

Статья поступила в редакцию 10.04.2021 г.

DOI: 10.24411/2687-0053-2021-10019

#### Информация для цитирования:

Ивонина Н.А., Петров К.Б., Филимонов С.Н. ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО ПОСТУРАЛЬНО-ПЕРЦЕПТУАЛЬНОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ // Медицина в Кузбассе. 2021. №2. С. 39-43.

**Ивонина Н.А., Петров К.Б., Филимонов С.Н.**

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России,

НИИ Комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний, г. Новокузнецк, Россия

## ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО ПОСТУРАЛЬНО-ПЕРЦЕПТУАЛЬНОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ

Головокружение, как клинический симптом, является субъективным феноменом, что определяет сложность объективной диагностики. На специализированном нейровестибулярном приеме задача врача – выяснить, является головокружение системным (вестибулярным) или несистемным, что определяет дальнейшую тактику ведения пациента. Существующий клинический алгоритм исследований вестибулярной системы, включающий глазодвигательные реакции, а также стояние и ходьбу, позволяют достоверно установить природу субъективного феномена головокружения. Для определения психогенной природы предъявляемых жалоб на головокружение обязательным является исследование эмоционального фона по соответствующим шкалам.

**Целью настоящего исследования** было выявление частоты встречаемости персистирующего постурально-перцептуального головокружения (ПППГ) у пациентов специализированного нейровестибулярного приема.

В результате проведенного исследования было выявлено, что психогенное головокружение встречается у 20,2 % пациентов, т.е. у каждого пятого пациента на приеме. При отсутствии нарушений глазодвигательных реакций отмечаются особенности нарушений статодинамической функции: изменение походки, атаксия, легко устранимая при когнитивной нагрузке, изменения статики при депривации зрения. Проведение таким пациентам исследования по Госпитальной шкале тревоги и депрессии позволяет своевременно установить диагноз ПППГ и начать адекватную реабилитационную терапию.

**Ключевые слова:** персистирующее постурально-перцептуальное головокружение; психогенное головокружение; глазодвигательные пробы; статокоординаторные и статодинамические пробы; шкала тревоги и депрессии

**Ivonina N.A., Petrov K.B., Filimonov S.N.**

Novokuznetsk State Institute for Advanced Training of Physicians,

Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk, Russia

### EXPERIENCE OF CLINICAL DIAGNOSIS OF PERSISTENT POSTURAL-PERCEPTUAL VERTIGO AT AN OUTPATIENT APPOINTMENT

Dizziness, as a clinical symptom, is a subjective phenomenon, which determines the complexity of objective diagnosis. At a specialized neurovestibular reception, the doctor's task becomes to establish whether dizziness is systemic (vestibular) or not systemic, which determines the further tactics of patient management. The existing clinical algorithm for studies of the vestibular system, including oculomotor reactions, as well as standing and walking, can reliably establish the nature of the subjective phenomenon of dizziness. To establish the psychogenic nature of complained complaints of dizziness, it is mandatory to conduct an investigation of the emotional background on appropriate scales.

**The aim of this study** was to identify the incidence of persistent postural-perceptual dizziness in patients with specialized neurovestibular administration.

As a result of the study, it was found that psychogenic dizziness occurs in 20.2 % of patients, i.e. every fifth patient at the reception. In the absence of oculomotor reactions, features of violations of the statodynamic function are noted: gait changes, ataxia, easily eliminated with cognitive loading, changes in statics during vision deprivation. Conducting research on the Hospital Anxiety and Depression Scale for such patients allows timely diagnosis of PPPD and the initiation of adequate rehabilitation therapy.

**Key words:** persistent postural-perceptual dizziness; psychogenic dizziness; oculomotor tests; statocoordination and statodynamic tests; anxiety and depression scale

Головокружение – довольно неопределенный об- щий термин, который используется пациентами для описания различных ощущений, таких как неу- стойчивость, иллюзорное движение окружающей сре- ды или самого больного, а также ощущений, близ- ких к обмороку, дереализации, общей слабости и т.д. Таким образом, кроме ощущения вращения, больные

чаще всего называют головокружением нарушения равновесия, нечеткость зрения, ощущение дезориен- тации и предобморочные состояния. Все это создает определенные трудности в квалификации характера головокружения и определении его причины [1].

Уточнение особенностей ощущений больного ста- новится первым и едва ли не самым важным этапом

диагностического поиска при жалобах на головокружение. После проведения специализированного обследования больных с жалобами на головокружение в различных клиниках мира нозологические диагнозы в среднем распределяются следующим образом: «доброкачественное позиционное головокружение (ДППГ)» – 34 %; «постуральная фобическая неустойчивость» – 22 %; «мультисенсорная недостаточность» – 15 %; «болезнь Меньера» – 7 %; «мигрень-ассоциированное головокружение» – 5 %; «вестибулярный нейронит» – 4 %; «острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)» – 4 %; другие заболевания – 9 %.

Как видно из приведенных данных исследований, психогенное головокружение является вторым по частоте диагнозом после доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. Несмотря на представленные выше объективные данные, при анализе выставленных диагнозов на амбулаторном неврологическом приеме, наиболее частым диагнозом продолжает звучать головокружение на фоне сосудистого заболевания головного мозга или проявлений шейного остеохондроза.

В 2014 году обществом экспертов был предложен термин, объединяющий симптомы, свойственные фобическому постуральному головокружению и хроническому субъективному головокружению – «персистирующее постурально-перцептивное головокружение» (ПППГ). Клинические проявления ПППГ могут быть самыми разнообразными, однако практически всегда это несистемное (невестибулярное) головокружение. Иногда это приступы или эпизоды неустойчивости с ощущением «оцепенения», «замедления», легкости в голове (дурноты), которые возникают в положении стоя или при ходьбе. В других вариантах – постоянное интенсивное ощущение головокружения внутри головы, продолжающееся и в положении лежа. Часто ПППГ начинается после острого приступа, сопровождающегося внезапным объективным или субъективным нарушением равновесия. Таким приступом может быть:

- Периферическое или центральное вестибулярное головокружение (ДППГ, вестибулярный нейронит, болезнь Меньера, инсульт, вестибулярная мигрень);
- Паническая атака (ПА);
- Легкая травма (сотрясение мозга или хлыстовая травма);
- Обморок или предобморочное состояние.

Существует специальный алгоритм диагностики ПППГ, который выполняется всем пациентам с предполагаемым психогенным головокружением:

1. Уточнение характера жалоб (дифференциальный диагноз вестибулярных или не вестибулярных расстройств).
2. Исключение органической природы симптомов.
3. Выявление характера течения заболевания (впервые выявленное или повторяющиеся эпизоды).
4. Уточнение факторов, провоцирующих и купирующих симптомы.

5. Выявление характерных сопутствующих симптомов (агорафобии, других функциональных соматических расстройств, либо особенностей личности).

Вестибулярные расстройства обладают выраженной анксиогенностью, т.е. способностью вызывать страх и тревогу. Так, острое вестибулярное головокружение (например, при ДППГ, вестибулярном нейроните или инсульте) вызывает большой страх, чем острые неврологические нарушения (атаксия, парезы, глазодвигательные расстройства), не сопровождаемые ощущением головокружения. Кроме того, вестибулярные расстройства значительно чаще, чем другие неврологические синдромы, осложняются формированием агорафобии и других психических расстройств. Паническое расстройство, тревога, депрессия и соматоформные расстройства часто встречаются у пациентов с вестибулярной дисфункцией. При этом существует и обратная связь: психические нарушения, такие как генерализованное тревожное расстройство, панические расстройства, агорафобия, соматоформные расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство и депрессия, могут проявляться ощущением невестибулярного головокружения.

Предполагается, что вестибулярные расстройства создают сенсорный конфликт или рассогласование в мультисенсорных областях мозга, нарушая восприятие своего тела в пространстве. Кроме того, пациенты, страдающие психогенным головокружением, имеют определенные особенности личности. Это могут быть нейротизм, интраверсия, перфекционизм, обсессивно-компульсивные черты, тревожная чувствительность и склонность к депрессии. Отсюда можно предположить несколько механизмов коморбидной связи тревоги и головокружения или вестибулярной дисфункции:

- головокружение как проявление тревоги (постуральное фобическое головокружение, как симптом агорафобии или панического расстройства);
- головокружение, часто системного характера в дебюте, является выраженным стрессом, и приводит к возникновению тревоги и несистемного психогенного головокружения впоследствии; до 30 % случаев психогенного головокружения носят вторичный характер;
- головокружение вызывает обострение психического заболевания, ранее имевшегося у больного.

Важно уже на этапе клинического обследования пациента выявить психогенный характер предъявляемых жалоб на головокружение. Диагностика ПППГ является достаточно сложной задачей при первичном обращении пациента, при этом необходимо руководствоваться определенными критериями и алгоритмом обследования, чтобы в условиях клиники получить необходимую информацию для постановки диагноза. Особенно это касается проведения дифференциально-диагностических тестов, объективной оценки проявлений вестибулярной дисфункции.

В настоящее время для диагностики головокружения в арсенале врачей имеются различные кли-

нические тесты, а также инструментальные исследования, такие как магнитно-резонансная томография (МРТ), магнитно-резонансная ангиография (МРАГ), рентгеновская компьютерная томография (РКТ, КТ), видеонистагмография, доплеровское ультразвуковое исследование магистральных артерий головы, дуплексное сканирование, исследование слуха, акустические стволовые вызванные потенциалы, вестибулярные миогенные вызванные потенциалы [2].

Ввиду сложности организованной системы вестибулярного контроля и большого количества центральных связей вестибулярного анализатора, для его исследования разработано много разнообразных клинических тестовых процедур. Проведение всех существующих тестовых проб и использование всего комплекса сложного диагностического оборудования при обследовании каждого пациента с головокружением ведет к значительным временным и финансовым затратам. При этом существующий клинический алгоритм обследования пациентов с головокружением, выполняемый при первичном обследовании пациентов, имеет большую диагностическую ценность [3]. Прежде всего, это оценка глазодвигательных реакций, а также статокINETические и статодинамические пробы. Кроме того, большое значение в условиях клинического приема приобретает объективная оценка когнитивного и эмоционального статуса по соответствующим шкалам для выявления психогенной природы головокружения. Проведение такого комплекса диагностических процедур занимает небольшой промежуток времени и позволяет определить уровень, а зачастую и характер, поражения вестибулярного анализатора.

**Целью настоящего исследования** была клиническая диагностика и выявление частоты встречаемости персистирующего постурально-перцептуального головокружения (ПППГ) у пациентов специализированного нейровестибулярного приема.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено обследование 168 пациентов, предъявляющих жалобы на головокружение. По установленным клиническим критериям оценки они имели истинное вестибулярное головокружение центрального или периферического генеза, а также несистемное головокружение. В группе было 58 мужчин и 110 женщин, средний возраст составил  $61,4 \pm 10,8$  лет. У всех пациентов были тщательно собраны анамнез заболевания и жалобы. Обследование пациентов включало клиническое неврологическое, отоневрологическое исследование, исследование шкалы оценки головокружения (DHI), применение госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), применение отоневрологического опросника, заполнение «вестибулярного паспорта» пациента.

На первичном специализированном приеме, помимо классического неврологического осмотра, проводился комплекс клинических исследований вестибулярных функций:

- исследование спонтанного нистагма,
- исследование спонтанного нистагма в очках Френзеля (без фиксации взора),
- тест поворота головы (ВОР, проба Хальмаги),
- оценка динамической остроты зрения (ДОЗ),
- исследование зрительных саккад, плавного слежения, оптокинетического нистагма,
- тест подавления вестибулоокулярного рефлекса (подавление ВОР),
- тест встряхивания головы,
- маневр Диккса-Холлпайка и (или) тест Маккляра,
- тест субъективной зрительной вертикали (СЗВ).

Дополнялся комплекс статокINETическими и статокординаторными пробами, т.е. определением состояния вестибулоspинального и вестибулокортикального рефлексов. Использовались для диагностики проба Ромберга простая и усложненная, проба Фукуды, Уемуры, проба на тандемную ходьбу, проба на ускорение, толчковая проба, проба на депривацию зрения, проба с когнитивной нагрузкой. Всем пациентам проводилось исследование по Госпитальной шкале тревоги и депрессии, заполнялась шкала оценки головокружения.

После проведенного клинического обследования пациенты направлялись на дополнительные методы исследования: МРТ или СКТ, электрокохлеографию, калорическую пробу, тональную пороговую аудиометрию, импедансометрию, консультацию кардиолога, оториноларинголога, сурдолога, терапевта или окулиста, а также УЗ-диагностику.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе клинического и инструментального обследования пациенты исследуемой группы были разделены следующим образом (табл.): 67 пациентов (39,8 %) были с периферическим уровнем поражения вестибулярного анализатора, 45 пациентов (26,7 %) – с центральным уровнем поражения, 56 (33,3 %) – со смешанным уровнем поражения вестибулярного анализатора.

Персистирующее постурально-перцептуальное головокружение было выявлено у 34 пациентов исследуемой группы, что составило 20,2 % от всех пациентов, предъявляющих жалобы на головокружение.

По анамнестическим данным, у 24 пациентов причиной ПППГ было перенесенное острое системное головокружение периферического (13) и центрального (11) генеза. У 6 пациентов были приступы вестибулярной мигрени; тревожные или тревожно-депрессивные расстройства в анамнезе отмечены у 34 пациентов. В 2-х случаях причиной ПППГ явилась перенесенная закрытая черепно-мозговая травма. У 2-х пациентов отмечено возникновение ПППГ при длительном употреблении трициклических антидепрессантов.

Диагностическими критериями выявления персистирующего постурально-перцептуального голово-

**Таблица**  
**Распределение пациентов исследуемой группы**  
**Table**  
**Distribution of patients in the study group**

Уровень поражения	Число больных	
	абс.	%
Центральный уровень поражения:	45	26,7
Хроническая ишемия мозга	30	17,8
Заболевания мозжечка	3	1,7
Вертеброгенные синдромы	12	7,1
Вестибулярная мигрень	8	4,7
Периферический уровень поражения:	67	39,8
ДППГ	46	27,3
Вестибулярный нейронит	8	4,7
Болезнь Меньера	13	8,3
Смешанный уровень поражения:	56	33,3
Персистирующее постурально-перцептуальное головокружение	34	20,2
Отдаленные последствия ЧМТ	14	13,0

кружения являлось длительно существующее (более 3 месяцев) ощущение несистемного головокружения в виде неустойчивости, ощущения дурноты, чувства «проваливания», предобморочного состояния, ошибочно воспринимаемого пациентами как головокружение [4]. Эти признаки отмечались у всех 34 пациентов обследуемой группы. Также у всех пациентов выявлялась гиперчувствительность к движению окружающих предметов и собственному движению, в связи с этим они предъявляли жалобы на выраженный дискомфорт при нахождении на оживленных перекрестках с большим потоком движущихся машин или на многолюдных улицах. Каждый пациент с ПППГ при сборе анамнеза и жалоб указывал на ухудшение состояния в условиях избыточной зрительной стимуляции, что подтверждалось при проведении пробы на депривацию зрения.

При проведении углубленного неврологического и вестибулометрического осмотра у пациентов с ПППГ не было выявлено значимых изменений, что было подтверждено и при использовании инструментальных методов исследования [5]. Но при этом у всех 34 пациентов, прошедших исследование по Госпитальной шкале тревоги и депрессии, были отмечены значительные изменения эмоционального фона. Средний балл тревоги составил 21,8 баллов, по шкале депрессии – 18,7 баллов. По шкале оценки головокружения пациенты имели средний балл 54,8 (49,6-60,2).

Клинически проявления персистирующего постурально-перцептуального головокружения у пациентов обследуемой группы были следующими:

- неустойчивость, покачивание, чувство дереализации, частые падения или страх падений;
- триггерами являлись ситуации, связанные с нахождением в людных местах, на высоте, на открытых площадках, при стрессовых ситуациях;
- сопутствующими симптомами являлись вегетативные расстройства, такие как сердцебиение, тошнота, боли в животе, боли в сердце, чувство нехватки воздуха, гипергидроз, избегающее поведение.

При исследовании функции ходьбы у пациентов с ПППГ отмечались следующие особенности: ходьба на широкой базе, с широко расставленными руками, скользящий шаг, неуверенность при ходьбе, особенно с закрытыми глазами, при этом при проведении нагрузочных проб выполнение ходьбы с закрытыми глазами было более точное. Наблюдалось также осторожное поведение из-за страха падений. Отмечалось избыточное перекрещивание ног при ходьбе («плетение косы»), ходьба на выпрямленных ногах, полусогнутых ногах, причудливый характер ходьбы (зигзагом или толчкообразно) [6, 7]. При этом при проведении проб с когнитивной нагрузкой нарушений ходьбы не наблюдалось. Статокординаторных нарушений у пациентов с ПППГ при отвлечении внимания (тест на сложение-вычитание, МиниКОГ тест) также не отмечалось.

## ВЫВОДЫ

1. Частота встречаемости персистирующего постурально-перцептуального головокружения в группе пациентов на специализированном нейровестибулярном приеме составляет более 20 %, т.е. практически каждый пятый пациент не имеет истинного вестибулярного головокружения. Это определяет значимость своевременного выявления пациентов с ПППГ для выработки алгоритма лечения таких пациентов, в отличие от пациентов с нарушениями вестибулярной функции, требующих, прежде всего, методов психологической коррекции и реабилитации.

2. Для пациентов с ПППГ необходимо раннее начало вестибулярной реабилитации, направленное на уменьшение уровня тревоги и депрессии, использование индивидуальных программ реабилитации в зависимости от особенностей эмоционального фона пациентов, учет когнитивного профиля и особенностей сенсомоторного контроля у таких пациентов.

**Благодарность**

Авторы выражают благодарность сотрудникам клиники АНО «Медицинский центр «Алмед» за предоставленные материалы.

**Информация о финансировании и конфликте интересов**

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:**

1. Zamergrad MV. The main problems in the diagnosis and treatment of vestibular dizziness. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2010; 3: 17-21. Russian (Замерград М.В. Основные проблемы диагностики и лечения вестибулярного головокружения // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2010; 3: 17-21.)
2. Kamchatnov PR. Dizziness. In: *Neurology: national leadership*. Ed. Guseva EI, Konovalova AN, Skvortsova VI, Geht AB. М.: GEOTAR-Media, 2009. Russian (Камчатнов П.Р. *Головокружение*. В кн.: *Неврология: национальное руководство* / под ред. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И., Гехт А.Б. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.)
3. Diagnosis and treatment of imbalances in diseases of the nervous system: clinical guidelines /ed. Zamergrad MV. М.: MEDpress-inform, 2018. Russian (Диагностика и лечение нарушений равновесия при заболеваниях нервной системы: клинические рекомендации / под ред. М.В. Замерграда. М.: МЕДпресс-информ, 2018.)
4. Staab JP. Functional and psychiatric vestibular disorders. *Handb Clin Neurol*. 2016; 137: 341-351.
5. Simon N, Pollack M, Tuby K, Stern T. Dizziness and panic disorder: a review of the association between vestibular dysfunction and anxiety. *Annals of Clinical Psychiatry*. 1998; 10(2): 75-80. DOI: 10.3109/10401239809147746.
6. Best C, Eckhardt-Henn A, Tschan R, Dieterich M. Psychiatric morbidity and comorbidity in different vestibular vertigo syndromes. *J of Neurol*. 2009; 256(1): 58-65. DOI: 10.1007/s00415-009-0038-8.
7. Bittar R, von Söhsten Lins E. Clinical characteristics of patients with persistent postural-perceptual dizziness. *Braz J of Otorhinolar*. 2015; 81(3): 276-282. DOI: 10.1016/j.bjorl.2014.08.012

**Сведения об авторах:**

ИВОНИНА Наталья Анатольевна, канд. мед. наук, доцент кафедры лечебной физкультуры и физиотерапии, Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: nan64@mail.ru

ПЕТРОВ Константин Борисович, доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой лечебной физкультуры и физиотерапии, Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: kon3048006@yandex.ru

ФИЛИМОНОВ Сергей Николаевич, доктор мед. наук, профессор, директор, ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: fsn42@mail.ru

**Information about authors:**

IVONINA Natalya Anatolyevna, candidate of medical sciences, docent of the department of physical therapy and physiotherapy, Novokuznetsk State Institute for Advanced Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia. E-mail: nan64@mail.ru

PETROV Konstantin Borisovich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of physical therapy and physiotherapy, Novokuznetsk State Institute for Advanced Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia. E-mail: kon3048006@yandex.ru

FILIMONOV Sergey Nikolaevich, doctor of medical sciences, professor, director, Research Institute of Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk, Russia. E-mail: fsn42@mail.ru

**Корреспонденцию адресовать:** ИВОНИНА Наталья Анатольевна, 654005, г. Новокузнецк, пр. Строителей, д. 5, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. E-mail: nan64@mail.ru