

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТУРАЛЬНЫМ ФОБИЧЕСКИМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ

М.В. Романова, Е.В. Исакова, С.В. Котов

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ)

Проведено комплексное клиническое обследование 25 больных с постуральным фобическим головокружением. Оценены соматическое состояние, неврологический статус, выполнены нейровизуализационное и стабилметрическое исследования, нейропсихологическое тестирование с использованием оценочных клинических шкал. Выявлена эффективность комплексной реабилитации, включающей вестибулярную гимнастику, стабилметрический тренинг, психотерапию и фармакотерапию в коррекции психоэмоциональных расстройств.

Ключевые слова: головокружение, атаксия, депрессия, вестибулярная гимнастика, стабилметрия.

COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTURAL PHOBIC DIZZINESS

M.V. Romanova, E.V. Isakova, S.V. Kotov

M.F. Vladimirsky Moscow Regional Clinical and Research Institute (MONIKI)

A total of 25 patients with postural phobic dizziness were examined. Somatic state and neurological status were assessed, neurovisualization and stabilometric investigation were carried out as well as a neuropsychological testing using estimation scales. The efficiency of complex rehabilitation was revealed including vestibular gymnastics, stabilometric training, psychotherapy, and pharmacotherapy in correction of psychoemotional disturbances.

Key words: dizziness, ataxia, depression, vestibular gymnastics, stabilometry.

Головокружение – один из наиболее часто встречающихся симптомов в неврологической практике. Необходимо помнить, что это всего лишь клинический симптом, а не самостоятельное заболевание. Оно может быть проявлением различных болезней, связанных с патологией сердечно-сосудистой и эндокринной систем, заболеваний позвоночника, головного мозга, психических расстройств и др., всего около 80 различных нозологических форм. В связи с этим правильный диагноз и адекватное лечение получают не более 20% пациентов [1, 4, 9].

Одним из наиболее частых видов головокружения является психогенное, которое по распространенности в популяции занимает второе место после доброкачественного позиционного пароксизмального головокружения [1]. Психогенное головокружение может развиваться у больного, перенесшего когда-либо хотя бы один острый эпизод вестибулярного головокружения, а может возникнуть без всяких признаков поражения вестибулярной системы [9]. В первом случае оно представляет собой реакцию больного на

стресс, вызванный возникновением сильного и нередко необъяснимого вестибулярного головокружения, тошноты, рвоты, неустойчивости при ходьбе. Формированию этого вида зачастую способствует установленный ранее диагноз острого нарушения мозгового кровообращения или вертебробазилярной недостаточности у пациентов с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением [1, 8, 9, 17].

В другом случае головокружение возникает в структуре некоторых неврозов. Вначале психопатологические симптомы могут никак не проявляться, протекая субклинически. Пациенты обычно обращаются к оториноларингологу, терапевту, неврологу с жалобами на постоянное нарушение равновесия, несистемное головокружение (ощущение дурноты, неустойчивости при ходьбе, падения) или (редко) на системное головокружение с вегетативными симптомами и тошнотой. При внимательном анализе развития заболевания у таких пациентов обращает на себя внимание плохая переносимость вестибулярных раздражителей, возникающая, как правило, уже с дет-

ского возраста, что иногда дает возможность связать данные ощущения с минимальными нарушениями в вестибулярной системе [1, 10, 13, 22].

В зависимости от «фонового» психического расстройства позднее присоединяются снижение мотивации и концентрации внимания, субъективное ощущение профессиональной непригодности, вегетативные нарушения (сердцебиение, потливость, одышка, страх удушья, снижение аппетита), эмоциональные расстройства, нарушения сна и тревожность. Больные уверены, что причиной этих симптомов является головокружение, и редко информируют врача о предшествующих стрессовых и психотравмирующих ситуациях [1, 9, 11, 22].

Наиболее частой разновидностью психогенного головокружения является фобическое постуральное головокружение. Его основные особенности – отсутствие объективных признаков нарушения равновесия и неустойчивость стоя и при ходьбе, ощущение головокружения как чувства дереализации и неустойчивости, выраженного в различной степени, приступообразный страх падения (без падений как таковых). Приступы возникают при определенных условиях (например, в многолюдных местах, магазинах, ресторанах, на мосту, в пустой комнате), провоцирующих, как правило, и другие фобии. Постепенно, со временем, число ситуаций, способствующих появлению головокружения, увеличивается.

В течение приступа или сразу после него больные отмечают тревожность, возникновение вегетативных нарушений. Уменьшение интенсивности головокружения наблюдается под действием небольших доз алкоголя или во время занятий спортом. Возникновение фобического постурального головокружения отмечено у лиц с психологическими особенностями, склонных к навязчивым состояниям, у перфекционистов, предъявляющих к себе повышенные требования [1, 10, 17, 22]. Пик заболеваемости приходится на возрастную промежуток от 20 до 50 лет, и в этом периоде, как показывают проведенные исследования, фобическое постуральное головокружение является одной из самых частых причин головокружения (Strupp и соавт., 2003). Мужчины и женщины болеют одинаково часто. При оценке неврологического статуса у этих пациентов не выявляется никаких нарушений. Чаще всего у них не отмечают никаких изменений и при проведении стабильного исследования [9, 13].

Предполагая психогенную природу головокружения, прежде всего, необходимо исключить его органическое происхождение, так как длительно существующее вестибулярное расстройство может привести к развитию тревожного расстройства и/или депрессии [9, 17, 21]. После того, как органическая причина головокружения исключена, показана консультация психоневролога для подтверждения диагноза, установле-

ния типа психического расстройства и выбора тактики лечения.

Диагностика психогенного головокружения включает два последовательных и обязательных этапа: диагностика негативная (исключение других возможных причин головокружения) и позитивная. **Негативная диагностика** включает комплексное клиническое обследование пациента с обязательным привлечением специалистов: ото- и психоневрологов, кардиологов, офтальмологов, эндокринологов. Таким образом, при обследовании больного с головокружением на первом этапе важно выявить непосредственную причину, вызвавшую нарушения. При этом необходим подробный анализ жалоб с выяснением особенностей состояния, которое пациент характеризует как «головокружение». При вестибулярном, системном, истинном головокружении или «вертиго» пациент испытывает иллюзорное ощущение движения неподвижной окружающей среды в любой плоскости, а также ощущение движения или вращения собственного тела. Причиной системного головокружения является поражение вестибулярного анализатора на периферическом или центральном уровне.

Психогенное головокружение головокружением как таковым не является. Оно всегда носит несистемный характер. Пациент описывает любые ощущения, кроме вращения: «туман в голове», неустойчивость, страх падения, проваливание и другие. При проведении дифференциального диагноза необходимо выявление и уточнение характера сопутствующих соматических и неврологических проявлений для исключения органических причин несистемного головокружения. С этой целью проводят исследование нистагма, тесты на удержание равновесия, аудиографическое исследование, компьютерную или магнитно-резонансную томографию, ультразвуковую доплерографию магистральных артерий головы с компрессионно-функциональными пробами, рентгенографию черепа и внутреннего слухового прохода, шейного отдела позвоночника.

Позитивная диагностика представляет собой непосредственное уточнение характера головокружения. Головокружение, развивающееся в связи с психическими или эмоциональными нарушениями, характеризуется неопределенностью формулировки жалоб и, кроме того, комплексом ощущений: потемнением в глазах с потерей четкости зрительного восприятия; ощущением дурноты, легкостью в голове или предобморочным состоянием, зрительным восприятием неустойчивости или движения себя или окружающих предметов (невесомость, дрожь, колебания и др.), субъективной неустойчивостью с ощущением потери равновесия [13, 14].

В МКБ-10 выделяется целый ряд состояний, в структуре которых определен симптом «головокру-

жения», к ним относятся следующие расстройства: стрессовые (острая стрессовая реакция, посттравматическое стрессовое расстройство), фобические, панические, генерализованные тревожные, соматоформные, включающие фобическое постуральное головокружение и неврастению, органические эмоциональные лабильные (астенические) [18].

Головокружение при стрессовых и тревожных расстройствах тесно связано с тревожным, фобическим и паническим синдромами [10, 12, 13]. В ряде исследований, посвященных изучению причин головокружения среди пациентов, страдающих невротическими расстройствами, продемонстрирована четкая взаимосвязь между развитием головокружения и наличием тревожных расстройств. Тревога является причиной головокружения в 30% случаев, еще у трети пациентов тревожные реакции возникают как следствие головокружения, обусловленного патологией вестибулярного аппарата, у трети пациентов отмечается обострение предшествующих тревожных расстройств, в связи с головокружением при патологии ЛОР-органов. При этом в первом и третьем случае выявляются панические расстройства [12].

Наиболее часто ощущение головокружения возникает при генерализованном тревожном расстройстве. В этом случае больной страдает от постоянных неоправданных опасений за свою семью, здоровье, работу или материальное благополучие. Пациент с генерализованной тревогой предъявляет большое количество соматических (вегетативных) жалоб, где головокружение может быть как одной из ведущих, так и единственной. В других случаях психические расстройства выражены слабо, а в клинической картине действительно преобладает головокружение. Такой вариант наиболее часто встречается у пациентов с вестибулопатией врожденного характера, усугубляющейся тревожными расстройствами. Врожденная вестибулярная недостаточность отмечается, как правило, с раннего детства и проявляется плохой переносимостью транспорта (укачивание), высоты, качелей, каруселей и др. С возрастом эти симптомы становятся для пациента менее актуальными, с годами происходит тренировка вестибулярного аппарата, способствующая компенсации вестибулярных нарушений. Однако при возникновении тревоги перечисленные симптомы могут возникать вновь, проявляясь различными ощущениями в виде неустойчивости, «уплывания почвы из-под ног» и другими, которые трактуются ими как головокружение.

Нередко психогенное головокружение может быть одним из симптомов панического расстройства, для которого характерно повторное возникновение панических атак и тревоги ожидания проявления следующего приступа. Для диагностики панической атаки необходимо наличие эмоциональных расстройств

различной выраженности – от ощущения дискомфорта до паники и других психических или соматических симптомов. Головокружение в этом случае может возникать спонтанно, без каких-либо видимых причин. Более чем в половине случаев удается выяснить, что головокружение возникло после эмоционального стресса или пережитого пациентом страха, особенно это касается самого первого и, как правило, наиболее тяжелого приступа.

Таким образом, можно выделить следующие основные клинические особенности психогенного головокружения.

1. Головокружение появляется спонтанно, но часто связано с особыми «перцептивными» стимулами (лестница, улица, большая площадь) или ситуациями, которые воспринимаются пациентами как провоцирующие факторы (метро, собрание и т.д.).

2. Головокружение возникает в положении стоя и во время ходьбы, несмотря на нормальное выполнение таких тестов на устойчивость, как проба Ромберга, «танцевальная ходьба», проба «стояния на одной ноге» и т.д. При психогенном головокружении, как правило, отмечается значительное уменьшение пошатывания в позе Ромберга при отвлечении внимания пациента.

3. Начало заболевания следует за периодом пережитого страха или эмоционального стресса и нередко возникает у лиц с врожденной неполноценностью вестибулярного аппарата.

4. Головокружение могут сопровождать тревога и тревожно-депрессивные расстройства.

5. Объективные клинические и параклинические признаки органической патологии при головокружении отсутствуют.

В лечении психогенного головокружения используют комплексную терапию, включающую как нелекарственные, так и лекарственные методы [8]. Среди средств, применяемых для лечения депрессивных состояний, лежащих в основе психогенного головокружения, наиболее эффективны препараты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС): одним из них является флувоксамин (феварин). Его рекомендуемая доза для взрослых составляет 50 или 100 мг (однократно вечером). Постепенно доза повышается до уровня эффективной, составляющей обычно 100 мг. Доза подбирается индивидуально в зависимости от реакции пациента на лечение и может достигать 300 мг в сутки. Суточные дозы свыше 150 мг следует распределять на несколько приемов [2, 3, 6, 7]. Для профилактики рецидивов депрессии рекомендуется принимать ежедневно по 100 мг препарата феварина раз в день.

Одновременно с базовой медикаментозной терапией начинают проведение сеансов психотерапии и вестибулярную реабилитацию. Комплекс вестибулярной программы включает упражнения, направленные

на тренировку и снижение возбудимости вестибулярного аппарата, обязательную дыхательную и общеукрепляющую гимнастику, занятия на тренажерах, основанные на принципе биологической обратной связи (БОС) с использованием стабилметрической платформы, и др.

Специальные компьютерные программы БОС разработаны для лечения пациентов с головокружением и нарушением равновесия. Они основаны на визуализации положения центра давления или управления определенными действиями посредством перемещения пациента. Задачей упражнения является удержание центра давления в области мишени. При этом больной должен, стоя на стабилметрической платформе перед монитором, посредством перемещения корпуса относительно стоп совмещать с мишенью свой центр давления, демонстрируемый ему на экране с помощью курсора, и перемещать мишень в определенный участок экрана или удерживать центр давления в центре мишени. Врач же, изменяя масштаб, может менять площадь опоры пациента, усложняя или упрощая его задачу.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами определена эффективность комплексной вестибулярной реабилитации у пациентов с психогенным головокружением. Проведено комплексное обследование и лечение 25 больных – 19 женщин и 7 мужчин в возрасте от 28 до 72 лет (средний возраст $52,2 \pm 2,5$ года), обратившихся к неврологу МОНКИ им. М.Ф. Владимирского с ведущей жалобой на головокружение. По результатам проведенного комплексного обследования у пациентов было диагностировано постуральное фобическое головокружение. Характерными были жалобы на неопределенные ощущения, обозначенные как «внутреннее головокружение», «туман в голове», состояние «легкого опья-

нения», чувство дереализации в пространстве, «дурноты», нарушение равновесия постоянного характера, ощущение падения, проваливания. В дальнейшем присоединялись жалобы на снижение внимания, быструю утомляемость, а также на сердцебиение, потливость, тошноту, страх удушья, отсутствие аппетита, нарушение сна и другие вегетативные расстройства.

При оценке неврологического статуса обращало на себя внимание отсутствие острой очаговой неврологической симптоматики, а также атактических нарушений при выполнении координаторных проб с интеллектуальной нагрузкой (счет, ответы на вопросы и др.). Клиническое обследование включало лабораторные методы, нейровизуализационное исследование (МРТ/РКТ головного мозга), консультации врача-терапевта, офтальмолога, оториноларинголога. Все пациенты были консультированы психотерапевтом. Астеноневротические расстройства (F45.0 по МКБ-10) были диагностированы у 11 пациентов (44%), депрессивно-ипохондрические (F45.2) – у трех (12%), тревожно-невротические (F41.2) – у 7 (28%), соматоформная дисфункция, панические атаки (F45.3, F41.0) – у четырех (16%). По результатам проведенного стабилметрического исследования было выявлено, что имеются функциональные нарушения, характеризующиеся неустойчивостью в основной стойке позы Ромберга (табл. 1).

Тестирование по шкале Спилберга позволило установить, что ситуативная тревожность в группе пациентов с центральным вестибулярным головокружением составила 38 баллов, в группе с фобическим постуральным головокружением – 54 балла. При оценке результатов тестирования по шкале Бека в группе пациентов с центральным вестибулярным головокружением показатель депрессии составил 18 баллов, в группе с фобическим постуральным головокружением – 42 балла.

Помимо терапии, включающей прием феварина в дозе 100 мг в сутки на протяжении всего периода госпитализации и занятий с психотерапевтом, всем

Таблица 1

Результаты стабилметрического исследования пациентов с постуральным фобическим головокружением до реабилитации

Проба Ромберга		Min	Max	M±m
Смещение по оси X	открытые глаза	-18,50	15,70	-4,33±2,68
	закрытые глаза	-16,20	33,70	4,96±3,67
Смещение по оси Y	открытые глаза	-36,0	35,40	1,074±6,57
	закрытые глаза	-39,0	32,50	-0,57±6,18
Длина статокенизограммы (L), мм	открытые глаза	305	2257	740,5±134,2
	закрытые глаза	282	1782	745,1±103,25
Энергия (Ei), Дж	открытые глаза	1	91	13,31±5,88
	закрытые глаза	1	72	12,68±4,53

пациентам проводилась вестибулярная реабилитационная программа, куда входили вестибулярная и дыхательная гимнастика, занятия на стабилметрической платформе. Курс лечения – 10 сеансов. В дальнейшем пациенты продолжали прием феварина под контролем психоневролога (психиатра, невролога) до 6-12 месяцев в зависимости от динамики состояния при лечении основного заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На фоне комплексной вестибулярной реабилитации отмечалось улучшение состояния: уменьшалась выраженность головокружения, неустойчивости, отмечен достоверный ($p \leq 0,01$) регресс субъективных неврологических симптомов. Обнаружено статистически значимое снижение реактивной и личностной тревожности на фоне реабилитационного лечения: выраженность реактивной тревожности уменьшилась с $49,2 \pm 1,8$ до $35,7 \pm 2,3$ балла, личностная тревожность – с $53,8 \pm 1,5$ до $37,6 \pm 1,6$ балла. Обнаружено достоверное

($p \leq 0,01$) уменьшение депрессии при оценке по шкале Бека с $15,5 \pm 0,7$ до $11,4 \pm 0,5$ балла (табл. 2).

При контрольном стабилметрическом исследовании выявлено уменьшение показателя длины статокинезиограммы с $803,62 \pm 126,84$ до $594,04 \pm 100,92$ мм в положении «глаза открыты» и с $843,19 \pm 108,14$ до $658,15 \pm 115,7$ мм в положении «глаза закрыты». Отмечено статистически значимое уменьшение индекса энергии при удержании вертикального баланса: так, при открытых глазах индекс энергии уменьшился с $16,55 \pm 6,37$ до $10,34 \pm 5,45$ Дж, в положении «глаза закрыты» – с $18,06 \pm 6,6$ до $12,98 \pm 5,57$ Дж (табл. 3).

Таким образом, в результате комплексного лечения пациентов с психогенным головокружением, включающего помимо традиционного лечения вестибулярную реабилитацию, была выявлена положительная динамика в состоянии больных, регресс психоэмоциональных расстройств, уменьшение или полное исчезновение вестибулярных нарушений, о чем свидетельствуют и данные проведенных объективных исследований. Полученные результаты позволяют рекомендовать

Таблица 2

Динамика показателей тревоги и депрессии у пациентов с фобическим постуральным головокружением на фоне комплексной реабилитации, баллы

Показатель	До лечения	После лечения	p
По шкале Бека	$15,5 \pm 0,7$	$11,4 \pm 0,5$	$\leq 0,01$
По шкале Спилберга:			
реактивная тревожность	$49,2 \pm 1,8$	$35,7 \pm 2,3$	$\leq 0,01$
личностная тревожность	$53,8 \pm 1,5$	$37,6 \pm 1,6$	$\leq 0,01$

Таблица 3

Динамика показателей стабилметрии до и после комплексной реабилитации у пациентов с фобическим постуральным головокружением (проба Ромберга)

Показатель	До лечения	После лечения	p
X (глаза открыты)	$-2,37 \pm 3,0$	$-3,65 \pm 2,52$	$> 0,05$
X (глаза закрыты)	$3,99 \pm 3,2$	$-1,29 \pm 2,7$	$> 0,05$
Y (глаза открыты)	$-4,11 \pm 4,49$	$0,64 \pm 3,58$	$> 0,05$
Y (глаза закрыты)	$-6,45 \pm 4,31$	$-0,44 \pm 3,72$	$> 0,05$
L (глаза открыты)	$803,62 \pm 126,84$	$594,04 \pm 100,92$	$\leq 0,01$
L (глаза закрыты)	$843,19 \pm 108,14$	$658,15 \pm 115,72$	$\leq 0,01$
Ei (глаза открыты)	$16,55 \pm 6,37$	$10,34 \pm 5,45$	$\leq 0,05$
Ei (глаза закрыты)	$18,06 \pm 6,6$	$12,98 \pm 5,57$	$\leq 0,05$

Примечание: X – смещение центра давления по оси X; Y – смещение центра по оси Y; L – длина статокинезиограммы, мм; Ei – индекс давления, Дж.

данный комплекс занятий для реабилитации пациентов с постуральным фобическим головокружением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брандт Т., Дитерих М., Штрупп М. Головокружение / пер. с англ. М.: Практика, 2009.
2. Дубницкая Э.Б. Опыт применения флувоксамина (феварина) при психогенных депрессиях // Психиат. и психофармакотер. 2005. №2 (7). С.77-78.
3. Костюкова Е.Г., Граненов Г.М., Андрейчик Л.А. и др. Сравнительная эффективность флувоксамина и амитриптилина при лечении умеренной и тяжелой депрессии // Новые достижения в терапии психических заболеваний. М., 2002. С.305-315.
4. Мельников О.А. Некоторые аспекты диагностики и лечения головокружения // Леч. врач. 2000. №9. С.1-4.
5. Неврология для врачей общей практики // под ред. А.М. Вейна. М., 2001. С.456-470.
6. Незнамов Г.Г., Сюняков С.А., Телешева Е.С. Терапевтическое действие и эффективность феварина (флувоксамина) у больных с непсихотическими тревожными и апатоадинамическими депрессиями // Журн. неврол. и психиат. 2001. №8. С.19-24.
7. Пантелеева Г.П., Абрамова Л.И., Коренев А.Н. Сравнительная характеристика терапевтической эффективности нового поколения антидепрессантов из группы СИОЗС // Совр. психиат. 1998. №6. С.12-16.
8. Парфенов В.А. Диагноз и лечение при головокружении // Лечение забол. нерв. сист. 2009. №1. С.3-8.
9. Парфенов В.А., Замерград М.В., Мельников О.А. Головокружение: диагностика и лечение, распространенные диагностические ошибки. М., 2009.
10. Филатова Е.Г. Тревога в неврологической практике // Лечение нерв. бол. 2005. №1. С.7-14.
11. Andersson G., Yardley L. Time-series of the relationship between dizziness and stress // Scan. J. Psychol. 2000. V.41, No.1. P.49-54.
12. Bermack J.E., Debonnel G. The role of sigma receptors in depression // J. Pharmacol. Sci. 2005. V.97. P.317-336.
13. Brandt T., Dieterich M. Vertigo and dizziness: common complaint. London: Springer, 2008.
14. Cobos E.J., Entrena J.M., Nieto F.R. et al. Pharmacology and therapeutic potential of sigma (1) receptor ligands // Curr. Neuropharmacol. 2008. No.6. P.344-366.
15. Hashimoto K., Fujita Y., Iyo M. Phencyclidine-induced cognitive deficits in mice are improved by subsequent subchronic administration of fluvoxamine: role of sigma-1 receptors // Neuropsychopharmacology. 2007. V.32. P.514.
16. Hindmarch I., Hashimoto K. Cognition and depression: the effects of fluvoxamine, a sigma-1 receptor agonist, reconsidered // Hum. Psychopharmacol. 2010. V.25. P.193-200.
17. Huppert D., Kunihiro T., Brandt T. Phobic postural vertigo (154 patients): its association with vestibular disorders // J. Audiol. Med. 1995. V.4. P.97-103.
18. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: WHO, 1994.
19. Kishimoto A., Todani A., Miura J. et al. The opposite effects of fluvoxamine and sertraline in the treatment of psychotic major depression: a case report // Ann. Gen. Psychiatry. 2010. No.9. P.23.
20. Mehmet K. Central vertigo and dizziness: epidemiology, differential diagnosis and common causes // Neurologist. 2008. V.14, No.6. P.355-364.
21. Querner V., Krafczyk S., Dieterich M., Brandt T. Patients with somatoform phobic postural vertigo: the more difficult the balance task, the better the balance performance // Neurosci. Lett. 2005. V.285. P.21-24.
22. Staab J. Psychogenic dizziness versus otogenic anxiety // Laryngoscope. 2003. V.113, No.10. P.1714-1716.
23. Vagnerova K., Hurn P.D., Bhardwaj A. et al. Sigma 1 receptor agonists act as neuroprotective drugs through inhibition of inducible nitric oxide synthase // Anesth. Analg. 2006. V.103. P.430-434.