

**VESTIBULAR MIGREN VA PERSISTENT POSTURAL-PERSEPTIV
BOSH AYLANISHI: DIFFERENSIAL TASHXISLASH VA ZAMONAVIY
DAVOLASH YONDASHUVLARI**

Mamaraimova Aziza Zuhritdinovna,

Xaydarova Dildora Kadirovna

Toshkent davlat tibbiyot universiteti,

Toshkent, O'zbekiston

Mamaraimova A. Z.

E-mail: azizamamaraimova3@gmail.com

Xaydarova D. K.

E-mail: dildora_doktor@mail.ru,

ORCID: 0000-0003-0447-0256

Annotatsiya: Vestibulyar migren (VM) va persistent postural-perseptiv bosh aylanishi (SPPBA) bosh aylanishi va vestibulyar simptomlarning keng tarqalgan sabablaridan bo'lib, klinik fenomenologiyasining qisman ustma-ust tushishi ularni farqlashni murakkablashtiradi. Ushbu narrativ sharhning maqsadi VM va SPPBAning klinik xususiyatlari, diagnostik mezonlari, ehtimoliy patofiziologik mexanizmlari, differensial diagnostikasi hamda zamonaviy davolash yondashuvlarini qiyosiy tahlil qilishdan iborat. Adabiyotlar tahlili VMning asosan epizodik vestibulyar sindrom, SPPBAning esa persistent simptomlar bilan kechuvchi surunkali funksional vestibulyar buzilish ekanini ko'rsatadi. Vestibulyar migren SPPBA rivojlanishining muhim qo'zg'atuvchilaridan biri bo'lib, vizual qaramlik, multisensor integratsiyadagi o'zgarishlar va postural nazoratning patologik qayta moslashuvi ushbu ikki holat o'rtasidagi klinik bog'liqlikni tushuntirishi mumkin. To'g'ri fenotiplash, simptomlarning vaqt profilini baholash va komorbid holatlarni aniqlash differensial diagnostika hamda individual davolash strategiyasini tanlashda muhimdir.

Kalit so'zlar: vestibulyar migren, persistent postural-perseptiv bosh aylanishi, SPPBA, PPPD, vertigo, vizual qaramlik, multisensor integratsiya, differensial diagnostika, vestibulyar rehabilitatsiya.

**ВЕСТИБУЛЯРНАЯ МИГРЕНЬ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЕ ПОСТУРАЛЬНО-
ПЕРЦЕПТИВНОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ: КЛИНИЧЕСКОЕ СХОДСТВО,
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ
ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ**

Мамараймова Азиза Зухритдиновна, Хайдарова Дилдора Кадиловна

Ташкентский государственный медицинский университет,

Ташкент, Узбекистан

Мамараймова А. З. - E-mail: azizamamaraimova3@gmail.com

Хайдарова Д. К. - E-mail: dildora_doktor@mail.ru,

ORCID: 0000-0003-0447-0256

Аннотация. Вестибулярная мигрень (ВМ) и персистирующее постурально-перцептивное головокружение (ПППГ) относятся к распространённым причинам головокружения и вестибулярных симптомов, а частичное перекрытие их клинической феноменологии затрудняет дифференциальную диагностику. Цель настоящего нарративного обзора — сопоставить клинические особенности, диагностические критерии, предполагаемые патофизиологические механизмы, дифференциальную диагностику и современные подходы к лечению ВМ и ПППГ. Анализ литературы показывает, что ВМ преимущественно представляет собой эпизодический вестибулярный синдром, тогда как ПППГ является хроническим функциональным вестибулярным расстройством с персистирующими симптомами. Вестибулярная мигрень является одним из значимых провоцирующих факторов ПППГ; зрительная зависимость, нарушения мультисенсорной интеграции и патологическая перестройка постурального контроля могут объяснять клиническую взаимосвязь этих состояний. Тщательное фенотипирование, оценка временного профиля симптомов и выявление коморбидности имеют ключевое значение для дифференциальной диагностики и выбора индивидуальной терапии.

Ключевые слова: вестибулярная мигрень, персистирующее постурально-перцептивное головокружение, ПППГ, PPPD, головокружение, зрительная зависимость, мультисенсорная интеграция, дифференциальная диагностика, вестибулярная реабилитация.

VESTIBULAR MIGRAINE AND PERSISTENT POSTURAL-PERCEPTUAL DIZZINESS: CLINICAL OVERLAP, DIFFERENTIAL DIAGNOSIS, AND CONTEMPORARY TREATMENT APPROACHES

Aziza Zuhritdinovna Mamaraimova, Dildora Kadirovna Khaydarova

Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

A. Z. Mamaraimova - E-mail: azizamamaraimova3@gmail.com

D. K. Khaydarova - E-mail: dildora_doktor@mail.ru,

ORCID: 0000-0003-0447-0256

Abstract. Vestibular migraine (VM) and persistent postural-perceptual dizziness (PPPD) are common causes of dizziness and vestibular symptoms, and partial overlap in their clinical phenomenology may complicate differential diagnosis. This narrative review aims to compare the clinical features, diagnostic criteria, proposed pathophysiological mechanisms, differential diagnosis, and contemporary treatment approaches of VM and PPPD. The literature indicates that VM is predominantly an episodic vestibular syndrome, whereas PPPD is a chronic functional vestibular disorder characterized by persistent symptoms. Vestibular

migraine is an important precipitating condition for PPPD, and visual dependence, altered multisensory integration, and maladaptive postural-control strategies may contribute to the clinical relationship between the two disorders. Careful phenotyping, assessment of the temporal profile of symptoms, and identification of comorbidities are essential for accurate differential diagnosis and individualized treatment planning.

Keywords: vestibular migraine, persistent postural-perceptual dizziness, PPPD, vertigo, visual dependence, multisensory integration, differential diagnosis, vestibular rehabilitation.

1. KIRISH

Bosh aylanishi klinik amaliyotda eng ko‘p uchraydigan shikoyatlardan biri bo‘lib, ayniqsa migren bilan og‘rigan bemorlarda uning uchrash chastotasi yuqori hisoblanadi [1]. SPPBA ixtisoslashgan neyrootologik klinikalarda ko‘p uchraydigan tashxislardan biri bo‘lib, boshqa vestibulyar buzilishlar bilan birgalikda ham kuzatilishi mumkin. Vestibulyar migren esa umumiy aholida keng tarqalgan bo‘lib, migrenli bemorlarning sezilarli qismida vestibulyar simptomlar uchraydi; vestibulyar migren SPPBA rivojlanishining muhim qo‘zg‘atuvchilaridan biri hisoblanadi [2,3].

VM migren bilan bog‘liq takrorlanuvchi vestibulyar xurujlar bilan tavsiflanadi. Uning klinik spektriga spontan vertigo, bosh holati yoki bosh harakati bilan bog‘liq vertigo hamda vizual qo‘zg‘atuvchilar ta’sirida yuzaga keladigan vestibulyar simptomlar kirishi mumkin. SPPBAda esa bosh aylanishi va postural beqarorlik uzoq muddat davom etuvchi fon simptomlari sifatida namoyon bo‘lib, tik holat, faol yoki passiv harakat hamda murakkab vizual muhit ta’sirida kuchayadi [1,4].

VM va SPPBAni farqlashdagi asosiy murakkablik ularning ayrim simptomlari va kuchaytiruvchi omillari o‘xshashligidan kelib chiqadi. Bosh harakati bilan bog‘liq bosh aylanishi, vizual harakatga sezuvchanlik va murakkab vizual muhitda simptomlarning kuchayishi ikkala holatda ham kuzatilishi mumkin. Biroq VMda simptomlar odatda alohida xurujlar shaklida, SPPBAda esa persistent fon simptomlari ko‘rinishida kechadi [4,6].

VM va SPPBA uchun mutlaq xos bo‘lgan yagona laborator yoki instrumental biomarker mavjud emas. Shu sababli tashxis klinik diagnostik mezonlar, simptomlarning vaqt profili, migren anamnezi va boshqa vestibulyar kasalliklarni differensial baholashga asoslanadi [1,3]. Vestibulyar migren bilan og‘rigan bemorlarning nima sababdan faqat bir qismida persistent postural-perseptiv simptomlar shakllanishi to‘liq aniqlanmagan, bu esa klinik va funksional prediktorlarni o‘rganishni dolzarb qiladi [1,4].

Ushbu maqolaning maqsadi vestibulyar migren va SPPBAning klinik xususiyatlari, diagnostik mezonlari, patofiziologik asoslari, differensial diagnostikasi va davolash yondashuvlarini tizimli ravishda qiyoslash hamda ularning birgalikda kechishidagi muhim klinik jihatlarni aniqlashdan iborat.

2. MATERIALLAR VA USULLAR

Ushbu ish narrativ adabiyotlar sharhi shaklida tayyorlandi. Tahlil uchun maqolada keltirilgan 21 ta ilmiy manba asos qilib olindi, ular SPPBAning Bárány Society konsensus mezonlari, vestibulyar migrenning xalqaro diagnostik mezonlari, epidemiologiya, patofiziologiya, klinik fenotip, differensial diagnostika va davolash masalalarini qamrab oladi [1–10].

Manbalardagi ma'lumotlar mavzuviy qiyosiy tahlil usulida besh yo'nalishga ajratildi: 1) klinik va epidemiologik xususiyatlar; 2) diagnostik mezonlar; 3) ehtimoliy patofiziologik mexanizmlar; 4) differensial diagnostika va komorbidlik; 5) zamonaviy davolash yondashuvlari. Ushbu sharh sistematik meta-tahlil emas; natijalar tanlangan manbalardagi klinik dalillar va konsensus hujjatlarining narrativ sintezi sifatida taqdim etildi.

3. NATIJALAR: ADABIYOTLAR TAHLILI

3.1. Klinik xususiyatlar va o'zaro bog'liqlik

Adabiyotlar tahlili VM va SPPBAning vaqt profili bo'yicha eng muhim farqini ko'rsatadi: VM asosan epizodik vestibulyar sindrom bo'lib, simptomlar 5 daqiqadan 72 soatgacha davom etuvchi xurujlar ko'rinishida namoyon bo'ladi, SPPBA esa kamida 3 oy davom etadigan persistent simptomlar bilan xarakterlanadi [1,3].

VM SPPBA rivojlanishiga olib keluvchi keng tarqalgan vestibulyar qo'zg'atuvchilardan biridir. Takrorlanuvchi vestibulyar xurujlardan keyin ayrim bemorlarda bosh va tana harakatlariga ortiqcha sezuvchanlik, vizual axborotga kuchli tayanish va postural nazoratning moslashuvchan bo'lmagan strategiyasi shakllanishi mumkin. Natijada dastlab epizodik bo'lgan simptomlar persistent tus olishi ehtimoli mavjud [1,4,5].

VM va SPPBA birgalikda kechganda klinik manzara murakkablashadi. Bunday holatda epizodik migrenga bog'liq vestibulyar xurujlar surunkali postural va vizual sezuvchanlik fonida yuzaga kelishi mumkin. Tashvish, vahima xurujlari va vaziyatlardan qochish kabi psixosotsial omillar komorbid tarzda uchrashi mumkin, biroq ularning mavjudligi SPPBAni faqat psixogen buzilish sifatida talqin qilish uchun asos emas [5,10].

3.2. Vestibulyar migrenning diagnostik mezonlari

Vestibulyar migren tashxisi uchun xalqaro mezonlarga ko'ra quyidagi shartlar bajarilishi kerak [3,9]:

A. O'rtacha yoki yuqori intensivlikdagi, 5 daqiqadan 72 soatgacha davom etadigan kamida 5 ta vestibulyar epizod.

B. ICHD-3 bo'yicha aura bilan yoki aurasiz migrenning hozirgi yoki o'tmishdagi anamnezi.

C. Vestibulyar epizodlarning kamida 50% ida migrenga xos belgilar: migrenga xos bosh og'rig'i, fotofobiya va fonofobiya yoki vizual aura.

D. Simptomlar boshqa vestibulyar yoki ICHD tashxisi bilan yaxshiroq tushuntirilmasligi.

Ehtimoliy vestibulyar migren holatida vestibulyar epizodlar mezoni bajariladi, biroq migren anamnezi va xuruj paytidagi migren belgilarini aks ettiruvchi mezonlardan faqat bittasi mavjud bo‘ladi [3].

1-jadval. Vestibulyar migrenning asosiy differensial diagnostikasi

Kasallik / Holat	Asosiy Klinik Farqlari	Vestibulyar Migren bilan Solishtirish
Menyer kasalligi (Menière's disease)	Eshitishning fluktuatsiyalovchi (o'zgaruvchan) pasayishi, tinnitus (quloqdagi shovqin) va quloqda tiqilish (bosim) hissi.	Menyer kasalligida eshitish pasayishi doimiy bo'lib, vaqt o'tishi bilan progressiv ravishda chuqurlashadi va odatda bir tomonlama bo'ladi. Vestibulyar migrenda esa eshitishning pasayishi o'tkinchi bo'lib, progressiv xarakterga ega emas va odatda ikki tomonlama kuzatiladi.
Xavfsiz paroksizmal pozitsion bosh aylanishi (BPPV)	Faqatgina bosh holati o'zgarganda yuzaga keladigan va 1 daqiqadan kam davom etadigan juda qisqa bosh aylanishi epizodlari va xarakterli pozitsion nistagm.	Vestibulyar migrenda ham pozitsion bosh aylanishi kuzatilishi mumkin, ammo xurujlar davomiyligi uzunroq (daqikalardan kunlarga) bo'ladi va nistagm turg'un, past tezlikda bo'ladi.
Tranzitor ishemik xurujlar (TIA / TIX)	Klinik belgilarning to'satdan boshlanishi, tomirlardagi aterosklerotik va ishemik xavf omillari (ayniqsa keksa yoshdagi bemorlarda).	TIA vertebrobazilyar sohada miya qon aylanishining o'tkir buzilishi bilan bog'liq bo'lib, nevrologik simptomlar turg'unligi va kardiovaskulyar xavf omillari tahlilini talab etadi.
Vestibulyar paroksizmiya	Kuniga o'nlab marta takrorlanadigan, bir necha soniyadan o'nlab soniyagacha davom etadigan juda qisqa va tez-tez uchrashi.	Xurujlar soniyalar darajasida bo'ladi va bunday bemorlarda antikonvulsantlar (karbamazepin) bilan davolash juda yuqori samara beradi.
Psixogen bosh aylanishi	Xavotir va depressiya fonida yuzaga keladigan tizimsiz bosh aylanishi, vegetativ buzilishlar va katastrofik fikrlash.	Vestibulyar migren bilan og'riydigan bemorlarning 50% dan ortig'ida qo'shimcha ravishda psixogen bosh aylanishi va bezovtalik buzilishlari birga kechishi mumkin.

3.3. Persistent postural-perseptiv bosh aylanishining diagnostik mezonlari

SPPBA — surunkali funksional vestibulyar buzilish bo‘lib, Bárány Society konsensusiga ko‘ra tashxis qo‘yish uchun A–E mezonlarining barchasi bajarilishi lozim [1].

A mezon — simptomlarning xarakteri va davomiyligi. Bosh aylanishi, postural beqarorlik yoki rotatsion komponenti bo‘lmagan tebranish/chayqalish tarzidagi soxta harakat hissidan kamida bittasi aksariyat kunlarda 3 oy yoki undan ortiq davom etadi. Simptomlar uzoq vaqt saqlanishi, intensivligi o‘zgarib turishi va kun davomida uzluksiz bo‘lmasligi mumkin.

B mezon — simptomlarni kuchaytiruvchi omillar. Persistent simptomlar muayyan provokatsiyasiz ham mavjud bo‘lishi mumkin, biroq tik turish yoki yurish, faol yoki passiv harakat hamda harakatlanuvchi yoki murakkab vizual stimullar ta’sirida kuchayadi.

C mezon — boshlovchi holat. SPPBA ko‘pincha vertigo, bosh aylanishi, beqarorlik yoki muvozanat buzilishini yuzaga keltiruvchi o‘tkir, epizodik yoki surunkali vestibulyar, nevrologik, somatik yoki psixologik holatdan so‘ng rivojlanadi.

D mezon — klinik ahamiyat. Simptomlar sezilarli subyektiv noqulaylik yoki kundalik, kasbiy, ijtimoiy yoxud jismoniy faoliyatda funksional cheklanish keltirib chiqaradi.

E mezon — boshqa holat bilan yaxshiroq izohlanmasligi. Klinik manzara boshqa kasallik bilan yaxshiroq tushuntirilmasligi kerak. Shu bilan birga, boshqa aktiv kasallikning mavjudligi SPPBA ni avtomatik ravishda inkor etmaydi, chunki u komorbid tarzda kechishi mumkin.

SPPBA uchun patognomonik nevrologik ko‘rik belgisi, laborator ko‘rsatkich yoki neyrovizualizatsion biomarker mavjud emas. Tashxis klinik anamnez va diagnostik mezonlarning bajarilishiga asoslanadi; SPPBA oddiy “istisno tashxisi” emas [1].

2-jadval. SPPBA va vestibulyar migren diagnostik mezonlarining qiyosiy tavsifi

Ko‘rsatkich	SPPBA	Vestibulyar migren
Vaqt profili	≥3 oy, aksariyat kunlarda persistent simptomlar	5 daqiqa–72 soat davom etuvchi ≥5 epizod
Asosiy simptom	Bosh aylanishi, postural beqarorlik, tebranish/chayqalish hissi	Spontan yoki qo‘zg‘atilgan vestibulyar xurujlar
Kuchaytiruvchi omillar	Tik holat, faol/passiv harakat, murakkab vizual muhit	Migren triggerlari; vestibulyar xurujlar spontan ham bo‘lishi mumkin
Migren belgilarining roli	Majburiy mezon emas; komorbid bo‘lishi mumkin	Xurujlarning ≥50% ida migrenga xos belgilardan kamida bittasi
Tashxis tamoyili	A–E mezonlarining barchasi bajariladi	Klinik mezonlar + boshqa sabab bilan yaxshiroq izohlanmasligi

3.4. Patofiziologik mexanizmlar

SPPBA postural nazorat va multisensor integratsiyaning moslashuvchan bo‘lmagan qayta tashkil etilishi bilan bog‘liq funksional vestibulyar buzilish sifatida qaraladi. Vizual axborotga ortiqcha tayanish, harakat va vizual stimullarga yuqori sezuvchanlik, shuningdek, vestibulyar, vizual va xavfni baholovchi neyron tarmoqlar faoliyatidagi o‘zgarishlar ehtimoliy mexanizmlar sifatida ko‘rsatiladi [5,7].

SPPBA patofiziologiyasini tushuntiruvchi modellar xavotir bilan bog‘liq qattiqlashgan postural nazorat, bashoratli qayta ishlashdagi sensor nomuvofiqlik va fiziologik-neyrovizual-psixologik omillarni birlashtiruvchi integrativ yondashuvlarni o‘z ichiga oladi. Ushbu modellar o‘tkir vestibulyar hodisadan keyin normal

kompensatsiya o'rniga vizual qaramlik va ehtiyotkor postural strategiyaning saqlanib qolishini ta'kidlaydi [5,7].

VM patofiziologiyasi migrenning umumiy mexanizmlariga yaqin bo'lib, kortikal qo'zg'aluvchanlik, trigemino-vaskulyar tizim va CGRP bilan bog'liq jarayonlar, shuningdek, vestibulyar yadrolar va talamokortikal yo'llarning faollashuvi bilan izohlanadi [8]. Temporo-parietal sohalarning sensor integratsiya va vizuo-fazoviy qayta ishlashdagi roli VM va SPPBA o'rtasidagi ayrim klinik o'xshashliklarni tushuntirishi mumkin.

3.5. Differensial diagnostika va komorbidlik

SPPBA va VMni farqlashda eng muhim mezon simptomlarning vaqt profilidir: SPPBAda persistent fon simptomlari ustun bo'lsa, VMda epizodik xurujlar asosiy o'rinni egallaydi. Vizual sezuvchanlik va bosh harakati bilan bog'liq bosh aylanishi ikkala holatda ham uchrashi mumkinligi sababli bitta simptomga tayangan holda tashxis qo'yish yetarli emas [4,6].

Differensial diagnostikada Menyer kasalligi, BPPV, vestibulyar paroksizmiya, vestibulyar nevrit, vertebrobazilyar tranzitor ishemik xurujlar va boshqa nevrologik yoki somatik sabablar hisobga olinadi. Eshitishning fluktuatsiyalovchi va progressiv pasayishi Menyer kasalligini, soniyalardan bir daqiqagacha davom etuvchi pozitsion xurujlar BPPVni, juda qisqa va ko'p takrorlanuvchi xurujlar esa vestibulyar paroksizmiyani ko'proq qo'llab-quvvatlaydi.

VM va SPPBA bir bemorda parallel mavjud bo'lishi mumkin. Bunday holatda har bir aktiv sindromning o'ziga xos vaqt profili va simptomlarini ajratib ko'rsatish muhim. Tashvish va depressiv simptomlar ham SPPBAGA hamroh bo'lishi mumkin, biroq ular SPPBA diagnostikasi uchun majburiy mezon hisoblanmaydi [1,5,10].

3.6. Zamonaviy davolash yondashuvlari

VMni davolashda migren profilaktikasiga yo'naltirilgan dori vositalari qo'llanadi. Zamonaviy keltirilgan manbalarga ko'ra beta-blokatorlar, venlafaksin, topiramat, valproat, amitriptilin va flunarizin kabi preparatlar qo'llanadi, so'nggi yillarda CGRP yo'liga yo'naltirilgan davolash usullari ham o'rganilmoqda [8].

SPPBAni davolash multimodal yondashuvni talab qiladi. Vestibulyar reabilitatsiya terapiyasi harakat va vizual qo'zg'atuvchilarga nisbatan moslashuvni yaxshilashga qaratilgan; kognitiv-xulq-atvor terapiyasi giperhushyorlik va qochish xulqini kamaytirishga yordam beradi. Farmakoterapiyada serotonergik vositalar, xususan SSQOI/SNQOI guruhlarini qo'llanishi mumkin [5].

VM va SPPBA komorbid kechganda davolash simptomlarning qaysi komponenti ustun ekaniga moslashtirilishi lozim. Migren profilaktikasi bilan bir qatorda vestibulyar reabilitatsiya va psixologik yondashuvlarni integratsiyalash klinik jihatdan maqsadga muvofiq bo'lishi mumkin.

4. MUHOKAMA

Adabiyotlar tahlili VM va SPPBA o'rtasida aniq klinik chegaralar mavjud bo'lsa-da, ularning ayrim simptomatik va sensor qayta ishlash xususiyatlari ustma-ust tushishini ko'rsatadi. VMning epizodik tabiati va SPPBAning persistent kechishi differensial diagnostikaning markaziy belgisi bo'lib qoladi. Shu bilan birga, vizual stimullarga sezuvchanlik, bosh harakati bilan bog'liq simptomlar va postural beqarorlik ikkala sindromda ham uchrashi mumkin [4,6].

VM SPPBAning muhim prekursorlaridan biri bo'lishi ehtimoli ushbu holatlar o'rtasidagi munosabatni oddiy komorbidlikdan ko'ra murakkabroq qiladi. Takrorlanuvchi vestibulyar xurujlardan keyin vizual qaramlik va postural nazorat strategiyalarining saqlanib qolishi ayrim bemorlarda simptomlarning surunkalashuviga zamin yaratishi mumkin [1,5]. Biroq VM bilan og'rikan barcha bemorlarda SPPBA rivojlanmasligi individual moyillik va klinik-funksional prediktorlarning mavjudligini taxmin qilishga asos beradi.

Maqolada ko'rib chiqilgan dalillar chuqur klinik fenotiplashning ahamiyatini ko'rsatadi. Anamnezda simptomlarning boshlanishi, davomiyligi, xurujlararo holat, vizual va postural provokatsiya, migrena xos belgilar, eshitish simptomlari hamda psixoemotsional komorbidlik birgalikda baholanishi kerak. Instrumental tekshiruvlar SPPBA uchun patognomonik biomarker bermasa-da, boshqa vestibulyar va nevrologik kasalliklarni aniqlash hamda komorbid patologiyani baholash uchun muhimdir [1].

5. XULOSA

Vestibulyar migren va persistent postural-perseptiv bosh aylanishi bosh aylanishi bilan namoyon bo'ladigan, klinik jihatdan qisman o'xshash, biroq vaqt profili va patofiziologik konsepsiyasi bilan farqlanuvchi neyrootologik holatlardir. VM asosan epizodik vestibulyar sindrom bo'lsa, SPPBA persistent simptomlar bilan kechuvchi surunkali funksional vestibulyar buzilishdir. VM SPPBA rivojlanishining muhim qo'zg'atuvchilaridan biri bo'lishi mumkin. Shu sababli klinik amaliyotda simptomlarning vaqt profilini aniq baholash, vizual va postural provokatsiyani aniqlash, migren anamnezini chuqur o'rganish va komorbid holatlarni hisobga olish zarur. Individual fenotiplash va multimodal davolash yondashuvi noto'g'ri tashxisni kamaytirish hamda bemorlarning funksional holati va hayot sifatini yaxshilashga xizmat qiladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Staab, J.P., et al., Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. J Vestib Res, 2017. 27(4): p. 191-208.

2. Moreno-Ajona, D., Persistent postural-perceptual dizziness versus vestibular migraine: A narrative review. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 2026. 66(1): p. 298-306.
3. Lempert, T., et al., Vestibular migraine: Diagnostic criteria¹. *J Vestib Res*, 2022. 32(1): p. 1-6.
4. Eggers, S.D.Z. and J.P. Staab, Vestibular migraine and persistent postural perceptual dizziness. *Handb Clin Neurol*, 2024. 199: p. 389-411.
5. Staab, J.P., Persistent Postural-Perceptual Dizziness: Review and Update on Key Mechanisms of the Most Common Functional Neuro-otologic Disorder. *Neurol Clin*, 2023. 41(4): p. 647-664.
6. Tarnutzer, A.A. and D. Kaski, What's in a Name? Chronic Vestibular Migraine or Persistent Postural Perceptual Dizziness? *Brain Sci*, 2023. 13(12).
7. Powell, G., et al., Persistent postural perceptual dizziness is on a spectrum in the general population. *Neurology*, 2020. 94(18): p. e1929-e1938.
8. Beh, S.C., Vestibular Migraine. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 2022. 22(10): p. 601-609.
9. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*, 2018. 38(1): p. 1-211.
10. Sarna, B., et al., Migraine Features in Patients with Persistent Postural-Perceptual Dizziness. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 2021. 130(12): p. 1326-1331.