

Коморбидные расстройства и их возможная профилактика у пациентов с вестибулярным головокружением



Косивцова О.В., Старчина Ю.А., Шоев Б.А.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
(Сеченовский Университет) Минздрава России, Москва
Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1

Острое вестибулярное головокружение (ОВГ) проявляется иллюзией движения перед глазами или ощущением движения собственного тела вокруг окружающих предметов. Причиной ОВГ в большинстве случаев является патология периферического вестибулярного анализатора, в более редких случаях — повреждение ствола головного мозга. Головная боль, боль в области шеи, тревожно-депрессивные расстройства, неустойчивость при ходьбе, снижение когнитивных способностей, общая слабость часто осложняют ОВГ, значительно снижают качество жизни, замедляют выздоровление. Ведение пациентов с ОВГ должно включать быстрое купирование острого приступа, что позволит предотвратить развитие данных симптомов, повысить приверженность пациентов вестибулярной реабилитации и снизить риск развития тревожно-депрессивного синдрома. В качестве лекарственной терапии ОВГ эффективна фиксированная комбинация дименгидрината и циннаризина (Арлеверт), которая обладает минимальным седативным эффектом по сравнению с другими вестибулолитическими препаратами и помогает быстро уменьшить интенсивность головокружения и вегетативных симптомов. Вестибулярная гимнастика способствует процессам естественной габитуации, уменьшает выраженность неустойчивости и снижает риск падений, увеличивает двигательную активность. У всех пациентов с головокружением необходимо оценивать психическое состояние и проводить коррекцию имеющихся расстройств совместно с психиатрами и специалистами по когнитивно-поведенческой терапии.

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

Контакты: Ольга Владимировна Косивцова; o.kosivtsova@gmail.com

Для ссылки: 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. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-6-112-117

Comorbid disorders and their possible prevention in patients with vestibular vertigo

Kosivtsova O.V., Starchina Yu.A., Shoev B.A.

Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine,
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia (Sechenov University), Moscow
11, Rossolimo St., Build. 1, Moscow 119021, Russia

Acute vestibular vertigo (AVV) is manifested by the illusion of movement of surrounding objects in front of the eyes or the sensation of movement of one's own body in space. The cause of AVV is in most cases a pathology of the peripheral vestibular analyser, in rarer cases — involvement of the brain stem. Headaches, neck pain, anxiety-depressive disorders, unsteadiness when walking, reduced cognitive abilities and general weakness often complicate AVV, significantly impair quality of life and slow down recovery. Treatment of patients with AVV should include rapid relief of an acute attack to prevent the development of these symptoms, increase patient compliance with vestibular rehabilitation and reduce the risk of developing anxiety-depressive syndrome. As a drug therapy for AVV, a fixed combination of dimenhydrinate and cinnarizine (Arlevert) is effective; it has a minimal sedative effect compared to other vestibular blockers and helps to rapidly reduce the intensity of dizziness and vegetative symptoms. Vestibular gymnastics promotes the processes of natural habituation, reduces the severity of instability and the risk of falling and increases motor activity. All patients with dizziness should have their mental state assessed and existing disorders corrected in collaboration with psychiatrists and cognitive behavioural therapists.

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

Contact: Olga Vladimirovna Kosivtsova; o.kosivtsova@gmail.com

For reference: Kosivtsova OV, Starchina YuA, Shoev BA. Comorbid disorders and their possible prevention in patients with vestibular dizziness. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2024;16(6):112–117. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-6-112-117

Ведение пациентов с головокружением вызывает множество трудностей с момента их обращения за первичной медицинской помощью. При развитии острого вестибулярного головокружения (ОВГ), особенно у людей более старшего возраста, часто ошибочно устанавливаются диагнозы транзиторной ишемической атаки или инсульта в вертебробазилярной системе при развитии периферической вестибулопатии [1, 2]. Гипердиагностика сосудистых причин ОВГ приводит к значительному увеличению частоты цереброваскулярных заболеваний в Российской Федерации [3]. У большинства пациентов не проводится первичная дифференциальная диагностика периферической вестибулопатии, не назначается высокоэффективная терапия [1, 2]. В настоящее время накоплен большой опыт ведения пациентов с ОВГ. Многие исследования демонстрируют, что при первичном обращении пациента тщательный анализ жалоб, анамнеза, сопутствующих заболеваний, отоневрологическое обследование и дополнительные методы исследования в 80% случаев позволяют диагностировать причину ОВГ [4]. В качестве причины ОВГ наиболее часто встречается периферическая вестибулопатия (доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, вестибулярный нейронит, болезнь Меньера), реже — инсульт в стволе головного мозга и/или в мозжечке [4]. При выборе тактики лечения необходимо учитывать полиморбидность пациента, тщательно анализировать принимаемые лекарственные препараты и сопутствующие заболевания [5]. В нескольких пилотных исследованиях продемонстрировано, что многие пациенты после перенесенного приступа ОВГ предъявляют жалобы на боль в области шеи, головную боль по типу головной боли напряжения, преимущественно затылочной локализации, неустойчивость при ходьбе, трудности восприятия сложных зрительных стимулов (например, при просмотре фильма в кинотеатре), снижение когнитивных способностей, общую усталость, снижающую трудоспособность, развитие тревожно-депрессивных расстройств. Считается, что данные симптомы развиваются как реакция на ОВГ, а не являются причинами самого головокружения [6, 7]. Ниже представлены основные систематизированные данные по коморбидным расстройствам при ОВГ по результатам анализа литературы и собственным данным. Следует отметить, что в настоящее время не проводилось исследований по изучению частоты встречаемости коморбидных расстройств при ОВГ и факторов риска их развития, не определена тактика ведения пациента и не предложены схемы лечения таких пациентов.

Психические расстройства при ОВГ

Хорошо изучено развитие психогенного головокружения у пациентов с психическими заболеваниями, особенно при тревожных расстройствах. По данным Всемирной организации здравоохранения, тревожные расстройства относятся к числу первых десяти наиболее значимых проблем здравоохранения [8]. В общей популяции на долю психогенного (невестибулярного) головокружения приходится около 15–23% [7, 9]. У пациентов моложе 45 лет психогенное головокружение занимает первое место среди причин жалоб на головокружение: на его долю приходится до 38% случаев головокружения [7–9]. Психогенное головокружение проявляется головокружением невестибулярного ха-

актера, ощущением покачивания, «плаванием по волнам», даже в положении сидя. Оно приводит к существенному снижению качества жизни пациентов, уменьшает двигательную активность и может стать причиной усиления тревожных расстройств, вызванных страхом перед падением [8–10].

Ведение пациента с психогенным головокружением требует мультидисциплинарного подхода — взаимодействия невролога, психотерапевта, психиатра и врача-реабилитолога. Высокую эффективность продемонстрировали психотерапия (рациональная и когнитивно-поведенческая), вестибулярная реабилитация и медикаментозная терапия. Из медикаментозных средств препаратами выбора являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина или селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина [10].

С другой стороны, ОВГ может спровоцировать развитие у пациента различных психических расстройств. В настоящее время есть отдельные публикации о частоте развития, дифференциальной диагностике, тактике лечения психических расстройств у пациентов с ОВГ [6, 11].

В одном из исследований продемонстрирована высокая частота встречаемости психических расстройств при ОВГ. Более чем у половины (у 64%) амбулаторных пациентов с ОВГ развились различные психические расстройства (паника, тревога, депрессия), потребовавшие оказания психологической помощи, и только у 27% пациентов с острой потерей слуха диагностированы психические расстройства (тревога и депрессия) [12]. Другое аналогичное исследование показало, что у 20% пациентов с ОВГ развилось паническое расстройство, тогда как ни у одного пациента с потерей слуха панического расстройства не констатировано [12]. Помимо панического расстройства ОВГ часто сопровождается и другими психическими расстройствами, включающими депрессию, тревожные расстройства, соматизацию жалоб. Психические расстройства распространены не только среди пациентов с ОВГ средней и тяжелой степени выраженности, но и среди пациентов амбулаторно-поликлинического звена, жалующихся на рецидивирующие вестибулярные головокружения [12]. Опрос более 2000 пациентов трудоспособного возраста показал, что половина пациентов, жалующихся на головокружение, сообщают о тревожно-депрессивных расстройствах. Более одного из четырех респондентов с головокружением описывали симптомы паники и агорафобии, по сравнению с 6% пациентов, не испытывающих головокружение [13].

В одном поперечном исследовании психические расстройства были диагностированы более чем у 40% пациентов с ОВГ и значительно инвалидизировали больных [6]. Распространенность психических расстройств (в частности, тревожности, соматоформных и аффективных расстройств) была выше для некоторых состояний (например, 50% при вестибулярной мигрени), чем для других (37% при вестибулярном неврите) [6]. Данные исследования демонстрируют высокую распространенность различных психических расстройств у пациентов с ОВГ, что требует дальнейшего их изучения и определения тактики ведения таких пациентов. Хотя эффективность лечения психических расстройств при ОВГ в настоящее время специально не изучалась, целесообразно проконсультировать пациента у психиатра и назначить специфическое лечение.

Боль в затылочной области, в мышцах шеи и трапецевидных мышцах

Многие пациенты с ОВГ предъявляют жалобы на боль в затылочной или шейно-воротниковой области. Боль ноющий характер, иногда сопровождается ощущением жжения или покалывания. При осмотре выявляются триггерные точки, болезненность при пальпации мышц шеи и трапецевидных мышц. Шейные и трапецевидные мышцы выполняют две основные функции — поддерживают голову и обеспечивают движение и выравнивание головы и шеи. Вероятнее всего, появление миофасциальной боли у пациентов с ОВГ обусловлено вынужденным фиксированным положением головы, так как любое движение головой вызывает усиление вестибулярного головокружения, тошноты и рвоты. При регрессе ОВГ у некоторых пациентов сохраняется вынужденное положение головы, что приводит к хронизации миофасциального болевого синдрома. К сожалению, в настоящее время отсутствуют исследования и данные о частоте встречаемости головной боли и боли в мышцах шеи и трапецевидных мышцах среди пациентов с ОВГ. С другой стороны, исследования пациентов с миофасциальными синдромами в области шеи показали высокую распространенность невестибулярного головокружения [14].

Для совершенствования тактики ведения пациентов и улучшения оказания медицинской помощи необходимо изучить частоту встречаемости миофасциальной боли у пациентов с ОВГ, выявить факторы риска, изучить эффективность противоболевой терапии и кинезиотерапии для профилактики болевого синдрома у пациентов с ОВГ.

Неустойчивость при ходьбе и риск падений

Выраженное ОВГ значительно ограничивает физическую активность пациентов, любое изменение положения головы и тела вызывает усиление головокружения и вегетативных симптомов, пациенты предпочитают лежать и не совершать никаких движений. У пожилых пациентов, имеющих сопутствующие заболевания (ортостатическая гипотензия, сахарный диабет, нарушение ритма сердца и др.) и принимающих различные лекарственные препараты (гипотензивные средства, бензодиазепины, нейролептики и др.), высок риск падений и травм [10].

Неустойчивость при ходьбе, страх падений встречаются у 15–38% пациентов с перенесенным ОВГ, их частота прямо коррелирует с возрастом и с наличием психических расстройств. Данные симптомы существенно снижают качество жизни пациентов, уменьшают физическую активность и могут в свою очередь стать причиной возникновения тревожных расстройств, миофасциальной боли, снижают приверженность вестибулярной реабилитации, что может удлинять период восстановления после ОВГ. В 60–70% случаев длительность этих симптомов составляет 12 мес и более [15]. Выраженность неустойчивости и страха падений имеет прямую связь с тяжестью эпизода головокружения и тревоги при этом эпизоде [15].

При ведении пациентов с неустойчивостью и страхом падения наиболее эффективен комплексный подход — использование когнитивно-поведенческой терапии, медикаментозного лечения и вестибулярной реабилитации [10, 14–16]. Вопросы превентивной терапии психических расстройств в сочетании с ранним началом вестибулярной ре-

билитации у пациентов с ОВГ также в настоящее время остаются неизученными.

Принципы профилактики и лечения коморбидных расстройств при ОВГ

Профилактика и лечение коморбидных расстройств при ОВГ в настоящее время остаются малоизученными, не определены сроки начала и объем терапии. Для эффективной помощи пациентам с ОВГ, 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 с ранним началом вестибулярной реабилитации может снизить риск развития коморбидных нарушений и ускорить период восстановления. Недавнее клиническое исследование показало эквивалентность меклозина и диазепама для быстрого и эффективного купирования приступа ОВГ в условиях неотложной медицинской помощи [17]. В другом исследовании сравнивали внутривенное введение дименгидрината 50 мг с лоразепамом 2 мг у 74 пациентов с острой периферической вестибулопатией [18]. Через 2 ч пациенты, получавшие дименгидринат, отмечали улучшение самочувствия и были готовы пойти домой (86% против 69% пациентов, получавших лоразепам, у которых наблюдалась выраженная сонливость) [18]. Было показано, что у пожилых пациентов, получающих бензодиазепины, чаще наблюдаются побочные эффекты (например, сильная сонливость, головокружение, спутанность сознания, неустойчивость) и требуется корректировка дозы и продолжительности терапии в связи с возрастной почечной недостаточностью. Дименгидринат вызывает меньший седативный эффект, чем бензодиазепины, и по этой причине его рекомендуют в качестве средства начального лечения, особенно у пожилых пациентов. В связи с меньшим седативным эффектом уменьшается риск падений и неустойчивости, повышается приверженность выполнению программ вестибулярной реабилитации.

Среди антагонистов кальциевых каналов чаще всего используется и наиболее изучен циннаризин. Он обладает дополнительными антигистаминными и антихолинергическими эффектами и продемонстрировал положительный эффект при лечении головокружения [19]. Более того, когда циннаризин применяется в сочетании с дименгидринатом, его эффективность в уменьшении головокружения и невроvegetативных симптомов значительно возрастает, превосходя эффективность бетагистина [20, 21]. Фиксированная комбинация дименгидрината и циннаризина представлена в препарате Арлеверт 40+20.

Для лечения психических расстройств необходимо применять рациональную и когнитивно-поведенческую терапию, медикаментозную терапию и вестибулярную реабилитацию. Из медикаментозных средств препаратами выбора являются ингибиторы обратного захвата серотонина и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина. Лечение должно проводиться с использованием терапевтических доз и в течение длительного времени. По нашему мнению, антидепрессанты с противотревожным эффектом должны быть назначены пациентам с ОВГ и тревожно-депрессивными расстройствами как можно раньше.

Исследования пациентов с ОВГ показывают, что клиническое выздоровление происходит намного быстрее, чем восстановление функции вестибулярного анализатора [22, 23]. Возможно, именно с этим фактом связано наличие «остаточного головокружения» у пациентов, перенесших ОВГ. Вестибулярная реабилитация способствует восстановлению у пациентов периферической вестибулярной гипофункции [22, 24]. Раннее начало и приверженность выполнению упражнений ускоряет восстановление пациентов.

Выполнение комплекса вестибулярной реабилитации способствует адаптации вестибулярного анализатора. Любое движение приводит к поступлению в головной мозг сигналов от поврежденного периферического вестибулярного аппарата, позволяет анализировать имеющиеся ошибки, особенно когда эти сигналы поступают под контролем зрения и проприоцепции. Активизируются процессы компенсации, даже при отсутствии восстановления вестибулярного анализатора, компенсация происходит за счет других систем: зрительная система позволяет стабилизировать взор, проприоцепция — улучшить баланс [22, 23].

Если пациенту не проводится вестибулярная реабилитация, то не происходит компенсации всех систем, участвующих в поддержании равновесия и баланса, что приводит к ухудшению качества жизни, развитию неустойчивости и тревожно-депрессивных расстройств.

Хотя принципы вестибулярной реабилитации используются в клинической практике более 50 лет, только в последние годы стали появляться результаты рандомизированных исследований, которые демонстрируют ее наибольшую эффективность при односторонних периферических вестибулярных нарушениях. В двух исследованиях показано, что вестибулярные упражнения, начатые сразу после острой вестибулярной дисфункции в результате вестибулярного нейронита и после хирургического вмешательства, значительно улучшают баланс через 1 мес. Отсутствуют доказательства преимуществ какой-либо программы вестибулярной реабилитации [25]. Выбор упражнений зависит от интенсивности головокружения, возраста пациента, сопутствующей патологии и физического состояния. При остром периферическом головокружении упражнения должны включать фокусировку на каком-либо неподвижном объекте, медленные движения головой вправо-влево, вверх-вниз с постепенным увеличением скорости. Упражнения выполняются два-три раза в день в течение нескольких минут. При хроническом вестибулярном головокружении рекомендуются более интенсивные программы, которые включают движения головы и глаз, упражнения на баланс.

Вопросы оптимизации ведения пациентов

В настоящее время проведено еще мало исследований, посвященных изучению частоты встречаемости, факторов риска, профилактики и лечения коморбидных нарушений (миофасциальной боли, психических расстройств, неустойчивости и страха падений, общей слабости, утомляемости) при ОВГ. Коморбидные расстройства замедляют процесс выздоровления пациента, способствуют усилению уже имеющихся расстройств и ограничивают возможности вестибулярной реабилитации, которая может способствовать компенсации имеющихся вестибулярных расстройств. Основные принципы профилактики и лечения коморбидных состояний включают в себя быстрое и эффективное купирование острого головокружения.

В настоящее время для лечения ОВГ широко используется Арлеверт, который представляет собой фиксированную комбинацию дименгидрината (40 мг) и циннаризина (20 мг), обладает минимальным седативным эффектом по сравнению с другими вестибулолитическими препаратами и помогает быстро избавиться от изнуряющего головокружения с вегетативными симптомами. Рандомизированное сравнительное исследование применения Арлеверта 3 раза в день и бетагистина 12 мг 3 раза в сутки у 66 пациентов с ОВГ показало преимущество Арлеверта и его хорошую переносимость [21]. В другом исследовании, включившем 306 пациентов с периферическим головокружением, также отмечено, что Арлеверт не уступает бетагистину в эффективности, но имеет более высокий уровень безопасности [26]. Опубликованный недавно метаанализ применения Арлеверта при центральном и периферическом головокружении выявил преимущество препарата в сравнении с бетагистином и изолированным приемом компонентов Арлеверта (дименгидринат, циннаризин) [27].

Вестибулярную реабилитацию следует назначать как можно раньше, используя персонализированный подход: при выраженном приступе ОВГ упражнения должны быть простыми, не вызывать значительного ухудшения состояния. При наличии у пациента миофасциальной боли в мышцах шеи и трапецевидных мышцах следует начать с методик постизометрической релаксации, кинезиотерапии. При наличии у пациента психических расстройств при приступе ОВГ к ведению пациента необходимо привлечь врача-психиатра для подбора медикаментозной терапии и проведения рациональной и когнитивно-поведенческой терапии. Комбинированный подход к терапии пациентов с ОВГ поможет улучшить качество оказания медицинской помощи и улучшить качество жизни пациента.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Косивцова ОВ, Старчина ЮА, Уртенев КА, Белкина ВВ. Головокружение у пожилых пациентов: обсуждение на примере клинического наблюдения. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(4):85-9. doi: 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. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* =

- Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(4):85-9. doi: 10.14412/2074-2711-2024-4-85-89 (In Russ.)].
2. Кулеш АА, Демин ДА, Гусева АЛ и др. Вестибулярное головокружение в неотложной неврологии. *Российский неврологический журнал*. 2021;26(4):50-9. doi: 10.30629/2658-7947-2021-26-4-50-59 [Kulesh AA, Dyomin DA, Guseva AL, et al. Vestibular vertigo in emergency neurology.

- Rossiyskiy nevrologicheskiy zhurnal = Russian Neurological Journal*. 2021;26(4):50-9. doi: 10.30629/2658-7947-2021-26-4-50-59 (In Russ.)].
3. Самородская ИВ, Андреев ЕМ, Заратьянц ОВ и др. Показатели смертности населения старше 50 лет от cerebrovascularных болезней за 15-летний период в России и США. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2017;9(2):15-24.

- doi: 10.14412/2074-2711-2017-2-15-24 [Samorodskaya IV, Andreev EM, Zaratyants OV, et al. Cerebrovascular disease mortality rates in the population over 50 years of age in Russia and the USA over a 15-year period. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2017;9(2):15-24. doi: 10.14412/2074-2711-2017-2-15-24 (In Russ.)].
4. Kroenke K, Hoffman RM, Einstadter D. How common are various causes of dizziness? A critical review. *South Med J*. 2000 Feb;93(2):160-7.
5. Косивцова ОВ, Яворская СА, Фатеева ТГ. Лечение вестибулярного головокружения у полиморбидного пациента. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018;10(1):96-101. doi: 10.14412/2074-2711-2018-1-96-101 [Kosivtsova OV, Yavorskaya SA, Fateeva TG. Vestibular vertigo treatment in a polymorbid patient. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(1):96-101. doi: 10.14412/2074-2711-2018-1-96-101 (In Russ.)].
6. Lahmann C, Henningsen P, Brandt T, et al. Psychiatric comorbidity and psychosocial impairment among patients with vertigo and dizziness. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2015 Mar;86(3):302-8. doi: 10.1136/jnnp-2014-307601. Epub 2014 Jun 24.
7. Obermann M, Bock E, Sabev N, 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 Sep;262(9):2083-91. doi: 10.1007/s00415-015-7803-7. Epub 2015 Jun 20.
8. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ*. 2000;78(4):413-26.
9. Замерград МВ, Парфенов ВА, Остроумова ОД и др. Функциональное головокружение: от диагностических критериев к клиническим портретам и терапии. Согласованное мнение экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(4):4-13. doi: 10.14412/2074-2711-2024-4-4-13 [Zamergrad MV, Parfenov VA, Ostroumova OD, et al. Functional dizziness: from diagnostic criteria to clinical profiles and therapy. Expert consensus. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(4):4-13. doi: 10.14412/2074-2711-2024-4-4-13 (In Russ.)].
10. Bittar RS, Dias von S'bhsten Lins EM. Clinical characteristics of patients with persistent postural-perceptual dizziness. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2015 May-Jun;81(3):276-82. doi: 10.1016/j.bjorl.2014.08.012. Epub 2014 Sep 6.
11. Застенская ЕН, Антоненко ЛМ. Коморбидные расстройства и терапия при персистирующем постуральном перцептивном головокружении. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(4):66-73. doi: 10.14412/2074-2711-2023-466-73 [Zastenskaya EN, Antonenko LM. Comorbid disorders and therapy of persistent postural perceptual dizziness. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(4):66-73. doi: 10.14412/2074-2711-2023-466-73 (In Russ.)].
12. Cha YH, Brodsky J, Ishiyama G, et al. Clinical features and associated syndromes of mal de débarquement. *J Neurol*. 2008 Jul;255(7):1038-44. doi: 10.1007/s00415-008-0837-3. Epub 2008 May 30.
13. Yardley L. Overview of psychologic effects of chronic dizziness and balance disorders. *Otolaryngol Clin North Am*. 2000 Jun;33(3):603-16. doi: 10.1016/s0030-6665(05)70229-2
14. Borg-Stein J. Treatment of fibromyalgia, myofascial pain, and related disorders. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2006 May;17(2):491-510, viii. doi: 10.1016/j.pmr.2005.12.003
15. Антоненко ЛМ, Застенская ЕН. Персистирующее постурально-перцептивное головокружение: современные подходы к диагностике и лечению. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(4):136-40. doi: 10.14412/2074-2711-2019-4-136-140 [Antonenko LM, Zastenskaya EN. Persistent postural-perceptual dizziness: current approaches to diagnosis and treatment. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(4):136-40. doi: 10.14412/2074-2711-2019-4-136-140 (In Russ.)].
16. Heinrichs N, Edler C, Eskens S, et al. Predicting continued dizziness after an acute peripheral vestibular disorder. *Psychosom Med*. 2007 Sep-Oct;69(7):700-7. doi: 10.1097/PSY.0b013e318151a4dd. Epub 2007 Aug 31.
17. Shih RD, Walsh B, Eskin B, et al. Diazepam and Meclizine Are Equally Effective in the Treatment of Vertigo: An Emergency Department Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial. *J Emerg Med*. 2017 Jan;52(1):23-7. doi: 10.1016/j.jemermed.2016.09.016. Epub 2016 Oct 24.
18. Marill KA, Walsh MJ, Nelson BK. Intravenous Lorazepam versus dimenhydrinate for treatment of vertigo in the emergency department: a randomized clinical trial. *Ann Emerg Med*. 2000 Oct;36(4):310-9. doi: 10.1067/mem.2000.110580
19. Pianese CP, Hidalgo LO, Gonzalez RH, 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 May;23(3):357-63. doi: 10.1097/00129492-200205000-00023
20. 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, Randomised Clinical Study. *Clin Drug Investig*. 2005;25(6):377-89. doi: 10.2165/00044011-200525060-00003
21. Hahn A, Sejna I, Stefflova B, et al. 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. doi: 10.2165/00044011-200828020-00003
22. Helmchen C, Klinkenstein JC, Krüger A, et al. Structural brain changes following peripheral vestibulo-cochlear lesion may indicate multisensory compensation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2011 Mar;82(3):309-16. doi: 10.1136/jnnp.2010.204925. Epub 2010 Aug 27.
23. McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jan 13;1(1):CD005397. doi: 10.1002/14651858.CD005397.pub4
24. Иванова ГЕ, Кунельская НЛ, Парфенов ВА и др. Вестибулярная реабилитация в комплексной терапии вестибулярного головокружения (согласованное мнение экспертов). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(1):114-21. doi: 10.14412/2074-2711-2024-1-114-121 [Ivanova GE, Kunelskaya NL, Parfenov VA, et al. Vestibular rehabilitation in complex therapy of vestibular vertigo (consensus of experts). *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(1):114-21. doi: 10.14412/2074-2711-2024-1-114-121 (In Russ.)].
25. Yardley L, Beech S, Zander L, et al. A randomized controlled trial of exercise therapy for dizziness and vertigo in primary care. *Br J Gen Pract*. 1998 Apr;48(429):1136-40.
26. Scholtz AW, Hahn A, Stefflova B, 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 Nov;39(11):1045-56. doi: 10.1007/s40261-019-00858-6
27. Scholtz AW, Waldfahrer F, Hampel R, Weisshaar G. Efficacy and Safety of a Fixed-Dose Combination of Cinnarizine 20 mg and Dimenhydrinate 40 mg in the Treatment of Patients with Vestibular Vertigo: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Randomised, Double-Blind, Controlled Clinical Trials. *Clin Drug Investig*. 2022 Sep;42(9):705-20. doi: 10.1007/s40261-022-01184-0. Epub 2022 Jul 21.

Поступила/отрецензирована/принята к печати
Received/Reviewed/Accepted
21.09.2024/28.11.2024/29.11.2024

Заявление о конфликте интересов / Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Косивцова О.В. <https://orcid.org/000-0001-5827-9428>
Старчина Ю.А. <https://orcid.org/000-0001-6624-5500>