

Хроническое функциональное головокружение: рациональные подходы к диагностике и лечению в поликлинической практике



Гусева А.Л.^{1,2}, Косивцова О.В.³, Парфенов В.А.³

¹Кафедра оториноларингологии им. акад. Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), Москва; ²ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва; ³кафедра нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва
¹Россия, 117152, Москва, Загородное шоссе, 18А, стр. 2; ²Россия, 119048, Москва, Ленинский просп., 8; ³Россия 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1

Функциональное головокружение (ФГ) определяется как персистирующее перцептивное постуральное головокружение и является наиболее частой причиной хронического неvertающего головокружения. В условиях рутинной клинической практики существуют трудности и ошибки как в диагностике, так и лечении пациентов с ФГ. В статье представлены клинические наблюдения пациентов с ФГ и рассматриваются проявления, подходы к диагностике и терапии в условиях поликлинической практики. Ведение пациентов с ФГ должно быть основано на эффективной коммуникации между врачом и пациентом с использованием методов психотерапии, создании индивидуальной стратегии лечения, включающей вестибулярную гимнастику, реабилитацию, применение фармакотерапии, основанной на доказательных исследованиях, с обоснованием патогенетических механизмов ведущей роли серотонинергической системы в нейромедиаторном дисбалансе. На основании представленной в научной литературе доказательной базы и клинического опыта применения можно считать целесообразным назначение препарата Веспирейт® всем группам пациентов с ФГ для снижения симптомов головокружения и неустойчивости, восстановления ощущения баланса тела, редукции тревожной и вегетативной симптоматики.

Ключевые слова: хроническое головокружение; функциональное головокружение; персистирующее постуральное перцептивное головокружение; неустойчивость; буспирон; вестибулярная реабилитация.

Контакты: Владимир Анатольевич Парфенов; vladimirparfenov@mail.ru

Для цитирования: Гусева АЛ, Косивцова ОВ, Парфенов ВА. Хроническое функциональное головокружение: рациональные подходы к диагностике и лечению в поликлинической практике. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2025;17(5):104–112. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2025-5-104-112>

Chronic functional dizziness: rational approaches to diagnosis and treatment in outpatient practice

Guseva A.L.^{1,2}, Kosivtsova O.V.³, Parfenov V.A.³

¹Acad. B.S. Preobrazhensky Department of Otorhinolaryngology, Faculty of General Medicine, N.I. Pirogov Russian Research Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow; ²N.I. Pirogov City Clinical Hospital No.1, Healthcare Department of Moscow, Moscow; ³Department 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
¹18A, Zagorodnoe Shosse, Build. 2, Moscow 117152, Russia; ²8, Leninsky Pros., Moscow 119048, Russia; ³11, Rossolimo St., Build. 1, Moscow 119021, Russia

Functional dizziness (FD) is defined as persistent postural perceptual dizziness and is the most common cause of chronic non-rotatory dizziness. In routine clinical practice, there are difficulties and errors in both the diagnosis and treatment of patients with FD. This article presents clinical observations of patients with FD and discusses manifestations, approaches to diagnosis and therapy in outpatient practice. Management of patients with FD should be based on effective communication between the physician and the patient using psychotherapy methods, the creation of an individual treatment strategy that includes vestibular exercises, rehabilitation, and the use of evidence-based pharmacotherapy, with justification of the pathogenetic mechanisms of the leading role of the serotonergic system in neurotransmitter imbalance. Based on the evidence presented in the scientific literature and clinical experience, it is considered appropriate to prescribe Vespireit® to all groups of patients with FD to reduce symptoms of dizziness and instability, restore a sense of balance, and reduce anxiety and vegetative symptoms.

Keywords: chronic dizziness; functional dizziness; persistent postural perceptual dizziness; buspirone; vestibular rehabilitation.

Contact: Vladimir Anatolyevich Parfenov; vladimirparfenov@mail.ru

For citation: Guseva AL, Kosivtsova OV, Parfenov VA. Chronic functional dizziness: rational approaches to diagnosis and treatment in outpatient practice. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2025;17(5):104–112. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2025-5-104-112>

Ведение пациентов с головокружением вызывает много трудностей у врачей как амбулаторно-поликлинического звена, так и стационаров, начиная от момента постановки диагноза и до последующего динамического наблюдения [1, 2]. Больные с остро развившимся вестибулярным головокружением, как правило, экстренно госпитализируются в стационары, где примерно половине пациентов с периферической вестибулопатией ошибочно устанавливаются диагнозы сосудистой патологии головного мозга [3, 4]. Наиболее частыми причинами острого вестибулярного головокружения (ОВГ) являются доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), вестибулярный нейронит, болезнь Меньера, вестибулярная мигрень [5]. Установление цереброваскулярной патологии как причины ОВГ приводит к назначению неэффективной терапии, снижает качество жизни пациентов, приводит к формированию тревожно-фобических, тревожно-депрессивных и депрессивных расстройств, боли в области шеи, неустойчивости [6–8].

Наиболее частой причиной хронического головокружения является функциональное головокружение (ФГ). В общей популяции на долю ФГ приходится около 15–23% [9]. К сожалению, в реальной клинической практике большинству пациентов с ФГ ошибочно устанавливается диагноз «хроническая сосудистая патология головного мозга», назначается ноотропная и вазоактивная терапия, не проводится рациональная консультация и не назначается эффективная терапия ФГ [3].

В реальной клинической практике ФГ редко диагностируется, однако, когда этот диагноз устанавливается, назначается эффективное лечение, наблюдается быстрый регресс симптомов, что отражают следующие наблюдения.

Клиническое наблюдение 1

Пациентка Н., 53 лет, обратилась в поликлинику по месту жительства на первичный прием к врачу-терапевту с жалобами на головокружение, неустойчивость при ходьбе и небольшую тревожность по поводу своего состояния; сон нормальный.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает гипертонической болезнью в течение 3 лет, наблюдается кардиологом, получает постоянную терапию (азилсартана медоксомил 20 мг), также крайне редко (1 раз в 2–3 мес) отмечается головная боль, которую купирует ибупрофеном 400 мг с хорошим эффектом. Впервые головокружение возникло 1 мес назад на фоне эмоционального перенапряжения в связи со стрессовой ситуацией на работе, когда отметила дискомфорт, сердцебиение, шум в ушах (однократно во время повышения артериального давления — АД), головокружение и тяжесть в голове, легкую тошноту без рвоты. При измерении АД выявлено повышение до 170/100 мм рт. ст., вызвала бригаду скорой медицинской помощи. После приема моксонидина 0,3 мг АД в течение часа нормализовалось, остальные симптомы купировались. На следующий день отметила легкое головокружение, которое сохранялось в течение дня, усиливалось во время езды на обще-

ственном транспорте на работу и с работы, полностью пропадало дома, когда пациентка лежала в постели. Симптомы головокружения пациентка описывает как «качания внутри головы», указывает на необходимость постоянной концентрации во время ходьбы, «чтобы не шататься». При работе за компьютером, проведении совещаний, вождении машины и плавании в бассейне «забывает про головокружение» на некоторое время, однако вскоре симптомы возобновляются. Проводит контроль АД трижды в день, однако повышение его значений выше 140/100 мм рт. ст. не регистрировала. Пациентка самостоятельно принимала глицин по 1 таблетке 3 раза в день без положительной динамики. Обратилась к врачу общей практики в связи с длительным сохранением головокружения.

При осмотре терапевтом не выявлено отклонений, АД 125/80 мм рт. ст., пульс 74 уд/мин. Спонтанный явный нистагм не выявлен. При выполнении маневра укладывания на бок головокруговое и нистагм не получены. В пробе Ромберга устойчива, в усложненной пробе Ромберга — покачивание в обе стороны при закрытых глазах. На основании жалоб на постоянное невращательное головокружение в виде неустойчивости и шаткости при ходьбе, анамнеза (длительность симптомов 1 мес, возникновение их при движении и уменьшение в покое и при отвлечении внимания, ухудшение состояния в местах скопления людей), а также отсутствия нарушений при кратком нейровестибулярном исследовании поставлен предварительный диагноз: «Гипертоническая болезнь I стадии, риск 0, ХСН 0. Функциональное головокружение». С пациенткой проведена беседа с разъяснением вероятных причин развития симптомов головокружения. Рекомендовано: продолжить занятия спортом (плавание в бассейне); ежедневные занятия вестибулярной гимнастикой, включающие упражнения на тренировку вестибулоокулярного рефлекса и поддержание баланса, по 5–10 мин 2–3 раза в день; прием препарата Веспирейт 15 мг 1 раз в день; консультация кардиолога и невролога. По результатам осмотров неврологом и кардиологом и проведения суточного мониторирования АД диагноз подтвержден, других патологических симптомов не выявлено, рекомендовано продолжить прием азилсартана медоксомила 20 мг. На фоне занятий спортом, вестибулярной гимнастики, приема Веспирейта в течение 1 мес симптомы полностью регрессировали. На фоне лечения Веспирейтом побочных эффектов не отмечалось, терапию переносила хорошо, коррекция схемы антигипертензивной терапии не потребовалась. Таким образом, раннее назначение патогенетической терапии ФГ позволило добиться полного регресса значимых для пациентки субъективных симптомов головокружения и неустойчивости в течение месячного курса.

Клиническое наблюдение 2

Пациентка А., 42 лет (работает два дня в офисе и три дня дома, замужем, один ребенок), обратилась в поликлинику по месту жительства на консультацию к врачу-неврологу с жалобами на периодическое головокружение (2–3 раза в день примерно по 1,5–2 ч, в течение 4 мес). Головокружение

возникает и усиливается при переходе из горизонтального положения в вертикальное и значительно нарастает при ходьбе на улице, в местах скопления людей, при поездках на общественном транспорте и взгляде на движущиеся предметы (на машины, людей в магазине). При ходьбе отмечает неустойчивость и шаткость, подташнивание и тошноту. В положении сидя симптомы уменьшаются, лежа — проходят. На фоне головокружения ощущает нервозность, беспокойство и тревожность, с сердцебиением, потливостью и нехваткой воздуха, при ходьбе опасается потерять равновесие и упасть, поэтому перестала ходить в столовую на работе и старается меньше выходить из дома и активно двигаться (график работы это позволяет), стала хуже засыпать, просыпаться среди ночи и испытывать ощущение невыспанности. Жалуются на периодическую (1–2 раза в месяц) головную боль, неинтенсивную, в течение 1–3 ч и быстро купирующуюся дополнительным назначением анальгетиков или триптана, и периодическую боль в шее, проходящую самопроизвольно или после приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Из анамнеза установлено, что в течение более чем 15 лет отмечает периодическую приступообразную головную боль. Обращалась к неврологу, был поставлен диагноз «мигрень без ауры», назначено специфическое лечение. В последний год подобранная противомигренозная терапия помогает хорошо, головная боль возникает редко (1–2 раза в месяц), приступы неинтенсивные, недлительные (1–3 ч) и быстро купируются дополнительным назначением анальгетиков или триптана. Три года назад утром, лежа при поворотах, а также при переходе из горизонтального положения в вертикальное и наоборот, ощутила эпизод головокружения по кругу с шатанием и тошнотой при ходьбе, жалобы усиливались при ходьбе, появилась тревога и нарушился сон. Головокружение и неустойчивость равновесия сохранялись в течение нескольких дней, обращалась к терапевту и неврологу, обследовалась, был назначен курс сосудисто-метаболической терапии и витаминов — без эффекта. После этого обратилась к оториноларингологу, установлен диагноз «доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, каналолитиаз правого заднего полукружного канала», и выполнен маневр Эпли с положительным эффектом, головокружение купировалось, однако небольшая неустойчивость сохранялась, в связи с чем назначалась вестибулярная гимнастика и анксиолитик (для уменьшения тревоги и нормализации сна). При контрольном осмотре через 2 нед отмечена положительная динамика, жалобы купировались. Настоящее ухудшение 4 мес назад, когда по поводу боли в шее обращалась к терапевту и неврологу, был поставлен диагноз «дорсопатия шейного отдела позвоночника — цервикалгия» и назначены НПВП и массаж с положительным эффектом (боль купировалась). Однако во время и после массажа шеи пациентка отметила болевые ощущения в шее, а также возникли головокружение, неустойчивость и пошатывание при ходьбе. Первое время вестибулярные симптомы были слабовыраженными, и пациентка не придавала им большого значения, постепенно симптоматика нарастала, и с вышеуказанными жалобами пациентка обратилась к терапевту, получала сосудисто-метаболическую терапию с небольшим кратковременным улучшением, после чего назначена консультация невролога.

По данным общего осмотра у пациентки отмечается выраженная тревога, АД 125/85 мм рт. ст., в остальном без патологических отклонений (без особенностей). При оценке

неврологического статуса установлено: проба Ромберга — покачивание в позе Ромберга без четкой латерализации, усиливающееся при закрывании глаз, походка по прямой — без отклонений, пошатывание (пациентка акцентируется), при выполнении маневра укладывания на бок головокружение и нистагм не получены, спонтанный нистагм не выявлен, в остальном без патологических отклонений. Отоневрологическое обследование (фиксация взора): данные, свидетельствующие о наличии ФГ. Оценка по шкале оценки головокружения DHI (Dizziness Handicap Inventory) — 48 баллов (нарушения средней степени).

На основании жалоб на невращательное головокружение, анамнеза, а также отсутствия нарушений при нейровестибулярном исследовании поставлен основной диагноз: «Доброкачественное пароксизмальное головокружение Н81.1. Функциональное головокружение. Другие расстройства вегетативной [автономной] нервной системы G90.8. Мигрень без ауры G43.0». Дополнительный диагноз: «Тревожный синдром, нарушения засыпания и поддержания сна (бессонница) G47.0, цервикалгия M54.2».

Триггерами развития головокружения могут являться нахождение вне дома, движение, визуально активная среда у пациентки с ДППГ в ремиссии, а также сопутствующие эмоциональные нарушения с нервозностью, тревожностью, страхом и явлениями бессонницы, в том числе связанными с периодической мигренью, другими болевыми синдромами. Учитывая клинический статус, рекомендованы ежедневные (3–4 раза в день) занятия вестибулярной гимнастикой (реабилитация) в течение 3 мес, а также увеличение физической активности (снижение и отмена ограничительного поведения). Кроме того, для мультитаргетного патогенетического лечения (с учетом необходимого минимального риска вестибулопрессивного и седативного эффектов, нарушения моторной функции), снижения и купирования вестибулярных, тревожно-фобических и вегетативных расстройств рекомендован прием препарата Веспирейт 15 мг 1 раз в день в течение 1 мес. Продолжить прием антимигренозной терапии.

Через 3 нед на фоне терапии отмечена положительная динамика, жалобы на головокружение и шаткость существенно уменьшились, пациентка стала более активной, чаще выходить на улицу, совершать пешие прогулки; тревоги, нервозности и вегетативных явлений не отмечает, сон улучшился (засыпает быстрее, почти не просыпается среди ночи). Терапию препаратом Веспирейт переносит хорошо, побочных эффектов не возникало.

Оценка по шкале оценки головокружения DHI — 34 балла (нарушения легкой степени). По результатам осмотра неврологом и проведения инструментальных и лабораторных исследований диагноз подтвержден. Рекомендовано продолжить вестибулярную гимнастику (реабилитацию) до 3 мес и терапию Веспирейтом (15 мг 1 раз в день) в течение еще 1 мес.

Через 1,5 мес отмечена положительная динамика, купировались жалобы на головокружение и шаткость, а также вегетативные симптомы (нет тошноты, сердцебиения, потливости и нехватка воздуха), восстановилась активность, выходит на улицу и ходит без ограничений. Тревоги и нервозности не отмечает, сон хороший (засыпает быстро, нет ночных пробуждений). Терапию препаратом Веспирейт переносила хорошо, побочных эффектов не установлено. Таким образом, благодаря патогенетическому лечению ФГ в течение 1,5 мес достигнуто полное купирование всех жалоб и симптомов

ФГ, а также тревожно-фобических, вегетативных проявлений и бессонницы, состояние нормализовалось и восстановилось качество жизни. Рекомендовано: продолжить лечение Веспирейтом (по 1 таблетке 1 раз в день) в течение 2 нед, далее отменить; продолжить вестибулярную гимнастику до 3 мес; активный образ жизни.

Обсуждение

В представленных наблюдениях быстрое установление диагноза, назначение эффективного лечения привели к регрессу симптомов ФГ, однако в реальной практике это наблюдается редко, потому что врачи плохо информированы о проявлениях, диагностике и лечении ФГ.

Под ФГ принято понимать синдром, включающий в себя хроническое головокружение, проявляющееся ощущениями флюктуирующего невращательного головокружения, трудности поддержания равновесия (или сохранения постуральной устойчивости), которые усиливаются в положении стоя и при ходьбе, а также при движении или мелькании окружающих предметов. В настоящее время во врачебном сообществе не сложилась единая терминология: для описания ФГ могут использоваться термины «постуральная фобическая неустойчивость», «хроническое субъективное головокружение», «зрительное головокружение» и другие формулировки. В Международную классификацию болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) введен термин «персистирующее постуральное перцептивное головокружение» (ПППГ) — недавно определенный синдром (консенсусный документ Общества Барани, 2017 г.), включающий распространенную хроническую дисфункцию вестибулярной системы и головного мозга, которая вызывает персистирующее головокружение, головокружение без вращения и/или неустойчивость. ПППГ представляет собой длительную (более 3 мес) дезадаптацию пациента и рассматривается в спектре других функциональных неврологических расстройств. Поэтому представляется, что внедрение в клиническую практику корректной терминологии и практических рекомендаций для амбулаторного приема пациента с жалобами на головокружение позволит избежать избыточной практики объяснения причин хронического головокружения фоновыми цереброваскулярными заболеваниями и дегенеративными заболеваниями позвоночника, снизит долю ошибочных диагнозов, а также обеспечит качественную помощь пациентам и рост профессиональной удовлетворенности врачей в первичном звене здравоохранения.

Согласно мнению экспертов, при выявлении у пациентов всех критериев, соответствующих ПППГ, в период до 3 мес целесообразно использовать термин «функциональное головокружение» [10].

При ведении пациентов с ФГ практикующие врачи в нашей стране могут использовать следующие варианты кодирования по МКБ-10: G90.8 — Другие расстройства вегетативной (автономной) нервной системы; G90.9 — Расстройство вегетативной нервной системы неуточненное; H81.3 — Другие периферические головокружения; H81.8 — Другие нарушения вестибулярной функции; H81.9 — Нарушение вестибулярной функции неуточненное; H82 — Вестибулярные синдромы при болезнях, классифицированных в других рубриках; R42 — Головокружение и нарушение устойчивости [10].

Поскольку в большинстве случаев у пациентов с ФГ развиваются коморбидные тревожно-фобические, тревожно-депрессивные и депрессивные расстройства, многие врачи ошибочно расценивают данное головокружение как психогенное. Консенсус экспертов подчеркивает, что термины «функциональное головокружение» и «психогенное головокружение» не являются синонимами [10]. Психогенное головокружение развивается у пациентов с психическими заболеваниями, особенно при тревожных расстройствах, при этом важно отметить, что этот термин не является нозологической единицей, не имеет четко очерченных критериев, может оказать стигматизирующее воздействие на пациента и затруднить партнерство врача и пациента при обсуждении плана лечения, поэтому, на наш взгляд, нецелесообразно его использование врачами — неврологами, терапевтами и оториноларингологами поликлинического звена. У пациентов с ФГ часто развиваются вторичные функциональные нарушения походки, тревожность, депрессивные симптомы, существенно снижается качество жизни, уменьшается двигательная активность, развивается страх падений [8, 11, 12].

В последние годы появляются публикации о сложной взаимосвязи психических расстройств и головокружения. В нескольких исследованиях продемонстрирована высокая частота встречаемости коморбидных психических расстройств при ОВГ (до 64%). Во время приступа ОВГ развиваются паника, тревога, депрессия, которые требуют оказания медицинской и психологической помощи. Психические расстройства распространены не только среди пациентов с выраженным ОВГ, но и среди пациентов амбулаторно-поликлинического звена, жалующихся на рецидивирующие вестибулярные головокружения, и пациентов с хроническим головокружением [12, 13]. Развитие психических расстройств у пациентов с ОВГ повышает вероятность развития ФГ [11, 14]. Таким образом, представленные типичные варианты начала и последующего развития ФГ указывают на ценность ранней постановки корректного диагноза у пациента с жалобами на хроническое головокружение, чтобы предупредить развитие в перспективе 6–12 мес стойких коморбидных состояний, которые в рамках дифференциальной диагностики и подбора терапии потребуют уже значительной нагрузки на систему здравоохранения в результате привлечения для консультаций отоневролога, психиатра, психотерапевта и других специалистов.

Этиологические факторы, особенности патогенеза и предикторы развития ФГ продолжают изучаться как во всем мире, так и в нашей стране. Тем не менее на сегодняшний день общепризнанно, что ФГ может возникать вторично после органического заболевания или первично само по себе, при отсутствии соматических триггеров. Вторичное ФГ развивается у пациентов после перенесенного эпизода ОВГ любой этиологии (наиболее часто — после ДППГ и вестибулярной мигрени), черепно-мозговой травмы, транзиторной ишемической атаки и/или инсульта, синкопальных состояний [15]. Хорошо известно, что ФГ провоцируется зрительными стимулами (74%) — статичными и/или динамичными, движением тела (52%) и депривацией сна (38%) [16]. Предполагается, что провоцирующие факторы приводят к нарушению сенсорной интеграции у пациентов с нарушениями вестибулярной, зрительной, соматосенсорной систем в результате различных заболеваний (перифериче-

ская вестибулопатия, травма головного мозга, инсульт и др.). Возникает диссоциация между приходящими и ожидаемыми сенсорными импульсами, при этом влияние зрительных и соматосенсорных сигналов преобладает над вестибулярными [10, 17, 18]. Клинические нейровизуализационные исследования у пациентов с ФГ свидетельствуют о наличии дисбаланса в нейромедиаторных системах, вовлеченных в поддержание равновесия. Ведущую роль играют серотониновая система и продуцирующие серотонин нейроны ядра шва, которые расположены в средней части ретикулярной формации [10, 19–22].

Таким образом, научные данные о разнообразных механизмах патогенеза ФГ свидетельствуют о приоритетных возможностях фармакологической терапии и профилактики хронического головокружения с помощью препаратов, воздействующих на серотониновую систему головного мозга. Ценность такого подхода объясняется возможностью достижения основных клинических целей, ориентированных на потребности пациента, таких как стабильное и долгосрочное снижение выраженности проявлений головокружения и неустойчивости в результате восстановления функциональных связей между зонами головного мозга, ответственными за ощущения баланса и равновесия, а также коррекции когнитивно-эмоционального восприятия проявлений хронического головокружения, направленная на упреждение формирования тревожно-депрессивных коморбидных нарушений.

Диагностика ФГ начинается со сбора жалоб и анамнеза. В первую очередь уточняют длительность и временные характеристики головокружения. Для ФГ характерно хроническое течение, т. е. постоянное присутствие симптомов [23]. Пациенты указывают, что головокружение возникает ежедневно, может усиливаться и ослабевать в течение дня в зависимости от концентрации или, наоборот, отвлечения внимания во время профессиональной деятельности, усталости, эмоционального перенапряжения и др. [24].

Значимой характеристикой ФГ является то, как пациент описывает симптомы головокружения. Это не вращательное головокружение, при котором имеется ощущение движения предметов вокруг, а именно неустойчивость, шаткость, нарушение равновесия, затуманенность, тяжесть или легкость в голове, нечеткость ориентации в пространстве или фокусировки зрения [25]. Нередко можно услышать подобные описания: «будто постоянно качаюсь на лодке», «кажется, что я могу упасть, поэтому приходится все время себя контролировать», «чувствую постоянное покачивание, даже когда стою на месте», «постоянное головокружение внутри головы», «раскачивание или бросание в разные стороны при ходьбе».

Вышеперечисленные симптомы при ФГ могут появляться и исчезать спонтанно или присутствовать постоянно при минимальной интенсивности. Как правило, усиление головокружения происходит при определенных обстоятельствах: в вертикальной позе, при активном или пассивном движении и визуальной стимуляции. Таким образом, следует уточнять у пациента, усиливаются ли симптомы, когда он стоит (по сравнению с положением лежа), при ходьбе, езде в транспорте, в больших супермаркетах, на оживленной улице, в метро, на платформе поезда или на автовокзале, в театре или большом ресторане, в помещениях с пестрыми покрытиями полов или стен [26].

Неправильно считать, что ФГ — это «диагноз исключения», который ставится после полного и тщательного обследования пациента с проведением лабораторных тестов, нейровизуализации, вестибулярного обследования, консультации узких специалистов, таких как кардиолог, эндокринолог и др. Пациент с ФГ нередко может страдать сопутствующими вестибулярными расстройствами (например, ДППГ, вестибулярной мигренью, болезнью Меньера), соматической патологией или кардиологическими заболеваниями, а также тревожными расстройствами [27]. Однако испытываемые пациентом симптомы не объясняются течением имеющегося у него заболевания. Например, пациент с болезнью Меньера описывает редкие часовые приступы вращательного головокружения с тошнотой и рвотой, а также постоянную неустойчивость при ходьбе, больше выраженную на улице, что указывает на ассоциацию болезни Меньера с ФГ.

В связи с этим очень важно строить опрос пациента с акцентированием на особенностях ФГ. Основываясь на диагностических критериях ПППГ, принятых Обществом Барани [28], для удобства и быстроты предлагаем использовать в беседе с пациентом следующие вопросы:

1. Как давно Вас беспокоит головокружение? *Комментарий: ФГ присутствует продолжительное время (недели, месяцы, годы).*
2. Присутствует ли головокружение постоянно или возникает в виде приступов? *Комментарий: для ФГ характерны ежедневная манифестация симптомов постоянного характера большей или меньшей выраженности, реже симптомы пропадают полностью на непродолжительное время.*
3. Опишите Ваше головокружение: это ощущение вращения или неустойчивость, шаткость, нарушение равновесия? *Комментарий: для ФГ характерно невращательное головокружение в виде неустойчивости.*
4. Усиливается ли головокружение стоя и при ходьбе по сравнению с положением лежа, а также в людных местах (на оживленной улице, платформе, магазине и т. д.)? *Комментарий: факторами, усиливающими симптомы при ФГ, являются вертикальная поза, активное и пассивное движение, визуальная стимуляция.*

«Красными флагами», указывающими на опасное для жизни заболевание, лежащее в основе головокружения, являются наличие в анамнезе эпизодов потери сознания, падений, судорог, симптомов очаговой неврологической симптоматики, таких как дизартрия, дисфагия, диплопия, парезы и параличи, асимметрия лица и др., постоянная рвота, отказ от еды, фебрильная температура, выраженный болевой синдром (головная боль, боль в ухе, боль в сердце и др.). Пациент с такими жалобами требует немедленного обследования в условиях приемного отделения [29].

При обращении пациента с жалобами на головокружение с характеристиками ФГ к врачу общей практики обследование начинается с исключения общесоматических заболеваний (осмотра и лабораторных обследований: общего анализа крови, биохимического анализа крови, флюорографии, электрокардиографии), консультации невролога для проведения неврологического осмотра и оторинола-

ринголога для проведения отоскопии и оценки слуха. Дополнением к стандартным осмотрам этими специалистами является клинический отоневрологический осмотр, включающий стандартный набор тестов: оценка явного и скрытого (в очках Френзеля) нистагма, тест саккад, плавного слежения, тест поворота головы (Хальмаги) и позиционные тесты для диагностики ДППГ [30].

В рамках первичного приема врача общей практики или невролога целесообразно провести три простых исследования: тест оценки явного нистагма, позиционный тест укладывания на бок, простой и усложненный тест Ромберга [31].

В ряде случаев клинический отоневрологический осмотр может дополняться инструментальными вестибулярными тестами. Наиболее широко используются видеонистагмография, видеоимпульсный тест и калорическая проба. Обоснованием для назначения таких обследований является необходимость подтверждения предполагаемых нарушений в глазодвигательных тестах, а также подозрение на двустороннюю вестибулярную гипопункцию (двустороннюю вестибулопатию), симптомы которой весьма сходны с ФГ, но обусловлены двусторонним нарушением вестибулоокулярного рефлекса. Представленные инструментальные тесты проводятся в условиях специализированного приема и важны именно для верификации более редких вестибулярных расстройств, которые могут сопутствовать ФГ, поэтому отсутствие возможности проведения таких инструментальных обследований или ожидание их проведения не являются препятствием к началу специфической терапии ФГ на этапе консультации неврологом, терапевтом или оториноларингологом в первичном амбулаторном звене.

Ведение пациентов с ФГ — длительный процесс, основанный на эффективной коммуникации между врачом и пациентом, индивидуально подобранной стратегии лечения, включающей вестибулярную реабилитацию, серотонинергические препараты и когнитивно-поведенческую терапию (КПТ). Своевременное выявление тревожно-фобических, тревожно-депрессивных или депрессивных расстройств и распознавание расстройств, требующих консультации психиатра, — необходимый навык при работе с такими пациентами.

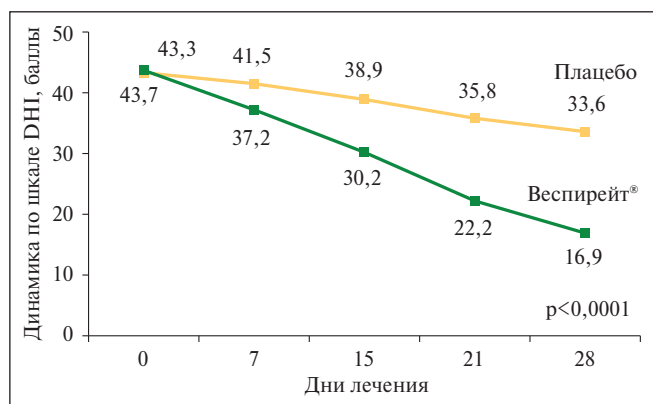
Для установления контакта с пациентом врачу-клиницисту лучше использовать «поддерживающий подход». Важно объяснить пациенту, что его симптомы реальны, не являются симуляцией и потенциально обратимы [12]. Важно подчеркнуть, что успех данного этапа во многом зависит от усилий именно клинициста, проводящего первичную консультацию пациента с жалобами на хроническое головокружение: правильное объяснение врачом механизма развития ФГ, устранение некорректных установок пациентов о связи симптомов головокружения с сопутствующей сосудистой патологией головного мозга или рентгенологическими находками в шейном отделе позвоночника позволяют предупредить катастрофизирующее отношение пациента к своему состоянию и настроить его на позицию сотрудничества при обсуждении плана лечения, независимо от возможности проведения КПТ или готовности к ней. На последующих сессиях специалист по КПТ помогает пациенту выявить и скорректировать искаженные, дезадаптивные убеждения о его заболевании [12].

В комплексной немедикаментозной терапии важную роль играет самостоятельное выполнение пациентом вестибулярной гимнастики. Выполнение комплекса вестибулярной реабилитации способствует адаптации вестибулярной системы. Любое движение приводит к поступлению сигналов в головной мозг от периферического вестибулярного аппарата, позволяет анализировать имеющиеся ошибки, особенно когда эти сигналы поступают под контролем зрения и проприоцепции. Активизируются процессы компенсации, даже при отсутствии полного восстановления функции вестибулярной системы. Компенсация происходит за счет других систем: зрительная система позволяет стабилизировать взор, проприоцепция — улучшить баланс [32].

Если у пациента 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. Проведенные междисциплинарные обсуждения экспертов рекомендуют широкое персонализированное использование вестибулярной реабилитации в комплексной терапии различных заболеваний, проявляющихся головокружением [33]. Выбор упражнений зависит от интенсивности головокружения, возраста пациента, сопутствующей патологии и физического состояния. Рекомендуются программы с движениями головы и глаз (тренировка вестибулоокулярного рефлекса), упражнения на баланс (тренировка вестибулоспинальных рефлексов, поддержания позы, координации).

Применение медикаментозной терапии совместно с выполнением программ вестибулярной реабилитации и проведением КПТ составляют основу наиболее эффективного комплексного подхода ведения пациентов с ФГ [10]. При выборе средств медикаментозной терапии необходимо учитывать имеющиеся данные о патогенезе и роли серотонинергической системы в дисбалансе нейромедиаторов при ФГ.

В контексте соответствия представленным целевым свойствам рациональной технологии для лечения и профилактики ФГ можно обратить внимание на лекарственный препарат Веспирейт® из группы серотониновых агентов, содержащий действующее вещество буспирон в форме таблеток с пролонгированным высвобождением 15 мг (зарегистрирован в России в 2023 г. по показанию «функциональное головокружение») [10, 34, 35]. Фармакологические эффекты буспилона как парциального агониста 5-HT_{1A}-рецепторов обусловлены восстановлением функциональной коммуникации в нейронных связях, использующих в качестве медиатора серотонин, дофамин и норадреналин. Такой мультитаргетный профиль действия буспилона в пролонгированной лекарственной форме обеспечивает не только субъективное облегчение разнообразных ощущений головокружения и неустойчивости при ФГ, но и редукцию тревоги благодаря анксиоселективным свойствам препарата. В отличие от противотревожных средств, направленных на мишень ГАМК, буспирон не проявляет выраженных седативно-снотворных свойств и не обладает миорелаксирующими свойствами, не вызывает толерантности и зависимости [10, 34, 35]. По сравнению с антидепрессантами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина клинические эффекты



Динамика терапевтического ответа при назначении препарата Веспирейт® по сравнению с плацебо в двойном слепом рандомизированном контролируемом исследовании
Therapeutic response dynamics when prescribing Vespireit® compared to placebo in a double-blind, randomised, controlled study

буспилона развиваются в более ранние сроки и не сопровождаются усилением тревоги и вегетативными проявлениями в начале курса терапии; кроме того, для буспилона не характерны симптомы отмены при завершении курса терапии, которые часто наблюдаются при приеме антидепрессантов. Данные свойства обеспечивают хороший профиль переносимости буспилона в пролонгированной лекарственной форме и не приводят к усилению неустойчивости и падениям, особенно у пациентов старшей возрастной группы с сопутствующими заболеваниями. Мультимодальное влияние буспилона на всем протяжении вестибулоокулярных и вестибулоспинальных рефлексов может реализовать стимулирующее действие препарата на процессы вестибулярной компенсации [10, 34–36]. Таким образом, представленные механизмы действия препарата Веспирейт® (буспирон) в пролонгированной лекарственной форме обеспечивают понимание клинических эффектов восстановления вестибулярных функций в терапии ФГ [10, 34, 35].

Поскольку в большинстве случаев у пациентов с ФГ развиваются коморбидные тревожно-фобические, тревожно-депрессивные и депрессивные расстройства, которые значительно снижают качество жизни и приводят к ограничению активности, целесообразно назначить специфическое лечение для купирования данных симптомов. В арсенале практикующего врача в настоящее время имеются таблетки буспилона с пролонгированным высвобождением – Веспирейт® 15 мг для назначения пациентам с ФГ. Эффективность препарата Веспирейт® при ФГ обусловлена его противотревожным и антифобическим действием, способствующим уменьшению тревоги, страха, возбуждения и постоянного тревожного контроля за устойчивостью из-за возможного падения, коррекцией вегетативных нарушений. Препарат применяется 1 раз в день с минимальным курсом 28 дней, что не приводит к полипрагмазии у пациентов с полиморбидностью и повышает комплаентность [10, 34, 35]. Проведенное клиническое исследование III фазы продемонстрировало, что снижение проявлений головокружения наступает уже к 7-му дню приема препарата Веспирейт®, при этом клинический эффект препарата нарастал на протяжении всего курса терапии и к 28-му дню лечения проявления головокружения (по шкале DHI) уменьшились на 61,3% по сравнению с начальным уровнем (см. рисунок) [35].

Заключение

На основании представленной в научной литературе доказательной базы и формируемого клинического опыта применения в реальной практике можно считать целесообразным назначение препарата Веспирейт® всем группам пациентов с ФГ для облегчения симптомов головокружения и неустойчивости, восстановления ощущения баланса тела. Также важно обратить внимание на возможность раннего назначения препарата Веспирейт® для профилактики формирования ФГ после перенесенного ОВГ с выраженной тревожной и вегетативной симптоматикой с целью предупреждения катастрофизации резидуальных симптомов и исхода в хронический вестибулярный синдром, часто отягощаемый тревожно-фобическими и тревожно-депрессивными расстройствами.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Гусева АЛ. Приступы головокружения: дифференциальная диагностика и подходы к терапии. *Эффективная фармакотерапия*. 2021;17(34):16–21. doi: 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.) doi: 10.33978/2307-3586-2021-17-34-16-21
- Косивцова ОВ, Замерград МВ. Головокружение в неврологической практике (общие вопросы диагностики и лечения). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2012;4(1):48–51. doi: 10.14412/2074-2711-2012-361
- Kosivtsova OV, Zamergrad MV. Vertigo in neurological practice (common problems of diagnosis and treatment). *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2012;4(1):48–51. (In Russ.) doi: 10.14412/2074-2711-2012-361
- Замерград МВ. Возрастные аспекты диагностики и лечения головокружения: Дис. ... д-ра мед. наук. Москва; 2015.
- Zamergrad MV. Age-Related Aspects of Diagnosis and Treatment of Dizziness: Dis. ... Doct. Med. Sci. Moscow; 2015. (In Russ.)
- Абдулина ОВ. Частота, причины, лечение и прогноз острого вестибулярного головокружения в неотложной неврологии: Дис. ... канд. мед. наук. Москва; 2007.
- Abdulina OV. Frequency, Causes, Treatment, and Prognosis of Acute Vestibular Dizziness in Emergency Neurology: Dis. ... Cand. Med. Sci. Moscow; 2007. (In Russ.)
- Макаров СА, Гусева АЛ. Диагностика и лечение головокружения в клинической практике. *Медицинский алфавит*. 2023;(21):23–9. doi: 10.33667/2078-5631-2023-21-23-29
- Makarov SA, Guseva AL. Diagnosis and treatment of dizziness and vertigo in clinical practice. *Medical Alphabet*. 2023;(21):23–9. (In Russ.) doi: 10.33667/2078-5631-2023-21-23-29
- Косивцова ОВ, Старчина ЮА, Шоев БА. Коморбидные расстройства и их возможная профилактика у пациентов с вестибулярным головокружением. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(6):112–7. doi: 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. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(6):112-7. (In Russ.) doi: 10.14412/2074-2711-2024-6-112-117
7. 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. (In Russ.) doi: 10.14412/2074-2711-2017-2-15-24
8. 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. (In Russ.) doi: 10.14412/2074-2711-2023-466-73
9. Lopez-Gentili LI, Kremenchutzky M, Salgado P. Analisis estadístico de 1.300 pacientes con mareo vertigo. Causas mas frecuentes [A statistical analysis of 1300 patients with dizziness-vertigo. Its most frequent causes]. *Rev Neurol*. 2003 Mar 1-15;36(5):417-20. (In Spanish)
10. 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. (In Russ.) doi: 10.14412/2074-2711-2024-4-4-13
11. Макаров СА. Функциональное головокружение, ассоциированное с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением: проспективное клинико-психологическое исследование: Дис. ... канд. мед. наук. Москва; 2022. Makarov SA. Functional dizziness associated with benign paroxysmal positional vertigo: a prospective clinical and psychological study: Dis. ... Cand. Med. Sci. Moscow; 2022. (In Russ.)
12. 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
13. 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
14. 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
15. Habs M, Strobl R, Grill E, et al. Primary or secondary chronic functional dizziness: does it make a difference? A DizzyReg study in 356 patients. *J Neurol*. 2020;267(Suppl 1):212-22. doi: 10.1007/s00415-020-10150-9
16. Bittar RS, 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
17. Castro P, Bancroft MJ, Arshad Q, Kaski D. Persistent Postural-Perceptual Dizziness (PPPD) from Brain Imaging to Behaviour and Perception. *Brain Sci*. 2022 Jun 8;12(6):753. doi: 10.3390/brainsci12060753
18. Li K, Si L, Cui B, et al. Altered intra- and inter-network functional connectivity in patients with persistent postural-perceptual dizziness. *Neuroimage Clin*. 2020;26:102216. doi: 10.1016/j.nicl.2020.102216
19. Soto E, Vega R, Sesena E. Neuropharmacological basis of vestibular system disorder treatment. *J Vestib Res*. 2013;23(3):119-37. doi: 10.3233/VES-130494
20. Han L, Wu KL, Kwan PY, et al. 5-HT1A receptor-mediated attenuation of synaptic transmission in rat medial vestibular nucleus impacts on vestibular-related motor function. *J Physiol*. 2021 Jan;599(1):253-67. doi: 10.1113/JP282313
21. McCall AA, Miller DM, Yates BJ. Descending Influences on Vestibulospinal and Vestibul sympathetic Reflexes. *Front Neurol*. 2017 Mar 27;8:112. doi: 10.3389/fneur.2017.00112
22. Dieterich M, Brandt T. Central vestibular networking for sensorimotor control, cognition, and emotion. *Curr Opin Neurol*. 2024 Feb 1;37(1):74-82. doi: 10.1097/WCO.0000000000001233
23. Staab JP. Chronic subjective dizziness. *Continuum (Minneapolis)*. 2012 Oct;18(5 Neuro-otology):1118-41. doi: 10.1212/01.CON.0000421622.56525.58
24. Popkirov S, Staab JP, Stone J. Persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): a common, characteristic and treatable cause of chronic dizziness. *Pract Neurol*. 2018 Feb;18(1):5-13. doi: 10.1136/practneurol-2017-001809
25. Bisdorff A, Von Brevern M, Lempert T, Newman-Toker DE. Classification of vestibular symptoms: towards an international classification of vestibular disorders. *J Vestib Res*. 2009;19(1-2):1-13. doi: 10.3233/VES-2009-0343
26. Bronstein AM. Visual vertigo syndrome: clinical and posturography findings. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1995 Nov;59(5):472-6. doi: 10.1136/jnnp.59.5.472
27. Дюкова ГМ, Крюков АИ, Макаров СА и др. Способ прогнозирования развития функционального головокружения после приступа доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021;121(5):120-5. doi: 10.17116/jnevro2021121051120
- Dyukova GM, Kryukov AI, Makarov SA, et al. A method for prediction functional dizziness after benign paroxysmal positional vertigo. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2021;121(5):120-5. (In Russ.) doi: 10.17116/jnevro2021121051120
28. Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A, et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Barany Society. *J Vestib Res*. 2017;27(4):191-208. doi: 10.3233/VES-170622
29. Tarnutzer AA, Kerkeni H, Diener S, et al. Diagnosis and treatment of vertigo and dizziness: Interdisciplinary guidance paper for clinical practice. *HNO*. 2025 Jun 17. (In Engl.) doi: 10.1007/s00106-025-01599-z
30. Пальчун ВТ, Гусева АЛ, Чистов СД, Левина ЮВ. Отоневрологическое обследование пациента с головокружением. *Вестник оториноларингологии*. 2015;80(5):60-6. doi: 10.17116/otorino201580560-66
- Pal'chun VT, Guseva AL, Chistov SD, Levina IuV. The otoneurological examination of a patient suffering from dizziness. *Russian Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2015;80(5):60-6. (In Russ.) doi: 10.17116/otorino201580560-66
31. Амелин АВ, Лиленко СВ, Замерград МВ и др. Ведение пациента с жалобами на головокружение на первичном приеме. *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2023;7(10):658-65. doi: 10.32364/2587-6821-2023-7-10-8
- Amelin AV, Lilenko SV, Zamergrad MV, et al. Patient management with complaints of vertigo at the first visit. *Russian Medical Inquiry*. 2023;7(10):658-65. (In Russ.) doi: 10.32364/2587-6821-2023-7-10-8
32. 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
33. Иванова ГЕ, Кунельская НЛ, Парфенов ВА и др. Вестибулярная реабилитация в комплексной терапии вестибулярного головокружения (согласованное мн-

ние 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. (In Russ.) doi: 10.14412/2074-2711-2024-1-114-121

34. Общая характеристика лекарственного препарата (ОХЛП) Веспирейт®, таблетки с пролонгированным высвобождением 15 мг. ЛП-№(002822)-(РГ-РУ). General characteristics of the medicinal

product (GCMР) of Vespirate®, prolonged-release tablets 15 mg. LP-No. (002822)-(RG-RU). (In Russ.)

35. Замерград МВ, Парфенов ВА, Агафина АС и др. Эффективность и безопасность препарата Веспирейт® (буспирон), таблетки с пролонгированным высвобождением, 15 мг, у пациентов с функциональным головокружением: результаты двойного слепого плацебоконтролируемого многоцентрового рандомизированного клинического исследования фазы III. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(5):20-34. doi: 10.14412/2074-2711-2023-5-20-34

Zamergrad MV, Parfenov VA, Agafina AS, et al. Efficacy and safety of Vespireit® (buspirone) prolonged-release tablets (PR) 15 mg in the therapy of patients with functional dizziness: results of the double-blind, placebo-controlled, multicenter, randomized, phase 3 clinical trial. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(5):20-34. (In Russ.) doi: 10.14412/2074-2711-2023-5-20-34

36. Loane C, Politis M. Buspirone: what is it all about? *Brain Res*. 2012 Jun 21;1461:111-8. doi: 10.1016/j.brain-res.2012.04.032

Поступила / отрецензирована / принята к печати
Received / Reviewed / Accepted
13.06.2025 / 22.09.2025 / 23.09.2025

Заявление о конфликте интересов / Conflict of Interest Statement

Статья спонсируется компанией «Валента Фарм». Конфликт интересов не повлиял на результаты исследования. 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 article is sponsored by Valenta Pharm. The conflict of interests did not affect the results of the study. 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.

Гусева А.Л. <http://orcid.org/0000-0002-7988-4229>
Косивцова О.В. <https://orcid.org/000-0001-5827-9428>
Парфенов В.А. <https://orcid.org/0000-0002-1992-7960>