

Рецидивирующие вестибулярные расстройства и коморбидные состояния: эффективность быстрого купирования острого приступа головокружения в профилактике развития коморбидных расстройств

О.В. Косивцова[✉], <https://orcid.org/0000-0001-5827-9428>, kosivtsova_o_v@staff.sechenov.ru

Ю.А. Старчина, <https://orcid.org/0000-0001-6624-5500>, yul-starchina@yandex.ru

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Резюме

Ведение пациентов с острым вестибулярным головокружением (ОВГ) основано на быстром купировании симптомов. Это позволяет снизить риск развития коморбидных расстройств, повысить приверженность пациентов к вестибулярной реабилитации и улучшить качество жизни. У многих пациентов ОВГ сопровождается эмоциональными нарушениями в виде паники и чувства страха, в связи с чем они часто в экстренном порядке поступают в сосудистые неврологические отделения. Неверная тактика ведения пациентов, проявляющаяся в ошибочной диагностике инсульта и назначении неэффективной терапии в остром периоде головокружения, приводит к развитию стойких тревожно-депрессивных расстройств, головных болей, болей в области шеи, неустойчивости при ходьбе, снижению качества жизни. Представлены два клинических наблюдения, демонстрирующие эффективность выяснения реальной причины ОВГ и проведения его адекватного лечения. В первом наблюдении описана пациентка с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением (ДППГ), которое было ошибочно расценено как транзиторная ишемическая атака, что привело к развитию коморбидных расстройств и значительно снизило качество жизни. Выявление ДППГ, сочетанных эмоциональных расстройств и их эффективное лечение дали положительный результат. Во втором наблюдении представлена пациентка с мигрень-ассоциированным головокружением (МАГ) и коморбидными эмоциональными расстройствами, которые значительно снижали качество жизни. Образовательная беседа, обучение быстрому и эффективному купированию приступа острого головокружения привели к значительному улучшению качества жизни. В обоих случаях в качестве лекарственной терапии использовалась фиксированная комбинация циннаризина и дименгидрината, которая эффективно снижает выраженность головокружения и вегетативных симптомов при различных причинах ОВГ. Выявление и эффективное лечение распространенных причин ОВГ, таких как ДППГ и МАГ, позволяют существенно уменьшить выраженность симптомов и улучшить функциональное состояние пациентов.

Ключевые слова: головокружение, острое вестибулярное головокружение, лечение, боль в шее, неустойчивость, тревожно-депрессивный синдром, вестибулосупрессивная терапия, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, болезнь (синдром) Меньера, вестибулярный нейронит, дименгидринат, циннаризин, вестибулярная реабилитация

Для цитирования: Косивцова ОВ, Старчина ЮА. Рецидивирующие вестибулярные расстройства и коморбидные состояния: эффективность быстрого купирования острого приступа головокружения в профилактике развития коморбидных расстройств. *Медицинский совет*. 2025;19(22):40–46. <https://doi.org/10.21518/ms2025-504>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Recurrent vestibular disturbances and comorbid conditions: Efficacy of a rapid relief of acute vestibular vertigo in the prevention of comorbid disorders

Olga V. Kosivtsova[✉], <https://orcid.org/0000-0001-5827-9428>, kosivtsova_o_v@staff.sechenov.ru

Yulia A. Starchina, <https://orcid.org/0000-0001-6624-5500>, yul-starchina@yandex.ru

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia

Abstract

Management of patients with vertigo is based on rapid relief of vertigo, which reduces the risk of comorbid disorders, increases patient adherence to vestibular rehabilitation, and improves quality of life. Many patients with vertigo develop emotional disturbances such as panic and fear, and often require urgent admission to neurology departments. Incorrect management strategies – such as misdiagnosis of stroke and the use of ineffective therapy in the acute phase of dizziness – lead to persistent postural perceptual dizziness, headaches, neck pain, gait instability, and reduced quality of life. Two case reports are presented demon-

strating the effectiveness of identifying the true cause of vertigo and providing appropriate treatment. The first case describes a patient with benign paroxysmal positional vertigo (BPPV), which was mistakenly diagnosed as a transient ischemic attack, leading to the development of comorbid disorders and a significant decline in quality of life. Identification of BPPV and associated emotional disorders, followed by effective treatment, resulted in a positive outcome. The second case presents a patient with migraine-associated vertigo (MAV) and comorbid emotional disturbances that significantly impaired quality of life. Educational counseling and training in rapid and effective relief of acute vertigo attacks greatly improved quality of life. In both cases, a fixed combination of cinnarizine and dimenhydrinate was used as pharmacotherapy, which is effective in reducing vertigo and autonomic symptoms across various causes of vertigo. Identification and effective treatment of common causes of vertigo, such as BPPV and MAV, can significantly reduce the severity of dizziness and improve patients' functional status.

Keywords: vertigo, acute vestibular vertigo, treatment, neck pain, instability, anxiety-depressive syndrome, vestibular suppressive therapy, benign paroxysmal positional vertigo, Meniere's disease (syndrome), vestibular neuronitis, dimenhydrinate, cinnarizine, vestibular rehabilitation

For citation: Kosivtsova OV, Starchina YuA. Recurrent vestibular disturbances and comorbid conditions: Efficacy of a rapid relief of acute vestibular vertigo in the prevention of comorbid disorders. *Meditsinskiy Sovet*. 2025;19(22):40–46. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-504>.

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

ВВЕДЕНИЕ

Острое вестибулярное головокружение (ОВГ) проявляется иллюзией движения предметов перед глазами или ощущением движения собственного тела вокруг окружающих предметов, сопровождается в большинстве случаев тошнотой и/или рвотой и может спровоцировать развитие у пациентов коморбидных психических расстройств, болевых синдромов (боль в области шеи, головную боль напряжения), неустойчивости, зрительных нарушений в виде трудности восприятия сложных зрительных стимулов [1, 2]. Пилотные исследования демонстрируют, что данные симптомы развиваются как реакция на ОВГ, а не являются причинами развития головокружения [2, 3]. Следует отметить, что в настоящее время мало изучены частота встречаемости коморбидных расстройств при ОВГ и факторы риска их развития. Не определена тактика ведения пациентов для снижения риска развития коморбидных расстройств и не предложены схемы лечения таких больных. Несколько исследований показали различную частоту встречаемости психических расстройств в виде паники при ОВГ – от 20% до 64% [3, 4]. Помимо панического расстройства, ОВГ часто сопровождается и другими психическими нарушениями, включая депрессию, тревожные расстройства, соматизацию жалоб [4]. Психические расстройства распространены не только среди пациентов с ОВГ средней и тяжелой степени выраженности, но и среди пациентов амбулаторно-поликлинического звена с рецидивирующими вестибулярными головокружениями [4]. Развитие тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с рецидивирующими вестибулярными головокружениями связано с ошибочной диагностикой сосудистой патологии головного мозга при периферической вестибулопатии, назначением неэффективной терапии и длительным сохраняющимся головокружением [5, 6].

Боль в области шеи и головная боль напряжения связаны с вынужденной фиксацией головы во время приступа ОВГ. При развитии ОВГ любое движение головой значительно усиливает выраженность головокружения,

тошноту и рвоту. Пациенты фиксируют положение головы, что приводит к постоянному напряжению мышц шеи и трапецевидных мышц. При осмотре выявляются триггерные точки, болезненность при пальпации этих мышц. При регрессе ОВГ у некоторых пациентов сохраняется вынужденное положение головы, что приводит к хронизации миофасциального болевого синдрома [7].

Выраженное ОВГ значительно ограничивает физическую активность: пациенты предпочитают лежать и избегают любых движений. При попытке встать с кровати отмечается усиление головокружения и неустойчивость. У пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями (ортостатическая гипотензия, сахарный диабет, нарушение ритма сердца и др.) на фоне приема различных лекарственных препаратов (гипотензивные средства, бензодиазепины, нейролептики и др.) высок риск падений и травм [8–10]. По данным различных исследований, неустойчивость при ходьбе и страх падений встречаются у 15–38% пациентов с перенесенным ОВГ. Риск развития прямо коррелирует с возрастом и наличием психических расстройств [8, 11]. Данные симптомы существенно снижают качество жизни пациентов, ограничивают физическую активность и могут стать причиной возникновения тревожных расстройств и миофасциальных болей, а также снижают приверженность к вестибулярной реабилитации, что может удлинять период восстановления после ОВГ [12, 13].

Для эффективной помощи пациентам с ОВГ и профилактики развития коморбидных состояний необходимо как можно быстрее купировать острый приступ вестибулярного головокружения и вегетативных симптомов (тошноты, рвоты, потливости). Быстрое и полное купирование приступа головокружения, а также раннее начало вестибулярной реабилитации могут снизить риск развития коморбидных нарушений и ускорить период восстановления [11]. Чрезмерную тревогу и коморбидные расстройства можно предотвратить, предоставив пациентам (и их семьям) простое, но подробное объяснение механизмов возникновения симптомов и процессов адаптации вестибулярного анализатора. Эта информация позволяет

пациентам понимать, предвидеть и контролировать свои собственные симптомы [14].

Ниже приводим собственное наблюдение двух пациентов, у которых в клинической картине в дебюте заболевания развилось ОБГ без других симптомов поражения головного мозга. Развитие коморбидных расстройств значительно снизило качество жизни и привело к присвоению группы инвалидности трудоспособному пациенту.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациентка А., 54 года, поступила в неврологическое отделение Клиники нервных болезней (КНБ) имени А.Я. Кожевникова Сеченовского Университета с жалобами на головокружение (в виде ощущения падения), которое возникало при поворотах головы, длилось несколько секунд, сопровождалось неуверенностью и неустойчивостью при ходьбе, страхом падения, непереносимостью громких звуков, чувством страха и тревоги, периодически возникающим сердцебиением, постоянным ощущением тяжести в затылочной области.

До развития настоящего заболевания пациентка вела активный образ жизни. 2 года назад утром, после сна, при движении головой возникло сильное головокружение в виде ощущения падения, сопровождавшееся тошнотой и общей слабостью. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи, и пациентка была госпитализирована в стационар. После проведенного лечения, включавшего сосудистые, ноотропные и метаболические препараты, больная была выписана с диагнозом «преходящее нарушение мозгового кровообращения в вертебрально-базиллярной системе». На проведенной МРТ головы признаков объемного и очагового сосудистого поражения головного мозга (инсульт) не выявлено. За прошедшие 2 года до настоящей госпитализации пациентка пять раз была госпитализирована в различные стационары с диагнозами: дорсопатия шейного отдела позвоночника, астено-ипохондрический синдром, дисциркуляторная энцефалопатия, вертебрально-базиллярная недостаточность, вестибулярные кризы, межпозвонковый остеохондроз шейного отдела позвоночника с задними протрузиями дисков С6–С7 с синдромом левой позвоночной артерии (экстравазальное воздействие с вестибулярными пароксизмами).

Во всех стационарах проводилась сосудистая, ноотропная, метаболическая терапия, а также физиотерапия. В связи с длительной нетрудоспособностью больная получила инвалидность 3-й группы, уволилась с работы.

Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания. В течение последних 5 лет наблюдаются умеренные подъемы артериального давления (АД), максимум до 140/90 мм рт. ст.; регулярно принимает гипотензивную терапию. Менопауза наступила в 45 лет. Вредные привычки отрицает. Аллергический анамнез не отягощен.

При поступлении пациентка находится в сознании, ориентирована правильно. Отмечается вынужденное положение головы с легким наклоном в сторону; больная

ограничивает любые движения головой. При пальпации отмечается резкая болезненность шейных и трапециевидных мышц, выявлены триггерные точки. Менингеальные знаки отсутствуют. Краниальная иннервация: зрачки равны ($D = S$), фотореакции сохранены, движения глазных яблок в полном объеме. Лицо симметрично. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Небные занавески симметричны. Язычок – по средней линии, глоточные рефлексы живые. Девиации языка нет. Сила в конечностях удовлетворительная. Сухожильные рефлексы равномерные. Патологические знаки отсутствуют. Чувствительных расстройств не выявлено. Пальце-носовую и коленно-пяточную пробы выполняет удовлетворительно. В пробе Ромберга устойчива. Походка осторожная, неуверенная.

Общий и биохимический анализы крови, коагулограмма, общий анализ мочи – без клинически значимых изменений. RW, HBsAg, ВИЧ – отрицательные.

Триплексное сканирование магистральных артерий головы на шее: все сосуды проходимы, комплекс интимомедиа утолщен (1,8 мм), параметры кровотока в пределах нормы, асимметрии кровотока не выявлено.

ЭКГ: ритм синусовый, гипертрофия левого желудочка.

Рентгенография органов грудной полости: легочные поля прозрачны. Корни уплотнены, тяжисты. Бронхолегочный рисунок умеренно усилен. Синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей.

Рентгенография шейного отдела позвоночника: определяются умеренно выраженные дегенеративные изменения С5–С7.

Окулист: оптические среды прозрачные, диски зрительных нервов обычной окраски, границы четкие; артерии узкие, вены неравномерно расширены, сосуды извиты, склерозированы; гипертоническая ангиопатия сетчатки, слабой степени.

Отоневрологическое обследование: при выполнении пробы Дикса – Холлпайка и повороте головы влево возникает позиционный нистагм с ротаторным компонентом, направленный в сторону левого уха, сопровождающийся вестибулярным головокружением продолжительностью до нескольких секунд. Нистагм возникал после кратковременного латентного периода (3 сек). Головокружение прекращалось самостоятельно с окончанием позиционного нистагма.

МРТ головного мозга: без патологии.

Оценка по шкале оценки головокружения DHI: F – 34 балла, E – 32 балла, P – 24 балла.

Оценка головокружения по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ): 6 баллов

Таким образом, на основании анамнеза, повторяющихся приступов вестибулярного головокружения, пробы Дикса – Холлпайка диагностировано доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ). Нарушения походки расценены как персистирующее постуральное перцептивное головокружение (ПППГ), выявлены тревожно-депрессивные расстройства. Ощущение тяжести в затылочной области интерпретировано как проявление хронического миофасциального синдрома (головная боль напряжения).

С пациенткой проведена образовательная беседа о причине головокружения, показаны упражнения вестибулярной гимнастики. От проведения реабилитационного маневра пациентка отказалась, т. к. считает, что во время процедуры может возникнуть инсульт из-за «плохих сосудов». Была выписана, однако через месяц повторно обратилась в амбулаторно-поликлиническое звено с сохраняющимися жалобами на неустойчивость при ходьбе, страх падения; непереносимость громких звуков; чувство страха, тревоги, периодически возникающее ощущение сердцебиения; постоянное ощущение тяжести в затылочной области. Был рекомендован прием антидепрессанта, который пациентка отказалась принимать. Из несложного комплекса вестибулярной гимнастики больная освоила только два упражнения. Третье обращение было связано с остро развившимся приступом вестибулярного головокружения, возникавшим при смене положения тела, продолжавшимся несколько секунд и сопровождавшимся тошнотой и рвотой. При неврологическом осмотре признаков патологии ствола головного мозга и мозжечка не выявлено. В пробе Дикса – Холлпайка влево возникает нистагм вверх с ротаторным компонентом, направленным в сторону ниже расположенного уха, длящийся несколько секунд. Повторно проведена образовательная беседа о причине головокружения и коморбидных расстройствах, обсужден план терапии. Пациентке был назначен препарат Арлеверт 20+40, который помог быстро купировать острый приступ головокружения, тошноту и рвоту. На фоне приема препарата выполнен реабилитационный маневр, приступ купирован. Прием Арлеверта рекомендован в течение 28 дней, на фоне его приема подобран и продемонстрирован индивидуальный комплекс вестибулярной гимнастики. Проведены 10 сессий когнитивно-поведенческой терапии (КПТ).

Через 28 дней отмечается значительное улучшение состояния пациентки: нормализовалась походка, существенно уменьшился страх падений, улучшился общий эмоциональный фон, регрессировала боль в затылочной области. Интенсивность головокружения уменьшилась по шкале DHI: F – 6 баллов, E – 6 баллов, P – 8 баллов, а по ЦРШ до 1 балла. По шкале общего клинического впечатления (CGI-i) отмечено выраженное клиническое улучшение.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациентка С., 44 года, обратилась в КНБ Сеченовского Университета с жалобами на интенсивные «сжимающие» боли в левом виске, «пульсирующие» боли в левой части головы, периодические приступы головокружения в виде ощущения движения предметов перед глазами, длящиеся около 30–60 мин, неустойчивость, неуверенность при ходьбе, тревогу.

Со школьного возраста пациентка страдает головными болями пульсирующего характера в височно-лобной области. Физическая нагрузка, резкие звуки и запахи значительно усиливают головную боль. Во время приступа пациентка предпочитает находиться в темном и тихом помещении. Редко на высоте головной боли отмечается

рвота, которая уменьшает выраженность болевого синдрома. Головные боли соответствуют эпизодической мигрени без ауры. Около 14 лет назад после приступа головной боли у пациентки впервые возник приступ головокружения в виде движения предметов перед глазами, который длился 30 мин и сопровождался тошнотой и рвотой. За прошедший период наблюдались несколько подобных эпизодов головокружения, как сопряженных с приступами головной боли, так и не связанных с ними. Во время приступа головокружения пациентка испытывает панику и страх смерти. Около 5 лет отмечает выраженную тревогу с приступами панических атак, постоянно находится в ожидании нового приступа головокружения. Это привело к значительному снижению качества жизни: пациентка уволилась с работы и перестала путешествовать.

Хронические заболевания, кроме мигрени, отрицает. Из перенесенных заболеваний – простудные заболевания и детские инфекции. Регулярную лекарственную терапию не получает. По профессии – бухгалтер. Замужем, двое детей. У матери пациентки в молодом возрасте наблюдались подобные головные боли.

Состояние при осмотре удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание проводится во все отделы, дыхание ритмичное, 18 дыханий в минуту. АД – 110/60 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 68 ударов в минуту, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. В сознании, ориентирована правильно. Менингеальные знаки отсутствуют. Болезненность при пальпации мышц шеи и трапецевидных мышц. Краниальная иннервация без патологии. Сила в конечностях удовлетворительная. Сухожильные рефлексы живые, равномерные. Патологических знаков нет. Суставно-мышечная и болевая чувствительность не нарушены. Координаторные пробы выполняет относительно удовлетворительно. В пробе Ромберга устойчива. Походка осторожная, неустойчивая.

Отоневрологическое обследование: в спокойном состоянии нистагм не определяется. Корректирующего движения глазных яблок нет. Проба Хальмаги – отрицательная. Тест встряхивания головы – отрицательный. Позиционные пробы (МакКлюра – Пагнини и Дикса – Холлпайка) – отрицательные. При видеонистагмографии при выключенном зрении без нагрузочных проб нистагм не определяется. Пробы с плавным слежением, тест встряхивания головы, пробы на оптокинетический нистагм выполняет удовлетворительно. Таким образом, на момент осмотра признаков вестибулярной патологии не обнаружено.

Общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи – без клинически значимых отклонений. RW, HBsAg, ВИЧ – отрицательные.

Дуплексное сканирование магистральных артерий головы и шеи: сосуды проходимы, комплекс интима-медиа общих сонных артерий не утолщен (до 0,8 мм), интима уплотнена; кровоток в подключичных артериях и в брахиоцефальном стволе магистральный, неизмененный.

Рентгенография органов грудной клетки: без патологии.

ЭКГ: ритм синусовый, частота сердечных сокращений – 64 удара в минуту.

Электрокохлеография: отношение SP/AP при стимуляции широкополосными акустическими щелчками альтернирующей полярности: левое ухо – 0,29 (N), правое ухо – 0,52 (N \leq 0,42). Разница полярностей потенциала действия (AP) при стимуляции щелчками с начальной фазой сгущения и разряжения (N < 0,20): левое ухо – 0,18, правое ухо – 0,28. Заключение: выявлены признаки гидропса лабиринта справа.

При МРТ головного мозга не выявлено существенных изменений.

Оценка по шкале DHI: F – 32 балла, E – 34 балла, P – 24 балла.

Оценка головокружения по ЦРШ: 8 баллов.

На основании анамнеза и обследования пациентке установлен диагноз «мигрень-ассоциированное головокружение» (МАГ).

Пациентка была обучена основным принципам купирования острого приступа головокружения, подобрана индивидуальная вестибулярная гимнастика, назначен Арлеверт по 1 таблетке 3 раза в день в течение 28 дней, проведены 10 сессий КПТ.

Через 2 мес. пациентка отметила значительное улучшение состояния в виде исчезновения страха повторного приступа головокружения, улучшилась походка и качество жизни. Интенсивность головокружения существенно уменьшилась по шкале DHI: F – 4 балла, E – 8 баллов, P – 6 баллов. По ЦРШ интенсивность головокружения снизилась до 1 балла. По шкале CGI-i отмечено выраженное клиническое улучшение.

ОБСУЖДЕНИЕ

В первом наблюдении эпизоды вестибулярного головокружения были ошибочно расценены как преходящее нарушение мозгового кровообращения в вертебрально-базиллярной системе. С высокой вероятностью это были эпизоды ДППГ. Пациентка имела серьезный диагноз – «транзиторная ишемическая атака»; головокружение не было купировано, не проведена разъяснительная беседа, что привело к развитию коморбидных расстройств (ПППГ), которые значительно снизили качество жизни и привели к получению 3-й группы инвалидности. При обращении в КНБ пациентка имела неверное представление о своем заболевании, считая, что оно связано с патологией сосудов в шейном отделе позвоночника. В связи с этим она отказалась от выполнения реабилитационного маневра, приема вестибулолитических препаратов и антидепрессантов. На фоне сохраняющегося головокружения не выполняла программу вестибулярной реабилитации. Во время третьей госпитализации в момент рецидива ОБГ пациентке был быстро купирован приступ острого головокружения, на фоне приема Арлеверта выполнен реабилитационный маневр, что позволило за один день избавить пациентку от головокружения. Комплексный подход к терапии тревожно-депрессивных расстройств с применением сессий КПТ и соблюдением индивидуально разработанной программы вестибулярной реабилитации позволил значительно улучшить состояние пациентки и вернуть прежние качество жизни.

Во втором наблюдении у пациентки диагностировано МАГ. Пациентам, страдающим МАГ, устанавливается правильный диагноз лишь в 20% случаев, при этом МАГ составляет до 10% всех случаев острого рецидивирующего головокружения [15, 16]. Патогенез МАГ не совсем ясен. Головокружение, согласно одной из наиболее распространенных гипотез, рассматривается как мигренозная аура, обусловленная распространяющейся депрессией по коре головного мозга. Этой волне сопутствует сужение сосудов, сменяющееся их расширением. В тех случаях, когда приступ головокружения не сопровождается головной болью, вестибулярные нарушения могут быть обусловлены высвобождением нейропептидов (субстанции Р, нейрокина А, кальцитониноподобного пептида). Нейропептиды оказывают стимулирующее воздействие на сенсорный эпителий внутреннего уха и на вестибулярные ядра ствола мозга. Асимметричное высвобождение этих нейропептидов ведет к ощущению головокружения. При симметричном высвобождении нейропептидов больной испытывает дискомфорт при движении из-за повышенной фоновой импульсной активности вестибулярных структур. Отмечено высокое распространение гидропса (56%) среди пациентов, страдающих мигренью, однако патогенетические механизмы остаются неизученными. В клинической картине преобладает сочетание симптомов мигренозной головной боли и рецидивирующих вестибулярных головокружений [17, 18].

Лечение МАГ проводится по тем же принципам, что и лечение мигрени (устранение триггеров, купирование приступа, профилактическое лечение). Для купирования острого приступа как мигрени, так и головокружения, которое может и не сопровождаться приступом головной боли, используют противомигренозные препараты (триптаны, дигидроэрготамины) и вестибулосупрессивную терапию. Для профилактики развития коморбидных расстройств и улучшения качества жизни пациентов с МАГ важно научить пациента быстро купировать приступ головокружения. В качестве купирования острого приступа вестибулярного головокружения у пациентов с мигренью обосновано применение фиксированной комбинации дименгидрината и циннаризина (Арлеверт). Дименгидринат быстро и безопасно купирует приступ головокружения, тошноту и рвоту. Циннаризин, являясь блокатором кальциевых каналов, помимо регуляции повышенной возбудимости лабиринта, препятствует сокращению сосудистой полоски, нормализует ток эндолимфы, что важно для пациентов с мигренью и гидропсом [19–22].

Приведенные клинические случаи демонстрируют необходимость правильного ведения пациента с момента развития острого приступа вестибулярного головокружения. Независимо от причины, приступ острого головокружения, сопровождающийся тошнотой и рвотой, должен быть быстро и эффективно купирован. Несколько исследований продемонстрировали эффективность и безопасность применения фиксированной комбинации дименгидрината (40 мг) и циннаризина (20 мг) (Арлеверт) для купирования вестибулярных нарушений как центральной,

так и периферической этиологии, а также сопутствующих вегетативных симптомов [19–21, 23]. В случае неэффективного купирования острого головокружения или неправильного понимания своего состояния и причин его возникновения у пациентов высок риск развития коморбидных состояний, которые могут значительно ограничить активную жизнь пациентов и в некоторых случаях привести к инвалидизации, особенно у пациентов с рецидивирующими приступами головокружения. Фиксированная комбинация дименгидрината (40 мг) и циннаризина (20 мг) представлена в препарате Арлеверт 20+40, который назначается по 1 таблетке 3 раза в день в течение 28 дней. На фоне приема препарата пациентам рекомендуется выполнение индивидуально подобранного комплекса вестибулярной реабилитации для компенсации имеющихся вестибулярных расстройств [24, 25],

проведение сессий КПТ, образовательной беседы и, при необходимости, назначение антидепрессантов с противотревожным действием.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В общей клинической практике часто остаются недиагностированными такие причины ОВГ, как ДППГ и МАГ, что приводит к хроническому течению заболевания, развитию коморбидных заболеваний, ПППГ. Выявление и эффективное лечение этих распространенных причин ОВГ позволяет значительно снизить выраженность головокружения и улучшить функциональное состояние пациентов.

Поступила / Received 30.09.2025

Поступила после рецензирования / Revised 20.10.2025

Принята в печать / Accepted 23.10.2025

Список литературы / References

1. Косивцова ОВ, Старчина ЮА, Шоев БА. Коморбидные расстройства и их возможная профилактика у пациентов с вестибулярным головокружением. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(6):112–117. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-6-112-117>.
Kosivtsova OV, Starchina YuA, Shoev BA. Comorbid disorders and their possible prevention in patients with vestibular vertigo. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(6):112–117. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-6-112-117>.
2. Hall CD, Herdman SJ, Whitney SL, Anson ER, Carender WJ, Hoppes CW et al. Vestibular Rehabilitation for Peripheral Vestibular Hypofunction: An Updated Clinical Practice Guideline From the Academy of Neurologic Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. *J Neurol Phys Ther*. 2022;46(2):118–177. <https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000382>.
3. Lahmann C, Henningsen P, Brandt T, Strupp M, Jahn K, Dieterich M et al. Psychiatric comorbidity and psychosocial impairment among patients with vertigo and dizziness. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2015;86(3):302–308. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2014-307601>.
4. Brandt T, Dieterich M. 'Excess anxiety' and 'less anxiety': both depend on vestibular function. *Curr Opin Neurol*. 2020;33(1):136–141. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000771>.
5. Застенская ЕН, Антоненко ЛМ. Коморбидные расстройства и терапия при персистирующем постуральном перцептивном головокружении. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(4):66–73. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-466-73>.
Zastenskaya EN, Antonenko LM. Comorbid disorders and therapy of persistent postural perceptual dizziness. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(4):66–73. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-466-73>.
6. Парфенов ВА. Болезнь Меньера и хронические цереброваскулярные заболевания. *Медицинский совет*. 2021;(19):35–40. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-19-35-40>.
Parfenov VA. Ménière's disease and chronic cerebrovascular diseases. *Meditsinskiy Sovet*. 2021;(19):35–40. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-19-35-40>.
7. Borg-Stein J. Treatment of fibromyalgia, myofascial pain, and related disorders. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2006;17(2):491–510. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2005.12.003>.
8. Obermann M, Bock E, Sabev N, Lehmann N, Weber R, Gerwig M et al. Long-term outcome of vertigo and dizziness associated disorders following treatment in specialized tertiary care: the Dizziness and Vertigo Registry (DiVeR) Study. *J Neurol*. 2015;262(9):2083–2091. <https://doi.org/10.1007/s00415-015-7803-7>.
9. 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>.
10. Замерград МВ. Особенности головокружения в пожилом возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015;115(6-2):3–8. <https://doi.org/10.17116/jnevro2015115623-8>.
Zamergrad MV. Characteristics of dizziness in elderly. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2015;115(6-2):3–8. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2015115623-8>.
11. Heinrichs N, Edler C, Eskens S, Mielczarek M, Moschner C. Predicting Continued Dizziness After an Acute Peripheral Vestibular Disorder. *Psychosom Med*. 2007;69(7):700–707. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318151a4dd>.
12. Замерград МВ, Парфенов ВА, Остроумова ОД, Гусева АЛ, Зайцева ОВ, Сиволап ЮП и др. Функциональное головокружение: от диагностических критериев к клиническому профилю и терапии. Экспертный консенсус. *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>.
13. 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>.
14. Yardley L. Overview of psychologic effects of chronic dizziness and balance disorders. *Otolaryngol Clin North Am*. 2000;33(3):603–616. [https://doi.org/10.1016/s0030-6665\(05\)70229-2](https://doi.org/10.1016/s0030-6665(05)70229-2).
15. Neuhauser HK, von Brevern M, Radtke A, Lezius F, Feldmann M, Ziese T, Lempert T. Epidemiology of vestibular vertigo: a neurologic survey of the general population. *Neurology*. 2005;65(6):898–904. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000175987.59991.3d>.
16. Bayazit Y, Yilmaz M, Mumbruç I S, Kanlikama M. Assessment of migraine-related cochleovestibular symptoms. *Rev Laryngol Otol Rhinol*. 2001;122(2):85–88. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11715266>.
17. Кулеш АА, Парфенов ВА. Вестибулярная мигрень: эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(6):4–11. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-6-4-11>.
Kulesh AA, Parfenov VA. Vestibular migraine: epidemiology, pathogenesis, clinical picture, diagnosis and treatment. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(6):4–11. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-6-4-11>.
18. Зайцева ОВ, Баскова ТГ, Лацинова АЛ, Венгер ОЕ. Вестибулярная мигрень: вопросы диагностики и оптимизации терапии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(5):87–93. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-5-87-93>.
Zaitseva OV, Baskova TG, Latsinova AL, Wenger OE. Vestibular migraine: issues of diagnosis and optimization of therapy. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(5):87–93. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-5-87-93>.
19. 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(2):89–99. <https://doi.org/10.2165/00044011-200828020-00003>.
20. Scholtz AW, Hahn A, Stefflova B, Medzhidieva D, Ryazantsev SV, Paschinin A 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>.
21. Pianese CP, Hidalgo LO, González RH, Madrid CE, Ponce JE, Ramírez AM et al. New approaches to the management of peripheral vertigo: efficacy and safety of two calcium antagonists in a 12-week, multinational, double-blind study. *Otol Neurotol.* 2002;23(3):357–363. <https://doi.org/10.1097/00129492-200205000-00023>.
 22. Косивцова ОВ, Крутик ОМ, Старчина ЮА. Позиционное головокружение: центральное и доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2025;17(2):71–75. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2025-2-71-75>.
Kosivtsova OV, Krutik OM, Starchina YuA. Positional vertigo: central and benign paroxysmal positional vertigo. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2025;17(2):71–75. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2025-2-71-75>.
 23. 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 dimenhydrinate/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>.
 24. 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>.
 25. Замерград МВ. Вестибулярная реабилитация. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2009;1(2):19–22. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2009-33>.
Zamergrad MV. Vestibular rehabilitation. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2009;1(2):19–22. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2009-33>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – **О.В. Косивцова**
 Концепция и дизайн исследования – **О.В. Косивцова, Ю.А. Старчина**
 Написание текста – **О.В. Косивцова**
 Сбор и обработка материала – **О.В. Косивцова, Ю.А. Старчина**
 Обзор литературы – **О.В. Косивцова**
 Анализ материала – **О.В. Косивцова**
 Статистическая обработка – **О.В. Косивцова**
 Редактирование – **О.В. Косивцова**
 Утверждение окончательного варианта статьи – **О.В. Косивцова, Ю.А. Старчина**

Contribution of authors:

Concept of the article – **Olga V. Kosivtsova**
 Study concept and design – **Olga V. Kosivtsova, Yulia A. Starchina**
 Text development – **Olga V. Kosivtsova**
 Collection and processing of material – **Olga V. Kosivtsova, Yulia A. Starchina**
 Literature review – **Olga V. Kosivtsova**
 Material analysis – **Olga V. Kosivtsova**
 Statistical processing – **Olga V. Kosivtsova**
 Editing – **Olga V. Kosivtsova**
 Approval of the final version of the article – **Olga V. Kosivtsova, Yulia A. Starchina**

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

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

Информация об авторах:

Косивцова Ольга Владимировна, к.м.н., доцент кафедры нервных болезней Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; kosivtsova_o_v@staff.sechenov.ru

Старчина Юлия Александровна, к.м.н., доцент кафедры нервных болезней Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; yul-starchina@yandex.ru

Information about the authors:

Olga V. Kosivtsova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Nervous Diseases, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; kosivtsova_o_v@staff.sechenov.ru

Yulia A. Starchina, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Nervous Diseases, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; yul-starchina@yandex.ru