



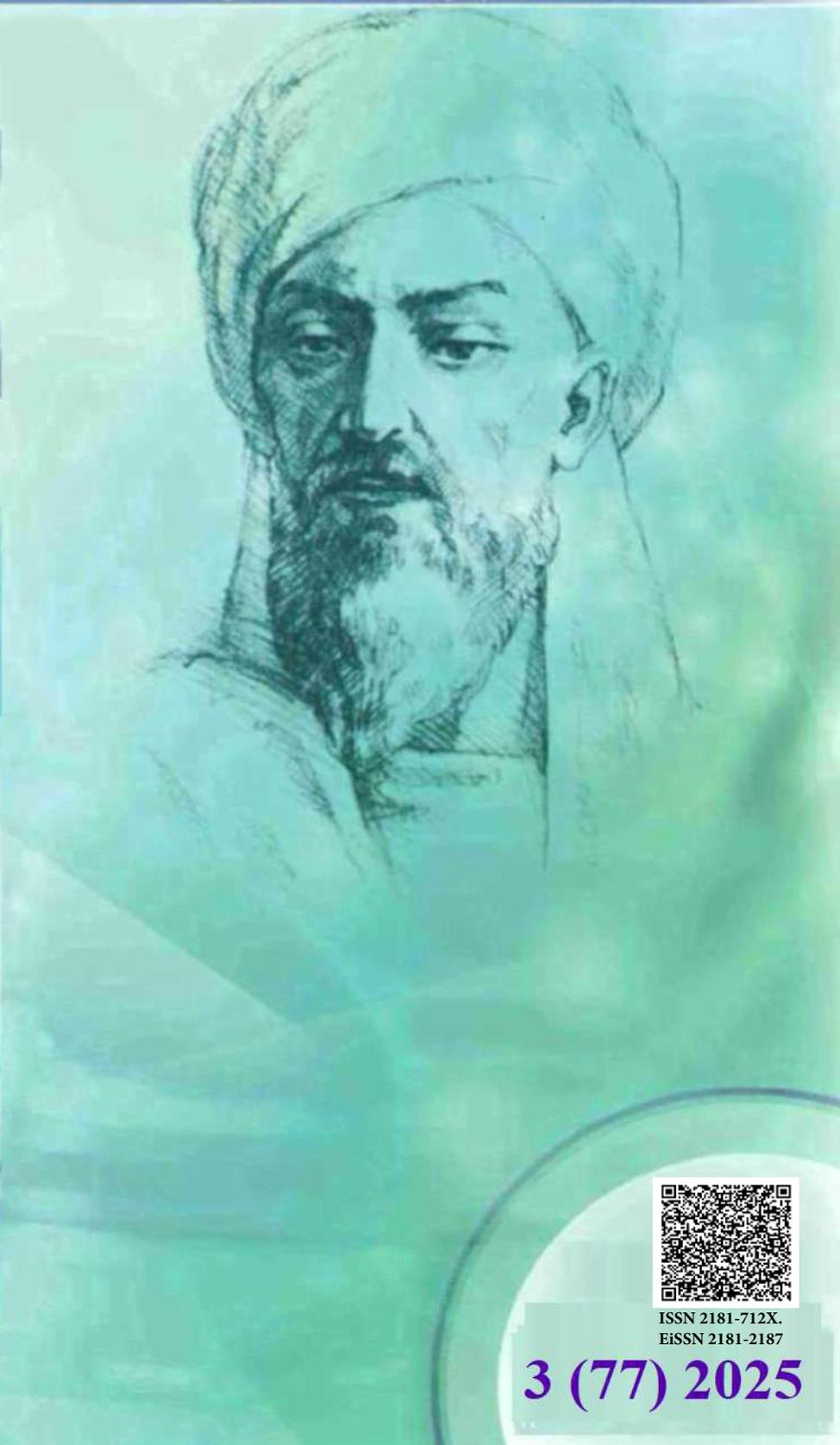
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

3 (77) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

3 (77)

2025

март

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.833.185-008.6

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕСТИБУЛОПАТИЯМИ

¹Мадмаров Д.А. <https://orsid.org/0009-0004-2415-4909> e.mail: Doniyorneuro@gmail.com

²Усманова Д.Д. <https://orsid.org/0000-0002-8939-0054> e.mail: durdona.usmanova@mail.ru

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья г. Фергана, ул. Янги Турон 2а, тел: (0373) 245-59-07 (0595) 401-06-63. info-ilmiy@fjsti.uz fmioz@mail.ru

²Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Резюме

Проведен сравнительный анализ динамики качества жизни 103 пациентов с центральными и периферическими вестибулопатиями, разделенных на группы в условиях стационарного лечения. Среди изучаемых больных головокружению сопутствовала очаговая неврологическая симптоматика разной степени выраженности в группе пациентов с центральными вестибулопатиями. Умеренно выраженное снижение КЖ отмечалось с одинаковой частотой в обеих группах. Межгрупповое сравнение констатировало высоко значимую сопряженность между диагнозами и клинической симптоматикой головокружения ($\chi^2 = 34,65$; $p < 0,001$).

Ключевые слова: вестибулопатии, центральные, периферические, сравнение, качество жизни.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH VESTIBULOPATHIES

¹Madmarov D.A. <https://orsid.org/0009-0004-2415-4909> e.mail: Doniyorneuro@gmail.com

²Usmanova D.D. <https://orsid.org/0000-0002-8939-0054> e.mail: durdona.usmanova@mail.ru

¹Fergana Medical Institute of Public Health, Fergana, Yangi Turon St. 2a, tel.: (0373) 245-59-07 (0595) 401-06-63. info-ilmiy@fjsti.uz fmioz@mail.ru

²Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Resume

A comparative analysis of the dynamics of the quality of life in 103 patients with central and peripheral vestibulopathies divided into groups in the conditions of inpatient treatment was carried out. Among the studied patient's dizziness was accompanied by focal neurological symptomatology of different severity in the group of patients with central vestibulopathies. Moderately pronounced decrease in EF was observed with equal frequency in both groups. Intergroup comparison stated a highly significant correlation between diagnoses and clinical symptomatology of vertigo ($\chi^2 = 34.65$; $p < 0.001$).

Key words: vestibulopathies, central, peripheral, comparison, quality of life.

Актуальность

Среди многочисленных проблем неврологии главенствующее место занимает патология вестибулярного анализатора, в частности, уделяется большое внимание выявлению нарушений вестибулярной функции.

Головокружение – это «ощущение нарушенной ориентации тела в пространстве или мнимого движения собственного тела либо окружающей обстановки» [3, 4].

Головокружение различают центрального генеза (поражение вестибулярных ядер ствола мозга и их связей с другими отделами головного мозга) или периферическое (повреждение вестибулярного нерва и лабиринта) [5, 6].

В 2009 году Международное сообщество отоневрологии им. Роберта Барани представило характеристики основных терминов: «Vertigo (системное, вращательное головокружение) – ощущение мнимого движения собственного тела или окружающих предметов в пространстве; Dizziness (несистемное, невращательное головокружение) – ощущение нарушенной пространственной ориентации без ложного или искаженного чувства движения; Imbalance or unsteadiness (неустойчивость) – ощущение неустойчивости собственного тела во время сидения, стояния или ходьбы без отклонения тела в определенную сторону» [9].

Доказано, что около 2% взрослого населения мира ежегодно поступают в экстренные клиники с умеренной или выраженной симптоматикой головокружения, треть случаев – вестибулярное [10]. Встречаемость вестибулярного головокружения возрастает с возрастом и в 2–3 раза чаще встречается у женщин относительно мужчин [11].

В самом конце прошлого столетия (1998г.) J.R. Hotson и R.W. Baloh впервые опубликовали термин острый вестибулярный синдром (ОВС), под которым понимали резко начавшееся непрерывного головокружения продолжительностью свыше 24 часов, сопровождающегося тошнотой, рвотой и усиливающееся при движениях головы [8].

Но и через четверть века множество аспектов дифференциальной диагностики этиологии острого головокружения является весьма сложной и нерешенной задачей [13].

Изолированное головокружение зачастую обусловлено патологией центральных отделов вестибулярного анализатора на фоне малых очаговых ишемических очагах в области нижней ножки мозжечка, узелка, на уровне входа ствола VII пары ЧМН, т.е. на границе среднего и продолговатого мозга [12].

В последние годы во всем миру наблюдается тенденция к росту числа пациентов с вестибулопатиями. Большинство исследований зарубежных авторов посвящены исследованию состояния вестибулярной функции у лиц пожилого возраста, а исследований молодых пациентов недостаточно, что часто связано с недостаточностью диагностических технологий и отсутствием квалифицированных специалистов вестибулологов в амбулаториях и стационарах.

Цель исследования: изучить в сравнительном аспекте динамики качество жизни пациентов с центральными и периферическими вестибулопатиями.

Материал и методы

В период 2023-2024 гг. обследованы 103 больных (59 мужчин и 44 женщины) с центральными и периферическими вестибулопатиями в возрасте от 30-59 лет (молодой и средний возраст по классификации ВОЗ [2]) (средний возраст $49,25 \pm 8,03$ лет). Средний возраст мужчин составлял $49,20 \pm 8,44$ лет при колебаниях в пределах от 31 до 59 лет, а женщин – $49,29 \pm 7,78$ лет при разбросе от 30 до 59 лет.

Изучали анамнез жизни и заболевания, жалобы и соматическое состояние больных. Для дифференциации периферического и центрального генеза головокружения проводили позиционные пробы (поза Ромберга, пальце-носовая проба, оценка прямой и фланговой походки), пробы Дикса-Холлпайка (Dix-Hallpike), МакКлюра-Пагнини, Хальмаги-Кертойза (head impulse test – тест импульсного движения головы – ТИГ), Унтербергера (Фукуда), тест альтернативного перекрытия глаз (Cover-test).

Для объективизации силы головокружения и неустойчивости и его влияния на качество жизни (КЖ) до и после лечения вегетативной недостаточности (ВН) применены визуально-аналоговая шкала головокружения (ВАШ-Г) и шкала оценки влияния головокружения на повседневную активность (Dizziness Handicap Inventory (DHI)) [7].

Полученные результаты подвергнуты адекватной статистической обработке адекватными методами.

Результат и обсуждение

Время обнаружения симптомов заболевания было определено у всех 103 больных. Из них 83 (80,58% от всех) пациентов (47 (83,93%) больных I группы и 36 (76,60% от всех) пациентов II группы) были госпитализированы в течение первых 12 часов от возникновения симптомов. В

промежуток 12-24 часа были госпитализированы 20 (19,42% от всех) человек (9 (16,07%) больных I группы и 11 (23,40% от всех) пациентов II группы).

Основными жалобами исследуемых пациентов обеих групп было головокружение – 94 (91,26%) больных и тошнота – 70 (67,96%) больных на фоне неустойчивости в пространстве – 73 (70,87%) пациентов и головной боли – 91 (88,35%) исследуемых, слабости – 80 (77,67%) человек, дезориентации – 56 (54,37%) больных и нечеткости зрения с потемнением в глазах и мерцанием предметов с расплывчатостью их контуров – 42 (40,78%) больных.

При этом в I группе головокружение встречалось у 51 (91,07%) пациентов, тошнота – у 41 (73,21%) исследуемых, неустойчивость в пространстве – у 43 (76,79%) человек, головная боль – у 56 (100%) больных, слабость – у 42 (75,00%) пациентов, дезориентация – у 30 (53,57%) больных, зрительные симптомы – у 22 (39,29%) представителей группы.

В то время как во II группе головокружение встречалась у 43 (91,49%) пациентов, тошнота – у 29 (61,70%) исследуемых, неустойчивость в пространстве – у 30 (63,83%) человек, головная боль – у 35 (74,47%) больных, слабость – у 38 (80,85%) пациентов, дезориентация – у 26 (55,32%) больных, зрительные симптомы – у 20 (29,79%) представителей группы.

Следует отметить статистически значимую разницу в таких жалобах как шум в ушах (1 (1,79%) в I группе и 35 (74,47%) больных во II группе) ($P<0,0001$) и головная боль (56 (100%) в I группе и 35 (74,47%) больных во II группе) ($P<0,05$). Таким образом эти две жалобы имеют дифференциально диагностическое значение.

Корреляционный анализ выявил взаимосвязь возраста и пол пациентов с вестибулопатиями с частотой встречаемости клинических проявлений ($-0,42<r<0,59$).

Нами изучены выставленные клинические диагнозы в группах вестибулопатий, так в I группе превалировал диагноз ИИ в ВББ – 48 (85,71%) больных, при этом первичный – у 27 (56,25%) больных – впервые и у 21 (43,75%) – повторный ОНМК. Остальным 8 (14,29%) больным выставлен окончательный диагноз ТИА в ВББ. Во II группе клинических диагнозов было выставлено 2 – острая позиционная вестибулопатия (ОПВ) – 35 (74,47%) больных и доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) – 12 (25,53%) пациентов.

При субъективной оценке головокружения по ВАШ-Г среднее значение в I группе равнялось $7,41\pm 0,72$ баллов, а во II группе – $8,93\pm 0,74$ баллов, что имеет статистически не значимую разницу ($p=0.144141$).

По шкале ДНН среднегрупповые значения составили при поступлении в I группе $46,74\pm 9,17$ баллов, а во II группе – $54,82\pm 9,36$ баллов, что не имело статистически значимой разницы ($p=0,067$). Однако следует отметить полное отсутствие в I группе пациентов с выраженным головокружением при наличии 11 (23,40%) таких пациентов во II группе (χ^2 с поправкой Йейтса = 12,098 ($P<0,001$), точный критерий Фишера = 0.00010, $P<0,05$).

Следует отметить значение коэффициента Пирсона (C') = 0.498, что говорит об относительно сильной связи между тяжестью головокружения по ДНН и генезом головокружения.

Таблица 1

Распределение пациентов по шкале ДНН

Баллы, сила головокружения	I группа (n=56)		II группа (n=47)		Всего (n=103)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
1-30 балла – легкое	15	26,79	4	8,51	19	18,45
31-60 балла – умеренное	41	73,21	32	68,09	73	70,87
≥ 61 баллов – выраженное	0	0,00	11	23,40**	11	10,68

Умеренно выраженное снижение КЖ отмечалось с одинаковой частотой в обеих группах. Следует отметить преобладание частоты выраженных нарушений во II группе больных, что мы объяснили эмоциональными реакциями пациентов.

Антоненко Л.М. по результатам своей работы пришла к выводу, что «больные с вестибулярными расстройствами может варьировать от спокойного наблюдения за своими

симптомами до проявлений тревоги разной выраженности и формы, которые существенно усугубляют течение заболевания – часто выявляется выраженное тревожно-депрессивное расстройство или формируется фобическая неустойчивость» [1].

В комплексе лечения вестибулопатий используют фармакотерапию, репозиционные маневры и ВГ, реже хирургическую коррекцию и искусственные средства опоры.

Большая часть исследуемых нами больных подвергалась фармакотерапии – 102 (99,03%) пациента, при этом в комплексе лечения – 55 (53,4%) больных. Самой широко применяемой фармакологической группой были гистаминомиметики – бетагистина дигидрохлорид – 54 (52,43%) пациентов.

Репозиционные маневры и ВГ применены у 55 (53,40%) пациентов, причем у 47 (45,63%) пациентов – только ВГ. Среди пациентов II группы ВГ назначена 45 (95,74%) больным, 12 (25,53%) пациентам с ДППГ применены репозиционные маневры.

Во II группе нами также применялись Н1-антигистаминные средства (дименгидринат) – 41 (87,23%) больных, противорвотные средства (метоклопрамид) – 35 (74,47%) пациентов, гистаминомиметики (бетагистина дигидрохлорид) получали – 27 (57,45%) больных.

Следует отметить наиболее эффективный метод купирования ОВС – репозиционные маневры при ДППГ (12 (100%) больных).

Таким образом максимальную эффективность в аспекте купирования ОВС в первые сутки манифестации мы получили в группе больных с периферическими вестибулопатиями. Наименьшую эффективность комплексной терапии демонстрировали пациенты 21 (43,75%) пациент I группы – с повторными ИИ в ВББ и центральными ВН.

Таблица 2

Эффективность терапии острого приступа вестибулопатии

Вестибулопатии	ВАШ-Г				Балл ВАШ-Г через 1 месяц
	исходно	Через сутки	T-крит.	p	
Периферическая	8,93±0,74	4,42±0,79	4,17	0.00007	0,8±0,2
Центральная	7,41±0,72	5,38±0,67	2,06	0.04143	0,9±0,1

При оценке головокружения по ВАШ-Г до лечения среднее значение в I группе равнялось 7,41±0,72 баллов, а во II группе – 8,93±0,74 баллов, что имело статистически значимую разницу (p=0,043). Через сутки комплексной терапии средние баллы обеих групп снизились – 5,38±0,67 и 4,42±0,79 баллов соответственно, без статистического значения межгрупповой разницы (p=0,058), но со статистическим значением разницы результатов до и спустя сутки лечения – p = 0.04143 в I группе и p=0,00007 во II группе.

По шкале ДНН среднегрупповые значения составили при поступлении в I группе 46,74±9,17 баллов, а во II группе – 54,82±9,36 баллов, что не имело статистически значимой разницы (p=0,067). Через неделю изменения констатированы в обеих группах – 43,16±10,39 и 47,25±12,41 баллов соответственно, без статистического значения межгрупповой разницы и уровнем при поступлении.

Сравнительный анализ переносимости и комплаенса назначенной фармакотерапии проводили анализом частоты нежелательных явлений (НЯВЛ) и числа больных, вынужденных прервать терапию под их воздействием (табл. 3).

Следует отметить весьма существенную частоту формирования НЯВЛ вследствие фармакотерапии – 26 (25,49%) больных и репозиционных манёвров – 32 (58,18%), которые зачастую проявлялись тошнотой и рвотой, приростом АД (вследствие применения глюкокортикоидов).

Отмечено отсутствие пациентов с прерванным лечением среди больных с применением репозиционных маневров, при фармакотерапии – 2 (1,96%) больных с подъёмом АД.

Стратификация НЯВЛ исследуемых пациентов с вестибулопатиями

Параметры	Фармакотерапия (n=102)		Репозиционные маневры (n=45)	
	Абс.	%	Абс.	%
все НЯВЛ	26	25,49	32	58,18
НЯВЛ со стороны ЖКТ	13	12,75	30	54,55
НЯВЛ со стороны ССС	8	7,84	2	3,64
НЯВЛ кожи и кожных придатков	2	1,96	0	0
НЯВЛ со стороны нервной системы	3	2,94	1	1,82
НЯВЛ со стороны обмена веществ	1	0,98	0	0
Отказ от терапии	2	1,96	0	0

Выводы

1. В дифференциальной диагностике и тактике ведения больных с ВН их следует разделять по топико-патогенетическому генезу на центральные и периферические вестибулопатии, при этом в обязательном порядке следует диагностировать или исключать угрожающие жизни – ОНМК.

2. При центральных и периферических вестибулопатиях первоначально КЖ по ВАШ-Г статистически значимо хуже при периферическом генезе, через сутки терапии КЖ ниже в группе центральных вестибулопатий, хотя и без статистически значимой разницы с периферическими вестибулопатиями, причем в обеих группах статистически значима разница результатов до и спустя сутки лечения, но регресс симптоматики лучше при периферическом генезе.

3. По шкале ДНП среднегрупповые значения при центральных и периферических вестибулопатиях первоначально и через 1 неделю терапии не имели статистически значимой разницы при межгрупповом сравнении и при сравнении с исходными данными в каждой группе.

4. Необходимо применение глюкокортикоидов в лечении ОВС и применение репозиционных маневров с низким показателем НЯВЛ, так как пациентов с ОПВ и ДППГ в неврологических отделениях достаточное количество.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Антоненко Л.М. Неврологические аспекты диагностики и реабилитации пациентов с головокружением и неустойчивостью: Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2018. – 297с.
2. Классификация возрастов, принятая ВОЗ // <http://www.who.int/topics/classification/ru/>; <https://agesecrets.ru/voznast/voznastnaya-klassifikatsiya-vsemirnoj-organizatsii-zdravoohraneniya#>
3. Кунельская Н.Л., Байбакова Е.В., Манаенкова Е.А. и др. Исследование вестибулярной функции у пациентов с вестибулярным нейронитом // Вестник оториноларингологии. – 2024;89(2):4-9.
4. Кунельская Н.Л., Диаб Х.М., Попадюк В.И. и др. Болезнь Меньера: Клинические рекомендации. – Москва: без издательства, 2024; 37 с.
5. Кунельская Н.Л., Заева З.О., Байбакова Е.В. и др. Вестибулярная функция у пациентов с сочетанием болезни Меньера и вестибулярной мигрени // Вестник оториноларингологии. 2024;89(4):92-97.
6. Парфенов В.А., Замерград М.В., Мельников О.А. Головокружение: диагностика и лечение, распространенные диагностические ошибки. 3-е изд. М.: МИА; 2019; 208 с.
7. Самарцев И.Н. Неврологические паттерны статодинамических нарушений (дифференциальная диагностика и лечение) – Дисс. докт. мед. наук. СПб, 2019; 238 с.
8. Baydan M, Yigit O, Aksoy S. Does vestibular rehabilitation improve postural control of subjects with chronic subjective dizziness? // PLoS One. 2020;15(9):238-246.
9. Bisdorff A. et al. Classification of vestibular symptoms: Towards an international classification of vestibular disorders // J. Vestib. Res. 2009;19(1-2):1-13.
10. Busch JM, Arnold I, Karakoumis J, Winkel DJ. Emergency Presentations for Dizziness-Radiological Findings, Final Diagnoses, and Mortality. // Int J Clin Pract. 2023;20:745-759.
11. Chen JY, Guo ZQ, Wang J, Liu D. Vestibular migraine or Meniere's disease: a diagnostic dilemma. // J Neurol. 2023;270(4):1955-1968.
12. Vitkovic J, Winoto A, Rance G, Dowell R, Paine M. Vestibular rehabilitation outcomes in patients with and without vestibular migraine. // Journal of Neurology. 2023;260(12):3039-3048.
13. Zwergal A, Dieterich M. Vertigo and dizziness in the emergency room. // Curr Opin Neurol. 2020;33(1):117-125.

Поступила 20.02.2025