

Классификация вестибулярных симптомов: Международная Классификация Вестибулярных Расстройств

Alexandre Bisdorff, Michael Von Brevern, Thomas Lempert and David E. Newman-Toker
Department of Neurology, Centre Hospitalier Emile Mayrisch, L-4005 Esch-sur-Alzette, Luxembourg
Vestibular Research Group Berlin, Department of Neurology, Park-Klinik Weissensee, Berlin, Germany
Vestibular Research Group Berlin, Department of Neurology, Schlosspark-Klinik, Berlin, Germany
Department of Neurology, The Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21287, USA

On behalf of the Committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Barany Society: Pierre Bertholon, Alexandre Bisdorff, Adolfo Bronstein, Herman Kingma, Thomas Lempert, Jose Antonio Lopez Escamez, Måns Magnusson, Lloyd B. Minor, David E. Newman-Toker, Nicolas Perez, Philippe Perrin, Mamoru Suzuki, Michael von Brevern, John Waterston and Toshiaki Yagi

*Первый консенсуальный документ Комитета по Классификации
Вестибулярных Расстройств Общества Барани.*

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

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

IHS - Международное Общество по изучению Головной Боли

1. Введение

Комитет Классификации Вестибулярных Расстройств Общества Барани был сформирован на заседании Общества Барани в Упсале в 2006 году. Его обязанность заключается в содействии разработке реализуемой классификации вестибулярных расстройств.

Симптомы и определение болезни — это фундаментальная основа как в клинической практике, так и в исследовательской. Однако, ощущается потребность в сформированной системе классификации, единых определениях или явных диагностических критериев, зависящих от дисциплины. 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.

Интересно, что что не только научный и терапевтический прогресс, но также и общественная осведомленность о психиатрических и цефалгических расстройствах значительно возросла после создания Диагностического и Статистического

Руководства по Психическим Расстройствам (DSM) Американской академии Психиатрии и Международной Классификации Расстройств Головной Боли (ICHD) Международного Общества по изучению Головной Боли (IHS). В противоположность, вестибулологическая номенклатура остается в зачаточном состоянии. Помимо определений Болезни Меньера Американской Академии Отоларингологии – Хирургии Головы и Шеи (AAOHNNS) и Классификации Периферических Вестибулярных Расстройств Испанской Ассоциации Оториноларингологов, мы не знаем о других систематических усилиях по созданию широко признанных критериев для классификации подобных расстройств.

Несмотря на то, что за последние несколько десятилетий были достигнуты многочисленные успехи в вестибулярных исследованиях, в настоящее время все больше доказательств того, что дальнейшему развитию данной области препятствует отсутствие явных и единых критериев для разнообразных клинических расстройств. Например, это можно увидеть в продолжающихся спорах, связанных с различием «вестибулярной мигрени» и «болезни Меньера» или разнообразным использованием «терминов» вестибулярного нейронита – «кохлеовестибулярный неврит», «лабиринтита», «кохлеолабиринтита», «острой периферической вестибулопатии» в медицинской литературе. Еще хуже, проблемы терминологии продемонстрированы на уровне основных вестибулярных симптомов, таких как «несистемное головокружение» и «системное головокружение». Было отмечено, что при изучении в одной англоязычной стране термин «системное головокружение» имеет различные значения для пациентов, врачей общего профиля, и даже для отологов.

Мы считаем, что настало время продолжить разработку первой Международной Классификации Вестибулярных Расстройств (ICVD-I). Первоначально мы ожидаем, что ее преимущественное использование будет направлять специалистов, проводящих клинически ориентированные вестибулярные исследования. Мы убеждены в том, что со временем тщательно отобранные критерии исследования будут постепенно распространяться на использование в данной клинической области. Мы представляем собой организованный и итеративный процесс разработки, в котором участвуют международные эксперты из неврологии и отоларингологии. Мы надеемся, что Общество Барани будет сотрудничать с ААО-ННС и другими нейро-отологическими ассоциациями, которые готовы продвигать этот проект, включая финансирующие агентства, чьи приоритеты должны поддерживать вестибулярные исследования. Чтобы начать этот процесс, Комитет сначала попытался определить ключевые вестибулярные симптомы в качестве основы для последующей классификации конкретных вестибулярных расстройств, а затем для достижения консенсуса в отношении этих формализованных определений.

2. Методы

Общество Барани - это международное общество, которое состоит из экспертов в области вестибулологии с широким спектром знаний в фундаментальной науке, биоинженерии, медицины в космической подготовке и т.д. На XXIV собрании Общества Барани 2006 в Упсала, Швеция, Генеральная Ассамблея приняла решение начать инициативу разработки классификации вестибулярных расстройств. Небольшая рабочая группа клиницистов сформировала классификационный комитет и начала составлять концепцию подхода, анализируя то, что существовало в этой области, и какие предыдущие модели следует соблюдать. Вдохновение на это

дала Международная Классификация Расстройств Головной боли Международного Общества Головной Боли.

Поскольку нет консенсуса относительно использования терминов для описания вестибулярных симптомов, Комитет решил инициировать процесс классификации, сначала определяя и конструируя консенсус вокруг формализованных определений ключевых вестибулярных симптомов. Этот документ затем, в свою очередь, послужит основой для последующей классификации конкретных вестибулярных расстройств. Было согласовано, что определения должны охватывать все основные симптомы, которые, как считается, возникают из-за нарушений вестибулярной системы, причем эта система определяется в широком смысле как сенсорные рецепторы, центральная обработка и двигательные нейроны, которые связаны с равновесием.

Дискуссия постепенно включала членов и лидеров общественного мнения во всем мире, главным образом через электронные коммуникации, а также несколько личных встреч и телефонных конференций. Задача заключалась в том, чтобы найти лучший компромисс между традиционным использованием терминов, современными разработками и практичностью в исследованиях и клинических условиях. Первый проект был представлен на собрании Общества Барани XXV в Киото в апреле 2008 года с возможностью для делегатов обсудить и отдать голоса по спорным вопросам из обсуждения в Комитете. Вклад Киотского совещания был очень полезен для Комитета по классификации, чтобы определить, какие определения были легко приняты и которые были отклонены или требуют дальнейшего разъяснения. Затем проект обсуждался на ежегодном собрании в мае 2008 года в Лозанне, Швейцария, в рамках франкоязычного международного сообщества de'Otoneurology. Члены последнего общества, а также члены Испанской Comision de Otoneurologia de la Sociedad Espanola de Otorrinolaringologia и Американской академии оториноларингологии - хирургия головы и шеи (AAOHNNS) присоединились к Классификационному комитету Общества Барани, завершая нынешнюю классификацию.

3. Результаты

В прилагаемом документе (Приложение 1) мы представляем первую итерацию консенсусной классификации вестибулярных симптомов (ICVD-I: Классификация симптомов v 1.0), подготовленной комитетом. Комитет также разработал алгоритм для облегчения кодирования симптомов, наблюдаемых у конкретного пациента (Приложение 2). Несколько общих принципов были согласованы в рамках процесса формирования консенсуса:

- 1) Симптомы, выбранные для определения, должны быть достаточно обширными, чтобы охватить спектр клинических признаков, обычно возникающих в результате вестибулярных расстройств, но также достаточно конкретными для точной диагностики.
- 2) Никакой «вестибулярный» симптом не имеет абсолютно специфического значения с точки зрения топологии или нозологии, и его патогенез, вероятно, будет не совсем полным.
- 3) Определения симптомов должны быть как можно более феноменологическими без ссылки на теорию патофизиологии конкретного заболевания.
- 4) Определения для симптомов точнее, если они не перекрываются и не иерархичны, а позволяют сосуществовать одному или нескольким симптомам у конкретного пациента.

- 5) Следует рассмотреть возможность выбора терминологии для облегчения перевода на языки помимо английского с учетом существующих моделей употребления слов.

Некоторые области были относительно бесспорными, в то время как другие вызвали несогласие и даже острые споры. Хотя типичное американское использование идентифицирует *несистемное головокружение* как собирательный термин, который может включать вертиго как подмножество причин, решение сделать термины неиерархическими, предполагает, что системное и несистемное головокружение следует определять отдельно, как это чаще всего делается в Европе. Этот выбор также считался более совместимым с некоторыми лингвистическими проблемами в ожидании будущих переводов. Определение системного головокружения было спорным, поскольку некоторые хотели ограничить его использование лишь ложным чувством вращения, в то время как другие полагали, что оно должно относиться к любому ложному чувству движения. Если бы отсутствие вращения считалось «неистинным головокружением», альтернатива заключалась бы в том, чтобы ввести один или несколько новых терминов или включить эти ощущения в рамки несистемного головокружения, делая это определение менее ясным. Компромисс заключался в добавлении детализации, чтобы отметить, системное головокружение с вращением или без него.

Поскольку системное, несистемное головокружение и многие вестибулярные расстройства часто идентифицируются наличием (или отсутствием) определенных триггеров, было сочтено важным разработать определения симптомов для нескольких распространенных типов вызванных вертиго и НГ.

Как и другие ранее, некоторые члены Комитета изначально выступали за использование термина головокружение «положения» в противовес «позиционному» головокружению для того, чтобы выделить пациентов, чьи симптомы связаны с процессом перемещения головы на новую позицию, а не с непосредственным достижением этой позиции и фиксацией в этом положении. Консенсус комитета, однако, заключался в том, что эта дифференциация была непрактичной, учитывая относительно глупый характер различия и хорошо установленный статус симптоматического позиционного головокружения.

Введение отдельной категории по вестибуло-визуальным симптомам было единогласно признано важным, но конкретные определения симптомов вызвали много дискуссий. Тот факт, что вестибулярная дисфункция может приводить к ряду зрительных нарушений, не всегда хорошо понимается вне вестибулярного сообщества. Разработка категории, посвященной этим симптомам, была, в частности, явной попыткой повысить осведомленность об этом вопросе. Основное противоречие заключалось в том, как определить визуальное чувство движения, которое обычно бывает при сохранении равновесия или сопровождает «телесное» ощущение вестибулярного движения у пациентов, которые испытывают головокружение с вращением. Поскольку эти два ощущения иногда могут быть диссоциированы клинически (например, у пациента, который видит, что окружение вращается само по себе или кружится от подергиваний нистагма, но не чувствует вращения с закрытыми глазами), Комитет согласился с тем, что визуальное ощущение движения не должно просто включаться в определение системного головокружения. Некоторые хотели называть это ощущение «осциллопсией», как это было сделано в некоторых предыдущих исследованиях. Однако большинство предпочло использовать осциллопсию только для описания двунаправленного визуального движения «туда-обратно», включающего такие жалобы, как «прыжки»

или «прыгающее» зрение. Термин «объективное вертиго» был отвергнут, поскольку его посчитали сбивающим с толку, когда все сенсорные симптомы являются, по определению, субъективными переживаниями. «Визуальное вертиго» не рассматривалось, так как этот термин теперь часто используется для описания головокружения, вызванного движением предметов в поле зрения пациента. Предложение ввести неологизм «*vertigopsia*», предпочитаемый некоторыми, в конечном итоге отбросили в пользу нового термина «внешнее головокружение».

Определения для симптомов постурального равновесия, которые часто сопровождают вестибулярные расстройства, требовали небольшого обсуждения для достижения консенсуса. Комитету было удобно использовать *неустойчивость* как предпочтительный термин для постуральной нестабильности (сидя, стоя или при ходьбе) нежели, чем часто используемые, но более лингвистически неоднозначные термины - *нестабильность (дизэквilibрирум)* или *дисбаланс (нарушение равновесия)*. Термин *дроп-атака* (внезапное падение без потери сознания) считался неоднозначным, так как отневрологи иногда ограничивают термин состояниями с вестибулярными причинами падения, а неврологи, кардиологи и врачи общей практики выделяют другие причины (Meissner, 1986; Parry, 2005). Дроп-атаки с видимой вестибулярной причиной вместо этого рассматривались в категориях *незавершенное и завершённое падение*.

В первой итерации было принято решение неконкретно определять все симптомы, которые могут быть связаны с НГ или вертиго, если они слабо связаны с вестибулярными нарушениями (например, обморок, диплопия, дизартрия, диссимметрия). Аналогичным образом, в этой итерации не предлагаются конкретные определения для нейровегетативных (например, тошнота, рвота, усталость, недомогание, слабость) или нейропсихиатрических (например, тревога, депрессия, фобия) симптомов, которые могут сопровождать вестибулярные расстройства. Тем не менее, мы предлагаем ограниченные определения (в комментариях) для некоторых таких симптомов, где необходимо прояснить важное отличие от определенного вестибулярного симптома (укачивание, пресинкопе, психическое замешательство, деперсонализация и др.).

Таблица 1.
Планируемые этапы развития ICVD-I

Этап	Наименование	Описание
I	<u>Классификация</u>	Создать ICVD-I
IA	<u>Симптомы</u>	Разработать определения для вестибулярных симптомов
IB	<u>Нозология</u>	Создать рубрики для классификации вестибулярных расстройств
IC	<u>Расстройства</u>	Определить диагностические критерии для вестибулярных заболеваний или

ID	<u>Гармонизация</u>	синдромов Унифицировать диагностические критерии в единый сборник (ICVD-I)
II	<u>Распространение</u>	Провозглашать использование этих критериев для исследовательских целей (например, публикация, одобрение соответствующих профессиональных обществ и т.д.)
III	<u>Обновление</u>	Создать механизм для поддержания знаний и периодических обновлений критериев сменяющимися научными познаниями.

4. Обсуждение

Эта работа по классификации вестибулярных симптомов представляет собой первый шаг к первой Международной Классификации Вестибулярных Расстройств (ICVD-I). Мы предусмотрели три последовательных этапа реализации этой программы (**Таблица 1**). Хотя эти этапы перечислены в порядке, подразумевая линейную прогрессию, фактический процесс, вероятно, будет динамичным и итеративным. Это особенно важно в период генерации ICVD-I (этап I), где последующая работа (например, определение диагностических критериев) может привести к существенному пересмотру предшествующей работы (например, создание схемы классификации).

Чтобы успешно выполнить этот сложный процесс, мы должны принять модульный подход. Например, нескольким параллельным рабочим группам будет поручено определить диагностические критерии для небольшого подмножества связанных вестибулярных заболеваний (например, «позиционное головокружение» или «острые периферические вестибулопатии»). Эти первые модули будут выбираться на основе приоритета для вестибулярного сообщества и, скорее всего, будут развиваться более высокими темпами, чем классификация «авангард». Как следствие, некоторые модули могут быть распространены в опубликованной форме, в то время как другие остаются пополняемыми. Разбор процесса развития этих «авангардных» модулей будет информировать о разработке последующих модулей.

На протяжении всего процесса мы планируем запрашивать периодическую обратную связь от вестибулярного сообщества и начинать проверку и тестирование определений или критериев, которые достигли более продвинутой стадии. Например, мы надеемся привлечь исследователей, желающих подтвердить критерии для тех расстройств, где существуют подтвержденные стандартные диагностические тесты (например, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение) и установить надежные правила кодирования, когда

нет надежной диагностики (например, вестибулярной мигрени).

Мы ожидаем, что эти последующие этапы развития окажутся более сложными, чем классификация симптомов, и потребуют больше ресурсов. Даже с амбициозными сроками развития, адекватными финансами и политической поддержкой со стороны соответствующих заинтересованных сторон, завершение только первого этапа (разработка полного опубликованного ICVD-I) займет не менее нескольких лет. Мы надеемся на партнерство с обществами и финансирующими агентствами для продвижения исследований в области вестибулярных расстройств с помощью консенсусных критериев классификации и диагностики.

Приложение 1

Международная Классификация Вестибулярных Расстройств I (ICVD-I)

Создана и одобрена Комитетом по Классификация вестибулярных расстройств Общества Барани.

ICVD-I: Классификация симптомов 1.0 (Январь, 2009)

Содержание

1. Вертиго (системное головокружение)

- спонтанное
- вызванное
- * позиционное
- * движением головы (head-motion vertigo)
- * индуцированное взглядом (визуально-индуцированное)
- * индуцированное звуком (акустически-индуцированное)
- * Вальсальва-индуцированное (пневматическое, фистульное вертиго)
- * ортостатическое
- * прочие вызванные

2. Несистемное головокружение

- спонтанное
- вызванное
- * позиционное
- * движением головы (head-motion)
- * индуцированное взглядом (визуально-индуцированное)
- * индуцированное звуком (акустически-индуцированное)
- * Вальсальва-индуцированное (пневматическое, фистульное)
- * ортостатическое
- * прочие вызванные

3. Вестибуло-визуальные симптомы

- внешнее головокружение
- осциллопсия
- визуальное отставание (торможение)
- визуальный наклон
- визуальное размытие, вызванное движением

4. Постуральные симптомы

- неустойчивость
- направленная пульсия
- незавершенное падение (состояние близкое к падению)
- завершенное падение

1. Вертиго (Vertigo) — системное головокружение

Определение: (Внутреннее головокружение) Вертиго — это ощущение вращения, когда самого вращения не происходит, или присутствует искаженное чувство вращения во время обычного движения головой. Это «внутреннее» вестибулярное ощущение отличается от «внешнего» визуального ощущения движения, упомянутого в этой классификации, как внешнее головокружение или осциллопсия (см. 3. Вестибуло-визуальные симптомы). Для простоты термин «вертиго» будет означать по умолчанию «внутреннее головокружение (истинное, системное)». Этот термин включает в себя ложные ощущения вращения (головокружение с вращением), а также другие ложные ощущения, такие как покачивание, опрокидывание, подпрыгивание или скольжение (головокружение без вращения).

Комментарий: вышеуказанные ощущения движения (напоминающие фактическое движение) не являются вертиго. В этой классификации не делается никакого различия между ложным чувством вращательного движения и ложным чувством линейного движения (часто называемым «перемещение») или статическим наклоном относительно земли (часто называемым «наклоном»); все три считаются головокружениями, когда пациент испытывает симптом ложного движения. Если ощущение покачивания отмечается только при стоянии или ходьбе, то это следует назвать неустойчивостью и пометить под постуральными симптомами (см. 4 ниже), а не вертиго. Если внутреннее ощущение головокружения сопровождается ложным чувством внешнего зрительного движения (*внешнее головокружение или осциллопсия*), это должно быть помечено как дополнительный вестибуло-визуальный симптом (например, «комбинированное внутреннее и внешнее вращательное головокружение» или «головокружение без вращения» с осциллопсией). Ложное чувство зрительного движения, которое происходит изолированно (без ложного внутреннего ощущения вращения), должно быть помечено только как внешнее головокружение или осциллопсия. Вертиго следует разделять как вращающееся, без вращения или и то и другое (см. *Алгоритм кодирования симптомов*).

Термины, неиспользуемые в этой номенклатуре: истинное головокружение, ложное головокружение, объективное головокружение, субъективное головокружение, вращательное головокружение, линейное головокружение.

Различают несколько контекстов происхождения вертиго:

1.1. Спонтанное вертиго

Определение: Спонтанное вертиго - системное головокружение, случившееся без очевидных причин.

Комментарий: Спонтанное вертиго может быть вызвано движением (особенно движением головы). Когда спонтанное головокружение ухудшается такими движениями, необходимо добавить второй симптом (головокружение от движения головой 1.2.2).

1.2. Вызванное вертиго

Определение: Вызванное вертиго — системное головокружение, случившееся по определённым причинам.

Комментарий: Наличие «очевидного» триггера требует временной взаимосвязи между триггерным стимулом и головокружением. В большинстве случаев также должна присутствовать воспроизводимая, повторяющаяся связь между триггерным

стимулом и возникновением головокружения. Обратите внимание: хотя химические триггеры (например, пищевые продукты, гормональные состояния, лекарства) могут способствовать возникновению явно спонтанных головокружения у пациентов с некоторыми вестибулярными расстройствами (например, вестибулярной мигренью или болезнью Меньера), их следует рассматривать только как вызванное головокружение, если связь между триггером и эпизодом головокружения ясна.

1.2.1. *Позиционное вертиго*

Определение: Позиционное головокружение - это головокружение, возникающее после изменения положения головы в пространстве относительно силы тяжести.

Комментарий: Следует отличать от head-motion вертиго, которое происходит во время движения головы (см. 1.2.2). Следует обратить внимание на то, являются ли симптомы постоянными (≥ 1 минуты), когда голова достигает этой позиции и фиксируется в этом положении, или просто проходящими (< 1 минуты). Если это транзиторная реакция, то следует отметить продолжительность. Позиционное вертиго также следует отличать от ортостатического (см. 1.2.6).

Термины, неиспользованные в этой номенклатуре: головокружение положения

1.2.2 *Вертиго вызванное движением головы (head-motion)*

Определение: **Вертиго вызванное движением головы** является головокружением, происходящим только во время движения головы (т. е. Сохраняемое во время движения).

Комментарий: Такое СГ может быть вызвано движением головы (от базового состояния без головокружения), или спонтанное вертиго может усугубляться движением головы. *Вертиго вызванное движением головы* представляется как искаженное ощущение вращения во время фактического вращения (движения). Это состояние отличается от позиционного головокружения, которое происходит после движения головы и принятия нового положения головы в пространстве. *Вертиго вызванное движением головы* также следует отличать от укачивания, при котором преобладающим симптомом является длительное, висцеральное чувство тошноты.

Термины, неиспользованные в этой номенклатуре: дискомфорт или болезнь движения в пространстве.

1.2.3. *Визуально-индуцированное вертиго*

Определение: **Визуально-индуцированное вертиго** - головокружение, вызванное сложным, искаженным, в широком зрительном поле или движущимся визуальным стимулом, включая относительное движение зрительного окружения, связанное с изменением положения тела.

Комментарий: Симптом включает визуально-индуцированную иллюзию кругового или линейного самопроизвольного чувства движения (часто называемого «векция»). Если ощущение является одним из несистемных проявлений головокружения, вызванного визуальным стимулом, его следует классифицировать под 2.2.3 (визуально-вызванное несистемное головокружение). Если нарушающий визуальный стимул возникает из-за нарушения первичной окулярной подвижности (например, миокимии глазных мышц или невестибулярного нистагма) и вызывает вертиго, этот симптом следует классифицировать здесь. Визуально-индуцированное вертиго следует также отличать от морской болезни, при которой преобладающим симптомом является длительное, висцеральное ощущение тошноты.

Термины, неиспользуемые в этой номенклатуре: дискомфорт или болезнь движения в пространстве, визуальное вертиго.

1.2.4. *Акустически-индуцированное вертиго*

Определение: **Акустически-индуцированное вертиго** - головокружение, вызванное звуковым стимулом.

Комментарий: Акустически-индуцированное вертиго не следует использовать для описания головокружения, вызванного Valsalva, в следствие изменения давления через барабанную перепонку (например, пневмоотоскопию) или вибрацию, которое следует либо классифицировать как головокружение, вызванное Valsalva, либо другое вызванное вертиго (см. 1.2.5 и 1.2.7).

Термины, неиспользованные в этой номенклатуре: феномен Туллио.

1.2.5. *Вальсальва-индуцированное вертиго*

Определение: **Вальсальва-индуцированное вертиго** является головокружением, вызванным любым физическим маневром, который увеличивает внутричерепное давление или давление в полости среднего уха.

Комментарий: Типичные поведенческие стимулы, которые имеют тенденцию уменьшать венозный возврат из внутричерепного пространства за счет повышения внутригрудного давления при Вальсальва с закрытой голосовой щелью (glottic Valsalva), включают кашель, чиханье, физическое напряжение, подъем тяжелых предметов и т. д. В отличие от этого, проба Valsalva (с закрытым носом) доставляет воздух непосредственно в полость среднего уха без значительного изменения внутригрудного давления. Следует обратить внимание на то, вызваны ли симптомы с помощью glottic Valsalva, Вальсальва (с закрытым носом) или того и другого. Пневматическая отоскопия / инсuffляция и другие «внешние» изменения давления должны классифицироваться как другое вызванное вертиго (см. 1.2.7 ниже).

1.2.6. *Ортостатическое вертиго*

Определение: **Ортостатическое вертиго** - головокружение, возникающее при подъеме (то есть изменение положения тела из положения «лежа» в «сидя»; или из «сидя» в «стоя»).

Комментарий: Ортостатическое головокружение (возникающее при вставании) следует отличать от позиционного головокружения (вызванного изменением положения головы относительно земли) и хед-моушен вертиго, поскольку позиционные симптомы могут быть вызваны движением головы, которое возникает во время вставания (см. 1.2.1 и 1.2.2 выше). См. *Ортостатическое НГ* (2.2.6 ниже).

Термины, неиспользуемые в этой номенклатуре: постуральное вертиго.

1.2.7. *Вертиго, вызванное другими причинами*

Определение: **Вертиго, вызванное другими причинами**, является головокружением, вызванным любым другим стимулом, чем те, которые перечислены выше.

Комментарий: Другие триггеры включают в себя состояния связанные с дегидратацией, приемом наркотиков, изменениями давления окружающей среды (например, при глубоководном погружении, подъеме на высоту, гипербарической оксигенации, пневматической инсuffляции во время пневмотоскопии), упражнениях / нагрузках (в том числе упражнения на верхние конечности), после длительного воздействия пассивного линейного движения (как происходит после морских путешествий), гипервентиляция, фобические ситуации, вибрационные и

индивидуальные атипичные триггеры, уникальные для конкретного пациента.

2. Несистемное головокружение (Dizziness)

Определение: Несистемное головокружение является ощущением нарушенной пространственной ориентации без ложного или искаженного чувства вращения в пространстве.

Комментарий: Несистемное головокружение, как определено здесь, не содержит системных ощущений головокружения. Часто этот термин используется в широком смысле, охватывая ощущение ложного движения, но здесь термины вертиго и несистемное головокружение четко различаются. При описании симптомов пациента, несколько из них могут сосуществовать или происходить последовательно, например, вертиго и НГ. Для этой классификации один симптом не предотвращает другого (в частности, присутствие вертиго не является априорным, не исключает наличие НГ, если присутствуют оба симптома).

Этот термин не следует применять, когда есть чистое ощущение внезапной слабости (пресинкопальное состояние), неупорядоченного мышления (замешательство сознания) или отстранения от реальности (деперсонализация или дереализация), когда такое ощущение не сопровождается чувством пространственной дезориентации. Точно так же определение НГ не должно применяться, если жалобой пациента является одна из генерализованных или фокальных моторных слабостей или неспецифического чувства недомогания, усталости или плохого самочувствия.

Термины, неиспользованные в этой номенклатуре: чувство дурноты, неспецифическое НГ.

Различают следующие контексты происхождения несистемного головокружения:

2.1. Спонтанное несистемное головокружение

Описание: Спонтанное несистемное головокружение — головокружение, вызванное без определенных причин.

Комментарий: Спонтанное НГ может усугубляться движениями (особенно движением головы). Когда спонтанное головокружение усугубляется такими движениями, следует добавить второй симптом (хед-моушен НГ 2.2.2).

2.2. Спровоцированное НГ

Определение: Спровоцированное НГ — вызванное определенными факторами.

Комментарии: Наличие «очевидного» триггера требует временной взаимосвязи между ним и началом НГ.

2.2.1. Позиционное НГ

Определение: Позиционное НГ - это чувство головокружения, возникающее после изменения положения головы в пространстве относительно земли.

Комментарий: Это состояние отличается от хед-моушен НГ, которое возникает во время движения головы (см. 1.2.2). Следует обратить внимание на то, являются ли симптомы постоянными (≥ 1 минуты), когда голова достигает и сохраняет новое положение, или просто проходящими (< 1 минуты). Если это транзиторная реакция, то следует отметить продолжительность. Позиционное НГ также следует отличать от ортостатического НГ (см. 2.2.6).

Термины, неиспользованные в этой номенклатуре: головокружения положения.

2.2.2. НГ вызванное движением головы

Определение: **НГ вызванное движением головы** является головокружение, происходящее только во время движения головы (т. е. Сохраняемое во время движения).

Комментарий: Такое НГ может быть вызвано движением головы (от базового состояния без головокружения), или спонтанное НГ может быть усугублено движением головы. Хед-моушен НГ определяется как искаженное ощущение пространственной ориентации во время фактического вращения. Это состояние отличается от позиционного НГ, которое возникает после движения головы, при принятии новой позиции покоя головы в пространстве. Хед-моушен НГ, также следует отличать от укачивания, при котором преобладающим симптомом является длительное, висцеральное ощущение тошноты.

Термины, неиспользованные в этой номенклатуре: дискомфорт или болезнь движения в пространстве.

2.2.3. Визуально-индуцированное НГ

Определение: **Визуально-индуцированное НГ** - это головокружение, вызванное сложным, искаженным, в широком визуальном поле или движущимся визуальным стимулом, включая относительное движение зрительного окружения, связанное с движением тела.

Комментарий: Если симптом включает визуально индуцированную иллюзию кругового или линейного вращения, то симптомы должны быть помечены как 1.2.3. (*визуально-индуцированное НГ*). Если провоцирующий визуальный стимул возникает из-за нарушения первичной окулярной подвижности (например, миокимии глазных мышц или невестибулярного нистагма) и вызывает головокружение, этот симптом следует классифицировать здесь. Визуально-индуцированное НГ следует также отличать от морской болезни, при которой преобладающим симптомом является длительное, висцеральное ощущение тошноты.

Термины, неиспользуемые в этой номенклатуре: дискомфорт или болезнь движения в пространстве, визуальное НГ.

2.2.4. Акустически-индуцированное НГ

Определение: **Акустически-индуцированное НГ** - головокружение, вызванное звуковым стимулом.

Комментарий: Акустически-индуцированное НГ не следует использовать для описания НГ, вызванного Valsalva, в следствие изменения давления через барабанную перепонку (например, пневмоотоскопию) или вибрацию, которое следует либо классифицировать как НГ, вызванное Valsalva, либо другое вызванное НГ (см. 1.2.5 и 1.2.7).

Термины, не использованные в этой номенклатуре: феномен Туллио.

2.2.5. Вальсальва-индуцированное НГ

Определение: **Вальсальва-индуцированное НГ** является головокружением, вызванным любым физическим маневром, который имеет тенденцию увеличивать внутричерепное давление или давление среднего уха.

Комментарий: Типичные поведенческие стимулы, которые имеют тенденцию уменьшать венозный возврат из внутричерепного пространства за счет повышения внутригрудного давления при Вальсальва с закрытой голосовой щелью (glottic Valsalva), включают кашель, чиханье, физическое напряжение, подъем тяжелых предметов и т. д. В отличие от этого, проба Valsalva (с закрытым носом) доставляет воздух непосредственно в полость среднего уха без значительного изменения внутригрудного давления. Следует обратить внимание на то, вызваны ли симптомы с помощью glottic Valsalva, Вальсальва (с закрытым носом) или того и другого. Пневматическая отоскопия / инфуляция и другие «внешние» изменения давления должны классифицироваться как другое вызванное НГ (см. 2.2.7 ниже).

2.2.6. Ортостатическое НГ

Определение: Ортостатическое НГ - головокружение, вызванное и возникающее при подъеме (то есть изменение положения тела от положения «лежа» до «сидя»; или «сидя» до «стоя»).

Комментарий: Ортостатическое НГ (возникающее при вставании) следует отличать от позиционного НГ (вызванного изменением положения головы относительно земли) и хед-моушен НГ, поскольку позиционные симптомы могут быть вызваны движением головы, которое возникает во время вставания (см. 2.2.1 и 2.2.2 выше). Различие между позиционным и ортостатическим НГ может быть достигнуто путем опроса пациента с головокружением при вставании, возникают ли симптомы в то время как он ложится или во время лежания (например, при переворачивании в постели); если это так, симптомы скорее позиционные, чем ортостатические. Хотя наиболее распространенной причиной ортостатического НГ является, вероятно, ортостатическая гипотензия, это не единственная возможная причина; цель этой номенклатуры не рассматривать их как синонимы. Ортостатическое НГ является симптомом, тогда как ортостатическая гипотензия - расстройством или этиологией.

Термины, неиспользуемые в этой номенклатуре: постуральное НГ.

2.2.7. НГ, вызванное другими причинами

Определение: НГ, вызванное другими причинами, является головокружением, вызванным любым другим стимулом, чем те, которые перечислены выше.

Комментарий: Другие триггеры включают в себя состояния связанные с дегидратацией, приемом наркотиков, изменениями давления окружающей среды (например, при глубоководном погружении, высоте, гипербарической оксигенации, пневматической инфуляции во время пневмотоскопии), упражнениях / нагрузках (в том числе упражнения на верхние конечности), после длительного воздействия пассивного движения (как происходит после морских путешествий), гормонами, гипервентиляция, фобические ситуации, узкие шейные воротники, вибрационные и индивидуальные атипичные триггеры, уникальные для конкретного пациента.

3. Вестибуло-визуальные симптомы

Определение: Вестибуло-визуальные симптомы - это визуальные симптомы, которые обычно возникают из-за вестибулярной патологии или нарушения взаимодействия между зрительной и вестибулярной системами. К ним относятся ложные ощущения движения или чувство визуального наклона и визуального искажения (размытия), связанные с вестибулярным (а не оптическим) нарушением.

Комментарий: Визуальные иллюзии или галлюцинации, которые связаны с движением объектов внутри визуального окружения, но в которых это окружение само по себе остается статичным, не следует рассматривать как вестибуло-визуальные симптомы. Примеры включают в себя плавающее зрение при передвижении, появление скатом во время мигрени и т.д.

3.1. Внешнее головокружение

Определение: Внешнее головокружение – это ложное ощущение, когда все визуальное окружение вращается или «растекается».

Комментарий: Симптом внешнего вертиго включает ложное ощущение непрерывного или резкого потока визуальной информации в любой пространственной плоскости (например, в горизонтальной [рыскание]). Отличается от осциллопии (см. 3.2 ниже) отсутствием двунаправленного (колебательного) движения. Внешнее вертиго (чувство визуального движения) часто сопровождается чувством внутреннего вертиго (чувство телесного движения) (подробнее см. 1 выше). Однако, одно подергивание глаз при нистагме может спровоцировать ощущение непрерывного зрительного потока даже без ложного ощущения вращения (внутреннего вертиго). В этой классификации визуальные и телесные симптомы дифференцируются и могут сосуществовать у одного и того же пациента. Поэтому ложное ощущение визуального движения в пространстве (например, вращение окружения) должно кодироваться отдельно от головокружения (например, «комбинированное внутреннее и внешнее вертиго») (см. Алгоритм кодирования симптомов).

Термин, не использованный в этой номенклатуре: истинное вертиго, ложное вертиго, объективное вертиго, субъективное вертиго, вращательное вертиго, прямолинейное вертиго.

3.2. Осциллопия

Определение: Осциллопия - это ложное ощущение того, что визуальное окружение «качается или прыгает».

Комментарий: термин *осциллопия*, как гибрид латинского и греческого означает *колебание* и *зрение*. Это движение назад и вперед может происходить в любом направлении и часто описывается людьми как «подпрыгивание» или «подергивание» окружающего мира. Как и при внешнем вертиго, визуальный симптом осциллопии выделяется и записывается отдельно от любого связанного с телесным чувством движения (то есть вертиго или НГ). Он должен быть указан, если симптом зависит от движения головы или возникает даже тогда, когда голова полностью неподвижна (как при окуломоторных расстройствах, таких как маятниковый нистагм) (см. Алгоритм кодирования симптомов).

3.3. Визуальное отставание

Определение: Визуальное отставание - это ложное ощущение, что визуальное окружение следует за движением головы с задержкой или делает короткий дрейф

после завершения движения головы.

Комментарий: Это ощущение кратковременного визуального отставания, длится обычно менее 1-2 секунд. Это может произойти в сочетании с *хэд-моушен вертиго* или НГ (см. П. 1.2.2 и 2.2.2 выше). Это краткое движение визуального окружения не следует классифицировать как внешнее вертиго, поскольку оно не имеет ощущения непрерывного движения.

3.4. Визуальный наклон

Определение: **Визуальный наклон** - это ложное восприятие визуального окружения, ориентированного на определение вертикали.

Комментарий: Симптоматический статический визуальный наклон с вертикальной головой обычно эпизодический и короткий (от нескольких секунд до нескольких минут) и не является синонимом асимптоматического, статического изменения восприятия субъективной визуальной вертикали (*отклонения SVV*), наблюдаемого среди пациентов с центральными или периферическими вестибулярными расстройствами. Так называемая «иллюзия наклона комнаты» (или «иллюзия перевернутой комнаты») часто используется для обозначения специальной формы визуального наклона с углами наклона 90° или 180° , хотя термин визуальный наклон (с приблизительно указанным углом) является предпочтительным в этой номенклатуре. Если чувство зрительного наклона происходит в движении (т. е. изменяемый угол), а не в стационарном положении (т. е. фиксированный угол), тогда его следует называть внешним вертиго (для зрительного ощущения) или (внутренним) вертиго (для телесного ощущения), скорее, чем визуальный наклон.

Термины, неиспользуемые в этой номенклатуре: «иллюзия наклона комнаты» (или «иллюзия перевернутой комнаты»), перевернутое зрение.

3.5. Визуальное размытие, вызванное движением

Определение: **Визуальное размытие, вызванное движением**, уменьшает остроту зрения во время или мгновенно после движения головы.

Комментарий: Вестибулярная система способствует стабилизации изображения на сетчатке во время движения головы. Нарушение этой функции может привести к «скольжению» изображения на сетчатке и, как следствие, уменьшает остроту зрения во время или сразу после движения головы. Это ощущение визуального размытия может быть непрерывным во время непрерывного движения головы (например, во время ходьбы) или быть кратковременным (например, в сочетании с *хэд-моушен вертиго* или НГ (см. Пункты 1.2.2 и 2.2.2 выше)). Некоторые люди испытывают осциллопсию или визуальное отставание, а не визуальное размытие в этих ситуациях (см. 3.2 и 3.3 выше).

4. Постуральные симптомы

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

Комментарий: термин «постуральный» в этой номенклатуре относится к симптомам равновесия в вертикальном положении (например, стоя), а не набор симптомов, связанных с изменением положения тела по отношению к земле (например, «вставание»). Эти последние симптомы упоминаются как «ортостатические» в этой номенклатуре.

4.1. Неустойчивость

Определение: Неустойчивость - это чувство нестабильности в положениях стоя, сидя или во время ходьбы.

Комментарий: Независимо от вертикального положения (сидящего, стоящего или идущего), усиление стабильности (опереться на стену и др.) должно явно уменьшать или устранять любую неустойчивость; если это не так, следует рассмотреть вопрос о том, не является ли это симптомом вертиго или НГ.

Неустойчивость - это симптом, который может возникать во многих других состояниях, помимо расстройства вестибулярной системы. Если неустойчивость присутствует без каких-либо других вестибулярных симптомов (см. 1,2, 3 выше), вестибулярное расстройство маловероятно, хотя и не исключено.

Термины, неиспользуемые в этой номенклатуре: дезориентация, нарушение равновесия.

4.2. Направленная пульсия

Определение: Направленная пульсия - это чувство неустойчивости с тенденцией к зависанию или падению в определенном направлении, сидя, стоя или при ходьбе. Направление должно быть указано как латеро-, ретро- или антеро-пульсия. В случае латеропульсии необходимо указать направление (вправо или влево).

Комментарии: независимо от вертикального положения (сидящего, стоящего или идущего), усиление стабильности (опереться на стену и др.) должно явно уменьшать или устранять любую латеропульсацию; если это не так, следует рассмотреть вопрос о том, не является ли это симптомом вертиго или НГ.

Термины, неиспользуемые в этой номенклатуре: дезориентация, отсутствие равновесия.

4.3. Незавершенное падение (Состояние близкое к падению)

Определение: Незавершенное падение - это ощущение неизбежного падения (без состоявшегося падения), связанного с сильной неустойчивостью, направленной пульсией или другим вестибулярным симптомом (например, вертиго).

Комментарий: Падения, которые «предотвращены» (например, протянутой рукой, достигающей стены и пр.), следует классифицировать как состояния «близкие к падениям». Несмотря на то, что не всегда можно с достаточной степенью достоверности идентифицировать состояния, связанные с незавершенным падением, обусловлены из-за препятствий (например, «спотыкаться»), физической слабости (например, фокальные моторные слабости) или ощущение внезапной слабости (например, пресинкопе) не следует классифицировать как связанные с равновесием. Незавершенное падение могут быть результатом внезапного

изменение восприятия вертикали (как при визуальном наклоне), ощущение «проваливания в землю», внезапную слабость в нижних конечностях или снижение постулярного тонуса, временно связанного с другими вестибулярными симптомами. В этой номенклатуре такие состояния называются незавершенным падением. Подобные нарушения, не связанные с другими вестибулярными симптомами (также иногда рассматриваемые как «дроп-атаки»), могут наблюдаться в различных условиях (например, синдром сонной артерии, сердечная аритмия, эпилепсия) и не должны классифицироваться как связанные с нарушением равновесия в отсутствие подтверждающих вестибулярных симптомов.

Термины, неиспользуемые в этой номенклатуре: дроп-атака, отолитический кризис, кризис Тумаркина.

4.4. Завершенное падение

Определение: **Завершенное падение**, является нарушением равновесия, связанным с сильной неустойчивостью, направленной пульсией или другим вестибулярным симптомом (например, вертиго).

Комментарий: Падения, которые «предотвращены» (например, протянутой рукой, достигающей стены), следует классифицировать как незавершенные падения (см. 4.3 выше). Несмотря на то, что не всегда возможно выявить падения с полной уверенностью, связанные с нарушением равновесием, падения по причинам- из-за препятствий (например, «подскользнулся», «споткнулся»), физическую слабость (например, инсульт) или потери сознания (например, обморок, апоплексический удар или кома) не должны классифицироваться как связанные с нарушением равновесия. Падения могут быть результатом внезапного изменение восприятия вертикали (как при визуальном наклоне), ощущение «проваливания в землю», внезапную слабость в нижних конечностях или снижение постулярного тонуса, временно связанного с другими вестибулярными симптомами. В отоневрологии такие состояния часто рассматриваются как «отолитический кризис» или «дроп-атака». В этой номенклатуре такие состояния называются завершенным падением. Подобные нарушения, не связанные с другими вестибулярными симптомами (также иногда рассматриваемые как «дроп-атаки»), могут наблюдаться в различных условиях (например, синдром сонной артерии, сердечная аритмия, эпилепсия) и не должны классифицироваться как связанные с нарушением равновесия в отсутствие подтверждающих вестибулярных симптомов.

Термины, неиспользуемые в этой номенклатуре: дроп-атака, отолитический кризис, кризис Тумаркина.

Приложение 2. Алгоритм кодировки симптомов







