



# Клинический случай поздней диагностики персистирующего постурального перцептивного головокружения

П.В. Алябьева<sup>1</sup>✉, М.Н. Файзова<sup>1</sup>, Н.А. Шнайдер<sup>1, 2</sup>, М.М. Петрова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, г. Красноярск

<sup>2</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, г. Санкт-Петербург

## РЕЗЮМЕ

**Цель обзора:** представить клиническое наблюдение пациентки с поздно диагностированным персистирующим постуральным перцептивным головокружением (ПППГ).

**Основная часть.** Освещены современные критерии, особенности диагностики и методы лечения ПППГ, история болезни и ход диагностического поиска. Узкие специалисты не находили данных за органическую патологию головного мозга и внутреннего уха и устанавливали лишь предварительный диагноз, рекомендуя дальнейшее обследование. Авторы акцентировались на поиске тревожно-депрессивных расстройств и подробном сборе анамнеза болезни. С использованием специализированного опросника выявлен очень высокий уровень тревожности, ассоциированной с головокружением. При сборе анамнеза выяснено, что ранее у пациентки был острый эпизод системного головокружения. Выставлен диагноз ПППГ. Пациентке была рекомендована психотерапия. Назначены прием селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, выполнение вестибулярной гимнастики с постепенным увеличением вестибулярной нагрузки. Спустя 3 мес отмечена положительная динамика.

**Заключение.** Данный клинический случай демонстрирует важность углубленного анализа анамнеза болезни у пациентов с головокружением и внимания к нейропсихологическому профилю.

**Ключевые слова:** персистирующее постуральное перцептивное головокружение, диагностика, клинический случай.

**Вклад авторов:** Алябьева П.В. — осмотр пациентки, анализ и интерпретация полученных данных, написание рукописи статьи; Файзова М.Н. — написание рукописи статьи и подготовка к публикации; Шнайдер Н.А. — разработка концепции статьи, доработка текста статьи, ответственность за целостность всех частей статьи, утверждение рукописи для публикации; Петрова М.М. — осмотр пациентки, определение направления работы, обсуждение текста статьи.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

**Для цитирования:** Алябьева П.В., Файзова М.Н., Шнайдер Н.А., Петрова М.М. Клинический случай поздней диагностики персистирующего постурального перцептивного головокружения. Доктор.Ру. 2022; 21(8): 25–30. DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-8-25-30

## A Clinical Case of Late Diagnosis of Persistent Postural Perceptive Vertigo

P.V. Alyabyeva<sup>1</sup>✉, M.N. Fayzova<sup>1</sup>, N.A. Shnayder<sup>1, 2</sup>, M.M. Petrova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; 1 Partizana Zhelesnyaka Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022

<sup>2</sup> V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology; 3 Bekhterev Str., Saint Petersburg, Russian Federation 192019

## ABSTRACT

**The purpose of the review:** to present a clinical case of a patient with late-diagnosed persistent postural perceptual dizziness (PPPD).

**Key points.** Modern criteria, features of diagnosis and methods of treatment of PPPD, medical history and course of diagnostic search are presented. The specialists did not find data for organic pathology of the brain and inner ear and established only a preliminary diagnosis, recommending further examination. The authors focused on the search for anxiety-depressive disorders and a detailed medical history. So, during the survey, a specialized questionnaire was used to identify anxiety associated with dizziness, and a very high level was shown. It was also found out that there was an acute episode of systemic dizziness in the anamnesis. PPPD was diagnosed. The patient was recommended psychotherapy. Appointed to receive selective serotonin reuptake inhibitors, perform vestibular exercises with a gradual increase in vestibular load. Three months later, a positive trend was noted.

**Conclusion.** This clinical case demonstrates the importance of an in-depth analysis of the medical history in patients with dizziness and attention to the neuropsychological profile.

**Keywords:** persistent postural perceptual dizziness, diagnosis, clinical case.

**Contributions:** Alyabyeva, P.V. — patient examination, data analysis and interpretation, text of the article; Fayzova, M.N. — text of the article and preparation of the manuscript; Shnayder, N.A. — concept of the article, editing of the text, cohesion of all parts of the article, approval of the manuscript for publication.; Petrova, M.M. — patient examination, determination of the direction of work, discussion of the text of the article.

**Conflict of interest:** The authors declare that they do not have any conflict of interests.

**For citation:** Alyabyeva P.V., Fayzova M.N., Shnayder N.A., Petrova M.M. A clinical case of late diagnosis of persistent postural perceptive vertigo. Doctor.Ru. 2022; 21(8): 25–30. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-8-25-30

✉ Алябьева Полина Викторовна / Alyabyeva, P.V. — E-mail: polina-moscaleva@yandex.ru



## ВВЕДЕНИЕ

## Дефиниция

Персистирующее постуральное перцептивное головокружение (ПППГ) — это хроническое дисфункциональное расстройство вестибулярной системы и центральной нервной системы (ЦНС), которое характеризуется стойким ощущением головокружения и/или неустойчивостью во время движения и продолжается 3 мес и более [1, 2].

## История

Большой вклад в изучение данной проблемы был внесен немецкими неврологами. В 1872 г. К. Westphal впервые отметил связь между тревогой и головокружением. Также им было отмечено, что субъективные расстройства равновесия у таких пациентов связаны с тревогой, а не с какой-либо органической патологией ЦНС [3]. Активное изучение вопросов психогенного головокружения начали в 1986 г. Т. Brandt и М. Dieterich. Ими был предложен термин «постуральная фобическая неустойчивость». Данным термином ученые описали ощущения субъективной неустойчивости, которые возникали у пациентов под воздействием окружающей обстановки или других социальных факторов [4].

За всю историю изучения феномен ПППГ трактовался учеными по-разному и носил названия постурального фобического головокружения, хронического субъективного головокружения, психогенного головокружения. Термин ПППГ для описания этого синдрома впервые был предложен в 2017 г. В настоящее время ПППГ признано клиническим диагнозом и включено в новую версию Международной классификации болезней 11-го пересмотра, которая уже в ближайшее время будет внедряться в клиническую практику. ПППГ был присвоен код АВ32.0, что относится к рубрике «10. Болезни уха или сосцевидного отростка» (АВ32 Хронический вестибулярный синдром) [5].

## Эпидемиология

Эпидемиология ПППГ изучена недостаточно, а результаты ранее проведенных исследований противоречивы. Средняя популяционная частота встречаемости ПППГ варьирует в широком диапазоне — от 10% [5] до 20% [6]. При этом частота встречаемости этого заболевания среди пациентов с психическими расстройствами достигает 40–50% [5].

## Патогенез

Патогенез ПППГ является достаточно сложным и до конца не изучен. Выявлено несколько ключевых механизмов, объясняющих причину возникновения данной патологии.

Одна из гипотез патогенеза ПППГ связана с адаптивными расстройствами после перенесенного острого эпизода головокружения, обусловленного вестибулярными, липотимическими или эмоциональными причинами. Частое сочетание головокружения и тревоги обусловлено связями между центрально-вестибулярными путями и нейронными сетями тревоги и страха. Важным патогенетическим звеном ПППГ является центральная сенситизация, приводящая к гиперреактивности на слабые проприоцептивные, вестибулярные и визуальные стимулы [7].

Другая гипотеза возникновения ПППГ связана с дисфункцией теменно-височной области и островковой доли. С одной стороны, это корковая область представительства вестибулярной функции в ЦНС. С другой стороны, это зона, реализующая (определяющая) ощущения ориентации в пространстве, схему и образ тела, навигацию и ощущение себя. Кроме того,

здесь формируется осознание произвольности и непроизвольности происходящих в организме действий — как двигательных, так и сенсорных. При нарушениях, происходящих в этой зоне больших полушарий головного мозга, пациент воспринимает собственные действия или ощущения как провоцируемые извне или чужеродные. Другой важной частью центрального отдела вестибулярной системы является гиппокампо/парагиппокампульная область височной доли, где когнитивные вестибулярные функции включены в процессы пространственной памяти, ориентации и навигации [9].

Обзор литературы, проведенный J.J. Im и соавт., показал наличие специфичных изменений при нейровизуализации у пациентов с ПППГ. Так, по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга (T1 и T2 взвешенные изображения) в группе ПППГ было выявлено уменьшение объема серого вещества головного мозга в теменно-височных, островковых, гиппокампо/парагиппокампульных областях, в правой предцентральной извилине и других областях головного мозга в отличие от контрольных групп [9]. Противоречия результатов некоторых исследований авторы объясняют не только корреляцией между изменениями на МРТ и самим ПППГ, но и сопутствующими состояниями. Так, авторы обращают внимание на коморбидные психосоматические расстройства, которые могут влиять на развитие органических изменений в ЦНС, модулируя функциональную активность головного мозга и паттерны межнейронных связей. К таким факторам авторы отнесли: личностные черты (нейротизм), сопутствующие психические расстройства (например, тревога и депрессия) и другие провоцирующие факторы (например, периферические вестибулярные поражения) [9].

## Клиника и диагностика

Для постановки данного диагноза необходим тщательный сбор жалоб (табл. 1) и анамнестических данных. Жалобы на головокружение обычно имеют постоянный характер, но могут нарастать или ослабевать, что частично связано с отвлечением или истощением внимания у пациента, а также с изменением его бдительности.

Целью опроса пациента с подозрением на ПППГ является выяснение характера головокружения на момент дебюта заболевания, а также факт его изменения с течением времени. Так, красным флагом для ПППГ является относительно острое начало (т.е. наличие острого эпизода какого-либо системного или несистемного головокружения в анамнезе) с последующим развитием условно постоянного головокружения иного характера.

Развитию ПППГ, как правило, предшествуют такие заболевания, как доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение или вестибулярный нейронит, реже вестибулярная мигрень [6]. Коморбидными состояниями зачастую являются панические атаки или генерализованное тревожное расстройство [5, 6, 10].

## Лечение

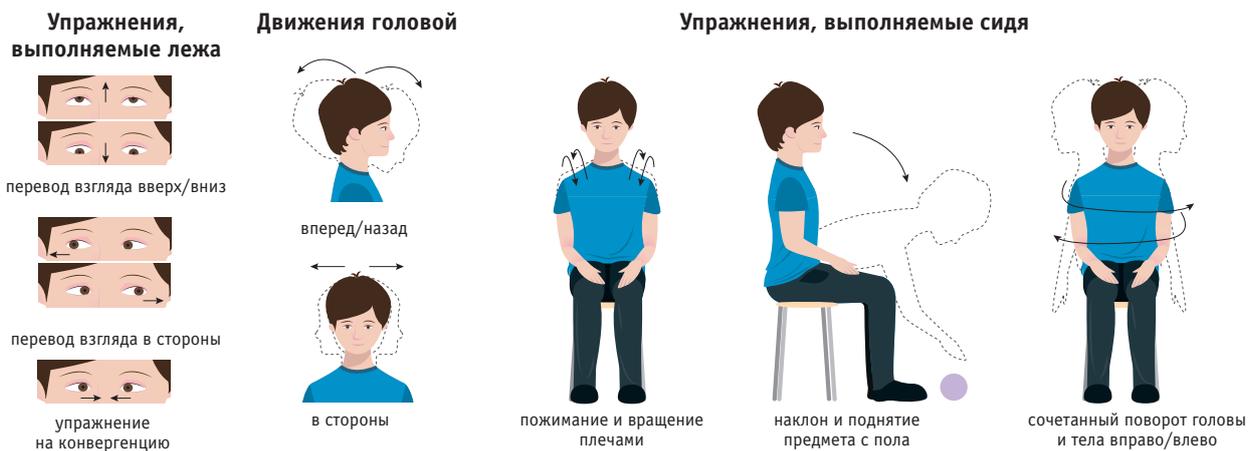
Лечение ПППГ требует как медикаментозной терапии (применение антидепрессантов группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) или селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН)), так и немедикаментозной поддержки (вестибулярная гимнастика (рис. 1) и когнитивно-поведенческая психотерапия) [1].

Медикаментозная терапия особенно важна в случае сопутствующих тревожно-депрессивных расстройств (ТДР).

**Диагностические критерии ПППГ Международного сообщества отоневрологов (2017) [1]**  
**Diagnostic criteria of persistent postural perceptive dizziness developed**  
**by the International Otoneurologist Society (2017) [1]**

A.	Головокружение системного и несистемного характера, неустойчивость, беспокоящие большую часть времени в течение последних 3 мес, имеющие 1 или более характеристик, указанных ниже: а) продолжается длительное время (часами), но может изменяться по интенсивности в сторону как усиления, так и уменьшения; б) не обязательно, чтобы симптомы продолжались на протяжении всего дня
B.	Персистирующие симптомы возникают без какой-либо провокации, однако усиливаются под воздействием 3 факторов: • вертикальное положение; • активное или пассивное движение без связи с вектором направления или положением; • воздействие сложных зрительных образов или наблюдение за движущимися объектами
C.	Триггером заболевания являются события, при которых возникают головокружения системного и несистемного характера, неустойчивость или проблемы с равновесием, включая острые, эпизодические или хронические вестибулярные синдромы, другие заболевания или психологический стресс
D.	Симптомы заболевания причиняют значительные страдания или функциональное нарушение
E.	Другие причины нарушений равновесия исключены

Рис. 1. Вестибулярная гимнастика  
 Fig. 1. Vestibular exercises



A. Ногі і соавт. (2016) показали, что в результате применения СИОЗС и СИОЗСН у пациентов с головокружением с сопутствующей ТДР (в отличие от больных без ТДР) отмечалась более выраженная положительная динамика по субъективному самочувствию, а также показатели по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS) были значительно ниже, чем в группе без ТДР ( $p < 0,05$ ) [10].

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Жалобы**

Пациентка М., 64 года, обратилась к неврологу с жалобами на головокружение в течение последних 3–4 лет. Пациентка вынуждена постоянно находиться дома, т.к. самостоятельно не может выйти на улицу в связи с сильным головокружением и страхом упасть. На прием к врачу она пришла в сопровождении дочери, выходит из дома только с ее помощью. В ходе расспроса пациентка сообщила, что по дому она передвигается самостоятельно, с домашними обязанностями справляется, готовит обеды на всю семью. Однако при выходе на улицу интенсивность головокружения становится крайне выраженной, в связи с чем появился страх больших и неизвестных ранее помещений, выхода на улицу и похода по магазинам.

**Анамнез**

При подробном расспросе выяснено, что в анамнезе болезни был острый эпизод головокружения, после которого и возникли настоящие жалобы. Так, пациентка описала типичную картину доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения 4 года назад. Накануне острого эпизода головокружения у нее было чувство тошноты и слабость. На следующее утро женщина «не смогла встать с постели», при малейшем движении предметы начинали «плыть», была однократная рвота. Состояние оставалось прежним в течение 8 дней, затем самостоятельно нормализовалось. Однако позднее развились «остаточные явления», беспокоящие пациентку по сегодняшний день. По результатам МРТ головного мозга, проведенной через 10 дней после начала острого эпизода системного головокружения, органической патологии не выявлено.

В течение следующих 3 лет пациентка была многократно обследована узкими специалистами различного профиля, но органических причин настоящего состояния найдено не было, поэтому диагноз ПППГ не был установлен. Ранее выставленные диагнозы систематизированы и представлены нами в *таблице 2*. Результаты инструментальных обследований представлены в *таблице 3*.

Консультации узких специалистов  
Consultations by specialised doctors

Специалист	Дата	Заключение
Невролог	26.04.2018	Хроническая ишемия головного мозга II степени смешанного (атеросклеротического и гипертонического) генеза с выраженным вестибуло-мозжечковым синдромом, декомпенсация
Нейрохирург	28.05.2019	Полисегментарный остеохондроз шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника с мышечно-тоническим цервикалгическим синдромом. Дегенеративный стеноз поясничного отдела позвоночника. Сопутствующий диагноз: хроническая ишемия головного мозга с вестибулоатактическим синдромом. Вестибулопатия
Вестибулолог	11.09.2019	Двусторонняя периферическая (токсическая/инфекционная?) вестибулопатия. Головная боль напряжения
Оториноларинголог	03.09.2020	Данных за болезнь Меньера нет
Сурдолог	07.09.2020	Пресбиакузис. Сенсоневральная тугоухость (возрастная/сосудистая)

Инструментальные методы обследования  
Instrumental examinations

Метод	Дата	Заключение
МРТ головного мозга	08.04.2018	МР-картина единичных очаговых образований головного мозга дистрофического характера. Латероventрикулоасимметрия. Умеренно выраженная наружная заместительная гидроцефалия. Аплазия лобных пазух. Признаки склерозирующего мастоидита слева
МРТ шейного отдела позвоночника	08.04.2018	МР-картина дистрофических изменений шейного отдела позвоночника. Ункоартроз. Спондилоартроз. Стеноз позвоночного канала на уровне С2-С3. Протрузии дисков С2-С3, С3-С4, С4-С5, С5-С6, С6-С7
Триплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов	09.05.2018	Общая, внутренняя и наружная сонные артерии с обеих сторон проходимы, гемодинамических значимых нарушений нет. Начальные проявления атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий в виде утолщения комплекса интима-медиа. «Малый» диаметр позвоночной артерии слева. Позвоночные артерии проходимы с обеих сторон, направление кровотока антеградное. При проведении поворотных проб значимого снижения кровотока не определяется. Вертеброгенное влияние шейного отдела позвоночника на обе позвоночные артерии (эхопризнаки асимметрии кровотока в сегменте V1 на 20% D < S; ПА в сегменте V2 на 20–25% D < S). Эктазия правой яремной вены. Нарушение венозного возврата из полости черепа.
Тимпанография и аудиография	07.09.2020	Определение слуха шепотом, разговорной речью соответствует возрастной норме. Камертональные пробы в норме.

В ходе заболевания пациентка получала лекарственные средства различных фармакологических групп: антигипоксанты и ангиопротекторы (актовегин, танакан); ноотропы (цитиколин); блокаторы кальциевых каналов IV класса (циннаризин); седативные препараты (беллатаминал); трициклические антидепрессанты (пипофезин) коротким курсом в связи с развитием побочных эффектов (тошнота, усиление головокружения); гистаминомиметики (бетагистин). Однако существенного и стабильного улучшения отмечено не было.

ДИАГНОСТИКА

Неврологический статус

Сознание: ясное. Интеллект и критика сохранены.

Нейропсихологическое тестирование: Оценка по шкале эмоциональной возбудимости — высокий уровень нейротизма (18 баллов). Оценка по тесту Спилбергера — умеренная личностная (34 балла) и низкая ситуативная (28 баллов) тревожность. Оценка по шкале депрессии и тревоги Бека —

отсутствие депрессивных симптомов (8 баллов) и незначительный уровень тревоги (15 баллов). Заключение: эмоционально лабильна, умеренный уровень общей тревожности.

Кроме того, пациентка была протестирована с использованием Опросника для выявления тревожности, ассоциированной с головокружением [11]. Результат составил 31 балл, что соответствовало очень высокому уровню тревоги (рис. 2).

Черепно-мозговые нервы интактны. Нистагма нет.

Двигательная сфера: объем активных и пассивных движений верхних и нижних конечностей полный. Тонус мышц верхних и нижних конечностей сохранена, по 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с верхних и нижних конечностей живые, без асимметрии сторон. Патологических рефлексов нет.

Чувствительная сфера: нарушений поверхностных и глубоких видов чувствительности нет. Менингеальных знаков нет.

Координаторная сфера: стоя с концентрацией внимания на стойке — пациентка пошатывается, при отвлечении

Рис. 2. Результаты опросника для выявления тревожности, ассоциированной с головокружением [11]: А — до постановки диагноза и начала терапии; В — после  
 Fig. 2. Dizziness-associated anxiety questionnaire results [11]: A — prior to diagnosis and therapy initiation; B — after diagnosis and therapy initiation.

**А** Таблица 2. Опросник для выявления тревожности, ассоциированной с головокружением (баллы)

1. Я испытываю страх повторения головокружения		
<input type="checkbox"/> все время	3	
<input type="checkbox"/> часто	2	
<input checked="" type="checkbox"/> время от времени	1	(1)
<input type="checkbox"/> совсем не испытываю	0	
2. Я испытываю страх падения за пределами дома (на улице)		
<input type="checkbox"/> совсем не испытываю	0	
<input type="checkbox"/> иногда	1	
<input type="checkbox"/> часто	2	
<input checked="" type="checkbox"/> очень часто	3	(3)
3. Мне нужна опора в положении стоя, если разговариваю с кем-либо или выступаю		
<input type="checkbox"/> определенно, это так	3	(3)
<input type="checkbox"/> не очень часто	2	
<input type="checkbox"/> иногда, но это меня не беспокоит	1	
<input type="checkbox"/> совсем не испытываю	0	
4. Мне кажется, что окружающие замечают мой дефект (штукость)		
<input type="checkbox"/> определенно, это так	3	
<input checked="" type="checkbox"/> наверное, это так	2	(2)
<input type="checkbox"/> в некоторой степени	1	
<input type="checkbox"/> нет	0	
5. Я опасаясь падения и травмы из-за головокружения		
<input checked="" type="checkbox"/> постоянно	3	(3)
<input type="checkbox"/> очень часто	2	
<input type="checkbox"/> редко	1	
<input type="checkbox"/> нет	0	
6. У меня бывает ощущение сильной паники		
<input type="checkbox"/> очень часто	3	
<input type="checkbox"/> довольно часто	2	
<input checked="" type="checkbox"/> редко	1	(1)
<input type="checkbox"/> не бывает	0	
7. Я ощущаю чувство тревоги		
<input type="checkbox"/> очень редко	0	
<input checked="" type="checkbox"/> редко	1	(1)
<input type="checkbox"/> довольно часто	2	
<input type="checkbox"/> очень часто	3	
8. Я ограничиваю свою повседневную активность из-за головокружения		
<input checked="" type="checkbox"/> практически все время	3	(3)
<input type="checkbox"/> часто	2	
<input type="checkbox"/> редко	1	
<input type="checkbox"/> совсем нет	0	
9. Мысли о головокружении постоянно присутствуют у меня		
<input checked="" type="checkbox"/> определенно, это так	3	(3)
<input type="checkbox"/> часто	2	
<input type="checkbox"/> редко	1	
<input type="checkbox"/> это не так	0	
10. Я опасаясь инсульта		
<input type="checkbox"/> нет, это не так	0	
<input checked="" type="checkbox"/> в некоторой степени	1	(1)
<input type="checkbox"/> довольно часто	2	
<input type="checkbox"/> постоянно	3	
11. Я уверен, что у меня правильный диагноз		
<input checked="" type="checkbox"/> нет, абсолютно не уверен	3	(3)
<input type="checkbox"/> скорее нет	2	
<input type="checkbox"/> отчасти	1	
<input type="checkbox"/> да, полностью согласен	0	

Описание табл. 2 на след стр.

Таблица 2. Опросник для выявления тревожности, ассоциированной с головокружением (баллы) (сокращение)

12. Я думаю, мой врач знает, как меня лечить		
<input type="checkbox"/> да, полностью доверяю	0	
<input type="checkbox"/> есть некоторые сомнения	1	
<input type="checkbox"/> есть серьезные сомнения	2	
<input checked="" type="checkbox"/> это совсем не так	3	(3)
13. Я испытываю страх при переходе улицы		
<input checked="" type="checkbox"/> постоянно	3	(3)
<input type="checkbox"/> очень часто	2	
<input type="checkbox"/> редко	1	
<input type="checkbox"/> совсем не испытываю	0	
14. Я опасаясь резких подъемов с постели и поворотов головы		
<input checked="" type="checkbox"/> нет	0	(0)
<input type="checkbox"/> почти не опасаясь	1	
<input type="checkbox"/> очень часто	2	
<input type="checkbox"/> постоянно	3	
15. Я могу предчувствовать возникновение головокружения		
<input type="checkbox"/> практически всегда	3	
<input type="checkbox"/> часто	2	
<input checked="" type="checkbox"/> редко	1	(1)
<input type="checkbox"/> нет	0	

(31)

**В** Таблица 2. Опросник для выявления тревожности, ассоциированной с головокружением (баллы)

1. Я испытываю страх повторения головокружения		
<input type="checkbox"/> все время	3	
<input type="checkbox"/> часто	2	
<input checked="" type="checkbox"/> время от времени	1	(1)
<input type="checkbox"/> совсем не испытываю	0	
2. Я испытываю страх падения за пределами дома (на улице)		
<input type="checkbox"/> совсем не испытываю	0	
<input type="checkbox"/> иногда	1	(1)
<input type="checkbox"/> часто	2	
<input type="checkbox"/> очень часто	3	
3. Мне нужна опора в положении стоя, если разговариваю с кем-либо или выступаю		
<input type="checkbox"/> определенно, это так	3	
<input checked="" type="checkbox"/> не очень часто	2	(2)
<input type="checkbox"/> иногда, но это меня не беспокоит	1	
<input type="checkbox"/> совсем не испытываю	0	
4. Мне кажется, что окружающие замечают мой дефект (штукость)		
<input type="checkbox"/> определенно, это так	3	
<input type="checkbox"/> наверное, это так	2	
<input checked="" type="checkbox"/> в некоторой степени	1	(1)
<input type="checkbox"/> нет	0	
5. Я опасаясь падения и травмы из-за головокружения		
<input type="checkbox"/> постоянно	3	
<input type="checkbox"/> очень часто	2	
<input checked="" type="checkbox"/> редко	1	(1)
<input type="checkbox"/> нет	0	
6. У меня бывает ощущение сильной паники		
<input type="checkbox"/> очень часто	3	
<input type="checkbox"/> довольно часто	2	
<input checked="" type="checkbox"/> редко	1	(1)
<input type="checkbox"/> не бывает	0	
7. Я ощущаю чувство тревоги		
<input type="checkbox"/> очень редко	0	
<input checked="" type="checkbox"/> редко	1	(1)
<input type="checkbox"/> довольно часто	2	
<input type="checkbox"/> очень часто	3	
8. Я ограничиваю свою повседневную активность из-за головокружения		
<input checked="" type="checkbox"/> практически все время	3	(3)
<input type="checkbox"/> часто	2	
<input checked="" type="checkbox"/> редко	1	(1)
<input type="checkbox"/> совсем нет	0	
9. Мысли о головокружении постоянно присутствуют у меня		
<input type="checkbox"/> определенно, это так	3	
<input type="checkbox"/> часто	2	
<input checked="" type="checkbox"/> редко	1	(1)
<input type="checkbox"/> это не так	0	
10. Я опасаясь инсульта		
<input type="checkbox"/> нет, это не так	0	
<input checked="" type="checkbox"/> в некоторой степени	1	(1)
<input type="checkbox"/> довольно часто	2	
<input type="checkbox"/> постоянно	3	
11. Я уверен, что у меня правильный диагноз		
<input type="checkbox"/> нет, абсолютно не уверен	3	
<input type="checkbox"/> скорее нет	2	
<input type="checkbox"/> отчасти	1	
<input checked="" type="checkbox"/> да, полностью согласен	0	(0)

Описание табл. 2 на след стр.

Таблица 2. Опросник для выявления тревожности, ассоциированной с головокружением (баллы) (сокращение)

12. Я думаю, мой врач знает, как меня лечить		
<input checked="" type="checkbox"/> да, полностью доверяю	0	(0)
<input type="checkbox"/> есть некоторые сомнения	1	
<input type="checkbox"/> есть серьезные сомнения	2	
<input type="checkbox"/> это совсем не так	3	
13. Я испытываю страх при переходе улицы		
<input type="checkbox"/> постоянно	3	
<input checked="" type="checkbox"/> очень часто	2	(2)
<input type="checkbox"/> редко	1	
<input type="checkbox"/> совсем не испытываю	0	
14. Я опасаясь резких подъемов с постели и поворотов головы		
<input checked="" type="checkbox"/> нет	0	(0)
<input type="checkbox"/> почти не опасаясь	1	
<input type="checkbox"/> очень часто	2	
<input type="checkbox"/> постоянно	3	
15. Я могу предчувствовать возникновение головокружения		
<input type="checkbox"/> практически всегда	3	
<input type="checkbox"/> часто	2	
<input checked="" type="checkbox"/> редко	1	(1)
<input type="checkbox"/> нет	0	

(14)

внимания (проба с распознаванием написанных на спине цифр) — относительно устойчива. Ходьба: идет медленно, придерживается за стену. В позе Ромберга неустойчива. Пальценосовую пробу стоя и лежа выполняет, колено-пяточную пробу выполняет.

Обращает на себя внимание вариабельность выраженности симптомов головокружения. При пересаживании со стула на кушетку (т.е. с концентрацией внимания на задании) женщина смогла пересесть только с помощью дочери. При пересаживании обратно во время отвлечения внимания пациентки (врач специально задавал вопросы) она, отвечая на вопросы врача, самостоятельно и без нарушения равновесия обулась и пересела на стул.

Тазовые функции: нарушений нет.

**Соматический статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски, периферических отеков нет. Рост 155 см, вес 80 кг, индекс массы тела 33,3 кг/м<sup>2</sup> (ожирение 1 степени). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Частота сердечных

сокращений — 63 уд/мин. Артериальное давление на момент осмотра 134/90 мм рт. ст.

**Диагноз**

На момент настоящего осмотра невролога пациентке впервые установлен клинический диагноз: Функциональное психогенное головокружение: ПППГ.

В отсутствие данных за органическую патологию головного мозга и внутреннего уха специалиста, к которым пациентка ранее обращалась за медицинской помощью, могли со своей стороны установить лишь предварительный диагноз и рекомендовать дальнейшее обследование.

Отсутствие явных клинических проявлений и изменений в лабораторных и инструментальных методах обследования наталкивало на мысль о «придуманном» заболевании. Так, в диагностике нами был сделан акцент на поиске тревожно-депрессивных расстройств и подробном сборе анамнеза болезни.

**Лечение**

Пациентке была рекомендована психотерапия. Назначен прием СИОЗС (эсциталопрам, 10 мг/сут), выполнение

вестибулярной гимнастики с постепенным увеличением вестибулярной нагрузки (выход на прогулки, наблюдение за движущимися объектами, походы в магазин, сначала в сопровождении, затем самостоятельно).

На повторном приеме у невролога, спустя 2 мес от постановки диагноза ПППГ и назначения вышеуказанной терапии, у пациентки наметилась положительная динамика. Спустя еще 3 мес пациентка начала гулять с ребенком (внучкой) во дворе, самостоятельно ходить в ближайший магазин. По Опроснику для выявления тревожности, ассоциированной с головокружением [11], также отмечена клинически значимая положительная динамика — 14 баллов (низкий уровень тревоги) (рис. 2). Пациентке рекомендовано продолжить медикаментозную терапию еще на 2 мес (планируемый курс до полугода), продолжить занятия с психотерапевтом-нейропсихологом, продолжать постепенно увеличивать вестибулярную нагрузку.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Данный клинический случай демонстрирует важность углубленного анализа анамнеза болезни у пациентов с головокружением. Важно помнить, что ПППГ — это, как правило,

следствие перенесенного острого эпизода системного головокружения. Пациенты редко самостоятельно сочтут важным и расскажут об остром эпизоде в отдаленном анамнезе, чаще предъявляя жалобы на настоящий момент. Поэтому прежде, чем определять тип головокружения, необходимо выяснить характер головокружения на момент дебюта заболевания и его изменение в ходе течения болезни до сегодняшнего дня.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Более половины пациентов, консультируемых неврологом или оториноларингологом по поводу головокружения, имеют тревожно-депрессивные расстройства [11]. Официально диагноз ПППГ был признан совсем недавно, ранее это состояние считалось исключительно психогенным. Сегодня терапия ПППГ доступна (современная фармакотерапия, психотерапия и специализированная реабилитация), но для назначения адекватной терапии важно поставить правильный диагноз. Для этого пациентам с жалобами на головокружение целесообразно рекомендовать неврологам проводить специализированное нейропсихологическое тестирование пациентам с подозрением на ПППГ.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Staab J.P. Persistent postural-perceptual dizziness. *Semin. Neurol.* 2020; 40(1): 130–137. DOI: 10.1055/s-0039-3402736.
2. Антоненко Л.М. Персистирующее постурально-перцептивное головокружение: современные подходы к диагностике и лечению. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2019; 11(4): 136–140. [Antonenko L.M., Zastenskaya E.N. Persistent postural-perceptual vertigo: current approaches to diagnosis and treatment. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics.* 2019; 11(4): 136–140. (in Russian)] DOI: 10.14412/2074-2711-2019-4-136-140
3. Staab J.P., 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 Bárány Society. *J. Vestib. Res.* 2017; 27(4): 191–208. DOI: 10.3233/VES-170622
4. Шаповалова М.В., Замерград М.В. Персистирующее постурально-перцептивное головокружение в пожилом возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски.* 2019; 119(9-2): 5–9. [Shapovalova M.V. Persistent postural perceptual dizziness of the elderly. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii im. S.S. Korsakova.* 2019; 119(9-2): 5–9. (in Russian)]
5. Dieterich M., Staab J.P. Functional dizziness: from phobic postural vertigo and chronic subjective dizziness to persistent postural-perceptual dizziness. *Curr. Opin. Neurol.* 2017; 30(1): 107–113. DOI: 10.1097/WCO.0000000000000417
6. Popkirov S., Staab J.P., Stone J. Persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): a common, characteristic and treatable cause of chronic dizziness. *Pract. Neurol.* 2018; 18(1): 5–13. DOI: 10.1136/practneurol-2017-001809
7. Застенская Е.Н., Антоненко Л.М., Баринов А.Н. Коморбидные нарушения и их коррекция при персистирующем постуральном перцептивном головокружении. *Вопросы практической педиатрии.* 2020; 15(1): 48–52. [Zastenskaya E.N., Antonenko L.M., Barinov A.N. Comorbidities and their correction in patients with persistent postural perceptual dizziness. *Vopr. prakt. pediatri. (Clinical Practice in Pediatrics).* 2020; 15(1): 48–52. (in Russian)] DOI: 10.20953/1817-7646-2020-1-48-52
8. Дюкова Г.М., Замерград М.В., Голубев В.Л., Адилова С.М., Макаров С.А. Функциональное (психогенное) головокружение. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2017; 117(6): 91–98. [Diukova G.M., Golubev V.L., Adilova S.M., Makarov S.A. Functional (psychogenic) vertigo. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii im. S.S. Korsakova.* 2017; 117(6): 91–98. (in Russian)]
9. Im J.J., Na S., Jeong H., Chung Y.A. A review of neuroimaging studies in persistent postural-perceptual dizziness (PPPD). *Nucl. Med. Mol. Imaging.* 2021; 55(2): 53–60. DOI: 10.1007/s13139-020-00675-2
10. Horii A., Imai T., Kitahara T. et al. Psychiatric comorbidities and use of milnacipran in patients with chronic dizziness. *J. Vestib. Res.* 2016; 26(3): 335–340. DOI: 10.3233/VES-160582
11. Есин Р.Г., Хайруллин И.Х., Мухаметова Э.Р., Есин О.Р. Персистирующее постурально-перцептивное головокружение. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2017; 117(4): 28–33. [Esin R.G., Khairullin I.K., Mukhametova E.R., Esin O.R. Persistent postural-perceptual dizziness. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii im. S.S. Korsakova.* 2017; 117(4): 28–33. (in Russian)] DOI: 10.17116/jnevro20171174128-33 

Поступила / Received: 22.03.2022

Принята к публикации / Accepted: 15.06.2022

## Об авторах / About the authors

Алябьева Полина Викторовна / Alyabyeva, P.V. — аспирант центра коллективного пользования "Молекулярные и клеточные технологии", ассистент кафедры поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. 660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1. eLIBRARY.RU SPIN: 9097-3068. <https://orcid.org/0000-0002-8833-1052>. E-mail: polina-moscalleva@yandex.ru

Файзова Марворид Нусратуллоевна / Fayzova, M.N. — студент 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. 660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1. <https://orcid.org/0000-0001-8738-6847>.

Шнайдер Наталья Алексеевна / Shnayder, N.A. — д. м. н., профессор, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; ведущий научный сотрудник ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. 192019, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. eLIBRARY.RU SPIN: 6517-0279. <http://orcid.org/0000-0002-2840-837X>. E-mail: nascnaider@yandex.ru

Петрова Марина Михайловна / Petrova, M.M. — д. м. н., профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. 660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1. eLIBRARY.RU SPIN: 3531-2179. <https://orcid.org/0000-0002-8493-0058>. E-mail: stk99@yandex.ru