

Психогенное головокружение при мигрени

Т. А. Иванова, врач-невролог, аспирант кафедры
Е. Г. Филатова, профессор, д.м.н.

Кафедра нервных болезней Института профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва

Psychogenic dizziness during migraine

T. A. Ivanova, E. G. Filatova

First Moscow State Medical University n.a. I. M. Sechenov, Moscow, Russia

Резюме

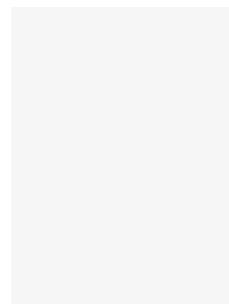
Мигрень и головокружение являются самыми распространенными расстройствами в популяции. Нередко сочетание этих двух симптомов наблюдается у одного пациента. Некоторые эпидемиологические исследования показали, что как мигрень, так и головокружение встречаются чаще, чем этого можно было бы ожидать от случайного совпадения. При этом в большинстве случаев головокружение при мигрени носит невестибулярный (несистемный) характер. Эти данные и послужили поводом для изучения взаимосвязи мигрени и головокружения. В статье выявлены двунаправленные взаимосвязи между тревогой и головокружением при мигрени, указывающие на ее психогенную (функциональную) природу, также было показано, что психогенное головокружение при мигрени чаще возникает у пациентов с признаками вестибулопатии в анамнезе, что оказывает значительное влияние на качество жизни таких пациентов.

Ключевые слова: психогенное головокружение, мигрень, головокружение, тревога, несистемное головокружение, сертралин.

Summary

Migraines and dizziness are the most common disorders in the population. Often a combination of these two symptoms is observed in one patient. Some epidemiological studies have shown that both migraine and dizziness occur more often than it would be expected from accidental coincidence. In most cases, dizziness with migraine is non-vestibular (non-systemic). These data also served as an occasion for studying the relationship between migraine and dizziness. The article identifies bi-directional relationships between anxiety and dizziness in migraines, indicating its psychogenic (functional) nature, and it has been shown that psychogenic dizziness in migraine often occurs in patients with evidence of vestibulopathy in history, which has a significant impact on the quality of life of such patients.

Key words: psychogenic dizziness, migraine, dizziness, anxiety, nonsystemic dizziness, sertraline.



Т. А. Иванова



Е. Г. Филатова

Головокружение является третьей по частоте жалобой на приеме у невролога после головных болей и болей в спине. Этот факт свидетельствует о том, что почти ежедневно каждый врач, в особенности невролог, сталкивается с пациентами, предъявляющими жалобы на головокружение. Около 5–10% пациентов, обратившихся к врачу общей практики, и 10–20% пациентов, пришедших к неврологу, страдают головокружением, кроме того, около 73% пациентов с установленным диагнозом «мигрень» также предъявляют жалобы на головокружение [1, 2].

Головокружение принято делить на системное и несистемное. Системное головокружение характеризуется ощущением вращения окружающих предметов вокруг больного или самого больного в пространстве. Системное головокружение всегда обусловлено повреждением вестибулярной систе-

мы или тех отделов головного мозга, с которыми у вестибулярной системы имеются тесные связи (например, мозжечка). В остром периоде оно сопровождается более или менее выраженной неустойчивостью и нистагмом.

Среди пациентов, предъявляющих жалобы на головокружение, много больных с несистемным головокружением. Причем, по некоторым данным, именно эти больные составляют большинство пациентов с головокружением [3, 4]. По сути, несистемное головокружение собственно головокружением не является, а обозначает самые различные ощущения.

Первый подтип несистемного головокружения — предобморочное состояние характеризуется как ощущение дурноты, потемнения в глазах, чувством приближающейся потери сознания. Эти симптомы могут возникать при падении АД, в том чис-

ле при ортостатической гипотонии, аритмии, а также при гипогликемии. В большинстве случаев причины таких состояний не имеют отношения к неврологическим заболеваниям.

Вторая разновидность несистемного головокружения — неустойчивость, расстройства равновесия чаще возникают вследствие различных неврологических заболеваний. Характерная особенность такого «головокружения» — его появление (или усиление) в положении стоя и при ходьбе и исчезновение (или ослабление) в положении сидя или лежа [5, 7]. Обычно эти симптомы сопровождаются другими неврологическими расстройствами (например, гипестезией или дискоординацией), позволяющими предположить неврологическое заболевание.

Третья, самая сложная в диагностическом отношении, разновидность несистемного головокружения — нео-

пределенные ощущения дереализации, «легкости» в голове», «головокружения внутри головы». Особенность данного типа несистемного головокружения состоит в том, что такие пациенты в целом склонны называть головокружением самые разные ощущения. Уточняя по просьбе врача свои ощущения, пациенты могут говорить о «легкости в голове», «вращении внутри головы», потемнении в глазах, мерцании предметов, появлении «тумана» перед глазами, «дурноте», предобморочном состоянии, чувстве «пустоты» или субъективном ощущении неустойчивости. Особенно часто термин «головокружение» при описании своих ощущений используют пациенты, страдающие различными психогенными расстройствами, прежде всего тревогой и депрессией. Невротические и связанные со стрессом расстройства, как правило, и лежат в основе этого подтипа несистемного головокружения [6, 8].

В отличие от истинного вестибулярного головокружения, психогенное головокружение обычно не сопровождается сильной тошнотой и рвотой, а также заметной неустойчивостью при ходьбе и нистагмом. По данным Т. Brandt, психогенное головокружение — вторая по частоте (после ДППГ) причина головокружения у больных, обратившихся в специализированное отоневрологическое отделение [9]. Головокружение возникает в структуре, например, депрессии или тревоги, которые, в свою очередь, могут развиваться на фоне длительно присутствующего болевого синдрома. Этот тип головокружения не похож ни на одно из известных состояний (вестибулярное головокружение, обморок или нарушение равновесия) и, как правило, возникает не приступообразно, а продолжается непрерывно в течение многих недель, месяцев и даже лет. Нередко при детальном расспросе удается выяснить, что больные называют головокружением общую слабость, нарушение внимания или тревогу и страх упасть. Больные, страдающие психогенным головокружением, часто описывают свои ощущения как «головокружение внутри головы» [10].

При мигрени может возникнуть как системное, так и несистемное головокружение. Кроме того, были проведены исследования, где замечена тесная взаимосвязь мигрени и различных вестибулярных расстройств, самые частые из них это болезнь Меньера и доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение ДППГ [11].

Эпидемиологические исследования ассоциаций мигрени и головокружения подчеркивают двунаправленный характер взаимоотношений между ними, то есть мигрень чаще встречается среди пациентов с головокружением. Так, мигрень, полностью соответствующая критериям МКГБ-3 бета версии, распространена среди пациентов, страдающих головокружением, в 1,6 раза чаще (38%), чем среди пациентов, обратившихся за медицинской помощью с другими жалобами (24%). Коморбидность с головокружением характерна в большей степени именно для мигрени, а не для других форм головной боли, к тому же несистемный характер головокружения встречается чаще, чем системный: распространенность головокружения среди пациентов с головной болью напряжения составляет 8%, а среди пациентов с мигренью — 27% [13]. По другим данным, на головокружение жалуются 30% пациентов с головной болью напряжения и 55% пациентов с мигренью. При этом несистемное головокружение возникает у 28–30% пациентов с мигренью, а системное у 25–26% [14, 15].

Кроме того, известно, что как мигрень, так и головокружение часто сопровождаются тревожными расстройствами [13]. По данным исследований, 27,5% пациентов с головокружением страдают головными болями, половина из них имеют тревожные расстройства [15]. Возможно, что высокую частоту жалоб на головокружение при мигрени отчасти можно объяснить как самой мигренозной головной болью, так и коморбидными, в том числе тревожными расстройствами. Была выявлена высокая коморбидность мигрени с различными психическими и психосоматическими расстройствами. Среди них описаны большая депрессия (80%), генерализо-

ванное тревожное расстройство (64%), синдром раздраженного кишечника (25–50%), фибромиалгия (22–40%), хроническая боль (39,5%) и многие другие [16].

Несистемное головокружение при мигрени, как правило, возникает не приступообразно, а беспокоит в течение длительного времени и может усиливаться на фоне приступов мигрени. Подобные расстройства оказывают значительное негативное влияние на качество жизни таких пациентов, выбивая их из повседневной привычной активности, заставляя вести охранительный образ жизни, что впоследствии приводит к развитию агорафобии. Так, было проведено исследование, где сравнивали три группы пациентов: первая группа — с мигренью ассоциированным головокружением, вторая — простая мигрень, третья — контрольная группа здоровых пациентов, по критериям когнитивного здоровья (MMSE), по данным нейровизуализации МРТ ГМ, также исследовалось качество жизни таких пациентов по специальным шкалам. В результате выяснилось, что пациенты из первой группы с мигренью-ассоциированным головокружением характеризуются более выраженным когнитивным нарушением, чем пациенты с простой мигренью или здоровыми пациентами, кроме того, у них отмечается большее количество поражений белого вещества головного мозга, а также наблюдалось значительное ухудшение качества жизни [18, 22]. Другое исследование, где также сравнивались пациенты с вестибулярной мигренью (ВМ), мигренью без головокружения и контрольная группа здоровых пациентов, показало, что пациенты с ВМ были более подвержены тревоге, развитию агорафобии, склонны к охранительному поведению и значительно чаще обращались в различные медицинские учреждения за медицинской помощью [19].

Таким образом, пациенты с мигренью, предъявляющие жалобы на головокружение, испытывают как системное, так и головокружение несистемного характера, причем последнее возникает наиболее часто и оказывает значительное влияние

на качество жизни таких пациентов. Причины и механизмы развития несистемного головокружения неясны, поэтому нет четко сформулированных терапевтических подходов к лечению таких пациентов [20].

Цель исследования: определение причин несистемного головокружения у пациентов, страдающих мигренью с аурой и без ауры, и патогенетических механизмов их связи.

Материалы и методы

В исследование были включены 152 пациента 18–65 лет с диагнозом мигрени с аурой и без ауры согласно МКГБ-3 бета-версия, последовательно обратившихся на прием в Клинику головной боли и вегетативных расстройств им. Александра Вейна. Всем пациентам проводилось клиническое неврологическое исследование, а пациентам с наличием головокружения в анамнезе проводилось дополнительно комплексное отоневрологическое исследование с проведением видеонистагмографии, видеоимпульсного теста, калорической пробы, диагностических позиционных маневров, тональной пороговой аудиометрии [21].

Анкетное исследование пациентов с мигренью, предъявлявших жалобы на головокружение, включало отоневрологический опросник, разработанный специально для пациентов с головокружением, неустойчивостью, проблемами со слухом, в котором выясняется наличие вестибулопатии, характер головокружения, связь головокружения с головной болью, факторы, провоцирующие приступ головокружения, укачивания в анамнезе, а также наличие симптомов вестибулопатии у родственников пациента [15]; шкала оценки головокружения (Dizziness Handicap Inventory, DHI), разработанная G. Jacobson с соавт. в 1990 году [20]. Шкала DHI включает 25 вопросов с тремя вариантами ответов на каждый («да», «нет», «иногда»). Ответ на вопрос «да» оценивался в 4 балла, «иногда» — в 2 балла, «нет» — в 0 баллов. Таким образом, суммарный балл по DHI может составлять от 0 (нет головокружения) до 100 (очень выражен-

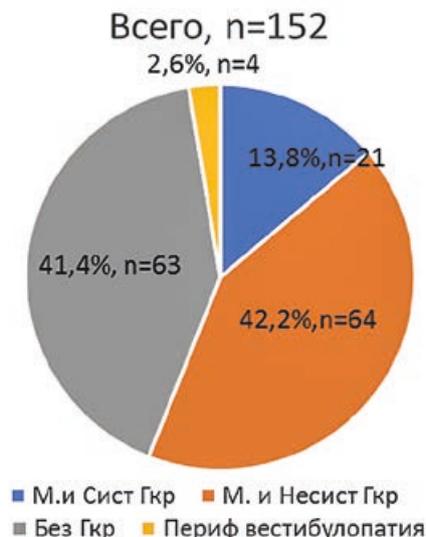


Рисунок 1. Представленность различных видов головокружения при мигрени.

ное головокружение). Считается, что головокружение отсутствует, если суммарный показатель DHI ниже 14 баллов. При сумме баллов от 1 до 30 говорят о легком головокружении, от 31 до 60 — об умеренном, свыше 60 — о выраженном головокружении. DHI имеет три подшкалы: функциональную (по ней оценивают, в какой степени головокружение нарушает повседневную активность больного), эмоциональную (в какой степени головокружение нарушает эмоциональное состояние больного) и физикальную (в какой степени движения головы и тела влияют на головокружение). В целом эта шкала позволяет количественно оценить влияние головокружения на физическое и эмоциональное состояние пациента, что особенно важно при динамическом контроле за ходом лечения. Кроме того, для определения выраженности болевого синдрома пациентам предлагалось заполнить анкету ВАШ (визуально-аналоговую шкалу) для оценки интенсивности головной боли. Для оценки психического состояния пациентов использовались шкала тревоги и депрессии HADS, шкала депрессии Бэка, шкала тревожной сенситивности, шкала, измеряющая степень личностной и ситуационной тревоги — шкала Спилберга-Ханина, шкала, измеряющая степень влияния выраженности головной боли на качество жизни пациента HIT-6.

Для обработки материала использовались параметрический статистический метод t-критерия Стьюдента сравнения переменных, а также непараметрические методы статистики: метод сравнения качественных показателей путем анализа таблиц сопряженности с вычислением χ^2 -критерия. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты

Всего были обследованы 152 пациента, страдающих мигренью с аурой (24 человека) и без ауры (128 человек), согласно критериям МКГБ-3 бета версии от 2013 года. Средний возраст пациентов составил $39,5 \pm 13,1$ лет, женщин было больше, чем мужчин (122 и 30 человек соответственно). Более половины пациентов 58,6% (89 человек) предъявляли жалобы на головокружение, а у 41,4% (63 человека) головокружения отмечено не было. Системное (вестибулярное) головокружение определялось у 25 человек (16,4%), из них у 2,6% (4 человека) при отоневрологическом обследовании выявлялась периферическая вестибулопатия (вестибулярный нейронит у 1 человека, ДППГ у 2 человека, болезнь Меньера у 1 человека); 21 пациенту на основании критериев Н. Neuhauser [5] был поставлен диагноз вестибулярной мигрени (ВМ). 42,1% (64 человека) страдали мигренью и несистемным головокружением. Таким образом, наиболее распространенным типом головокружения в когорте исследованных нами пациентов с мигренью было несистемное головокружение (рис. 1).

Группа пациентов с мигренью, испытывающих несистемное головокружение, насчитывала 64 человека. Их них 59 женщин и 5 мужчин, средний возраст которых составил $39,4 \pm 12,2$ года, длительность заболевания $21,9 \pm 13,1$, средняя частота ГБ $11,3 \pm 9,1$ дня, интенсивность $7,25 \pm 1,7$ по шкале ВАШ. Из числа пациентов с несистемным головокружением, согласно критериям МКГБ-3 бета версии 30 человека (46,9%) страдали эпизодической мигренью, 34 человека (53,1%) — хронической

Представленность различных видов головокружения при хронической и эпизодической мигрени

Таблица 1

	Хроническая мигрень	Эпизодическая мигрень
Несистемное головокружение, n = 64	34 (53,1%)	30 (46,9%)
Системное головокружение, n = 21	15 (71,4%)	6 (28,6%)
p	0,05	0,05

мигренью; мигренью с аурой — 6, мигренью без ауры — 58. Отличий по демографическим и клиническим показателям между пациентами с вестибулярной мигренью и мигренью с несистемным головокружением не отмечено. Исключение составляла представленность различных видов головокружения при хронической и эпизодической мигрени. При хронической мигрени системное головокружение (ВМ) отмечалось достоверно чаще, а несистемное было представлено в равной мере как при эпизодической, так и хронической мигрени. (табл. 1)

Связь с головной болью отмечал меньший процент пациентов при несистемном головокружении по сравнению с системным головокружением при вестибулярной мигрени: 16 (76,2%) против 35 (54,7%); $p < 0,05$.

33 пациента с мигренью, предъявлявших жалобы на несистемное головокружение, были выбраны

случайным способом и подвергнуты углубленному клиническому и психологическому анкетным исследованиям.

Неврологический осмотр пациентов не выявил наличия какой-либо органической неврологической или соматической патологии, способной явиться причиной несистемного головокружения.

Характеризуя этот тип головокружения, более половины пациентов с мигренью называли его легким (55,88%; $n = 19$), описывали неустойчивость (50%; $n = 17$), усиление при стрессе — 18 (53%), появление или усиление в магазине — 11 (32,3%), испытывали страх упасть (14,7%; $n = 5$), двоение в глазах и расплывчатость (17,4%; $n = 6$), у 11,76% ($n = 4$) отмечались предобморочные состояния. Головокружение имело перманентный или периодический характер, усиливаясь во время приступов мигрени и не только. Связь с головной болью наблюдали у 60,6% ($n = 20$).

Таким образом, анализ течения и дискрипторов, которыми пациенты с мигренью описывали имеющееся несистемное головокружение, позволяет предположить его психогенный характер.

Выраженность несистемного головокружения у пациентов с мигренью по опроснику DHI составила $39,18 \pm 21,50$, что соответствует средней степени. Было установлено, что при более выраженном головокружении наблюдались более высокие показатели по шкалам тревоги HADS ($7,84 \pm 3,87$ против $10,86 \pm 4,86$ соответственно; $p = 0,05$) и депрессии HADS ($4,58 \pm 3,15$ против $8,93 \pm 5,35$ соответственно; $p < 0,01$), по шкале депрессии Бэка ($12,37 \pm 7,4$ против $20,43 \pm 14,87$; $p = 0,05$), по шкале тревожной сенситивной ($33,39 \pm 22,94$ против $61,93 \pm 36,06$; $p = 0,01$), что говорит о наличии связи высокой степени тревоги и депрессии у пациентов с выраженностью несистемного головокружения (табл. 2). В то же время достоверных отличий по клиническим характеристиками мигрени (длительность, интенсивность, хроническая или эпизодическая), а также по полу и возрасту получено не было.

При анализе эмоциональной подшкалы DHI E, которая позволяет оценить, в какой степени голово-

Клинико-психологические сопоставления в группах Σ DHI выше / ниже среднего значения

Таблица 2

	Σ DHI ниже среднего, n = 19	Σ DHI выше среднего, n = 14	p
HADS Тревога	$7,84 \pm 3,87$	$10,86 \pm 4,86$	0,05
HADS Депрессия	$4,58 \pm 3,15$	$8,93 \pm 5,35$	0,006
HIT-6	$63,26 \pm 3,57$	$59,43 \pm 11,56$	0,20
Опросник Бэка	$12,37 \pm 7,40$	$20,43 \pm 14,87$	0,05
Спилберг-Ханин (СТ)	$42,74 \pm 10,2$	$49,57 \pm 14,00$	0,11
Спилберг-Ханин (ЛТ)	$47,00 \pm 11,13$	$54,50 \pm 13,40$	0,08
Тревожная сенситивность	$33,39 \pm 22,94$	$61,93 \pm 36,06$	0,01
Хроническая мигрень	57,9% (n = 11)	50% (n = 7)	0,46
Эпизодическая мигрень	42,1% (n = 8)	50% (n = 7)	0,46
Возраст	$38,45 \pm 13,04$	$40,61 \pm 12,37$	0,50
Пол	M = 2 Ж = 17	M = 1 Ж = 13	0,60
Длительность ГБ	$13,22 \pm 12,92$	$10,36 \pm 12,33$	0,53
ВАШ	$7,21 \pm 1,51$	$6,79 \pm 2,19$	0,51

Таблица 2
Шкала головокружения DHI / DHI E

	DHI E ниже среднего, n = 19	DHI E выше среднего, n = 14	p
HADS Тревога	7,42 ± 3,93	12,21 ± 3,40	0,001
HADS Депрессия	5,53 ± 4,53	7,80 ± 4,70	0,17
НП-6	62,32 ± 3,97	61,93 ± 10,20	0,80
Опросник Бэка	12,37 ± 7,60	21,21 ± 14,34	0,03
Спилберг Ханин(СТ)	40,63 ± 8,83	47,79 ± 13,22	0,07
Спилберг Ханин (АТ)	45,89 ± 10,40	54,36 ± 13,28	0,05
Тревожная чувствительность	33,11 ± 21,80	64,79 ± 33,90	0,003
Хроническая мигрень	10 (52,6%)	6 (42,9%)	0,42
Эпизодическая мигрень	9 (47,4%)	8 (57,1%)	0,42

кружение нарушает эмоциональное состояние больного, выявлялось достоверное различие по шкале HADS Тревога ($7,42 \pm 3,93$ против $12,21 \pm 3,40$; $p = 0,001$), по шкале депрессии Бэка ($12,37 \pm 7,60$ против $21,21 \pm 14,34$; $p < 0,05$), по шкале Спилберга Ханина личностной тревоги ($45,89 \pm 10,40$ против $54,36 \pm 13,28$; $p = 0,05$), по шкале тревожной чувствительности ($32,83 \pm 22,4$ против $64,79 \pm 33,9$; $p < 0,01$), что также свидетельствует о влиянии головокружения на эмоциональное состояние пациентов с мигренью и о том, что именно головокружение может быть причиной высокой степени тревожности у пациентов с мигренью. Таким образом, проведенный анализ позволяет говорить о двунаправленных взаимоотношениях эмоциональных нарушений и головокружения у пациентов с мигренью и отсутствии связи несистемного головокружения с частотой приступов мигрени (табл. 2).

При анализе выраженности тревоги и депрессии по шкале HADS у пациентов с мигренью и несистемным головокружением нами было показано, что тревога отсутствовала у 32,4% пациентов, субклиническая тревога была у 26,5% и клинически выраженная у 41,2% пациентов. Депрессия у большей части пациентов отсутствовала (67,4%). Таким образом, у пациентов с несистемным головокружением при мигрени преобладают тревожные расстройства различной степени выраженности (рис. 2).

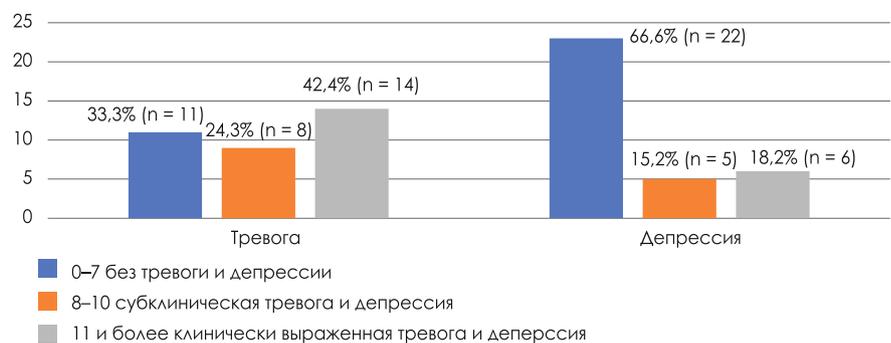


Рисунок 2. Представленность тревожных и депрессивных нарушений по HADS у пациентов с несистемным головокружением при мигрени.

Анализ выраженности головокружения по шкале DHI у пациентов без тревоги по HADS и с наличием субклинической и клинически выраженной тревоги показал наличие достоверно более высокого показателя эмоциональной подшкалы DHI E (без тревоги $6,33 \pm 5,50$ против с тревогой $13,00 \pm 8,70$; $p < 0,015$), а также тенденцию к достоверности при сравнении суммарного показателя DHI (без тревоги $29,17 \pm 24,30$ против с тревогой $41,45 \pm 20,40$; $p < 0,074$), что также указывает на наличие связи головокружения с тревогой при мигрени.

При анализе отоневрологического опросника выявлены анамнестические данные, указывающие на конституциональную неполноценность вестибулярной системы при мигрени. О субклинической неполноценности вестибулярного аппарата говорит тот факт, что пациентов в обеих группах с системным головокружением (вестибулярная мигрень) и несистемным головокружением примерно одинаково укачивает в транспорте в настоящее

время, имелось головокружение и укачивание в детстве, и присутствуют симптомы вестибулопатии у родственников.

Заключение

Проведенное нами исследование показало, что у пациентов с жалобой на мигренозную головную боль и головокружение чаще наблюдается именно невестибулярный (несистемный) характер головокружения. Также подобный тип головокружения отмечен нами в одинаковой степени при эпизодической и хронической формах мигрени в отличие от вестибулярной мигрени, проявляющейся системным головокружением, которое чаще встречалось у пациентов с хронической мигренью. Если при вестибулярной мигрени, возникающей чаще при хронической мигрени, возникновение центральной вестибулопатии можно было связать с процессом центральной сенситизации, вовлекающей в процесс вестибулярные ядра и тесно связан-

ные с ними центральные мозговые структуры [25], то при несистемном головокружении преимущество имеют, по-видимому, иные механизмы.

Клиническое обследование не обнаружило у пациентов с мигренью и несистемным головокружением соматических и неврологических заболеваний, являющихся возможной причиной головокружения, в то же время прослеживается четкая связь с тревогой, в результате чего можно полагать, что у таких пациентов головокружение носит психогенный характер.

Доказательством психогенной природы головокружения служил характер жалоб: на легкость в голове, головокружение внутри головы, неустойчивость, усиление при стрессе и в агорафобической ситуации в магазине. Связь с приступами головной боли также была достоверно менее выражена, чем при вестибулярной мигрени. Головокружение имело не приступообразный, а перманентный с периодическим усилением или периодический характер, что также более характерно для функциональных нарушений.

Клинически и субклинически выраженные тревожные расстройства имели более 2/3 пациентов с мигренью и несистемным головокружением. При наличии более выраженного головокружения по шкале DHI представленность тревоги, депрессии по различным шкалам, а также тревожной чувствительности достоверно выше, что свидетельствует о роли психических нарушений в его патогенезе. Кроме того, у пациентов с клинически значимой тревогой по HADS отмечены достоверно более высокие показатели как общего показателя шкалы головокружения DHI, так и эмоциональной подшкалы, что свидетельствует не только о роли тревоги в патогенезе несистемного головокружения, но и наличии двунаправленных взаимосвязей тревоги и несистемного головокружения.

Коморбидная связь мигрени и тревоги хорошо известна. Еще в 90-е годы было показано, что панические атаки в три раза чаще наблюдаются при мигрени по сравне-

нию с пациентами, не страдающими этим типом головной боли, а вероятность возникновения панических атак возрастает в 12 раз в первый год после постановки диагноза «мигрень» [26, 27]. Результаты того же когортного исследования, проведенного в Цюрихе, показали, что тревожные расстройства, включающие социальные фобии, простые фобии, агорафобию, генерализованное тревожное расстройство и панические атаки предшествуют началу мигренозных головных болей, и, наоборот, мигрень может опережать возникновение аффективных расстройств [26]. Таким образом, обсуждаются три базовых механизма коморбидности мигрени и тревоги: 1) психические расстройства являются провоцирующим мигрень фактором; 2) мигрень — причина психических расстройств (повторяющаяся интенсивная боль приводит к возникновению тревоги); 3) мигрень и тревога имеют общие патогенетические факторы (наследственные, приводящие к нарушению нейромедиаторного обмена, гормональной регуляции и других биологических нарушений) [28]. Наконец, результаты недавнего исследования Buse D. C et al. показали, что тревога является одним из трех наиболее частых коморбидных заболеваний при мигрени наряду с депрессией и хроническими болевыми синдромами другой локализации [30].

Коморбидные взаимосвязи также широко обсуждаются при тревоге и головокружении. По данным литературы, головокружение является одним из наиболее частых симптомов панической атаки: от 76 до 100 % [29]. В исследовании Jacob et al. (1996) было показано, что у 93,1 % пациентов с паническим расстройством и выраженной агорафобией была вестибулярная дисфункция по сравнению с 41,7 % здоровых испытуемых контрольной группы. Эти данные сходны с данными, полученными на нашей кафедре в исследовании Дюковой Г. М. 2/3 обследованных пациентов во время панической атаки предъявляли жалобы на головокружение несистемного типа: чувство

легкости в голове, неустойчивость, пошатывание, нестабильность окружающего мира, мелькание перед глазами, мгновенную, флюктуирующую неустойчивость и другие [17]. Нередко в анамнезе такие пациенты отмечали эпизод системного головокружения или у них выявлялись признаки субклинической вестибулопатии в виде плохой переносимости вестибулярных нагрузок, укачивания в транспорте [29].

Обсуждаются также три механизма коморбидной связи тревоги и головокружения, что во многом напоминает коморбидность мигрени и тревоги [31].

1. Головокружение является проявлением тревоги (постуральное фобическое головокружение как симптом агорафобии или панического расстройства). 2. Головокружение, часто системного характера в дебюте, является выраженным стрессогенным фактором и обуславливает возникновение тревоги и вследствие нее несистемного психогенного головокружения. 30 % случаев психогенного головокружения носят вторичный характер. 3. Головокружение вызывает обострение психического заболевания, ранее имевшегося у больного.

Избыточная тревожность по отношению к телесным ощущениям, измеряемая с помощью индекса тревожной чувствительности, играет важную роль в формировании психогенного головокружения у больных с вестибулярной паникой [17]. В нашем исследовании также было показано, что чем выше уровень индекса тревожной чувствительности, тем больше выражено несистемное головокружение у пациентов с мигренью.

Результаты проведенного нами исследования показали, что головокружение, ассоциированное с мигренью, может носить как системный, так и несистемный характер, причем несистемное возникает наиболее часто (42,2 %). Причиной несистемного головокружения при мигрени являются тревожные расстройства, т. е. оно носит психогенный характер. Высокая частота психогенных или функциональных головокружений у пациентов при мигрени определя-

ется коморбидностью заболевания с тревогой, причем нередко в анамнезе больных имеется вестибулопатия, что также часто отмечается при психогенном головокружении без мигрени [6].

Правильная и ранняя диагностика психогенного головокружения при мигрени важна для предотвращения дальнейшей хронизации заболевания и обеспечения адекватного лечения и улучшения качества жизни пациентов с мигренью.

При наличии психогенного (функционального) головокружения при мигрени приоритет в лечении заболевания имеют методы комплексной терапии: информирование пациента о причинах головокружения и возможности сочетания его с мигренью; вестибулярная гимнастика, когнитивно-поведенческая терапия, фармакологическое профилактическое лечение. Наличие психогенного головокружения при мигрени дает основание для использования антидепрессантов СИОЗС, так как оно является симптомом тревожного расстройства и уменьшается наряду с уменьшением тревоги [32]. При исследовании эффективности сертралина у пациентов с хроническим субъективным головокружением было показано, что в средней дозе 100 мг в сутки препарат вызывал более 50% редукции ощущения головокружения у 73% больных, а у 40% — полной ремиссии. Выявлено, что статистически значимое уменьшение головокружения ($p < 0,01$) отмечается уже на восьмой неделе приема препарата, тогда как редукция психических симптомов (тревога, депрессия и пр.) наблюдается на 12–16-й неделе [33]. Серената (сертралин) производится по стандартам GMP, дженерик класса А обладает доказанной эквивалентностью с оригинальным препаратом, эффективен при лечении широкого спектра тревожно-фобических и депрессивных расстройств. Препарат подходит социально активным пациентам, так как не вызывает выраженной седации или активации; не вызывает синдрома отмены, кроме того, безопасен для пациентов с кардиоваскулярной патологией.

Учитывая хорошую переносимость препарата, с него может начинаться профилактическая терапия мигрени с коморбидной тревогой и функциональным головокружением. При недостаточном противомигренозном действии он может быть заменен впоследствии на антидепрессант из группы СИОЗСН.

Список литературы

1. Lempert T, Neuhauser H. // *Epidemiology of vertigo, migraine and vestibular migraine*. 2009.
2. Teggi R, Caldirola D, Colombo B // *Dizziness, migrainous vertigo and psychiatric disorders*. 2010.
3. Bisdrorf A, Bosser G, Gueguen R, Perrin P. The epidemiology of vertigo, dizziness, and unsteadiness and its links to comorbidities. // *Front Neurol*.— 2013.— v. 22.— N4.— p. 29.
4. Kim JS, Oh SY, Lee SH, Kang JH, Kim DU, Jeong SH, Choi KD, Moon IS, Kim BK, Kim HJ. Randomized clinical trial for geotropic horizontal canal benign paroxysmal positional vertigo. // *Neurology*.— 2012.— v. 79.— N. 7.— p. 700–707.
5. Штульман Д. Р. Головокружение и нарушение равновесия // В кн.: *Болезни нервной системы* / Под ред. Н. Н. Яхно.— М., 2005.— С. 125–130.
6. Филатова Е. Г. Диагностика и лечение психогенного головокружения // *Лечащий врач*.—2009.— № 5/9.
7. Labuguen R. H. Initial evaluation of vertigo // *American Family Physician*.— 2006.— Vol. 73.— P. 244–251.
8. Вельтишев Д. Ю. Психопатологические аспекты головокружения. // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*.— 2010.— Т. 110.— № 7.— С. 69–72.
9. Brandt T., Dieterich M. *Vertigo and dizziness: common complaints*.— London: Springer, 2004.— p. 208.
10. Staab JP. Chronic subjective dizziness. // *Continuum (Minneapolis Minn)*.— 2012.— v. 18.— N. 5 (Neuro-otology).— p. 1118–1141.
11. Neuhauser H., Lempert T. *Vertigo and dizziness related to migraine: diagnostic challenge* // *Cephalalgia*.— 2004.— Vol. 24.— P. 83–91.
12. Benjamin Stolte, Dagny Holle, Steffen Naegel, Hans-Christoph Diener and Mark Obermann. *Vestibular migraine*. // PubMed.
13. Г. П. Табеева, Ю. Э. Азимова, М. В. Замерград. Современная концепция вестибулярной мигрени (дискуссия) // *Неврологический журнал*, 2012.— N2.— С. 45–53.
14. Bayazit Y., Yilmaz M., Mumbuc S., Kanlikatma M. Assessment of migraine-related cochleovestibular symptoms // *Rev. Laryngol. (Bord.)*.— 2001.— Vol. 122.— P. 85–88.
15. Г. М. Дюкова, к. м. н., М. В. Замерград, С. М. Адилова. Психогенное головокружение в практике невролога // *Лечение заболеваний нервной системы*.— 2014.— № 3 (15).— С. 29–35.

16. Зенкевич А. С., Филатова Е. Г., Латышева Н. В. Мигрень и коморбидные болевые синдромы // *Медицинский совет*.— 2016.— № 8.— С. 106–115.
17. Дюкова Г. М., Замерград М. В., Адилова С. М. Вестибулярная паника // *Медицинский алфавит*. 2015.— Т. 2.— № 19.— С. 12–16.
18. C Wang NI, Huang HL, Zhou H, Yu CY. Cognitive impairment and quality of life in patients with migraine-associated vertigo. 2016. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
19. Kutay Ö, Akdal G, Keskinöglü P, Balci BD, Alkin T. Vestibular migraine patients are more anxious than migraine patients without vestibular symptoms. 2017. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
20. Dieterich M, Staab JP. Functional dizziness: from phobic postural vertigo and chronic subjective dizziness to persistent postural-perceptual dizziness. 2017. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
21. Осипова В. В. Мигрень: клинико-психологический анализ, качество жизни, коморбидность, терапевтические подходы // Автореферат диссертации.— 2003.
22. Jensen R., Stovner L. J. Epidemiology and comorbidity of headache // *Lancet Neurol*.— 2008.— Vol. 7.— P. 354–361.
23. Neuhauser H, Lempert T. *Vertigo and dizziness related to migraine: a diagnostic challenge*. 2004.
24. Bisdrorf A. *Migraine and dizziness*. 2014. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
25. Филатова Е. Г., Иванова Т. А. Вестибулярная мигрень // *Фарматека для практикующих врачей*. Стр. 21–28. № 19.— 2015.
26. Merikangas KR, Angst J, Isler H. Migraine and psychopathology. Results of Zurich cohort study of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 849–53.
27. Breslau N, Davis GC. Migraine, physical health and psychiatric disorder: a prospective epidemiologic study in young adults. *J Psychiatr Res* 1993; 27: 211–21.
28. Ed by Schoenen J, Dodick DW, Sandor PS Wiley-Blackwell. *Comorbidity in migraine*. 2011, 142 p.
29. *Неврология для врачей общей практики*. Под ред. Вейна А. М. Москва. Эйдос Медиа, 2002. 430 с.
30. Buse D. C., Manack A., Serrano D., Turkel C. & Lipton R. B. (2010). Sociodemographic and comorbidity profiles of chronic migraine and episodic migraine sufferers. *Journal of Neurology*, 29. *Neurosurgery & Psychiatry*, 81 (4), 428–432.
31. Staab J. P., Ruckenstein M. J., Which comes first? Psychogenic dizziness versus otogenic anxiety. 2003. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
32. Lin E, Aligene K. Pharmacology of balance and dizziness. *Neuro Rehabilitation*. 2013; 32 (3): 529–42. doi: 10.3233/NRE-130875.
33. Staab J. P., Ruckenstein M. J., & Amsterdam J. D. A Prospective Trial of Sertraline for Chronic Subjective Dizziness. *The Laryngoscope*, 2004; 114 (9): 1637–1641. doi: 10.1097/00005537-200409000-00025.

