

«У меня кружится голова»: как помочь пациенту с головокружением эффективно и быстро

Д.Х. Хайбуллина[✉], <https://orcid.org/0000-0001-6883-7649>, dina.khaibullina@mail.ru

Ю.Н. Максимов, <https://orcid.org/0000-0002-1430-9741>, yuri_maximov@mail.ru

Ф.И. Девликамова, <https://orcid.org/0000-0003-4411-7051>, fdevlikamova@mail.ru

Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования; 420012, Россия, Казань, ул. Бутлерова, д. 36

Резюме

Одной из самых частых причин обращения за медицинской помощью к врачам разных специальностей является нарушение функции равновесия, описываемое пациентами как головокружение. При кажущейся простоте и однозначности жалобы выясняется, что под этим термином пациенты имеют в виду совершенно другие состояния: неустойчивость, шаткость при ходьбе, покачивания, дурноту, предобморочное состояние, «туман в голове», нарушение координации и т. п. Зачастую пациент не только затрудняется самостоятельно описать свои ощущения, но и одновременно перечисляет несколько дескрипторов. Конкретизировать жалобы пациента не всегда представляется возможным, что затрудняет диагностику головокружения и установление этиологического фактора. В связи с вышеперечисленным в настоящее время в диагностике головокружений используется алгоритм, включающий оценку вестибулярного синдрома по характеру течения (острый, эпизодический, хронический), выявление провоцирующих факторов (триггеров), сопутствующей симптоматики, дополняющийся физикальным исследованием, а в случае необходимости – параклиническими методами. В лечении головокружений приоритетное место занимает быстрое и эффективное его купирование. С этой целью используются препараты – вестибулярные супрессанты. Учитывая высокую распространенность коморбидных состояний, требующих одновременного приема нескольких препаратов, преимущественно обладают комбинированные лекарственные средства. Высокую эффективность и безопасность в качестве симптоматической терапии головокружения различного генеза продемонстрировала комбинация препаратов циннаризин и дименгидринат. Сочетание медикаментозной терапии с методами вестибулярной реабилитации позволяет добиться лучших результатов и более длительной ремиссии даже при хронических вариантах головокружения.

Ключевые слова: головокружение, нарушение равновесия, вестибулярная реабилитация, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, симптоматическое лечение, комбинированный препарат дименгидрината с циннаризином

Для цитирования: Хайбуллина ДХ, Максимов ЮН, Девликамова ФИ. «У меня кружится голова»: как помочь пациенту с головокружением эффективно и быстро. *Медицинский совет.* 2025;19(5):24–29. <https://doi.org/10.21518/ms2025-154>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

“I’m dizzy”: How to help a patient with dizziness effectively and quickly

Dina Kh. Khaibullina[✉], <https://orcid.org/0000-0001-6883-7649>, dina.khaibullina@mail.ru

Yuriy N. Maksimov, <https://orcid.org/0000-0002-1430-9741>, yuri_maximov@mail.ru

Farida I. Devlikamova, <https://orcid.org/0000-0003-4411-7051>, fdevlikamova@mail.ru

Kazan State Medical Academy – a branch of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education; 36, Butlerov St., Kazan, 420012, Russia

Abstract

One of the most common reasons for seeking medical help from doctors of various specialties is a disturbance of balance function, described by patients as dizziness. Despite the apparent simplicity and unambiguity of the complaint, it turns out that under this term patients mean completely different conditions: instability, unsteadiness when walking, swaying, nausea, pre-fainting condition, “fog in the head”, impaired coordination, etc. Often, the patient not only finds it difficult to independently describe his feelings, but also simultaneously lists several descriptors. It is not always possible to specify the patient’s desires, which complicates the diagnosis of dizziness and the establishment of the etiological factor. In connection with the above, an algorithm is currently used in the diagnosis of dizziness, which includes an assessment of the vestibular syndrome by the nature of the course (acute, episodic, chronic), identification of provoking factors (triggers), concomitant symptoms, supplemented by a physical examination, and, if necessary, paraclinical methods. In the treatment of dizziness, priority is given to its rapid and effective relief. For this purpose, drugs are used – vestibular suppressants. Given the high prevalence of comorbid conditions requiring the simultaneous use of several drugs, combination drugs have an advantage. A combination of cinnarizine and dimenhydrinate has demonstrated high efficiency and safety as a symptomatic therapy for dizziness of various origins. The combination of drug therapy with vestibular rehabilitation methods allows achieving better results and longer remission even in chronic cases of dizziness.

Keywords: dizziness, balance disorder, vestibular rehabilitation, benign paroxysmal positional vertigo, symptomatic treatment, combination drug of dimenhydrinate with cinnarizine

For citation: Khaibullina DKh, Maksimov YuN, Devlikamova FI. "I'm dizzy": How to help a patient with dizziness effectively and quickly. *Meditsinskiy Sovet*. 2025;19(5):24–29. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-154>.

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

ВВЕДЕНИЕ

Одной из самых частых причин обращения за медицинской помощью к врачам общей практики, неврологам, кардиологам, оториноларингологам, гериатрам и еще целому ряду специалистов является нарушение функции равновесия. Переживаемые субъективные ощущения чаще описываются пациентами как головокружение [1–5]. При кажущейся простоте и однозначности жалобы при активном опросе может выясниться, что под этим термином скрываются совершенно другие состояния: неустойчивость, шаткость при ходьбе, покачивания, дурнота, предобморочное состояние, «туман в голове», нарушение координации и т. п. При этом пациент нередко затрудняется самостоятельно описать свои ощущения и врачу приходится прикладывать немало усилий для конкретизации жалоб [6]. Такая неопределенность при изложении жалоб уже на этом этапе определяет сложность диагностики.

Равновесие тела – это устойчивость тела в пространстве в вертикальном положении при выполнении различных статических и динамических задач. Функцию равновесия обеспечивает согласованная деятельность различных сенсорных систем: вестибулярной, проприоцептивной, зрительной, а также мозжечка [7]. Головокружение – иллюзорное ощущение движения предметов или собственного тела в пространстве [8]. Таким образом, при описании субъективных ощущений пациента корректным является использование термина «головокружение». Симптом головокружения как составная часть клинической картины описан у более чем 80 различных нозологий [9].

В клинической практике жалобы на головокружение составляют до 30% обращений, при этом у 10% пациентов головокружение носит хронический характер [10, 11]. Результаты популяционного исследования, проведенного немецкими учеными, показали, что эпизоды головокружения в течение жизни испытывали 7,4% взрослого населения [11, 12]. Ежегодно страдают головокружением 15–20% взрослых [13–15]. С увеличением возраста распространенность головокружения также возрастает, достигая 30–48% в категории лиц 60 лет и старше [9, 11, 12, 16–19]. У пожилых пациентов головокружение является фактором, увеличивающим риск возможных падений и травматизации, приводящим к снижению качества и продолжительности жизни [17, 20]. В возрастной категории 65 лет и старше у 30% происходят однократные падения в течение года, а у половины из них – многократные (более одного за год) [21, 22]. У пациентов, пролежавших на земле после падения более 6 ч, значительно возрастает летальность в последующие полгода [9].

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ

Сложность диагностики головокружений обусловлена неопределенностью жалоб, предъявляемых пациентом, о чем уже говорилось выше, и разнообразием причин [23–32]. В США в период 1993–2005 гг. было проведено кросс-секционное исследование по выявлению причин развития головокружения у пациентов в возрасте 16 лет и старше, обратившихся за амбулаторной медицинской помощью. Всего было отобрано 9 472 пациента с головокружением, из которых у 32,9% в качестве причины указывалась патология вестибулярного аппарата, у 21,1% – сердечно-сосудистой системы, у 11,5% – органов дыхания, у 11,2% – нервной системы (включая 4% цереброваскулярные), у 11,0% – метаболические нарушения, у 10,6% – травмы/отравления, у 7,2% – расстройства психики, у 7,0% – патология желудочно-кишечного тракта, у 5,1% – заболевания мочеполовой системы, у 2,9% – инфекционные болезни. Почти в половине случаев (49,2%) был выставлен клинический, а в 22,1% – только симптоматический диагноз. Состояния, представляющие опасность для жизни, были диагностированы у 15%, в основном среди лиц старше 50 лет (20,9% по сравнению с 9,3% у лиц моложе 50 лет; $p < 0,001$). На первичную диагностику причин головокружения затрачивалось больше времени: в среднем 4 ч по сравнению с 3,4 ч для других случаев. Госпитализация пациентов с головокружением также проводилась чаще: в 18,8% по сравнению с 14,8% для других случаев. Авторы делают вывод, что в большинстве случаев обращения за медицинской помощью не связаны с вестибулярным расстройством, а вызываются другими причинами, включая потенциально опасные для жизни состояния. Диагностика головокружений требует использования больших ресурсов, при этом причину у многих пациентов выявить не удастся [33]. Результаты другого наблюдательного исследования, проведенного с участием 4 294 пациентов, также подтвердили, что в 21% случаев определить точную причину головокружения невозможно [34].

Традиционно головокружение подразделяется на системное (вестибулярное) и несистемное. Системное головокружение возникает при патологии периферического отдела вестибулярного анализатора и характеризуется иллюзией направленного вращательного движения человека или окружающей среды. Данный тип головокружения наблюдается при доброкачественном переходящем позиционном головокружении (ДППГ), вестибулярной мигрени, болезни Меньера, вестибулярном нейроните, вестибулярной пароксизмии, а также при остром нарушении мозгового кровообращения. Несистемное головокружение

возникает вне связи с вестибулярным аппаратом и является иллюзией движения, не имеющей определенной направленности. В условиях поликлинического приема периферический и центральный варианты головокружения выявляются в равных пропорциях, среди стационарных пациентов – в 35 и 65% соответственно [9].

Длительное время одной из главных задач диагностики было определение системности головокружения. Однако данный подход не способствовал снижению количества диагностических ошибок [27]. В связи с этим Общество Барани в 2015 г. предложило изменить диагностический алгоритм. Новый алгоритм включал оценку вестибулярного синдрома по характеру течения (острый, эпизодический, хронический), выявление провоцирующих факторов (триггеров), сопутствующей симптоматики и дополнялся физикальным исследованием, а в случае необходимости – параклиническими методами [35]. Оба описанных алгоритма призваны после исключения потенциально опасных состояний способствовать постановке нозологического диагноза. В МКБ-10 головокружения кодируются в рубриках H81 (нарушения вестибулярной функции) и R42 (головокружение и нарушение устойчивости). Рубрика H81 включает следующие подрубрики: болезнь Меньера (H81.0); доброкачественное пароксизмальное головокружение (H81.1); вестибулярный нейронит (H81.2); другие периферические головокружения (H81.3); головокружение центрального происхождения (H81.4); другие нарушения вестибулярной функции (H81.8); нарушение вестибулярной функции неуточненное (H81.9).

ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ

Лечение должно включать терапию основного заболевания с учетом его патогенеза. Однако, как уже было сказано выше, выявить причину головокружения удается далеко не во всех случаях. В этих условиях симптоматическое лечение головокружения с целью купирования или снижения его интенсивности становится приоритетной задачей. С этой целью используются различные группы препаратов, относящиеся к вестибулярным супрессантам: антигистаминные, противорвотные препараты, холиноблокаторы, бензодиазепины [34, 36–38].

Дименгидринат и циннаризин оказывают действие как на периферические, так и на центральные механизмы головокружения [39–41]. Дименгидринат, впервые упомянутый в научной литературе в 1949 г. и запатентованный в 1950 г., первоначально изучался как антигистаминное средство для лечения крапивницы. Его эффективность в борьбе с укачиванием была выявлена случайно, что в дальнейшем определило его применение для предотвращения тошноты, рвоты и головокружения, вызываемых морской болезнью. Активным компонентом дименгидрината является дифенгидрамин, обладающий угнетающим воздействием на центральную нервную систему (благодаря способности проникать через гематоэнцефалический барьер), а также антихолинергическим, противорвотным, антигистаминным (блокатор H1-рецепторов) и местным анестезирующим свойствами (блокирует транспорт ионов натрия). Предполагается, что антихолинергическое

действие дименгидрината приводит к снижению вестибулярной стимуляции, возникающей при укачивании или головокружении, в малых дозах воздействуя на отолиты, а в высоких – на полукружные каналы. Дименгидринат начинает действовать уже через 20–30 мин после приема, сохраняя эффективность в течение 4–6 ч.

Циннаризин является селективным блокатором «медленных» кальциевых каналов. Он ограничивает приток ионов кальция в клетки и уменьшает содержание кальция в депо клеточной мембраны. Также способствует снижению тонуса гладкомышечных волокон артериол, усиливает сосудорасширяющий эффект углекислого газа. Обладает вазодилатирующими свойствами, особенно в отношении сосудов мозга, при этом существенно не влияет на общее артериальное давление. Проявляет небольшую антигистаминную активность, снижает восприимчивость вестибулярного аппарата и уменьшает тонус симпатической нервной системы. Увеличивает эластичность мембран эритроцитов, улучшает их способность к деформации и снижает вязкость крови. После перорального приема максимальная концентрация в плазме крови достигается в течение 1–3 ч. Период полувыведения составляет 4 ч.

Применение дименгидрината (40,0 мг) и циннаризина (20,0 мг), которые дополняют действие друг друга, показано при вестибулопатиях различного генеза с 18-летнего возраста, по 1 таблетке (фиксированная доза) 3 раза в сутки длительностью до 4 нед., эта комбинация демонстрирует высокую эффективность и хорошую переносимость [42–46].

Противопоказаниями к назначению является беременность, судорожный синдром, заболевания предстательной железы и уретры с задержкой мочеиспускания, закрытоугольная глаукома.

Важное место в комплексном лечении головокружений занимает вестибулярная реабилитация, которая включает в себя выполнение определенных упражнений, направленных на стимуляцию или развитие компенсаторных механизмов [1]. Считается, что вестибулярная реабилитация является наиболее эффективным направлением лечения пациентов с различными типами головокружений [17, 25, 26] и начинается сразу после прекращения рвоты (чаще всего на 3–5-й дни с момента возникновения головокружения). Как правило, комплекс упражнений включает тренировку равновесия и ходьбы, а также повороты головы при фиксированном зроре. Раннее начало вестибулярной гимнастики сокращает сроки оказания медицинской помощи, улучшает качество жизни, равновесие и функциональное восстановление [27]. Эффективность ее существенно выше при раннем назначении.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка И. 68 лет обратилась с жалобами на часто возникающие, кратковременные приступы головокружения, сопровождающиеся ощущением дурноты, возникающие при резких поворотах головы, изменении положения тела в кровати. Продолжительность приступа 5–10 с, купируется самостоятельно. Заболела внезапно 7 дней назад.

За медицинской помощью не обращалась. Из хронических заболеваний отмечает гипертоническую болезнь 2-й стадии, медикаментозно контролируемую; атеросклероз брахиоцефальных артерий. Аллергологический анамнез без особенностей. Данные объективного осмотра: общее состояние удовлетворительное; соматический статус не изменен; функция ходьбы не нарушена; кожные покровы физиологической окраски; неврологический статус; черепные нервы без патологии; в позе Ромберга покачивание. Координаторные пробы выполняет уверенно. Сухожильные рефлексы симметричные, оживлены. При проведении теста Дикса – Халлпайка в момент поворота головы вправо у пациентки через 5 с возник нистагм влево с ротаторным компонентом, сменившийся затем клоническими движениями глаз вправо. Одновременно с этим пациентка сообщила о возникшем головокружении и ощущении дурноты. Мышечная сила не изменена. Поверхностная и глубокая чувствительность не изменены. Менингеальные знаки отрицательные. Тазовых нарушений нет. По результатам клинического исследования был выставлен основной диагноз «Доброкачественное переходящее позиционное головокружение в правом заднем полукружном канале (H81.1)». Сопутствующий диагноз «Гипертоническая болезнь 2-й степени (I11.90). Атеросклероз БЦА (I67.2)». С терапевтической целью был проведен маневр Эпли и назначен дименгидринат и циннаризин по 1 таблетке (фиксированная доза) 3 раза в день в течение 14 дней с последующим контролем. Рекомендовано исключить психоэмоциональные перегрузки, повороты головы, резкие перемены положения тела. Через 14 дней во время контрольного визита пациентка сообщила о полном исчезновении приступов головокружения, при этом отметив, что продолжает испытывать редкие ощущения дурноты продолжительностью 1–3 с, проходящие самостоятельно. В целом результат лечения был ей оценен как «хороший». Повторное проведение теста Дикса – Халлпайка дало отрицательный результат. С учетом сохраняющихся редких ощущений дурноты было рекомендовано продолжить лечение препаратами дименгидринат и циннаризин до 4 нед., а также назначена вестибулярная реабилитация. При повторном осмотре еще через 2 нед. пациентка отметила, что эпизоды головокружения и дурноты купировались полностью. Рекомендовано продолжить вестибулярную гимнастику.

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленный клинический случай иллюстрирует применение препаратов дименгидринат и циннаризин в лечении пациентки с ДППГ. Эффективность и безопасность комбинации 20,0 мг циннаризина и 40,0 мг дименгидрината подтверждены рядом клинических исследований, изучавших лечение пациентов с различными типами головокружения, а также результатами нескольких мета-анализов [39, 42, 45, 47–52]. Кроме того, в ряде исследований не только оценивалась способность препарата уменьшать выраженность симптомов головокружения и сопутствующих симптомов, но и проводилась оценка

удовлетворенности пациента лечением и частоты возникновения побочных эффектов. В работе A.W. Scholtz комбинация циннаризина 20 мг и дименгидрината 40 мг была назначена 1 275 пациентам с головокружением, период наблюдения составил 6 нед. К моменту окончания исследования 95% пациентов оценили общую клиническую эффективность препарата как «значительно улучшающую» и «очень высокую», одновременно отметив заметное снижение выраженности сопутствующей симптоматики (шум в ушах, тошнота, рвота); частота побочных реакций составила менее 4% [39]. В ряде рандомизированных двойных слепых клинических исследований проводилась оценка эффективности и безопасности комбинации циннаризина и дименгидрината в сравнении с применением его компонентов изолированно или с некоторыми другими вестибулярными супрессантами [42, 45]. Было показано, что комбинация циннаризин 20 мг + дименгидринат 40 мг действует значительно эффективнее по сравнению с моноприменением его компонентов. В исследованиях A.W. Scholtz [42, 53] проводилось сравнение эффективности применения бетажистина и комбинации циннаризина 20 мг/дименгидрината 40 мг у пациентов с периферическим вестибулярным головокружением. Авторами был сделан вывод, что комбинация дименгидрината и циннаризина не только уступает по эффективности бетажистину, но и показывает лучшие результаты в терапии пациентов с периферическим вестибулярным головокружением различного генеза, что объясняется синергическим действием циннаризина и дименгидрината.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностика головокружения остается сложной задачей для врачей разных специальностей. Своевременное выявление сопутствующей патологии (полиневропатии, патология сердечно-сосудистой системы, тревожные расстройства, депрессия и т. д.) у пациентов с головокружением имеет большое значение, т. к. их эффективное лечение может способствовать купированию или уменьшению выраженности тягостных ощущений. Однако далеко не во всех случаях удастся установить этиологический фактор и, соответственно, подобрать этиотропную терапию. Учитывая данный факт, подход к терапии головокружений базируется на принципе скорейшего купирования симптома. При наличии у пациентов ряда коморбидных состояний, требующих одновременного приема нескольких препаратов, преимущественно обладают комбинированные лекарственные средства. Высокую эффективность и безопасность в качестве симптоматической терапии головокружения различного генеза продемонстрировали низкие дозы в комбинации препаратов циннаризин 20 мг и дименгидринат 40 мг. Сочетание медикаментозной терапии с методами вестибулярной реабилитации позволяет добиться лучших результатов и более длительной ремиссии даже при хронических вариантах головокружения. 

Поступила / Received 17.03.2025
Поступила после рецензирования / Revised 04.04.2025
Принята в печать / Accepted 09.04.2025

Список литературы / References

- Brandt T, Dieterich M, Strupp M. *Vertigo and Dizziness – Common Complaints*. 2nd ed. London: Springer; 2013. 148 p. <https://doi.org/10.1007/b138527>.
- Walther LE. Current diagnostic procedures for diagnosing vertigo and dizziness. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2017;16:Doc02. <https://doi.org/10.3205/cto000141>.
- Handschu R, Täuber A, Schuh A. Chronic vertigo. *MMW Fortschr Med*. 2019;161(11):45–52. <https://doi.org/10.1007/s15006-019-0020-z>.
- Walther LE, Blödw A. Current aspects of vertigo and dizziness in advanced age. *HNO*. 2020;68(3):191–198. <https://doi.org/10.1007/s00106-019-00756-5>.
- Brandt T, Strupp M. General vestibular testing. *Clin Neurophysiol*. 2005;116(2):406–426. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2004.08.009>.
- Горобец ЕА, Есин РГ, Есин ОР. Вербальное описание головокружения русскоязычными информантами с высоким и низким уровнем алекситимии. *Филология и культура*. 2018;(4):28–33. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/yvkkwd>.
- Gorobets EA, Esin RG, Esin OR. Verbal description of dizziness by Russian-speaking informants with high and low levels of alexithymia. *Philology and Culture*. 2018;(4):28–33. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/yvkkwd>.
- Karatas M. Central vertigo and dizziness: Epidemiology, differential diagnosis, and common causes. *Neurologist*. 2008;14(6):355–364. <https://doi.org/10.1097/NRL.0b013e31817533a3>.
- Яхно НН. Головокружение. *Большая российская энциклопедия*. 2007. Т. 7. С. 344–345. Режим доступа: <https://old.bigenc.ru/medicine/text/2367463>.
- Дамулин ИВ, Тардов МВ. Падения у пожилых вследствие вестибулярной дисфункции: клинические и патогенетические аспекты. *Российский медицинский журнал*. 2020;26(2):98–103. <http://doi.org/10.18821/0869-2106-2020-26-2-98-103>.
- Damulin IV, Tardov MV. Falls in the elderly due to vestibular dysfunction: clinical and pathogenetic aspects. *Medical Journal of the Russian Federation*. 2020;26(2):98–103. (In Russ.) <http://doi.org/10.18821/0869-2106-2020-26-2-98-103>.
- Das S, Annam CS, Bakshi SS, Seepana R. Persistent positional perceptual dizziness in clinical practice: a scoping review. *Neurol Sci*. 2023;44(1):129–135. <https://doi.org/10.1007/s10072-022-06353-9>.
- Neuhauser HK, Radtke A, von Brevern M, Lezius F, Feldmann M, Lempert T. Burden of dizziness and vertigo in the community. *Arch Intern Med*. 2008;168(19):2118–2124. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.19.2118>.
- Neuhauser HK, Lempert T. Vertigo: epidemiologic aspects. *Semin Neurol*. 2009;29(5):473–481. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1241043>.
- Neuhauser H.K. The epidemiology of dizziness and vertigo. *Handb Clin Neurol*. 2016;137:67–82. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63437-5.00005-4>.
- Bronstein AM. Vision and vertigo: Some visual aspects of vestibular disorders. *J Neurol*. 2004;251:381–387. <https://doi.org/10.1007/s00415-004-0410-7>.
- Sloan PD. Dizziness in primary care. Results from the national ambulatory medical care survey. *J Fam Pract*. 1989;29(1):33–38. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2738548>.
- Casani AP, Gufoni M, Capobianco S. Current Insights into Treating Vertigo in Older Adults. *Drugs Aging*. 2021;38(8):655–670. <https://doi.org/10.1007/s40266-021-00877-z>.
- Luxon LM. Evaluation and management of the dizzy patient. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004;75(4 Suppl):iv45–iv52. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2004.055285>.
- Bird JC, Beynon GI, Prevost AT, Baguley DM. An analysis of referral pattern for dizziness in the primary care setting. *Br J Gen Pract*. 1998;48(437):1828–1832. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10198501>.
- Косивцова ОВ, Старчина ЮА, Уртенев КА, Белкина ВВ. Головокружение у пожилых пациентов: обсуждение на примере клинического наблюдения. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(4):85–89. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-4-85-89>.
- Kosivtsova OV, Starchina YuA, Urtenov KA, Belkina VV. Dizziness in elderly patients: discussion based on a clinical observation. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(4):85–89. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-4-85-89>.
- Honrubia V, Bell TS, Harris MR, Baloh RW, Fisher LM. Quantitative evaluation of dizziness characteristics and impact on quality of life. *Am J Otol*. 1996;17(4):595–602. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8841705>.
- Parry SW, Steen N, Galloway S, Kenny RA, Bond J. Falls and confidence related quality of life outcome measures in an older British cohort. *Postgrad Med J*. 2001;77(904):103–108. <https://doi.org/10.1136/pmj.77.904.103>.
- Tinetti ME. Preventing falls in elderly persons. *N Eng J Med*. 2003;348(1):42–49. <https://doi.org/10.1056/NEJMc020719>.
- Brandt T. *Vertigo. Its Multisensory Syndromes*. London: Springer; 1999. 504 p. Available at: <https://springer.com/gp/book/9783540199342>.
- Замерград МВ, Парфенов ВА, Остроумова ОД, Гусева АЛ, Зайцева ОВ, Сиволуп ЮП и др. Функциональное головокружение: от диагностических критериев к клиническим портретам и терапии. Согласованное мнение экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(4):4–13. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-4-4-13>.
- Zamergrad MV, Parfenov VA, Ostroumova OD, Guseva AL, Zaytseva OV, Sivolap YuP et al. Functional dizziness: from diagnostic criteria to clinical profiles and therapy. Expert consensus. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(4):4–13. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-4-4-13>.
- Антоненко ЛМ. Современные аспекты лечения различных видов головокружения. *Медицинский совет*. 2021;(19):91–98. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-19-91-98>.
- Antonenko LM. Current aspects of the treatment of different types of vertigo. *Meditinskiy Sovet*. 2021;(19):91–98. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-19-91-98>.
- Пизова НВ. Возможности использования комбинации «дименгидринат + циннаризин» в терапии головокружений. *Медицинский совет*. 2021;(21-1):35–44. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-21-1-35-44>.
- Pizova NV. Potential use of dimensionhydrate/cinnarizine combination in the treatment of vertigo. *Meditinskiy Sovet*. 2021;(21-1):35–44. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-21-1-35-44>.
- Гусева АЛ. Приступы головокружения: дифференциальная диагностика и подходы к терапии. *Эффективная фармакотерапия*. 2021;17(34):16–21. <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2021-17-34-16-21>.
- Guseva AL. Vertigo Attacks: Differential Diagnosis and Approaches to Therapy. *Effective Pharmacotherapy*. 2021;17(34):16–21. (In Russ.) <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2021-17-34-16-21>.
- Амелина ИП, Соловьева ЭЮ. Головокружение: новые возможности терапии. *Эффективная фармакотерапия*. 2021;17(38):20–25. <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2021-17-38-20-25>.
- Amelina IP, Solovieva EY. Vertigo: New Possibilities of Therapy. *Effective Pharmacotherapy*. 2021;17(38):20–25. (In Russ.) <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2021-17-38-20-25>.
- Застенская ЕН, Антоненко ЛМ. Хроническое головокружение: современные методы лечения с учетом коморбидности. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(6):71–77. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-6-71-77>.
- Zastenskaia EN, Antonenko LM. Chronic dizziness: modern treatment methods taking into account comorbidity. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(6):71–77. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-6-71-77>.
- Machner B, Choi JH, Neumann A, Trillenber P, Helmchen C. What guides decision-making on intravenous thrombolysis in acute vestibular syndrome and suspected ischemic stroke in the posterior circulation? *J Neurol*. 2021;268(1):249–264. <https://doi.org/10.1007/s00415-020-10134-9>.
- Есин РГ, Хайбуллина ДХ, Есин ОР. Головокружение – эффективный подход к лечению и профилактике. *Медицинский совет*. 2023;17(3):78–83. <https://doi.org/10.21518/ms2023-082>.
- Esin RG, Khaibullina DKh, Esin OR. Dizziness: efficient approach to treatment and prevention. *Meditinskiy Sovet*. 2023;17(3):78–83. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-082>.
- Есин РГ, Хайруллин ИХ, Мухаметова ЭР, Есин ОР. 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 RG, Khaibullin IKh, Mukhametova ER, Esin OR. 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>.
- Newman-Toker DE, Hsieh YH, Camargo CA Jr, Pelletier AJ, Butchy GT, Edlow JA. Spectrum of dizziness visits to US emergency departments: cross-sectional analysis from a nationally representative sample. *Mayo Clin Proc*. 2008;83(7):765–775. <https://doi.org/10.4065/83.7.765>.
- Agus S, Benecke H, Thum C, Strupp M. Clinical and demographic features of vertigo: findings from the REVERT registry. *Front Neurol*. 2013;4:48. <https://doi.org/10.3389/fneur.2013.00048>.
- Bisdorff AR, Staab JP, Newman-Toker DE. Overview of the International Classification of Vestibular Disorders. *Neurol Clin*. 2015;33(3):541–550. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2015.04.010>.
- Kirtane MV, Bhandari A, Narang P, Santani R. Cinnarizine: A Contemporary Review. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;71(2 Suppl):1060–1068. <https://doi.org/10.1007/s12070-017-1120-7>.
- Viola P, Gioacchini FM, Astorina A, Pisani D, Scarpa A, Marciano G et al. The pharmacological treatment of acute vestibular syndrome. *Front Neurol*. 2022;13:999112. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.999112>.
- Иванова ГЕ, Кунельская НЛ, Парфенов ВА, Замерград МВ, Мельников ОА, Гусева АЛ и др. Вестибулярная реабилитация в комплексной терапии вестибулярного головокружения (согласованное мнение экспертов). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(1):114–121. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-1-114-121>.
- Ivanova GE, Kunelskaya NL, Parfenov VA, Zamergrad MV, Melnikov OA, Guseva AL et al. Vestibular rehabilitation in complex therapy of vestibular vertigo (consensus of experts). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(1):114–121. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-1-114-121>.
- Scholtz AW, Ilgner J, Loader B, Pritschow BW, Weisschaer G. Cinnarizine and dimenhydrinate in the treatment of vertigo in medical practice. *Wien Klin Wochenschr*. 2016;128(9-10):341–347. <https://doi.org/10.1007/s00508-015-0905-5>.

40. Hahn A, Novotný M, Shotekov PM, Cirek Z, Bognar-Steinberg I, Baumann W. Comparison of cinnarizine/dimenhydrinate fixed combination with the respective monotherapies for vertigo of various origins: a randomized, double-blind, active-controlled, multicentre study. *Clin Drug Investig.* 2011;31:371–383. <https://doi.org/10.2165/11588920-000000000-00000>.
41. Hahn A, Sejna I, Stefflova B, Schwarz M, Baumann W. A fixed combination of cinnarizine/dimenhydrinate for the treatment of patients with acute vertigo due to vestibular disorders: a randomized, reference-controlled clinical study. *Clin Drug Investig.* 2008;28:89–99. <https://doi.org/10.2165/00044011-200828020-00003>.
42. Pytel 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>.
43. Scholtz A-W, Steindl R, Burchardi N, Bognar-Steinberg I, Baumann W. Comparison of the therapeutic efficacy of a fixed low-dose combination of cinnarizine and dimenhydrinate with betahistine in vestibular neuritis: a randomized, double-blind, non-inferiority study. *Clin Drug Investig.* 2012;32(6):387–399. <https://doi.org/10.2165/11632410-000000000-00000>.
44. Novotný M, Kostrica R. Fixed combination of cinnarizine and dimenhydrinate versus betahistine dimesylate in the treatment of Meniere's disease: a randomized, double-blind, parallel group clinical study. *Int Tinnitus J.* 2002;8(2):115–123. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14763223>.
45. Cirek Z, Schwarz M, Baumann W, Novotny 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(6):377–389. <https://doi.org/10.2165/00044011-200525060-00003>.
46. Otto V, Fischer B, Schwarz M, Baumann W, Preibisch-Effenberger R. Treatment of vertebrobasilar insufficiency-associated vertigo with a fixed combination of cinnarizine and dimenhydrinate. *Int Tinnitus J.* 2008;14(1):57–67. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18616088>.
47. Schremmer D, Bognar Steinberg I, Baumann W, Pytel J. Efficacy and Tolerability of a Fixed Combination of Cinnarizine and Dimenhydrinate in Treatment of Vertigo. *Clinical Drug Investigation.* 1999;18(5):355–368. <https://doi.org/10.2165/00044011-199918050-00003>.
48. Hamann KF. Special ginkgo extract in cases of vertigo: a systematic review of randomised, doubleblind, placebo controlled clinical examinations. *HNO.* 2007;55(4):258–263. <https://doi.org/10.1007/s00106-006-1440-5>.
49. Bognar-Steinberg I, Baumann W, Skurczynski W, Kessler L. Treatment of vestibular vertigo: comparison of a fixed combination of cinnarizine 20 mg and dimenhydrinate 40 mg with the 2.5-fold higher dosed active drugs in monotherapy. *Arch Sensol Neurotol Sci Pract.* 2012;7:1–13. Available at: <https://neurotology.org/archives/662>.
50. Scholtz AW, Schwarz M, Baumann W, Kleinfeldt D, Scholtz HJ. Treatment of vertigo due to acute unilateral vestibular loss with a fixed combination of cinnarizine and dimenhydrinate: a double-blind, randomized, parallel-group clinical study. *Clin Ther.* 2004;26(6):866–877. <https://doi.org/10.2165/00044011-200525060-00003>.
51. Ким ОВ, Маджидова ЕН, Носирова ДШ. Оптимизация лечения пациентов с головокружением. *Вестник КазНМУ.* 2015;(2):404–405. Режим доступа: <https://kaznmu.kz/press/wp-content/uploads/2015/07/Вестник-КазНМУ-№2-2015.pdf>.
Kim OV, Majidova YoN, Nosirova DSh. Optimizing treatment of patients with vertigo. *Vestnik KazNMU.* 2015;(2):404–405. (In Russ.) Available at: <https://kaznmu.kz/press/wp-content/uploads/2015/07/Вестник-КазНМУ-№2-2015.pdf>.
52. Хайдарова ГС, Тошпултов ЮА, Ходжаева ЗХ. Оценка выраженности вегетативных нарушений у пациентов с головокружением. *Авиценна.* 2018;(20): 19–22. Режим доступа: <https://avicenna-idp.ru/wp-content/uploads/v20.pdf>.
Haydarova GS, Toshpulatov YuA, Xodjayeva ZH. Evaluation of vegetative disorders in patients with headbeat. *Avicenna.* 2018;(20):19–22. (In Russ.) Available at: <https://avicenna-idp.ru/wp-content/uploads/v20.pdf>.
53. Scholtz AW, Hahn A, Stefflova B, Medzhidieva D, Ryazantsev SV, Paschinin A, Kunelskaya N et al. Efficacy and Safety of a Fixed Combination of Cinnarizine 20 mg and Dimenhydrinate 40 mg vs Betahistine Dihydrochloride 16 mg in Patients with Peripheral Vestibular Vertigo: A Prospective, Multinational, Multicenter, Double-Blind, Randomized, Non-inferiority Clinical Trial. *Clin Drug Investig.* 2019;39(11):1045–1056. <https://doi.org/10.1007/s40261-019-00858-6>.

Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

Contribution of authors:

All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

Согласие пациентов на публикацию: пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patient signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторах:

Хайбуллина Дина Хамитовна, к.м.н., доцент кафедры неврологии, Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования; 420012, Россия, Казань, ул. Бутлерова, д. 36; dina.khaibullina@mail.ru
Максимов Юрий Николаевич, к.м.н., доцент, доцент кафедры неврологии, Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования; 420012, Россия, Казань, ул. Бутлерова, д. 36; yuri_maximov@mail.ru
Девликамова Фарида Ильдусовна, д.м.н., профессор кафедры неврологии, Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования; 420012, Россия, Казань, ул. Бутлерова, д. 36; fdevlikamova@mail.ru

Information about the authors:

Dina Kh. Khaibullina, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Neurology, Kazan State Medical Academy – a branch of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education; 36, Butlerov St., Kazan, 420012, Russia; dina.khaibullina@mail.ru
Yuriy N. Maksimov, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Neurology, Kazan State Medical Academy – a branch of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education; 36, Butlerov St., Kazan, 420012, Russia; yuri_maximov@mail.ru
Farida I. Devlikamova, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Neurology, Kazan State Medical Academy – a branch of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education; 36, Butlerov St., Kazan, 420012, Russia; fdevlikamova@mail.ru