

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ И ЕГО СВЯЗЬ С СОСУДИСТЫМИ И СОМАТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

Якубова Мархамат Миракрамовна

д.м.н., профессор кафедры неврологии и медицинской психологии
Ташкентского государственного медицинского университета.

Солиева Одина Улугбек кизи

магистрант 1-го курса кафедры неврологии,
детской неврологии и медицинской генетики
Ташкентского государственного медицинского университета.

Расулова Лазиза Шухратовна

студентка 6-го курса Ташкентского государственного медицинского
университета.

Аннотация. Настоящее исследование посвящено анализу этиопатогенетической структуры синдрома головокружения с учетом сопутствующих соматических заболеваний и данных инструментальных методов обследования. В исследование были включены 27 пациентов в возрасте от 20 до 75 лет (средний возраст $51,05 \pm 5,24$ года), обратившихся с жалобами на головокружение различного характера. Всем пациентам проводилось комплексное клиничко-неврологическое обследование, нейровизуализация (МРТ/КТ головного мозга и при необходимости шейного отдела позвоночника), а также дуплексное сканирование церебральных сосудов. Установлено, что ведущими причинами головокружения являлись хроническая недостаточность мозгового кровообращения (25%), астеноневротический синдром (17,9%), вертебробазилярная недостаточность (14,3%), вестибулярные расстройства (10,7%) и кардиальная патология (10,7%).

Ключевые слова: синдром головокружения, этиология, коморбидность, цереброваскулярная недостаточность, вертебробазиллярная недостаточность, артериальная гипертензия, сахарный диабет, МРТ, дуплексное сканирование.

Введение. Головокружение относится к числу наиболее распространенных симптомов в амбулаторной и стационарной практике и представляет собой клинический синдром, формирующийся в результате дисфункции центральных, периферических и системных механизмов регуляции равновесия. По данным эпидемиологических наблюдений, не менее 20–30% населения хотя бы один раз в жизни испытывают эпизоды головокружения, причем с возрастом частота обращаемости существенно возрастает. Это обусловлено увеличением распространенности сосудистых, метаболических, дегенеративных и тревожно-депрессивных расстройств.

Следует подчеркнуть, что головокружение не является самостоятельным заболеванием, а представляет собой симптом, который может сопровождать более 80 различных нозологических форм — от доброкачественных периферических вестибулярных нарушений до тяжелых цереброваскулярных и кардиальных состояний. В клинической практике особую сложность представляет многофакторность синдрома, а также его тесная связь с сопутствующими заболеваниями — артериальной гипертензией, сахарным диабетом, анемией, патологией щитовидной железы и сердечно-сосудистой системой.

Современные методы нейровизуализации и сосудистой диагностики позволяют выявлять структурные и гемодинамические изменения, лежащие в основе головокружения, включая вертебробазиллярную недостаточность, атеросклеротические поражения, признаки внутричерепной гипертензии, гипоплазию позвоночных артерий и компрессию сосудов при патологии шейного отдела позвоночника.

Цель исследования — определить ведущие этиологические факторы синдрома головокружения, оценить структуру сопутствующих заболеваний и проанализировать клиничко-инструментальные корреляции.

Материалы и методы. В исследование включены 27 пациентов с жалобами на головокружение различной интенсивности и продолжительности. Возраст обследованных составил от 20 до 75 лет. Женщины преобладали (66,7%), мужчины составили 33,3%.

Пациенты были распределены по возрастным группам:

20–39 лет — 19%;

40–59 лет — 48%;

60–75 лет — 33%.

Всем пациентам проводилось стандартизированное клиничко-неврологическое обследование, включающее оценку черепных нервов, координационных проб, походки, мышечной силы, чувствительности и вегетативного статуса. Для уточнения диагноза выполнялись МРТ или КТ головного мозга, при необходимости — МРТ шейного отдела позвоночника. Сосудистая оценка проводилась методом дуплексного сканирования экстра- и интракраниальных артерий.

Фиксировались предполагаемая этиология головокружения, сопутствующие симптомы, коморбидные заболевания и основные инструментальные находки.

Результаты. Анализ показал, что наиболее частой причиной головокружения являлись хронические нарушения мозгового кровообращения (25%). Для данной категории пациентов характерны рецидивирующие эпизоды головокружения, сочетающиеся с головной болью и колебаниями артериального давления.

Астеноневротический синдром выявлен у 17,9% пациентов и характеризовался ощущением неустойчивости, тревожностью, нарушениями сна и эмоциональной лабильностью. Вертебробазиллярная недостаточность

диагностирована у 14,3% обследованных и сопровождалась нарушением равновесия и тошнотой.

Вестибулярные расстройства составили 10,7%, кардиальная патология — также 10,7%. Травматические и опухолевые поражения головного мозга встречались в 7,1% случаев.

Среди сопутствующих симптомов наиболее часто отмечалась головная боль (52%), эпизоды повышения артериального давления (24%), тошнота и бессонница (по 20%), тревожные приступы (16%), нарушение равновесия (12%), слабость в конечностях (12%), эпизоды нарушения сознания (12%).

Коморбидная патология включала артериальную гипертензию (28%), сахарный диабет (12%), анемию (8%), зоб (8%), желудочковую экстрасистолию (8%).

Нейровизуализация выявила признаки внутричерепной гипертензии (11%), атеросклероз позвоночных артерий (11%), гипоплазию позвоночной артерии (4%), межпозвоночные грыжи шейного отдела (7%), расширение шейных артерий (7%), кальцинаты базальных ядер (4%).

Обсуждение. Полученные данные подтверждают доминирующую роль сосудистых механизмов в формировании синдрома головокружения. Нарушение перфузии в вертебробазилярном бассейне может приводить к дисфункции стволово-мозжечковых структур и центральных вестибулярных путей.

Значительная доля астеноневротических расстройств свидетельствует о выраженном психовегетативном компоненте. В реальной клинической практике нередко наблюдается сочетание сосудистых и функциональных механизмов.

Высокая распространенность артериальной гипертензии и сахарного диабета подчеркивает необходимость контроля сосудистых факторов риска. Нейровизуализационные данные подтверждают вклад атеросклеротических и дегенеративных процессов.

Среди сопутствующих симптомов доминировала головная боль (52%), а среди коморбидных состояний — артериальная гипертензия (28%) и сахарный

диабет (12%). По данным МРТ/КТ и сосудистых исследований выявлялись признаки атеросклеротического поражения интракраниальных позвоночных артерий, гипоплазия позвоночной артерии, признаки внутричерепной гипертензии, а также экстракраниальные сосудистые изменения, ассоциированные с патологией шейного отдела позвоночника. Полученные данные подтверждают необходимость междисциплинарного диагностического подхода с учетом неврологических, сосудистых и соматических факторов для уточнения генеза головокружения и выбора рациональной тактики лечения.

Заключение. Синдром головокружения имеет многофакторную природу с преобладанием цереброваскулярных механизмов. Наиболее частыми сопутствующими состояниями являются артериальная гипертензия и сахарный диабет. Инструментальные данные свидетельствуют о ведущей роли сосудистых изменений и нарушений ликвородинамики. Комплексный неврологический и сосудистый подход является обязательным для точной диагностики и рационального лечения.

Литература

1. Якубова М. М. и др. Клинико-неврологическая характеристика пациентов с болевым синдромом в области плечевого пояса и шейного отдела позвоночника //journal of new century innovations. – 2026. – Т. 95. – №. 1. – С. 16-21.
2. Якубова М. М., Рахматуллаева Г. К., Саид-Ахмедова С. К. Клинико-неврологические критерии covid-19 ассоциированного тромбоза кавернозного синуса //Global Science Review. – 2025. – Т. 8. – №. 1. – С. 31-33.
3. Neuhauser J. Dizziness and vertigo: epidemiology and management. *European Journal of Neurology*. 2017;24(3):1–8.
4. Saber Tehrani A.A., Coughlan D., Hsieh Y.H., Mantokoudis G., Korley F.K., Kerber K.A., Newman-Toker D.E. Rising annual costs of dizziness

- presentations to U.S. emergency departments. *Academic Emergency Medicine*. 2013;20(7):689–696.
5. Brandt T., Dieterich M., Strupp M. *Vertigo and Dizziness: Common Complaints*. London: Springer; 2013.
 6. Strupp M., et al. Acute unilateral vestibulopathy/neuritis: diagnostic criteria. *Journal of Vestibular Research*. 2022;32(1):1–8.
 7. Baloh R.W. Vertigo. *The Lancet*. 1998;352(9143):1841–1846.
 8. Newman-Toker D.E., Edlow E.D. TiTrATE: a novel approach to diagnosing acute dizziness and vertigo. *Neurologic Clinics*. 2015;33(3):577–599.
 9. Kerber S.P. Dizziness in the emergency department: diagnostic challenges. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2017;23(5):1213–1232.
 10. Furman J.M., Cass S.P., Whitney T.D. Benign paroxysmal positional vertigo. *New England Journal of Medicine*. 1999;341(21):1590–1596.
 11. Akhrorova S. U. Manifestation of national spiritual features in the subjects of social policy // *ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal*. – 2020. – Т. 10. – №. 11. – С. 2130-2134.
 12. Botirovna, Akhrorova Shakhlo, and Nabieva Sitora Sobirovna. "classification and clinic of diabetic polyneuropathy." *Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences* 4.1-1 (2024): 279-284.
 13. Tarnutzer K.A., Berkowitz A.L., Robinson K.A., Hsieh Y.H., Newman-Toker D.E. Does my dizzy patient have a stroke? A systematic review of bedside diagnosis in acute vestibular syndrome. *CMAJ*. 2011;183(9):E571–E592.