

# Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение и цервикалгия



Косивцова О.В., Старчина Ю.А., Миленкова Н.П., Оганесян А.А.

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

Острое вестибулярное головокружение (ОВГ) является одной из наиболее частых причин обращения пациентов к врачам разных специальностей. Сопутствующая боль в шее (цервикалгия) нередко приводит к ошибочной диагностике «шейного головокружения» у пациентов с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением (ДППГ). В статье представлен клинический случай пациента 41 года с сочетанным развитием ДППГ и цервикалгии. Вследствие первоначальной ошибочной диагностики «шейного головокружения» пациент оставался нетрудоспособным в течение 6 мес. Своевременное выявление миофасциального синдрома и ДППГ позволило провести эффективную патогенетическую терапию и обеспечить быстрое возвращение пациента к профессиональной деятельности. Рассматривается эффективность применения фиксированной комбинации дименгидрината и циннаризина (препарат Арлеверт) при различных этиологических факторах ОВГ. Данная комбинация обладает минимальным седативным эффектом по сравнению с другими вестибулолитиками и способствует быстрому купированию интенсивности головокружения и вегетативной симптоматики.

**Ключевые слова:** головокружение; вертиго, острое вестибулярное головокружение; лечение; боль в шее; шейное головокружение; цервикогенное головокружение; цервикалгия; вестибулосупрессивная терапия; доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение; болезнь (синдром) Меньера; вестибулярный нейронит; диссекция позвоночной артерии; дименгидринат; циннаризин; Арлеверт; вестибулярная реабилитация.

**Контакты:** Ольга Владимировна Косивцова; [kosivtsova\\_o\\_v@staff.sechenov.ru](mailto:kosivtsova_o_v@staff.sechenov.ru)

**Для цитирования:** Косивцова О.В., Старчина Ю.А., Миленкова Н.П., Оганесян А.А. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение и цервикалгия. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2026;18(3):78–84. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2026-3-78-84>

## Benign paroxysmal positional vertigo and cervicgia

Kosivtsova O.V., Starchina Yu.A., Milenkova N.P., Oganesyana A.A.

Department of Nervous Diseases, 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 one of the most common reasons why patients seek medical advice from doctors of various specialities. Concomitant neck pain (cervicgia) often leads to a misdiagnosis of 'cervical vertigo' in patients with benign paroxysmal positional vertigo (BPPV). This article presents a clinical case of a 41-year-old patient with concurrent BPPV and cervicgia. Due to the initial misdiagnosis of 'cervical vertigo', the patient remained unable to work for 6 months. The timely identification of myofascial syndrome and BPPV enabled effective pathogenetic treatment and ensured the patient's rapid return to work. The effectiveness of a fixed combination of dimenhydrinate and cinnarizine (the drug Arlevert) in various aetiological factors of AVV is discussed. This combination has a minimal sedative effect compared with other vestibulolytics and contributes to the rapid relief of the intensity of vertigo and autonomic symptoms.

**Keywords:** dizziness; vertigo; acute vestibular vertigo; treatment; neck pain; cervical vertigo; cervicogenic vertigo; cervicgia; vestibulodepressive therapy; benign paroxysmal positional vertigo; Meniere's disease (syndrome); vestibular neuritis; vertebral artery dissection; dimenhydrinate; cinnarizine; Arlevert; vestibular rehabilitation.

**Contact:** Olga Vladimirovna Kosivtsova; [kosivtsova\\_o\\_v@staff.sechenov.ru](mailto:kosivtsova_o_v@staff.sechenov.ru)

**For citations:** Kosivtsova OV, Starchina YuA, Milenkova NP, Oganesyana AA. Benign paroxysmal positional vertigo and cervicgia. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2026;18(3):78–84. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2026-3-78-84>

Острое вестибулярное головокружение (ОВГ) представляет собой одну из распространенных причин обращения за медицинской помощью к врачам общей практики, терапевтам и неврологам [1–4]. Ведение пациентов с ОВГ нередко вызывает диагностические трудности, обусловленные непроведением отоневрологического обследования в остром периоде головокружения и высокой частотой ошибочной интерпретации клинических симптомов. Наиболее часто ОВГ развивается вследствие поражения периферического вестибулярного анализатора (доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение – ДППГ, вестибулярный нейронит, болезнь Меньера и др.), тогда как поражения ствола головного мозга и/или мозжечка являются более редкими причинами вестибулярного головокружения [1–3]. Пациенты с ОВГ часто получают ошибочные диагнозы, такие как «вертебробазиллярная недостаточность», «остеохондроз с вертебробазиллярной недостаточностью», «синдром позвоночной артерии». Одной из ведущих причин гипердиагностики в реальной клинической практике является рутинное назначение рентгенографии и/или магнитно-резонансной томографии (МРТ) шейного отдела позвоночника. Выявление дегенеративно-дистрофических изменений (остеохондроза, спондилоартрита), естественных для лиц среднего и пожилого возраста, в сочетании с цервикалгией ошибочно трактуется клиницистами как «шейное головокружение» [3–5]. Другой частой причиной диагностических ошибок, приводящих к установлению ошибочного диагноза «шейного головокружения», является сочетание ОВГ и боли в шейной области [5]. Коморбидность вестибулярной дисфункции и цервикалгии вызывает практический интерес. В частности, у пациентов с ДППГ, испытывающих выраженный страх перед провокацией приступа ОВГ, формируется паттерн компенсаторного поведения – пациенты осознанно ограничивают движения в шейном отделе позвоночника. Данная вынужденная фиксация головы приводит к выраженному тоническому напряжению перикраниальной мускулатуры и шейных мышц, формируя порочный круг «головокружение – мышечно-тонический синдром – боль» [4]. Таким образом, вторичный миофасциальный болевой синдром в шее зачастую ошибочно принимается клиницистами за первичный этиологический фактор головокружения, и это влечет за собой неадекватную терапевтическую тактику, что отражает следующее клиническое наблюдение.

#### Клиническое наблюдение

*Пациент Н., 41 года. Водитель-дальнобойщик. Обратился в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова с жалобами на головокружение, боль в области шеи слева, головную боль, тошноту, однократную рвоту.*

*Из анамнеза известно, что 6 мес назад находился в рейсе, ночью спал в кабине машины, утром после сна при попытке встать из положения лежа возникло головокружение в виде ощущения движения предметов перед глазами, вращения окружающих предметов по кругу, сопровождающееся тошнотой и рвотой. При попытке встать и подойти до соседней машины на стоянке отметил неустойчивость при ходьбе. Головокружение длилось от нескольких секунд до минуты и было связано с движением головы. Расстояние до ближайшей больницы составляло более 200 км.*

*Пациент самостоятельно медленно доехал до больницы, смотрел все время вперед, голову поворачивал медленно вместе с туловищем. Через несколько часов, со слов пациента, появилась боль в шее, преимущественно сзади и слева, постепенно нарастающая. Незначительные повороты головы усиливали боль. При обращении пациент был госпитализирован в неврологический стационар. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания, хронический гастрит.*

*По данным предоставленной выписки из стационара: объективно при поступлении состояние относительно удовлетворительное. Нормостеническое телосложение. Рост – 164 см, масса тела – 68 кг. Кожные покровы обычной окраски. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание самостоятельное, частота – 16 в минуту. Одышки нет. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 72 уд/мин. Артериальное давление (АД) – 130/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.*

*Пациент в ясном сознании, полностью ориентирован в месте и времени, когнитивных нарушений нет. Эмоционально лабилен, тревожен. При попытке лечь на спину отмечает головокружение, которое длится несколько секунд, при повороте головы влево возникает такое же головокружение с тошнотой. Ригидности шейных мышц нет, симптомы Кернига, Брудзинского, Бехтерева отрицательные. Со стороны черепных нервов изменений не выявлено. Сила в конечностях удовлетворительная, тонус не изменен, сухожильные рефлексы не изменены, патологические симптомы (Тремнера, Бабинского, Оппенгейма) не вызываются. На момент осмотра четких чувствительных расстройств не выявлено. Динамические координаторные пробы выполняет удовлетворительно, в пробе Ромберга устойчив, походка не изменена.*

*Клинический анализ крови, биохимический анализ крови и общий анализ мочи – без изменений. Дуплексное сканирование сосудов шеи не выявило стенозов в сонных, позвоночных и подключичных артериях, комплекс интима–медиа в общей сонной артерии утолщен до 1,8 мм, параметры кровотока в пределах нормы. Электрокардиография (ЭКГ) – ритм синусовый, горизонтальное положение электрической оси сердца. При рентгенографии шейного отдела позвоночника выявлены признаки унковертебрального артрита. МРТ-исследование головного мозга не обнаружило патологических изменений.*

*Пациенту установлен диагноз «цервикогенное головокружение» и проведена разъяснительная беседа о наличии у него остеохондроза шейного отдела позвоночника, который приводит к пережатию позвоночной артерии и вызывает нарушение кровоснабжения в стволе головного мозга и появление головокружения. Рекомендованы комплекс витаминов В, средства, улучшающие мозговое кровоснабжение, и ношение фиксирующего шейного воротника.*

*Пациент вернулся домой, во время поездки использовал фиксирующий воротник на шею, что, со слов пациента, ему помогло и он не отмечал головокружения, ночь спал сидя в машине. В первую ночь дома при попытке лечь на кровать развился приступ вращательного головокружения с тошнотой, который длился несколько секунд и сопровождался чувством паники и страхом инсульта. Пациент самостоятельно решил*

спать сидя и до обращения в Клинику нервных болезней спал сидя в кресле на протяжении 6 мес.

Обращение в Клинику нервных болезней произошло через 6 мес от начала развития заболевания в связи с повторением приступа вращательного головокружения, связанного с переменной положением тела. Головокружение развилось ночью во время сна в кресле при повороте на правый бок, длилось несколько секунд. При попытке повторного поворота головокружение возобновилось и длилось несколько секунд, сопровождалось тошнотой и чувством страха.

При осмотре: АД — 140/85 мм рт. ст. ЧСС — 72 уд/мин, пульс ровный, ритмичный. Неврологическое обследование отклонений не выявило. Определяются триггерные точки, напряжение и болезненность при пальпации мышц шеи и трапецевидных мышц. Лабораторные показатели в норме. ЭКГ — в норме. МРТ головного мозга и шейного отдела позвоночника — без изменений. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий — норма. Компьютерная томография-ангиография (КТ-ангиография) сосудов шеи — без изменений.

Пациенту проведено отоневрологическое обследование. В состоянии покоя нистагма нет. Корректирующие движения глазных яблок — нет. Тест на косую девиацию — отрицательный. Проба Хальмаги — отрицательная. Тест встряхивания головы — отрицательный. Проба МакКлюра—Пагини — через короткий латентный период (4 с) возникает горизонтальный нистагм, направленный вниз (геотропный), по направлению к нижерасположенному правому уху, регрессирующий в течение 30 с. Проба Дикса—Холлпайка отрицательная. Тест на выявление саккад отрицательный. Координаторные пробы, пробу на дисдиадохкинез и дисметрию выполняет удовлетворительно. Походка не изменена. В пробе Ромберга устойчив. Пробу Унтербергера выполняет удовлетворительно.

На основании клинических данных и положительной позиционной пробы МакКлюра—Пагини поставлен диагноз «доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение с повреждением правого латерального канала». Выполнен маневр Лемперта с положительным эффектом. Назначен Арлеверт по 1 таблетке 3 раза в день. Головокружение регрессировало. Пациент начал выполнять лечебные упражнения, что привело к постепенному регрессу миофасциального шейного болевого синдрома.

### Обсуждение

Представленное наблюдение отражает распространенную ошибку ведения пациента с ДППГ, когда наличие цервикалгии и выявление признаков дегенеративно-дистрофических изменений по данным рентгенографии или МРТ расценивается как шейное головокружение. Пациент обратился с жалобами на выраженное позиционное головокружение, тошноту и боль в шейно-затылочной области. На основании болевого синдрома и ограничения подвижности в шейном отделе позвоночника ему ошибочно установили диагноз «цервикогенное головокружение», назначенная терапия оказалась неэффективной. При последующем отоневрологическом обследовании с проведением позиционных тестов был верифицирован диагноз ДППГ правого латерального полукружного канала. Боль в шее была расценена как вторичный миофасциальный болевой синдром, развившийся вследствие

осознанной фиксации головы. Проведение репозиционного маневра Лемперта в сочетании с терапией миофасциального синдрома привело к полному купированию головокружения и боли, а также восстановлению качества жизни. Данный случай подчеркивает необходимость обязательного проведения отоневрологического обследования пациентов с жалобами на головокружение. Стандартное отоневрологическое обследование должно включать оценку нистагма как в покое, так и при движении глазных яблок в девяти направлениях, тест встряхивания головы, оценку вестибулоокулярного рефлекса (проба Хальмаги), позиционные пробы Дикса—Холлпайка и МакКлюра—Пагини, а также протокол HINTS «плюс» для проведения дифференциальной диагностики между периферическим и центральным вестибулярным поражением [3, 6].

Несколько пилотных исследований демонстрируют, что большинство пациентов после перенесенного приступа ОВГ предъявляют жалобы на боль в области шеи и головную боль по типу головной боли напряжения, преимущественно затылочной локализации; неустойчивость при ходьбе; трудности восприятия сложных зрительных стимулов (например, просмотр фильма в кинотеатре); снижение когнитивных способностей; общую усталость, снижающую трудоспособность; развитие тревожно-депрессивных расстройств [4]. Считается, что данные симптомы развиваются как реакция на ОВГ, а не являются причинами самого головокружения [4]. Одной из частых жалоб пациентов с ОВГ является жалоба на боль в шейной области. Боль носит ноющий характер, иногда сопровождается ощущением жжения или покалывания. При осмотре выявляются триггерные точки, болезненность при пальпации мышц шеи и трапецевидных мышц, выполняющих две основные функции — поддержание и обеспечение движений, выравнивание головы и шеи. Вероятнее всего, появление миофасциальной боли у пациентов с ОВГ обусловлено вынужденным фиксированным положением головы, так как любое движение головой приводит к усилению вестибулярного головокружения, тошноты и рвоты. При регрессе ОВГ у некоторых пациентов сохраняется вынужденное положение головы, что вызывает хронизацию 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 [7]. Вопрос о наличии шейного головокружения окончательно не решен. В качестве причин головокружения обсуждается нарушение импульсации от проприорецепторов шеи, вызванное дегенеративно-дистрофическими изменениями в позвоночнике, патологическим напряжением мышц. Движения в измененных суставах шейных позвонков, дисках, а также возникающее тоническое напряжение мышц способствуют развитию неадекватной афферентной импульсации и неправильной оценке вестибулярной системой информации о позиции головы, что вызывает ощущение кратковременного головокружения и толчков в стороны. Распространенная ранее точка зрения о том, что головокружение вызвано снижением моз-

гового кровотока вследствие экстравазальной компрессии позвоночных артерий при движениях головой, в настоящее время считается недостаточно обоснованной.

При развитии ОВГ и боли в шее необходимо исключить жизнеугрожающую сосудистую патологию — диссекцию (расслоение) позвоночной артерии. Ежегодная частота спонтанной диссекции позвоночной артерии составляет от 1,0 до 1,5 случая на 100 тыс. населения [8]. Острая, интенсивная боль в шейно-затылочной области (цефалгия и цервикалгия) часто является первым и единственным симптомом расслоения артерии, манифестирующим за несколько часов или дней до развития очагового неврологического дефицита. В отличие от вторичного миофасциального синдрома при ОВГ, при котором боль носит тупой, ноющий характер и четко связана с компенсаторным ограничением подвижности головы, боль при диссекции описывается пациентами как «громоподобная», острая или пульсирующая. Развивающееся позже вестибулярное головокружение при расслоении артерии обусловлено ишемией в вертебробазиллярном бассейне (инсульт или транзиторная ишемическая атака в стволе мозга или мозжечке). Оно почти всегда сопровождается и другими очаговыми симптомами: дисфагией, дизартрией, атаксией, синдромом Горнера или альтернирующими синдромами. Батарея тестов HINTS «плюс» позволяет дифференцировать центральное и периферическое позиционное головокружение в тех случаях, когда МРТ в диффузионно-взвешенном режиме не обнаруживает изменений в первые 48 ч развития головокружения, при котором необходимо исключить инсульт [9]. Клинический набор тестов HINTS «плюс» включает проверку «у постели пациента» вестибулоокулярного рефлекса при проведении теста импульсного поворота головы (проба Хальмаги), оценку характеристик нистагма, тест на выявление косой девиации и оценку слуха. Дифференциальная диагностика центрального и периферического ОВГ с помощью HINTS «плюс» представлена в табл. 1.

В реальной клинической практике проведение позиционных тестов (Дикса–Холлпайка, МакКлюера–Пагини) у пациентов с подозрением на сосудистую патологию шеи

строго противопоказано до исключения диссекции. Проведение экстренной нейровизуализации — КТ-ангиографии или МР-ангиографии сосудов головы и шеи — является обязательным диагностическим шагом при наличии у пациента острой атипичной боли в шее в сочетании с головокружением и другой неврологической патологией, поскольку позволяет своевременно верифицировать расслоение артерии и предотвратить развитие инвалидизирующего стволового инсульта [10].

В табл. 2 приведены основные дифференциально-диагностические критерии цервикалгии при патологии вестибулярной системы и диссекции позвоночной артерии.

В реальной клинической практике у пациентов с ДППГ врачи часто ошибочно трактуют ОВГ, связанное с переменной положения головы, как симптом, вызванный пережатием позвоночной артерии в шейном отделе в результате остеохондроза [11]. Синдром ротационного сдавления позвоночной артерии относится к очень редкому, но задокументированному явлению симптоматического сдавления позвоночной артерии костными элементами позвоночника (обычно на уровне  $C_{1-11}$ ), которое происходит при физиологическом вращении головы. Точная распространенность синдрома ротационной окклюзии позвоночной артерии в общей популяции остается не установленной, поскольку в мировой медицине это состояние официально классифицируется как редкая патология. В мировой медицинской литературе на 2025 г. подробно описано всего 233 подтвержденных клинических случая [12]. Причинами могут быть дегенеративные заболевания позвоночника, а также врожденное сужение межпозвоночных отверстий; обычно описывается и сопутствующая гипоплазия неповрежденной позвоночной артерии [13]. Чаще всего патология манифестирует в возрасте от 50 до 60 лет, когда дегенеративные изменения позвоночника и остеофиты достигают критических размеров [14–17]. Характерно развитие симптоматики при определенных движениях шеи: дроп-атаки (внезапное падение без потери сознания из-за резкой слабости в ногах в момент поворота головы); синкопе (кратковременная потеря сознания

при взгляде вверх или в сторону); приступы системного головокружения и триада симптомов — диплопия, дизартрия, дисфагия [12, 14–17]. Основным методом диагностики является КТ-ангиография, позволяющая увидеть на 3D-модели, как именно остеофит соприкасается с сосудом при ротации шеи [13, 15–17].

Взаимосвязь ОВГ и сопутствующей цервикалгии остается одной из наиболее сложных и актуальных междисциплинарных проблем в современной неврологической практике. Боль в шейно-затылочной области у пациентов с первичной вестибулярной патологией (в частности, при ДППГ) чаще всего носит вторичный характер. Она представляет собой миофасциальный болевой синдром, формирующийся вследствие компенсаторного мышечно-то-

Таблица 1. Дифференциальная диагностика центрального и периферического ОВГ с помощью HINTS «плюс»  
Table 1. Differential diagnosis of central and peripheral AVV using HINTS 'plus'

Тест	Центральное поражение	Периферическое поражение
Проба Хальмаги	Норма, саккад нет	Во время резкого поворота головы возникают корректирующие саккады
Оценка нистагма	Вертикальный, чисто торсионный, меняющий свое направление при взгляде в разные стороны	Однонаправленный горизонтальный нистагм, усиливающийся при взгляде в сторону быстрого компонента
Тест на выявление косой девиации	Вертикальное смещение одного глаза	Смещения нет
Оценка слуха	Остро развившееся снижение слуха может присутствовать при инсульте в бассейне передней нижней мозжечковой артерии	+/-

Таблица 2. Дифференциальная диагностика цервикалгии при вестибулопатии и диссекции позвоночной артерии

Table 2. Differential diagnosis of cervicgia in cases of vestibulopathy and vertebral artery dissection

Показатель	Вторичный миофасциальный синдром при вестибулопатии	Диссекция (расслоение) позвоночной артерии
Характер боли в шее	Тупая, ноющая, давящая, ощущение «тяжести» или скованности.	Острая, внезапная («громоподобная»), пульсирующая или жгучая
Локализация боли	Двусторонняя или односторонняя, диффузная (в проекции трапецевидных и затылочных мышц)	Строго односторонняя (гомолатерально поражению), иррадирует в затылок, лоб или глаз
Триггерные точки	Боль усиливается при пальпации триггерных точек; движения ограничены из-за страха головокружения	Не зависит от пальпации мышц; может провоцироваться предшествующей травмой или резким поворотом шеи
Характер головокружения	Вращательное, приступообразное, до 3 сут	Стойкое, длительное, более 3 сут
Провокация движением головы	Четко зависит от изменения положения головы в пространстве (повороты в постели, запрокидывание)	Не зависит от позиционных тестов; персистирует в покое
Неврологический дефицит	Отсутствует (симптоматика строго ограничена вестибулярными и мышечными проявлениями)	Присутствует очаговая симптоматика (дизартрия, дисфагия, атаксия, синдром Горнера, диплопия)
Анамнез	Постепенное развитие боли на фоне повторяющихся приступов головокружения	Острый дебют; часто связь с легкой травмой шеи, мануальной терапией, спортивными нагрузками
Данные УЗДГ/ТКДГ	Без патологии	Визуализация отслоенной интимы, внутрисстеночной гематомы, сужение просвета артерии
КТ-ангиография / МР-ангиография	Изменения сосудистого русла отсутствуют	Четкие признаки расслоения стенки артерии, окклюзия или критический стеноз
Безопасность репозиционных маневров	Безопасны	Категорически противопоказаны (высокий риск эмболии и стволового инсульта)

*Примечание.* УЗДГ – ультразвуковая доплерография; ТКДГ – транскраниальная доплерография.

нического напряжения и вынужденной фиксации головы. Ошибочная трактовка этого состояния как первичного «шейного» или «цервикогенного» головокружения приводит к диагностическим ошибкам, назначению неэффективной сосудистой терапии и значимому снижению качества жизни пациентов. Для оптимизации медицинской помощи и исключения гипердиагностики цервикогенных расстройств в клиническую практику должен быть внедрен диагностический алгоритм – обязательное отоневрологическое обследование. Каждый пациент с ОВГ требует проведения специализированных тестов (включая пробы Дикса–Холлпайка, МакКлюра–Пагнини и протокол HINTS «плюс») для верификации истинной причины ОВГ. При сочетании атипичной, острой боли в шее и ОВГ важно своевременно исключить диссекцию позвоночной артерии с помощью КТ- или МР-ангиографии, так как при данном состоянии репозиционные маневры категорически противопоказаны. Синдром ротационной окклюзии позвоночной артерии является крайне редкой патологией и сопровождается, помимо головокружения, обмороками и неврологической симптоматикой, характерной для поражения ствола головного мозга. Для диагностики необходимо выполнить КТ-ангиографию позвоночных артерий.

Терапевтическая тактика при ОВГ должна быть комплексной и своевременной. Быстрое купирование острого приступа с применением эффективной вестибулосупрессивной терапии (например, фиксированной комбинации

дименгидрината и циннаризина) позволяет минимизировать страх повторных приступов. Это предотвращает фиксацию порочного круга «головокружение – мышечный спазм – боль», повышает приверженность пациентов вестибулярной гимнастике и ускоряет процессы естественной габитуации. В качестве основного препарата для быстрого купирования ОВГ следует использовать Арлеверт 20+40. Арлеверт представляет собой фиксированную комбинацию дименгидрината и циннаризина, обладает минимальным седативным эффектом по сравнению с другими вестибулолитическими препаратами и помогает быстро избавиться от изнуряющего головокружения с вегетативными симптомами. Арлеверт эффективен при ОВГ как периферического, так и центрального генеза. Дименгидринат используется для купирования приступа головокружения и не замедляет процессы естественного восстановления [18, 19]. Действие направлено на блокаду гистаминовых H1-рецепторов и холинергических мускариновых рецепторов, подавляет передачу сигнала в вестибулярных ядрах и в центрах вегетативной регуляции, блокирует возбуждающие импульсы из лабиринта, что позволяет применять его при головокружении как центрального, так и периферического генеза. Дополнительным преимуществом при головокружениях различной этиологии является комбинация дименгидрината с блокатором кальциевых каналов. Среди антагонистов кальциевых каналов чаще всего используется и наиболее изучен циннаризин. Он обладает дополнительными антигистаминными и антихоли-

нергическими эффектами и продемонстрировал положительный эффект при лечении головокружения [18, 19]. Более того, когда циннаризин применяется в сочетании с дименгидрином, его эффективность в уменьшении головокружения и нейровегетативных симптомов значительно возрастает [20].

**Заключение**

Таким образом, наличие цервикалгии при ДППГ может приводить к ошибочной диагностике шейного головокружения. Выявление двух сочетанных заболеваний (ДППГ и миофасциального синдрома) позволяет провести их эффективное лечение.

**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
2. Lepkov AS, Antonenko LM. Dizziness in elderly patients: discussion based on a clinical observation. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(4):85-9 (In Russ.). doi: 10.14412/2074-2711-2024-4-85-89
3. Lepkov AS, Antonenko LM. Diagnosis and treatment of acute vertigo in emergency neurological practice. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2025;17(4):134-40. doi: 10.14412/2074-2711-2025-4-134-140
4. Amelin AV, Guseva AL, Domashenko MA и др. Стратегия ведения пациента с острым вестибулярным головокружением: точки принятия решения от приемного покоя до кабинета реабилитолога. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2026;18(1):116-22. doi: 10.14412/2074-2711-2026-1-116-122
5. Amelin AV, Guseva AL, Domashenko MA, et al. Strategy for managing patients with acute vestibular vertigo: decision-making points from the admitting department to the rehabilitation specialist's office. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2026;18(1):116-22 (In Russ.). doi: 10.14412/2074-2711-2026-1-116-122
6. 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
7. Kosivtsova OV, Starchina YA, 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
8. Барыкова ТС, Фастаковская ЕВ. Вестибулярное головокружение в неотложной неврологии и шейный остеохондроз. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2010;2(2):55-8. doi: 10.14412/1995-4484-2010-85
9. Barykova TS, Fastakovskaya EV. Vestibular vertigo in emergency neurology and cervical osteochondrosis. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2010;2(2):55-8 (In Russ.). doi: 10.14412/1995-4484-2010-85
10. Косивцова ОВ, Лебедева НВ, Старчина ЮА. Острое изолированное вестибулярное головокружение, сопровождающееся потерей слуха: инсульт или периферическая вестибулопатия. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2025;17(6):127-34. doi: 10.14412/2074-2711-2025-6-127-134
11. Kosivtsova OV, Lebedeva NV, Starchina YA. Acute isolated vestibular vertigo accompanied by hearing loss: stroke or peripheral vestibulopathy. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2025;17(6):127-34 (In Russ.). doi: 10.14412/2074-2711-2025-6-127-134
12. 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
13. Schievink WI. Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries. *N Engl J Med*. 2001 Mar 22;344(12):898-906. doi: 10.1056/NEJM200103223441206
14. Saber Tehrani AS, Kattah JC, Mantokoudis G, et al. Small strokes causing severe vertigo: frequency of false-negative MRIs and nonlacunar mechanisms. *Neurology*. 2014 Jul 8;83(2):169-73. doi: 10.1212/WNL.0000000000000573
15. Tavakoli SG, Britt TB, Agarwal S. Vertebral Artery Dissection. [Updated 2025 Apr 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441827/>
16. Антоненко ЛМ, Парфенов ВА. Вестибулярное головокружение. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020;120(6):125-30. doi: 10.17116/jnevro2020120061125
17. Antonenko LM, Parfenov VA. Vestibular vertigo. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020;120(6):125-30 (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro2020120061125
18. Bow Hunter's Syndrome: Illustrative Teaching Case with Insights and Lessons by Jin et al. was published by Eurasia Academic Publishing Group (EAAP) on March 2, 2025. Accepted on February 17, 2025.
19. Ho CY, Douglas-Akinwande AC, Rankin JL. Multichannel computed tomography angiography and its role in the evaluation of rotational vertebrobasilar insufficiency. *J Comput Assist Tomogr*. 2008 Jan-Feb;32(1):151-5. doi: 10.1097/RCT.0b013e31806210a2
20. Dabus G, Gerstle RJ, Parsons M, et al. Rotational vertebrobasilar insufficiency due to dynamic compression of the dominant vertebral artery by the thyroid cartilage and occlusion of the contralateral vertebral artery at C1-2 level. *J Neuroimaging*. 2008 Apr;18(2):184-7. doi: 10.1111/j.1552-6569.2007.00177.x
21. Bulsara KR, Velez DA, Villavicencio A. Rotational vertebral artery insufficiency resulting from cervical spondylosis: case report and review of the literature. *Surg Neurol*. 2006 Jun;65(6):625-7. doi: 10.1016/j.surneu.2005.08.016
22. Miele VJ, France JC, Rosen CL. Subaxial positional vertebral artery occlusion corrected by decompression and fusion. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008 May 15;33(11):E366-70. doi: 10.1097/BRS.0b013e31817192a1
23. Petridis AK, Barth H, Buhl R, Mehdorn HM. Vertebral artery decompression in a patient with rotational occlusion. *Acta Neurochir (Wien)*. 2008;150:391. doi: 10.1007/s00701-008-1502-4
24. 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
25. Martin-Enguix D, Gomez Gabaldon N, Amaro-Gahete FJ. Efficacy and safety of the cinnarizine/dimenhydrinate combination versus betahistine in the treatment of vertigo: A systematic literature review. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed)*. 2025 Nov-Dec;76(6):512274. doi: 10.1016/j.otoeng.2025.512274
26. Pytel J, Nagy G, Toth A, et al. Efficacy and tolerability of a fixed low-dose combination of cinnarizine and dimenhydrinate in the treatment of vertigo: a 4-week, randomized, double-blind, active- and placebo-controlled, parallel-group, outpatient study. *Clin Ther*. 2007 Jan;29(1):84-98. doi: 10.1016/j.clinthera.2007.01.010

Поступила / отрецензирована / принята к печати  
Received / Reviewed / Accepted  
29.03.2026 / 03.06.2026 / 04.06.2026

## **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>  
Миленкова Н.П. <https://orcid.org/0009-0005-5394-2362>  
Оганесян А.А. <https://orcid.org/0009-0005-5399-5931>