

Annals of clinical disciplines



VOLUME 3, ISSUE 2

2026

<https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>

ACD
2027

ISSN 3030-3877

DOI Journal 10.26739/3030-3877

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

3 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 3, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 3, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2026

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

Sh. J. Teshayev

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharriri, Buxoro davlat tibbiyot instituti rektori, t.f.d., professor

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

D. A. Xasanova

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharrir o'rinbosari, Buxoro davlat tibbiyot instituti anatomiya va klinik anatomiya kafedrası professori, DSc

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

- **U.K. Abdullayeva** - “Klinik fanlar yilnomasi” jurnali mas'ul kotibi, Buxoro davlat tibbiyot instituti fakultet va gospital terapiya, nefrologiya va gemodializ kafedrası dotsenti, DSc
- **M.J. Sanoyeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti nevrologiya kafedrası dotsenti, DSc
- **A.G. Gadayev** - Toshkent tibbiyot akademiyasi 3-son ichki kasalliklar kafedrası professori, t.f.d.
- **A.R. Obloqulov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, yuqumli kasalliklar va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **D.A. Nabiyeva** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 1-son fakultet va gospital terapiya, kasb kasalliklari kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **Sh.T. O'roqov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti xirurgik kasalliklar kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **M.M. Karimov** - Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi “Gastroenterologiya” ilmiy laboratoriyasi boshlig'i, t.f.d., professor
- **N.U. Narzullayev** - Buxoro davlat tibbiyot instituti otorinilaringologiya kafedrası professori, DSc
- **G.N. Sobirova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi reabilitatsiya va jismoniy tarbiya kafedrası professori, t.f.d.
- **F.S. Raupov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar xirurgik kasalliklari kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **Sh.B. Axrorova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, nevrologiya kafedrası dotsenti, DSc
- **V.R. Akramov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti travmatologiya va neyroxirurgiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **I.K. Sadulloyeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar kasalliklari propedevtikasi va bolalar nevrologiyasi kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **M.K. Temirova** - Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Nevrologiya va bolalar nevrologiyasi, tibbiy genetika kafedrası assistenti PhD

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

- **G.J. Jarilkasanova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti oilaviy shifokorlarni qayta tayyorlash kafedrası professori, DSc
- **U.S. Mamedov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti onkologiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **A.A. Saidov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti ortopedik stomatologiya va ortodontiya kafedrası professori DSc
- **N.N. Karimova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti 3-son akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **U.K. Qayumov** - tibbiyot xodimlarini kasbiy malakasini oshirish markazi ichki kasalliklar kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **M.E. Raximova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrası dotsenti, t.f.d.
- **R.I. To'raqulov** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrası professori, t.f.d.
- **Ch.S. Pavlov** - I.M. Sechenov nomidagi birinchi Moskva davlat tibbiyot universiteti terapiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **L.B. Novikova** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrası professori, t.f.d.
- **O.I. Letyayeva** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrası professori, t.f.d.
- **I.V. Reverchuk** - I.Kant nomidagi Boltiq federal universiteti psixonevrologiya va psixosomatika kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **Edip Gonullu** - Izmir Bakirchay universiteti anesteziya va reanimatsiya kafedrası dotsenti, t.f.d.
- **Eva Lietto** - Italiya Campania universiteti “Luigi Vanvitelli”ning tarjima tibbiyot fanlari kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **G.S. Xodjiyeva** - Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot universitetining Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası dotsenti

Журнал включен в перечень ВАК национальных научных изданий, рекомендуемых для публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам постановлением № 369/6 от 5 апреля 2025 г.

© Page Maker | Верстка | Сахифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

О журнале

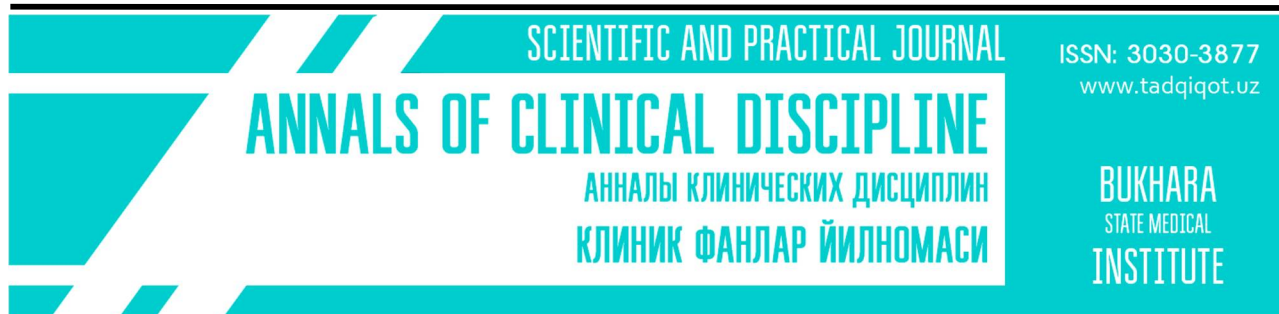
Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан
№ С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23
Телефон: +998(65)2230050
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>
e-mail: abumkur14@gmail.com

1.	Ashurova N.G., Xotamova G.K. Afaziya: tushunchasi, insultdan keyin rivojlanish mexanizmlari va zamonaviy klinik tasnifi.....	7
2.	Ashurova N.G., Ismatova M.N., Ismoilova M.S. Helicobacter pylori bilan assotsirlangan me'da va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi va D vitamini tanqisligi: muammo adabiyotlar talqinida.....	12
3.	Axmedova D.B., Ashurova N.G., Rajabova M.G. Surunkali migrenning klinik xususiyatlari va ularning kognitiv funksiyalarga ta'siri.....	20
4.	Babadjanov B.B., Kasimov U.Q., Djurayev A.M. O'zbekistonda yumshoq to'qimalarning jarrohlik infeksiyasi: muammoning holati va yechim yo'llari.....	27
5.	Badridinova B.K., Xasanova N.Q. Terminal buyrak yetishmovchiligi: epidemiologiyasi, etiologiyasi va buyrak o'rnini bosuvchi terapiyaning samaradorligi.....	35
6.	Djumaniyazova N.S. Homiladorlik davrida COVID-19 bilan kasallangan onalardan tug'ilgan chaqaloqlarning immun organlaridagi patomorfologik va gistologik o'zgarishlar.....	44
7.	Mansurova N.A. Parkinsonizm sindromini qiyosiy tashxislashda zardobdagi yallig'lanisholdi sitokin kaskadi markerlarining ahamiyati.....	50
8.	Mirzajonova D.B., Bobojonova N.I. Gelmintozlarda IL-6, IL-10 va TNF- α sitokinlari darajasining dinamik o'zgarishi hamda ularning diagnostik va prognostik ahamiyati.....	57
9.	Mirzayeva G.P., Jabbarov O.O. Clinical and biochemical characteristics of blood parameters in pregnant women with preeclampsia associated with chronic kidney disease.....	61
10.	Qobilova G.A., Ravshanova G.O. Qandli diabet kasalligida tibbiy sug'urta tizimining aholi salomatligiga tasiri.....	68
11.	Rahmatova S.N., Ashurova N.G., Umarova Sh.K., Sunnatova N.Z. Miya qon aylanishi yetishmovchiligi: sabablari, rivojlanish mexanizmlari va oldini olish usullari.....	73
12.	Raximov A.A., Babajanov T.J., Abdolov I.B., Saidov Sh.M. 2-tip qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda burun bo'shlig'i shilliq qavatini klinik-funksional baholash.....	79
13.	Safoyev B.B., Raxmatullayev J.D., Boltayev T.Sh. Peritoneal va enteral lavaj usulini tarqalgan yiringli peritonitda qo'llashning samaradorligini baholash.....	84
14.	Shukurov A.F., Shukurova N.T. Stomatologik amaliyotda tibbiy hujjatlar sifati va nizolarni kamaytirish.....	93
15.	Xidoyatova M.R., Ismatova S.A. Revmatik isitma va mitral klapan zararlanishida birlamchi profilaktikaga zamonaviy yondashuvlar.....	97

16. **Xatamov U.A., Boymurodov Sh.A.**
Biomechanical patterns and clinical characteristics of combined maxillofacial trauma: a retrospective analysis.....104
17. **Абдуллаев Ш.Ю., Жданов А.В., Хатыпова М.Г., Джумаев Ф.А.**
Внедрение индивидуальной зубоальвеолярной каппы в хирургическую стоматологию.....112
18. **Абдуллаев Ш.Ю., Жданов А.В., Хатыпова М.Г., Джумаев Ф.А., Нурматова Х.Т.**
Способ использования полимерной пластины и микровинтов для фиксации десневого мягкотканного аутоотрансплантата.....118
19. **Абдуллаева У.К., Мавлонов Б.О., Рахимова М.Б.**
Миокард инфаркти билан оғриган беморларнинг кардиореабилитацияси.....125
20. **Абдуллаева У.К., Шодиев Н.Д., Рахимова М.Б.**
Ярали колит: лаборатор диагностик мезонлар.....136
21. **Абдуллаева У.К., Лутфуллаев О.О., Рахимова М.Б.**
Бронхиал астма билан касалланган беморларда кардиореспиратор тизимнинг функционал ҳолати.....145
22. **Алимова М.М.**
Морфологические особенности эндометрия у женщин с климактерическим синдромом.....152
23. **Алимова Н.П., Хасанова Д.А.**
Количественный морфометрический анализ нёбной миндалины у детей первого периода детства (4–7 лет) в условиях физиологической нормы.....157
24. **Алимова Н.П., Хасанова Д.А.**
Морфометрическая характеристика нёбной миндалины у клинически здоровых детей второго периода детства (8–12 лет).....165
25. **Амонова Н.М., Ризаева М.А., Умурова Н.М.**
Метаболический синдром как основа формирования предиабетических состояний.....171
26. **Ахророва Ш.Б., Камалова Ф.У., Примов А.Д.**
Вестибуляр мигрень ва унинг ўзига хос клиник кечиши.....177
27. **Буранова Д.Ж.**
Сурункали буйрак касаллигида клиник-лаборатор кўрсаткичларнинг ўзига хос хусусиятлари.....187
28. **Гадаев А.Г., Халилова Ф.А., Гадаева Н.А., Бобоев А.Т.**
Кардиоренал синдром мавжуд беморларда клиник ҳолат, ҳаёт сифати ва жисмоний юкламага чидамлилиқ кўрсаткичларининг биомаркерлар билан ўзаро боғлиқлиги.....193
29. **Гадаев А.Г., Бобоев А.Т., Тўракулов Р.И., Халилова Ф.А.**
Сурункали юрак етишмовчилиги негизда ривожланган кардиоренал синдромда чап қоринча ремоделинги геометрик типлари ва уромодулин даражасининг ўзаро боғлиқлиги.....202
30. **Горбач А.Е., Волошенюк А.Н., Кандыбо С.Ч., Римша М.А.**
Дистанционное консультирование очевидцев происшествий: оценка готовности персонала и барьеры внедрения в службе скорой медицинской помощи республики беларусь (пилотное исследование).....211

31. **Гулямова Д.Н., Бобожонов Ж.Р.**
Болаларда вирусли этиологияли қайтувчи орқа лейкоэнцефалопатия синдроми: клиник ҳолат таҳлили.....218
32. **Жумаев А.Х., Саидов А.А.**
Функциональный қолип индивидуальной ложкой в сравнении со стандартным қолипом при частичном съёмном протезировании лиц пожилого возраста: влияние на качество жизни и адаптацию.....223
33. **Индиаминов С.И., Шойимов Ш.У.**
Особенности повреждений костей конечностей у лиц пешеходов погибших от столкновения легковыми автомобилями нового поколения.....233
34. **Каримов М.Ш., Шукурова Ф.Н., Норматова К.Ш.**
Ревматоид артритда такомиллаштирилган даволашнинг фетуин-А, TLR4 ва яллиғланиш биомаркерлари динамикасига таъсири.....242
35. **Нурбобоев А.У., Сафоев Б.Б., Махмудова Г.Ф.**
Современное состояние вопросов лечения инфицированных ран.....250
36. **Нуруллаев Б.Б., Мадиримова Л.О.**
Бактериал конъюнктивитлар кўзғатувчиларини идентификация қилишнинг ўзига хос хусусиятлари.....260
37. **Пулатова Ш.Х.**
Юрак етишмовчилиги бор беморларда сурункали буйрак етишмовлигининг клинко-иммунологик ва генетик ўрганиш усуллари.....269
38. **Рахимова М.Э., Гадаев А.Г., Иброхимов С.Б.**
Сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларда KLOTНО оксигенинг кардиоренал дисфункцияни аниқлашдаги таъхисий аҳамияти.....275
39. **Рахмонова Ш.Р.**
Гемодиализдаги болаларда тиш қаттиқ тўқималари ҳолати ва минерал алмашинув кўрсаткичлари ўртасидаги боғлиқлик.....282
40. **Сафоев Б.Б., Хамроев У.П., Сафоев Б.Б.**
Оценка эффективности применения операции рамиреса при лечении больных с грыжами передней брюшной стенки.....290
41. **Сидикова Г.Ш.**
Ўртача оғир даражадаги орқа мия жароҳатининг ўткирлашган ва ўткир даврларида ингичка ичакнинг морфологик хусусиятлари.....299
42. **Хатамов У.А.,**
Боймуродов Ш.А. Биомеханическая оценка плотности, пористости и распределения напряжений в костях лицевого скелета при травматическом воздействии.....305
43. **Ҳожиев Ш.Ш.**
Экспериментал карбоксигемоглобинемияда уруғдон морфологиясининг ўзгариши....314
44. **Убайдуллаева Н.Н., Хайдарова Ф.А., Исматуллаева С.С., Саидова С.Х.**
Иммунологическая характеристика больных с коморбидным течением бронхиальной астмой и сахарным диабетом 2- типа.....320



Ахророва Ш.Б., Камалова Ф.У., Примов А.Д. Вестибуляр мигрень ва унинг ўзига хос клиник кечиши // Клиник фанлар йилномаси. 2026, 3-жилд, 2-сон, 232-245-б.

УДК 616.857

Ахророва Ш.Б., <https://orcid.org/0000-0002-8881-1734>

Камалова Ф.У.

Примов А.Д.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

ВЕСТИБУЛЯР МИГРЕНЬ ВА УНИНГ ЎЗИГА ХОС КЛИНИК КЕЧИШИ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.22049502>

Аннотация. Ушбу мақолада 2024–2027 йилларда Бухоро шаҳри поликлиникасида ўтказилган клиник кузатувлар асосида вестибуляр мигреннинг клиник-неврологик кечиши таҳлил қилинди. Тадқиқотга 18–55 ёшдаги 132 нафар аёл жалб этилди. Барча беморларда неврологик симптомлар қиёсий баҳоланди. Натижаларга кўра, вестибуляр мигрен оддий мигрендан бош оғриқ фенотиби билан бир қаторда вестибуляр-автоном дисфункция ва клиник тестлардаги ўзига хос ўзгаришлар билан фарқланади. Ушбу фарқлар дифференциал таъхисни аниқлаш ва самарали, мақсадли терапевтик ёндашувларни ишлаб чиқишда муҳим амалий аҳамиятга эга ҳисобланади.

Калит сўзлар: вестибуляр мигрен, оддий мигрен, бош айланиши, визуал триггерлар, нистагм, вегетатив дисфункция, вестибуляр бузилишлар, бош оғриғи.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ МИГРЕНИ

Ахророва Ш.Б., Камалова Ф.У., Примов А.Д.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Аннотация. В данной статье проанализированы клиническо-неврологические особенности течения вестибулярной мигрени на основе клинических наблюдений, проведенных в условиях поликлиники города Бухары в 2024–2027 гг. В исследование были включены 132 женщины в возрасте 18–55 лет. У всех пациенток выполнено сравнительное изучение неврологических симптомов. Показано, что вестибулярная мигрень отличается от обычной мигрени не только фенотипом головной боли, но и наличием вестибулярно-автономной дисфункции и характерными изменениями клинических тестов, что имеет важное значение для дифференциальной диагностики и совершенствования терапевтических подходов.

Ключевые слова: вестибулярная мигрень, мигрень, головокружение, визуальные триггеры, нистагм, вегетативная дисфункция, вестибулярные нарушения, головная боль.

FEATURES OF THE CLINICAL AND NEUROLOGICAL COURSE OF VESTIBULAR MIGRAINE

Akhrorova Sh.B., Kamalova F.U., Primov A.D.
Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

Abstract. This article analyzes the clinical and neurological course of vestibular migraine based on clinical observations conducted in an outpatient setting in Bukhara during 2024–2027. The study included 132 women aged 18–55 years. A comparative assessment of neurological symptoms was performed in all patients. The results showed that vestibular migraine differs from common migraine not only by headache phenotype but also by vestibular-autonomic dysfunction and specific changes in clinical test findings. These differences are important for accurate differential diagnosis and for improving targeted and effective therapeutic strategies in clinical practice.

Keywords: vestibular migraine, common migraine, dizziness, visual triggers, nystagmus, autonomic dysfunction, vestibular disorders, headache.

Кириш. Вестибуляр мигрень (ВМ) — клиник амалиётда тез-тез учрайдиган, аммо кўп ҳолларда нотўғри ташхис қўйилиши мумкин бўлган нейровестибуляр бузилишлардан биридир. У мигренга хос бош оғриғи феномени билан бир қаторда такрорланувчи бош айланиши, мувозанат беқарорлиги, ҳаракатга сезгирлик ва вегетатив реакциялар билан намоён бўлиб, беморнинг ҳаёт сифати, меҳнат қobiliяти ва ижтимоий фаоллигига жиддий салбий таъсир кўрсатади. ВМнинг долзарблиги, аввало, унинг клиник “ниқоб”лари кўплиги ва периферик вестибуляр касалликлар (позицион вертиго, Меньер касаллиги, вестибуляр нейронит), шунингдек, транзитор ишемик ҳолатлар ёки психо вегетатив синдромлар билан ўхшаш белгилар бериши сабабли ташхислашда қийинчиликлар юзага келиши билан изоҳланади.

Амалий неврологияда ВМни тўғри ташхислашнинг аҳамияти шундаки, ушбу ҳолатда вестибуляр симптомлар кўпинча бош оғриғига тенг даражада (баъзан ҳатто ундан устун) клиник ҳукмронлик қилади, натижада беморлар узоқ вақт “вертебробазилар етишмовчилик”, “вестибулопатия” ёки “остеохондрозга боғлиқ бош айланиши” каби умумий диагнослар билан кузатилиб, мақсадли мигренга қарши терапиядан четда қолиши мумкин. Шу боис ВМнинг клиник-неврологик кечишидаги ўзига хос белгилари, хуруж фазаларининг динамикаси, вестибуляр феноменология (вертиго тури, давомийлиги, триггерлари), сенсор гиперсезувчанлик (фото ва фонофобия), визуал-вестибуляр номутоаносиблик, автоном симптомлар ҳамда неврологик статусдаги функционал ўзгаришларни тизимли таҳлил қилиш илмий ва амалий жиҳатдан катта аҳамиятга эга.

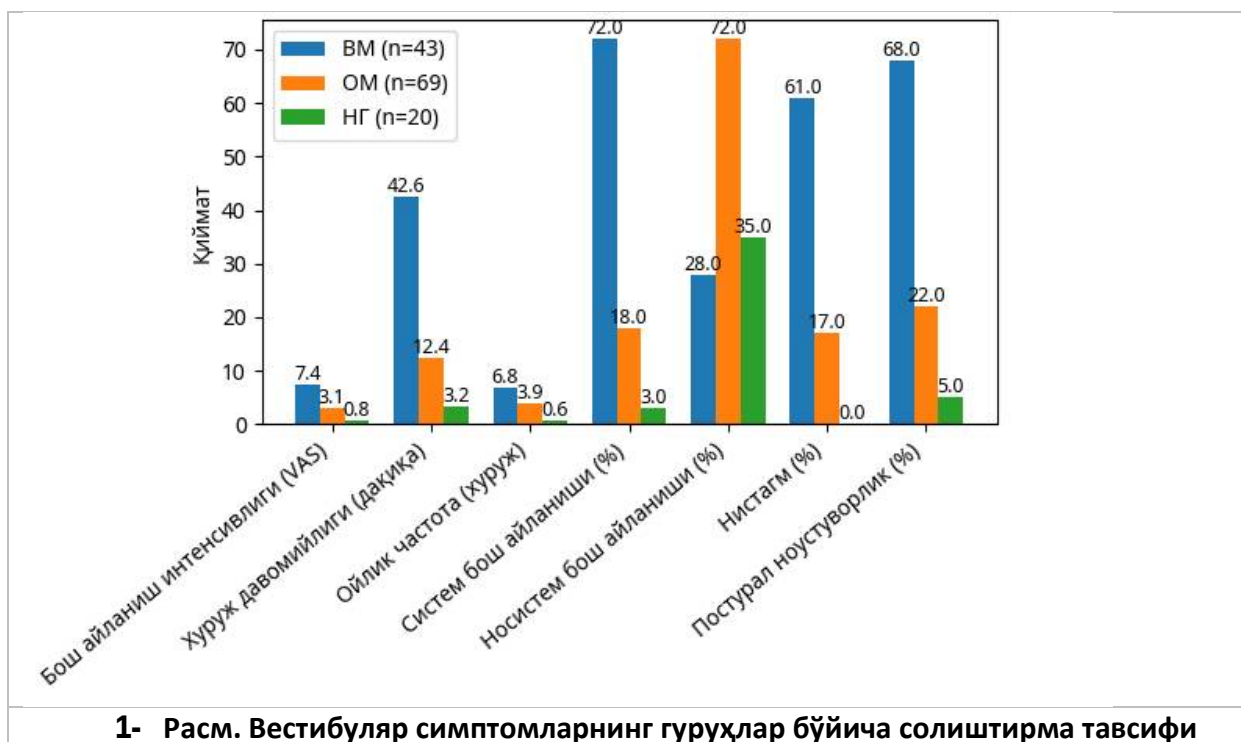
Шу нуқтаи назардан, ушбу тадқиқот ВМни эрта аниқлаш, нотўғри ташхисларни камайтириш ва мақсадли даволаш стратегияларини такомиллаштириш йўлида долзарб илмий-амалий аҳамиятга эга.

Тадқиқотнинг мақсади: вестибуляр мигреннинг клиник-неврологик кечишига хос белгиларни аниқлаш ва уни оддий мигрен билан қиёсий баҳолаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. 2024–2027 йилларда Бухоро шаҳри поликлиникасида клиник кузатувга асосланган қиёсий тадқиқот ўтказилди. Тадқиқотга 18–55 ёшдаги 132 нафар аёл жалб этилди: вестибуляр мигрен (ВМ) 43 нафар, оддий мигрен (ОМ) 69 нафар, соғлом назорат (НГ) 20 нафар. Барча иштирокчиларда неврологик кўрик ва вестибуляр симптомларни баҳолаш (VAS), хуруж частотаси ва давомийлиги, триггерлар профили ҳамда вегетатив белгилар қайд этилди. Вестибуляр функцияни баҳолаш учун Ромберг синови, Унтербергер марши, Бабинский–Вейл синови, Дикс Холпайк манёври, нистагм текшируви ва бош импульс тести (НІТ) қўлланилди. Натижалар гуруҳлар кесимида статистик усуллар орқали қиёсий таҳлил қилиниб, аҳамият даражаси $p < 0,05$ деб қабул қилинди.

Тадқиқот натижалари ва таҳлили. Вестибуляр мигреннинг клиник манзараси бир нечта сенсор, вестибуляр ва неврологик компонентларни ўз ичига олган мураккаб функционал бузилишлар мажмуаси билан тавсифланади. Тадқиқотдаги текширилувчилар вестибуляр мигрен (43 нафар асосий гуруҳ), оддий мигрен (69 нафар қиёсий гуруҳ) ва клиник жиҳатдан соғлом шахслардан (20 нафар назорат гуруҳи) иборат гуруҳларга бўлиниб, улар вестибуляр функциянинг ҳолати, бош оғриқ хусусиятлари, визуал–вестибуляр интеграция даражаси ва постурал барқарорлик каби кўп қиррали кўрсаткичлар асосида баҳоланди.

Текширувда энг муҳими вестибуляр симптомлар бўлиб, уларнинг интенсивлиги, давомийлиги, ойлик частотаси ва айланиш тури ҳар уч гуруҳда солиштирилди (1 – расм).

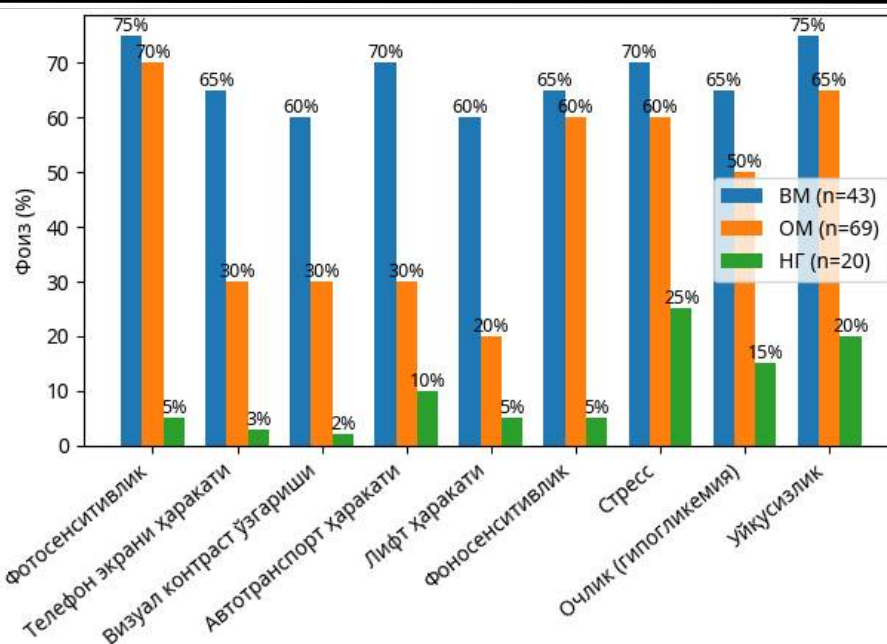


1- расм маълумотларидан кўриниб турибдики, вестибуляр мигренли беморларда бош айланиши интенсивлиги, хуружлар давомийлиги ва ойлик частотаси оддий мигрен ва назорат гуруҳига нисбатан ишончли даражада юқори ($p < 0,001$). Вестибуляр мигрен гуруҳида VAS бўйича ўртача $7,4 \pm 1,2$ балл қайд этилган бўлиб, бу ҳолат бош айланишнинг клиник аҳамиятли оғирлигини кўрсатди.

Симптомларнинг сифат хусусиятлари ҳам гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқ қилди. Вестибуляр мигренли беморларда систем бош айланиши 72 % ҳолларда кузатилган бўлса, оддий мигренда бу кўрсаткич 18 %ни, назорат гуруҳида эса фақат 3 %ни ташкил этган ($\chi^2 = 44.2$; $p < 0.001$). Аксинча, носистем турдаги бош айланиши асосан назорат ва оддий мигрен гуруҳларида устунлик қилди, бу эса вестибуляр мигрен учун айнан систем типдаги бош айланиш клиник жиҳатдан энг характерли эканлигини кўрсатади.

Вестибуляр мигрен гуруҳи учун яна бир муҳим клиник белги – нистагм мавжудлиги ва постурал ноустуворлик кўрсаткичларининг юқорилиги ҳисобланди. Нистагм 61 % беморларда аниқланган (ОМда 17 %, назорат гуруҳида кузатилмаган), постурал ноустуворлик эса тегишлича 68 %, 22 % ва 5 % ҳолларда қайд этилган ($p < 0,001$). Бу кўрсаткичлар вестибуляр мигренда вестибуло-окуляр ва вестибуло-спинал интеграциянинг марказий бузилиши устун эканлигини тасдиқлайди.

Бундан ташқари ҳар бир гуруҳда касаллик симптомларининг чақирилиши визуал триггерлар бўйича таҳлил этилди. Бунда ёруғлик таъсири, телефон экранидаги тасвирларнинг ҳаракати, визуал контраст ўзгаришларига, автотранспортдаги ҳолатларга сезувчанлик даражаси ҳам асосий клиник белги сифатида баҳоланди (2- расм).



2- расм. Клиник триггерларнинг гуруҳлар бўйича учраш частотаси (%)

2-расмда келтирилган кўрсаткичлар вестибуляр мигрен (ВМ), оддий мигрен (ОМ) ва назорат гуруҳи (НГ) ўртасида клиник триггерларнинг учраш частотасида сезиларли фарқлар мавжудлигини кўрсатади. Барча кўрсаткичлар бўйича χ^2 таҳлил натижалари $p < 0.001$ даражасида ишончли фарқ борлигини тасдиқлади, бу эса триггерларнинг мигрен турлари учун клиник диагностик аҳамияти юқори эканлигини англатади.

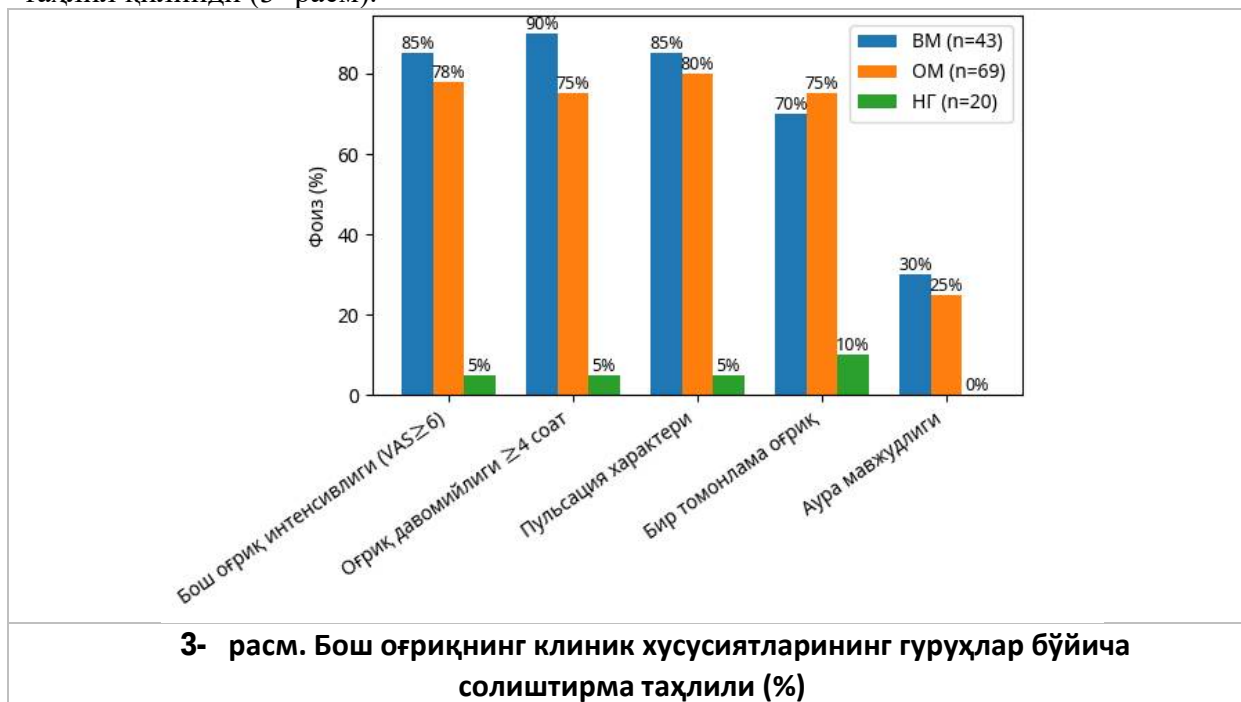
Фотосенситивлик ВМ (75 %) ва ОМ (70 %) гуруҳларида деярли бир хил юқори даражада учради, аммо назорат гуруҳида ҳаммасига нисбатан жуда паст (5 %) бўлиб, визуал гиперсенситивликнинг мигрен учун хос эканлигини кўрсатди ($\chi^2 = 63.4$; $p < 0.001$). Телефон экранидаги ҳаракатга сезувчанлик ВМда анча юқори (65 %) бўлиб, ОМда 30 %, НГда эса 3 % ни ташкил этди ($\chi^2 = 67.9$), бу вестибуло-визуал интеграция бузилишининг айнан ВМ учун ўта характерли белгиси эканлигини кўрсатди. Шунингдек, визуал контраст ўзгаришига реакция ВМда 60 % ҳолларда кузатилиб, ОМда 30 %, назорат гуруҳида фақат 2 % учради. Бу кўрсаткич ВМдаги дисметрия, кўз-вестибуляр рефлекслар ва марказий сенсор қайта ишлаш жараёнларининг бузилишини акс эттиради ($\chi^2 = 61.8$; $p < 0.001$). Автотранспортдаги ҳаракатларга сезувчанлик ВМда 70 % ва ОМда 30 % ни ташкил этди, назорат гуруҳида эса 10 % даражасида. Бу вестибуляр системанинг марказий қайта ишлаш жараёни ВМда кўпроқ издан чиққанини кўрсатади ($\chi^2 = 44.2$). Лифт ҳаракати таъсирига сезувчанлик ҳам шу тенденцияни такрорлайди: ВМда 60 %, ОМда 20 %, НГда эса 5 %. Бу кўрсаткич вестибуляр ўзгариш тезланишларга гиперреактивлик ВМ учун характерли эканлигини билдиради ($\chi^2 = 41.6$; $p < 0.001$).

Аудиосенсор ва психоген триггерлар таҳлил қилинганди, фоносенситивлик ВМда 65 % ва ОМда 60 % ҳолатларда юқори даражада аниқланди, НГда эса 5 %ни ташкил этди ($\chi^2 = 55.7$). Бу кўрсаткич мигрен патогенезидаги умумий нейросенсор гиперқўзғалувчанлик устунлигини кўрсатади. Стресс билан чақирилувчи хуружлар ВМда 70 %, ОМда 60 %, НГда 25 % бўлиб, ҳар уч гуруҳда ҳам учрасада, мигрен гуруҳларида частота бир неча баробар юқорилиги билан фарқланди ($\chi^2 = 26.4$; $p < 0.001$).

Очлик (гипогликемия) ВМда 65 %, ОМда 50 %, НГда 15 % ҳолларда учради ($\chi^2 = 34.9$). Бу ҳолат мигренли беморларда энергетик гомеостазнинг бузилиши ва метаболик ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиши мумкин. Уйқусизлик таъсири ВМда 75 %, ОМда 65 %, назорат гуруҳида 20 % бўлиб, мигрен хуружларини провокация қилувчи энг кучли умуман қабул қилинган триггерлардан бири ҳисобланди ($\chi^2 = 37.5$; $p < 0.001$).

Жадвал таҳлили шундан далолат берадики, вестибуляр мигренга хос триггерлар асосан визуал ва статокинетик омиллардир. Телефон экрани ҳаракати, автотранспорт тезланиши, визуал контраст ўзгаришлари ВМда ОМга нисбатан 2–3 барабар кўпроқ учрайди. Бу эса ВМнинг патогенезида вестибуло-визуал интеграциянинг марказий бузилиши муҳим рол ўйнаши ҳақидаги фикрни тасдиқлайди.

Шу билан биргаликда тадқиқот гуруҳидаги беморларда бош оғриқ билан боғлиқ интенсивлик, давомийлик, пульсация характери, бир томонлама оғриқ, аура мавжудлиги таҳлил қилинди (3- расм).



3- расмда бош оғриқнинг асосий клиник хусусиятлари вестибуляр мигрен (ВМ), оддий мигрен (ОМ) ва назорат гуруҳи (НГ) ўртасида солиштирилди. Барча кўрсаткичлар бўйича қийматларнинг жуда кучли статистик аҳамиятли эканлиги $p < 0.001$ даражасида тасдиқланди, бу мигреннинг клиник фенотипини аниқ намоён этади.

Бош оғриқ интенсивлиги (VAS ≥ 6 балл) ВМда 85 ± 5.3 ва ОМда 78 ± 5.0 юқори интенсивликли оғриқлар деярли бир хил даражада учрайди. Назорат гуруҳида бу кўрсаткич фақат 5 ± 4.8 % бўлиб, клиник аҳамияти жуда паст.

$\chi^2 = 112.8$; $p < 0.001$ қиймати интенсивликнинг мигрен учун асосий ва ишончли диагностик белгилардан бири эканини тасдиқлайди.

Оғриқ давомийлиги ≥ 4 соат ВМда оғриқнинг узоқ давом этиши 90 ± 4.6 ОМга нисбатан 75 ± 5.2 юқори. Бу кўрсаткич ВМда сенсор маълумотларни интеграциялаш жараёни издан чиққанини ва нейровегетатив тизимнинг барқарор бошқаруви бузилганини англатади. Назорат гуруҳида узоқ давом этувчи бош оғриқ деярли учрамади (5 ± 4.8).

Оғриқ пульсация характери ВМда (85 ± 5.3) ва ОМда (80 ± 4.9) юқори частотада учради, бу мигренга хос тригеминоваскуляр тизим фаоллашуви билан боғлиқ. Назорат гуруҳида пульсация деярли учрамайди (5 ± 4.8 %).

$\chi^2 = 102.4$; $p < 0.001$ пульсациянинг мигрендаги юқори диагностик аҳамиятини кўрсатди. Бир томонлама оғриқ ОМда (75 ± 5.2 %) ВМга (70 ± 7.0 %) нисбатан биров юқори, аммо ҳар икки мигрен турида ҳам асосий клиник белги ҳисобланади. Назорат гуруҳида эса бу турдаги оғриқ жуда кам учради (10 ± 6.7 %). $\chi^2 = 63.1$; $p < 0.001$ кўрсаткич мигрен гуруҳларининг назорат гуруҳидан аниқ фарқланишини кўрсатади. ВМда аура 30 ± 7.0 %, ОМда 25 ± 5.2 % ҳолларда учради. Бу кўрсаткич мигреннинг кортикал тарқалувчи деполяризация тўлқини механизми билан боғлиқлигини тасдиқлайди. Назорат гуруҳида аура

умуман кузатилмаган ($0 \pm 0 \%$). $\chi^2 = 28.7$; $p < 0.001$ таҳлил ауранинг мигрен фенотипига хослигини статистик асослайди.

Бош оғриқ интенсивлиги, давомийлиги, пульсация ва бир томонлама локализация мигренни назорат гуруҳидан ажратиб турувчи асосий клиник маркерлардир. ВМ ва ОМ ўртасидаги фарқлар катта эмас, аммо ВМда кўп ҳолларда ушбу симптомлар вестибуляр белгилар билан бирга кечиши клиник манзарани оғирлаштиради. Барча кўрсаткичлар бўйича χ^2 ва p -қийматлар мигреннинг нейроваскуляр механизмлар билан боғлиқ ривожланишини тасдиқлайди. Назорат гуруҳида фоизлар ва статистик хатоликлар минимал даражада бўлиб, бу популяциянинг табиий меъёрий ҳолатини акс эттиради.

Тадқиқотда хуружларнинг даврийлиги, ремиссия муддатлари ва рецидив босқичлари ҳам учала гуруҳ бўйича қиёсий тарзда баҳоланди. Вестибуляр мигрен (ВМ) гуруҳида хуружлар циклик характерга эга бўлиб, ойлик частота ўртача $6,8 \pm 2,4$ та эпизодни ташкил этди; бу кўрсаткич оддий мигрен (ОМ) гуруҳида $3,9 \pm 1,7$ та, назорат гуруҳида эса $0,6 \pm 0,3$ эпизод даражасида қайд этилди. ВМда хуружлар интерваль даврийлиги кўп ҳолларда 5-10 кун атрофида бўлиб, беморларнинг катта қисмида ҳафтасига камида бир марта вестибуляр симптомлар билан кечувчи хуружлар кузатилди. Бу ҳолат вестибуляр мигреннинг пароксизмал, лекин тез-тез такрорланувчи кечишига ишора қилади.

Оддий мигрен гуруҳида хуружлар даврийлиги нисбатан камроқ бўлиб, кўпчилик беморларда эпизодлар ойига 2-4 марта кузатилди, интерваллар эса одатда 7-15 кунни ташкил этди. Шу билан бирга, ОМда хуружлар кўпроқ стереотипик тарзда, аниқ триггерлар (стресс, уйқусизлик, гормонал ўзгаришлар) билан боғлиқ ҳолда пайдо бўлиши қайд этилди. Назорат гуруҳида эса бош оғриқ ва вестибуляр характердаги эпизодлар тез-тез такрорланувчи хуружлар шаклида эмас, балки эпизодик, клиник аҳамиятга эга бўлмаган ҳолат сифатида қайд этилди ва ремиссия–рецидив паттерни шаклланмаган.

Ремиссия босқичларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ВМ гуруҳида ремиссия давлари кўпинча нисбатан қисқа ва ноустувор хусусиятга эга бўлиб, хуружлар оралиғида беморларнинг маълум қисмида субклиник вестибуляр ноқулайликлар сақланиб қолган. Айрим беморларда ремиссия босқичлари қисқариб, хуружлар орасидаги интерваллар бир неча кунгача камайиб кетиши, яъни клиник жараённинг хронификацияга мойиллиги қайд этилди. Оддий мигрен гуруҳида эса ремиссия давлари кўпроқ барқарор бўлиб, хуружлардан ташқари вақтда неврологик ва вестибуляр симптомлар деярли қайд этилмаган, беморлар ўзини амалий соғлом деб ҳис қилган.

Рецидив босқичлари таҳлили ҳам ВМда касалликнинг кўпроқ рецидивлашувчан ва қайталанувчи кечишга мойил эканини кўрсатди. Вестибуляр мигренли беморларнинг катта қисмида йил давомида хуружлар частотаси сезиларли даражада ўзгармасдан туриши, мавсумий ёки гормонал омиллар фонида эса янада кучайиши қайд этилди. Оддий мигрен гуруҳида рецидивлар, асосан, стресс, уйқу тартибининг бузилиши, айрим парҳез хатолари ёки менструал цикл билан боғлиқ давларда кўпайиши кузатилди. Назорат гуруҳида эса ёрқин ифодаланган ремиссия–рецидив цикли шаклланмаган бўлиб, эпизодик бош оғриқлар ва энгил бош айланиш ҳолатлари системали характер касб этмаган.

Умуман олганда, хуружларнинг даврийлиги ва рецидив хусусиятларини таҳлил қилиш вестибуляр мигренда касалликнинг яқин интервалли, тез-тез такрорланувчи ва ремиссияси ноустувор кечишини, оддий мигренда эса нисбатан барқарор ремиссия ва триггерларга боғлиқ рецидивлар устуворлигини кўрсатди. Назорат гуруҳида эса бундай типик циклик жараён кузатилмаган. Бу маълумотлар вестибуляр мигреннинг клиник динамикаси оддий мигрендан фарқли равишда кўпроқ хронификацияга мойил ва вестибуляр компонентлар билан бойитилганлигини яна бир бор тасдиқлайди.

Вестибуляр мигреннинг клиник манзарасига фақат бош оғриғи ва бош айланиши эмас, балки вегетатив нерв тизими билан боғлиқ бир қатор симптомлар ҳам хосдир. Шу боис, тадқиқот доирасида беморлардаги тахикардия, гипергидроз, юзда қизариш ёки оқариш ҳолатлари, вақтинчалик артериал босим ўзгаришлари ҳамда вегетатив кризлар тизимли равишда ўрганилди. Ушбу кўрсаткичларнинг вестибуляр мигрен, оддий мигрен ва назорат

гуруҳидаги тарқалиши ҳолати қиёсий таҳлил қилиниб, мигрен патогенезида вегетатив дисфункциянинг ўрни ва аҳамиятини очиқ беришга қаратилди. 1-жадвалда вегетатив симптомларнинг гуруҳлар бўйича учраш частотаси ва уларнинг статистик баҳоси келтирилган.

Вегетатив симптомларнинг гуруҳлар бўйича солиштира таҳлили (%)

1- жадвал

Вегетатив кўрсаткичлар	ВМ (n=43)	ОМ (n=69)	НГ (n=20)	χ^2	р- киймат
Тахикардия	58 ± 7.5	42 ± 6.0	10 ± 6.7	32.8	p < 0.001
Гипергидроз	55 ± 7.6	38 ± 5.8	8 ± 6.0	34.5	p < 0.001
Юзда қизариш ёки оқариш ҳоллари	40 ± 7.4	28 ± 5.4	5 ± 4.8	20.1	p < 0.001
Вақтинчалик артериал босим ўзгариши	45 ± 7.3	30 ± 5.5	5 ± 4.8	24.9	p < 0.001
Вегетатив криз (паник-атакага ўхшаш)	35 ± 7.2	18 ± 4.7	0 ± 0	21.4	p < 0.001
Назофарингеал белгилар (бурун битиши, қўз ёши)	48 ± 7.5	32 ± 5.6	3 ± 4.8	26.7	p < 0.001
Хуруж пайтида қусиш	52 ± 7.5	40 ± 5.9	4 ± 4.8	29.8	p < 0.001

Олинган натижалар таҳлили шуни кўрсатадики, вегетатив бузилишлар мигрен, айниқса вестибуляр мигрен клиник фенотипининг ажралмас қисми бўлиб, гуруҳлар ўртасидаги фарқлар χ^2 тест бўйича барча кўрсаткичларда $p < 0,001$ даражасида ишончли ҳисобланади.

Юрак уриши тезлашиши (тахикардия) ВМ гуруҳида 58 % беморларда қайд этилди, бу кўрсаткич ОМ гуруҳида 42 % ни, назорат гуруҳида эса атиги 10 % ни ташкил этди. Тахикардиянинг ВМда бундай юқори учраши вестибуло-вегетатив занжирнинг марказий даражада дисфункцияга учраганидан далолат беради. Вестибуляр ядролар, гипоталамус ва симпатик нерв тизими ўртасидаги регулятор алоқалар бузилиши хуруж пайтида юрак уришининг тезлашиши, субъектив хавотир ва «ёмон бўлиб қолиш» ҳисси билан намоён бўлади. Оддий мигренда тахикардия кўпроқ оғриқ синдроми, стресс ва эмоционал зўриқишга реактив жавоб сифатида кузатилади, назорат гуруҳида эса бу симптомнинг паст частотада учраши физиологик популяцияда вегетатив тизимнинг барқарорлигини акс эттиради.

Терлашнинг ортганлиги (гипергидроз) ҳам ВМда сезиларли даражада юқори бўлиб, 55 % ҳолларда кузатилди. ОМ гуруҳида бу кўрсаткич 38 % ни ташкил этди, назорат гуруҳида эса фақат 8 % беморда ушбу симптом қайд этилди. ВМда гипергидроз симпатик тизим гиперактивлиги ва вегетатив жавобларнинг дисбаланс шаклида кучайганини кўрсатади. Оддий мигренда терлаш эпизодлари хуруж вақтида оғриқ, ўта ҳаяжон ва сенсор триггерларга (ёруғлик, шовқин) жавоб сифатида намоён бўлиши мумкин, назорат гуруҳида эса бу симптомнинг деярли кузатилмаслиги терморегуляциянинг физиологик меъёрлар доирасида сақланганини англатади.

Юзда вазомотор ўзгаришлар – қизариш ёки оқариш эпизодлари ВМда 40 %, ОМда 28 %, НГда эса 5 %да қайд этилди. ВМ гуруҳида юз қон томирларининг бундай лабиллиги симпатик–парасимпатик тонуснинг нотенглиги ва периферик қон томирларнинг юқори реактивлигини кўрсатади. Оддий мигренда ҳам вазомотор реакциялар учрайди, бироқ ВМга нисбатан камроқ частотада, бу эса мигрен хуружи пайтида тригеминоваскуляр тизим фаоллашуви ва маҳаллий қон айланишдаги ўзгаришлар билан изоҳланиши мумкин. Назорат гуруҳида бундай эпизодларнинг жуда паст учраши физиологик шароитда юз қон томирлари тонуси устидан вегетатив назоратнинг барқарор эканлигини тасдиқлайди. Артериал

босимнинг қисқа муддатли ўзгариши ВМда 45 %, ОМда 30 %, НГда эса 5 % ҳолларда кузатилди. ВМда артериал босимнинг эпизодик ошиши ёки пасайиши вестибуляр хуруж пайтида гуморал механизмлар ва нейровегетатив жавобларнинг синхрон эмаслиги билан боғлиқ. Вестибуляр ядролар, мия устуни ва гипоталамик марказлар ўртасидаги функционал алоқалар ўзгариши қон босимининг лабиллиги орқали намоён бўлади. Оддий мигренда артериал босим ўзгариши кўпроқ оғриқ синдроми, стресс ва психоэмоционал зўриқишга рефлексор жавоб сифатида кузатилади. Назорат гуруҳида эса бу симптомнинг деярли учрамаслиги вегетатив қон айланиш назорати нормал даражада сақланганини билдиради. Вегетатив кризлар (паник-атакага ўхшаш эпизодлар) ВМда 35 % беморларда, ОМда 18 %да қайд этилган бўлиб, назорат гуруҳида умуман кузатилмаган. ВМда бундай кризлар юрак уриши тезлашиши, ҳаво етмаслик ҳисси, ички безовталиқ, қўл-оёқларда титраш ва кучли терлаш билан кечди ва кўп ҳолларда бош айланиши ҳамда мувозанатнинг бузилиши билан биргаликда намоён бўлди. Бу ҳолат вестибуляр структуралар, лимбик тизим ва автоном марказлар ўртасидаги патологик интеграция кучайганидан далолат беради. Оддий мигренда вегетатив кризлар нисбатан камроқ учраб, кўпроқ психоэмоционал фон ва оғриқ интенсивлигига реактив равишда ривожланиди. Назорат гуруҳида бу каби кризларнинг йўқлиги клиник аҳамиятга эга даражадаги вегетатив бузилишлар фақат мигрен гуруҳларига хос эканини кўрсатди. Назофарингеал белгилар – бурин битиши, кўздан ёш келиши, ринорея – ВМда 48 %, ОМда 32 %, назорат гуруҳида эса 3 % ҳолларда учради. ВМда бу симптомларнинг юқори частотаси тригеминално-автоном рефлекс фаоллигининг ошганини кўрсатади. Бу ҳолат клиник жиҳатдан тригеминално-автоном бош оғриқларига хос механизмлар билан маълум даражада ўхшашликка эга. Оддий мигренда назофарингеал белгилар камроқ учрайди ва асосан нейроваскуляр ўзгаришлар фонида ривожланиди. Хуруж пайтида қусиш ва нафас олишнинг бузилиши ВМда 52 %, ОМда 40 %, назорат гуруҳида эса 4 % беморларда кузатилди. ВМда қусиш ва нафаснинг юзакилашиши ёки субъектив «нафас етмаслик» ҳисси бош айланиши, постурал ноустуворлик ва бошқа вестибуляр аломатлар билан бирга кечиб, мия устуни даражасидаги қусиш ва нафас марказлари, вестибуляр ядролар ва автоном структуралар ўртасидаги ўзаро алоқаларнинг бузилганини кўрсатади. Оддий мигренда қусиш классик хуружларнинг маълум қисмида учради ва тригеминоваскуляр тизим фаоллиги, оғриқ интенсивлиги ҳамда вегетатив жавоблар билан боғлиқ. Назорат гуруҳида бу симптомларнинг паст частотада кузатилиши уларнинг мигренга хос – патологик аҳамиятга эга эканини, физиологик популяцияда эса эпизодик ҳолат сифатида учраши мумкинлигини билдирди.

Умуман олганда, вегетатив симптомларнинг учраш частотаси ВМда энг юқори, ОМда ўртача, назорат гуруҳида эса минимал даражада бўлди. Барча кўрсаткичлар бўйича χ^2 тест натижалари $p < 0,001$ даражасида ишончли фаркни кўрсатди, бу гуруҳлар ўртасидаги тафовутлар тасодифий эмаслигини, балки патогенетик жиҳатдан асосланган эканлигини тасдиқлайди. Олинган маълумотлар вестибуляр мигрен клиник фенотипида вестибуляр бузилишлар, мигренга хос бош оғриғи ва кескин ифодаланган вегетатив дисфункция мажмуаси биргаликда намоён бўлишини кўрсатади. Шу боис, вегетатив симптомлар мажмуасини вестибуляр мигренни оддий мигрен ва бошқа вестибулопатиялардан дифференциал ташхис қилишда кўшимча диагностик мезон сифатида қўллаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Уччала гуруҳ беморларда вестибуляр функцияларни клиник баҳолаш мақсадида Ромберг позицияси, Унтербергер марши, Бабинский–Вейл синови, позицион тестлар (Дикс–Холпайк), нистагм текшируви ҳамда бош импульс тести (НІТ) каби стандартлаштирилган усуллар қўлланилди. Ушбу синовлар вестибуло-окуляр ва вестибуло-спинал рефлекслар ҳолати, постурал барқарорлик, динамик мувозанат ва периферик вестибуляр йўллар фаолиятини аниқлаш имконини берди. Қуйида асосий (вестибуляр мигрен), қиёсий (оддий мигрен) ва назорат гуруҳларида ушбу клиник тестлар натижалари таққослама жадвал кўринишида келтирилади (2- жадвал).

Вестибуляр функцияларнинг клиник тестлари натижалари

2- жадвал

Текширув	Натижа тури	ВМ (n=43)	ОМ (n=69)	НГ (n=20)	P-қиймат
Ромберг холати	Позитив (%)	62 %	21 %	0 %	p < 0.001
Кўз ёпилганда латерал силжиш	см ($\bar{X} \pm SD$)	12.4 ± 4.6	4.1 ± 2.3	1.2 ± 0.5	p < 0.001
Унтербергер марши	Айланиш бурчаги (°)	28.6 ± 10.9	11.2 ± 6.4	3.5 ± 2.1	p < 0.001
	Латерал силжиш (%)	52 %	18 %	0 %	p < 0.001
Бабинский–Вейл синови	Траектория бузилиши (%)	58 %	25 %	0 %	p < 0.001
Позицион тест Дикс–Холпайк	Носпецифик позитив (%)	31 %	9 %	0 %	p < 0.01
Нистагм	Мавжуд (%)	61 %	17 %	0 %	p < 0.001
Бош импульс тести	Позитив (%)	42 %	8 %	0 %	p < 0.001

Олинган натижалардан кўриндики, ВМ гуруҳи барча асосий клиник тестлар бўйича юқори патологик кўрсаткичларни намоён этди ва улар ОМ ва НГ гуруҳларига нисбатан статистик жиҳатдан ишонарли даражада фарқланди (p < 0.001).

Ромберг синови асосан статик мувозанатни ва визуал назоратнинг вестибуляр компенсацияга таъсирини баҳолашга хизмат қилади. Вестибуляр мигрен гуруҳида Ромберг тестининг позитивлиги 62% ни ташкил этди, бу оддий мигрен (21%) ва назорат гуруҳи (0%) га нисбатан бир неча баравар юқори (p < 0.001). Бу натижа ВМ гуруҳида статокинетик барқарорликнинг сезиларли бузилганини ва визуал назорат олиб ташланганда мувозанатни сақлаш қобилятининг жиддий пасайганини кўрсатади. Кўзлар ёпилганда латерал силжиш масофаси ВМ гуруҳида 12.4 ± 4.6 см ни ташкил этди, бу ОМ (4.1 ± 2.3 см) ва назорат гуруҳи (1.2 ± 0.5 см) билан таққослаганда 3–10 баравар юқори (p < 0.001). Бу кўрсаткич вестибуло-спинал йўллардаги функциянинг султалганини, проприоцептив ва визуал тизим ўртасидаги компенсация механизмларининг етарли даражада ишлаётмаганини кўрсатади.

Унтербергер марши динамик мувозанат, вестибуло-спинал интеграция ва мия поғонасидаги ҳаракат мувофиқлашуви баҳолашда муҳим тест ҳисобланади. Олинган натижаларга кўра, ВМ гуруҳида айланиш бурчаги 28.6 ± 10.9° ни ташкил этди, бу ОМ (11.2 ± 6.4°) ва назорат гуруҳидан (3.5 ± 2.1°) сезиларли узоқ (p < 0.001). 30° дан ортиқ айланиш вестибуляр сикаталмани ёки марказий вестибуло-мотор интеграциянинг бузилишини кўрсатади. Латерал силжиш ВМ гуруҳида 52% ни ташкил этди; бу кўрсаткич ОМда 18%, назорат гуруҳида эса 0% бўлган. Бу фарқ динамик мувозанатнинг вестибуляр мигренда энг кўп бузиладиган функциялардан бири эканлигини тасдиқлайди.

Бабинский–Вейл синови статик ва динамик постурал назоратни баҳолаш имконини беради. Вестибуляр мигренли беморларда траектория бузилиши 58% ни ташкил этди, бу ОМ (25%) ва назорат гуруҳи (0%)дан бир неча марта юқори (p < 0.001). Траекториянинг учбурчаксимон ёки айланма кўринишда бўлиши марказий вестибуляр структуралардаги интеграцион функцияларнинг издан чиққанини кўрсатади. Бу мигренда вестибуляр ядроларнинг ҳассослиги юқори бўлишини ва пароксизмлар даврида проприоцептив фидбекнинг ўзгаришини акс эттиради.

Дикс–Холпайк манёври асосан пароксизмал позицион бош айланишини аниқлаш учун қўлланилади. Аммо вестибуляр мигренда позицион провокацияга ноаниқ, носпецифик жавоблар қайд этилиши мумкин. Бизнинг тадқиқотда ВМ гуруҳида позицион тестнинг

носпецифический позитивности 31% ни таъкил этди, бу ОМда 9%, назорат гуруҳида эса 0% бўлди ($p < 0.01$).

Бундай ҳолат отолит тизимининг дисбаланси, ярим айлана каналлар сезувчанлигининг ошиши ёки марказий вестибуляр алоқаларнинг лабиллиги билан изоҳланиши мумкин.

Спонтан ёки позицион нистагм ВМ гуруҳида 61% ҳолларда аниқланди, бу ОМ (17%) ва назорат гуруҳи (0%)дан сезиларли даражада юқори ($p < 0.001$).

Вестибуляр мигренда нистагмнинг учраш частотаси юқори бўлиши вестибуло-окуляр рефлекснинг лабиллиги, мия устунининг вестибуляр ядроларидаги гиперсезувчанлик ва марказий интеграциянинг бузилиши билан изоҳланади.

Бош импульс тестида (БИТ) вестибуло-окуляр рефлексни тезкор пассив бош бурилишларига жавоб сифатида баҳоланади. ВМ гуруҳида позитив БИТ 42% беморларда қайд этилди; ОМ гуруҳида бу кўрсаткич 8%, назорат гуруҳида эса 0% бўлди ($p < 0.001$).

Позитив БИТ бу VOR сустлашганлигини, яъни периферик ёки марказий вестибуляр йўлларда функция бузилганини кўрсатувчи муҳим клиник белги ҳисобланади. Вестибуляр мигренда БИТнинг юқори позитивлиги эпизодлар давомида VORнинг динамик характерда ўзгариши билан боғлиқ.

Вестибуляр мигренли беморларда статик ва динамик мувозанат, постурал назорат, вестибуло-спинал рефлекслар, позицион реактивлик, вестибуло-окуляр рефлекс каби барча асосий тизимларда яққол ва статистик аҳамиятли бузилишлари қайд этилди. Оддий мигренда бу кўрсаткичлар унчалик ифодааланмаган бўлиб, асосан функционал характерга эга. Назорат гуруҳида деярли барча тестлар нормал бўлган.

Текширув натижалари вестибуляр мигреннинг клиник фенотипида вестибуляр тизимнинг марказий ва периферик бўғинлари иштирок этишини, уларнинг физиологик мувофиқлашув механизмлари издан чиққанини яна бир бор тасдиқлайди.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Lempert T., Olesen J., Furman J., Waterston J., Seemungal B., Carey J. et al. Vestibular migraine: diagnostic criteria // *Journal of Vestibular Research*. – 2012. – Vol. 22, No. 4. – P. 167–172.
2. Furman J.M., Marcus D.A., Balaban C.D. Vestibular migraine: clinical aspects and pathophysiology // *The Lancet Neurology*. – 2013. – Vol. 12, No. 7. – P. 706–715.
3. Lempert T., von Brevern M. Vestibular migraine // *Neurologic Clinics*. – 2019. – Vol. 37, No. 4. – P. 695–706.
4. Neuhauser H. Vestibular migraine // *Neurologic Clinics*. – 2009. – Vol. 27, No. 2. – P. 379–391.
5. Neuhauser H., Leopold M., von Brevern M., Arnold G., Lempert T. The interrelations of migraine, vertigo, and migrainous vertigo // *Neurology*. – 2001. – Vol. 56, No. 4. – P. 436–441.
6. Teggi R., Colombo B., Albera R., Asprella-Libonati G., Balzanelli C., Battista R.A. et al. Clinical features, familial history, and migraine precursors in patients with definite vestibular migraine // *Headache*. – 2018. – Vol. 58, No. 4. – P. 534–544.
7. Lempert T., von Brevern M., Bisdorff A., Newman-Toker D.E. Vestibular migraine: diagnostic criteria (update) // *Journal of Vestibular Research*. – 2022. – Vol. 32, No. 5. – P. 365–369.
8. Smyth D., Britton Z., Murdin L., Kaski D. Vestibular migraine treatment: a comprehensive practical review // *Brain*. – 2022. – Vol. 145, No. 11. – P. 3741–3754.
9. Villar-Martinez M.D., Goadsby P.J. Vestibular migraine: an update // *Current Opinion in Neurology*. – 2024. – Vol. 37, No. 3. – P. 252–263.
10. Hac N.E.F., Gold D.R. Advances in diagnosis and treatment of vestibular migraine and the vestibular disorders it mimics // *Neurotherapeutics*. – 2024. – Vol. 21, No. 4.

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

Научно-практический журнал по всем
направлениям медицины
основан в 2024 году

Бухарским государственным
медицинским институтом

Выходит один раз в 3 месяца

Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт