

Современные подходы к терапии психогенного (постоянного постурально-перцептивного) головокружения (обзор)

Кунельская Н.Л.^{1,2}, Байбакова Е.В.¹, Чугунова М.А.¹, Зоева З.О.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, Москва,

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Резюме. Проведен обзор отечественной и зарубежной литературы по современным диагностическим и лечебным алгоритмам постоянного постурально-перцептивного головокружения, нового диагностического синдрома, который объединяет ключевые особенности всех выделяемых ранее видов хронического субъективного головокружения и связанных с ним расстройств. В статье подробно освещены вопросы использования антидепрессантов и когнитивно-поведенческой психотерапии.

Ключевые слова: психогенное головокружение, постоянное постурально-перцептивное головокружение, антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, вортиоксетин, когнитивно-поведенческая психотерапия.

Modern approaches to the treatment of psychogenic vertigo (persistent postural-perceptual dizziness), review

Kunelskaya N. L.^{1,2}, Baybakova E. V.¹, Chugunova M.A.¹, Zaoeva Z.O.¹

¹Sverzhovsky Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology, Moscow, Russia,

²Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Summary. The review of the native and foreign literature was conducted on modern diagnostic and therapeutic algorithms for persistent postural-perceptual dizziness, a new diagnostic syndrome that combines the key features of all previously identified types of chronic subjective vertigo and related disorders. In this article details there is a detailed description of the use of antidepressants and cognitive behavioral therapy.

Keywords: psychogenic vertigo, persistent postural-perceptual dizziness, antidepressants, selective serotonin reuptake inhibitors, vortioxetine, cognitive behavioral therapy.

Постоянное постурально-перцептивное головокружение (ПППГ или PPPD в зарубежной литературе)—это новый диагностический синдром, который объединяет ключевые особенности всех выделяемых ранее видов хронического субъективного головокружения и связанных с ним расстройств. Его целесообразно относить в спектр других функциональных неврологических заболеваний [15] и рассматривать как нарушения, «возникающие в результате изменения функционирования органа» без структурного или клеточного дефицита [8, 18]. Головокружение при ПППГ чаще является несистемным [5, 8], поэтому пациенты могут описывать его по-разному: как затуманенность, размытость, переопределение, тяжесть или легкость в голове. Это могут быть ощущения расфокусировки зрения, разбалансировки в пространстве, отклонения корпуса в сторону при ходьбе [8].

Частота постановки диагноза ПППГ в различных учреждениях, занимающихся проблемами головокружения, от 2,5 до 16% [8]. Патогенез связан с хронической дисфункцией вестибулярной системы и головного мозга, которая вызывает постоянное ощущение несистемного головокружения и / или неустойчивость при ходьбе. Пусковым фактором является остро возникший эпизод головокру-

жения, который обычно бывает вызван различными нарушениями в работе вестибулярного аппарата, но может быть и не связан напрямую с его повреждением и относиться, например, к проявлениям панической атаки, последствиям черепно-мозговой травмы или обморока. Физиологическая реакция на внезапное головокружение или неустойчивость при ходьбе включает автоматическое изменение в системе контроля баланса: формируются так называемые «повышенный постуральный контроль» (т.е. человек начинает отслеживать свою походку), и «зрительно-соматосенсорная зависимость» (т.е. поддержание баланса осуществляется за счет ориентирования на зрительные и соматосенсорные, а не на вестибулярные стимулы) [15]. Это в свою очередь приводит к субъективным ощущениям головокружения во время повседневной вестибулярной и зрительной стимуляции (например, при перемещении, пребывании в богатой визуальными стимулами среде), что еще более ужесточает контроль позы и походки. Большая энергозатратность неоправданного самоконтроля и как результат—постоянная психическая перегрузка в дальнейшем вызывает постоянное ощущение усталости [19]. Часто вторично по отношению к аномальному постуральному контролю формируются напряжение мышц шеи и функциональное рас-

стройство походки [14]. Как правило, через некоторое время системы управления равновесием снова адаптируются к нормальному функционированию. А вот при ПППГ как раз данный дезадаптивный механизм закрепляется [16, 18].

В то время как диагностические тесты и неврологический осмотр не выявляют каких-либо отклонений от нормативных показателей, пациенты с ПППГ продолжают предъявлять жалобы на головокружение. Основные сложности в дальнейшей терапии связаны с частым уже упоминавшимся ранее развитием вторичного функционального расстройства походки, тревоги, поведения избегания и тяжелой социальной дезадаптации, вплоть до инвалидизации. Само по себе ПППГ вызывает большие диагностические трудности, которые еще более усугубляются при наличии сопутствующих заболеваний, в связи с чем обществом Бараньи были приняты следующие диагностические критерии для данного состояния:

А. Один или несколько симптомов несистемного головокружения или неустойчивости присутствуют большую часть дней в течение 3 месяцев и более (см. прим. 1-3):

1. Головокружение продолжительное во времени, но носит интермиттирующий характер;
2. Симптомы не обязательно должны присутствовать в течение всего дня

Б. Стойкие симптомы возникают без специфических провоцирующих факторов, но усугубляются (см. прим. 4, 5):

1. В вертикальном положении;
2. При активных или пассивных движениях без учета направления и положения;
3. При воздействии движущихся зрительных стимулов или сложных визуальных схем/образов

В. Расстройство провоцируется условиями, которые вызывают головокружение или нарушение равновесия, включая острые, эпизодические, хронические вестибулярные синдромы, другие неврологические или иные заболевания, психологические проблемы (см. прим. 6)

- a. если провоцирующий фактор носит острый или эпизодический характер, симптомы согласуются с критериями группы А, но могут сначала носить интермиттирующий, а затем приобретать постоянный характер;
- b. если провоцирующий фактор носит хронический характер, симптомы могут развиваться медленно и постепенно прогрессировать

Г. Симптомы провоцируют стресс/функциональное ухудшение;

Д. Симптомы не могут быть объяснены другими причинами/заболеваниями (см. прим. 7)

Примечания:

1. ПППГ проявляется следующими основными симптомами, определенными ранее в критериях диагностики:

1.1 невращательное ощущение или ощущение нарушенной пространственной ориентации (головокружения);

1.2 чувство нестабильности в положении стоя или при ходьбе (неустойчивость);

1.3 ложные или искаженные ощущения колебания, покачивания, подпрыгивая собственного тела (внутреннее невращательное головокружение) или аналогичные ощущения движения окружающих предметов (внешнее невращательное головокружение).

2. Симптомы должны присутствовать более 15 дней из 30. Большинство пациентов испытывают симптомы ежедневно или практически ежедневно. Симптомы имеют тенденцию к нарастанию в течение дня.

3. Кратковременные эпизоды усиления симптомов могут возникать спонтанно или в процессе движения (присутствуют не у всех пациентов). Однократно возникший эпизод не отвечает этому критерию.

4. Если симптоматика развилась в полном объеме, в последующем она персистирует независимо от провоцирующих факторов.

5. Каждый из провоцирующих фактора группы В желательно в истории болезни описать отдельно. Пациенты могут предпринимать попытки избежать этих факторов с целью минимизации обострения их вестибулярных симптомов. Такое избегание может быть рассмотрено в пользу критериев группы В.

6. Наиболее распространенные провоцирующие факторы: периферические или центральные вестибулярные нарушения (25-30% случаев), вестибулярная мигрень (15-20%), панические атаки (15%), травмы головного мозга или шейного отдела позвоночника (10-15%), вегетативные нарушения (7%). Другие причины головокружения, шаткости при ходьбе (например, различные нарушения сердечного ритма, побочное действие лекарственных препаратов) составляют обычно ~3%.

7. ПППГ может сосуществовать с другими заболеваниями. Наличие сопутствующего заболевания не исключает диагноз ПППГ [2, 15, 18].

Необходимо помнить, что наличие структурных, метаболических или психических расстройств не исключает диагноз ПППГ. Напротив, ПППГ может и не согласовываться со многими критериями при проведении дифференциальной диагностики. Например, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) или вестибулярная мигрень могут вызывать ПППГ, а затем сосуществовать с ним, вызывая повторяющиеся приступы головокружения, наложенные на хронические симптомы ПППГ. Пациенты с болезнью Паркинсона и другими структурными нарушениями походки могут параллельно страдать от функционального головокружения [13]. В этой ситуации ПППГ наиболее часто проявляется в наличии повышенной чувствительности к зрительным стимулам, когда пациенты сидят. Паническое расстройство и генерализованное тревожное расстройство могут быть причинами или последствиями ПППГ. Они также могут предшествовать наступлению ПППГ, не вызывая голо-

вокращения, но после манифестации ПППГ провоцировать усиление симптоматики [16]. Следовательно, клиницисту необходимо внимательно следить за ходом вестибулярных и/или иных симптомов, чтобы распутать зачастую крайне сложный «симптоматический клубок». Практическая цель выполнения этой задачи — выявить потенциально обратимые компоненты патогенеза, которые могут поддаваться различным методам терапевтической коррекции. Будучи выявленным, ПППГ хорошо поддается управлению посредством применения вестибулярной реабилитации, психотропных препаратов и когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) [15].

Согласно большому количеству исследований (Karfhammer et al., 1997; Holmberg et al., 2005; Staab and Ruckenstein, 2007; Staab et al., 2010), у пациентов с ПППГ распространенность тревожных и депрессивных расстройств составляет около 75% (цит. по [8]), что объясняет высокую эффективность селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН), которые в свою очередь позволяют снизить интенсивность головокружения и неустойчивости у большинства пациентов с ПППГ [17]. Следует отметить, что на фоне терапии проявления тревоги и депрессии при их наличии тоже значительно улучшаются. Поскольку количество антидепрессантов постоянно увеличивается, выбор препарата становится все более сложным. Несмотря на то, что профиль побочных эффектов обычно упоминают как основной фактор при выборе лекарственного средства, оптимальное назначение определенного препарата остается в значительной степени искусством. Индивидуальные особенности пациента, возраст, пол, соматическое состояние, сопоставляют с характеристиками антидепрессанта. Подбор дозы при лечении ПППГ необходимо начинать медленно, а эффекты обычно наблюдаются при применении доз в нижней половине диапазонов, рекомендованных для лечения депрессии. Особенностью пациентов с функциональными нарушениями как раз является их повышенная чувствительность к побочным эффектам, что достаточно часто приводит к отказу пациента от приема антидепрессантов [1].

Исходя из изложенного, несомненный интерес представляет новый препарат вортиоксетин (Бринтелликс), который, как и СИОЗС, является ингибитором обратного захвата серотонина, а также (согласно исследованиям *in vivo*) антагонистом 5-НТ₃, 5-НТ₇, 5-НТ_{1D}-рецепторов, парциальным агонистом 5-НТ_{1B}-рецепторов и агонистом 5-НТ_{1A}-рецепторов и имеет минимальный спектр побочных эффектов. Вортиоксетин не оказывает сильного ингибирующего действия на изоферменты цитохромной системы, но быстро метаболизируется путем окисления CYP2D6 и другими изоферментами и затем связывается с глюкуроновой кислотой, образует прочную связь с белками и характеризуется линейной и дозопропорциональной фармакокинетикой. Имеет длительный период полувыведения (66 ч). Наиболее частыми побочными

ми эффектами являются желудочно-кишечные расстройства, включая тошноту, рвоту, запор. Побочные эффекты являются дозозависимыми. Начальная доза вортиоксетина составляет 10 мг/сут в первую неделю, целевая доза — 20 мг/сут достигается на второй неделе лечения [4,7].

Накоплен определенный опыт использования КПТ для лечения функционального головокружения. В основе данного метода лежит коррекция ошибочных представлений пациентов, в соответствии с которыми на неугрожающие жизненные соматические ощущения они дают неадекватные гипероблазированные реакции. Ведущим методом КПТ является систематическая десенсибилизация, то есть погружение в пугающую ситуацию (воображаемое или реальное) [1]. Обязательно используются такие поведенческие техники, как планирование активности, экспозиция, самопоощрение, создание меню «поощрений» и др. Важным аспектом поведенческих техник является изменение убеждений, корректировка будущих предсказаний, поощрение использования пациентом новых стратегий поведения [3]. Для достижения долговременного улучшения настроения и поведения пациента когнитивные терапевты работают с более глубокими уровнями мышления: глубинными убеждениями людей о самих себе, своем мире и других. В контексте ПППГ, благодаря КПТ, пациенты получают возможность распознавать избыточный постуральный контроль на физическом, эмоциональном и психологическом уровнях, что в дальнейшем позволяет избавиться от тягостных симптомов головокружения [6, 20].

В исследовании, посвященном 39 пациентам с фобическим постуральным головокружением, добавление КПТ к упражнениям вестибулярной реабилитации имело положительный кратковременный эффект, устойчивость которого колебалась значительно в течение последующего года наблюдений [10,11]. Более новые исследования, к счастью, были более перспективными. В контролируемом исследовании 41 пациента с хроническим субъективным головокружением всего три сеанса КПТ привели к значительным улучшениям у 75% пациентов [9], которые сохранились в течение 1 и 6 месяцев после лечения [12]. В будущем ожидается, что КПТ будет оказывать помощь пациентам с выраженным страхом падения или страхом перед головокружением, поскольку может уменьшить стратегию избегания, характерную для данной категории больных [20].

Таким образом, правильный подбор и сочетание специфической терапии для лечения постоянного постурально-перцептивного головокружения с использованием психообразования, когнитивно-поведенческой психотерапии и антидепрессантов могут уменьшить выраженность дисфункционального поведения и непосредственно головокружения. Проводимые по всему миру исследования подтверждают необходимость раннего выявления и лечения этого состояния, а наличие симптомов в течение длительного времени не исключает хороших результатов терапии.

Литература/References

1. Ковпак Д.В. Страх... Тревога... Фобия... Вы можете с ними справиться! Практическое руководство психотерапевта, 2-е изд. СПб: Наука и Техника, 2019. [Kovpak DV. Strah... Trevoga... Fobiya... Vy mozhete s nimi spravit'sya! Prakticheskoe rukovodstvo psihoterapevta, 2-e izd. SPb: Nauka i Tekhnika, 2019. (In Russ.)]
2. Кунельская Н.Л., Байбакова Е.В., Заоева З.О. Психогенное головокружение. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019; 119(10):74-78. [Kunel'skaya NL, Bajbakova EV, Zaoeva ZO. Psychogenic dizziness. Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. 2019; 119(10):74-78. (In Russ.)] DOI: 10.17116/jnevro201911910189
3. Лихи Р. Техники когнитивной психотерапии. СПб.: Питер; 2020. [Lih R. Tekhniki kognitivnoj psihoterapii. SPb.: Piter; 2020. (In Russ.)]
4. Шацберг А.Ф. Руководство по клинической психофармакологии, 3-е изд. М.: МЕД-пресс-информ; 2019. [Shacberg AF. Rukovodstvo po klinicheskoy psihofarmakologii, 3-e izd. M.: MEDpress-inform; 2019. (In Russ.)]
5. Bisdorff A.M. von Brevern, Lempert T. and Newman-Toker D.E. Classification of vestibular symptoms: Towards an international classification of vestibular disorders, J Vestib Res. 2009; 19:1-13.
6. Best C, Tschann R, Stieber N. et al. STEADFAST: psychotherapeutic intervention improves postural strategy of somatoform vertigo and dizziness. Behav Neurol 2015; 2015:1-10. doi:10.1155/2015/456850
7. Chen G, Højer AM, Areberg J, Nomikos G. Vortioxetine: Clinical Pharmacokinetics and Drug Interactions. Clin Pharmacokinet. 2018; 57(6): 673-686. doi: 10.1007/s40262-017-0612-7
8. Dieterich M, Staab J, Brandt T. Functional (psychogenic) dizziness. Handb Clin Neurol. 2016; 139:447-468. https://doi: 10.1016/B978-0-12-801772-2.00037-0
9. Edelman S, Mahoney AE, Cremer PD. Cognitive behavior therapy for chronic subjective dizziness: a randomized, controlled trial. Am J Otolaryngol. 2012; 33:395-401. doi:10.1016/j.amjoto.2011.10.009
10. Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U. et al. Treatment of phobic postural vertigo. A controlled study of cognitive-behavioral therapy and self-controlled desensitization. J Neurol. 2006; 253:500-6. doi:10.1007/s00415-005-0050-6
11. Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U. et al. One-year follow-up of cognitive behavioral therapy for phobic postural vertigo. J Neurol. 2007; 254:1189-92. doi:10.1007/s00415-007-0499-6
12. Mahoney A E, Edelman S, Cremer PD. Cognitive behavior therapy for chronic subjective dizziness: longer-term gains and predictors of disability. Am J Otolaryngol. 2013; 34:115-20. doi:10.1016/j.amjoto.2012.09.013
13. Onofrij M, Thomas A, Tiraboschi P. et al. Updates on Somatoform Disorders (SFMD) in Parkinson's disease and dementia with lewy bodies and discussion of phenomenology. J Neurol Sci. 2011; 310:166-71. doi:10.1016/j.jns.2011.07.010
14. Pareés I, Kojovic M, Pires C. et al. Physical precipitating factors in functional movement disorders. J Neurol Sci. 2014; 338(1-2):174. doi:10.1016/j.jns.2013.12.046
15. Popkirov S, Staab JP, Stone J. Persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): a common, characteristic and treatable cause of chronic dizziness. Pract Neurol. 2018; 18(1):5-13. https://doi: 10.1136/practneurol-2017-001809
16. Staab JP, Ruckenstein MJ. Which comes first? psychogenic dizziness versus otogenic anxiety. Laryngoscope. 2003; 113:1714-1718. doi:10.1097/00005537-200310000-00010
17. Staab JP. Chronic subjective dizziness. Continuum. 2012; 18:1118-41. doi: 10.1212/01.CON.0000421622.56525.58
18. Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A. et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the Committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Ba'ra'ny Society. J Vestib Res. 2017; 27(4):191-208. https://doi: 10.3233/VES-170622
19. Stephan KE, Manjaly ZM, Mathys CD. et al. Allostatic self-efficacy: a metacognitive theory of dyshomeostasis-induced fatigue and depression. Front Hum Neurosci. 2016; 10:550 doi:10.3389/fnhum.2016.00550
20. Whalley MG, Cane DA. A cognitive-behavioral model of persistent postural-perceptual dizziness. Cogn Behav Pract. 2017; 24:72-89. doi:10.1016/j.cbpra.2016.03.003

Сведения об авторах

Кунельская Наталья Леонидовна — доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, профессор кафедры оториноларингологии им. академика Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ. E-mail: nlkun@mail.ru

Байбакова Елена Викторовна — кандидат медицинских наук, руководитель научно-исследовательского клинического отдела сурдологии и патологии внутреннего уха ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ. E-mail: erotermel@gmail.com

Чугунова Мария Александровна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник научно-исследовательского клинического отдела сурдологии и патологии внутреннего уха ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ. E-mail: chugunova-la@mail.ru

Заоева Зарина Олеговна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник (и. о. зав. отделом) научно-исследовательского клинического отдела сурдологии и патологии внутреннего уха ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ. E-mail: zarinazaoeva@mail.ru