

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»
(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
«ГОЛОВНЫЕ БОЛИ. ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ»
ДИСЦИПЛИНЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ЧАСТИ БЛОКА 1
«ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛИ) ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ –
ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ
В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.42 НЕВРОЛОГИЯ**

Утвержден на заседании Ученого совета НИИ МПС (Протокол №2 от 27
января 2020г.)

Составитель:
д.м.н. О.И. Зайцева

Красноярск
2020

Контролируемая дисциплина (модуль)	Код контролируемой компетенции	Вид оценочного средства	Количество заданий
Головные боли. Головокружение	УК-1, УК-4, УК-5 ОПК-4, ОПК-5 ПК-1, ПК-2, ПК-3 ПК-5	тестовые задания клинические задачи	30 9

Перечень тестовых заданий с эталонами ответов:

1. В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба:

- 1 Ашнера (глазосердечный рефлекс)
- 2 клиностатическая
- 3 ортостатическая
- 4 шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)

Правильный ответ: 3

2. Для выявления асинергии с помощью пробы Бабинского следует предложить больному:

- 1 коснуться пальцем кончика носа
- 2 осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых рук
- 3 сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками
- 4 стоя, отклониться назад

Правильный ответ: 3

3. Проведение отоневрологической калорической пробы противопоказано:

- 1 при остром нарушении мозгового кровообращения
- 2 при внутричерепной гипертензии
- 3 при коматозном состоянии
- 4 при перфорации барабанной перепонки

Правильный ответ: 4

4. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов:

- 1 кортикоспинальных
- 2 кортиконуклеарных
- 3 лобно-мосто-мозжечковых
- 4 руброспинальных

Правильный ответ: 2

5. Ассоциативные волокна связывают:

- 1 симметричные части обоих полушарий
- 2 несимметричные части обоих полушарий
- 3 кору со зрительным бугром и нижележащими отделами (центробежные и центростремительные пути)
- 4 различные участки коры одного и того же полушария

Правильный ответ: 4

6. Через верхние ножки мозжечка проходит путь:

- 1 задний спинно-мозжечковый
- 2 передний спинно-мозжечковый

3 лобно-мосто-мозжечковый
4 затылочно-височно-мосто-мозжечковый
Правильный ответ:2

7. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия:

- 1 мозжечковая
- 2 сенситивная
- 3 вестибулярная
- 4 лобная

Правильный ответ:2

8. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через:

- 1 красное ядро
- 2 люисово тело
- 3 черное вещество
- 4 поласатое тело

Правильный ответ:1

9. Сочетанные боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла:

- 1 вестибулярного
- 2 крылонебного
- 3 коленчатого
- 4 Гассерога

Правильный ответ:3

10. Центральный парез левой руки возникает при локализации очага:

- 1 в верхних отделах передней центральной извилины слева
- 2 в нижних отделах передней центральной извилины слева
- 3 в заднем бедре внутренней капсулы
- 4 в колоне внутренней капсулы

Правильный ответ:4

11. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия:

- 1 мозжечковая
- 2 сенситивная
- 3 вестибулярная
- 4 лобная

Правильный ответ: 2

12. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия:

- 1 динамическая
- 2 вестибулярная
- 3 статическая (+)
- 4 сенситивная

Правильный ответ: 3

13. Нервные импульсы генерируются:

- 1 клеточным ядром
 - 2 наружной мембраной
 - 3 аксоном
 - 4 нейрофиламентами
- Правильный ответ: 2

14. Проведение отоневрологической калорической пробы противопоказано:
- 1 при остром нарушении мозгового кровообращения
 - 2 при внутричерепной гипертензии
 - 3 при коматозном состоянии
 - 4 при перфорации барабанной перепонки
- Правильный ответ: 4

15. Для выявления вестибулярной атаксии следует попросить больного:
- 1 осуществить фланговую походку
 - 2 выполнить пальце-носовую пробу
 - 3 пройти с закрытыми глазами
 - 4 сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками
- Правильный ответ: 1

16. Нормальным слухом считается восприятие шепота с расстояния:
- 1 2-3 метра
 - 2 3-4 метра
 - 3 6-7 метров (+)
 - 4 10 метров
- Правильный ответ: 3

17. К вестибулометрическим пробам не относится:
- 1 проба Дикса – Холлпайка
 - 2 проба Хальмаги
 - 3 проба Пуссера
 - 4 проба МакКлюра – Пагини
- Правильный ответ: 3

18. Вестибулярный нейронит чаще вызывают возбудители:
- 1 ветряной оспы
 - 2 простого герпеса
 - 3 аденовирусы
 - 4 кори
- Правильный ответ 2

19. При кохлеарном неврите наблюдается:
- 1 гиперacusия
 - 2 изолированное снижение костной проводимости
 - 3 изолированное снижение воздушной проводимости
 - 4 сочетанное снижение костной и воздушной проводимости
- Правильный ответ 4

20. Психопатологические побочные эффекты могут вызывать:
- 1 кортикостероиды
 - 2 противосудорожные препараты
 - 3 противопаркинсонические препараты

4 все перечисленные препараты

Правильный ответ 4

21. Головокружение при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга обусловлено:

- 1 дисциркуляцией в ветвях внутренней сонной артерии
- 2 дисциркуляцией в ветвях наружной сонной артерии
- 3 колебаниями давления эндолимфы в улитке внутреннего уха
- 4 дисциркуляцией в артериях вертебробазилярного бассейна

Правильный ответ 4

22. При шейном остеохондрозе чаще поражается артерия:

- 1 базилярная(основная)
- 2 позвоночная
- 3 внутренняя сонная
- 4 наружная сонная

Правильный ответ 2

23. Для неврологических проявлений вертебробазилярной недостаточности характерно наличие:

- 1 апатико-абулического синдрома
- 2 синдрома аутоагнозии
- 3 синдрома сенсомоторной афазии
- 4 вестибуло-мозжечкового синдрома

Правильный ответ 4

24. Кратковременные приступы системного головокружения, возникающие при изменении положения тела характерны при:

- 1.Болезни Меньера
2. ДППГ
3. Вестибулярном нейроните
4. Мигрени

Правильный ответ 2

25. Приступы нарастающей глухоты, шум в ушах, системное головокружение с вегетативными проявлениями патогномичны при:

- 1.Болезни Меньера
2. ДППГ
3. Вестибулярном нейроните
4. Мигрени

Правильный ответ 1

26. К вестибулярным супрессантам, применяемым в качестве премедикации перед выполнением репозиционных маневров у больных с ДППГ не относится

- 1.Дименгидринат
- 2.Ацетазоламид
- 3.Меклозин
- 4.Диазепам

Правильный ответ 2

27. Маневры Epley и Semont эффективны при:

- 1.Болезни Меньера
2. Вестибулярной мигрени
3. ДППГ

4. ТИА в ВББ

Правильный ответ 3

28. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атакия:

- 1 мозжечковая
- 2 сенситивная
- 3 вестибулярная
- 4 лобная

Правильный ответ 2

29. Интенционное дрожание и промахивание при выполнении пальценосовой пробы характерно для:

- 1 для мозжечковой атаксии
- 2 для вестибулярной атаксии
- 3 для лобной атаксии
- 4 для сенситивной атаксии

Правильный ответ 1

30. Походка с раскачиванием туловища из стороны в сторону характерна для больного:

- 1 фуникулярным миелозом
- 2 дистальной моторной диабетической полинейропатией
- 3 невралгической амиотрофией Шарко - Мари
- 4 прогрессирующей мышечной дистрофией

Правильный ответ 4

Задача №1.

Женщина 32 лет обратилась к терапевту, в связи с тем, что после десяти часов работы за компьютером, почувствовала сильную боль в шее, больше справа. При осмотре выявлено 22 выраженное ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, при пальпации болезненность и напряжение мышц задней поверхности шеи. Других неврологических симптомов нет.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Какая патология лежит в основе головокружения у пациентки?
- 3) Принципы лечения?

Ответ:

- 1) Цервикагенное головокружение.
- 2) Нейрорефлекторный синдром шейного отдела позвоночника, для верификации диагноза R-графия ШОП + функциональные пробы, МРТ ШОП.
- 3) Сухое тепло, согревающая мазь местно.

Упражнения для постизометрической релаксации мышц, миорелаксанты. При выраженном болевом синдроме и отсутствии противопоказаний – короткий курс НПВС.

Задача №2

Больная 67 лет обратилась в поликлинику с жалобами на нарушение памяти, частые головные боли, головокружение, периодическое поперхивание при еде, иногда испытывает неустойчивость при ходьбе, начала пользоваться палочкой. Данные жалобы появились около 3х лет назад и постепенно прогрессировали. Много лет страдает гипертонической болезнью, лечится нерегулярно. Объективно выявляется легкая дисфония и дизартрия, язык слегка девирует вправо, атрофий в языке нет. Выраженные симптомы орального автоматизма.

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?

Ответ:

- 1) ЦВБ. ХНМК. Дисциркуляторная энцефалопатия II.
- 2) Госпитализация не показана.
- 3) МРТ головного мозга.
- 4) Коррекция гипотензивной терапии.

Дезагрегантная терапия, ноотропные, вазоактивные, нейропротективные средства, нейропсихологический тренинг. При ухудшении когнитивных функций: мемантин (блокатор глутаматных NMDA рецепторов), антихолинэстеразные препараты центрального действия (галантамин, ривастигмин).

Задача №3

Родственники вызвали бригаду скорой помощи мужчине 42 лет, страдающего периодическими приступами системного головокружения в течение года. Приступы возникают не более 1-2 раза в месяц, продолжаются около 1 часа, сопровождаются тошнотой, рвотой. Также мужчина жалуется на заложенность и гул в правом ухе, которое после окончания «приступа» исчезает.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Какая патология лежит в основе головокружения у пациента?
- 3) Принципы лечения?
- 4) Чем обусловлен симптоматический эффект седативных средств при данном типе вестибулярных расстройств?
- 5) Профилактическое лечение для предотвращения развития болезни.

Ответ:

1) Болезнь Меньера

2) Болезнь Меньера (БМ) - заболевание внутреннего уха, характеризующееся периодическими приступами системного головокружения, шумом в ушах и потерей слуха по нейросенсорному типу. К развитию заболевания приводят местные вазомоторные расстройства в сосудах лабиринта, в результате чего пароксизмально повышается продукция эндолимфы (эндолимфатический гидропс), что оказывает раздражающее действие на вестибулярные рецепторы.

3) При купировании приступа в условиях стационара применяется внутримышечное введение атропина (1 мл 0,1% р-ра) и платифиллина (1 мл 0,2% р-ра п/к), используются вестибулярные блокаторы центрального действия. При вестибулярном головокружении эффективны H₁-блокаторы, которые проникают через гематоэнцефалический барьер. К таким препаратам относятся дименгидринат (драмина, 50-100 мг 2-3 раза в сутки), дифенгидрамин (димедрол, 25-50 мг внутрь 3-4 раза в сутки или 10-50 мг внутримышечно), меклозин (бонин, 25-100 мг/сут в виде таблеток для рассасывания).

В ряде случаев оправдано использование седативных средств, например, лоразепам (лорафен), который в низких дозах (например 0,5 мг 2 раза в сутки) редко вызывает лекарственную зависимость и может использоваться сублингвально (в дозе 1 мг) при остром приступе головокружения. Диазепам (реланиум) в дозе 2 мг 2 раза в сутки также может эффективно уменьшать вестибулярное головокружение. Также показано применение бетагистина гидрохлорида в дозе 24 мг 2 раза в сутки и выше в купировании приступа головокружения.

4) Симптоматический эффект седативных средств при остром головокружении связан с общим действием, в условиях которого снижается способность вестибулярных ядер анализировать и интерпретировать импульсы, поступающие из лабиринта.

5) Большое значение в комплексном лечении имеет соблюдение больным диеты, позволяющей ограничить количество потребляемой соли и жидкости. В комплексном лечении назначают препараты, улучшающие микроциркуляцию и проницаемость капилляров внутреннего уха, они в ряде случаев снижают частоту и интенсивность головокружения, уменьшают шум и звон в ушах, улучшают слух. Назначаются диуретические средства, например маннит по 200-400 мл в/в капельно №3, реоглюман 200-400 мл в/в капельно №3, ацетазоламид в дозе 250 мг 1-2 раза в сутки курсами по 3-5 дней. Широко используются препараты бетастина. Кроме того, в комплексном лечении используются венотоники и препараты, стимулирующие нейропластичность (препараты экстракта Гинкго Билоба).

Задача №4.

Пациент Н., 58 лет, госпитализирован в отделение неотложной неврологии с жалобами на повторяющиеся приступы острого вестибулярного головокружения. Все приступы (около 12) сопровождались типичной картиной: утром после пробуждения при попытке повернуться или поднять голову внезапно возникало ощущение вращения комнаты перед глазами, которое длилось около 20–40 с. На начальных этапах заболевания приступы сопровождались тошнотой и рвотой, незначительным подъемом артериального давления (АД) до 140/90 мм рт.ст., далее вегетативные симптомы регрессировали. Утренний приступ головокружения был единственным, пациент медленно вертикализировался и далее в течение дня жалоб на головокружение не было. Такие состояния беспокоили пациента периодически на протяжении четырех лет. Практически все приступы сопровождались вызовом бригады скорой медицинской помощи или вызовом участкового терапевта на дом. Хронических заболеваний пациент не имел, но так как приступы головокружения сопровождались подъемом АД, состояние пациента было расценено как «цереброваскулярная болезнь. Повторные транзиторные ишемические атаки. Артериальная гипертензия I степени». Амбулаторно проводились попытки устранить приступы головокружения путем курсового приема ноотропных препаратов, витаминов, антиагрегантов. Однако положительного эффекта от лечения пациент не отмечал. В отделение неотложной неврологии пациент был госпитализирован с целью верификации диагноза. Стандартный неврологический осмотр не выявил отклонений. Лабораторные и инструментальные исследования пациента выявили незначительное стенозирование наружной сонной артерии справа на 20%, КТ головного мозга без значимых изменений. Также проводилось суточное мониторирование артериального давления, где подъем АД был зафиксирован в момент приступа головокружения.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Дайте анатомо-физиологическую характеристику вестибулярного аппарата
3. Перечислите необходимые диагностические манипуляции при поступлении пациента с ВГ на базе приемного покоя.
4. Какие позиционные пробы необходимо провести с целью верификации диагноза?

Ответ:

1. ДППГ
2. Вестибулярный аппарат с каждой стороны состоит из 3 полукружных каналов и преддверия лабиринта. Три взаимно перпендикулярно расположенных друг к другу полукружных канала дают полное представление об окружающем трехмерном пространстве. Полукружные каналы создают функциональные пары: передний правый вертикальный и задний левый вертикальный, передний левый вертикальный и задний правый вертикальный, правый и левый горизонтальные каналы. Полукружные каналы в функциональных парах работают по принципу «один активируется, другой тормозится». Внутреннее строение вестибулярного аппарата на гистологическом уровне представлено

волосковыми клетками (1-го и 2-го типа). Волоски вестибулярных клеток подразделяются на два вида – один киноцилий и прилежащие к нему многочисленные стереоцилии. При активации одного из полукружных каналов функциональной пары стереоцилии отклоняются к киноцилию, возникает деполяризация клетки с последующей ее активацией. При противоположных условиях возникает гиперполяризация клетки и клетка тормозится. Волоски в преддверии находятся несколько в других условиях, нежели в полукружных каналах – они погружены в купулу, на которой располагаются кристаллы карбоната кальция. Именно карбонат кальция из-за большого удельного веса позволяет волоскам смещаться относительно клетки и вызывать биохимические процессы. Афферентное и эфферентное волокна волосковой клетки обеспечивают связь с центральной нервной системой. Главными связями вестибулярного аппарата с ЦНС являются: вестибуломозжечковая, вестибуловегетативная, вестибулортикулярная, вестибулоспинальная, вестибулоглазодвигательная.

3. Стандартный неврологический осмотр, консультация смежных специалистов, общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, электрокардиографию (ЭКГ), рентгеновскую компьютерную томографию (РКТ) головного мозга, УЗДС БЦА.

4. **Проба Дикса – Холлпайка:** больного из положения сидя с головой, повернутой на 45° в сторону, быстро укладывают на спину так, чтобы голова свешивалась с кушетки. При положительной пробе возникает сначала нарастающий, а затем угасающий нистагм, возникающий после короткого латентного периода.

Проба МакКлюра – Пагини выполняется по следующей методике: голову больного, лежащего на спине, поворачивают поочередно в одну и другую сторону. Проба считается положительной, если при повороте головы возникают головокружения и горизонтальный апогеотропный или геотропный нистагм.

Задача №5.

Пациент М., 39 лет, самостоятельно обратился в приемное отделение БСМП в сопровождении родственников с жалобами на внезапно возникшее около 7 ч назад постоянное головокружение по типу вращения предметов перед глазами, постоянные тошноту, рвоту, шаткость при ходьбе. Жалобы на какие-либо слуховые нарушения отсутствовали. Пациент мог передвигаться только в сопровождении родственников, ощущения головокружения усиливались с закрытыми глазами. Хронические заболевания обратившийся отрицал, однако отметил такую закономерность, что ежегодно (или весной или осенью) у него возникала «простуда» на губах. При тщательном неврологическом осмотре в ПДО выявили: спонтанный нистагм с быстрым компонентом нистагма вправо, падение в позу Ромберга влево. Лабораторно-инструментальные исследования, включающие общеклинический анализ крови и мочи, рентгенографию органов грудной клетки и КТ головного мозга, патологии не выявили.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова этиология неврологических расстройств у данного пациента.
3. Перечислите необходимые диагностические манипуляции при поступлении пациента с ВГ на базе приемного покоя.
4. Какие специфические тесты необходимо провести с целью верификации диагноза?
5. Принципы лечения данной патологии на базе НО.
6. Динамика и прогноз.

Ответ:

1. Вестибулярный нейронит.
2. Вестибулярный нейронит – острая левосторонняя периферическая вестибулопатия – (ВН), наиболее частой причиной которой является вирус простого герпеса. При этом развивается деафферентация одного из лабиринтов, что проявляется

спонтанным нистагмом в сторону здорового уха, падением в позе Ромберга в сторону поражения.

3. Стандартный неврологический осмотр, консультация смежных специалистов, общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, электрокардиографию (ЭКГ), рентгеновскую компьютерную томографию (РКТ) головного мозга, УЗДС БЦА.

4. Импульсный тест (тест Хальмаги). Тест исследует вестибулоокулярный рефлекс (ВОР). Суть метода заключается в провокации ВОР, который будет отсутствовать на стороне поражения. При этом врач садится напротив пациента и просит зафиксировать взгляд (например, на переносице врача). После этого очень резким движением поворачивают голову пациента вправо и влево. О выпадении функции лабиринта свидетельствует возникновение корригирующей саккады.

5. терапии глюкокортикостероидами при постановке диагноза ВН (назначается в первые 72 ч).

6. Восстановление поврежденного вестибулярного нерва занимает не менее 3–6 мес, это значит, что тест Хальмаги будет показательным и положительным в течение длительного времени после перенесенного ВН.

Задача №6

Женщина, 26 лет, домохозяйка. Обратилась к неврологу по поводу приступов сильного вращательного головокружения с тошнотой, их учащением, послеприступным ощущением «разбитости», головной болью. С 15 лет беспокоят приступы сильного вращательного головокружения с тошнотой, возникают во сне с частотой до 1—2 раз в 2—3 мес. После приступа — длительная слабость, сонливость, головная боль. Во время беременности приступы не беспокоили, после родов участились. Периодически 1 раз в 3 мес приступы головной боли со светобоязнью, тошнотой длительностью до 3 ч, не сопровождающиеся головокружением. Головная боль провоцируется голодом, купируется приемом цитрамона, пенталгина. Старший брат страдает эпилепсией с 5-летнего возраста. Других родственников, страдающих головной болью, эпилепсией в родословной не прослеживается.

При неврологическом осмотре патологии не выявлено. Глазное дно и поля зрения без патологии. Когнитивные функции в норме. Отоневрологическое исследование патологии не выявило. При МРТ-исследовании головного мозга изменений не обнаружено. При ультразвуковой доплерографии выявлена извитость правой позвоночной артерии 2 мм: правая позвоночная артерия проходима, выявляется не прямолинейность хода во II сегменте, диаметр 3,5 мм. Снижение скорости показателей по правой позвоночной артерии в позвоночном канале при резких поворотах головы значительно (до 32—33 см/с). Правая позвоночная артерия проходима, диаметр 3,5 мм, без снижения скоростных показателей, но выявлено сдавление просвета левой яремной вены лестничной мышцей. Венозный отток не нарушен. ЭЭГ — низкочастотный β -ритм 14—20 Гц, преобладает в FZ-A2, C3-A1, C4-A2, CZ-A1, F7-A1, F8-A2, присутствует θ -ритм частотой 4—8 Гц, доминирующая частота 5,4 Гц, индекс θ -ритма 12%, θ -ритм преобладает в FZ-A2, C3-A1, C4-A2, CZ-A1, F7-A1, F8-A2. Это свидетельствует о легких общемозговых изменениях ЭЭГ в виде легкой корковой дизритмии, заинтересованности диэнцефальных структур головного мозга (в реактивной ЭЭГ). При гипервентиляции регистрируются единичные острые волны и спайки, амплитудой выше фоновой ритмики по левым передневисочным отведениям, продолжительностью менее 1 секунды, что можно расценить как признак ирритации этой области со снижением в ней порога судорожной готовности.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какова причина вестибулярных нарушений у данной пациентке?
3. Тактика лечения выявленных расстройств

Ответ:

1. Мигрень-ассоциированное головокружение
2. Указанные эпизоды расценены как кратковременные, внезапно возникающие, стереотипные сочетанные вестибулярные (системное головокружение, тошнота во сне) и не вестибулярные (мигрень) пароксизмы, что позволяет говорить о мигрень-ассоциированном головокружении.
3. Приступ купируется препаратами из группы триптанов (суматриптан, золмитриптан) или спорыньи (эрготамин, назальный спрей дигидроэрготамина) (индивидуальный подбор).

Задача №7

Пациентка П., 35 лет, обратилась с жалобами на головокружение с ощущением вращения окружающих предметов, которое впервые возникло около 2 лет назад днем. Перед приступом головокружения пациентка ощутила неприятное чувство тяжести и заложенности, нарастающий шум в правом ухе. Приступ продолжался несколько часов, сопровождался тошнотой, многократной рвотой. Подобные эпизоды головокружения стали повторяться 1–2 раза в месяц, после каждого приступа головокружения снижался слух на правое ухо. В период головокружения пациентка испытывала выраженную неустойчивость при ходьбе. При обращении в поликлинику по месту жительства данное состояние было расценено как проявление вертебробазилярной недостаточности и назначен курс терапии мексидолом, актовегином, цераксоном, но приступы продолжались. При обследовании установлено, что пациентка в сознании, адекватна, в месте и времени ориентирована правильно. Черепная иннервация без отклонения от нормы. Сухожильные рефлексы живые, симметричные. Парезов, чувствительных, координаторных, тазовых нарушений нет. При нейровестибулярном исследовании спонтанный нистагм в положении сидя с открытыми глазами не выявлялся. Проба с кружением (тряской) головы (head-shaking) отрицательная. Пробы Дикса–Холлпайка, МакКлюра–Пагнини отрицательные. Проба Хальмаги положительная справа, проба Унтербергера положительная вправо, что указывало на признаки гипофункции правого лабиринта.

- 1) Сформулируйте предположительный диагноз.
- 2) Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить с целью верификации диагноза.
- 3) Назначьте лечение.

Ответ:

1) Наличие приступов вращательного головокружения в течение 2 лет с частотой 1–2 раза в месяц, длительностью до нескольких часов, сопровождавшихся тошнотой, рвотой, нарастающим шумом и неприятными ощущениями заложенности, наполнения или давления в ухе, а также прогрессирующего снижения слуха на правое ухо позволило предположить у пациентки болезнь Меньера.

2) Электрокохлеография позволяет выявить признаки гидропса правого лабиринта-что является патогномоничным признаком БМ.

3) Бессолевая диета (ограничение соли до 1—1,5 г в сутки).

Курсовой прием диуретиков и бетагистина дигидрохлорида (бетасерк) в дозе 48 мг/сут в течение 2 мес. Вестибулярной реабилитации, включая занятия на стабильнографической платформе с биологической обратной связью.

Задача №8

Пациентка М., 60 лет, обратилась с жалобами на головокружение с ощущением вращения окружающих предметов, которое впервые возникло около 2 мес назад ночью при повороте в постели. Приступ продолжался несколько секунд, сопровождался тошнотой, позывами на рвоту. Подобные эпизоды повторялись при попытке сесть в постели после сна, провоцировались поворотами, запрокидыванием головы.

Присоединилась неустойчивость при ходьбе. В поликлинике по месту жительства данное состояние было расценено как проявление хронического нарушения мозгового кровообращения. Назначен курс терапии мексидолом, кавинтоном, без эффекта. Состояние пациентки не улучшалось, присоединился страх падения. Пациентка перестала выходить из дома без сопровождения. При обследовании установлено, что пациентка в сознании, адекватна, в месте и времени ориентирована правильно. Черепная иннервация без отклонения от нормы. Парезов, чувствительных, тазовых нарушений нет. Сухожильные рефлексы живые, симметричные. Динамические координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В простой пробе Ромберга выявляется легкая неустойчивость, в усложненной пробе Ромберга пациентка отклоняется вправо. При нейровестибулярном исследовании не выявлялся спонтанный нистагм в положении сидя с открытыми глазами. Пробы с кружением (тряской) головы (head-shaking), Хальмаги, Унтербергера отрицательные. При стабилографическом исследовании выявлено нарушение устойчивости, которое значительно нарастало в пробе с запрокидыванием и наклоном головы вправо. При пробе Дикса–Холлпайка вправо после латентного периода 9 с выявлялся позиционный вертикально-ротаторный нистагм длительностью 20 с, сочетавшийся с ощущением вращательного головокружения

1) Сформулируйте предположительный диагноз.

2) Какую лечебную тактику можно выбрать с целью коррекции головокружений у пациентки.

Ответ:

1) ДППГ, отолитиаз правого заднего полукружного канала.

2) С целью терапии ДППГ необходимо провести лечебный маневр Эпли, который рекомендуется для терапии отолитиаза заднего полукружного канала.

Для ускорения вестибулярной компенсации проведены 5 сеансов реабилитации на стабилографической платформе с биологической обратной связью, рекомендован бетагистин дигидрохлорид (вестикап) в дозе 48 мг/сут.

Задача №9

Женщина 28-ти лет в течение нескольких дней стала отмечать неустойчивость при ходьбе, головокружение, неловкость в руках, стало «неудобно» печатать на компьютере. Обратилась в поликлинику, врач выявил неустойчивость в позе Ромберга и отправил пациентку к неврологу. В неврологическом статусе: нистагм, интенционный тремор при выполнении пальцевосовой и колено-пяточной пробы справа, повышение тонуса в нижних конечностях по спастическому типу, двухсторонний симптом Бабинского. При осмотре глазного дна: побледнение височных половин дисков зрительных нервов. При повторном осмотре через три дня выраженность координаторных нарушений существенно уменьшилась.

1) Топический диагноз?

2) Консультацию какого специалиста нужно получить?

3) Клинический диагноз?

4) Обследование?

5) Показана ли госпитализация?

6) Лечение?

Ответ:

1) Мозжечок (правое полушарие), кортико-спинальные пути с двух сторон (спинной мозг, полушария), зрительные нервы.

2) Невролога.

3) Рассеянный склероз

4) Неврологический осмотр, клинический анализ крови, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л,

олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (желательно с введением контраста, гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).

5) Госпитализация показана.

6) Вопрос купирования атаки кортикостероидами решается в зависимости от выраженности неврологического дефицита, далее препараты выбора: интерферон бета-1a (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1a (ребиф) 44 мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1b (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день, глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.