

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Сергей Юрьевич ЛАВРИК¹, Алексей Сергеевич БОРИСОВ²,
Владимир Викторович ШПРАХ¹

¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России
664049, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 100

²Иркутский государственный медицинский университет Минздрава России
664003 г. Иркутск, б-р Гагарина, 18

Проведен анализ современных данных литературы относительно ведущих причин и механизмов развития вестибулярного головокружения у неврологических пациентов. Изложена методология клинического и аппаратного исследования спонтанного и вызванного нистагма, дифференциально-диагностические признаки заболеваний внутреннего уха и ведущих неврологических синдромов поражения и раздражения вестибулярной системы. Отражены клинические особенности у пациентов с психогенным головокружением и постуральной неустойчивостью, показана необходимость углубленного анализа у них фармакологического взаимодействия принимаемых лекарственных препаратов с учетом возможных нежелательных эффектов проводимой терапии. По данным большинства исследователей, среди неврологических причин центрального вестибулярного головокружения преобладают острые и хронические цереброваскулярные заболевания, сопоставимые по частоте встречаемости с вестибулярной мигренью. Среди новообразований наиболее часто к головокружению приводит невринома вестибулокохлеарного нерва, при этом настороженность в отношении объемного образования головного мозга также необходима при мозжечковой либо стволовой локализации процесса. Показана целесообразность проведения скринингового отоневрологического обследования и видеонистагмографии в дифференциальной диагностике различных типов головокружения. В обзоре представлены современные методы лечения и реабилитации таких пациентов, их высокая эффективность и безопасность. Подчеркивается роль вестибулярной гимнастики, а также применение тренажеров, основанных на принципах биологической обратной связи.

Ключевые слова: головокружение, постуральная неустойчивость, отоневрология.

Сложность диагностики головокружения обусловлена многообразием его причин и клинических проявлений, а также трудностью трактовки и большим количеством определений термина «головокружение». Как известно, в контроле равновесия принимают участие вестибулярная система, мозжечок и его связи, проприорецепция и зрительный контроль. В связи с этим головокружение является одной из наиболее частых жалоб в практике неврологов и врачей других специальностей, имея отчетливую тенденцию к росту в старшей возрастной группе [11, 15, 17, 28, 30, 37]. По данным различных авторов, головокружение является причиной обращения к врачу общей практики и неврологу в 5–20 % случаев и

одним из самых частых поводов для экстренной госпитализации [1, 3, 5, 7, 13, 18]. В нашей стране пациенты с головокружением традиционно обращаются за помощью к неврологу или, несколько реже, к оториноларингологу. Значительные сложности в диагностике головокружения привели к появлению междисциплинарной специальности «отоневрология».

Среди наиболее распространенных диагнозов в неврологической практике при головокружении у лиц среднего возраста выступает синдром позвоночной артерии, а у пожилых людей – дисциркуляторная энцефалопатия. При этом крупнейшие исследования указывают на то, что наиболее частыми причинами головокружения являются

Лаврик С.Ю. – д.м.н., доцент кафедры неврологии и нейрохирургии, врач функциональной диагностики, e-mail: slavrick@gmail.com

Борисов А.С. – врач-невролог

Шпрах В.В. – д.м.н., проф., зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии, директор

заболевания периферического вестибулярного анализатора, а на первый план среди неврологических заболеваний выходит вестибулярная мигрень. Очень часто остаются недиагностированными психогенные варианты головокружения [6, 8, 9, 14, 17, 23, 27, 29]. Различают четыре основных типа головокружения: системное, нарушение равновесия и походки (постуральная неустойчивость), ощущение дурноты и приближающейся потери сознания, а также психогенное головокружение [14, 17]. Системное головокружение – это ощущение мнимого вращения или движения (кружения, падения или раскачивания) окружающих предметов или самого пациента в пространстве. Остальные три типа нередко описывают одним термином – несистемное головокружение, хотя их детализация имеет большое значение для установления диагноза [9, 14, 27].

Системное головокружение всегда обуславливается раздражением или повреждением вестибулярной системы либо отделов головного мозга, имеющих с ней тесную взаимосвязь (ствол мозга или мозжечок). Наряду с атаксией такое головокружение сопровождается вегетативными симптомами (потливость, симпатическая активация), нистагмом и психоэмоциональными проявлениями, часто усиливается (или появляется) при изменении положения головы [4, 11, 17, 27, 41]. Рецидивирующее изолированное вестибулярное головокружение (без симптомов поражения ствола головного мозга или мозжечка) чаще вызывается доброкачественным позиционным пароксизмальным головокружением (ДППГ). В данном случае невролог может установить правильный диагноз и провести лечебный маневр. Однако статистический учет согласно МКБ-10 относит ДППГ к заболеванию ЛОР-органов, и ведением такого пациента занимается оториноларинголог [1, 2].

Нарушения равновесия и походки чаще возникают вследствие неврологической либо ортопедической патологии. Особенностью такого «головокружения» является его усиление в положении стоя и при ходьбе и ослабление в положении сидя или лежа [14, 27, 30]. Данный тип головокружения нередко сопровождается очаговыми неврологическими симптомами, может быть следствием нежелательных лекарственных явлений принимаемых пациентом препаратов. Ощущение дурноты и приближающейся потери сознания, как правило, представляет собой проявление терапевтической патологии (ортостатическая гипотензия, аритмии, изменение уровня сахара крови). Среди неврологических причин нередко имеет место хроническая цереброваскулярная недостаточность. Психогенное голо-

вокружение проявляется ощущениями опьяненности, дереализации и иными неопределенными субъективными ощущениями пациента. Чаще всего данный тип головокружения возникает при тревожных и депрессивных расстройствах, что требует особого внимания в связи с их широкой распространенностью [11, 16, 20, 27, 31, 32, 35]. По данным ряда авторов, именно пациенты с несистемным головокружением составляют подавляющее большинство пациентов при данной патологии [4, 28].

Следует отметить, что объединение различных подтипов невестибулярного головокружения под термином «несистемное» затрудняет диагностический поиск и порой наводит на мысль об обязательном наличии заболевания, будь то дисциркуляторная энцефалопатия, психогенные состояния и др. При этом очень часто на первый план выходят такие причины, как побочные действия лекарственных препаратов, нарушения зрения (близорукость, астигматизм и т.п.), вызывающие затруднение зрительного контроля функции равновесия [17, 33].

Диагностику типа головокружения начинают со сбора жалоб и анамнеза. Следует обратить особое внимание на перманентный либо пароксизмальный характер головокружения, установить, что именно пациент подразумевает под этим термином, попросить его наиболее полно описать свои ощущения в момент приступа и в межприступном периоде [2, 11, 17, 27]. Важное диагностическое значение несет информация о продолжительности приступа головокружения. Так, до одной минуты длится головокружение при ДППГ, при вестибулярной пароксизмии, секундные приступы могут быть при психогенных состояниях. Несколько часов продолжается приступ головокружения при транзиторной ишемической атаке, приступе болезни Меньера, вестибулярной мигрени. Несколько суток может продолжаться головокружение при значимом повреждении центральных вестибулярных структур при ишемическом инсульте. Длительно сохраняющееся (недели, месяцы) постоянное головокружение характерно для психогенных состояний, оно может отмечаться после оперативных вмешательств на головном мозге, а также указывать на грубый неврологический дефицит в постинсультном периоде [14, 17, 24, 25, 27, 30–32]. Следует отметить, что периферическое головокружение быстро достигает максимальной интенсивности, центральное же чаще развивается постепенно. Исключение составляют лишь инсульт и транзиторная ишемическая атака [30, 31].

Дифференциально-диагностическим признаком являются различные факторы, провоциру-

ющие головокружение. Усиление симптома при смене положения головы может отмечаться при ДППГ, рассеянном склерозе, лабиринтите, однако при ДППГ оно быстро прекращается в покое. Стрессовые факторы, нахождение на публике, общение с людьми может провоцировать приступы психогенного головокружения [17, 20, 29, 32]. Следует обращать внимание на сопутствующие головокружению симптомы. При неврологической причине системного головокружения в большинстве случаев можно выявить очаговое поражение ЦНС. Часто определяются атаксия, диплопия, расстройство глотания, слабость в конечностях или нарушения чувствительности. При ограниченном поражении (например, ствола мозга в области входа вестибулярного нерва или флоккулонодулярной доли мозжечка) встречается изолированное системное головокружение [30]. Сочетание головокружения и снижения слуха указывает на поражение внутреннего уха или преддверно-улиткового нерва, может встречаться при инсульте в бассейне артерии лабиринта или нижней мозжечковой артерии. Невринома преддверно-улиткового нерва может вначале проявляться только снижением слуха, головокружение присоединяется на поздних стадиях, когда развивается компрессия ствола мозга и мозжечка [30, 31].

Неврологическое обследование пациента с головокружением может выявить признаки поражения мозжечка, экстрапирамидной, соматосенсорной и других систем, вызывающих нарушение равновесия и ходьбы. В общеклинической неврологической практике большое значение имеет тщательный анализ плавного слежения глаз, саккад, вестибулоокулярного рефлекса, тестов с натуживанием, гипервентиляцией, энергичным встряхиванием головы, тестов Ромберга, Унтербергерера, позиционных проб Дикса – Холлпайка и МакКлора – Пагинни [2, 4–6, 11, 27]. Проведение данной батареи тестов дает неврологу возможность оценить состояние вестибулярной системы на различных уровнях.

Важнейшее значение имеет исследование нистагма. Направление данного симптома определяется по его быстрой фазе. При поражении периферического вестибулярного аппарата нистагм горизонтальный либо горизонтально-ротаторный, направленный в сторону более активного лабиринта. Нистагм при периферическом поражении усиливается при отведении глаз в сторону быстрой фазы, более выражен при устранении фиксации взора (использование очков Френцеля) [17, 26, 30, 33]. Объективизировать проведение исследования нистагма позволяет видеонистагмография – неинвазивный метод, используемый

для исследования движений глаз с помощью очков или маски, снабженной инфракрасными видеокамерами. Объективизация торсионных движений достигается распознаванием рисунка радужки или программной ориентировки оси ординат относительно центра зрачка. Методика обследования экономит время, снижает затраты на лечение, обеспечивает надежность и объективность получаемых данных. Современные системы имеют очень высокую точность измерений (от 0,1 до 0,5 градуса), что уменьшает степень погрешности измерений. Поражение центральных отделов вестибулярного анализатора может вызвать нистагм, направленный в любую сторону. Направление нистагма при этом может меняться в зависимости от направления взора. Фиксация взора не уменьшает ни нистагм, ни головокружение [4, 30].

Среди наиболее распространенных неврологических заболеваний, приводящих к головокружению, следует отметить мигрень, опухоли мозга, острые и хронические цереброваскулярные заболевания. Например, при тромбозе задней нижней мозжечковой артерии центральное системное головокружение является для различных вариантов облигатным симптомом в структуре синдрома Валленберга – Захарченко [7, 10]. Тромбоз передней мозжечковой артерии также может приводить к развитию центрального вестибулярного головокружения, при этом в клинике будут присутствовать такие очаговые симптомы, как головокружение, парез взора, лицевой мускулатуры, ипсилатеральная тугоухость и шум в ушах, контрлатеральное снижение чувствительности, нистагм, синдром Горнера, мозжечковые симптомы. Таким образом, системное головокружение как единственное проявление инсульта в вертебро-базиллярной системе может отмечаться лишь при небольших участках поражения в области входа вестибулярного нерва в ствол мозга, а также при поражении узелка мозжечка.

Нейровестибулярное исследование играет важную роль в дифференциальной диагностике центральной и периферической вестибулопатии. Так, наличие при сохранности вестибулоокулярного рефлекса (тест Хальмаги) у больного с острым головокружением почти всегда свидетельствует о повреждении центральных отделов вестибулярного анализатора, в связи с этим показано проведение магнитно-резонансной томографии головного мозга для исключения инсульта [7, 10, 13, 18, 33, 39].

Ведение больного инсультом с головокружением проводится согласно врачебной тактике при ишемическом инсульте или кровоизлиянии в мозг. В первые 3–6 ч ишемического инсульта мо-

жет быть использован тромболизис, при геморрагическом инсульте возможно проведение оперативного вмешательства [18]. Для улучшения вестибулярной компенсации после перенесенного инсульта важна вестибулярная реабилитация. Большое значение имеет комплексный подход к реабилитационным мероприятиям, в частности, использование различных методик вестибулярной гимнастики, современных тренажеров, основанных на принципах биологической обратной связи – стабилотренинга, постурографической платформы [5, 7, 12, 21, 22]. У пациентов, перенесших инсульт, необходимо выяснить причину заболевания и на этой основе проводить пожизненную профилактику повторного инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний, включающую, в частности, прием антиагрегантов (антикоагулянтов), антигипертензивных препаратов и гиполипидемических средств [14, 18, 21].

При дисциркуляторной энцефалопатии пациенты нередко отмечают не головокружение, а ощущение неустойчивости, обусловленное в большинстве случаев повреждением лобно-подкорковых связей вследствие немых лакунарных инсультов или лейкоареоза [9]. При неврологическом осмотре у таких пациентов нередко выявляется рассеянная очаговая симптоматика (рефлексы орального автоматизма, анизорефлексия). Нейровестибулярное обследование при этом обычно не выявляет грубых отклонений от нормы, в некоторых случаях могут быть нарушены плавные следящие движения глаз, зрительные саккады [15, 16].

Развитие приступа острого системного головокружения не может объясняться наличием лишь хронического цереброваскулярного заболевания [9]. При развитии системного головокружения у пациента с дисциркуляторной энцефалопатией следует исключить, прежде всего, острое нарушение мозгового кровообращения, а также поражение периферической вестибулярной анализатора, в частности, ДППГ [9]. Системное головокружение как очаговый симптом может отмечаться в случае объемного образования головного мозга при локализации опухолевого процесса в мозжечке, вестибулокохлеарном нерве, в области моста и IV желудочка [19, 40]. На поздних стадиях развития процесса вследствие нарастания внутричерепной гипертензии головокружение скорее может рассматриваться как общемозговой симптом. При этом оно чаще развивается приступообразно, сопровождается тошнотой вплоть до рвоты, шумом в ушах, вегетативными расстройствами и даже снижением уровня сознания. Среди опухолей головного мозга наиболее часто к головокружению приводит невринома VIII пары

черепно-мозговых нервов, занимающая первое место среди новообразований черепных нервов [19]. Центральное системное головокружение может отмечаться у пациентов, перенесших черепно-мозговую травму, оперативное вмешательство на головном мозге, являться дебютом рассеянного склероза.

Корреляция частоты развития головокружения и проявлений мигрени была выявлена в различных эпидемиологических исследованиях второй половины 20-го века. В настоящее же время для обозначения проявлений головокружения при мигрени используются термины «вестибулярная мигрень» и «мигрень-ассоциированное головокружение» [30, 34]. При этом большинство исследователей отмечают, что мигрень – самая частая неврологическая причина повторяющихся приступов непозиционного вестибулярного головокружения. Также одним из заболеваний, при котором головокружение служит единственным или одним из основных проявлений, является базилярная мигрень [11, 23–25, 28, 35, 36]. Приступ вестибулярной мигрени может длиться до нескольких суток, но чаще продолжается несколько часов. Головокружение сопровождается характерными для мигрени симптомами: фото- и фонофобией, тошнотой и рвотой. В ряде случаев можно выявить наличие спонтанного нистагма [24, 25, 40]. В настоящее время существуют диагностические критерии достоверного диагноза «вестибулярная мигрень». К ним относятся сочетание следующих признаков: наличие по анамнезу пяти и более приступов вестибулярного головокружения длительностью от 5 минут до 3 суток, наличие одного или нескольких симптомов, имеющих более чем в половине случаев приступообразного головокружения (головная боль по типу гемикрании, фотофобия, фонофобия, зрительная аура перед приступом, отсутствие других заболеваний, которые могли бы вызвать головокружение) [24, 25, 36, 40].

Имеющиеся алгоритмы диагностики головокружения позволяют повысить уровень качества медицинской помощи населению. При этом очень важно проводить полноценный сбор жалоб и анамнеза, тщательное клинико-неврологическое обследование, акцентируя внимание на существенных дифференциально-диагностических особенностях. Большое значение имеют новые методики объективизации и нейрореабилитации этих пациентов (видеонистагмография, постурография, стабилотметрия). Вестибулярная гимнастика и методики психотерапии значительно улучшают социальную адаптацию, сокращают сроки вестибулярной компенсации, препятствуя развитию психогенных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдулина О.В., Парфенов В.А. Вестибулярное головокружение в неотложной неврологии // Клиническая геронтология. 2005. 11. (8). 15–18.
2. Алексеева Н.С. Головокружение. Отоневрологические аспекты. М.: МедПресс-информ, 2014. 184 с.
3. Антикеева Н.В., Долгов А.М. Вестибулярное головокружение и атаксия в неотложной неврологии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013. (4). 34–38.
4. Вейс Г. Головокружение // Неврология / ред. М. Самуэльс. М.: Практика, 1997. 9–120.
5. Веселаго О.В. Алгоритмы диагностики и лечения головокружения // Рус. мед. журн. 2012. 20. (10). 489–492.
6. Гусев Е.И., Никифоров А.С., Камчатнов П.Р. Неврологические симптомы, синдромы и болезни. М.: ГЭОТАР Медиа, 2014. 1038 с.
7. Замерград М.В. Головокружение при инсульте // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015. 7. (2). 47–51.
8. Замерград М.В. Головокружение: роль сосудистых факторов // Эффектив. фармакотерапия. 2013. (45). 34–38.
9. Замерград М.В. Головокружение у пациентов с диагнозом дисциркуляторной энцефалопатии // Мед. сов. 2014. (5). 22–26.
10. Замерград М.В. Как распознать инсульт у больного с острым головокружением? // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2016. (1). 8–12.
11. Замерград М.В., Парфенов В.А., Яхно Н.Н., Мельников О.А., Морозова С.В. Диагностика системного головокружения в амбулаторной практике // Неврол. журн. 2014. 19. (2). 23–29.
12. Замерград М.В. Пять принципов вестибулярной реабилитации // Эффектив. фармакотерапия. 2017. (1). 4–9.
13. Исакова Е.В., Романова М.В., Котов С.В. Дифференциальная диагностика симптома «головокружения» у больных с церебральным инсультом // Рус. мед. журн. 2014. 22. (16). 1200–1205.
14. Левин О.С., Штульман Д.Р. Неврология: справочник практического врача. М.: Медпресс-информ, 2013. 1016 с.
15. Неверовский Д.В. Проявления и диагностика дисциркуляторной энцефалопатии // Клиническая геронтология. 2012. 18. (11-12). 57–65.
16. Неверовский Д.В., Случевская С.Ф., Парфенов В.А. Дифференциальный диагноз дисциркуляторной энцефалопатии в амбулаторной практике // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013. (2). 38–42.
17. Парфенов В.А., Замерград М.В., Мельников О.А. Головокружение: диагностика и лечение, распространенные диагностические ошибки: учеб. пособие. М.: МИА, 2009. 152 с.
18. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. М.: МИА, 2012. 288 с.
19. Педаченко Е.Г., Скобская О.Е., Гудков В.В., Малышева А.Ю. Проблемы диагностики вестибулярных шванном // Укр. нейрохирург. журн. 2014. (1). 53–57.
20. Романова М.В., Исакова Е.В., Котов С.В. Комплексное лечение пациентов с постуральным фобическим головокружением // Альм. клин. мед. 2013. (28). 3–8.
21. Романова М.В., Исакова Е.В., Котов С.В. Реабилитация пациентов с головокружением при церебральном инсульте // Альм. клин. мед. 2012. (26). 3–8.
22. Романова М.В., Котов С.В., Исакова Е.В. Современные подходы к реабилитации пациентов с вестибулоатактическими нарушениями // Леч. врач. 2012. (6). 74.
23. Садохва К.А. Мигрень и головокружение // Неврология и нейрохирургия. Вост. Европа. 2013. (1). 71–79.
24. Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э., Замерград М.В. Современная концепция вестибулярной мигрени (дискуссия) // Неврол. журн. 2012. 17. (2). 45–53.
25. Тардова И.М. Базилярная мигрень: клинические особенности и дифференциальный диагноз // Журн. неврологии и психиатрии. 2014. 114. (2). 4–8.
26. Тоболов И.Н., Дорофеева Е.В., Железнова М.А., Бугаев В.С., Дорощенко Н.Э., Денисов Д.П. Диагностическая видеонистагмография у пациентов с головокружением на фоне цереброваскулярных заболеваний // Кремл. мед.: Клини. вестн. 2013. (3). 25–27.
27. Штульман Д.Р. Головокружение и нарушение равновесия // Болезни нервной системы / ред. Н.Н. Яхно. М.: Медицина, 2005. 125–130.
28. Bisdorff A., Bosser G., Gueguen R., Perrin P. The epidemiology of vertigo, dizziness, and unsteadiness and its links to co-morbidities // Front. Neurol. 2013. 22. (4). ID 29.
29. Brandt T. Phobic postural vertigo // Neurology. 1996. 46. (6). 1515–1519.
30. Brandt T. Vertigo. Its multisensory syndromes. L.: Springer, 2000. 503 p.
31. Brandt T., Dieterich M. Vertigo and dizziness: common complains. L.: Springer, 2004. 208 p.
32. Bronstein A.M., Gresty M.A., Luxon L.M., Ron M.A., Rudge P., Yardley L. Phobic postural vertigo // Neurology. 1997. 49. (5). P. 1480–1481.
33. Cohn B. Can bedside oculomotor (HINTS) testing differentiate central from peripheral causes of vertigo? // Ann. Emerg. Med. 2014. 64. (3). 265–268.
34. Dieterich M. Central vestibular disorders // J. Neurol. 2007. 254. 559–568.
35. Geser R., Straumann D. Referral and final diagnoses of patients assessed in an academic vertigo center // Front. Neurol. 2012. 28. (3). 169

36. Lempert T., Olesen J., Furman J., Waterston J., Seemungal B., Carey J., Bisdorff A., Versino M., Evers S., Newman-Toker D. Vestibular migraine: Diagnostic criteria. Consensus document of the Bárány Society and the International headache society // *Nervenarzt*. 2013. 84. (4). 511–516. [In German].
37. Lo A.X., Harada C.N. Geriatric dizziness: evolving diagnostic and therapeutic approaches for the emergency department // *Clin. Geriatr. Med.* 2013. 29. (1). 181–204.
38. Passier L., Doherty D., Smith J., McPhail S.M. Vestibular rehabilitation following the removal of an acoustic neuroma: a systematic review of randomized trials // *Head Neck Oncol*. 2012. 4. (2). ID 59.
39. Saber Tehrani A.S., Kattah J.C., Mantokoudis G., Pula J.H., Nair D., Blitz A., Ying S., Hanley D.F., Zee D.S., Newman-Toker D.E. Small strokes causing severe vertigo: frequency of false-negative MRIs and nonlacunar mechanisms // *Neurology*. 2014. 83. (2). 169–173.
40. Shin J.E., Kim C.H., Park H.J. Vestibular abnormality in patients with Meniere's disease and migrainous vertigo // *Acta Otolaryngol*. 2013. 133. (2). 154–158.
41. Strupp M., Dieterich M., Brandt T. The treatment and natural course of peripheral and central vertigo // *Dtsch. Arztebl. Int.* 2013. 110. (29-30). 505–515.

NEUROLOGICAL ASPECTS OF VERTIGO DIAGNOSTICS AND TREATMENT (REVIEW)

Sergey Yurevich LAVRIK¹, Aleksey Sergeevich BORISOV²,
Vladimir Viktorovich SHPRAKH¹

¹ Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch of Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of Minzdrav of Russia
664079, Irkutsk, Microdistrict Yubileyny, 100

² Clinics of Irkutsk State Medical University of Minzdrav of Russia
664003, Irkutsk, Gagarina blvd., 18

The analysis of contemporary literature data considering main reason and mechanisms of vestibular vertigo development in neurological patients has been carried out. The method of clinical and device-based investigation of spontaneous and induced nystagmus, differential-diagnostic signs of internal ear diseases, and main neurologic syndromes of vestibular system irritation and damage have been reported. The clinical peculiarities in patients with psychogenic vertigo and postural instability have been presented; the demand of deep analysis of pharmacologic interaction between the taken drugs in light of possible undesirable effects of conducted treatment has been demonstrated. According to majority of literature researches, the sharp and chronic cerebrovascular diseases matched by incidence with vestibular migraine have predominated among the neurological reasons of central vestibular vertigo. The neurinoma of vestibulocochlear nerve (among newgrowth) the most frequently leads to vertigo, however the awareness concerning brain space-occupying lesion is as well important in case of cerebellar or brainstem localization of the process. The relevance of screening otoneurologic examination and videonystagmography conduction has been demonstrated in differential diagnostics of vertigo different types. The modern effective and secure methods of the patients' treatment and rehabilitation have been reported in the review. The role of vestibular trainings, as well as the use of simulators based on biological feedback principles have been emphasized.

Key words: vertigo, postural instability, otoneurology.

Lavrik S. Yu. – doctor of medical sciences, assistant professor of the chair for neurology and neurosurgery, physician of functional diagnostics, e-mail: slavrick@gmail.com

Borisov A.S. – neurologist

Shprakh V.V. – doctor of medical sciences, professor, head of the chair for neurology and neurosurgery, director