

## ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

М. Н. Дадашева

*Кафедра неврологии и нейрохирургии ФУВ РГМУ*

Головокружение является симптомом многих соматических, неврологических и психических заболеваний. Выделение особой формы – вертеброгенного головокружения обусловлено распространенностью и тяжестью течения заболеваний опорно-двигательного аппарата.

**Цель работы** – изучение психоневрологических аспектов вертеброгенного головокружения.

### Материал и методы

В поликлинических условиях было проведено комплексное клиничко-неврологическое обследование 320 больных с вертеброгенным головокружением (ВГ). Возраст исследованных больных колебался от 18 до 82 лет. Мужчин было 128, женщин – 192.

Вся выборка была разделена на три подгруппы. В первую были включены 220 пациентов с различными формами цервикальной дорсопатии (по Международной классификации причин болезней X пересмотра). Вторую группу составляли 30 больных с цервикальной «хлыстовой» травмой I–III степени (по классификации Квебекского Таксономического Комитета). В третью группу вошли 70 больных с цервикальным синдромом черепно-мозговой травмы, у которых после черепно-мозговой травмы развился цервикальный синдром (2).

Большая сложность диагностики вертеброгенного головокружения состоит в том, что многие его симптомы имеют субъективный характер, поэтому исключительно важны были на первом этапе комплексное исследование соматического статуса, стандартные лабораторные методы исследования, а также ЭКГ, эхокардиография, нейроофтальмологическое и отоневрологическое обследование. Для верификации причин кохлеовестибулярных нарушений и боли в шейном отделе позвоночника проводились дополнительные методы диагностики, включающие лучевую диагностику, МРТ шейного отдела позвоночника, УЗИ сосудов шеи, ЭЭГ.

Оценка состояния вегетативной нервной системы проводилась с помощью комплексных шкал и анкет: Шкала балльной оценки проявлений синдрома вегетативной дистонии, Анкета оценки астенических проявлений, Анкета тестирования гипервентиляции

онных нарушений, Анкета субъективной оценки нарушений сна (1).

Для уточнения и объективизации состояния исследовались личностные характеристики больных с применением методов психологического тестирования. Использовался характерологический опросник Леонгарда (1994), основанный на концепции «акцентуированных личностей». Проводилось также экспериментально-психологическое тестирование, направленное на исследование депрессивных (тест Бэка) и тревожных (тест Ч.Спилбергера) проявлений. Применение психологических тестов позволяло охарактеризовать изменения структуры личности, оценить отношение пациента к своему заболеванию и выявить тревожно-фобические и депрессивные расстройства (1).

### Результаты

Ведущими жалобами у всех наблюдаемых больных были головокружение, головная боль, кохлеовестибулярные нарушения и боль в шее. Было проведено экспериментально-психологическое обследование 70 больных с вертеброгенным головокружением в хронической стадии заболевания с его длительностью более 6 месяцев. Все наблюдаемые были разделены на группы. В I группу вошли 46 больных с шейной дорсопатией. Во II группу – 44 больных с цервикальной травмой (32 – с цервикальным синдромом черепно-мозговой травмы и 12 – с «хлыстовой» цервикальной травмой). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц.

В процессе клиничко-психопатологического и экспериментально-психологического исследований был выявлен характерный спектр непсихотических психических расстройств, представленный тремя основными синдромами: астеническим, аффективным и умеренно выраженным психоорганическим. Особенности выявленных психических нарушений являлись их полиморфизм и тесная взаимосвязь с неврологическим заболеванием.

Ведущим синдромом для всех изученных больных был астенический. Характерным было появление раздражительной слабости даже при незна-

чительных физических усилиях и тесная связь с динамикой основного заболевания. Диапазон астенических расстройств колебался от легкой утомляемости, раздражительности, поверхностного сна, не нарушающих жизнедеятельность больных, до выраженных астенических состояний с невозможностью выполнять привычные функции и существенно нарушающих социально-трудовую адаптацию.

В начале заболевания астения имела преходящий характер, отмечались в основном астено-вегетативные реакции. У всех пациентов наблюдались различные перманентные и пароксизмальные вегетативные расстройства, возникающие вследствие нарушения деятельности как сегментарных, так и надсегментарных вегетативных структур. Вегетативные нарушения в период обострения отличались разнообразием и стойкостью, зависели от длительности и тяжести течения основного заболевания (1).

Отмечено, что у пациентов с вертеброгенным головокружением появлялись преимущественно сегментарные вегетативные нарушения в результате раздражения их остеофитами при травматическом воздействии, спондилезе, спондилолистезе, артрозе унковертебральных сочленений, компрессионных поражениях, при различных аномалиях краниовертебрального перехода. У всех пациентов выявлялись изменения цвета кожных покровов туловища, чаще в шейно-воротниковой зоне, в виде покраснения, побледнения иногда акроцианоза, нарушения потоотделения, пиломоторного рефлекса и дерматографизма, пастозности и похолодания кистей рук.

Имелись многочисленные жалобы: расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы (кардиалгия, аритмия, лабильность артериального давления, тахикардия), нарушения терморегуляции в виде субфебрилитета, расстройства потоотделения, гипергидроза, инсомнии, гастроинтестинальных расстройств. Нередко присоединялись сенестопатические ощущения в области затылка, шеи и верхних конечностей.

У больных с цервикальным травматическим синдромом на фоне перманентных вегетативных расстройств наблюдались вегетативные кризы, которые развивались при наличии стрессового фактора (затянувшийся конфликт дома или на работе, оперативное вмешательство, болезнь родственников). У некоторых больных отмечались развернутые приступы по типу панических атак, у других – сочетание больших пароксизмов с малыми или только малые, abortивные кризы.

Приступ начинался, как правило, с ощущения удушья, нехватки воздуха, легкости в голове, появления парестезий в дистальных отделах конечностей, чаще в верхних, или в периорбитальной области, а также страха смерти. Отмечались чувство жара или, наоборот, холода, нарастание уже имевшихся симптомов головокружения, головной боли, тошноты, шума, звона в ушах. Однако при последующих приступах у многих страхи практически полностью регрессировали. В межприступный период преобладали тревожный фон настроения, по-

давленность, ощущение безысходности, опасения стать инвалидом и невозможность работать. Имелись когнитивные расстройства.

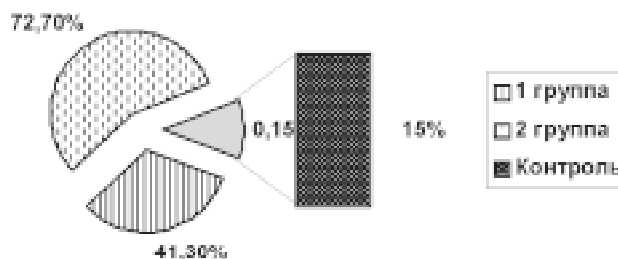
В связи с мультисинаптическим переключением с волокон верхних шейных спинномозговых нервов через их узлы и продолговатый мозг развивались нарушения деятельности надсегментарных вегетативных структур, носящих название психовегетативного синдрома, в клинической картине которого ведущая роль принадлежит эмоционально-аффективным нарушениям.

Преморбидные особенности личности оказывали значительное влияние на развитие и структуру психопатологических расстройств. В ряде наблюдений присущие больным личностные особенности, мало заметные в обычных условиях, особенно отчетливо проявлялись при развитии вертеброгенного головокружения. Усредненный профиль личности по тесту Леонгарда-Шмишека в группе был следующим: демонстративные, эмотивные и «застревающие» личности преобладали над другими; несколько реже встречались субдепрессивные и дистимические акцентуации. Мысли о болезни обнаруживали тенденцию к застреванию, часто поглощая все внимание больного. «Эмотивных» больных (18 больных – 20,0%) отличали отзывчивость, утонченность эмоциональных реакций. Особенно характерна была слезливость: они плакали, рассказывая о том, какие страдания испытывают от частых головокружений (3).

Лицам «демонстративной», «истероидной» акцентуации (14 больных – 15,5%) были присущи другие тенденции: нежелание продолжать работать, требование повышенного внимания и заботы со стороны родственников и окружения, необходимость в признании тяжести, значительности и серьезности «своего заболевания» (4).

На рисунке представлены данные тестирования по характерологическому опроснику Леонгарда-Шмишека у обследованных больных в сравнении с лицами контрольной группы. Число больных с акцентуацией личности в двух исследованных группах было значительно выше, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). Во второй группе отмечено существенное преобладание числа акцентуированных лиц по сравнению с первой группой ( $p < 0,05$ ).

При обработке анамнестических данных были выделены дополнительные факторы, которые по



Распределение «акцентуированных» личностей по данным теста Леонгарда-Шмишека в обследованных группах

Примечания: I группа – больные с шейной дорсопатией; II группа – больные с цервикальным травматическим синдромом.

мере развития заболевания, а также после тяжелой травмы способствовали возникновению депрессивных и психоорганических нарушений: преморбидные особенности личности, признаки резидуально-органической недостаточности и невропатическая конституция в детском возрасте, патохарактерологические расстройства в подростковом возрасте, «психосоматический» тип реагирования, профессиональные и экзогенные вредности, травма (5).

Изучение анамнеза пациентов обнаружило у многих из них проявления невропатической конституции в детском возрасте (невротические реакции, тики, заикание, ночной энурез, повышенную эмоциональную возбудимость, склонность к сомато-вегетативным нарушениям: обморочным состояниям и тому подобное).

По мере усиления головокружения, кохлеовестибулярных нарушений, а также после тяжелой травмы формировались расстройства депрессивного круга в виде депрессивных реакций, которые не достигали степени тяжелой депрессии. Отмечались легкие депрессивные расстройства (19,5 баллов), повышение уровня реактивной (45 баллов) и личностной тревожности (52 балла). Пациенты жаловались на сниженное настроение, чувство беспокойства, тревоги, мысли о бесперспективности существования, пессимистически оценивали свое будущее. У больных отмечались подавленное настроение с дисфорическим оттенком, плаксивость, затрудненное засыпание, поверхностный сон с кошмарными сновидениями. При определении особенностей структуры депрессивного синдрома в I группе наиболее типичными были астено-депрессивный и тревожно-депрессивный варианты. У больных одновременно отмечались тревожные и депрессивные расстройства, проявлявшиеся даже во внешнем облике, мимике, движениях, характере (6).

Были отмечены высокие уровни как реактивной, так и личностной тревоги. У 16 больных преобладали стойкие и выраженные тревожные расстройства. При депрессивно-ипохондрических реакциях наблюдались жалобы с тревожными опасениями за здоровье, фобическими эпизодами. У 22 больных II группы помимо неврологической симптоматики были выявлены следующие патогномичные признаки: на-

вязчивости (повторные переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний), апатия, нарушения сна в виде затрудненного засыпания, поверхностного или прерывистого сна и раннего пробуждения, общей тревожности или всплеск пароксизмальной тревоги, чувства вины. Для этих больных была характерна постоянная, принимавшая характер навязчивости, обеспокоенность по поводу своего здоровья, которая полностью овладевала сознанием и нарушала адаптацию. Больные предъявляли многочисленные жалобы, объективно не соответствующие тяжести заболевания.

Декомпенсацию с развитием истеро-депрессивного синдрома давали лица с сотрясением головного мозга средней и тяжелой степенями, а также с истерическими преморбидными особенностями. С детства эти больные отличались выраженным эгоцентризмом, желанием постоянного внимания к себе, восхищения, почитания или сочувствия, характерны были аффективные реакции, суицидальные демонстрации, театральное поведение, которое отличалось демонстративностью со склонностью к аггравации имеющихся расстройств, плаксивостью, раздражительностью.

Длительность психических нарушений составляла от нескольких недель до 6 месяцев, течение заболевания было волнообразным. Выраженность клинических признаков коррелировала с тяжестью неврологической симптоматики, полученных травматических повреждений, степенью анатомического и косметического дефекта.

Больным была проведена комплексная, этиопатогенетическая и симптоматическая терапия, включающая как нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики, так и транквилизаторы, седативные, анксиолитические антидепрессанты, которые уменьшали эмоциональные расстройства, пролонгировали действие нестероидных противовоспалительных и анальгетических препаратов.

### Выводы

Широкое распространение вертеброгенного головокружения преимущественно у лиц трудоспособного возраста обуславливает актуальность данной проблемы. Раннее выявление психоневрологических расстройств у пациентов этой группы позволяет квалифицированно решать лечебно-диагностические вопросы.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. – М., 1998. – 750 с.
2. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99) (класс V МКБ-10, адаптированной для использования в Российской Федерации). – М., 1998.
3. Юнг К.Г. Психологические типы. – М., 1998.
4. Allen J.G., Coyne L., Console D. Dissociative detachment relates

to psychotic symptoms and personality decompensation // Compr. Psychiatry. – 1997. – Vol. 6. – P. 327–334.

5. Links P.S., Heslegrave R., Reckum R.V. Prospective study of borderline personality disorders: prognosis, variants of outcome and comorbidity on axis II // Can. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 43. – P. 265–270.

6. Stone M.N. Borderline personality disorder is a fiction irrelevant for treatment // Eur. Psychiatry. – 2000. – Vol. 15, N 2. – P. 265–270.

## PSYCHONEUROLOGIC ASPECTS IN CASE OF VERTEBROGENOUS VERTIGO

M. N. Dadasheva

This paper deals with up-to-date methods of diagnosis of vertebrogenous vertigo caused by dorsopathy or cervical injury. Three hundred and twenty out-patients with vertebrogenous vertigo have been examined thoroughly. Based on her own experience, the author comes to the conclusion that these

patients have besides neurologic and autonomic disturbances also cognitive and behavioral disorders. Correlations were found between the structure of personality disorders and the regularities of their dynamics. This study is intended for both neurologists and practitioners who face this problem.