

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
від 22 травня 2025 року № 856

НОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ОЦІНКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗАПАМОРОЧЕННЯ
ТА РОЗЛАДІВ ЗОРУ ПІСЛЯ СТРУСУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ/ЛЕГКОЇ
ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ:
НАСТАНОВИ ДЛЯ ЛІКАРЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
(бойова травма)

ЗМІСТ

Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання нового клінічного протоколу медичної допомоги.....	3
Скорочення	4
Передмова мультидисциплінарної робочої групи	5
Оцінка та лікування запаморочення та розладів зору після струсу головного мозку/легкої черепно-мозкової травми	6
Баротравма/Альтернобаричне вертиго ⁻²⁶	9
Доброякісне позиційне пароксизмальне головокружіння (ДППГ) ^{6,28,29}	10
Цервікогенне запаморочення (ЦГЗ) ³⁵⁻³⁷	11
Струс лабіринту ^{2,6,37,38}	12
Оцінка зорових розладів	13
Довідка про скерування на етапі ПМД при порушеннях зору після лЧМТ ^{88-19,39,40}	14
«Червоні Прапорці»	15
Фактори впливу	15
Лікарські засоби ⁵⁰⁻⁵⁴	16
Рекомендації.....	17
Додаток А: Діагностичний маневр Дікса-Холпайка *	19
Додаток В: Маневр Еплі	1

Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання нового клінічного протоколу медичної допомоги

Дубров Сергій Олександрович	перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Лінчевський Олександр Володимирович	старший лікар-хірург Військово-медичного управління Служби безпеки України, лікар-хірург медичного центру «Добробут», заступник голови робочої групи з клінічних питань (за згодою);
Гаращук Олександр Віталійович	лікар-нейрохірург відділення політравми комунального неприбуткового підприємства «Київська міська клінічна лікарня № 17» (за згодою);
Григоровський Володимир Валерійович	старший ортопед-травматолог Військово-медичного управління Служби безпеки України (за згодою);
Гуменюк Костянтин Віталійович	головний хірург Збройних Сил України, Командування Медичних сил, полковник медичної служби (за згодою);
Данилюк Олександр Мирославович	капітан медичної служби, заступник директора Департаменту – начальник відділу медичної допомоги та медичної евакуації Департаменту охорони здоров'я Міністерства оборони України (за згодою);
Денисюк Максим Володимирович	асистент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету імені О.О.Богомольця;
Деркач Роман Володимирович	головний лікар державної установи «Інститут травматології та ортопедії Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Спітцин Віталій Євгенович	лікар-анестезіолог Військово-медичного управління Служби безпеки України, лікар-анестезіолог медичного центру «Добробут» (за згодою);
Ульянова Надія Анатоліївна	завідувач відділу посттравматичної патології ока державної установи «Інститут очних хвороб і тканинної терапії імені В.П. Філатова Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Возніцина Ксенія Борисівна	директор державного закладу «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» Міністерства охорони здоров'я України»

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
----------------------------	---

Скорочення

ГРС	Гостра реакція на стрес
ГСР	Гострий стресовий розлад
ДППГ	Доброякісне позиційне пароксизмальне головокружіння
ЦНС	Центральна нервова система
CPG	Clinical Practice Guidelines/Настанови з клінічної практики
КТ	Комп'ютерна томографія
МО	Міністерство оборони (США)
ВЕМД	Відділення екстреної медичної допомоги
ЕМК	Електронна медична картка
ЛОР	Оториноларинголог
ВСХ	Внутрішній слуховий хід
МАСЕ 2	Military Acute Concussion Evaluation 2 / Військова шкала оцінки струсу мозку 2
МРТ	Магнітно-Резонансна Томографія
лЧМТ	Легка черепно-мозкова травма
ОАС	Обструктивне апное сну
ЛПМД	Лікар первинної медичної допомоги
П/О	Перорально
ППА	Поступове повернення до активності
PRN	Pro re nata / За потреби
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
ДР	Діапазон Руху
ІЗЗСН	Інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну
СІЗЗС	Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
СІЗЗСін	Інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну
ЧМТ	Черепно-Мозкова Травма
ТЦА	Трициклічні антидепресанти
БП	Барабанна перетинка
ДСВ	Департамент у справах ветеранів
ВОМФ	Скринінг вестибулярної/окорухової функції

Передмова мультидисциплінарної робочої групи

Цей новий клінічний протокол медичної допомоги (далі – НКПМД) розроблено відповідно до Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медикотехнологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за № 2001/22313 (зі змінами).

НКПМД – це клінічні рекомендації, обрані Міністерством охорони здоров'я України для застосування на території України як клінічного протоколу без проходження процедури адаптації; визначають процес надання медичної допомоги при певному захворюванні; затверджуються Міністерством охорони здоров'я України як текст нового клінічного протоколу.

НКПМД «Оцінка та лікування запаморочення та розладів зору після струсу головного мозку/легкої черепно-мозкової травми: настанови для лікаря первинної медичної допомоги» є перекладом Клінічних рекомендацій Міністерства оборони США, січень 2024, що є оглядом актуальної опублікованої літератури та висновків клінічних експертів, які представляють академічний, дослідницький та цивільний сектори: Збройні сили Міністерства оборони (DoD) США; Військово-медичну агенцію (DHA); та Відділ у справах ветеранів (BCV). Звісно, новий клінічний протокол не замінить собою клінічне мислення. Ми даємо цей інструмент нашим розумним і досвідченим колегам-клініцистам і переконані, що кожен із вас, хто читатиме ці протоколи, дасть раду з усіма неточностями й нюансами.

НКПМД містить рекомендації про те, як повертати військовослужбовця до повноцінного виконання службових обов'язків після струсу головного мозку / лЧМТ. Додаткову інформацію та ресурси можна знайти на веб-сайті TBISoE: Health.mil/TBISoE.

Слід зазначити, що на момент розробки даного НКПМД чинними є: Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації».

На момент розробки НКПМД лікарські засоби за міжнародними непатентованими назвами золпідем, празозин, меклозин, прометазин, скопаламін, декстроамфетамін/амфетамін в Україні не зареєстровано.

Оцінка та лікування запаморочення та розладів зору після струсу головного мозку/легкої черепно-мозкової травми: настанови для лікаря первинної медичної допомоги

Ці клінічні настанови призначені для допомоги лікарям первинної медичної ланки системи Охорони здоров'я Збройних сил США та Департаменту в справах ветеранів у лікуванні військовослужбовців та ветеранів з запамороченням або розладами зору після струсу мозку (легкої черепно-мозкової травми, лЧМТ).

Запаморочення та розлади зору поширені при лЧМТ і часто викликають подібні симптоми. За оцінками, частота запаморочення коливається від 24% до 83% і навіть до 90% в ранньому періоді після лЧМТ.¹⁻⁵ Поширені причини запаморочення, вторинного до лЧМТ, включають периферичну та центральну вестибулярну дисфункцію.^{6,7} Суб'єктивні розлади зору, такі як нечіткість зору, порушення фокусування і світлобоязнь, спостерігалися у понад 87% військовослужбовців протягом одного року після ЧМТ.⁸ Візуальні симптоми, пов'язані з лЧМТ, часто є результатом окорухової дисфункції, включаючи порушення акомодатії та недостатність конвергенції.⁸⁻¹⁹

Запаморочення та розлади зору часто зникають протягом кількох тижнів після лЧМТ при дотриманні рекомендацій «Поступового повернення до активності та допомоги лікаря первинної ланки». Однак симптоми можуть зберігатися довше і вимагати скерування на вищий рівень надання медичної допомоги (наприклад, спеціалізована клініка з лікування ЧМТ; фахівці, які пройшли відповідну підготовку). Такі скерування, а також моніторинг прогресу пацієнта, входять до компетенції лікаря ПМД.

Це інтерактивний документ. Переходьте за посиланням у кожному полі, щоб отримати детальні інструкції та додаткові матеріали (англійською мовою – прим. пер.)

Початкова оцінка

- Виключіть «червоні прапорці»
- Зберіть анамнез, включаючи [фактори впливу](#)
- Проведіть цілеспрямоване фізикальне обстеження, включаючи [скринінг вестибулярної/окорухової функції \(ВОРФ\)](#)^{20,21} та стандартне неврологічне обстеження
- Забезпечте дотримання рекомендацій [Поступового повернення до активності](#)

З моменту вашої травми...?

- Ви відчуваєте, що можете впасти або втратити рівновагу?
- Чи відчуваєте ви запаморочення, нестійкість, так ніби ось-ось втратите свідомість?
- Чи відчуваєте, що ви або кімната навколо вас обертається чи рухається?

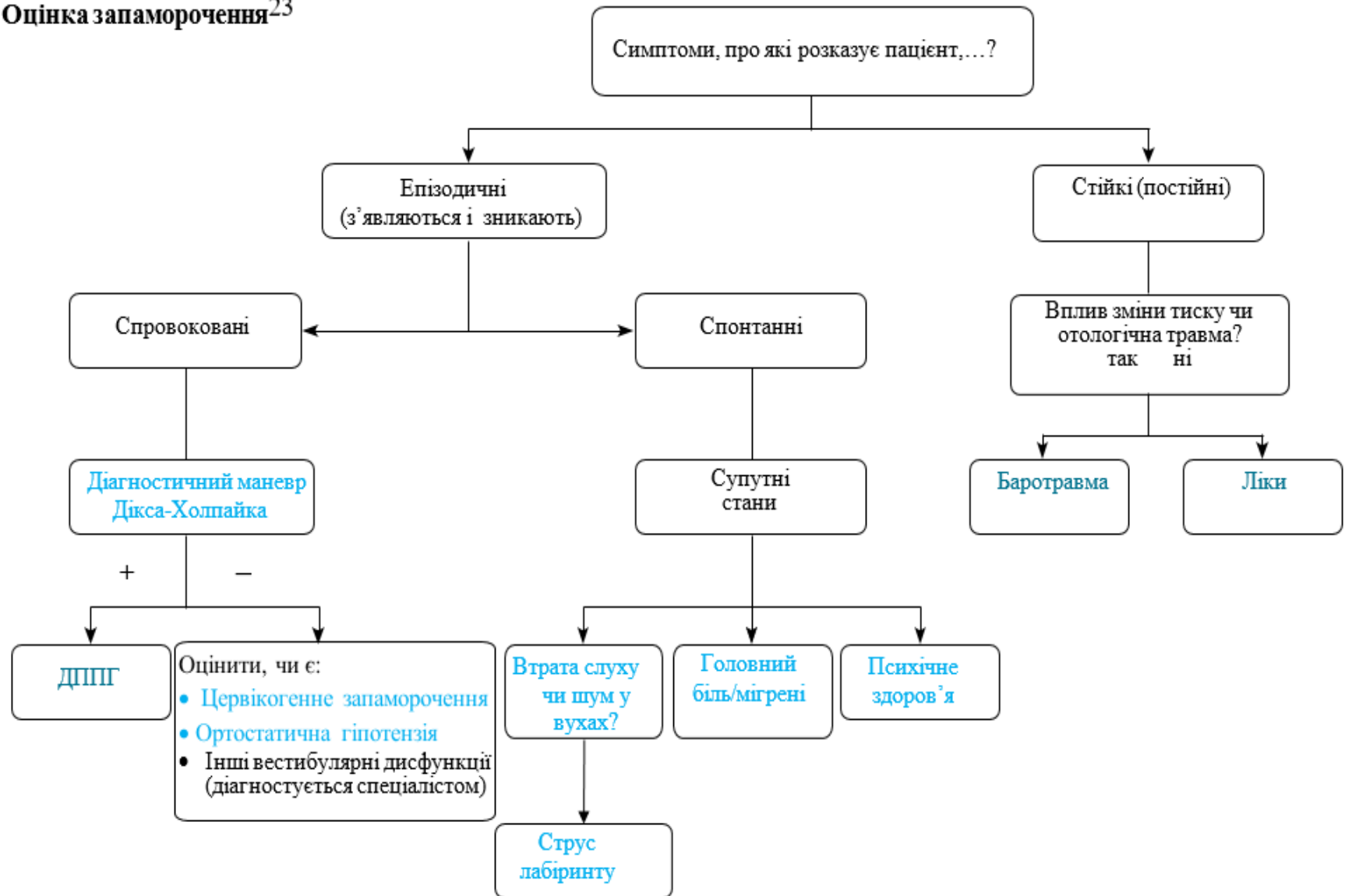
Оцінка запаморочення

- Чи погіршуються ваші симптоми, коли ви повертаєте голову (наприклад, нечіткість зору, запаморочення)?
- Ходьба зараз здається важчою або вимагає більшої концентрації?
- Чи паморочиться у вас в голові або чи є підвищена чутливість до руху в ліфтах, ескаляторах або транспортних засобах, що рухаються?
- Чи стає вам погано (наприклад, нудить, виникає відчуття дезорієнтації) у натовпі чи в людному місці?
- Ви похитуєтесь або натикаєтесь на предмети частіше, ніж раніше?

Оцінка запаморочення і зорових розладів

- Чи помітили ви зміни при читанні чи роботі за комп'ютером?
- У вас розмитий зір або труднощі з чітким баченням?
- Чи відчуваєте ви сухість в очах, чи маєте підвищену чутливість до світла чи відблисків?
- Чи відчуваєте ви головний біль або погіршення симптомів під час зорових навантажень (наприклад, читання, користування мобільним телефоном, відеоігри, робота за комп'ютером або водіння)?

Оцінка зорових розладів

Оцінка запаморочення²³

Клінічні ознаки	Оцінка	Рекомендації з лікування	Спеціаліст, до якого слід скерувати пацієнта
Баротравма/запаморочення⁻²⁶ <i>Код МКХ-10 для ПМД: Інше периферичне запаморочення [H81.39]</i>			
▪ Запаморочення (зазвичай відчуття обертання), яке виникає через кілька секунд або хвилин після різкої зміни тиску (наприклад, вплив вибуху, пірнання, зміна висоти) ▪ Зазвичай зникає за хвилини, але може тривати від годин до тижнів ▪ Може бути пов'язане з перфорацією барабанної перетинки. ▪ Частіше після ЧМТ внаслідок вибуху	▪ Дослідження функції євстахієвої труби ▪ При отоскопічному дослідженні можна побачити перфорацію чи крововилив у БП	▪ Нефармакологічні втручання: ▪ Нормалізація тиску (затиснути ніздрі та з силою спробувати видихнути із закритим ротом) ▪ Зазвичай цей стан минає сам по собі ▪ Надайте пацієнту інформаційний листок «Лікування запаморочення після струсу мозку/лЧТМ» ▪ Фармакологічні втручання: не потрібні	▪ ЛОР: якщо симптоми не зникають або пов'язані з перфорацією БП чи втратою слуху, негайно скеруйте пацієнта до ЛОРа, щоб виключити травму внутрішнього вуха або формування перилімфатичної нориці ▪ Аудіолог: оцінка та моніторинг втрати слуху ▪ Ерготерапевт або фізичний терапевт (спеціаліст із вестибулярної реабілітації): оцінка та лікування стійких (>15 днів після травми) або симптомів, що рецидивують, включаючи запаморочення або функціональні скарги на порушення рівноваги, ходи або вплив на повсякденну діяльність

Клінічні ознаки	Оцінка	Рекомендації з лікування	Спеціаліст, до якого слід скерувати пацієнта
Доброякісне позиційне пароксизмальне головокружіння (ДППГ)^{6,28,29} Код МКХ-10 для ПМД: Інше периферичне запаморочення [H81.39] (використовується для підозрюваного діагнозу) Код МКХ-10 для ПМД: ДППГ [H81.1] (використовується для підтвердженого діагнозу)			
Повторювані, короткі (<1 хвилини) епізоди запаморочення (відчуття обертання), викликані певними типами рухів голови та підтверджені спостереженням передбачуваного патерну ністагму під час провокаційного маневру (наприклад, Дікса-Холпайка)	Діагностичний маневр Дікса-Холпайка:³⁰ Задній канал (найчастіше уражається у пацієнтів з лЧМТ)^{6,29,31} - Якщо тест Дікса-Холпайка не викликає ністагму, але у пацієнта є симптоми, можна спробувати виконати (вдома чи в клініці) репозиційні маневри для цього каналу на основі клінічного судження - Не рекомендовано виконувати розширену візуалізацію пацієнтам, які відповідають діагностичним критеріям ДППГ, за винятком додаткових	Нефармакологічні втручання: - Репозиційний маневр для відповідного каналу, який виконує навчений спеціаліст (наприклад, маневр Еплі)^{28,31-33} - Надайте пацієнту інформаційний листок «Лікування запаморочення після струсу мозку/лЧМТ» Фармакологічні втручання: - Зазвичай не рекомендуються після лЧМТ - Примітка: використання вестибулярних супресантів потенційно може погіршити симптоми струсу мозку та перешкодити одужанню^{31,34} - Пацієнтам із сильною нудотою або блюванням при застосуванні маневру Дікса-Холпайка	Ерготерапевт або фізичний терапевт (спеціаліст із вестибулярної реабілітації): оцінка та лікування стійких (>15 днів після травми) або рецидивуючих симптомів, або пацієнтів, які не можуть толерувати репозиційні маневри

Клінічні ознаки	Оцінка	Рекомендації з лікування	Спеціаліст, до якого слід скерувати пацієнта
	ознак/ симптомів (наприклад, атаксія, порушення функції черепних нервів, слабкість)³¹ Оцінка та лікування ДППГ	призначають ондансетрон у дозі 4–8 мг перорально за 30–60 хвилин до репозиції отолітів³¹.	
Цервікогенне запаморочення (ЦГЗ)³⁵⁻³⁷ Код МКХ-10 для ПМД: запаморочення центрального походження [H81.4] (використовується для підозрюваного діагнозу) Код МКХ-10 для ПМД: цервікальне запаморочення [169.998] (використовується для підтвердженого діагнозу)			
▪ Епізоди запаморочення, які тривають від хвилин до годин, як правило, викликані зміною положення або рухами в шийному відділі хребта ▪ Тісний часовий зв'язок із появою симптомів та захворюваннями шийного відділу хребта ▪ Характеризується наявністю дисбалансу,	▪ Візуалізація шийного відділу хребта, якщо є показання ▪ Якщо візуалізація негативна (або не показана), повне обстеження шийного відділу хребта з увагою до провокації симптомів та обмеженням рухів в ШВХ ▪ Тест на згинання шийного відділу хребта	▪ Нефармакологічні втручання: ▪ Тепло, лід або вправи для шийного відділу хребта можуть допомогти полегшити біль ▪ Надайте пацієнту Інформаційний листок «Лікування болю в шії» ▪ Фармакологічні втручання: ▪ Анальгетики або протизапальні засоби при болю і скутості шийного відділу хребта	▪ Фізичний терапевт: оцінка та лікування цервікальних і вестибулярних симптомів²⁷

Клінічні ознаки	Оцінка	Рекомендації з лікування	Спеціаліст, до якого слід скерувати пацієнта
нестійкості, дезорієнтації, болю в ший та обмеження діапазону рухів в ШВХ; може супроводжуватися головним болем			
Струс лабіринту ^{2,6,37,38}			
<i>Код МКХ-10 для ПМД: Інше периферичне запаморочення [H81.39]</i>			
- Травматичне пошкодження периферичного вестибулярного апарату чи внутрішнього вуха після ЧМТ, як правило, без перелому черепа чи скроневої кістки - Втрата слуху та вестибулярні симптоми (наприклад, запаморочення, постуральна нестабільність, ністагм) є поширеними і	- При отоскопічному дослідженні можна побачити перфорацію БП і гемотимпанум - Позитивний тест Вебера (звук камертона передається на здорове вухо, якщо його поставити на маківку) - Якщо є сенсоневральна втрата слуху, розгляньте МРТ головного мозку з візуалізацією внутрішніх слухових ходів	Нефармакологічні втручання: - Може мати самолімітуючий характер - Надайте пацієнту інформаційний листок «Лікування запаморочення після струсу мозку/лЧТМ» Фармакологічні втручання: - Розгляньте ондансетрон 4-8 мг перорально (за потреби) для пацієнтів із сильною нудотою або блюванням	Аудіолог: оцінка та моніторинг втрати слуху та вестибулярної дисфункції ЛОР: комплексне обстеження середнього та внутрішнього вуха (наприклад, гемотимпанум, перфорація БП, баротравма) Ерготерапевт або фізичний терапевт (спеціаліст з вестибулярної реабілітації): оцінка та лікування стійких або рецидивуючих симптомів, а також пацієнтів, які не можуть переносити репозиційні маневри

Клінічні ознаки	Оцінка	Рекомендації з лікування	Спеціаліст, до якого слід скерувати пацієнта
можуть виникати незалежно один від одного - Може мати пов'язану нейросенсорну або кондуктивну втрату слуху, а також пов'язану перфорацію БП або гемотимпанум - Частіше після ЧМТ внаслідок вибуху	- Позитивний тест Рінне (кісткова провідність > повітряна провідність) - Якщо є кондуктивна втрата слуху, розгляньте КТ, щоб виключити перелом черепа або скроневої кістки - Тест Ромберга - Перевірте наявність спонтанного ністагму або ністагму, викликаного поглядом		

Оцінка зорових розладів

- ≤ 15 днів з моменту травми:
 - Переконайтесь, що пацієнт виконує рекомендації [Поступового повернення до активності](#).
 - Розлади зору часто зникають у гострій фазі.
- 15 днів з моменту травми:
 - Повторіть скринінгові запитання щодо порушень зору.
 - Якщо симптоми не зникають, скеруйте пацієнта до лікаря-офтальмолога для комплексного дослідження зору та сенсорно-моторних функцій.

Ознайомтеся з наведеною нижче Довідкою про скерування на етапі ПМД під час поступового повернення до активності або в очікуванні прийому до лікаря-офтальмолога.

Довідка про скерування на етапі ПМД при порушеннях зору після лЧМТ^{88-19,39,40}
 Код МКХ-10 для лікаря ПМД: інші суб'єктивні порушення зору [H53.19]

Поширені суб'єктивні порушення зору	Поширені діагнози (Зазвичай ставлять офтальмологи)	Оцінка	Рекомендації з лікування	Спеціаліст, до якого слід скерувати пацієнта
▪ Підвищена чутливість до світла ▪ Біль в очах ▪ Головний біль ▪ Підвищена чутливість до руху ▪ Нечіткість зору або порушення фокусування ▪ Порушення здатності стежити за рухомою ціллю ▪ Двоїння в очах ▪ Труднощі загального зорового сприйняття ▪ Проблеми з рівновагою та ходою	▪ Порушення акомодатії ▪ Порушення бінокулярного зору (найчастіше зустрічається недостатність конвергенції) ▪ Сакади та порушення стеження за предметом очима ▪ Сухість очей ▪ Світлобоязнь ▪ Інші порушення зору	▪ Стандартне офтальмологічне обстеження, що включає визначення гостроти зору, екстраокулярних рухів очей, полів зору, перевірку черепних нервів ▪ ВОМФ	▪ Нефармакологічні втручання: ▪ Робити перерви. Пацієнти повинні дотримуватися правила 20/20/20: кожні 20 хвилин дивитися на щось на відстані щонайменше 20 футів (6 м) протягом 20 секунд, особливо під час читання, перегляду телевізора або використання електронного пристрою ▪ Зменшити відблиски. Попросіть пацієнтів використовувати природне освітлення, коли це можливо. Пацієнтам може бути корисним тимчасове використання затемнених лінз, захисних плівок для екрану комп'ютера або фільтрів синього світла ▪ Надайте пацієнту Інформаційний листок «Лікування змін зору після струсу мозку/лЧМТ». ▪ Фармакологічні втручання: ▪ Розгляньте застосування зволожуючих очних крапель при симптомах сухого ока	▪ Оптометрист (який працює з ЧМТ, якщо такий є): комплексна оцінка зору та сенсомоторики, підбір спеціальних лінз, терапія зору ▪ Ерготерапевт або фізичний терапевт (який займається реабілітацією зору в пацієнтів після лЧМТ): лікування розладів зору, рекомендації щодо функціональних стратегій для життя з порушеннями зору

«Червоні Прапорці»

Будь-які симптоми запаморочення або зміни зору, що вказують на стан, що загрожує життю або зору, вимагають негайного скерування до відділення екстреної медичної допомоги (ВЕМД), незалежно від етіології. «Червоні прапорці» при ранній оцінці лЧМТ перераховані в МАСЕ 2. Якщо під час неврологічного обстеження, фізикального огляду або ВОМФ буде виявлено будь-яку з наведених нижче ознак, негайно зверніться до медичної установи вищого рівня.

Показання для негайного скерування	Фахівець
Ненормальний зовнішній вигляд ока (наприклад, ознаки інфекції або крововиливу)	Офтальмолог
Ненормальна візуальна поведінка (наприклад, пацієнт наптовхується на предмети)	Офтальмолог, який працює з ЧМТ
Очні симптоми з гострим початком (наприклад, ознаки травми, сильний біль в очах, зорові ефекти у вигляді спалахів чи плаваючих перед очима частинок, сильна світлобоязнь)	Офтальмолог
Раптова втрата слуху	ВЕМД, ЛОР або аудіолог
Раптова поява асиметрії зіниць	ВЕМД
Втрата зору/дефіцит поля зору, що виникли раптово	ВЕМД, невролог чи офтальмолог, який працює з ЧМТ
Двоїння в очах	Невролог або офтальмолог, який працює з ЧМТ
Постійне виділення рідини або крові з вуха або носа	ЛОР або аудіолог
Перфорація барабанної перетинки	ЛОР

Фактори впливу

Супутні захворювання та ліки можуть сприяти виникненню запаморочення та розладів зору, які, в свою чергу, можуть посилюватися через лЧМТ.

Супутні захворювання			
Категорія	Приклади	Ефект	Додаткові ресурси
Психічне здоров'я ⁴¹⁻⁴⁵	- Гостра реакція на стрес або гострий стресовий розлад (ГРС, ГСР) - Тривога - Панічний розлад - Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)	- Нечіткість зору - Головокружіння - Легке запаморочення	Ресурси для лікування депресії Клінічні маршрути для пацієнтів з порушенням психічного здоров'я на етапі ПМД Настанови з клінічної практики ДСВ/МО США щодо ПТСР і ГРС

Серцево-судинні захворювання	▪ Аритмія ▪ порушення автономної регуляції серця ▪ Ортостатична гіпотензія ▪ Вертебробазиллярна недостатність	▪ Нечіткість зору ▪ Головокружіння ▪ Легке запаморочення ▪ Синкопе ▪ Слабкість	▪ Рекомендації та настанови Американської асоціації серця (АНА)
Головний біль/Мігрень 41,48,49	▪ Звичайна мігрень і її варіанти, такі як очна мігрень і вестибулярна мігрень	▪ Вестибулярні або зорові симптоми можуть передувати або виникати одночасно з мігренозним головним болем	▪ Головний біль після лЧМТ (Клінічні рекомендації) ▪ Головний біль (Настанови з клінічної практики ДСВ/МО США)
Порушення сну	▪ Обструктивне апное сну ▪ Безсоння	▪ Порушення сну може посилити зорові та вестибулярні симптоми, а також когнітивний дефіцит і головний біль	▪ Клінічні рекомендації щодо порушень сну після лЧМТ ▪ Сон (Настанови з клінічної практики ДСВ/МО США)

Лікарські засоби ⁵⁰⁻⁵⁴

Наведений нижче перелік не є вичерпним; він зосереджений на препаратах, які зазвичай призначають для лікування наслідків, пов'язаних із лЧМТ, і супутніх захворювань. Пацієнта слід запитати, чи змінював він звичний режим прийому ліків останнім часом, включно з безрецептурними ліками та харчовими добавками, щоб оцінити часовий зв'язок між початком або припиненням прийому ліків і появою симптомів.

Категорія	Приклад	Запаморочення та розлади зору
Анальгетики	Опіоїди, трамадол	Запаморочення, ортостатична гіпотензія
Антидепресанти	СІЗЗС, СІЗЗСін, ТЦА, бупропіон, міртазапін, тразодон	Запаморочення, ортостатична гіпотензія, седація або стимуляція ТЦА: труднощі акомодатії, нечіткість зору

Антихолінергетики, Антигістаміни	Дименгідрилат, дифенгідрамін, меклозин, прометазин, скополамін	Запаморочення, ортостатична гіпотензія Порушення акомодатії, нечіткість зору, сухість в очах
Антипсихотики	Оланзапін, кветіапін	Запаморочення, ортостатична гіпотензія Порушення акомодатії, нечіткість зору
Анксиолітики	Бензодіазепіни (наприклад, лоразепам), буспірон	Запаморочення, сонливість Бензодіазепіни: гіпотензія, ортостатична гіпотензія
Стимулятори ЦНС	Декстроамфетамін/амфет амін, метилфенідат, кофеїн	Запаморочення, збудження Порушення акомодатії, нечіткість зору, мідріаз
Ліки від мігрені (профілактичні та для лікування нападу)	Протисудомні засоби (наприклад, топірамат, габапентин) Бета-блокатори (наприклад, пропранолол) Агоністи рецепторів серотоніну (наприклад, суматриптан)	Запаморочення, сонливість Топірамат: гостра міопія та вторинна закритокутова глаукома можуть виникнути від кількох днів до одного місяця після початку Бета-блокатори: гіпотензія, ортостатична гіпотензія
Міорелаксанти	Баклофен, циклобензаприн, метокарбамол	Запаморочення, сонливість Нечіткість зору, підвищення внутрішньоочного тиску
Ліки для сну або подібні	Седативні та снодійні (напр, золпідем, зопілккон), празозин, мелатонін	Запаморочення, сонливість Седативно-снодійні: зміни зору Празозин: очна мігрень, ортостатична гіпотензія

Рекомендації

Запаморочення та розлади зору часто зникають протягом кількох тижнів після лЧМТ з допомогою втручань лікаря ПМД та дотримання рекомендацій [Поступового повернення до активності](#). Якщо симптоми не зникають або значно обмежують повсякденну активність, одразу скеруйте пацієнта до спеціалізованої клініки з лікування ЧМТ, якщо є така можливість. Лікарі ПМД також можуть використовувати наведені вище вказівки щодо скерування до відповідного спеціаліста залежно від специфічних симптомів і станів після лЧМТ. Задokumentуйте рекомендації щодо скерування в електронній медичній карті та в [Посібнику для пацієнтів і керівництва](#) з урахуванням функціонального впливу запаморочення та розладів зору на здатність військовослужбовця виконувати бойові завдання та ризик заподіяння шкоди собі або іншим. Певні стани та ліки можуть вплинути на здатність до виконання бойових завдань та обмежити придатність до служби. Інструкції та процедури залежать від роду військ і

командування. Проконсультуйтеся щодо стандартів виконання службових обов'язків та бойових завдань для вашого формування під час вирішення питання щодо скерування пацієнта.

Інструкції з кодування: Додаткові вказівки див. в [Інструкції з кодування черепно-мозкової травми за МКХ-10-КМ](#) або в [Інструкції Центру передового досвіду МО США з кодування вестибулярних розладів у військовослужбовців](#).

Додаток А: Діагностичний маневр Дікса-Холпайка *

При підозрі на ДППГ при ураженні правого вуха дотримуйтесь наступних інструкцій. Виконуйте маневр у протилежному напрямку, якщо є підозра на ДППГ при ураженні лівого вуха. Перед початком повідомте пацієнта, що маневр може спричинити короткочасне запаморочення та нудоту, які мають зменшитися після лікування. Натисніть це [ПОСИЛАННЯ](#), щоб переглянути відеодемонстрацію діагностичного маневру/тесту Дікса-Холпайка.

Правобічний



А) Станьте з боку від пацієнта і поверніть його голову на 45° вправо. Попросіть пацієнта тримати очі відкритими та дивитись на вас



Б) Покладіть пацієнта так, щоб його голова була нижче рівня кушетки (оглядового стола), а шия була розігнута на 30°.

В) Утримуйте пацієнта в цьому положенні протягом 30–60 секунд, спостерігаючи за його очима щодо появи ністагму. Необхідно відзначити час появи, тривалість і напрямок ністагму. Після зникнення ністагму або через 60 секунд поверніть пацієнта в сидяче положення. Після цього ще 30 секунд спостерігайте за ністагмом



Д) Якщо виникає вертикальний іпситорсійний ністагм, виконайте репозицію отолітів на правий бік (наприклад, маневр Еплі). Якщо ні, повторіть маневр Дікса-Холпайка з протилежного боку

Типовою позитивною реакцією у пацієнтів із ДППГ заднього каналу (найпоширеніший тип) буде ністагм, який з'являється через кілька секунд і тривалістю менше 30 секунд. Ністагм буде змішаним ротаторним (верхній полюс очей рухається в бік ураженого вуха) і вертикальним. Як тільки пацієнт повертається в положення сидячи, ністагм може повторитися, але в протилежному напрямку.

* Тест «лежачи на боці» (англ., *Side-lying test*) є рівноцінною альтернативною маневру Дікса-Холпайка для осіб з обмеженнями діапазону рухів у шийному відділі хребта або іншими проблемами, які перешкоджають використанню маневру Дікса-Холпайка. Перейдіть за [ПОСИЛАННЯМ](#), щоб переглянути відеодемонстрацію тесту «лежачи на боці».

Додаток В: Маневр Еплі

Повторюйте цей маневр щодня, доки симптоми не зникнуть. Натисніть це [ПОСИЛАННЯ](#), щоб переглянути відеодемонстрацію маневру Еплі (для правого вуха).

Правобічний



- 1) Сядьте на ліжку і поверніть голову на 45° праворуч.

Швидко ляжте назад.

Зачекайте 30 секунд

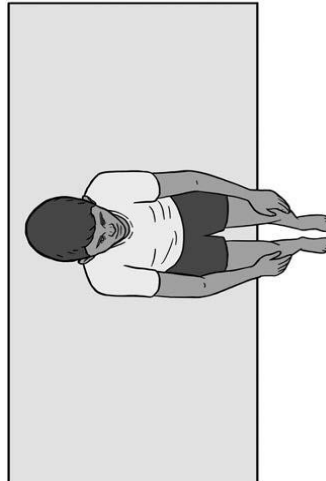


- 2) Поверніть голову на 90° ліворуч, не піднімаючи її.

Зачекайте 30 секунд.



- 3) Поверніть ваше тіло і голову на 90° ліворуч.



- 4) Сядьте, звисивши ноги, з лівого боку ліжка

Додаток В: Маневр Еплі

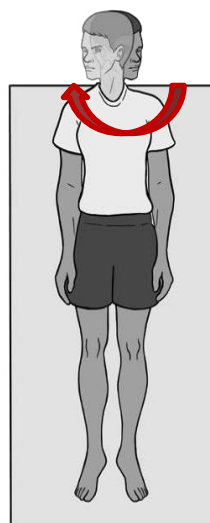
Повторюйте цей маневр щодня, доки симптоми не зникнуть. Натисніть це [ПОСИЛАННЯ](#), щоб переглянути відеодемонстрацію маневру Еплі (для лівого вуха).

Лівобічний

- 1) Сядьте на ліжко і поверніть голову на 45° ліворуч.

Ляжте на спину так, щоб голова була злегка розігнута.

Залишайтесь в такому положенні 30-60 секунд.



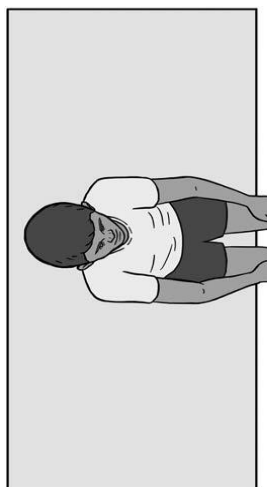
- 2) Поверніть голову так, щоб обличчя дивилось на 45° праворуч.

Зачекайте 60 секунд.



- 3) Переверніться на бік і тримайте голову повернутою праворуч так, щоб ваші очі дивились вниз (на підлогу).

Залишайтесь у такому положенні 60 секунд.



- 4) Сядьте, тримаючи голову повернутою вправо. Після цього ви можете повернути голову в зручне для вас положення.