

Обзор Международной Классификации Вестибулярных Расстройств

*Alexandre R. Bisdorff, MD, PhD, Jeffrey P. Staab, MD, MS,
David E. Newman-Toker, MD, PhD*

Перевод Черняка Г.В.

При участии АНО «Институт Слуха и Речи», 2018 г.

Сокращения

Головокружение — *vertigo*, истинное или системное головокружение

НГ — *dizziness*, ложное или несистемное головокружение

ICVD - Международная Классификация Вестибулярных Расстройств

DSM - Руководство по Диагностике и Статистике Психических Расстройств

ААО-HNS - Американская Академия Отоларингологии - Хирургии Головы и Шеи

CCBS - Классификационный Комитет Общества Барани

IHS - Международное Общество по изучению Головной Боли

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

●Вестибулярное ●Головокружение ●Симптомы ●Классификация ●Общество Барани

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ

Классификации и определения имеют важное значение для облегчения связи между клиницистами и исследователями, а также для продвижения диагностических критериев и исследований механизмов эпидемиологии и лечения.

Чтобы создать Международную Классификацию Вестибулярных Расстройств (ICVD), Общество Барани организовало систематический внутренний процесс и внешние процессы для достижения консенсуса с другими научными обществами.

ICVD организована в 4 уровня: (1) симптомы и признаки, (2) синдромы, (3) расстройства и заболевания и (4) патофизиологические механизмы.

Были опубликованы определения вестибулярных симптомов и вестибулярной мигрени. В 2015 году также должны последовать публикации по лечению доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения, болезни Меньера и поведенческих аспектов вестибулярных расстройств.

ВВЕДЕНИЕ

Определения симптомов и заболеваний являются фундаментальной предпосылкой для профессионального общения в клинических, исследовательских и общественных учреждениях здравоохранения. Необходимость в структурированных критериях для эпидемиологических, диагностических и терапевтических исследований более очевидна для дисциплин, которые в значительной степени полагаются на синдромную диагностику, таких как психиатрия и цефалгология, где в настоящее время нет гистопатологических, рентгенологических, физиологических или других подтверждающих диагностических тестов. Тем не менее, диагностические стандарты и классификации также имеют решающее значение в таких областях медицины, как эпилептология и ревматология, где, несмотря на наличие подтверждающих тестов, существует значительное совпадение клинических признаков или биомаркеров по всем синдромам. Вестибулярные расстройства аналогичны последним примерам. Научный и терапевтический прогресс, а также осведомленность общественности о психиатрических расстройствах и расстройствах головной боли значительно возросли после появления в 1980 г. первой современной версии Руководства по Диагностике и Статистике Психических Расстройств (DSM-III) Американской Психиатрической Ассоциации и первой Международной Классификации Расстройств Головной Боли Международного Общества Головной Боли в 1988 году.

Хотя были достигнуты многочисленные успехи в фундаментальных и клинических вестибулярных исследованиях, прогресс в этой области, вероятно, был затруднен из-за отсутствия четких и единообразных критериев для описания симптомов, синдромов и клинических расстройств. Помимо определения болезни Меньера Японским Обществом Исследований Равновесия и Американской Академией Отоларингологии - Хирургии Головы и Шеи, а также Классификацией Периферических Вестибулярных Расстройств Испанского Общества Оториноларингологии, не было систематических усилий по созданию широкого спектра критериев классификации до инициативы Общества Барани по созданию Международной Классификации Вестибулярных Расстройств (ICVD).

Вероятно, есть несколько причин, по которым классификация и унификация определений вестибулярных расстройств отстают от других болезней. Классификации обычно создаются научными обществами с узким профилем по медицинской специальности или под руководством одной медицинской специальности. Вестибулярные расстройства пересекаются между дисциплинами, и несмотря на то, что они широко распространены, являются областью небольших подотделов в отоларингологии и неврологии. Кроме этого, для того, чтобы неврологи и отоларингологи могли компетентно охватить спектр дифференциальных диагнозов вестибулярных расстройств, им необходимо приобрести глубокие знания о внутреннем ухе, вестибулярном, постуральном и глазодвигательном путях в мозге и связанных с ними системах, которые контролируют вегетативные и стресс-реализующие реакции, выходящее за рамки стандартной учебной программы во время обучения по месту жительства любой специальности. Поэтому было необходимо, чтобы международное научное общество с междисциплинарным составом клиницистов и ученых-фундаменталистов, обладающих знаниями в области вестибулярных расстройств, такое как Общество Барани, взяло на себя ответственность за развитие ICVD.

ЗАДАЧИ И ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ

Целью ICVD является разработка комплексной схемы классификации и определений отдельных нарушений вестибулярных расстройств, которая приемлема во всем мире. Чтобы достичь цели широкого признания Общество Барани активно получала информацию от членов других ассоциаций, занимающихся вестибулярными расстройствами, таких как Societe Internationale d'Otoneurologie и the Comision de Otoneurologia de la Sociedad Espanola de Otorrinolaringologia в Европе, Американская Академия Отоларингологии - Хирургия Головы и Шеи (AAO-HNS) в США, Японское Общество Равновесия и Корейское Общество Равновесия, а также отдельные ученые и клиницисты из международного вестибулярного сообщества. Помимо сотрудничества с отдельными лицами и ассоциациями внутри вестибулярного сообщества, Общество Барани также стремится к сотрудничеству и достижению консенсуса с научными ассоциациями из смежных дисциплин, если существуют важные аспекты заболеваний, которые затрагивают более одного общества. Одним из примеров является вестибулярная мигрень, когда Общество Барани сотрудничало с Международным Обществом по Головной Боли для публикации консенсусного документа по диагностическим критериям.

Термин «вестибулярные расстройства» относится к нарушениям, возникающим в вестибулярной системе, но определение самой вестибулярной системы можно понимать в разной степени. Вестибулярная система способствует передвижению, стойке, равновесию, зрению, пространственной ориентации, навигации и пространственной памяти из-за широкого использования вестибулярной информации в головном мозге. Кроме того, дисфункция мозга практически по любой причине, как первичной, так и вторичной, может отрицательно повлиять на равновесие. Поэтому необходимо ограничить объем проблем, классифицированных как «вестибулярные расстройства» в рамках ICVD, хотя некоторые решения в конечном итоге будут произвольными.

ICVD будет включать заболевания, которые влияют на вестибулярный аппарат внутреннего уха, связи от лабиринта к мозгу через ствол мозга, мозжечок, подкорковые структуры, которые обрабатывают пространственные стимулы, и в конечном счете доходят до вестибулярной коры. ICVD также будет включать в себя заболевания, которые в основном относятся к области других специальностей, но вызывают симптомы, имитирующие вестибулярные расстройства. ICVD будет фокусироваться на вестибулярных проявлениях этих состояний, но не будет пытаться переопределить или реклассифицировать первичное невестибулярное расстройство. Примеры включают обмороки, судороги, инсульт, расстройства головной боли, синдромы мозжечковой атаксии, расстройства экстрапирамидного движения и поведенческие расстройства, которые уже определены другими группами. Классификация в конечном итоге будет включать в себя противоречивые аспекты, такие как шейное головокружение, в надежде, что выявление пределов современных научных знаний побудит исследования заполнить эти пробелы.

Прежде чем приступить к задаче разработки определений расстройств, необходимо было решить проблему переменного использования терминологии для описания основных вестибулярных симптомов, таких как головокружение и НГ. Даже при изучении в одной англоязычной стране термин «вертиго» имеет различные значения для пациентов, врачей общего профиля и даже отологов.

МЕТОДОЛОГИЯ И ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ

В 2006 году Классификационный Комитет Общества Барани (CCBS) созвал свое первое заседание, чтобы начать структурирование подхода к разработке ICVD. Группе необходимо было разработать концептуальную основу, список начальных тем и процесс достижения консенсуса. Для обеспечения терминологической последовательности и в определении вестибулярных расстройств как части ICVD было решено сначала определить ключевые вестибулярные симптомы и сформировать консенсус вокруг этих формализованных определений (**Блок 1 и 2**); продукт этой первоначальной работы уже был опубликован. Исходные темы (например, болезнь Меньера, вестибулярная мигрень, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение) были выбраны с учетом их частоты и важности для сообщества, занимающегося вестибулярными расстройствами. Конкретные вопросы делегируются подкомитетам, работающим в соответствии с заранее определенными руководящими принципами. У подкомитетов есть назначенный председатель, который является членом Общества Барани. Он или она составляют подкомитет, в который должны входить члены с 3 континентов, по крайней мере один врач должен быть отоларингологом и один неврологом. Клиницисты и ученые из других областей включены, исходя из потребностей в дополнительных экспертных знаниях.

Блок 1

Словарь основных определений вестибулярных симптомов в Международной классификации вестибулярных расстройств

НГ - это ощущение нарушенной или искаженной пространственной ориентации без ложного или искаженного чувства движения.

Головокружение - это ощущение самопроизвольного движения (головы / тела), когда не происходит самого движения, или ощущение искаженного движения в пространстве во время нормального движения головы.

Вестибуловизуальные симптомы - это визуальные симптомы, которые обычно возникают в результате вестибулярной патологии или нарушения взаимодействия между зрительной и вестибулярной системами. Они включают в себя ложные ощущения движения, наклона зрительного окружения и искажения зрения (размытие), связанные с вестибулярной (а не оптической) недостаточностью.

Постуральные симптомы - это симптомы равновесия, связанные с поддержанием постуральной стабильности, возникающие только в вертикальном положении (сидя, стоя или во время ходьба).

Блок 2

Глоссарий определений вторичных вестибулярных симптомов в Международной классификации вестибулярных расстройств

- *Спонтанное головокружение (или НГ)* - это головокружение (или НГ), которое возникает без явного триггера.
- *Вызванное головокружение (или НГ)* - это головокружение (или НГ), которое возникает после определенного триггера.
- *Позиционное головокружение (или НГ)* - это головокружение (или НГ), возникающее после изменения положения головы в пространстве относительно земли.

- *Хэд моушен вертиго (или НГ)* - это головокружение (или НГ), возникающее только во время движения головы.
- *Визуально-индуцированное головокружение (или НГ)* - это головокружение (или НГ), вызванное сложным, искаженным, широким полем обзора или движущимся визуальным стимулом, включая относительное движение визуального окружения, связанное с движением тела.
- *Акустически-индуцированное головокружение (или НГ)* - это головокружение (или НГ), вызванное звуковым раздражителем.
- *Вальсальва-индуцированное головокружение (или НГ)* - это головокружение (или НГ), вызванное любым маневром, который имеет тенденцию к повышению внутричерепного давления или давления в полости среднего уха.
- *Ортостатическое головокружение (или НГ)* - это головокружение (или НГ), возникающее и продолжающееся во время «вставания» (т. е. во время изменения положения тела из положения «лежа» в «сидя» или - «сидя» в «стоя»).

Вестибуловизуальные симптомы

- *Внешнее головокружение* - это ложное ощущение, что визуальное окружение вращается или плывет.
- *Осциллопсия* - это ложное ощущение, что визуальное окружение колеблется.
- *Визуальное отставание* - это ложное ощущение того, что визуальное окружение следует за движением головы с задержкой или совершает короткий дрейф после того, как движение головы завершено.
- *Визуальный наклон* - это ложное восприятие визуального окружения, ориентированного относительно истинной вертикали.
- *Визуальное размытие, вызванное движением* - снижает остроту зрения во время или сразу после движения головы.

Постуральные симптомы

- *Неустойчивость* - это ощущение нестабильности, когда вы сидите, стоите или ходите без особого предпочтения по направлению.
- *Направленная пульсия* - это ощущение нестабильности с тенденцией к повороту или падению в определенном направлении, когда вы сидите, стоите или ходите. Направление должно быть указано как латеро-, ретро- или антеропульсия. Если это латеропульсия, следует указать направление (вправо или влево).
- *Состояние близкое к падению* - это ощущение неизбежного падения (без состоявшегося падения), связанного с сильной неустойчивостью, направленной пульсией или другими вестибулярными симптомами (например, вертиго).

- *Завершенное падение* - это состоявшееся падение, связанное с сильной неустойчивостью, направленной пульсией или другими вестибулярными симптомами (например, вертиго).

Работа подкомитета является частью процесса консенсуса, основанного на самых достоверных из имеющихся фактических данных в настоящее время. Работа каждого подкомитета подлежит рассмотрению ССBS. Проекты определений публикуются на двухгодичных конгрессах Общества Барани и публикуются в Интернете в течение периода комментариев членов Общества Барани. Обратная связь также запрашивается от других научных обществ на основе рассматриваемой темы. ССBS контролирует весь процесс, чтобы гарантировать, что все части классификации согласованы друг с другом. Окончательный документ затем публикуется в *Журнале Вестибулярных Исследований* без дальнейшего рецензирования, а затем становится доступным как публикация открытого доступа.

СТРУКТУРА МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ

Предлагаемая структура ICVD в настоящее время включает 4 уровня. *Уровень I*, симптомы и признаки; *уровень II*, клинические синдромы; *уровень III-A*, заболевания и расстройства; и *уровень III-B*, патофизиологические механизмы (**рис. 1**). Каждый уровень содержит элементы (например, конкретные симптомы или заболевания), которые важны сами по себе, но также важны в их связях с другими элементами. Эта структура позволит ICVD изобразить концептуальные связи между элементами внутри и между уровнями. Поскольку знание этих связей является неполным, следует признать, что некоторые ссылки могут «пропускать» какой-то из уровней. «Многослойный» подход был сочтен необходимым, чтобы приспособиться к широте клинических и исследовательских данных, сейчас и в будущем. Некоторые клиницисты и исследователи должны организовать свой подход, начиная с признаков и симптомов, в то время как другие должны ориентироваться с особым вниманием на конкретные заболевания или патофизиологические механизмы.

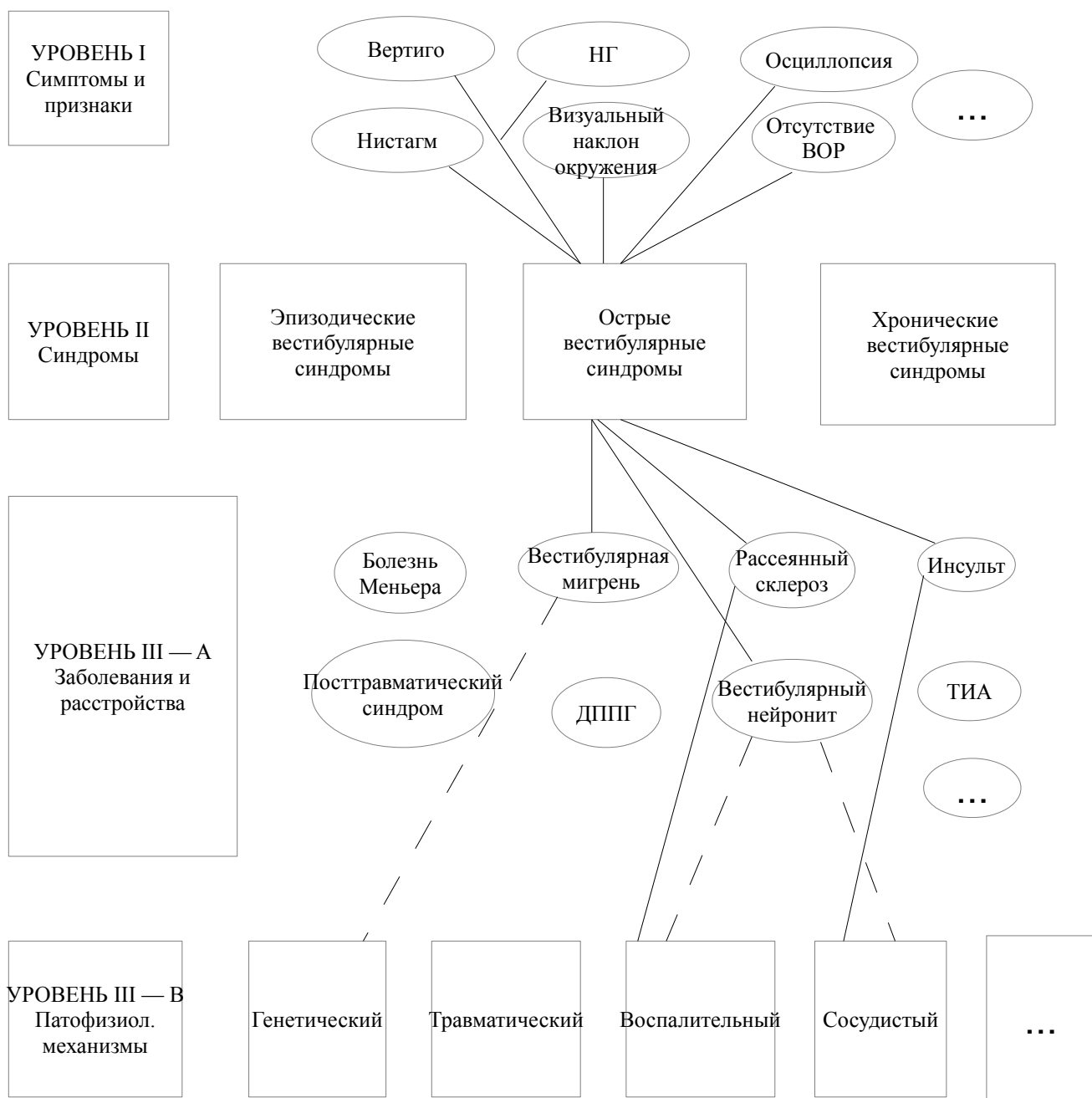


Рис. 1. Четырехуровневая структура международной классификации вестибулярных расстройств. Связи между уровнями демонстрируют концептуальные отношения между «острым вестибулярным синдромом» (уровень II), его компонентными симптомами (уровень I), его этиологическими причинами (уровень III-A) и их механизмами (уровень III-B). Сплошные линии представляют определенные связи, а пунктирные линии представляют неопределенные связи.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ УРОВЕНЬ I: СИМПТОМЫ И ПРИЗНАКИ

Определения для конкретных вестибулярных симптомов в уровне I ICVD были уже написаны и опубликованы. В процессе разработки находятся определенные признаки, особенно патологические движения глаз.

Этот уровень был разработан в первую очередь, потому что он считался основополагающим для разработки всех последующих определений, подавляющее большинство которых было основано на клинических проявлениях. Было решено ограничить объем этой работы определением кардинальных вестибулярных симптомов, представляющих первичные клинические симптомы, обычно возникающие в результате вестибулярных расстройств, но исключая вторичные симптомы, такие как тошнота, усталость и беспокойство.

Принципы, использованные для разработки определений симптомов, были следующими:

- «Невестибулярный» симптом не имеет абсолютно определенного значения с точки зрения топологии или нозологии, и его патогенез, вероятно, будет не полностью раскрытым.
- Определения симптомов должны быть настолько чисто феноменологическими, насколько это возможно, без ссылки на конкретную теорию патофизиологических причин конкретного заболевания.
- Определения симптомов являются наиболее ясными, если они не перекрываются и не являются иерархическими, что позволяет сосуществовать одному или более симптомам у конкретного пациента.

ICVD описывает 4 категории основных вестибулярных симптомов: (1) *головокружение*, (2) *НГ*, (3) *вестибуловизуальные симптомы* и (4) *постуральные симптомы*, включая подтипы для каждой. Новая номенклатура различает головокружение (ложное чувство движения с вращением или без него) и **НГ** (нарушение пространственной ориентации без ложного ощущения движения), что представляет собой важный отход от типичной практики в Соединенных Штатах, где НГ является общим термином охватывая головокружение, неустойчивость, дисбаланс, пресинкопе и другие «неспецифические» ощущения. Хотя головокружение и НГ отличаются друг от друга в ICVD, ни то, ни другое не считается патогномоничным в связях с лежащей в основе вестибулярной патологией. Оба симптома часто встречаются у пациентов с вестибулярными или невестибулярными расстройствами, острыми или хроническими. Головокружение и НГ подразделяются на 2 категории: *спонтанные* и *вызванные*.

Была разработана отдельная категория по вестибуловизуальным симптомам, потому что вестибулярная дисфункция может привести к ряду зрительных нарушений. Поскольку «внутреннее» и «внешнее» головокружение иногда клинически диссоциируют (например, у пациента, который видит, что окружение вращается или кружится от резкого нистагма, но не чувствует этого с закрытыми глазами), визуальное ощущение движения не может быть просто включено в определение *головокружение*. Термин «внешнее головокружение», относящийся к ложным ощущениям движения в визуальном окружении, был включен в число *вестибуловизуальных симптомов*. Хотя в некоторых предыдущих исследованиях это чувство зрительного движения называлось

«осциллопсия», групповой консенсус заключался в том, что осциллопсию следует ограничить описанием двунаправленного, колебательного визуального движения, которое включает в себя жалобы, такие как «прыгающее» или «подпрыгивающее» зрение.

Определения ICVD для симптомов постурального равновесия используют *неустойчивость* в качестве предпочтительного описательного термина для постуральной нестабильности в вертикальном положении (то есть ощущения раскачивания, покачивания при положениях сидя, стоя или ходьбе), а не в более лингвистически неоднозначных терминах «дизэквилибриум» или «дисбаланс». Если неустойчивость имеет конкретное направленное смещение, следует использовать термин *направленная пульсия* и указывать направление (например, латеральная пульсия вправо). Подкомитет по признакам в настоящее время устанавливает классификацию и определения различных форм нистагма.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ УРОВЕНЬ II: СИНДРОМЫ

Уровень II, синдромы, предлагает промежуточный этап классификации синдромов, который соединяет уровень симптомов и признаков с болезнями или расстройствами, их вызывающими. Например, внезапное головокружение, тошнота, рвота, неустойчивость походки и нистагм могут представлять собой «острый вестибулярный синдром», который имеет первопричины, такие как вестибулярный нейронит и острый инфаркт мозжечка. В настоящее время предлагается 3 специфических синдрома, составляющих основную часть всех вестибулярных расстройств: (1) *острый вестибулярный синдром*, включающий заболевания и расстройства, которые обычно проявляются одним эпизодом внезапного появления вестибулярных симптомов и признаков (например, вестибулярного нейронита или острого инсульта), (2) *эпизодический вестибулярный синдром*, включающий заболевания и расстройства, которые являются повторяющимися по своей природе (например, болезнь Меньера, вестибулярная мигрень или транзиторная ишемическая атака), и (3) *хронический вестибулярный синдром*, включающий заболевания и расстройства, которые вызывают постоянные вестибулярные симптомы и признаки в течение длительного периода времени (двусторонняя вестибулярная недостаточность или мозжечковая дегенерация). Уровень II будет способствовать разработке путей клинической помощи и стандартизированных критериев включения в научные исследования, направленные на точность диагностики.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ УРОВЕНЬ III-A: ЗАБОЛЕВАНИЯ И РАССТРОЙСТВА

Уровень III-A содержит вестибулярные заболевания и расстройства и стремится быть относительно исчерпывающим. ICVD будет использовать существующие термины для вестибулярных расстройств и заболеваний, где это возможно. Новые термины будут разработаны только для условий, не включенных в предыдущие классификации, или, редко, для условий, имеющих несколько названий одного расстройства, которые несовместимы с номенклатурой ICVD. Если для описания одного и того же состояния используются несколько существующих названий, CCBS постарается включить наиболее подходящее в систему классификации ICVD. Другие термины будут обозначаться как «термины, не используемые в данной номенклатуре».

Для большинства вестибулярных заболеваний и расстройств, нет единого патогномоничного описания или окончательного набора подтверждающих тестов. Поэтому в определениях используются критерии для измерений симптомов (например, типа, времени или триггеров) или кластеров симптомов и результатов вспомогательных тестов, в зависимости от ситуации. Будут рассмотрены как поддерживающие, так и опровергающие критерии. Критерии будут классифицированы для обозначения диапазона определенности в отношении конкретного диагноза от *определенного* (ясного и достоверного) до *вероятного* (менее ясного и менее достоверного). Первый будет более ограничительным (то есть более конкретным), тогда как второй будет более инклюзивным (то есть более чувствительным). Обозначение степени диагностической достоверности важно как для клинической практики, так и для исследований. Например, клиницисты, вероятно, будут применять терапию высокого риска (например, вестибулярную неврэктомия) только к пациентам с *«определенным»* заболеванием, хотя они могут быть готовы применить терапию с низким риском (например, модификацию диеты) к пациенту с *вероятным* или даже с *«возможным»* заболеванием.

В ССBS были созданы первые 4 подкомитета, ориентированных на заболевания, для рассмотрения определений и диагностических критериев заболеваний, в которых наиболее остро необходим консенсус из-за их эпидемиологической важности или продолжающегося противоречия. Эти подкомитеты сосредоточены на болезни Меньера, доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении, вестибулярной мигрени и поведенческих нейроотологических состояниях. Диагностические критерии вестибулярной мигрени были опубликованы первыми. Определение вестибулярной мигрени идентифицирует это состояние как подкатегорию мигрени, подобную ретинальной мигрени, с вестибулярными симптомами как преобладающим сенсорным проявлением. Критерии основаны на определениях, впервые предложенных Neuhauser и коллегами в 2001 году, а затем формализованными Furman и коллегами. Подкомитет Меньера основан на определении болезни Меньера ААО-HNS, которое используется во всем мире с момента его публикации в 1995 году. Новое определение будет включать только 2 категории достоверности (определенную и вероятную) и будет более точным в отношении потери слуха и диагностического совпадения с другими состояниями, представляющими эпизодический вестибулярный синдром, главным образом вестибулярную мигрень. Подкомитет доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения подготовил подробные определения симптомов и признаков для всех вариантов каналолитиаза и купулолитиаза, которые в настоящее время описаны в медицинской литературе, подразделяя их на установленные и вероятные варианты в соответствии с имеющимися данными. Ожидается, что эти определения будут опубликованы в 2015 году.

Подкомитет Поведенческих аспектов вестибулярных расстройств был последней из нынешних рабочих групп, которые были сформированы и впервые встретились в августе 2010 года в Рейкьявике во время 26-го собрания Общества Барани. Этому подкомитету было поручено выполнить 2 задачи: (1) выявить первичные и вторичные психиатрические расстройства, которые проявляются вестибулярными симптомами, и изменить их стандартные определения для простоты использования отолгогами и отоневрологами, и (2) оценить имеющиеся данные о фобии постурального головокружения, хронического субъективного НГ, дискомфорта от движения в пространстве и визуально-индуцированного НГ (ранее визуальное головокружение), чтобы определить, представляют ли эти объекты одно или более расстройств, а затем подготовить подходящее определение или определения для ICVD. Эта задача осложнялась тем фактом,

что оба набора стандартизированной психиатрической номенклатуры находились в процессе пересмотра, когда был сформирован подкомитет. Обновленная версия DSM (DSM-5) была опубликована в 2013 году после продолжительного цикла пересмотра. Его определения лучше согласуются с определениями 11-го издания Международной Классификации Болезней (МКБ-11), который все еще находится в бета-версии, ожидая завершения в 2017 году. Подкомитет подготовил модифицированные определения тревожных и депрессивных расстройств, которые проявляются вестибулярными симптомами, для использования в нейро-отологических клинических и исследовательских условиях. Он также определил, что фобическое постуральное головокружение и хроническое субъективное НГ были различными описаниями одного клинического объекта с дискомфортом движения в пространстве и визуально-индуцированным НГ в качестве основных симптомов. Таким образом, подкомитет определил один хронический вестибулярный синдром, который фиксирует ключевые признаки этого состояния, и назвал его постоянным постурально-перцептивным головокружением в соответствии с номенклатурой ICVD. Определение постоянного постурально-перцептивного головокружения будет опубликовано в Интернете для комментариев весной 2015 г., а остальные поведенческие вестибулярные расстройства последуют позже.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ УРОВЕНЬ III-B: МЕХАНИЗМЫ

Уровень III-B содержит патологоанатомические, патофизиологические и этиологические механизмы, лежащие в основе вестибулярных нарушений. Предполагается, что этот уровень будет разрабатываться последним и будет наиболее неполным в первой итерации ICVD, но будет расширяться и расти в наибольшей степени с будущими научными открытиями. Этот уровень был создан с учетом того, что, в конечном счете, клинические явления (т.е. симптомы и признаки) могут быть напрямую связаны с механизмами (например, генетической мутацией) для диагностики и лечения, пропуская промежуточные этапы в процессе диагностики, который в настоящее время неизбежны (например, «диагностика» болезни Меньера).

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Наконец, следует признать, что функциональное воздействие вестибулярных заболеваний и расстройств является существенным и, что необходима схема для стандартизированной оценки нетрудоспособности или инвалидности. Сам диагноз не предоставляет информацию о функциональных последствиях для пострадавшего человека. Всемирная Организация Здравоохранения создала Международную Классификацию Работоспособности, Инвалидности и Здоровья, которая описывает неблагоприятное воздействие болезней на повседневную деятельность и делает оценку функциональных нарушений и инвалидности, вызванных болезнями всех типов. Рабочая группа разрабатывает инструмент для использования данных Международной Классификации Работоспособности, Инвалидности и Здоровья для оценки состояния пациентов с вестибулярными расстройствами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время под эгидой ССBS осуществляется инициатива по разработке всеобъемлющей структуры классификации и формальных определений вестибулярных симптомов, синдромов и заболеваний. Успех ICVD будет зависеть от его способности налаживать связь между учеными, клиницистами, пациентами, политиками и широкой общественностью, расширять знания о вестибулярных расстройствах и уменьшать заболеваемость тех, кто страдает от состояний, которые классификация определяет.

БЛАГОДАРНОСТЬ

Усилия Dr. Newman-Toker были частично поддержаны грантом Национального Института здравоохранения, Национального Института Глухоты и других нарушений коммуникации (1U01DC013778-01A1).

ССЫЛКИ

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
2. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Cephalalgia 1988;8(Suppl 7):1–96.
3. Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Meniere's disease. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Foundation, Inc. Otolaryngol Head Neck Surg 1995;113:181–5.
4. Morera C, Pe' rez H, Pe' rez N, et al. Peripheral vertigo classification. Consensus document. Otoneurology Committee of the Spanish Otorhinolaryngology Society (2003-2006). Acta Otorrinolaringol Esp 2008;59(2):76–9.
5. Bisdorff A, von Brevern M, Lempert T, et al. Classification of vestibular symptoms: towards an international classification of vestibular disorders. J Vestib Res 2009; 19(1–2):1–13.
6. Neuhauser H, von Brevern M, Radtke A, et al. Epidemiology of vestibular vertigo: a neurotologic survey of the general population. Neurology 2005;65(6):898–904 [Erratum appears in Neurology 2006;67(8):1528].
7. Ba'ra'ny Society, The International Society for Neuro-Otology. Available at: www.baranysociety.nl. Accessed January, 2015.
8. Lempert T, Olesen J, Furman J, et al. Vestibular migraine: diagnostic criteria.

J Vestib Res 2012;22(4):167–72.

9. Brandt T, Bronstein AM. Nosological entities? Cervical vertigo. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2001;71:8–12.

10. Newman-Toker DE, Cannon LM, Stofferahn ME, et al. Imprecision in patient reports of dizziness symptom quality: a cross-sectional study conducted in an acute-care setting. Mayo Clin Proc 2007;82(11):1329–40.

11. Stanton VA, Hsieh YH, Camargo CA Jr, et al. Overreliance on symptom quality in diagnosing dizziness: results of a multicenter survey of emergency physicians. Mayo Clin Proc 2007;82(11):1319–28. [Erratum appears in Mayo Clin Proc 2013;88(7):777].

12. Blakley BW, Goebel J. The meaning of the word “vertigo”. Otolaryngol Head Neck Surg 2001;125(3):147–50.

13. Newman-Toker DE, Dy FJ, Stanton VA, et al. How often is dizziness from primary cardiovascular disease true vertigo? A systematic review. J Gen Intern Med 2008; 23(12):2087–94.