

11. Mannan H, Foo SW, Cochrane B. Does device matter for inhaled therapies in advanced chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparative trial of two devices. *BMC Res Notes*. 2019; 12 (1): 94. doi: 10.1186/s13104-019-4123-5.
12. Pothirat C, Chaiwong W, Limsukon A, Phetsuk N, Chetsadaphan N, Choomuang W, Liwsrisakun C. Real-world observational study of the evaluation of inhaler techniques in asthma patients. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2019; <http://apjai-journal.org/wp-content/uploads/2019/02/AP-210618-0348.pdf>
13. Janežič A, Locatelli I, Kos M. Inhalation technique and asthma outcomes with different corticosteroid-containing inhaler devices. *J Asthma*. 2019; 2: 1-9. doi: 10.1080/02770903.2019.1591442.
14. Khurana AK, Dubey K, Goyal A, Pawar KS, Phulwaria C, Pakhare A. Correcting inhaler technique decreases severity of obstruction and improves quality of life among patients with obstructive airway disease. *J Family Med Prim Care*. 2019; 8 (1): 246-250. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_259_18.
15. Ciciliani AM, Langguth P, Wachtel H. Handling forces for the use of different inhaler devices. *Int J Pharm*. 2019; 560: 315-321. doi: 10.1016/j.ijpharm.2019.01.05.053.
16. Larsson K, Bjermer L, Svartengren M. The importance of selecting the right type of inhaler for patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *La-kartidningen*. 2019; 116: FF76.
17. García-Río F, Soler-Cataluña JJ, Alcazar B, Viejo JL, Miravittles M. Requirements, strengths and weaknesses of inhaler devices for COPD patients from the expert prescribers' point of view: results of the EPOCA Delphi consensus. *COPD*. 2017; 14 (6): 573-580. doi: 10.1080/15412555.2017.1365120.

© Р.Р. Гайнутдинова, Э.З. Якупов, А.Ю. Казанцев, 2020

УДК 616.28-008.55

DOI: 10.20969/VSKM.2020.13(2).30-36

ВЛИЯНИЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

ГАЙНУТДИНОВА РУМИЯ РУСТАМОВНА, студентка VI курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: rum.khazratova96@mail.ru

ЯКУПОВ ЭДУАРД ЗАКИРЗЯНОВИЧ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: ed_yakupov@mail.ru

КАЗАНЦЕВ АЛЕКСАНДР ЮРЬЕВИЧ, ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: engine90@bk.ru

Реферат. Цель – оценить особенности острых приступов головокружения при различной клинической нозологии и оценить степень его влияния на качество жизни пациентов. **Материал и методы.** Были обследованы 40 пациентов с острым системным головокружением. Помимо клиничко-anamnestических данных, всем пациентам было проведено тестирование по шкале оценки качества жизни SF-36, шкале оценки головокружения DHI, госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программ Excel и Statistica 10. Для сравнения двух независимых групп между собой применялся критерий Стьюдента и корреляционный анализ. **Результаты и их обсуждение.** Половину всех обследованных лиц составили пациенты с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением. Согласно шкале DHI женщины чаще мужчин страдают тяжелыми формами головокружения, причем больший вклад вносят функциональные нарушения, особенно у лиц старше 60 лет ($p < 0,05$). Согласно опроснику SF-36 при всех нозологических формах в большей степени страдает ролевое функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состоянием ($p < 0,05$). Опросник HADS позволил выявить значительные уровни депрессии и тревоги у обследованных пациентов. Выявлена положительная корреляционная связь между опросниками HADS и DHI. **Выводы.** У пациентов с острым головокружением значительно снижение качества жизни согласно опроснику SF-36. Опросник DHI имеет большую диагностическую ценность для оценки различных типов нарушений, возникающих при головокружении. Эмоционально-аффективные нарушения широко распространены среди пациентов с острым головокружением, особенно у лиц женского пола, что может формировать «тревожно-депрессивный паттерн» и создавать фон для возможного формирования труднокурабельного фобического компонента.

Ключевые слова: системное головокружение, качество жизни, ДППГ, шкала DHI, шкала SF-36, шкала HADS.

Для ссылки: Гайнутдинова, Р.Р. Влияние головокружения на качество жизни / Р.Р. Гайнутдинова, Э.З. Якупов, А.Ю. Казанцев // Вестник современной клинической медицины. – 2020. – Т. 13, вып. 2. – С.30–36.

DOI: 10.20969/VSKM.2020.13(2).30-36.

IMPACT OF VERTIGO ON QUALITY OF LIFE

GAYNUTDINOVA RUMIYA R., 6th year student of General Medicine Faculty of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: rum.khazratova96@mail.ru

YAKUPOV EDUARD Z., D. Med. Sci., professor, Head of the Department of neurology, neurosurgery and medical genetics of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: ed_yakupov@mail.ru

KAZANTSEV ALEXANDER YU., assistant of professor of the Department of neurology, neurosurgery and medical genetics of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: engine90@bk.ru

Abstract. Aim. The aim of the study was to evaluate the features of acute vertigo attacks in various clinical conditions and to assess the degree of its impact on patients' quality of life. **Material and methods.** 40 patients with acute systemic vertigo have been examined. In addition to clinical and history data, all patients were tested on the SF-36 quality of

life scale, DHI vertigo scale, HADS hospital scale of anxiety and depression. The results were statistically processed using Excel and Statistica 10 software. The Student's criterion and correlation analysis were applied to compare the two independent groups. **Results and discussion.** Half of all examined persons were patients with benign paroxysmal positional vertigo. According to the DHI scale, women are more likely than men to suffer from severe forms of vertigo, with a greater contribution from functional disorders, especially in persons over 60 years of age ($p < 0,05$). According to the SF-36 questionnaire, regardless the type of the disease the patients are more likely to suffer from physical and emotional role-related impairment ($p < 0,05$). The HADS questionnaire revealed significant levels of depression and anxiety in the patients examined. Positive correlation between HADS and DHI was revealed. **Conclusion.** In patients with acute vertigo, the quality of life according to the SF-36 questionnaire has significantly decreased. The DHI questionnaire offers a great diagnostic value for assessing different types of vertigo disorders. Emotional and affective disorders are widespread in acute vertigo patients, especially in female patients, which can create an «anxiety depressive pattern» and create a background for the possible development of a phobic component that is difficult to cure.

Key words: vertigo, quality of life, BPPV, DHI scale, SF-36 scale, HADS scale.

For reference: Gaynutdinova RR, Yakupov EZ, Kazantsev AYu. Impact of vertigo on quality of life. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2020; 13 (2): 30-36. **DOI:** 10.20969/VSKM.2020.13(2).30-36.

Введение. Головокружение – это ощущение неуверенности в определении своего положения в пространстве, кажущееся вращение окружающих предметов или собственного тела, ощущение неустойчивости, потеря равновесия, уход почвы из-под ног [1]. Этот клинический синдром является вторым по частоте жалоб (после головной боли), с которой обращаются пациенты к врачу-неврологу или врачу-оториноларингологу [2]. Высокая частота обращаемости пациентов с головокружением и значительное снижение качества их жизни на фоне недуга вызывают постоянный большой интерес к данной патологии. Только в рецензируемых журналах базы данных PubMed есть более 50 000 публикаций на эту тему за последний год.

Следует сказать, что, несмотря на такое разнообразие работ, не угасает и дискуссия по поводу распространенности той или иной формы головокружения. В качестве примера можно привести эволюцию взглядов Т. Бранда, одного из ведущих специалистов в этой области. В 1982 г., выделяя различные клинические подтипы головокружений, он отмечал, что в 85% случаев симптомы головокружения были обусловлены доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением (ДППГ), вестибулярным нейронитом и болезнью Меньера, а в 2009 г. (после открытия в Германии специализированной клиники) им были представлены несколько иные данные (табл. 1) [2, 3].

Таблица 1

Распространенность различных причин головокружения (Бранд Т., 2009)

Причина головокружения	%
ДППГ	18,3
Фобическое головокружение	13,5
Центральное головокружение	13,5
Вестибулярная мигрень	9,6
Вестибулярный нейронит	7,9
Болезнь Меньера	7,8
Психогенное головокружение (без фобии)	3,6
Прочие заболевания	12,3
Неясной этиологии	4,2

Мы сталкиваемся с парадоксальной ситуацией: практикующие врачи очень часто наблюдают пациентов, которые жалуются на головокружение. В научной периодике эта проблема широко освещается, изучается с разных сторон, а сложности в дифференциальной диагностике и правильных подходах к лечению этого синдрома остаются [4]. Многие пациенты, получая ярлык «дисциркуляторная энцефалопатия с вестибулоатактическим синдромом», долгие годы ходят по специалистам разного профиля без правильно установленного диагноза, получая неправильное лечение, что в конечном итоге значительно снижает качество их жизни [5, 6]. К примеру, взаимосвязь между ДППГ, депрессией, тревогой и снижением качества жизни было показано в большом количестве исследований [7, 8, 9]. И это при том, что при своевременно правильно установленном диагнозе прогноз заболевания в основном благоприятный [10, 11, 12]. Врачи порой оставляют без внимания клинические особенности головокружений, в связи с чем возникают вопросы постановки верного диагноза [4, 5, 13]. Феноменология головокружения разнообразна, имеет свои особенности при различных нозологических формах, это необходимо учитывать при установке диагноза и определении стратегии лечения.

Цель исследования – оценить особенности острых приступов головокружения при различной клинической нозологии и оценить степень его влияния на качество жизни пациентов.

Материал и методы. Было обследовано 40 пациентов ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани с жалобами на головокружение. Пациенты были разделены на возрастные группы в соответствии с классификацией ВОЗ. Полученные данные оценивались в соответствующих возрастных интервалах.

В выборку были включены пациенты с остро возникшими эпизодами головокружения, что и определило спектр изучаемых нозологических форм: ДППГ, вестибулярный нейронит, болезнь Меньера и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в вертебробазилярном бассейне (ВББ). Так как целью работы было оценить «ситуацию на уровне приемного покоя неотложной клиники» из анализа были исключены пациенты с жалобами на головокружение в течение длительного периода (па-

циенты с психогенным фобическим, персистирующим постурально-перцептивным головокружением). С помощью рутинных методов обследования [общий анализ крови, биохимические показатели крови, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгеновская компьютерная томография (РКТ) головного мозга, ультразвуковая доплерография сосудов шеи] были исключены пациенты с тяжелой соматической патологией, которая могла бы привести к развитию головокружения. Также в исследование не включались лица с выраженными нейрокognитивными нарушениями, с тяжелыми нарушениями зрения, с токсической энцефалопатией.

Клинические особенности головокружения проанализированы с помощью специально разработанного опросника и специфических проб (Дикса–Холлпайка, Ромберга, Халмаги–Кертройса, теста Фукуды).

Оценка влияния на качество жизни проводилась с помощью опросника SF-36 (с градацией результатов от 0 до 100 баллов) [14], степень выраженности тревоги и депрессии – на основе Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) (0–7 баллов – норма, 8–10 – субклиническая стадия, 11–21 – клиническая стадия).

Использовался опросник Dizziness Handicap Inventory (DHI) для определения степени выраженности головокружения и выявления следующих видов нарушений (максимум можно было набрать 100 баллов):

- функциональных – в какой степени головокружение нарушает повседневную активность пациента;
- эмоциональных – в какой степени головокружение нарушает эмоциональное состояние пациента;
- физических – в какой степени движения головы и тела влияют на головокружение [15, 16].

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программ Excel и Statistica 10. Для сравнения двух независимых групп между собой применялся критерий Стьюдента и корреляционный анализ.

Результаты и их обсуждение. Было выявлено, что среди обследованных лиц 30% составили мужчины, 70% – женщины. Большинство пациентов, жаловавшихся на остро возникший эпизод головокружения, были в возрасте 60 лет и старше (рис. 1).

В ходе обследования были выявлены 4 основные нозологические формы, которые в дальнейшем подверглись анализу: доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), вестибулярный нейронит, болезнь Меньера и ОНМК в ВББ (рис. 2).

Следует выделить преобладание пациентов с периферическим головокружением, среди них более 50% – это пациенты с ДППГ. В ходе сбора анамнеза выяснялось, с чем связывают появление головокружения сами пациенты. Примечательно, что при использовании метода «пассивного сбора анамнеза» (без наводящих, уточняющих вопросов) большая часть из них не смогли выделить какого-либо провоцирующего фактора (37% опрошенных лиц), на втором месте причиной появления головокружения пациенты называли «простудные заболевания»

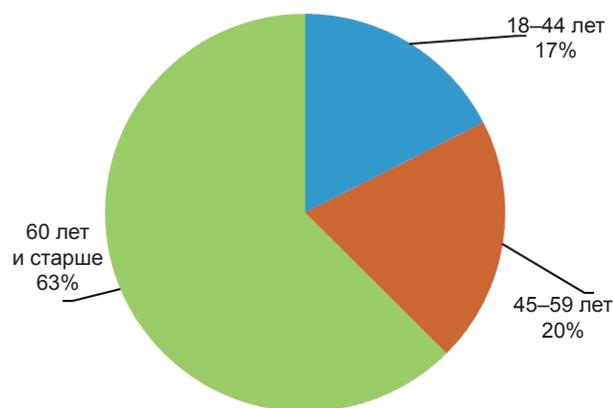


Рис. 1. Распределение пациентов с остро возникшим эпизодом головокружения по возрастным категориям



Рис. 2. Распределение пациентов, жалующихся на острый приступ головокружения, по нозологическим формам

(15% опрошенных пациентов), на третьем месте – «перенесенный инсульт» (13% опрошенных пациентов). При этом хорошо известно, что в структуре клинической феноменологии ДППГ очень важное место принадлежит сочетанию (и/или усилению) эпизода головокружения с изменением положения головы. Это обстоятельство еще раз подчеркивает важность простой, «банальной» сентенции: необходимость полноценного «активного» сбора анамнеза со скрупулезным выявлением всех факторов – провокаторов головокружения.

Результаты анализа тестирования с помощью опросника DHI показали различия по степени выраженности головокружения: 53% пациентов были с тяжелой степенью головокружения, 30% – со средней, 17% – с легкой. Причем у мужчин преобладала легкая степень головокружения (44% опрошенных мужчин), у женщин – тяжелая (51% опрошенных женщин) ($p < 0,05$). Пациенты с тяжелым головокружением имели функциональные нарушения (45%), которые значительно ограничивали повседневную активность. Физические нарушения больше преобладали у больных со средней (42%) и легкой (57%) степенями головокружения ($p < 0,05$). Согласно полученным результатам, по данным опросника DHI, 56% мужчин в большей мере страдают из-за физических нарушений, возникающих из-за головокружения, а

43% опрошенных женщин – из-за эмоциональных ($p < 0,05$).

Было выяснено, что в каждой возрастной группе были определенные особенности нарушений по данным опросника DHI. Так, в более молодых возрастных группах 18–44 года (57% пациентов) и 45–59 лет (50% пациентов) чаще это функциональные нарушения, а у пациентов 60 лет и старше (44% пациентов) из-за головокружения больше возникают эмоциональные нарушения ($p < 0,05$).

Сравнивая возраст пациентов, полученные данные по опроснику DHI и определяя зависимость от различных клинических форм, были получены следующие результаты.

ДППГ встречалось чаще у пациентов в возрастном диапазоне 45–59 лет (72%). Согласно показателям опросника DHI им присущи в большей степени физические нарушения (75%).

При вестибулярном нейроните 63% пациентов оказались в возрастном диапазоне 45–59 лет. Опросник DHI позволил выявить, что для пациентов

с данной нозологической формой больше характерны функциональные нарушения (55%).

Как показал анализ данных, болезнь Меньера выявлена у 84% пациентов возрастной категории 45–59 лет. Так же было определено, что при болезни Меньера в большей степени страдает функциональная роль пациентов (50%). ОНМК в ВББ, согласно нашему анализу, больше характерен для лиц 60 лет и старше, которым по опроснику DHI присущи функциональные нарушения (67%).

Интересные данные были получены при анализе результатов по опроснику SF-36. Оказалось, что при всех нозологических формах в большей степени страдает ролевое функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состоянием ($p < 0,05$). Жизненная активность в большей мере снижалась при болезни Меньера. Значительно пострадало социальное функционирование при всех нозологических формах ($p < 0,05$) (табл. 2).

Опросник HADS позволил выявить значительные уровни депрессии и тревоги у обследованных пациентов (рис. 3, 4).

Таблица 2

Результаты тестирования по опроснику SF-36 в различных нозологических группах

Параметры опросника SF-36	Оценка по нозологическим формам, в баллах (100 баллов – полное здоровье) ($p < 0,05$)			
	ДППГ	Вестибулярный нейронит	Болезнь Меньера	Инсульт в ВББ
Физическое функционирование	75 ± 0,5	80 ± 0,4	50 ± 0,3	30 ± 0,3
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	3 ± 0,2	5 ± 0,4	4 ± 0,5	0 ± 0,2
Общее состояние здоровья	35 ± 0,4	30 ± 0,3	20 ± 0,5	28 ± 0,3
Жизненная активность	25 ± 0,3	35 ± 0,4	3 ± 0,3	10 ± 0,2
Социальное функционирование	13 ± 0,1	10 ± 0,4	10 ± 0,2	8 ± 0,4
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	2 ± 0,3	2 ± 0,2	4 ± 0,3	1 ± 0,1
Психологическое здоровье	8 ± 0,3	10 ± 0,4	6 ± 0,2	10 ± 0,3

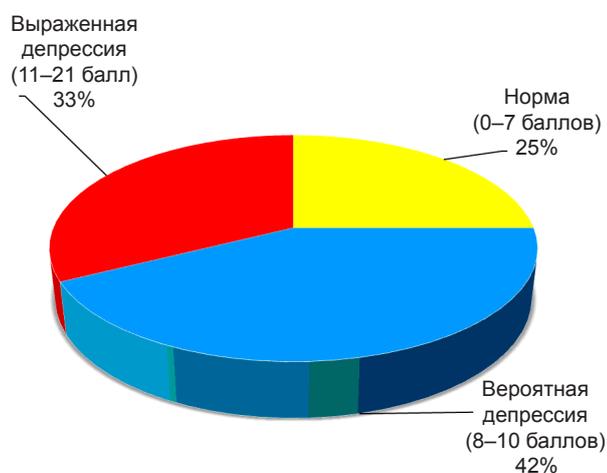


Рис. 3. Степень депрессии по шкале HADS у опрошенных пациентов

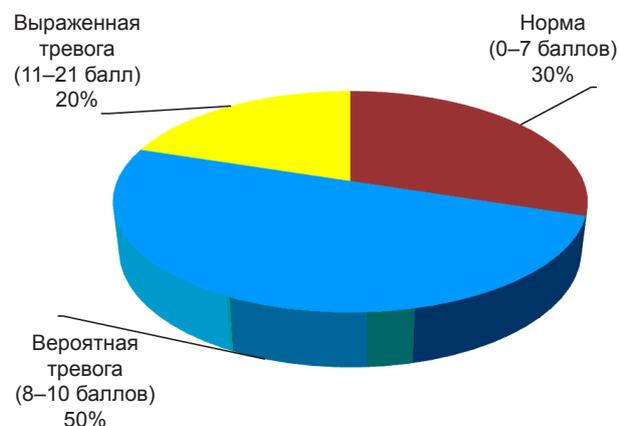


Рис. 4. Степень тревоги по шкале HADS у опрошенных пациентов

Это в очередной раз говорит о значимости эмоционально-аффективных нарушений и о той «легкости», с которой изменения настроения формируют особый «тревожно-депрессивный паттерн» у пациентов с головокружением, который создает неблагоприятные предпосылки для хронификации этой проблемы и, как следствие, возможного формирования труднокурабельного фобического компонента.

Нам показалось интересным провести корреляционный анализ по результатам оценки тестирования DHI, HADS, SF-36 у пациентов с различными нозологическими формами головокружения (рис. 5).

Как видно из рис. 5, выявлена отрицательная корреляционная связь только между физическими нарушениями по опроснику DHI и депрессией по опроснику HADS, между эмоциональными нарушениями по опроснику DHI и тревогой по опроснику HADS, что говорит о том, что чем больше показатель по опроснику HADS, тем меньше показатель по опроснику DHI. В остальных же случаях можно сказать о положительной корреляционной связи, т.е. чем больше результат показателя опросника HADS, тем больше результат показателя опросника DHI.

Анализ данных позволил выяснить, что при остром приступе головокружения депрессия в выраженной форме (11–21 балл по HADS) в большей степени выявляется у лиц женского пола возрастной категории 45–59 лет, у которых преобладают функциональные нарушения по опроснику DHI (34% опрошенных пациентов) ($p < 0,05$). Тревога в выраженной форме (11–21 балл) обнаружилась у женщин возрастной категории 45–59 лет, у которых преобладает физическое нарушение по опроснику DHI (36% опрошенных пациентов) ($p < 0,05$).

Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, которое пострадало в большей степени при всех нозологиях, согласно результатам опросника SF-36, было нарушено больше у женщин с депрессией в пограничной форме (8–10 баллов), чем у мужчин с такой же степенью депрессии, уровень тревоги никак не повлиял на результаты данного параметра опросника SF-36 ($p < 0,05$).

Выводы. В результате проведенного исследования определено, что головокружение имеет различные клинические особенности, среди остро возникающих форм превалирует периферический тип головокружения, в частности ДППГ (выявилось у 50% пациентов).

Головокружение – важный клинический феномен, значимо влияющий на качество жизни пациентов. Согласно полученным результатам, по данным опросника SF-36, у обследованных лиц ни один показатель не превышает 80 баллов, что говорит о значительном снижении качества жизни пациентов с головокружением.

Опросник DHI имеет наибольшую диагностическую ценность для оценки различных типов нарушений, возникающих при головокружении.

По возникновении у пациента головокружения необходимо придавать особое внимание эмоционально-аффективным нарушениям, которые могут

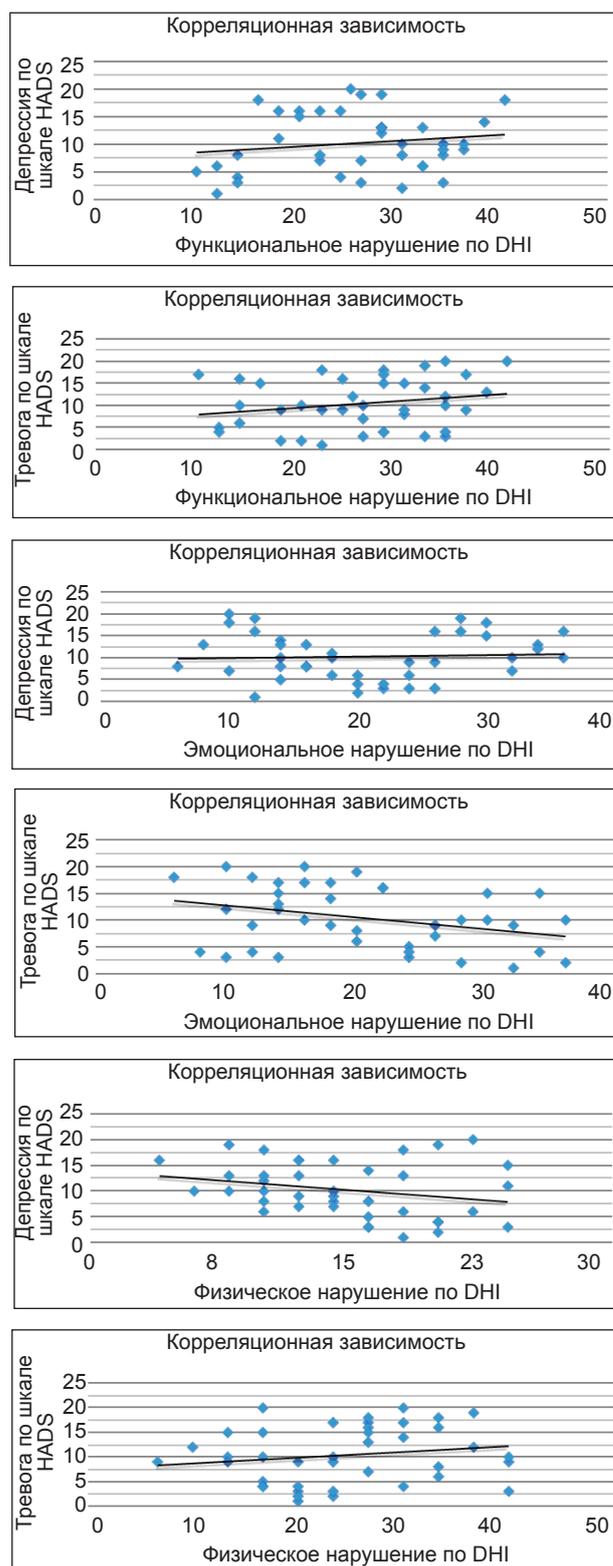


Рис. 5. Корреляционная зависимость между результатами опросников HADS и DHI

создавать особый «тревожно-депрессивный паттерн» у пациентов с головокружением и формировать крайне неблагоприятный фон, образующий предпосылки для хронификации этого непростого клинического синдрома.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получили гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Головокружение (периферическое). Клинические рекомендации / под ред. Н.А. Дайхес. – Москва, 2016. – URL: <http://www.nmaoru.org/files/%D0%9A%D0%A0%20307%20golovokruzhenie1.pdf>
2. Брандт, Т. Головокружение / Т. Брандт, М. Дитерих, М. Штрупп; пер. с англ. под ред. М.В. Замерграда. – Москва: Практика, 2009. – 200 с.
3. Integrated center for research and treatment of vertigo, balance and ocular motor disorders / T. Brandt, A. Zwergal, K. Jahn, M. Strupp // *Nervenarzt*. – 2009. – Vol. 80. – P.875–886.
4. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study / M. Von Brevern, A. Radtke, F. Lezius [et al.] // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 78 (7). – P.710–715.
5. Кудрявцева, А.С. Дифференциальная диагностика вестибулярных расстройств у пациентов с предварительным диагнозом хронической недостаточности мозгового кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне или синдромом вегетативной дисфункции: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Кудрявцева Анна Святославовна; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» МЗ РФ. – Санкт-Петербург, 2018. – 22 с.
6. Замерград, М.В. Возрастные аспекты диагностики и лечения головокружения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.11 / Замерград Максим Валерьевич; Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России. – Москва, 2015. – 49 с.
7. Nagarkar, A.N. Psychological findings in benign paroxysmal positional vertigo and psychogenic vertigo / A.N. Nagarkar, A.K. Gupta, S.B. Mann // *J. Otolaryngol.* – 2000. – Vol. 29 (3). – P.154–158.
8. Long-term outcome and health-related quality of life in benign paroxysmal positional vertigo / J.A. Lopez-Escamez, M.J. Gamiz, A. Fernandez-Perez, M. Gomez-Fiñana // *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* – 2005. – Vol. 262 (6). – P.507–511.
9. Benign paroxysmal positional vertigo and post-treatment quality of life / G. Magliulo, S. Bertin, M. Ruggieri, M. Gagliardi // *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* – 2005. – Vol. 262 (8). – P.627–630.
10. *Bhattacharyya, N. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo* / N. Bhattacharyya // *Otolaryngology. Head and Neck Surgery*. – 2017. – Vol. 156 (3S). – P.1–47.
11. Clinical and cost effectiveness of booklet based vestibular rehabilitation for chronic dizziness in primary care: single blind, parallel group, pragmatic, randomised controlled trial / L. Yardley, F. Barker, I. Muller [et al.] // *BMJ*. – 2012. – Vol. 344. – P.e2237.
12. Prevalence, aetiologies and prognosis of the symptom dizziness in primary care – a systematic review / S. Bösnér, S. Schwarm, P. Grevenrath [et al.] // *BMC Fam Pract.* – 2018. – Vol. 19 (1). – P.33.
13. A New Diagnostic Approach to the Adult Patient with Acute Dizziness / J.A. Edlow, K.L. Gurley, D.E. Newman-Toker // *J. Emerg. Med.* – 2018. – Vol. 54 (4). – P.469–483.
14. User's manual for the SF-36v2 Health Survey / ed. M.E. Maruish. – 3rd ed. – Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated, 2011. – URL: <http://myfiles.manualget.ru/documents.php?q=User%27s%20Manual%20For%20The%20Sf-36v2%20Health%20Survey>
15. Jacobson, G.P. The development of the Dizziness Handicap Inventory / G.P. Jacobson, C.W. Newman // *Arch. Otolaryngol. Head Neck. Surg.* – 1990. – Vol. 116 (4). – P.424–427.
16. Алимбекова, Л.П. Специфика вербализации головокружения: проблемы и методы диагностики в клинической практике / Л.П. Алимбекова, Р.Г. Есин // *Научное наследие В.А. Богородицкого и современный вектор исследований казанской лингвистической школы*. – Казань, 2018. – Т. 2. – С.24–27.

REFERENCES

1. Dajhes NA ed. Golovokruzhenie (perifericheskoe); Klinicheskie rekomendacii [Vertigo (peripheral); Clinical guidelines]. Moskva [Moscow]. 2016; <http://www.nmaoru.org/files/%D0%9A%D0%A0%20307%20golovokruzhenie1.pdf>
2. Brandt T, Diterikh M, Shtrupp M. Golovokruzheniyev [Vertigo]. Moskva: Praktika [Moscow: Practice]. 2009; 200 p.
3. Brandt T, Zwergal A, Jahn K, Strupp M. Integrated center for research and treatment of vertigo, balance and ocular motor disorders. *Nervenarzt*. 2009; 80: 875–886. doi: 10.1007/s00115-009-2812-3.
4. Von Brevern M, Radtke A, Lezius F, et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007; 78 (7): 710-715.
5. Kudryavceva AS. Differencial'naya diagnostika vestibulyarnyh rasstrojstv u pacientov s predvaritel'nym diagnozom hronicheskoy nedostatochnosti mozgovogo krovoobrashcheniya v vertebral'no-bazilyarnom bassejne ili sindromom vegetativnoj disfunkcii; Avtoreferat dissertacii na soiskanie uchenoj stepeni kandidata medicinskih nauk [Differential diagnosis of vestibular disorders in patients with initial diagnosis of chronic vertebral-basilar insufficiency with syndrome of vegetative dysfunction; Abstract of PhD degree]. Sankt-Peterburg [Saint-Petersburg]. 2018; 22 p.
6. Zamergrad MV. Vozrastnye aspekty diagnostiki i lecheniya golovokruzheniya; Avtoreferat dissertacii na soiskanie uchenoj stepeni doktora medicinskih nauk [Age-related aspects of the diagnosis and treatment of dizziness; Abstract of dissertation for the degree of Doctor of Medical Sciences]. Moskva [Moscow]. 2015; 49 p.
7. Nagarkar AN, Gupta AK, Mann SB. Psychological findings in benign paroxysmal positional vertigo and psychogenic vertigo. *J Otolaryngol*. 2000; 29 (3): 154-158.
8. Lopez-Escamez JA, Gamiz MJ, Fernandez-Perez A, Gomez-Fiñana M. Long-term outcome and health-related quality of life in benign paroxysmal positional vertigo. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2005; 262 (6): 507-511.
9. Magliulo G, Bertin S, Ruggieri M, Gagliardi M. Benign paroxysmal positional vertigo and post-treatment quality of life. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2005; 262 (8): 627-630.
10. Bhattacharyya Neil. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngology. Head and Neck Surgery*. 2017; 156 (3S): 1–47. DOI: 10.1177/0194599816689667
11. Yardley L, Barker F, Muller I, Turner D, Kirby S, Mullee M, et al. Clinical and cost effectiveness of booklet based vestibular rehabilitation for chronic dizziness in primary care: single blind, parallel group, pragmatic, randomised controlled trial. *BMJ*. 2012; 344: e2237. doi: 10.1136/bmj.e2237

12. Bösner S, Schwarm S, Grevenrath P, et al. Prevalence, aetiologies and prognosis of the symptom dizziness in primary care – a systematic review. *BMC Fam Pract.* 2018; 19 (1): 33. doi:10.1186/s12875-017-0695-0
13. Edlow JA, Gurley KL, Newman-Toker DE. A New Diagnostic Approach to the Adult Patient with Acute Dizziness. *J Emerg Med.* 2018; 54 (4): 469–483. doi:10.1016/j.jemermed.2017.12.024
14. Maruish ME, ed. *User's manual for the SF-36v2 Health Survey (3rd ed.)*. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated. 2011; <http://myfiles.manualget.ru/documents.php?q=User%27s%20Manual%20For%20The%20SF-36v2%20Health%20Survey>
15. Jacobson GP, Newman CW. The development of the Dizziness Handicap Inventory. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1990; 116 (4): 424–427.
16. Alimbekova LR, Esin RG. Specifica verbalizacii golovokruzheniya: problemy i metody diagnostiki v klinicheskoy praktike [The specifics of verbalization of dizziness: problems and diagnostic methods in clinical practice]. *Nauchnoe nasledie VA Bogorodickogo i sovremennyy vektor issledovaniy kazanskoy lingvisticheskoy shkoly [Scientific heritage of VA Bogoroditsky and the modern vector of studies of the Kazan linguistic school]*. 2018; 2: 24-27.

© О.В. Галимов, В.О. Ханов, М.А. Каримов, А.Р. Галимов, И.Н. Сафин, Д.О. Галимов, 2020

УДК 616.33.34-006.5-08

DOI: 10.20969/VSKM.2020.13(2).36-41

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

ГАЛИМОВ ОЛЕГ ВЛАДИМИРОВИЧ, ORCID ID: 0000-0003-4832-1682; докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 450008, Уфа, ул. Ленина, 3, тел. +7-917-342-58-92, e-mail: galimovov@mail.ru
ХАНОВ ВЛАДИСЛАВ ОЛЕГОВИЧ, ORCID ID: 0000-0002-1880-0968; докт. мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 450008, Уфа, ул. Ленина, 3, тел. +7-917-755-62-82, e-mail: khanov@mail.ru
КАРИМОВ МАРАТ АХМАДОВИЧ, ORCID ID: 0000-0002-6873-4049; клинический ординатор кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, Уфа, ул. Ленина, 3, тел. +7-937-470-71-81, e-mail: bsmukarimov1994@gmail.com
ГАЛИМОВ АРТУР РАМИЛЕВИЧ, ORCID ID: 0000-0001-9296-9449; канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 450008, Уфа, ул. Ленина, 3, тел. +7-927-318-41-81, e-mail: dr.galimov@mail.ru
САФИН ИСКАНДЕР НУРИЕВИЧ, ORCID ID: 0000-0001-8199-8156; канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 450008, Уфа, ул. Ленина, 3, тел. +7-987-044-52-48, e-mail: zirob14@yandex.ru
ГАЛИМОВ ДМИТРИЙ ОЛЕГОВИЧ, ORCID ID: 0000-0003-1314-5017; студент ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 450008, Уфа, ул. Ленина, 3, тел. +7-347-272-11-60, email: galimovov@mail.ru

Реферат. Цель исследования – анализ работы по изучению доброкачественных образований желудочно-кишечного тракта по частоте встречаемости, локализации, гистологическому строению и выбору тактики лечения.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ данных эндоскопического кабинета стационара за 2018 и 2019 гг. Было выявлено 537 доброкачественных полипов, локализованных в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке, толстой кишке. Из них в 337 случаях выполнялась эндоскопическая полипэктомия. **Результаты и их обсуждение.** У 16 (4,7%) больных в период от 2 до 6 мес после полипэктомии диагностированы рецидивы полипов. У 12 (75%) больных рецидив полипа диагностирован в период до 2 лет. При этом отмечено, что все они были старше 60 лет. Кровотечение после полипэктомии оценивалось как осложнение, если эндоскопист предпринимал какие-либо манипуляции для его остановки, в наших наблюдениях это осложнение развилось у 13 (3,9%) пациентов. Во всех случаях был достигнут эндоскопический гемостаз и дополнительных оперативных вмешательств не потребовалось. **Выводы.** Фиброгастроскопия и колоноскопия являются эффективным методом диагностики и лечения доброкачественных новообразований желудочно-кишечного тракта. По данным гистологии, чаще всего выявляются полипы гиперпластического типа, и раннее их удаление является вторичной профилактикой злокачественных новообразований пищеварительного тракта. В течение 2019 г. возросло количество фиброколоноскопий, увеличилась частота выявления злокачественных новообразований.

Ключевые слова: полип, эндоскопическая полипэктомия.

Для ссылки: Опыт лечения доброкачественных новообразований желудочно-кишечного тракта / О.В. Галимов, В.О. Ханов, М.А. Каримов [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2020. – Т. 13, вып. 2. – С.36–41. DOI: 10.20969/VSKM.2020.13(2).36-41.

GASTROINTESTINAL BENIGN TUMOR TREATMENT EXPERIENCE

GALIMOV OLEG V., ORCID ID: 0000-0003-4832-1682; D. Med. Sci., professor, Head of the Department of surgical diseases and new technologies with a course of Institute of additional professional education (IAPE) of Bashkir State Medical University, Russia, 450008, Ufa, Lenin str., 3, tel. +7-917-342-58-92, e-mail: galimovov@mail.ru

KHANOV VLADISLAV O., ORCID ID: 0000-0002-1880-0968; D. Med. Sci., professor of the Department of surgical diseases and new technologies with a course of Institute of additional professional education (IAPE) of Bashkir State Medical University, Russia, 450008, Ufa, Lenin str., 3, tel. +7-917-755-62-82, e-mail: khanov@mail.ru