизации. Головокружение занимает третье место в списке наиболее частых жалоб, предъявляемых амбулаторными пациентами с нехирургической патологией [24, 29]. Между тем, как показывает практика, большинство пациентов с головокружением не получают адекватной помощи: их направляют на множество консультаций (невролога, терапевта, эндокринолога, отоларинголога, психиатра) и ненужных дополнительных исследований, однако в итоге нередко устанавливается неправильный диагноз и назначается неэффективное лечение, что приводит к значительным социально-экономическим потерям [18].

В рамках данных клинических рекомендаций будет рассмотрен дифференциально-диагностический подход к проблеме головокружений у пациентов, которые обращаются за остеопатической помощью.

Уже с первых минут общения с пациентом перед врачом-osteопатом возникает необходимость анализа информации и проведения дифференциальной диагностики. Дифференциальная диагностика — это процесс выбора единственно возможного или наиболее вероятного заболевания на основании выявления и сопоставления целого ряда симптомов. Дифференциальный диагноз является конечным результатом сложного процесса, в котором наиболее важной является фаза отбора. Результат зависит от логического мышления, опыта врача, а также от знания того, какие заболевания возможны при данных условиях и симптомах.

Еще в 1928 г. А. М. Левин и Д. Д. Плетнев в «Основах клинической диагностики для врачей и студентов» очень точно описали процесс дифференциальной диагностики: «Первые жалобы боль-

ного, его общий вид возбуждают в уме врача целый ряд подозрений, пока еще весьма смутных. Дальнейший рассказ больного, его воспоминания о бывших заболеваниях, о ходе нынешнего заболевания укрепляют некоторые из этих подозрений и делают маловероятными все остальные. Постепенно из хаоса возможных предположений выделяется несколько таких, которые в данном случае сравнительно более вероятны, и врач, исследуя больного, по возможности всесторонне, главным образом те органы, вокруг которых сосредотачиваются его подозрения, обыкновенно скоро приходит к заключению относительно того, которые из возможных в данном случае предположений наиболее вероятны. Это последнее и есть диагноз».

Соматическая дисфункция – определение и сущность

Принято рассматривать болезнь как нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и (или) морфологическими (структурными) изменениями, наступающими в результате воздействия эндогенных и (или) экзогенных факторов. Таким образом можно утверждать, что любая болезнь имеет как функциональную (потенциально обратимую), так и органическую составляющую. Функциональный компонент обусловлен расстройством функции органа без нарушения его структуры. Органическая составляющая, наоборот, связана с повреждением структуры органа. Именно функциональная составляющая болезни оказывается в компетенции работы врача-osteопата [10].

Специфическим объектом остеопатического воздействия является соматическая дисфункция.

Соматическая дисфункция — функциональное нарушение, имеющее биомеханическую, ритмогенную и нейродинамическую компоненты:

- биомеханическая составляющая — проявляется в нарушении подвижности, податливости и равновесия тканей тела человека;
- ритмогенная составляющая — проявляется в нарушении выработки, передачи и акцепции эндогенных ритмов;

- нейродинамическая составляющая — проявляется в нарушении нервной регуляции [1].

В организме соматические дисфункции могут отмечаться на глобальном, региональном или локальном уровнях. При этом важно помнить, что при дезадаптации и декомпенсации в организме соматическая дисфункция вызывает клинические проявления, которые могут и не совпадать с ней по локализации.

Порядок обследования пациента на приеме. Остеопатическое заключение

При обращении к врачу-остеопату любой пациент независимо от характера жалоб должен быть обследован согласно утвержденному протоколу.

Порядок обследования пациента на приеме.

1. Наблюдение.
2. Жалобы.
3. Анамнез заболевания.
4. Анамнез жизни.
5. Оценка соматического статуса.
6. Общий остеопатический осмотр.
7. Постановка диагноза.
8. Коррекция выявленных соматических дисфункций.
9. Контрольное тестирование корригируемого региона.
10. Рекомендации.

Общий остеопатический осмотр включает в себя:

I. Обследование пациента в положении стоя:

- осмотр спереди/сбоку/сзади;
- пальпация, перкуссия мышечного тонуса;
- глобальные активные тесты;
- глобальное (общее) остеопатическое прослушивание;
- флексионный тест.

II. Обследование пациента в положении сидя:

- флексионный тест;
- пассивные тесты в трансляции для таза, поясничного и грудного отделов позвоночника;
- тест «трех объемов».

III. Обследование пациента в положении лежа:

- оценка длины нижних конечностей;
- тест ригидности суставов нижних конечностей;
- тест ригидности крестцово-подвздошных суставов через SIAS;
- тест шейного отдела позвоночника в трансляции;
- оценка торакального и абдоминального регионов на спокойном и форсированном дыхании;
- оценка мобильности висцеральных масс;
- оценка краниального ритмического импульса;
- оценка дыхательного ритмического импульса;
- оценка сердечного ритмического импульса.

После выполнения данного алгоритма определяются проблемные регионы, которые уже прицельно тестируются путем специфического остеопатического обследования [1]. Проанализировав все полученные в ходе остеопатического обследования результаты, врач заполняет остеопатическое заключение (табл. 1) с указанием биомеханических, ритмогенных и нейродинамических нарушений на глобальном, региональном и локальном уровнях. Остеопатическое заключение является в некотором роде завершающим этапом, «вершиной» остеопатического осмотра пациента и отражает логику врача, его видение пациента на данный момент времени. Кроме того, выделение в остеопатическом заключении доминирующей соматической дисфункции позволяет понять предполагаемую тактику остеопатического лечения данного пациента.

Таблица 1

Остеопатическое заключение

Уровень/ Нарушение	Биомеханиче- ское (1–2–3 балла)	Ритмогенное (1–2–3 балла)	Нейродинами- ческое (1–2–3 балла)																																																						
Глобальный	123	Краниал. 123 Кардиал. 123 Дыхательн. 123	ПВС 123 Постуральное 123																																																						
Региональ- ный	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Регион:</th> <th>сома</th> <th>висцера</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Головы</td> <td>123</td> <td>123</td> </tr> <tr> <td>Шеи</td> <td>123</td> <td>123</td> </tr> <tr> <td>Верх. конечн.</td> <td>123</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>Грудной</td> <td>123</td> <td>123</td> </tr> <tr> <td>Поясничный</td> <td>123</td> <td>123</td> </tr> <tr> <td>Таза</td> <td>123</td> <td>123</td> </tr> <tr> <td>Нижн. конечн.</td> <td>123</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>ТМО</td> <td>123</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>	Регион:	сома	висцера	Головы	123	123	Шеи	123	123	Верх. конечн.	123	—	Грудной	123	123	Поясничный	123	123	Таза	123	123	Нижн. конечн.	123	—	ТМО	123	—		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ВС</th> <th>СВ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cr</td> <td>123</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>C1–C3</td> <td>123</td> <td>123</td> </tr> <tr> <td>C4–C6</td> <td>123</td> <td>123</td> </tr> <tr> <td>C7–Th2</td> <td>123</td> <td>123</td> </tr> <tr> <td>Th3–Th5</td> <td>123</td> <td>123</td> </tr> <tr> <td>Th6–Th9</td> <td>123</td> <td>123</td> </tr> <tr> <td>Th10–L1</td> <td>123</td> <td>123</td> </tr> <tr> <td>L2–L5</td> <td>123</td> <td>123</td> </tr> </tbody> </table>		ВС	СВ	Cr	123	—	C1–C3	123	123	C4–C6	123	123	C7–Th2	123	123	Th3–Th5	123	123	Th6–Th9	123	123	Th10–L1	123	123	L2–L5	123	123
Регион:	сома	висцера																																																							
Головы	123	123																																																							
Шеи	123	123																																																							
Верх. конечн.	123	—																																																							
Грудной	123	123																																																							
Поясничный	123	123																																																							
Таза	123	123																																																							
Нижн. конечн.	123	—																																																							
ТМО	123	—																																																							
	ВС	СВ																																																							
Cr	123	—																																																							
C1–C3	123	123																																																							
C4–C6	123	123																																																							
C7–Th2	123	123																																																							
Th3–Th5	123	123																																																							
Th6–Th9	123	123																																																							
Th10–L1	123	123																																																							
L2–L5	123	123																																																							
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)																																																								
Доминирующая соматическая дисфункция:																																																									

Примечание: ПВС — психовисцеросоматическое нарушение; ТМО — твердая мозговая оболочка; ВС — висцеро-соматическое нарушение; СВ — сомато-висцеральное нарушение.

Соматические дисфункции при головокружении

Очевидно, что при головокружении у пациента в ходе остеопатического обследования могут быть выявлены абсолютно любые соматические дисфункции. Однако, опираясь на работы ряда авторов (Белаш В. О., Новосельцев С. В., 2013, 2014, 2015), можно указать наиболее часто встречающиеся соматические дисфункции у таких пациентов (табл. 2).

Таблица 2

Соматические дисфункции при головокружении

Уровень соматической дисфункции	Соматические дисфункции
Глобальный	Ритмогенное нарушение: нарушение выработки краниального ритмического импульса
	Нейродинамическое нарушение: психовисцеросоматическое
Региональный	Биомеханическое нарушение: регион шеи, соматическая составляющая
	Биомеханическое нарушение: регион грудной, соматическая составляющая
	Биомеханическое нарушение: регион поясничный, висцеральная составляющая
	Биомеханическое нарушение: регион твердой мозговой оболочки

Уровень соматической дисфункции	Соматические дисфункции
Локальный	Торсиисфенобазиллярный синхондрозый Латерофлексия с ротацией сфенобазиллярного синхондроза Латеральный стрейн сфенобазиллярного синхондроза Дисфункции отдельных швов черепа (преимущественно швы височной кости) C0 — C1 C3 — C4 C4 — C5 I ребро Связки купола плевры Грудобрюшная диафрагма Печень Почки L1 — L2 L2 — L3 L5 — S1 Лонное сочленение

Дифференциальная диагностика в рамках функциональной составляющей того или иного заболевания для врача-osteopата не составляет труда. А вот с органической составляющей могут возникнуть некоторые сложности. Тем не менее остеопат обязательно должен уметь на самом раннем этапе проводить дифференциальную диагностику. Это позволит своевременно заподозрить патологические состояния и заболевания, являющиеся противопоказанием к остеопатическому лечению, назначить дополнительные методы исследования (лабораторные и инструментальные) и консультации необходимых специалистов.

Классификация головокружения

Головокружение может являться симптомом целого ряда патологических состояний. Кроме того, зачастую пациенты одним словом «головокружение» обозначают самые различные ощущения и жалобы. Следовательно, одна из первых задач врача-остеопата — выяснить, какие действительно ощущения испытывает больной, называя их головокружением.

Жалуясь на головокружение, пациент обычно имеет в виду один из трех типов [4]:

1. «истинное» головокружение, к которому рекомендуют относить системное (вращательное, круговое) головокружение;
2. липотимические состояния и обмороки различной природы;
3. головокружения смешанного генеза (нарушения походки и неустойчивость).

На современном этапе выделяют еще один, четвертый тип головокружений психогенного происхождения [15].

Более распространенная в последние годы классификация делит головокружения на две основные группы [5]:

1. системные (вестибулярные).
2. несистемные (все остальные, которые будут описаны ниже).

Определение типа головокружения базируется на тщательном анализе жалоб. Если пациент затрудняется описать свои ощущения, можно задать ему наводящие вопросы: казалось ли ему, что вокруг него вращается комната либо что крутится его тело («как на карусели»); ощущал ли он шаткость и неустойчивость при стоянии или ходьбе («как в лодке»); чувствовал ли он себя так, будто вот-вот потеряет сознание, либо же это было какое-то неопределенное переживание («голова пустая», «не могу сосредоточиться»). Кроме того, следует установить, были ли эти ощущения приступообразными или постоянными, как давно они появились и что их провоцирует (например, изменение положения тела, поворот с боку на бок в кровати, душное помещение или длительное вертикальное положение). При опросе следует уточнить, какие

медикаменты принимает пациент, а также выяснить, курит ли он и как много потребляет кофеина и алкоголя [19].

При таких утверждениях, как «мне казалось, что комната вращается вокруг меня», можно с уверенностью говорить о наличии системного (вестибулярного, истинного) головокружения. Важным является наличие таких сопутствующих симптомов, как тошнота и рвота. Данный тип головокружений усиливается при вставании, поворотах головы, ходьбе [4, 13].

Состояние «дурноты» в виде ощущения общей слабости, тошноты, «потемнения в глазах», холодного пота, предчувствия неминуемого падения и потери сознания характерно для невестибулярного головокружения, объединяющего липотимические состояния и психогенный тип.

Третий вариант головокружений подразумевает трудноописуемые ощущения, возникающие иногда во время перемещения взора, в процессе передвижения больного с дискоординацией движений, неустойчивостью тела, нарушениях походки разного типа и связан с постуральными, зрительно-вестибулярными, апракто-атактическими и другими подобными нарушениями [4, 15].

Медицинский словарь Дорланда дает следующее определение системного головокружения (вертиго): иллюзия движения; ощущение, будто окружающий мир крутится вокруг пациента или будто пациент вращается в пространстве [19]. В типичных случаях пациенты с системным головокружением описывают вращение окружающих предметов, движение по кругу или взад-вперед.

Таким образом, при выявлении жалоб можно определиться с наличием у больного системного или несистемного типа головокружения. Вестибулярное головокружение может возникать при вовлечении вестибулярной системы на любом уровне, начиная от внутреннего уха в пирамидке височной кости, вестибулярного нерва, мостомозжечкового угла, ствола головного мозга и заканчивая подкорковыми структурами и корой головного мозга (в височных и теменных долях).

Диагностический круг заболеваний при головокружении

Спектр причин, вызывающих головокружение, очень широк и представлен в схеме. Хотя течение многих заболеваний доброкачественно, в круг диагностического поиска включен и целый ряд жизнеугрожающих состояний.

Схема. Диагностический круг заболеваний при головокружении [7]



Важной информацией для определения этиологии головокружения также являются его временные характеристики (табл. 3).

Таблица 3

Временные параметры, которые могут помочь установить причину головокружения [16]

Начало	Симптомы	Расстройство	Особенности
Острое	Несколько секунд или минут	ДППГ	Ухудшение состояния при движениях головы, характерный нистагм при пробе Дикса-Холпайка
		Болезнь Меньера	Чувство распирания, снижение слуха, шум в ухе
	Несколько минут или часов	ТИА	Дизартрия, атаксия, преходящие очаговые неврологические нарушения
		Несколько часов или дней	Вестибулярная мигрень
	Инсульт в вертебрально-базиллярном бассейне		Дизартрия, атаксия, стойкие очаговые неврологические нарушения

Начало	Симптомы	Расстройство	Особенности
Постепенное	Эпизодически	Ортостатическая гипотензия	Развивается в вертикальном положении, сильнее выражена утром после сна, другие вегетативные нарушения
		Опухоль ЗЧЯ	Дизартрия, атаксия, прогрессирующие очаговые неврологические нарушения, снижение слуха, шум в ушах
		Полинейропатия	Дистальная симметричная гипестезия, шаткость усиливается в темноте
		Миелопатия	Нижний парапарез, проводниковые нарушения чувствительности и функции тазовых органов

Системное (вестибулярное) головокружение

Любые процессы, поражающие вестибулярные проводники на периферическом уровне (от внутреннего уха и вестибулярного нерва до мостомозжечкового угла и ядер вестибулярного нерва в стволе головного мозга), как правило, сопровождаются не только вестибулярным симптомокомплексом, но и нарушением слуха, так как на этом уровне вестибулярный и слуховой нервы идут вместе, образуя восьмую пару черепных нервов. Таким образом, системный характер головокружения и снижение слуха без других неврологических знаков — характерный признак поражения периферических отделов вестибулярной системы. Кроме того, при процессах этой локализации головокружение часто носит характер острого приступа (табл. 4).

Указанный комплекс пароксизмальных слуховых и вестибулярных расстройств носит название синдрома Меньера (не путать с болезнью Меньера!) [4, 15]. Синдром состоит из слуховых и вестибулярных компонентов. К слуховым компонентам относятся: шум, звон в ушах или понижение слуха на пораженной стороне.

Вестибулярные компоненты включают:

- вестибулярное (системное) головокружение;
- спонтанный нистагм;
- вестибулярную атаксию;
- тошноту, рвоту, гипергидроз и другие вегетативные нарушения.

Таблица 4

Дифференциальная диагностика центральной и периферической вестибулопатии (по: Штульман Д. Р., Левин О. С., 1999)

Вид вестибулопатии. Клинические признаки	Центральная вестибулопатия	Периферическая вестибулопатия
Нистагм	Вертикальный или ротаторный, горизонтальный; направлен в сторону взора; усиливается при взгляде в сторону очага поражения	Горизонтально-ротаторный; направлен в определенную сторону; усиливается при взгляде в сторону, противоположную очагу поражения
Латентный период и длительность нистагма	Нет латентного периода после движения головой; имеет стойкий характер (более 60 с)	После движения головой отмечается латентный период, быстро истощается, длительностью менее 60 с
Головокружение	Обычно легкое, но постоянное	Выраженное, часто преходящее
Тошнота, рвота	Нередко отсутствуют	Обычно присутствуют
Направление падения	Вариабельно	В сторону поражения (в сторону, противоположную направлению нистагма)

Вид вестибулопатии. Клинические признаки	Центральная вестибулопатия	Периферическая вестибулопатия
Фиксация взора, закрывание глаз	Не влияют на симптомы или усиливают их	Уменьшают нистагм и головокружение
Стволовые симптомы	Выявляются часто	Обычно отсутствуют
Снижение слуха, шум в ушах	Обычно отсутствуют	Выявляются часто

Для выявления вестибулярной атаксии используют пробу Ромберга. Больному, находящемуся в положении стоя, предлагают плотно сдвинуть стопы; голова слегка приподнята, верхние конечности опущены вдоль туловища (иногда позу Ромберга усложняют, предлагая вытянуть верхние конечности до горизонтального уровня или стопы поставить одну перед другой на одной линии — в этом положении удерживать равновесие труднее). В начале больной находится в позе Ромберга с открытыми глазами, а затем с закрытыми [12]. При одностороннем периферическом поражении пациент начинает отклоняться в сторону поражения. В тех случаях, когда нарушение равновесия имеет истерический характер, пациент начинает падать назад «как оловянный солдатик», но всегда вовремя восстанавливает равновесие.

Нистагм — ритмичное подергивание глазных яблок при взгляде в стороны или вверх (своего рода интенционный тремор глазодвигательных мышц). При страдании мозжечковых систем плоскость нистагма обычно совпадает с направлением произвольных движений глазных яблок — при взгляде в стороны нистагм горизонтальный, при взгляде вверх-вниз — вертикальный. Иногда нистагм является врожденным. Такой нистагм обычно имеется не только при отведении глазных яблок в стороны (при напряжении мышц), но и при взгляде прямо («спонтанный нистагм»)[12]. А. В. Триумфов предложил следующий признак для отличия

врожденного от приобретенного нистагма: если горизонтальный нистагм при взгляде в сторону является результатом приобретенного заболевания нервной системы, то при взгляде вверх он становится вертикальным или исчезает; врожденный нистагм при переводе взгляда вверх сохраняет свой прежний характер (горизонтальный или ротаторный нистагм) [12].

Для того чтобы заподозрить воспалительные заболевания периферического отдела вестибулярного анализатора, необходимо задать следующие вопросы: «Не было ли недавно простуды? Не было ли травм и операций на ухе? Нет ли снижения слуха?».

Вестибулярный нейронит (частота выявления 4,3%) — заболевание с неизвестным патогенезом, которое встречается, по-видимому, чаще, чем диагностируется. Заболевание часто начинается после острой респираторной инфекции, реже связано с метаболическими расстройствами. Развитие симптомов острое: системное головокружение, тошнота, рвота, которые могут продолжаться несколько дней. Прогноз благоприятный. Заболевание полностью регрессирует, хотя возможен «хвост» плохого самочувствия в виде общей слабости, легкой неустойчивости, субъективного ощущения «отсутствия равновесия», особенно при резких поворотах головы. Кроме нистагма других неврологических симптомов при этом синдроме не бывает [6, 13].

Помимо вестибулярного нейронита известны и другие заболевания, при которых наблюдается головокружение без очаговых неврологических знаков: острый лабиринтит, или лабиринтопатия (снижается слух), доброкачественное позиционное головокружение, мигрень, артериальная гипертензия, алкогольная интоксикация, височная эпилепсия, посткоммоционный синдром.

Острый лабиринтит — воспаление внутреннего уха. Основные симптомы заболевания проявляются обычно в течение 1–1,5 недели после перенесенной бактериальной или вирусной инфекции. Доминирующим симптомом лабиринтита является головокружение. Довольно часто приступы головокружения бывают очень тяжелыми, вызывают тошноту и рвоту. Возможны нистагм, нарушение равновесия. Для лабиринтита характерно снижение

слуха, шум в ушах. Как правило, можно отметить общий интоксикационный синдром (подъем температуры тела, общую слабость, недомогание, потливость, головную боль, снижение аппетита).

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) выявляется с частотой 34,3% [15, 25] и проявляется короткими (от нескольких секунд до нескольких минут) приступами головокружения, возникающими при перемене положения тела. В типичных случаях головокружение развивается в строго определенном положении головы, смена которого (например, больной поворачивается на другой бок) приводит к прекращению головокружения. Прогноз благоприятный. ДППГ обычно проходит самостоятельно в течение нескольких месяцев. Оно может возникать после черепно-мозговой травмы, среднего отита или стапедэктомии, а также при интоксикациях и вирусных инфекциях. Идиопатические случаи заболевания связаны с дегенеративным процессом с образованием отоконияльных отложений в полукружном канале, в результате чего повышается его чувствительность к гравитационным воздействиям при изменении положения головы.

Однако диагноз этого синдрома всегда требует тщательного исключения других возможных причин головокружения [4, 17, 20]. Важный диагностический критерий — выявление нистагма. Нистагм — произвольное ритмическое колебание глазных яблок (был описан выше) — можно наблюдать, если больной держит голову прямо при отведении глазных яблок в стороны. Нистагм может также быть спровоцирован изменением положения головы.

Основные вопросы, которые необходимо задать: «Длительность приступов головокружения? Как влияет на головокружение положение головы и тела и их изменение?»

При специальном исследовании у ЛОР-врача используются температурные тесты, когда наружный слуховой проход орошается водой, имеющей температуру на 7 °С выше или ниже температуры крови. Температурные тесты могут провоцировать чувство вращательного движения и нистагм. Нистагм отмечается во время головокружения и является объективным критерием наличия

истинного головокружения. Наконец, используют ротационное тестирование, при котором пациента вращают на специальном стуле вокруг вертикальной оси и регистрируют движения глазных яблок [13, 15]. Однако в клинической практике врачу-остеопату удобнее будет воспользоваться тестом Дикса-Холлпайка.

Тест Дикса-Холлпайка. Обследуемый сидит на кушетке, взор его фиксирован на лбу врача. Врач поворачивает голову больного на 45° в сторону, а затем, удерживая голову руками, быстро укладывает больного на спину так, чтобы голова свешивалась назад на 20°–30°. Это движение не должно занимать более 3с. Врач наблюдает за движением глаз в течение не менее 20с при отсутствии нистагма и дольше в случае его появления. Затем пациента возвращают в положение сидя и снова наблюдают нистагм. Процедуру повторяют с поворотом головы в противоположную сторону. Сторону поражения определяют по тому, на какой стороне возникают позиционные головокружения и нистагм.

Посткоммоционный синдром (лат. *commotio* — сотрясение) — патологическое состояние, возникающее после легкой черепно-мозговой травмы (сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга легкой степени). Головокружение при данном синдроме будет сочетаться со стойкой головной болью, снижением внимания и памяти, быстрой утомляемостью, нарушением сна, раздражительностью, депрессией, аффективной лабильностью, апатией, вегетативной дисфункцией. Посткоммоционный синдром возникает в результате сложного взаимодействия органических и функциональных изменений интегративных систем лобной и височной долей и социально-психологических факторов. Функциональное состояние интегративных систем восстанавливается в течение нескольких месяцев, что в большинстве случаев приводит к полному регрессу симптомов и восстановлению работоспособности у большинства больных.

Для того чтобы заподозрить посткоммоционный синдром, важно при сборе анамнеза уточнить у пациента: Были ли у него недавно травмы головы? Какое лечение он получал? Какова динамика самочувствия на фоне данной терапии?

Болезнь Меньера выявляется с частотой 5,9% [15]. Она является классическим примером острого рецидивирующего системного (вестибулярного) головокружения и считается самостоятельной нозологической формой. При этом поражается преимущественно внутреннее ухо. Возраст начала заболевания 20–50 лет. Головокружение приступообразное, продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов. Частота приступов от одного раза в год до нескольких раз в день. Течение волнообразное: периоды обострения сменяются ремиссией. Для приступа, помимо головокружения, характерно появление шума в ушах, тошноты и рвоты, бледности и повышенного потоотделения. Больные в момент приступа ищут определенного положения, избегая резких звуков, яркого света, мелькания предметов перед глазами. Обострению часто предшествуют определенные признаки (аура — усиление шума, заложенности, расстройство равновесия и др.). Со временем у пациентов развивается прогрессирующая тугоухость. Патогенез болезни до сих пор не ясен, известен лишь патоморфологический субстрат болезни — эндолимфатический гидропс.

Периферическое головокружение при болезни Меньера всегда сопровождается спонтанным нистагмом — горизонтальным или горизонтально-ротаторным различной интенсивности. Характеристика нистагма зависит от положения глаз: нистагм усиливается при взоре в сторону быстрого компонента и ослабевает в сторону медленного компонента. Состояние глаз при этом нормальное, нарушений со стороны глазодвигательных нервов нет. Пациентов с болезнью Меньера в дальнейшем целесообразно направлять в специализированное учреждение для обследования у специалистов (сурдолога, отоневролога, невролога) [4, 6, 13].

Невринома VIII черепного нерва (частота выявления 0,4%) [15]. Начало заболевания постепенное. Головокружения редкие. Снижение слуха наступает быстро при развитии опухоли во внутреннем слуховом проходе, но чаще она локализуется в области мостомозжечкового угла, и тогда тугоухость развивается годами. Невринома VIII нерва в некоторых случаях может проявляться острым системным головокружением, что приводит к ошибочному диагнозу болезни Меньера, вестибулярного нейронита, лабиринтита и др. Для невриномы характерно сочетанное поражение

лицевого, тройничного нервов, признаки поражения мозжечка, изменения на глазном дне. Необходимо раннее обследование с привлечением отоневролога, окулиста, невролога, однако наибольшую диагностическую ценность имеет проведение магнитно-резонансной или компьютерной томографии [6,13].

Поражение вестибулярного анализатора центрального уровня может быть обусловлено ишемией ствола мозга, рассеянным склерозом, опухолями задней черепной ямки (ЗЧЯ), а также опухолями в других отделах (см. табл. 3). Патологические процессы, развиваясь в мозге, приводят к нарушению связей вестибулярного аппарата с корой головного мозга (стволовые энцефалиты, выраженная внутричерепная гипертензия, вертебробазиллярная недостаточность, дегенеративное заболевание мозга). При центральном поражении вестибулярного аппарата вестибуловегетативные реакции в большинстве случаев слабо выражены. Понижение слуха не характерно (см. табл. 4).

Вертебрально-базилярная недостаточность

Головокружения, возникающие вследствие вертебрально-базилярной недостаточности (ВБН) не относятся ни к системным (вестибулярным), ни к центральным головокружениям. В течение длительного времени вертебрально-базилярная недостаточность являлась главной причиной головокружения, хотя на самом деле это состояние встречается достаточно редко (менее 1,0% всех консультаций по поводу головокружений) [15, 22]. По другим данным, ТИА у пациентов с жалобами, включающими и головокружения, выявляется в 3,2% случаев; у пациентов с единственной жалобой на головокружения — в 0,7% случаев [25]. Однако в отношении пожилых людей, имеющих дополнительные факторы риска, всегда существует настороженность в отношении нарушений мозгового кровообращения [4].

Вертебрально-базилярная недостаточность — обратимое нарушение функций мозга, вызванное уменьшением кровоснабжения области, питаемой позвоночными и основной артериями. Головокружение начинается остро, продолжается несколько минут,

сопровождается нарушением равновесия. Кардинальным признаком вертебрально-базилярной недостаточности являются дополнительные симптомы: нарушение зрения, двоение, дизартрия, падения, слабость и онемение в конечностях. Приступы головокружения нередко бывают первым симптомом вертебрально-базилярной недостаточности, но если эти эпизоды повторяются на протяжении многих месяцев и тем более лет, а другие симптомы не появляются, то диагноз вертебрально-базилярной недостаточности сомнителен. Такие признаки, как остеохондроз шейного отдела позвоночника, иногда изгиб одной или обеих позвоночных артерий, обнаруженный при ультразвуковом исследовании сосудов шеи, также не являются достаточными основаниями для заключения о недостаточности вертебрально-базилярного кровообращения. В настоящее время доказано, что изолированное системное головокружение, не сопровождающееся очаговыми неврологическими симптомами, в подавляющем большинстве случаев является признаком поражения периферических отделов вестибулярной системы [13, 16]. Эпизоды изолированного системного головокружения часто служат причиной гипердиагностики вертебрально-базилярной недостаточности. Такие больные нуждаются в тщательном обследовании для верификации предполагаемого сосудистого заболевания [4].

В качестве причин вертебрально-базилярной недостаточности в настоящее время принято рассматривать:

1. стенозирующее поражение позвоночных артерий, основной артерии;
2. врожденные особенности строения сосудистого русла (аномальное отхождение позвоночных артерий, гипоплазия/аплазия одной из позвоночных артерий, патологическая извитость позвоночных или основной артерий, недостаточное развитие анастомозов на основании мозга);
3. микроангиопатия на фоне артериальной гипертензии, сахарного диабета (поражение мелких мозговых артерий);

4. сдавление позвоночных артерий патологически измененными шейными позвонками (при спондилезе, спондилолистезе, значительных размеров остеофитах);
5. экстравазальная компрессия подключичной артерии гипертрофированной лестничной мышцей, гиперплазированными поперечными отростками шейных позвонков;
6. острая травма шейного отдела позвоночника (транспортная — хлыстообразная травма), ятрогенная при неадекватных манипуляциях мануальной терапии, неправильном выполнении гимнастических упражнений;
7. воспалительные поражения сосудистой стенки (артерииты);
8. антифосфолипидный синдром.

Следует также помнить, что побочным эффектом некоторых антигипертензивных, противоэпилептических и противоревматических средств может быть и головокружение (табл. 5).

На приеме у пациента обязательно нужно уточнить: «Какие лекарственные препараты Вы принимаете или принимали в последнее время? Употребляете ли Вы спиртное или наркотические вещества?».

В случаях, когда головокружение связывается с приемом лекарственных препаратов или интоксикацией, достаточно заменить препарат или откорректировать его дозу, устранить интоксикацию [9].

Таблица 5

Средства, вызывающие головокружение

Алкоголь
Антибиотики (аминогликозиды, тетрациклины)
Аспирин
Антидепрессанты
Диуретики в больших дозах
Нитроглицерин
Наркотические вещества (кокаин, марихуана)
Фенотиазины, бензодиазепины
Хинин, хинидин
Гипотензивные средства

Таким образом, вышеизложенные подходы к дифференциальной диагностике заболеваний, протекающих с симптомами системного (вестибулярного) головокружения, требуют компетенции врача-невролога. Однако знание приемов клинической ориентации в жалобах и основных неврологических проявлениях, несомненно, необходимо и врачу-остеопату.

НЕСИСТЕМНОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ В КАРТИНЕ ЛИПОТИМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Этот тип головокружения проявляется внезапно наступающей общей слабостью, ощущением дурноты, «потемнения в глазах», звоном в ушах, предчувствием неминуемого падения и потери сознания, что нередко и происходит на самом деле (обморок). В последнем случае, то есть когда головокружение предшествует потере сознания (обмороку), оно носит название липотимического (предобморочного) состояния. Липотимическое состояние не обязательно переходит в обморок (это зависит от скорости и степени падения артериального давления). Липотимические состояния могут часто повторяться, тогда основной жалобой больного будет головокружение. Анализ этих жалоб не оставляет сомнений в том, что они не имеют ничего общего с системным головокружением [4, 6].

Необходимо помнить, что липотимические состояния и обмороки бывают двух типов: нейрогенные и соматогенные [5]. И хотя такая несколько упрощенная классификация не всегда применима к любому клиническому наблюдению, в целом она верно указывает на разное происхождение головокружений. Выделяют:

- вазодепрессорный синкоп;
- гипервентиляционный синдром (в том числе и психогенного генеза);
- синдром гипервозбудимости каротидного синуса;
- кашлевой синкоп;
- никтурический синкоп;
- гипогликемический синкоп;
- ортостатические обмороки разного происхождения.

Самый частый тип липотимий и обмороков — вазодепрессорная синкопа, обычно провоцируемая теми или иными стрессовыми воздействиями (ожидание боли, вид крови, страх, духота и т. п.).

До сих пор недооценивается гипервентиляционный обморок. При выраженной нейрогенной гипервентиляции закономерно возникает головокружение, которое не всегда заканчивается обмороком. Психогенная гипервентиляция может приводить к респираторному алкалозу с такими типичными симптомами, как головокружение, легкая головная боль, онемение и покалывание в конечностях и лице, зрительные нарушения, мышечные спазмы, сердцебиения, обморок. Выраженная гипервентиляция способна спровоцировать эпилептический припадок (при соответствующей предрасположенности). Важно знать, что такие больные нередко жалуются на стесненность в груди, неспособность сделать глубокий вдох, чувство «нехватки воздуха». Может наблюдаться аэрофагия с последующими абдоминальными болями. На фоне диспноэ возможно появление дрожания, ознобоподобного гиперкинеза, тетанических судорог (карпопедальные спазмы) в конечностях [4, 13].

Ортостатическая гипотензия и обмороки (5,9% всех пациентов с головокружениями) — другая важная причина несистемных головокружений [15]. Она может иметь как нейрогенное (в картине первичной периферической вегетативной недостаточности — ПВН), так и соматогенное происхождение (вторичная периферическая вегетативная недостаточность).

Первый вариант ПВН представлен такими заболеваниями, как идиопатическая ортостатическая гипотензия, синдром Шая — Дрейджера.

Вторичная ПВН развивается на фоне соматических заболеваний [4, 13]. Врачу-остеопату важно помнить, что предрасполагают к головокружениям второго типа артериальная гипотония; астенические состояния после острых инфекционных и соматических заболеваний, а также при хронических процессах; состояния, связанные со снижением общего объема циркулирующей крови (острая потеря крови, анемия, гипопропротеинемия). У боль-

ных с предполагаемым дефицитом объема крови важное диагностическое значение имеет тахикардия в покое.

Наконец, описаны головокружения и синкопы при брадикардии вследствие усиления вагального рефлекса. В этом случае происходит остановка сердца и потеря сознания при отсутствии какого-либо заболевания сердца. Предполагают, что стимулы, способные вызвать такой необычный вегетативный ответ, могут исходить из разных органов, афферентная иннервация которых бывает вагальной, тригеминальной, глоссофарингеальной или спинальной. Головокружения и синкопы вследствие усиленного вагального рефлекса могут развиваться при давлении на глазное яблоко, эзофагальной дилатации, растянутой прямой кишке или растянутом влагалище. Общий фактор здесь, вероятно, висцеральная боль [4].

Если ортостатические нарушения кровообращения протекают не только с головокружением, но и сопровождаются потерей сознания, то часто возникает необходимость проведения дифференциального диагноза с эпилепсией, что обычно осуществляет невролог. Следует помнить, что обмороки исключительно редки в горизонтальном положении и никогда не наступают во сне (в то же время они возможны при вставании с постели ночью). Кроме того, при подозрении на судорожный приступ важно уточнить, не было ли при потере сознания прикуса языка, непроизвольного мочеиспускания и/или дефекации.

Ортостатическая гипотензия может быть легко выявлена на поворотном столе (пассивная смена положения тела). После нескольких минут горизонтального положения больного переводят в вертикальное. При ПВН в течение короткого времени АД падает, а ЧСС повышается недостаточно или не повышается вообще, что приводит к головокружению и обмороку. Результаты диагностических ортостатических проб всегда рекомендуется сопоставлять с другими клиническими данными.

Постуральная гипотензия считается установленной, если при переходе больного из горизонтального положения в вертикальное систолическое АД падает не менее чем на 30 мм рт. ст. В ряде случаев для уточнения природы головокружения и обмороков не-

обходимо кардиологическое обследование с целью исключения кардиальной патологии. Определенное диагностическое значение имеют проба Даньини — Ашнера и проба Вальсальвы. Эти пробы указывают на повышенную реактивность блуждающего нерва. Массаж каротидного синуса помогает выявить гиперчувствительность каротидного синуса: снижение уровня АД и даже провокация головокружения. Такие больные плохо переносят тугие воротнички, душные помещения.

Проба Даньини — Ашнера (глазосердечный рефлекс) производится следующим образом. У больного в положении лежа определяют частоту установившегося пульса. Больной лежит с закрытыми глазами. Затем врач надавливает на глазные яблоки и через 10 с после начала давления, не прекращая его, подсчитывает пульс. Проба считается положительной при замедлении пульса более чем на 10—12 ударов в минуту.

Проба Вальсальвы (напряжение по Вальсальве) — это форсированное выдыхание при закрытом носе и рте. Проба Вальсальвы заключается в следующем: после полного выдоха и глубокого вдоха производят выдох и задерживают дыхание.

Головокружение смешанной природы

Третий тип головокружения имеет смешанную природу. Это состояние трудно оценить словесно. Возникает оно при передвижении больного, проявляется в неустойчивости тела, нарушении походки и сопровождается зрительными расстройствами. Характер головокружения неоднороден и не всегда четко определяется. Данный тип головокружения может возникать при патологических процессах в области шеи. Сюда относятся головокружения при врожденной костной патологии (синдром Арнольда — Киари), при шейном остеохондрозе и остеопорозе (например, в картине заднего шейного симпатического синдрома), гиперэкстензии, хлыстовой травме. Нарушения равновесия и походки (дисбазия), связанные с паретическими, атактическими, гиперкинетическими, акинетическими, апрактическими или постуральными расстройствами, иногда воспринимаются и описываются больными как состояния, напоминающие головокружения. Однако анализ

ощущений больного показывает в таких случаях, что головокружения в прямом смысле этого слова у пациента может и не быть, но есть снижение контроля над своим телом в процессе его ориентации в пространстве.

Головокружение может возникать у некоторых людей при неудачно подобранных линзах, а также может быть побочным эффектом некоторых фармакологических препаратов [4, 6].

Психогенное головокружение

Жалобы на головокружение входят в «десятку» самых частых жалоб, предъявляемых пациентами с психогенными, а именно с невротическими расстройствами. Психогенное головокружение облигатно сопровождается выраженными страхом и тревогой, а также вегетативными нарушениями — сердечно-сосудистыми и дыхательными. Наиболее часто головокружение отмечается на фоне гипервентиляционного синдрома, учащенное и поверхностное дыхание приводит к метаболическим расстройствам, повышению нервно-мышечной возбудимости и др. При этом пациенты определяют свои ощущения как дурноту, легкость в голове, нередко симптомы головокружения сочетаются с шумом и звоном в ушах, повышенной чувствительностью к звуковым стимулам, неустойчивостью при ходьбе. Довольно часто психогенное головокружение возникает во время панической атаки. Ее симптомы в виде страха, одышки, сердцебиения, тошноты могут возникать одновременно с симптомами дурноты, «предобморочного состояния», страха падения и нарушения равновесия. Психогенное головокружение нередко возникает у пациентов с врожденной неполноценностью вестибулярного аппарата, которая проявляется с детства в виде плохой переносимости транспорта, качелей, каруселей, высоты и т.д. В этих случаях существующая с детства вестибулопатия принимает участие в симптомообразовании при психогенном заболевании и тем самым играет важную роль в возникновении жалоб на головокружение [4, 6].

Вестибулярная компенсация

Феномен вестибулярной компенсации состоит в том, что головокружения, нистагм и другие симптомы могут с течением времени исчезнуть при сохранении причины этих расстройств. Признаки исчезают в результате компенсаторных механизмов. Вестибулярная компенсация зависит от сенсорных импульсов, поступающих от визуальных и проприоцептивных источников, а также от работающей части вестибулярного аппарата. Эти сенсорные импульсы, включая сложные нейрофизиологические и адаптационные механизмы, способствуют функциональному восстановлению. При лечении каждого пациента следует учитывать эти сложные и нередко хрупкие механизмы [6, 13].

Улучшению вестибулярной компенсации способствует усиление визуальных, проприоцептивных и остаточных вестибулярных импульсов. Любые факторы, которые способны усилить эти импульсы, следует считать поощрительными, а те факторы, которые ослабляют их, должны быть исключены врачом [6].

Врач-остеопат должен поощрять пациента к активной тактике лечения заболевания, при этом необходимо тесное сотрудничество с ним, нужно заставлять его мобилизоваться, активизироваться. Это особенно важно в ранней фазе восстановления после заболевания, когда пациент часто предпочитает лежать один в совершенно темном помещении [6].

Консультации специалистов. Дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования

При проведении дифференциальной диагностики головокружений у пациента врачу-остеопату могут потребоваться консультации следующих специалистов: невролога, отоларинголога, сурдолога, офтальмолога, терапевта (кардиолога, эндокринолога), нейрохирурга, гематолога, психолога или психиатра.

При проведении дифференциальной диагностики головокружений у пациента врачу-остеопату могут потребоваться следующие

дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования: вестибулярный паспорт, аудиометрия, УЗДГ магистральных сосудов шеи и головного мозга, дуплексное (триплексное) сканирование магистральных сосудов шеи и головного мозга, ЭКГ, Эхо-КГ, рентгенография и ядерно-магнитная резонансная томография шейного отдела позвоночника, компьютерная томография и/или ядерно-магнитная резонансная томография головы, КТ- и/или МР-ангиография, ЭЭГ, ЭНМГ, исследование ликвора, клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический профиль крови (показатели в зависимости от подозреваемого патологического состояния).

Тактика врача-osteопата

При подозрении или подтверждении следующих диагнозов: невринома VIII черепного нерва, травма головы и/или шейного отдела позвоночника (острейший период), опухоли ствола мозга, острое нарушение мозгового и/или спинномозгового кровообращения (острейший период), демиелинизирующее заболевание ЦНС, нейроинфекции, сердечно-сосудистая патология (острый коронарный синдром), гипертонический и гипотонический криз, заболевания крови — необходима первоочередная консультация специалиста соответствующего профиля.

Остеопатическое лечение до получения заключения врача-специалиста и/или результатов обследования противопоказано!

При подозрении или подтверждении диагнозов: лабиринтит, вестибулярный нейронит, болезнь Меньера, доброкачественное позиционное головокружение, посткоммоционный синдром, базилярная мигрень, вертебрально-базилярная недостаточность, ортостатическая гипотензия, синдром гиперчувствительности каротидного синуса, невроз, тревожно-фобическое расстройство, головокружение как побочное действие лекарственных средств и/или интоксикации, при головокружении смешанной природы — показана комплексная терапия совместно с соответствующим врачом специалистом (по показаниям).

Литература

1. *Мохов Д.Е., Белааш В. О., Кузьмина Ю.О.* [и др.] . Остеопатическая диагностика соматических дисфункций. Клинические рекомендации. — СПб.: Невский ракурс, 2015. — С. 4, 33.
2. *Белааш В.О., Жижина Н.Ю., Новосельцев С.В.* Синдром позвоночной артерии: оценка остеопатического лечения // Российский остеопатический журнал. — 2013. — № 3—4. — С. 26—35.
3. *Брильман Дж., Коэн С.* Неврология. — М.: Медпресс-информ, 2009. — С. 162—167.
4. *Вейн А. М.* Неврология для врачей общей практики. — М.: Эйдос Медиа, 2001. — С. 453—473.
5. *Голубев В.Л., Вейн А.М.* Неврологические синдромы: руководство для врачей. — М.: Эйдос Медиа, 2002. — С. 695—704.
6. *Дикс М.Р., Худ Дж.Д.* Головокружение. — М.: Медицина, 1989.
7. *Драпкина О.М., Чапаркина С.М., Ивашкин В.Т.* Головокружения в практике врача-интерниста // Обзоры клинической кардиологии. — 2008. — № 13.
8. *Левин А.М., Плетнев Д.Д.* Основы клинической диагностики. Руководство для врачей и студентов. — Изд. 4-е, перераб. и доп. — М. — Л.: Госиздат, 1928.
9. *Мельников О.А.* Периферический вестибулярный синдром как причина развития головокружения и расстройства равновесия // Лечащий врач. — 2003. — № 10. — С. 66 — 68.
10. *Мохов Д.Е., Трегубова Е.С., Белааш В.О.* Современный взгляд на методологию остеопатии // Мануальная терапия. — 2014. — № 4 (56). — С. 59—65.
11. *Новосельцев С.В.* Вертебрально-базилярная недостаточность. Возможности мануальной диагностики и терапии. — СПб.: Фолиант, 2007.

12. *Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А.* Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей. 5-е изд., стереотип. — СПб.: Политехника, 2007. — С. 89—90.
13. *Соловьева А.Д.* Головокружение // *Consilium medicum*. — 2005. — Том 03/№ 5. — С. 21—24.
14. *Триумфов А.В.* Топическая диагностика заболеваний нервной системы. — М.: Медпресс-информ, 2004. — С. 154—161.
15. *Тупе М.* Основные диагнозы при головокружении и расстройствах равновесия. — М.: Медиа, 2002.
16. *Фломин Ю. В.* Головокружение: определение подтипа и основные лечебные подходы // *Международный неврологический журнал*. — 2012. — № 5 (51).
17. *Штутьман Д.Р., Левин О.С.* Справочник практического врача по неврологии. — М.: Советский спорт, 1999. — С. 158—167.
18. *Brandt T., Zwergal A., Strupp M.* Medical treatment of vestibular disorders // *Expert Opin. Pharmacother.* — 2009. — 10 (10): 1537—1548.
19. *Goebel J. A.* The tenminute examination of the dizzy patient // *Semin. Neurol.* — 2001. — 21 (4): 391—398.
20. *John R., H. Robert W.* Acute vestibular syndrome // *NEJM*. — 1998. — Vol. 339. — № 10. — P. 681-685, 1590—1596.
21. *Kanagalingam J., Hajioff D., Bennett S.* Vertigo // *BMJ*. — 2005. — 330. — P. 523—527.
22. *Kevin A. Kerber, Devin L.* Stroke among Patients With Dizziness. Vertigo and Imbalance in the Emergency Department: A Population-Based Study stroke. — 2006, October; 37 (10): 2484—2487.
23. *Karatas M.* Central vertigo and dizziness: epidemiology, differential diagnosis, and common causes // *Neurologist*. — 2008. — 14 (6): 355—364.

24. Kerber K.A., Meurer W.J., West B.T. [et al.]. Dizziness presentations in U. S. emergency departments, 1995–2004 // Acad. Emerg. Med. — 2008. — 15 (8): 744–750.
25. Oseph M.F. Urman M.D. Benign paroxysmal positional Vertigo // NEJM. — 1999. — Vol. 341. — № 21. — P. 1590–1596.
26. Neuhauser H., von Brevern M., Radtke A. [et al.]. Epidemiology of vestibular vertigo: a neurootologic survey of the general population // Neurology. — 2005. — 65: 898–904.
27. Nicki R. Colledge, Robin M. Barr-Hamilton [et al.]. Evaluation of Investigations to diagnose the cause of dizziness in elderly people: a Community based controlled study // BMJ. — 1996. — 313: 788–792.
28. Post R.E., Dickerson L.M. Dizziness: a diagnostic approach // Am.Fam. Physician. — 2010. — 82 (4): 361–368.
29. Rubin D.I., Cheshire W.P. Evaluation of «dizziness» in the neurology office // Semin. Neurol. — 2011. — 31: 29–41.
30. Sean I., Savitz M.D., Louis R. Vertebrobasilar Disease // NEJM. — 2005. — Vol. 352. — № 25. — P. 1590–1596.

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ:
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ
ПОДХОД В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОСТЕОПАТА

Клинические рекомендации

Аптекарь И.А. — канд. мед. наук, директор НОУ ДПО
«Тюменский институт остеопатической медицины»

Егорова И.А. — докт. мед. наук, профессор,
зав. кафедрой восстановительной медицины и остеопатии НовГУ
им. Я. Мудрого, директор Института остеопатической медицины
им. В.Л. Андрианова

Кузьмина Ю.О. — канд. мед. наук, доцент кафедры остеопатии
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Мохова Е.С. — ассистент Института остеопатии СПбГУ

Трегубова Е.С. — докт. мед. наук, профессор кафедры остеопатии
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, зам. директора
Института остеопатии СПбГУ

Подготовлено к печати ООО «Невский ракурс»

Макет: Чиркова В.

Редактор: Пугачева Н.

Корректор: Полушкина В.

Подписано в печать 29.09.2015.

Формат 84×108^{1/32}

Тираж 300 экз.