

Оптимизация ведения пациентов с персистирующим постуральным перцептивным головокружением и мигренью

Е.Н. Застенская, <https://orcid.org/0000-0003-2012-5786>, zastik26@mail.ru

Л.М. Антоненко[✉], <https://orcid.org/0000-0002-4400-8632>, Antonenko_L_m@staff.sechenov.ru

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет); 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1

Резюме

Введение. Головокружение и головная боль относятся к самым частым жалобам в неврологической практике, которые значительно снижают качество жизни пациентов, поэтому разработка эффективных методов ведения пациентов с персистирующим постуральным перцептивным головокружением (ПППГ) и мигренью является актуальной задачей.

Цель. Изучить и оптимизировать типичную практику ведения пациентов с ПППГ и мигренью.

Материалы и методы. Обследовано 22 пациента в возрасте $39,3 \pm 10,2$ года с ПППГ согласно диагностическим критериям ПППГ общества Барани и мигренью. В ходе исследования использовались: госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression scale), шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory), шкала тревоги Спилбергепа (State-Trait Anxiety Inventory), клиническое отоневрологическое обследование, отоневрологический опросник, шкала оценки головокружения (Dizziness Handicap Inventory), видеонистагмография. После постановки диагноза пациентам было назначено комплексное лечение. Для купирования острого приступа головокружения назначались дименгидринат, а также комбинированный препарат циннаризина 20 мг + дименгидрината 40 мг Арлеверт[®], который в ряде исследований показал высокую эффективность и хорошую переносимость. Через месяц было проведено обследование пациентов в динамике.

Результаты. У пациентов с ПППГ были выявлены мигрень без ауры (54%), мигрень с аурой (14%) и вестибулярная мигрень (32%). Уровень тревоги был достоверно выше в группе пациентов с ПППГ и вестибулярной мигренью. Отмечалась умеренная выраженность головокружения во всех группах пациентов, через месяц на фоне проводимой терапии выраженность головокружения достоверно уменьшилась во всех группах. Диагнозы «ПППГ» и «вестибулярная мигрень» не были ранее установлены ни одному из обследованных нами пациентов.

Выводы. Исследование показало низкий уровень диагностики ПППГ и вестибулярной мигрени. Ведение пациентов с ПППГ и мигренью требует комплексного подхода.

Ключевые слова: головокружение, неустойчивость, персистирующее постуральное перцептивное головокружение, мигрень, коморбидность

Для цитирования: Застенская Е.Н., Антоненко Л.М. Оптимизация ведения пациентов с персистирующим постуральным перцептивным головокружением и мигренью. *Медицинский совет.* 2022;16(23):94–100. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-23-94-100>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Optimizing the management of patients with persistent postural perceptual dizziness and migraine

Ekaterina N. Zastenskaya, <https://orcid.org/0000-0003-2012-5786>, zastik26@mail.ru

Ludmila M. Antonenko[✉], <https://orcid.org/0000-0002-4400-8632>, Antonenko_L_m@staff.sechenov.ru

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119021, Russia

Abstract

Introduction. Dizziness and headache are among the most frequent complaints in neurological practice, which significantly reduce the quality of life of patients, so the development of effective methods of managing patients with persistent postural perceptual vertigo (PPPD) and migraine is an urgent task.

Objective. To study and optimize typical management practices of patients with PPPD and migraine.

Materials and methods. Twenty-two patients aged 39.3 ± 10.2 years with PPPD and migraine according to the diagnostic criteria of the Classification of Vestibular Disorders of the Barany Society were examined. During the study we used Hospital Anxiety and Depression scale, Beck Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory, clinical otoneurological examination, otoneurological questionnaire, Dizziness Handicap Inventory, videonystagmography. After the diagnosis was made, the patients were prescribed a complex treatment. To relieve an acute attack of vertigo, dimenhydrinate was prescribed, as well as the combined drug cinnarizine 20 mg + dimenhydrinate 40 mg Arlevert, which in a number of studies showed high efficacy and good tolerability. One month later, the patients were examined in the dynamics.

Results. Patients with PPPD had migraine without aura (54%), migraine with aura (14%), and vestibular migraine (32%). The level of anxiety was significantly higher in the group of patients with PPPD and vestibular migraine. There was moderate severity of dizziness in all groups of patients, after one month against the background of ongoing therapy severity of dizziness significantly decreased in all groups. Diagnoses “PPPD” and “vestibular migraine” were not set beforehand in any of the examined patients.

Conclusions. The study showed a low level of diagnosis of PPPD and vestibular migraine. Management of patients with PPPD and migraine requires a complex approach.

Keywords: dizziness, instability, persistent postural perceptual vertigo, migraine, comorbidity

For citation: Zastenskaya E.N., Antonenko L.M. Optimizing the management of patients with persistent postural perceptual dizziness and migraine. *Meditsinskiy Sovet.* 2022;16(23):94–100. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-23-94-100>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Персистирующее постуральное перцептивное головокружение (ПППГ) – это хроническое функциональное расстройство нервной системы, характеризующееся постоянным ощущением покачивания или шаткости и/или невращательного головокружения, длящееся не менее 3 мес. (как минимум 15 дней в месяц) [1, 2]. Для ПППГ характерно усиление симптомов в вертикальном положении и при воздействии провоцирующих факторов внешней среды (например, движущиеся предметы, толпа, открытое пространство) [1–5]. Определение ПППГ как функционального расстройства четко отделено от вестибулярных симптомов, вызванных структурным дефицитом вестибулярной системы, а также психиатрическими заболеваниями. Функциональные расстройства рассматриваются как изменение функционирования органа, не связанное со структурным или клеточным дефицитом [3–5]. Длительное головокружение функционального характера известно уже много лет под различными терминами, среди которых «постуральная фобическая неустойчивость» и «хроническое субъективное головокружение». По инициативе общества Барани эти термины недавно получили собирательный термин «персистирующее постуральное перцептивное головокружение», который и был включен в МКБ-11 [2–5].

Диагностические критерии ПППГ [2]:

1. Постоянное ощущение покачивания или шаткости и/или невращательного головокружения, длящееся не менее 3 мес. (как минимум 15 дней в месяц), иногда ежедневное.

■ Симптомы сохраняются часами, но могут колебаться по степени выраженности.

■ Симптомы не обязательно присутствуют постоянно.

2. Ощущение головокружения усугубляется при переходе в вертикальное положение, движении, а также под воздействием зрительной стимуляции (мелькание предметов вокруг, движущиеся объекты).

3. Заболевание провоцируется неврологическим, соматическим или психогенным расстройством, проявляющимся вестибулярным головокружением, расстройствами равновесия или ощущением неустойчивости.

Провоцирующие ПППГ расстройства могут возникать остро, рецидивировать или персистировать.

■ Если заболевание провоцируется острым или рецидивирующим расстройством, то в дебюте проявления ПППГ могут также носить эпизодический характер, становясь постоянными лишь со временем.

■ Если заболевание изначально провоцируется хроническим расстройством, то проявления ПППГ сразу воспринимаются как хронические; со временем они прогрессируют и усугубляются.

4. Симптомы заболевания значимо снижают качество жизни больного и становятся причиной хронического стресса.

5. Симптомы не могут быть объяснены другими заболеваниями.

Одна из гипотез возникновения ПППГ состоит в том, что мозг адаптируется к вестибулярному дефициту, становясь более зависимым от визуальной информации о самодвижении. Эта визуальная зависимость сохраняется и приводит к головокружению, когда визуальные сигналы наиболее выражены [5–12]. Другая связанная с этим гипотеза предполагает, что ПППГ вызвана неспособностью системы постурального контроля правильно адаптироваться, что приводит к проблемам прогнозирования сенсорных последствий самодвижения [3, 5, 6, 8, 13]. Однако остается загадкой, почему у некоторых пациентов развивается ПППГ, а у других нет, несмотря на схожие исходные данные [8]. ПППГ может запускаться острым эпизодом вестибулярного головокружения, эпизодом головокружения, обусловленного преходящей соматической дисфункцией, липотимическим состоянием, а также панической атакой. При этом нарушение адаптации приводит к хронизации симптомов, хотя пусковое событие может уже исчезнуть [5, 6, 14].

Важно отметить, что ПППГ – это не диагноз исключения [1, 2, 4–6]. Наличие коморбидных расстройств (структурных, метаболических или психических) не препятствует постановке диагноза «ПППГ». Напротив, ПППГ встречается при многих расстройствах. Исследование Bittar R. и др. [4] показало, что 26% людей с ПППГ страдают мигренозной головной болью. У пациентов с вестибулярной мигренью (ВМ), так же как и у пациентов с ПППГ, отмечается

дисфункция восприятия пространства [15–17]. Поскольку патогенез ВМ и ПППГ до конца неизвестен, остается непонятным, имеют ли сходные клинические проявления патогенетическую связь между собой [2, 15–23].

Подбор эффективной терапии ПППГ – это сложная задача, поскольку при выборе методов терапии надо учитывать много факторов, в т. ч. наличие коморбидных расстройств. В настоящее время отсутствуют крупномасштабные рандомизированные контролируемые исследования эффективных методов лечения ПППГ. Ранее проведенные неконтролируемые исследования эффективности лекарственной терапии пациентов с хроническим субъективным головокружением и фобическим постуральным головокружением показали целесообразность использования ингибиторов обратного захвата серотонина [24–30]. Несколько небольших контролируемых исследований эффективности вестибулярной реабилитации и психотерапии у пациентов с хроническим субъективным головокружением и фобическим постуральным головокружением, а также проспективное исследование по лекарственной терапии против лекарственной терапии совместно с психотерапией и вестибулярной реабилитацией показали преимущество комплексного подхода в лечении этого заболевания [24, 31–34]. Избегающее поведение, навязчивые мысли, страхи и тревожный самоконтроль – это процессы, которые могут в дальнейшем сохранять симптомы и приводить к значительному дистрессу или функциональным нарушениям, поэтому комплексное лечение с учетом коморбидных заболеваний, эмоционального состояния пациента служит наиболее эффективным методом устранения имеющихся симптомов [2, 34–38].

Цель – изучение типичной практики ведения пациентов с ПППГ и мигренью и ее оптимизация.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 22 пациента с ПППГ и мигренью: 21 (95,4%) женщина и 1 (4,6%) мужчина, средний возраст составил $39,3 \pm 10,2$ года. Все пациенты были разделены на три группы: в первую группу вошли пациенты с ПППГ и мигренью без ауры, во вторую – с ПППГ и мигренью с аурой и в третью – с ПППГ и вестибулярной мигренью. В первую группу вошло 12 пациентов, из них 11 (91,6%) женщин, средний возраст которых составил $39 \pm 11,5$ года, и 1 (8,4%) мужчина в возрасте 38 лет, во вторую группу вошли 3 женщины, средний возраст $30 \pm 6,7$ года, а в третью – 7 женщин, средний возраст которых составил $49 \pm 7,7$ года (табл. 1).

Диагноз «ПППГ» был установлен на основании диагностических критериев ПППГ [2]. Мигрень с аурой и без ауры, а также критерии вестибулярной мигрени были основаны на третьем издании Международной классификации расстройств головной боли (ICHD), опубликованной Международным обществом головной боли (IHS). Все пациенты подписали информированное согласие.

Для исключения других причин головокружения было проведено стандартное соматическое, неврологическое и нейровестибулярное обследование. Были проведены

● **Таблица 1.** Характеристика групп пациентов с персистирующим постуральным перцептивным головокружением и мигренью

● **Table 1.** Characteristics of groups of patients with persistent postural perceptual dizziness and migraine

Группа	ПППГ и мигрень без ауры	ПППГ и мигрень с аурой	ПППГ и вестибулярная мигрень
Количество (%)	12 (54%)	3 (14%)	7 (32%)
Средний возраст	$39 \pm 11,5$	$30 \pm 6,7$	$49 \pm 7,7$
Половой состав, М/Ж	1/11	0/3	0/7

специфические тесты для оценки состояния вестибулярной системы: проба Хальмаги, проба с встряхиванием головы, проба Унтербергера, проба Вальсальвы и гипервентиляционная проба. Проводили видеонистагмографию с исследованием спонтанного, установочного и позиционного нистагма. Для оценки выраженности тревоги и депрессии были использованы госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory – BDI), шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI), для оценки выраженности головокружения использовались отоневрологический опросник и шкала оценки головокружения (Dizziness Handicap Inventory – DHI).

Был проведен анализ информации о течении заболевания до обращения в клинику: давность головокружения, его характер и провоцирующие факторы, устанавливаемые ранее диагнозы, назначенное лечение и его эффективность. После обследования и постановки диагноза пациентам было назначено комплексное лечение, включающее ингибиторы обратного захвата серотонина, противотревожные средства, вестибулярную гимнастику. Профилактическое лечение мигрени назначалось индивидуально и могло дополнительно к антидепрессантам включать бета-блокаторы, вазобрал. Для купирования острого приступа головной боли и головокружения назначались нестероидные противовоспалительные средства, триптаны, препараты эрготамина, дименгидринат, комбинированный препарат циннаризина 20 мг + дименгидринат 40 мг Арлеверт®. Спустя месяц все пациенты были приглашены на динамическое наблюдение.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациентов не было выявлено нарушений при клиническом отоневрологическом обследовании и видеонистагмографии. У большинства пациентов с ПППГ при исследовании походки не выявлялись значимые нарушения устойчивости и ходьбы, однако отмечались минимальные трудности при выполнении усложненных тестов из-за умеренной осторожности.

Характеристика выраженности тревоги и депрессии

В первой группе пациентов с ПППГ и мигренью без ауры средний суммарный балл Шкалы тревоги Бека $23,8 \pm 5,2$, что соответствует средней выраженности

тревоги, средний суммарный балл Шкалы депрессии Бека $12,5 \pm 4,5$, что соответствует норме, средний суммарный балл Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (КБТ – $10,8 \pm 5,3$, КБД – $4,8 \pm 1,3$), что соответствует субклинически выраженной тревоге, средний суммарный балл Шкалы тревоги Спилберга (СТ – $45,2 \pm 7,4$, ЛТ – $48,3 \pm 8,1$), что соответствует среднему уровню тревоги по шкале ситуативной тревожности и высокому уровню тревоги по шкале личностной тревожности.

Во второй группе пациентов с ПППГ и мигренью с аурой (аура во всех случаях была зрительной) средний суммарный балл Шкалы тревоги Бека $25,3 \pm 5,3$, что соответствует средней выраженности тревоги, средний суммарный балл Шкалы депрессии Бека $10,6 \pm 6,7$, что соответствует норме, средний суммарный балл Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (КБТ – $12,7 \pm 4,8$, КБД – $5,1 \pm 1,4$), что соответствует клинически выраженной тревоге, средний суммарный балл Шкалы тревоги Спилберга (СТ – $39,3 \pm 7,5$, ЛТ – $48,7 \pm 7,9$), что соответствует среднему уровню тревоги по шкале ситуативной тревожности и высокому уровню тревоги по шкале личностной тревожности.

В третьей группе пациентов с ПППГ и вестибулярной мигренью средний суммарный балл Шкалы тревоги Бека $30,7 \pm 4,9$, что соответствует средней выраженности тревоги, средний суммарный балл Шкалы депрессии Бека $13,2 \pm 3,1$, что соответствует депрессии легкой выраженности, средний суммарный балл Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (КБТ – $14,9 \pm 3,9$, КБД – $6,3 \pm 1,6$), что соответствует клинически выраженной тревоге, средний суммарный балл Шкалы тревоги Спилберга (СТ – $49,3 \pm 6,9$, ЛТ – $51,4 \pm 9,4$), что соответствует высокому уровню тревоги по шкале ситуативной тревожности и высокому уровню тревоги по шкале личностной тревожности (табл. 2).

● **Таблица 2.** Выраженность тревоги и депрессии в группах пациентов с персистирующим постуральным перцептивным головокружением и мигренью

● **Table 2.** Severity of anxiety and depression in groups of patients with persistent postural perceptual dizziness and migraine

Группа	ПППГ и мигрень без ауры	ПППГ и мигрень с аурой	ПППГ и вестибулярная мигрень
Шкала тревоги Бека (балл)	$23,8 \pm 5,2$	$25,3 \pm 5,3$	$30,7 \pm 4,9$
Шкала депрессии Бека (балл)	$12,5 \pm 4,5$	$10,6 \pm 6,7$	$13,2 \pm 3,1$
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (тревога) (балл)	$10,8 \pm 5,3$	$12,7 \pm 4,8$	$14,9 \pm 3,9$
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (депрессия) (балл)	$4,8 \pm 1,3$	$5,1 \pm 1,4$	$6,3 \pm 1,6$
Шкала тревоги Спилберга (ситуационная тревога) (балл)	$45,2 \pm 7,4$	$39,3 \pm 7,5$	$49,3 \pm 6,9$
Шкала тревоги Спилберга (личностная тревога) (балл)	$48,3 \pm 8,1$	$48,7 \pm 7,9$	$51,4 \pm 9,4$

Как видно из приведенной таблицы, тревога по шкале Бека и ситуационная тревога по шкале Спилберга была достоверно выше в группе пациентов с ПППГ и вестибулярной мигренью.

Выраженность головокружения в группах пациентов

В первой группе средний суммарный балл Отоневрологического опросника и шкалы оценки головокружения $44,2 \pm 8,4$, что соответствует умеренной выраженности головокружения. Во второй группе средний суммарный балл Отоневрологического опросника и шкалы оценки головокружения $44,1 \pm 8,6$, что соответствует умеренному головокружению. В третьей группе средний суммарный балл Отоневрологического опросника и шкалы оценки головокружения $41,2 \pm 7,9$, что соответствует умеренному головокружению. Таким образом, достоверной разницы в выраженности головокружения в группах пациентов с ПППГ и мигренью без ауры, мигренью с аурой и вестибулярной мигренью получено не было. При повторном осмотре через месяц отмечалась положительная динамика – достоверно уменьшилась выраженность головокружения во всех группах пациентов (табл. 3).

Таким образом, было отмечено достоверное уменьшение выраженности головокружения во всех группах пациентов с ПППГ и мигренью на фоне проводимого комплексного лечения.

Длительность заболевания и ошибочные диагнозы, с которыми наблюдались пациенты до проведенного обследования

Длительность ПППГ у пациентов с ПППГ и мигренью без ауры составляла от 3 мес. до 6 лет, в группе с ПППГ и мигренью с аурой – от 4 до 9 мес. и в группе с ПППГ и вестибулярной мигренью – от 1 до 6 лет. Патогномоничную терапию пациенты ранее не получали. Длительность мигрени без ауры составляет от 1 до 43 лет, вестибулярной мигрени – от 19 до 39 лет, мигрени с аурой – от 12 до 18 лет. Частота приступов головной боли в 1-й группе составила от 1 раза в 6 мес. до ежедневных, во второй группе – от 1 раза в 6 мес. до 1 раза в месяц и в третьей группе – от 1 раза в 4–6 мес. до ежедневных.

Несмотря на характерные клинические проявления ПППГ и вестибулярной мигрени, эти диагнозы не были

● **Таблица 3.** Выраженность головокружения в группах пациентов с персистирующим постуральным перцептивным головокружением и мигренью до и после лечения (средний суммарный балл Отоневрологического опросника и шкалы оценки головокружения)

● **Table 3.** Dizziness severity in groups of patients with persistent postural perceptual dizziness and migraine before and after treatment (mean total score of the Otoeurological Questionnaire and Dizziness Rating Scale)

Группа	Выраженность головокружения до лечения	Выраженность головокружения после лечения
ПППГ и мигрень без ауры	$44,2 \pm 8,4$	$29,3 \pm 5,8$
ПППГ и мигрень с аурой	$44,1 \pm 8,6$	$32,7 \pm 6,2$
ПППГ и вестибулярная мигрень	$41,2 \pm 7,9$	$26,8 \pm 4,9$

установлены ни одному из обследованных нами пациентов. Головокружение расценивалось как следствие других заболеваний. Направительные диагнозы пациентов, включенных в исследование, приведены в *табл. 4*.

В 59% случаев пациенты с ПППГ и мигренью лечились амбулаторно с диагнозом «цереброваскулярное заболевание»: хроническая ишемия мозга, вертебрально-базилярная недостаточность. В 22,7% головокружение расценивалось как проявление нестабильности шейного отдела позвоночника, в 18,3% – как проявление синдрома вегетативной дистонии.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что среди различных форм мигрени у пациентов с ПППГ чаще встречается мигрень без ауры, которая была выявлена у 54%, второй по частоте встречаемости при ПППГ была вестибулярная мигрень – 32%, мигрень с аурой была коморбидным расстройством при ПППГ в 14%. Такое распределение частоты встречаемости различных форм мигрени при ПППГ, возможно, обусловлено большей распространенностью мигрени без ауры и вестибулярной мигрени в популяции, чем мигрени с аурой [18, 23]. Во всех трех группах были выявлены тревожные расстройства, которые в свою очередь являются коморбидными как ПППГ, так и мигрени. ПППГ чаще, чем другие вестибулярные состояния, связано с психогенными факторами, такими как тревожность и паническое расстройство [39–42]. Психиатрические факторы могут играть решающую роль в иницировании, поддержании и/или обострении вестибулярных нарушений. Последовательность появления симптомов варьирует. Пациенты могут иметь анамнез острых или хронических вестибулярных нарушений, таких как ДППГ или болезнь Меньера, а затем после головокружения возникают тревожные расстройства. С другой стороны, пациенты могут сначала обратиться с первичными тревожными расстройствами, такими как паническое расстройство или генерализованное тревожное расстройство, с последующим возникновением головокружения [43–48]. Более того, тревожность – часто наблюдаемый симптом при множестве вестибулярных расстройств, таких как вестибулярная мигрень, ДППГ, болезнь Меньера и ПППГ. Это предполагает, что любая вестибулярная дисфункция может вызвать тревожное расстройство [49]. Вероятно, существует взаимная и само-

● **Таблица 4.** Ошибочные диагнозы у пациентов с персистирующим постуральным перцептивным головокружением

● **Table 4.** Misdiagnoses in patients with persistent postural perceptual dizziness

Диагноз	Число больных (%)
Хроническая ишемия мозга	8 (36,3%)
Вертебрально-базилярная недостаточность	5 (22,7%)
Нестабильность шейного отдела позвоночника	5 (22,7%)
Синдром вегетативной дистонии	4 (18,3%)

воспроизводящаяся связь между ними, когда головокружение и постуральная нестабильность приводят к тревоге из-за страха падения и тошноты, а состояние повышенной тревожности вызывает больше симптомов головокружения [8, 9, 39, 40, 48–51]. В нашем исследовании был выявлен достоверно больший уровень тревоги в группе пациентов с ПППГ и вестибулярной мигренью, чем в группах пациентов с ПППГ и мигренью без ауры и с аурой. Эти данные согласуются с результатами работы, опубликованной в 2017 г., в которой было продемонстрировано, что пациенты с вестибулярной мигренью имели более высокий балл по шкалам тревоги и агарофобии, чем пациенты с мигренью без вестибулярных проявлений и здоровые добровольцы [52]. Высокий уровень тревоги приводит к худшему прогнозу у пациентов с ПППГ [3, 51], в связи с чем подчеркивается важность одновременного лечения симптомов тревоги и симптомов головокружения [53].

Принципы терапии ПППГ включают: когнитивно-поведенческую терапию, вестибулярную реабилитацию и назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина [4, 5, 14, 40, 54]. Обучение пациентов имеет важную роль. Привычки здорового образа жизни, такие как гигиена сна, физические упражнения и сбалансированная диета, также могут помочь уменьшить беспокойство и улучшить общее психическое здоровье, что, в свою очередь, может помочь вывести пациентов из цикла дезадаптации ПППГ [40, 54, 55]. В качестве лечения коморбидной мигрени применяются: изменение образа жизни, диетические корректировки, медикаментозная терапия, вестибулярная гимнастика и мероприятия, которые улучшают восприятие пространственной ориентации, например пинг-понг или танцы. Отдельных рекомендаций для лечения вестибулярной мигрени не разработано, лечение этого заболевания включает купирование приступа вестибулярной мигрени, где показана эффективность триптанов, в частности суматриптана, золмитриптана [17–19, 53]. Для купирования острого приступа головокружения также может использоваться дименгидринат натрия и низкодозовый комбинированный препарат циннаризина 20 мг + дименгидрината 40 мг (Арлеверт®). Это препарат с двойным механизмом действия, обусловленным входящими в состав компонентами, которые усиливают действие друг друга. Циннаризин оказывает преимущественное влияние на рецепторный отдел вестибулярного анализатора за счет блокады кальциевых каналов, он снижает приток кальция в волосковые клетки вестибулярного аппарата, уменьшая чувствительность волосковых клеток к вестибулярным стимулам [56–58]. Дименгидринат обладает антигистаминным и холинолитическим действием и работает на уровне центральных отделов вестибулярной системы [56–58]. Проведенные исследования показали высокую эффективность и хорошую переносимость низкодозового комбинированного препарата циннаризина 20 мг + дименгидрината 40 мг (Арлеверт®) у пациентов с вестибулярным головокружением центрального и/или периферического генеза. Комбинированный препарат достоверно эффективнее снижал выраженность

головокружения по сравнению с плацебо или отдельно назначаемыми циннаризином и дименгидрином в более высоких дозах 50 и 100 мг соответственно. При этом несерьезные нежелательные явления в виде сонливости/усталости, сухости во рту, тошноты и головной боли отмечались только у 4,2%, а серьезного ухудшения состояния здоровья не было отмечено ни у одного пациента [56, 57]. В профилактических схемах используются те же группы препаратов, что и для других форм мигрени. Назначение комплексного лечения пациентам с ПППГ и мигренью привело к достоверному уменьшению выраженности головокружения во всех группах пациентов уже через 1 мес. лечения.

Был выявлен низкий уровень диагностики ПППГ и вестибулярной мигрени врачами общей практики и неврологами. Правильные диагнозы не были установлены ни одному из обследованных нами пациентов. При этом головокружение и головная боль в течение длительного времени расценивались врачами как следствие сосудистых заболеваний головного мозга, патологии шейного отдела позвоночника, вегетативной дисфункции. Это приводило к назначению неэффективных методов лечения, что усиливало тревогу у пациентов и ухудшало течение ПППГ и мигрени.

Выводы

Таким образом, к самым частым коморбидным заболеваниям у пациентов с ПППГ относятся мигрень и тревожное расстройство, которые необходимо своевременно диагностировать и лечить. Низкий уровень диагностики ПППГ и вестибулярной мигрени, выбор неправильной тактики ведения пациентов способствуют усилению тревоги и головокружения. Большое значение имеет подбор адекватной терапии острых приступов периферического и центрального головокружения, которые могут служить как пусковыми, так и поддерживающими факторами ПППГ. Высокую эффективность в лечении головокружения периферического, центрального и смешанного генеза показал низкодозовый комбинированный препарат, содержащий циннаризин 20 мг и дименгидрилат 40 мг (Арлеверт®) [56–58]. Учитывая значительное психосоциальное воздействие симптомов у пациентов с ПППГ и мигренью, важно выбирать методы лечения с учетом особенностей течения заболевания, исходя из потребностей пациента [12].



Поступила / Received 28.09.2022
Поступила после рецензирования / Revised 20.10.2022
Принята в печать / Accepted 15.11.2022

Список литературы / References

1. Staab J.P. Persistent Postural-Perceptual Dizziness. *Semin Neurol*. 2017;40(1):130–137. <https://doi.org/10.1055/s-0039-3402736>.
2. Staab J.P., Eckhardt-Henn A., Horii A., Jacob R., Strupp M., Brandt T., Bronstein A. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. *J Vestib Res*. 2017;27(04):191–208. <https://doi.org/10.3233/VES-170622>.
3. Brandt T. Phobic postural vertigo. *Neurology*. 1996;46:1515–1519. <https://doi.org/10.1212/WNL.46.6.1515>.
4. Bittar R. Clinical characteristics of patients with persistent postural – perceptual dizziness. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2015;81(3):276–282. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.08.012>.
5. Антоненко Л.М., Застенская Е.Н. Персистирующее постурально-перцептивное головокружение: современные подходы к диагностике и лечению. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(4):136–140. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-4-136-140>. Antonenko L.M., Zastenskaya E.N. Persistent postural-perceptual dizziness: current approaches to diagnosis and treatment. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(4):136–140. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-4-136-140>.
6. Balaban C., Furman J., Staab J. Threat Assessment and Locomotion: Clinical Applications of an Integrated Model of Anxiety and Postural Control. *Semin Neurol*. 2013;33(03):297–306. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1356462>.
7. Bronstein A.M. Visual vertigo syndrome: clinical and posturography findings. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1995;59(05):472–476. <https://doi.org/10.1136/jnnp.59.5.472>.
8. Powell G., Derry-Sumner H., Rajenderkumar D., Rushton S., Sumner P. Persistent postural perceptual dizziness is on a spectrum in the general population. *Neurology*. 2020;94:1–10. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000009373>.
9. Cousins S., Kaski D., Cutfield N., Arshad Q., Ahmad H., Gresty M. et al. Predictors of clinical recovery from vestibular neuritis: a prospective study. *Ann Clin Transl Neurol*. 2017;4:340–346. <https://doi.org/10.1002/actn.386>.
10. Cousins S., Cutfield N., Kaski D., Palla A., Seemungal B., Golding J. et al. Visual dependency and dizziness after vestibular neuritis. *PLoS ONE*. 2014;9(9):e105426. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105426>.
11. Guerraz M., Yardley L., Bertholon P., Pollak L., Rudge P., Gresty M.A., Bronstein A.M. Visual vertigo: symptom assessment, spatial orientation and postural control. *Brain*. 2001;124:1646–1656. <https://doi.org/10.1093/brain/124.8.1646>.
12. Schniepp R., Wuehr M., Huth S., Pradhan C., Brandt T., Jahn K. Gait characteristics of patients with phobic postural vertigo: effects of fear of falling, attention, and visual input. *J Neurol*. 2014;261:738–746. <https://doi.org/10.1007/s00415-014-7259-1>.
13. Brandt T., Dieterich M. Phobischer Attacken Schwankschwindel, ein neues Syndrom? *Munch Med Wochenschr*. 1986;128:247–250. https://doi.org/10.1007/978-3-662-13375-0_5.
14. Axer H., Finn S., Wassermann A., Guntinas-Lichius O., Klingner C.M., Witte O.W. Multimodal treatment of persistent postural-perceptual dizziness. *Brain Behav*. 2020;10(12):e01864. <https://doi.org/10.1002/brb3.1864>.
15. Staab J.P., Ruckenstein M.J. Expanding the differential diagnosis of chronic dizziness. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;133:170–176. <https://doi.org/10.1001/archotol.133.2.170>.
16. Zhao X.Q. More clinical thoughts for diagnosis and treatment of vertigo/dizziness. *Chin J Med*. 2016;55:745. [In Chinese] <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2016.10.001>.
17. Eggers S., Neff B., Shepard N., Staab J. Comorbidities in vestibular migraine. *J Vestib Res*. 2014;24(5-6):387–395. <https://doi.org/10.3233/VES-140525>.
18. Coebergh J.C. Vestibular migraine and persistent postural-perceptual dizziness. *BMJ*. 2019;366:l5435. <https://doi.org/10.1136/bmj.l5435>.
19. Huang T.C., Wang S.J., Kheradmand A. Vestibular migraine: An update on current understanding and future directions. *Cephalalgia*. 2020;40(1):107–121. <https://doi.org/10.1177/0333102419869317>.
20. Abu-Arafah I., Russell G. Paroxysmal vertigo as a migraine equivalent in children: A population-based study. *Cephalalgia*. 1995;15:22–25. <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.1995.1501022.x>.
21. Akerman S., Holland P.R., Goadsby P.J. Diencephalic and brainstem mechanisms in migraine. *Nat Rev Neurosci*. 2011;12:570–584. <https://doi.org/10.1038/nrn3057>.
22. Halberstadt A.L., Balaban C.D. Organization of projections from the raphe nuclei to the vestibular nuclei in rats. *Neuroscience*. 2003;120:573–594. [https://doi.org/10.1016/s0306-4522\(02\)00952-1](https://doi.org/10.1016/s0306-4522(02)00952-1).
23. Furman J.M., Marcus D.A., Balaban C.D. Vestibular migraine: Clinical aspects and pathophysiology. *Lancet Neurol*. 2013;12:706–715. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(13\)70107-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(13)70107-8).
24. Jacob R.G., Lilenfeld S.O., Furman J.M.R., Durrant J.D., Turner S.M. Panic disorder with vestibular dysfunction: further clinical observations and description of space and motion phobic stimuli. *J Anxiety Dis*. 1989;3:117–130. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.4.503>.
25. Eagger S., Luxon L.M., Davies R.A., Coelho A., Ron M.A. Psychiatric morbidity in patients with peripheral vestibular disorder: clinical and neuro-otological study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1992;55:383–387. <https://doi.org/10.1136/jnnp.55.5.383>.
26. Pratt R.T.C., McKenzie W. Anxiety states following vestibular disorders. *Lancet*. 1958;2:347–349. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(58\)90262-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(58)90262-9).

27. Lilienfeld S.O., Jacob R.G., Furman J.M.R. Vestibular dysfunction followed by panic disorder with agoraphobia. *J Nerv Ment Dis.* 1988;177:700–701. <https://doi.org/10.1212/WNL.46.6.1515>.
28. Page M.G.R., Gresty M.A. Motorist's vestibular disorientation syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1985;84:729–735. <https://doi.org/10.1136/jnnp.48.8.729>.
29. Marks I.M. Space "phobia": a pseudo-agoraphobic syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1981;44:387–391. <https://doi.org/10.1002/mdc3.12911>.
30. Huppert D., Kunihiro T., Brandt T. Phobic postural vertigo (154 patients): its association with vestibular disorders. *J Audiol Med.* 1995;4:97–103. Available at: <https://keio.pure.elsevier.com/en/publications/phobic-postural-vertigo-154-patients-its-association-with-vestibu>.
31. Balaban C.D., Jacob R.G. Background and history of the interface between anxiety and vertigo. *J Anxiety Disord.* 2001;15(1–2):27–51. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(00\)00041-4](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(00)00041-4).
32. Kornhuber H.H. For the differential diagnosis of dizziness. *Arch Otorhinolaryngol.* 1976;212:339–349. <https://doi.org/10.1007/BF00453683>.
33. Roseli S., Eliane M. Clinical characteristics of patients with persistent postural and perceptual dizziness. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015;81(3):276–282. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.08.012>.
34. Brandt T., Huppert D., Dieterich M. Phobic postural vertigo: a first follow-up. *J Neurol.* 1994;241(4):191–195. <https://doi.org/10.1007/BF00863767>.
35. Querner V., Krafczyk S., Dieterich M., Brandt T. Patients with somatoform phobic postural vertigo: the more difficult the balance task, the better the balance performance. *Neurosci Lett.* 2000;285(1):21–24. [https://doi.org/10.1016/s0304-3940\(00\)01008-9](https://doi.org/10.1016/s0304-3940(00)01008-9).
36. Staab J., Ruckenstein M. Chronic Dizziness and Anxiety: effect of course of illness on treatment outcome. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005;131(8):675. <https://doi.org/10.1001/archotol.131.8.675>.
37. Staab J., Ruckenstein M. Which comes first? Psychogenic dizziness versus otogenic anxiety. *Laryngoscope.* 2010;113(10):1714–1718. <https://doi.org/10.1097/00005537-200310000-00010>.
38. Есин Р.Г., Хайруллин И.Х., Мухаметова Э.Р., Есин О.Р. Персистирующее постурально-перцептивное головокружение. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2017;117(4):28–33. <https://doi.org/10.17116/jnevro20171174128-33>.
Esin R.G., Khaïrullin I.Kh., Mukhametova E.R., Esin O.R. Persistent postural-perceptual dizziness. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2017;117(4):28–33. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro20171174128-33>.
39. Lee J.O., Lee E.S., Kim J.S., Lee E.B., Choi B.C., Jeong Y. et al. Altered brain function in persistent postural perceptual dizziness: A study on resting state functional connectivity. *Hum Brain Mapp.* 2018;39(8):3340–3353. <https://doi.org/10.1002/hbm.24080>.
40. Антоненко Л.М. Психогенное головокружение. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2016;8(2):50–54. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2016-2-50-54>.
Antonenko L.M. Psychogenic dizziness. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2016;8(2):50–54. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2016-2-50-54>.
41. Антоненко Л.М., Парфенов В.А. Лекарственная терапия периферического вестибулярного головокружения. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2017;9(1):106–110. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2017-1-106-110>.
Antonenko L.M., Parfenov V.A. Drug therapy for peripheral vestibular vertigo. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2017;9(1):106–110. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2017-1-106-110>.
42. Zhu R.T., Rompaey V., Ward B.K. The Interrelations Between Different Causes of Dizziness: A conceptual Framework for Understanding Vestibular Disorders. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2019;128(9):869–878. <https://doi.org/10.1177/0003489419845014>.
43. Guze S.B. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. (DSM-IV). *Am J Psychiatry.* 1995;152(8):1228. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1228>.
44. Дюкова Г.М., Замерград М.В., Голубев В.Л., Адилова С.М., Макаров С.А. Функциональное (психогенное) головокружение. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2017;117(6):91–98. <https://doi.org/10.17116/jnevro20171176191-98>.
45. Дюкова Г.М., Замерград М.В., Голубев В.Л., Адилова С.М., Макаров С.А., Functional (psychogenic) vertigo. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2017;117(6):91–98. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro20171176191-98>.
45. Sezier A.E.I., Saywell N., Terry G., Taylor D., Kayes N. Working – age adults 'perspectives on living with persistent postural – perceptual dizziness: a qualitative exploratory study. *BMJ.* 2019;9(4):e024326. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024326>.
46. Bisdorff A.R., Staab J.P., Newman-Toker D.E. Overview of the International Classification of Vestibular Disorders. *Neurol Clin.* 2015;33:541–550. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2015.04.010>.
47. Xue H., Chong Y., Jiang Z.D., Ding L., Yang S.L., Wang L. et al. Etiological analysis on patients with vertigo or dizziness. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 2018;98(16):1227–1230. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2018.16.008>.
48. Dieterich M., Staab J.P. Functional dizziness: From phobic postural vertigo and chronic subjective dizziness to persistent postural-perceptual dizziness. *Curr Opin Neurol.* 2017;30(1):107–113. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000417>.
49. Dieterich M., Staab J.P., Brandt T. Functional (psychogenic) dizziness. *Handb Clin Neurol.* 2016;139:447–468. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801177-2.00037-0>.
50. Godemann F., Siefert K., Hantschke-Brüggemann M., Neu P., Seidl R., Ströhle A. What accounts for vertigo one year after neuritis vestibularis: anxiety or a dysfunctional vestibular organ? *J Psychiatr Res.* 2005;379:529–534. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.12.006>.
51. Heinrichs N., Edler C., Eskens S., Mielczarek M.M., Moschner C. Predicting continued dizziness after an acute peripheral vestibular disorder. *Psychosom Med.* 2007;69:700–707. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318151a4d4>.
52. Kutay Ö., Akdal G., Keskinoglu P., Balci B.D., Atkin T. Vestibular migraine patients are more anxious than migraine patients without vestibular symptoms. *J Neurol.* 2017;264(1):37–41. <https://doi.org/doi:10.1007/s00415-017-8439-6>.
53. Staab J.P. Chronic subjective dizziness. *Continuum (Minneapolis).* 2012;18(5):1118–1141. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000421622.56525.58>.
54. Bisdorff A., Von Brevern M., Lempert T., Newman-Toker D.E. Classification of vestibular symptoms: towards an International Classification of Vestibular Disorders. *J Vestib Res.* 2009;19(1–2):1–13. <https://doi.org/10.3233/VES-2009-0343>.
55. Staab J.P., Ruckenstein M.J. Expanding the differential diagnosis of chronic dizziness. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;133(02):170–176. <https://doi.org/10.1001/archotol.133.2.170>.
56. Kessler L., Bogner-Steinberg I., Baumann W., Skurczynski W. Treatment of vestibular vertigo: comparison of a fixed combination of cinnarizine 20mg and dimenhydrinate 40 mg with the 2.5-fold higher dosed active drugs in monotherapy. A prospective, randomized, reference-controlled, two-center, double-blind study. *Arch Sensol Neurootol Sci Pract.* 2012;7:1–13. <https://doi.org/10.2165/11588920-000000000-00000>.
57. Pyltel J., Nagy G., Toth A., Spellenberg S., Schwarz M., Repassy G. Efficacy and tolerability of a fixed low-dose combination of cinnarizine and dimenhydrinate in the treatment of vertigo: a 4-week, randomized, double-blind, active- and placebo-controlled, parallel-group, outpatient study. *Clin Ther.* 2007;29(1):84–98. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2007.01.010>.
58. Cirek Z., Schwarz M., Baumann W., Novotný M. Efficacy and tolerability of a fixed combination of cinnarizine and dimenhydrinate versus betahistine in the treatment of otogenic vertigo. A double-blind, randomized clinical study. *Clin Drug Investig.* 2005;25:377–389. <https://doi.org/10.2165/00044011-200525060-00003>.

Информация об авторах:

Застенская Екатерина Николаевна, аспирант, кафедра нервных болезней и нейрохирургии, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет); 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1; zastik26@mail.ru
Антоненко Людмила Михайловна, д.м.н., профессор, кафедра нервных болезней и нейрохирургии, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет); 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1; Antonenko_l_m@staff.sechenov.ru

Information about authors:

Ekaterina N. Zastenskaya, Postgraduate Student, Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119021, Russia; zastik26@mail.ru
Lyudmila M. Antonenko, Dr. Sci. (Med.), Professor, Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119021, Russia; Antonenko_l_m@staff.sechenov.ru