

М.В.РОМАНОВА, С.В.КОТОВ, Е.В.ИСАКОВА, д.м.н., профессор,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского», факультет усовершенствования врачей, кафедра неврологии ФУВ

ПСИХОГЕННОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Обследовано 35 больных с жалобами на психоэмоциональные нарушения, а также головокружение несистемного характера, шаткость при ходьбе. Использовали объективные методы, включающие оценку неврологического статуса, нейровизуализацию, оценочные клинические шкалы, нейропсихологическое тестирование, стабилometriю. Выявлена эффективность комплексной реабилитации в коррекции психоэмоциональных расстройств.

Ключевые слова: головокружение, атаксия, вестибулярная гимнастика, стабилometriя

Головокружение — один из наиболее часто встречающихся симптомов в неврологической практике. Жалобы на головокружение занимают 3-е место после жалоб на головную боль и боли в спине. При этом необходимо помнить, что головокружение всего лишь клинический симптом, а не самостоятельное заболевание. Оно может быть проявлением различных заболеваний, связанных с патологией сердечно-сосудистой, эндокринной системы, заболеваний позвоночника, головного мозга, психических расстройств и т.д. (всего около 80 различных нозологических форм), в связи с чем правильный диагноз и адекватное лечение получают не более 20% пациентов [1]. На сегодняшний день принято выделение системного (истинного, вестибулярного) и несистемного головокружения.

Наиболее частым видом головокружения, согласно Т.Брандту, является психогенное головокружение, которое занимает 2-е место после доброкачественного пароксизмального головокружения. Причиной психогенного головокружения может служить любое психическое заболевание, но наиболее часто — тревожные расстройства [5].

Под психогенным головокружением понимают неопределенные ощущения, описываемые как головокружения, которые наиболее часто возникают

при невротических, связанных со стрессом, расстройствах.

Диагностика психогенного головокружения включает два последовательных и обязательных этапа: негативная (исключение других возможных причин головокружения) и позитивная диагностика (непосредственное уточнение характера расстройства).

1. Негативная диагностика, направленная на исключение всех других возможных причин головокружения:

- поражения вестибулярной системы на любом уровне;
- соматических и неврологических заболеваний, сопровождающихся липотимией;
- неврологических заболеваний, сопровождающихся нарушением ходьбы и равновесия.

Для этого необходимо тщательное обследование больного с привлечением специалистов смежных специальностей (отоневрологов, кардиологов, гематологов и др.), а также проведением тщательного параклинического исследования.

Таким образом, при обследовании больного с головокружением на первом этапе важным является определение типа головокружения, требующее тщательного сбора анамнеза. Необходим подробный анализ жалоб с выяснением особенностей состояния, которое пациент характеризует и определяет 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 как таковым головокружением не является. Оно всегда носит несистемный характер. Пациент описывает любые ощущения, кроме вращения: «туман в голове», неустойчивость, страх падения и др.

При проведении дифференциального диагноза необходимо выявление и уточнение характера сопутствующих соматических и неврологических проявлений для исключения других органических причин несистемного головокружения. С этой целью проводят исследование нистагма, тестов на равновесие, аудиографическое исследование, компьютерную томографию (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ), ультразвуковую доплерографию магистральных артерий головы, компрессионно-функциональные пробы, рентгенографию черепа, внутреннего слухового прохода, шейного отдела позвоночника.

2. Головокружение, развивающееся в связи с психическими или эмоциональными нарушениями, характеризуется неопределенностью в формулировке жалоб на головокружение, а также комплексом других ощущений:

- потемнение в глазах с потерей четкости зрительного восприятия;
- ощущение дурноты, легкость в голове или предобморочное состояние;
- зрительное восприятие неустойчивости или движения себя или окружающих предметов (невесомость, дрожь, колебания и др.);
- нереальность окружающего;
- субъективная неустойчивость с ощущением потери равновесия [8].

Клиническая картина тревожных расстройств включает такие симптомы, как тревога, ощущение напряженности и скованности, а также соматические симптомы, обусловленные преимущественно

усилением активности симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Изолированно тревожные нарушения в клинической практике встречаются относительно редко. В большинстве случаев у 70% пациентов тревожные расстройства сочетаются с депрессией. Психические симптомы тревоги и депрессии во многом сходны и перекрывают друг друга. При длительном существовании тревожных нарушений у пациента неизбежно развивается депрессия. Появление депрессии может сопровождаться такими симптомами, как хроническое болевое расстройство, снижение массы тела, нарушение сна, и другими, что может усиливать симптомы тревоги. Таким образом, развивается порочный круг: длительное существование тревоги обуславливает развитие депрессии, депрессия усиливает симптомы тревоги [5].

Согласно МКБ X пересмотра выделяют семь видов расстройств, в структуре которых выделен симптом «головокружение»: стрессовые расстройства (острая стрессовая реакция, посттравматическое стрессовое расстройство); фобическое расстройство (агорафобия и др.); паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство; соматоформное расстройство (включает фобическое постуральное головокружение); неврастения; органическое эмоциональное лабильное (астеническое) расстройство [7].

Головокружение при стрессовых и тревожных расстройствах имеет тесную связь с тревожным, фобическим и паническим синдромами. При этом наиболее часто головокружение наблюдается при паническом, фобическом расстройстве и острых стрессовых реакциях, что сопровождается выраженной тревогой и страхом с признаками нарушенного сознания [6].

В ряде исследований, посвященных изучению причин головокружения среди пациентов, страдающих невротическими расстройствами, была продемонстрирована четкая взаимосвязь между развитием головокружения и наличием тревожных расстройств. Тревога являлась причиной головокружения в 30% случаев, еще у одной трети пациентов тревожные реакции были следствием головокружения, обусловленного патологией вестибулярного

аппарата, в трети случаев было отмечено обострение предшествующих тревожных расстройств в связи с головокружением при патологии ЛОР-органов. При этом в первом и третьем случае выявлялись панические расстройства [9].

Наиболее часто ощущение головокружения возникает у пациентов с генерализованным тревожным расстройством. 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 одной из ведущих или единственной. В других случаях психические расстройства выражены слабо, а в клинической картине действительно преобладает головокружение. Наиболее часто последний вариант встречается у тех пациентов, которые имеют вестибулопатию врожденного характера, усугубляющуюся 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 для пациента становятся менее актуальны, 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, «уплыwania почвы из-под ног», которые трактуются как головокружение.

Нередко психогенное головокружение может быть одним из симптомов панического расстройства, для которого характерно повторное возникновение панических атак и тревоги ожидания возникновения следующего приступа. Для диагностики панической атаки необходимо наличие эмоциональных расстройств, выраженность которых может колебаться от ощущения дискомфорта до паники и других психических или соматических симптомов. Головокружение в этом случае может возникать спонтанно без каких-либо видимых причин. Однако более чем в половине случаев удается выяснить, что головокружение возникло после эмо-

ционального 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:

- Головокружение появляется спонтанно, но часто связано с особыми «перцептивными» стимулами (лестница, пустое пространство) или ситуациями, которые воспринимаются больными как провоцирующие факторы (метро, собрание и т.д.).
- Головокружение и жалобы имеют место в положении стоя и во время ходьбы, несмотря на нормальное выполнение таких тестов на устойчивость, как проба Ромберга, тандемная ходьба, стояние на одной ноге и т.д. При психогенном головокружении, как правило, отмечается значительное уменьшение пошатывания в позе Ромберга при отвлечении внимания.
- Начало заболевания следует за периодом пережитого страха или эмоционального стресса и нередко возникает у лиц с врожденной неполноценностью вестибулярного аппарата.
- Тревога и тревожно-депрессивные расстройства сопровождают головокружение, хотя оно может быть и без тревоги.
- Отсутствуют объективные клинические и параклинические признаки органической патологии.

На сегодняшний день в лечении психогенного головокружения используют комплексную терапию, сочетающую как нелекарственные, так и лекарственные методы [5]. Одним из ведущих направлений немедикаментозного лечения является снижение возбудимости вестибулярного аппарата и тренировка, включающая вестибулярную и дыхательную гимнастику, занятия на тренажерах, основанных на принципе биологической обратной связи с использованием стабилметрической платформы, и др.

В настоящее время целесообразно проводить чередование вестибулярной и дыхательной гимнастики.

Примерный комплекс упражнений:

- 1) слежение глазами, когда пациент сидит удобно, держа в руках небольшой плотный листок бума-

ги с напечатанными на нем обычным шрифтом несколькими словами. Листок держится на расстоянии 30 см на уровне глаз. Пациент передвигает листок в горизонтальной плоскости вправо и влево. Упражнение повторяют, передвигая листок по вертикали, затем — по горизонтали. Во время упражнения голова должна оставаться неподвижной, следить за листком можно только глазами. В каждой плоскости необходимо повторять упражнение 15–20 раз;

2) затем пациент переходит на ритмичное носовое дыхание с закрытым ртом в привычном темпе (30 секунд);

3) повороты головы при фиксированном зоре, при этом пациент сидит и фиксирует взор на неподвижном предмете, расположенном примерно в 30 см перед глазами (например, на карандаше на вытянутой руке). Поворачивает голову в горизонтальной плоскости из стороны в сторону. Упражнение повторяют 15–20 раз;

4) после этого выполняется следующее упражнение дыхательной гимнастики — брюшное дыхание: стараясь держать грудную клетку неподвижной, во время вдоха пациент максимально выпячивает переднюю стенку живота, особенно ее нижнюю часть. Во время выдоха брюшную стенку энергично втягивает. Для правильности выполнения упражнения руки находятся на груди и животе (продолжительность 30–40 секунд);

5) упражнение «Ходьба с поворотами головы». Пациент начинает его с ходьбы вдоль стены, чтобы в случае потери равновесия иметь фиксирующую поверхность. Скорость ходьбы должна быть обычной для него. При этом при ходьбе он медленно (на 3 шага) поворачивает голову из стороны в сторону, не опуская ее. Упражнение повторяют 15–20 раз.

Количество, тип упражнений, чередование вестибулярной и дыхательной гимнастики, их про-

должительность определяются врачом в зависимости от состояния пациента.

■ ВЫПОЛНЕНИЕ ТРЕНИРОВОЧНЫХ ТЕСТОВ НА СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОЙ ПЛАТФОРМЕ

Это специальные компьютерные программы биологической обратной связи (БОС), основанные на визуализации положения центра давления или управления определенными действиями посредством перемещения пациента.

Задачей упражнения является удержание центра давления (ЦД) в центре мишени. Больной должен, стоя на стабилметрической платформе перед монитором, посредством перемещения корпуса относительно стоп совмещать свой ЦД, демонстрируемый ему на экране в виде курсора,

с мишенью и перемещать мишень в определенный участок экрана или удерживать ЦД в центре мишени. При этом врач может, изменяя масштаб, менять площадь опоры пациента, усложняя или упрощая задачу. В начале тренировки движения больного с вестибулоатактическими расстройствами, как правило, бывают избыточные и требуют затраты большого количества энергии. Однако по мере восстановления равновесия, появления двигательного навыка пациент будет выполнять более точные и своевременные движения, что приведет к изменению характеристик стабилметрии.

Также во время занятий на стабилметрической платформе применяются другие тесты: «Тир», «Цветок», «Яблоко», принцип которых аналогичен.

■ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ

Одним из основных методов лечения психогенного головокружения является психотропная

■ Головокружение может быть проявлением различных заболеваний, связанных с патологией сердечно-сосудистой, эндокринной системы, заболеваний позвоночника, головного мозга, психических расстройств и т.д. (всего около 80 различных нозологических форм), в связи с чем правильный диагноз и адекватное лечение получают не более 20% пациентов. На сегодняшний день принято выделение системного (истинного, вестибулярного) и несистемного головокружения.

терапия. Препаратами первого ряда для лечения тревожных нарушений являются антидепрессанты — СИОЗС, анксиолитическим действием обладают Паксил, Феварин; реже используются из-за наличия большого числа побочных действий и худшей переносимости трициклические антидепрессанты (амитриптилин). В ряде случаев положительный эффект при лечении тревожных расстройств достигается при применении «малых» нейрорептиков (сульпирида, тиоприда, тиоридазина), обычно при этом используются малые дозы. В качестве дополнительной терапии используют препарат Бетагистин, который уменьшает возбудимость вестибулярного аппарата и эффективен при всех видах головокружения, в т.ч. психогенном.

Цель настоящего исследования — оценить эффективность комплексной вестибулярной реабилитации у пациентов с психогенным головокружением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Клинике неврологии МОНКИ им. М.Ф.Владимирского проведено обследование и лечение 35 больных в возрасте от 30 до 55 лет, средний возраст — $52,7 \pm 3,4$ года. Диагноз при поступлении «хроническая ишемия головного мозга. Вестибулоатактический синдром». Все пациенты предъявляли жалобы на головокружение, шаткость при ходьбе, повышенную утомляемость, чувство

внутреннего напряжения и тревоги, сниженный фон настроения. Критериями исключения из исследования были выраженные зрительные нарушения, тяжелые формы соматических заболеваний, инфекционно-воспалительные или иные заболевания позвоночника, требующие специального лечения, состояния после оперативного вмешательства по поводу грыж дисков, травмы позвоночника. Все пациенты были консультированы психотерапевтом, были выявлены вышеперечисленные синдромы.

Все пациенты были поделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту и клиническим проявлениям. В основную группу вошли 25 пациентов, которым помимо стандартной терапии проводилась комплексная вестибулярная реабилитация, включающая вестибулярную и дыхательную гимнастику, занятия на стабилометрической платформе. Курс составлял 10—12 занятий.

Контрольная группа состояла из 10 больных, которые получали только стандартную терапию (сосудистую, антиоксидантную, нейрометаболическую). Всем больным проводилось динамическое наблюдение — в 1-й день поступления и через 10—15 дней с момента включения в исследование. Для объективизации показателей неврологического дефицита и нейропсихологических нарушений использовались следующие шкалы: Спилбергера — Ханина, шкала депрессии Бека, шкала двигательной активности Tinnetti.

Таблица 1. Динамика субъективных неврологических симптомов у пациентов основной и контрольной групп до и после реабилитации ($M \pm m$)

Субъективный симптом	Основная группа (n = 25)		Контрольная группа (n = 10)	
	1-й день	10-й день	1-й день	10-й день
Головокружение	$1,9 \pm 0,2$	$1,7 \pm 0,2$	$2,0 \pm 0,2$	$1,6 \pm 0,2$
Неустойчивость и пошатывание при ходьбе	$1,6 \pm 0,2$	$1,3 \pm 0,2$	$1,7 \pm 0,2$	$1,6 \pm 0,2$
Повышенная утомляемость	$2,2 \pm 0,2$	$1,7 \pm 0,1$	$2,0 \pm 0,2$	$1,8 \pm 0,2$
Чувство тревоги	$2,9 \pm 0,1$	$2,3 \pm 0,2$	$2,9 \pm 0,1$	$2,7 \pm 0,1$
Раздражительность	$2,7 \pm 0,2$	$2,2 \pm 0,2$	$2,8 \pm 0,2$	$2,6 \pm 0,2$
Сниженный фон настроения	$2,6 \pm 0,2$	$2,1 \pm 0,2$	$2,7 \pm 0,2$	$2,5 \pm 0,2$

$P < 0,05$.

Таблица 2. Динамика нарушений равновесия и ходьбы по шкале Tinnetti у пациентов основной и контрольной групп (M ± m)

Показатель	Основная группа (n = 25)		Контрольная группа (n = 10)	
	До реабилитации	После	До реабилитации	После
Субшкала устойчивости	18,3 ± 0,4	19,1 ± 0,5	18,2 ± 0,5	18,7 ± 0,5
Субшкала походки	13,5 ± 0,2	14,2 ± 0,2	13,8 ± 0,3	14,1 ± 0,3
Общий балл	31,8 ± 0,6	32,3 ± 0,7	32,0 ± 0,5	32,8 ± 0,8

P < 0,05.

Таблица 3. Динамика уровней депрессии и тревожности у пациентов основной и контрольной групп (M ± m)

Показатель	Основная группа (n = 25)		Контрольная группа (n = 10)	
	1-й день	10-й день	1-й день	10-й день
Реактивная тревожность	49,2 ± 1,8	42,0 ± 1,8**	49,8 ± 1,9	48,1 ± 1,8
Личностная тревожность	53,8 ± 1,5	46,3 ± 0,9**	51,1 ± 1,3	50,8 ± 1,4
Депрессия	15,7 ± 0,7	14,5 ± 0,5**	15,4 ± 0,6	14,9 ± 0,7

P < 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На фоне комплексной вестибулярной реабилитации у больных обеих групп уменьшилась выраженность субъективных неврологических симптомов, отражающих наличие эмоциональных нарушений (пониженный фон настроения, повышенную утомляемость, раздражительность) (табл. 1).

Также в основной группе отмечалось достоверное уменьшение как общего количества жалоб на вестибулярные нарушения, так и выраженности этих нарушений. На фоне комплексной вестибулярной реабилитации отмечена достоверная положительная динамика степени нарушений равновесия и ходьбы по шкале Tinnetti, тогда как статико-локомоторные нарушения у пациентов контрольной группы оставались на прежнем уровне (табл. 2).

Также в основной группе выявлено статистически значимое снижение реактивной и личностной тревожности на 10-й день лечения по сравнению с контрольной группой (табл. 3).

Все пациенты основной группы после курса реабилитации отмечали значительное улучшение. За период реабилитации ни у одного пациента не зарегистрировано побочных эффектов и осложнений, не отмечено отрицательных явлений со стороны сердечно-сосудистой системы (оценивалось АД, ЧСС, сатурация).

Результаты эффективности комплексной вестибулярной реабилитации у пациентов с психогенным головокружением показали положительное влияние на динамику неврологических и психоэмоциональных показателей. Полученные результаты позволяют рекомендовать данный комплекс занятий для реабилитации пациентов с головокружением, в т.ч. психогенным.



ЛИТЕРАТУРА

- Парфенов В.А., Замерград М.В., Мельников О.А. Головокружение: диагностика и лечение, распространенные диагностические ошибки. М., 2009.
- Парфенов В.А. Диагноз и лечение при головокружении. Лечение заболеваний нервной системы. 2009; 1: 3–8.
- Мельников О.А. Некоторые аспекты диагностики и лечения головокружения. Лечащий врач. 2000; 9: 1–4.
- Неврология для врачей общей практики / под ред. А.М.Вейна. М., 2001; 27: 456–70.
- Филагтова Е.Г. Тревога в неврологической практике. Леч. нервн. бол. 2005; 1: 7–14.
- Andersson G., Yardley L. Time-series of the relationship between dizziness and stress. Scan.J.Psychol., 2000, 41, 1, 49–54.
- ICD-10 Classification of mental and Behavioural Disorders. WHO, Geneva, 1994.
- Mehmet K. Central vertigo and dizziness: epidemiology, differential diagnosis and common causes. Neurologist, 2008, 14, 6, 355–364.
- Staab J. Psychogenic dizziness versus otogenic anxiety. Laryngoscope. 2003, 113, 10, 1714–1718.