

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	4
Предисловие	5
Клинические рекомендации и доказательная медицина	6
Список сокращений и условных обозначений	8
Глава 1. Тактика врача-невролога при оказании медицинской помощи по поводу заболевания.	10
1.1. Блефароспазм	10
1.2. Боковой амиотрофический склероз	18
1.3. Болезнь Альцгеймера	33
1.4. Болезнь Хантингтона 	48
1.5. Болезнь Меньера	48
1.6. Болезнь Паркинсона	56
1.7. Боль в спине	75
1.8. Гепатолентикулярная дегенерация	84
1.9. Головная боль напряжения	93
1.10. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение	103
1.11. Карпальный туннельный синдром (синдром запястного канала, синдром карпального канала)	109
1.12. Миастения гравис	117
1.13. Мигрень	128
1.14. Невралгия тройничного нерва	146
1.15. Невропатия лицевого нерва	154
1.16. Острое нарушение мозгового кровообращения	162
1.17. Рассеянный склероз	180
1.18. Спастическая кривошея (цервикальная дистония)	194
1.19. Спинальная мышечная атрофия	204
1.20. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия	213
1.21. Эпилепсия	221
1.22. Эссенциальный тремор	232
Глава 2. Тактика врача-невролога при оказании медицинской помощи в неотложной форме.	238
2.1. Скрининг, оценка и ведение боли	238
2.2. Алгоритмы оказания неотложной помощи	245
Список литературы	253

ПРЕДИСЛОВИЕ

Второе издание практического руководства из серии «Тактика врача» предназначено для врачей-неврологов амбулаторно-поликлинического звена и посвящено наиболее часто встречающимся в клинической практике неврологическим заболеваниям.

Цель данной серии — помочь врачам быстро найти оптимальное решение в любых клинических ситуациях, придерживаясь подходов, изложенных в национальных и международных клинических рекомендациях.

Во втором издании мы обновили большинство разделов согласно актуальным клиническим рекомендациям. В книге традиционно представлены наиболее часто встречающиеся в практике невролога состояния, такие как мигрень, головная боль напряжения и боль в спине, а также такие важные заболевания нервной системы, как острое нарушение мозгового кровообращения, болезни Альцгеймера, Паркинсона и эпилепсия. В данном издании значительные изменения коснулись в том числе главы, посвященной спинальной мышечной атрофии, для которой со времени выхода первого издания книги появились новые эффективные возможности лечения. Материал изложен в единой структуре, даны определения, классификации с примерами формулировок диагноза, диагностики, лечения, реабилитации и профилактики. Особенно важным является указание для каждого из заболеваний ориентировочных сроков временной нетрудоспособности и критериев выздоровления. В электронных приложениях содержится уточняющий материал, при помощи которого можно получить дополнительную информацию, отражающую ключевые положения современных рекомендаций.

Авторы руководства стремились структурировать основные лечебно-диагностические мероприятия, изложенные в национальных и международных рекомендациях, для каждой из представленных нозологий. Основные вопросы диагностики и лечения изложены в формате таблиц и схем, простых для восприятия. Особенностью руководства является раздел, посвященный формированию приверженности пациентов к профилактике и лечению заболеваний, который содержит специальные речевые модули и инфографику.

Мы надеемся, что второе издание руководства станет удобным инструментом для врачей-неврологов в каждодневной клинической практике.

*Доктор медицинских наук,
профессор, академик РАН,
директор ФГБНУ «Научный центр неврологии»
М.А. Пирадов*

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Клинические рекомендации (guidelines) — это документ, который создается группой экспертов на основании выполненного систематического анализа наилучших доказательств наиболее эффективных лечебных или диагностических вмешательств, а также содержит информацию об эпидемиологии соответствующего заболевания и его прогнозе.

Обоснованность применения каждого пункта рекомендации определяется классом рекомендаций с указанием уровня доказательности, который отражает качество и/или объем соответствующей доказательной информации, на которой основана такая рекомендация.

Классы рекомендаций по использованию метода диагностики (лечения) для описанного заболевания в упрощенном виде выражают следующую позицию авторов: «согласно представленным доказательствам, при данном заболевании это делать нужно/можно/нельзя».

- Класс I («рекомендуется»). Доказательства и/или общее соглашение свидетельствуют, что применение метода в указанной ситуации является благоприятным, полезным и эффективным.
- Класс IIa («следует рассматривать возможность применения»). Доказательства противоречивы, и/или имеются противоположные мнения относительно пользы/эффективности метода, однако преобладают аргументы в пользу его применения.
- Класс IIb («можно рассматривать возможность применения»). Доказательства противоречивы, и/или имеются противоположные мнения относительно пользы/эффективности метода, при этом аргументы в пользу применения метода недостаточно хорошо обоснованы.
- Класс III («не рекомендуется»). Доказательства и/или общее соглашение свидетельствуют, что применение метода не является полезным/эффективным и в некоторых случаях может навредить пациенту.

Уровень доказательности отражает степень проверенности лежащих в ее основе фактов с позиций статистики.

- Уровень А. Доказательства основаны на данных нескольких рандомизированных клинических исследований или метаанализов, что снижает вероятность методологических ошибок исследования.
- Уровень В. Доказательства основаны на данных единственного рандомизированного клинического исследования или нескольких крупных нерандомизированных исследований.
- Уровень С. Доказательства основаны на согласованных мнениях авторитетов (консенсус) и/или небольших исследованиях, ретроспективных исследованиях, регистрах.

В рекомендациях российских профессиональных ассоциаций может использоваться другая схема ранжирования: по уровню достоверности (от 1 до 4) и по уровню убедительности (от А до D). Наиболее высокий уровень рекомендаций соответствует 1А.

Доказательства эффективности какого-либо метода лечения не заменяют клинического мышления и не снимают с врача ответственности за принятие индивидуального решения в отношении каждого конкретного пациента.

Доказательная медицина (в оригинале evidence-based medicine) является фундаментом, на котором базируются, во-первых, отказ от неэффективных (вредных) методик и вытеснение их из медицинской практики, во-вторых — выявление и продвижение эффективных методов медицинской помощи. Это раздел медицины, основанный на доказательствах и предполагающий поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах пациентов (определение рабочей группы Evidence Based Medicine Working Group, 1993).

Поэтапная реализация принципов доказательной медицины включает правильно сформулированный вопрос, получение ответа, оценку доказательств, оценку применимости в данной клинической ситуации и проверку практикой.

ГЛАВА 1. ТАКТИКА ВРАЧА-НЕВРОЛОГА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1.1. БЛЕФАРОСПАЗМ

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Блефароспазм — фокальная форма мышечной дистонии, характеризующаяся усиленным морганием и непроизвольными зажмуриваниями глаз. Блефароспазм зачастую имеет прогрессирующее течение, как правило с симметричной гиперактивностью мышц, окружающих глаз (в первую очередь *m. orbicularis oculi*, *m. procerus* и *m. corrugator supercilii*). Распространенность заболеваемости блефароспазмом в общей популяции составляет около 5 на 100 000 населения.

КОД ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10-ГО ПЕРЕСМОТРА (МКБ-10)

G24.5 Блефароспазм.

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. По механизму развития:
 - первичный;
 - вторичный (при других заболеваниях).
2. По клиническим проявлениям:
 - классический блефароспазм (с симптомом Шарко — см. далее);
 - претарзальный блефароспазм;
 - дрожание век.
3. По распределению пораженных областей тела:
 - фокальный блефароспазм (изолированный);
 - блефароспазм в рамках сегментарной дистонии (например, сочетание блефароспазма и оромандибулярной дистонии — синдром Мейжа);
 - блефароспазм в рамках мультифокальной дистонии (сочетание с дистонией в шее или конечностях);
 - блефароспазм в рамках генерализованной дистонии (сочетание с дистонией в туловище и другой области тела).

ПРИМЕР ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

Первичный блефароспазм.



ДИАГНОСТИКА

Диагностика блефароспазма включает тщательный сбор и анализ жалоб и анамнеза пациента в сочетании с выявлением характерных клинических особенностей блефароспазма.

Раздел	Описание
Жалобы	• Вынужденное частое моргание. • Непроизвольное закрывание глаз. • Симптом «песка в глазах» перед началом спазма <i>m. orbicularis oculi</i>. • Сухость глаз
Возраст дебюта	Средний возраст начала заболевания 60–65 лет, чаще страдают женщины
Течение болезни	• Постепенное развитие. • Блефароспазм может начинаться с возникновения ощущения сухости глаза с последующим присоединением усиленного моргания. • При прогрессировании время смыкания век увеличивается, что может затруднять повседневную активность. • При ярком свете выраженность симптоматики может усиливаться. • При отсутствии лечения могут развиваться безболезненные контрактуры
Примечание. Следует уточнить в анамнезе наличие приема нейролептиков и других препаратов, способных блокировать дофаминовые рецепторы	
Клинические признаки	• Наличие насильственного смыкания век и (или) непроизвольного крепкого зажмуривания. • Блефароспазм может быть ассоциирован с «апраксией» открывания глаз (в большинстве случаев является дистонией претарзальной части круговой мышцы глаза) и дистонией в иных мышцах (оромандибулярная, краниоцервикальная мускулатура). • Симптом Шарко (насильственное опущение брови в связи с гиперактивностью <i>m. corrugator supercilii</i>). • Возможно наличие корригирующих жестов, которые могут иметь различный характер: ношение темных очков, прикосновение к различным областям лица и пр. • У пациентов с блефароспазмом имеет место динамичность клинических проявлений: симптомы, как правило, наиболее выражены во время деятельности, требующей нагрузки на зрение (при ходьбе, на улице), а также при эмоциональном напряжении, усталости, большом скоплении людей. • Возможно уменьшение выраженности симптомов блефароспазма в необычной ситуации, например при визите к врачу. В таком случае целесообразно использовать провоцирующую пробу: пациента просят то сильно зажмуривать, то широко раскрывать глаза каждые 5 с

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Диагноз	Как дифференцировать
Миастения	• Декремент-тест с круговой мышцы глаза. • Прозериновая проба. • Анализ крови на антитела к холинорецепторам, антитела к мышечно-специфической тирозинкиназе (muscle-specific tyrosine kinase — MuSK)
Апраксия открывания глаз	• Расстройство движения без развития пареза мышцы, часто ассоциированное с блефароспазмом. • Характеризуется транзиторной невозможностью произвольного открывания глаз без выраженного усилия <i>m. frontalis</i> и при отсутствии выраженного сокращения круговой мышцы глаза
Гемифациальный спазм	• Непроизвольное эпизодическое тоническое или клоническое сокращение мышц лица в зоне иннервации лицевого нерва с одной стороны. • При гемифациальном спазме бровь приподнимается вследствие активации лобной мышцы, в то время как при блефароспазме бровь уходит медиально и книзу. • Гемифациальный спазм связан с компрессией лицевого нерва из-за нейроваскулярного конфликта, опухоли мостомозжечкового угла или может развиваться как следствие невропатии лицевого нерва. • Гемифациальный спазм часто начинается с век и в некоторых случаях распространяется на обе стороны. • Как и блефароспазм, он более распространен среди пациентов старшего возраста и может усугубляться при стрессе. • Дифференциальная диагностика такого редкого состояния, как билатеральный гемифациальный спазм, с блефароспазмом может быть затруднена. Важным признаком является то, что билатеральный гемифациальный спазм чаще захватывает две стороны несинхронно
Тики	• Хронические моторные тики по типу моргания (в том числе в рамках синдрома Жиль де ла Туретта) характеризуются возможностью кратковременного подавления и наличием предваряющих позывов — ощущения накопления «внутреннего зуда», уменьшающегося после совершения движения. • Тики характерны для детей с возрастом начала в 4–7 лет, преимущественно у мальчиков. Во взрослом возрасте тики сохраняются примерно у 20% пациентов в менее выраженном виде
Невропатия лицевого нерва	Клиническая картина, неврологический осмотр (в том числе обязательно наличие периферического пареза мимических мышц на пораженной половине лица)
Синдром сухого глаза	• Часто ошибочно диагностируется как первичный блефароспазм. При синдроме сухого глаза наблюдаются усиленное моргание и произвольное смыкание век из-за активации роговичного рефлекса. Также пациенты с блефароспазмом могут испытывать ощущение «песка в глазах», что делает его похожим на синдром сухого глаза. • Если причина данного состояния неясна, эффект от препаратов гипромеллозы (Искусственной слезы*), теплых компрессов и закладывания мази под веко может служить диагностическим тестом для синдрома сухого глаза

Диагноз	Как дифференцировать
Функциональный (психогенный) блефароспазм	Диагноз устанавливается ретроспективно на основании позитивных критериев диагностики (отвлекаемости, внушаемости, селективной несостоятельности) в ходе тщательного совместного наблюдения невролога и психиатра
Парез мышцы, поднимающей верхнее веко	Игольчатая электромиография (ЭМГ) круговой мышцы глаза
Окулофарингеальная мышечная дистрофия	• Заболевание, проявляющееся симметричным птозом/полуптозом на фоне периферического пареза лицевой мускулатуры, дизартрии и дисфагии с нарушениями глотания у людей в возрасте более 50 лет. • Диагноз ставится на основании игольчатой ЭМГ (первично-мышечный паттерн поражения) и генетического тестирования на мутацию в гене <i>PABPN1</i>

ПРИЧИНЫ ВТОРИЧНОГО БЛЕФАРОСПАЗМА

- Тардивная (поздняя) дистония при приеме нейролептиков.
- Поражение базальных ядер или ствола мозга воспалительного или сосудистого характера.
- Наследственные метаболические или нейродегенеративные заболевания (болезнь Уилсона, дофа-чувствительная дистония, болезнь Хантингтона, некоторые синдромы паркинсонизма).

РЕКОМЕНДОВАННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

- Анализ сыворотки крови на медь, церулоплазмин.
- Анализ содержания меди в суточной моче.
- Осмотр у офтальмолога в щелевой лампе на предмет наличия кольца Кайзера—Фляйшера.

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Не предусмотрены.

КРИТЕРИИ УЛУЧШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ

Повышение качества жизни пациентов за счет уменьшения выраженности симптомов блефароспазма, восстановление нормальной функции зрения.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Медицинская помощь оказывается амбулаторно.



РЕАБИЛИТАЦИЯ

Возможно некоторое облегчение симптомов при применении массажа или упражнений для лицевой мускулатуры.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Необходимо постоянное диспансерное наблюдение с целью коррекции терапии и проведения инъекций ботулинического токсина типа А каждые 3–4 мес.

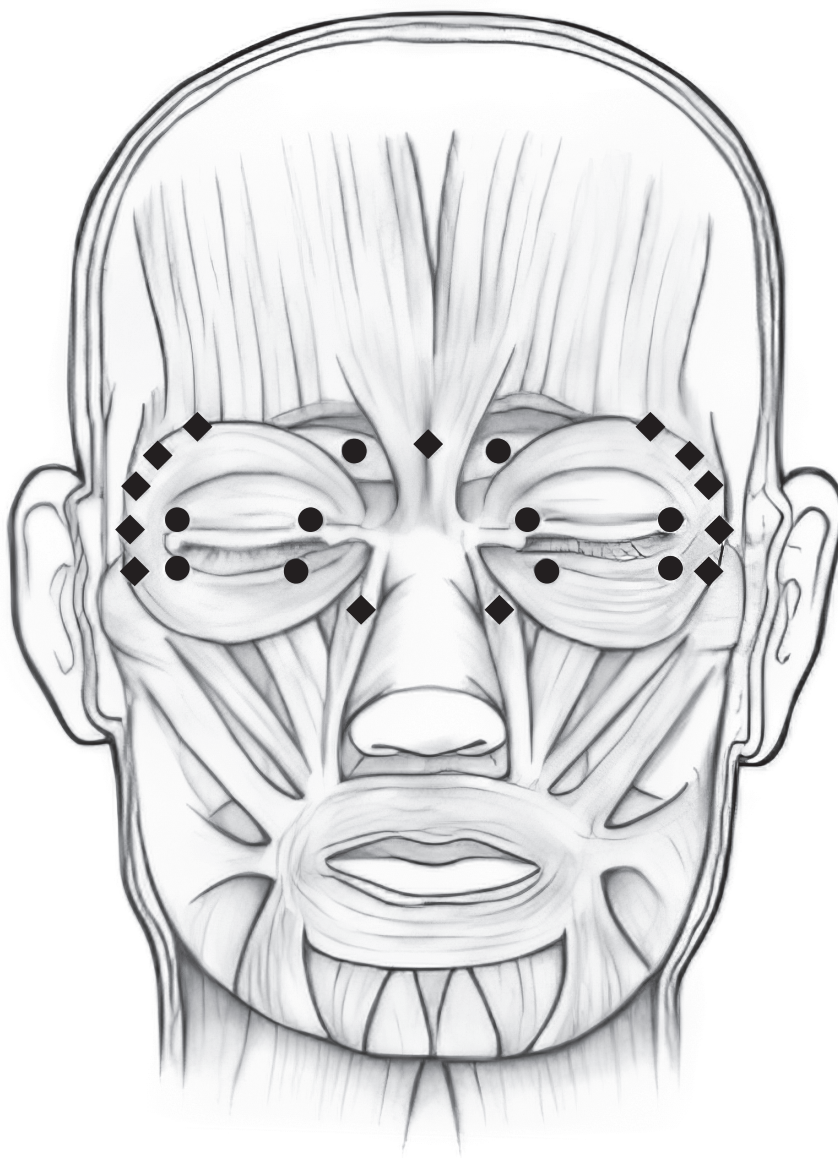


ЛЕЧЕНИЕ

К основным видам лечения блефароспазма относятся ботулинотерапия, фармакотерапия, использование «розовых очков» (обработанные специальным раствором), хирургические методы (периферическая хирургия — блефаропластика — как **дополнение к ботулинотерапии**).

Препаратом выбора является ботулинический токсин типа А.

Разделы	Описание
Дозы и способы применения	- Клинические дозы всех препаратов ботулинического токсина типа А  выражаются в единицах действия и не являются взаимозаменяемыми. - Через несколько дней после инъекции блефароспазм уменьшается, однако повторные инъекции требуются через 3–4 мес. - Препараты ботулинического токсина типа А могут вводить только врачи, обладающие специальной подготовкой и опытом обращения с этой группой лекарств
Побочные реакции	- Птоз, распространение эффекта на мышцу, поднимающую верхнее веко (избегать инъекции в центральную часть века). - Аллергические реакции (крайне редко). - Боль и раздражение в месте инъекции. - Вегетативные побочные эффекты (синдром сухого глаза)
Возможные причины неэффективности ботулинотерапии	- Неправильное место инъекции. - Инъекция в неверную мышцу. - Некорректная доза. - Резистентность



Типовая схема проведения ботулинотерапии при блефароспазме. Кругочками обозначены основные точки инъекций при блефароспазме, ромбиками — дополнительные. Максимальная доза на каждую точку — 5 единиц действия (в расчете на 100-единичный препарат или до 20 единиц действия в расчете на 300-единичный препарат).

При первом проведении ботулинотерапии рекомендуется вводить не более 50 единиц действия (в расчете на 100-единичный препарат) для предотвращения чрезмерного открывания глаз

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К БОТУЛИНОТЕРАПИИ



ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Препарат	Доза, примечание
Пероральные препараты (дают непостоянный и невыраженный эффект у ограниченной группы пациентов, имеют слабую доказательную базу; ни один из препаратов не указан в клинических рекомендациях по данному показанию)	
Клоназепам 	Внутрь по 0,5–1 мг/сут с постепенным повышением до 6 мг/сут за 3 приема
Баклофен 	По 5 мг 3 раза в сутки с последующим увеличением дозы каждые 3 дня на 5 мг до достижения эффекта (не более 20–25 мг 3 раза в сутки). Дозу поднимают до появления терапевтического эффекта. Максимальная суточная доза 100 мг. Отменять постепенно (в течение 1–2 нед)
Клозапин 	12,5–50 мг/сут. Контроль общего анализа крови



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ

Приверженность терапии — соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая регулярное проведение инъекций ботулинического токсина типа А.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ	При естественном течении заболевание имеет тенденцию к прогрессированию. При адекватной терапии, как правило, благоприятный.
КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ	• Терапия соответствует международным стандартам лечения блефароспазма. • Несоблюдение указаний врача может привести к развитию ухудшения вследствие прогрессирования заболевания.
ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ	• Ботулинический токсин типа А, используемый для уменьшения патологического мышечного сокращения, является препаратом выбора для лечения блефароспазма. Его эффективность в расслаблении патологически сокращенных мышц не вызывает сомнения. • При эффективности препаратов необходим их регулярный прием для коррекции симптомов блефароспазма.
ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ	• Все лекарственные препараты разрешены к медицинскому применению на территории Российской Федерации. • При назначении лечения врач учитывает эффективность препарата и возможные нежелательные реакции, в данном случае потенциальная польза лечения превышает вероятность развития нежелательных реакций. • Соблюдайте правила приема лекарственных препаратов.
РАЗВЕРНУТЫЕ РЕЧЕВЫЕ МОДУЛИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ	• Ботулинотерапия — метод с доказанной эффективностью для коррекции блефароспазма. • Применяется доза ботулинического токсина, в 20–30 раз меньшая, чем та, что способна вызвать системный ботулизм. • При регулярной ботулинотерапии в большинстве случаев формируется стойкий положительный эффект, значительно улучшающий качество жизни. • Ботулинотерапия имеет обратимый эффект, поэтому при избыточном эффекте после первого введения может быть проведена коррекция дозы. • Необходимо тщательный контроль симптомов со стороны пациента (включая запись видео лица раз в 3–4 нед для отслеживания эффекта ботулинотерапии), чтобы применять наименьшие эффективные дозы препарата. • При эффективности пероральной терапии положительный эффект должен быть подкреплён постоянным приемом препаратов и коррекцией их дозы при необходимости.

1.10. ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЕ ПОЗИЦИОННОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) — распространенная форма головокружения, развивающаяся при перемещении фрагментов отолитовой мембраны утрикулуса в полукружные каналы внутреннего уха и проявляющаяся приступами системного позиционного головокружения вследствие аномальной стимуляции купулы свободно плавающими отолитами (каналоолитиаз) или отолитами, которые прикрепились к купуле (купулоолитиаз) в одном или нескольких полукружных каналах.

Средний возраст возникновения ДППГ — 5–7-е десятилетие жизни, поэтому при жалобах на головокружение у пациентов данной возрастной группы всегда необходимо исключать ДППГ.

КОД ПО МКБ-10

H81.1 Доброкачественное пароксизмальное головокружение.

КЛАССИФИКАЦИЯ

ДППГ может возникать вследствие канало/купулоолитиаза:

- заднего полукружного канала (ЗПК) (самая частая форма);
- горизонтального полукружного канала (нередко заканчивается самопроизвольным излечением);
- переднего полукружного канала (очень редкая форма, не требует лечебных мероприятий, так как в подавляющем числе случаев заканчивается самопроизвольным излечением).

ПРИМЕР ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

ДППГ с нарушением функции правого ЗПК.



ДИАГНОСТИКА

Диагноз ДППГ устанавливается у пациента, у которого:

- наблюдаются повторные, короткие (до 1 мин) эпизоды головокружения;
- головокружение провоцируется движениями головы.

Диагноз подтверждается возникновением соответствующего нистагма при провокационных маневрах.

При сборе анамнеза пациент предъявляет жалобы на повторяющиеся эпизоды головокружения, длящиеся не более минуты, провоцируемые специфическими движениями головы (например, переворачивание в постели с боку на бок, переход из лежачего в сидячее положение, запрокидывание головы на-

зад, наклон головы или туловища вниз и др.). Приступы головокружения могут быть ассоциированы с тошнотой и/или рвотой. После приступа могут некоторое время сохраняться тяжесть, дискомфорт в голове, тошнота и иные вегетативные проявления.

Снижение слуха, иные неврологические симптомы отсутствуют.

ОСМОТР И ПРОВОЦИРУЮЩИЕ МАНЕВРЫ



ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Дополнительные методы обследования не показаны для пациентов с типичной картиной ДППГ с вовлечением ЗПК.

Метод	Комментарий
Видеонистагмография	Позволяет оценить движения глаз, калорические пробы. Применяется для дифференциальной диагностики
Аудиометрия	Обычно показывает отсутствие нарушения слуха. Применяется для дифференциальной диагностики
Нейровизуализация	Необходима, только если нистагм не укладывается в классическую картину поражения ЗПК или пациент не отвечает на лечение

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА



ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Не предусмотрены.

КРИТЕРИИ УЛУЧШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ

Регресс приступов системного головокружения.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Медицинская помощь оказывается амбулаторно.



РЕАБИЛИТАЦИЯ

Играет ограниченную роль в лечении ДППГ, репозиционные маневры более эффективны.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Не требуется.



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Для самопомощи возможно применение маневров, основанных на тех же принципах, что и лечебные. Показано обучение пациентов этим упражнениям. Пациенты должны знать важность применения маневра для конкретной стороны. Упражнения должны применяться только в случае возникновения симптомов, но не в период ремиссии.

Техники габитуации после выполнения репозиционных маневров.

- Избегайте быстрых движений, которые провоцируют головокружение.
- Спите в положении полулежа следующие две ночи после маневра Эпли.
- Избегайте сна на вовлеченной стороне.
- Старайтесь держать голову вверх в течение дня, избегайте положения лежа на спине.
- Через неделю после маневров голову можно перемещать в положения, вызывающие головокружение.



ЛЕЧЕНИЕ

ЛЕЧЕБНЫЕ МАНЕВРЫ

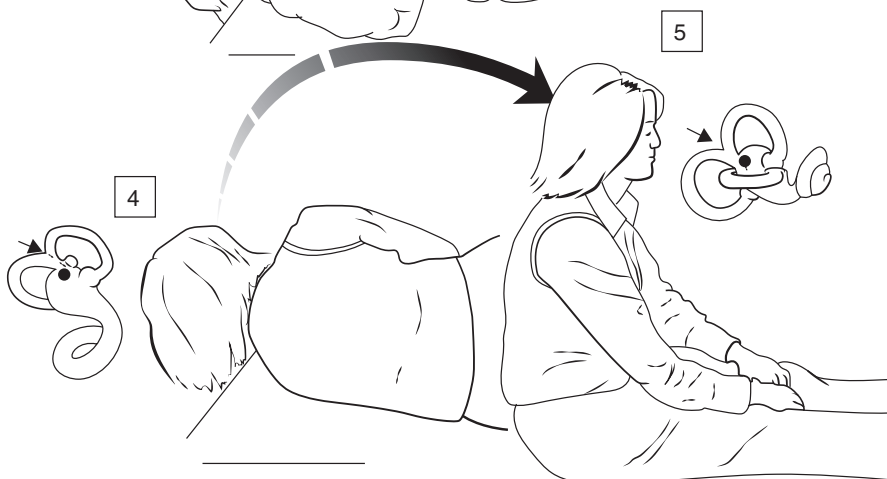
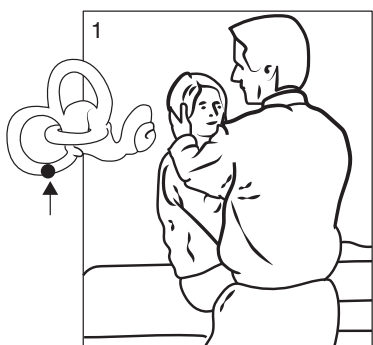
Лечебные маневры позволяют отолитам переместиться к общей ножке переднего и заднего каналов и выйти в полость маточки.

При поражении ЗПК:

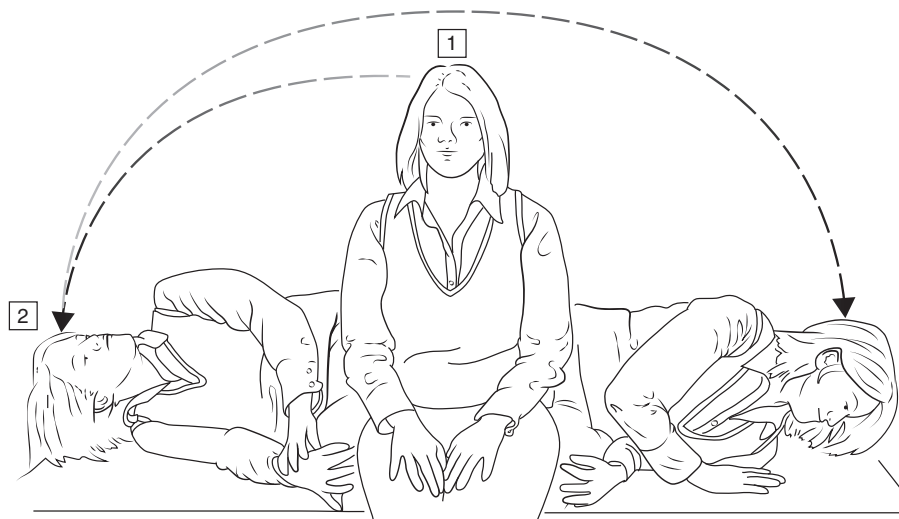
- маневр Эпли (А) (порядок действий указан цифрами, на каждом этапе следует выждать около 20 с);
- маневр Семона (Б) (порядок действий указан цифрами, на каждом этапе следует выждать около 20 с).

При поражении горизонтального полукружного канала:

- ступенчатая ротация выпрямленной головы в позиции лежа на 360° («маневр барбекю», маневр Лемперта):
 - пациент лежит на кушетке пораженным ухом вниз;
 - быстро поверните голову пациента на 90° в сторону непораженной стороны;
 - подождите 15–20 с перед каждым поворотом головы;
 - поверните голову на 90°, чтобы пораженное ухо находилось сверху;
 - попросите пациента привести руки к груди, перекатите его на живот;
 - попросите пациента сесть;

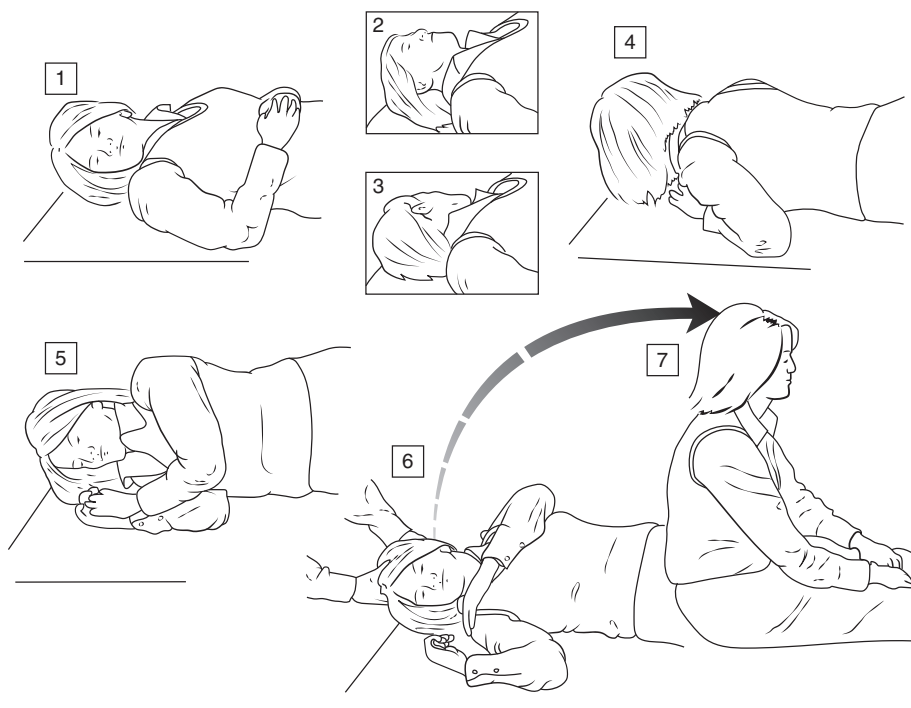


A



B

- маневр Гуфони (В) (порядок действий указан цифрами):
 - пациент быстро ложится на непораженное ухо, далее его голову быстро поворачивают лицом вниз, оставляя в таком положении на 2 мин, далее пациент садится прямо (1–4);
 - пациент ложится на пораженное ухо, далее его лицо быстро поворачивают вверх (5–7).



В

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Медикаментозное лечение не показано при ДППГ, кроме случаев, когда пациент категорически отказывается от проведения репозиционных маневров или когда отмечает крайне тяжелое ощущение головокружения и (или) тошноту/рвоту, мешающие проводить репозиционные маневры. В таких случаях возможно применение фиксированной комбинации дименгидрината 40 мг + циннаризина 20 мг (Арлеверт), имеющую показание симптоматического лечения головокружения различного генеза. Также могут применяться препараты, обладающие вестибулосупрессорным действием, например диазепам, клоназепам, дифенгидрамин, прометазин и ондансетрон. Перечисленные препараты не обладают убедительной доказательной базой относительно применения при ДППГ, и от их применения при данном заболевании следует максимально воздерживаться.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Хирургическое лечение может быть рассмотрено при рефрактерном добро-качественном пароксизмальном позиционном головокружении, у пациентов с инвалидирующими симптомами, не поддающимися консервативному лечению.

- Хирургическая окклюзия ЗПК.
- Хирургическое рассечение заднего ампулярного нерва.



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ

Приверженность терапии — соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов, диету и/или изменение образа жизни.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Благоприятный. Возможны рецидивы, однако даже без лечения обострение ДППГ самостоятельно регрессирует в течение 2 мес.

КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ

- Терапия соответствует международным стандартам лечения ДППГ.
- Лечение безопасно и не может привести к ухудшению состояния.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ — УСТРАНЕНИЕ СИМПТОМОВ КОМПРЕССИИ СРЕДИННОГО НЕРВА

- Основа лечения ДППГ — выполнение репозиционных маневров. Препараты имеют вспомогательную роль.
- Возможно обучение для выполнения некоторых маневров самостоятельно.

ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Все назначенные лекарственные препараты разрешены к медицинскому применению в Российской Федерации.
- При назначении лечения врач учитывает характер нарушения и выбирает метод лечения.
- Соблюдайте правила приема лекарственных препаратов и время выполнения маневра.

РАЗВЕРНУТЫЕ РЕЧЕВЫЕ МОДУЛИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ

- ДППГ — доброкачественное состояние, не несущее угрозы жизни и здоровью.
- Выполнение диагностических и репозиционных маневров безопасно и эффективно.
- Прием препаратов необязателен для лечения ДППГ.