

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 19.07.2021 11:01:28
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d489274b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт**

Факультет

Послевузовского профессионального образования

Кафедра

Госпитальной хирургии и последипломного образования



УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по научной работе
и инновационному развитию

Т.А. Овсянникова

20 26 года

**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.58 ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ
(ОРДИНАТУРА)**

Майкоп

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины «Головокружение в практике врача оториноларинголога»

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпуск	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
УК (Универсальные компетенции)	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контекст	УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте. <i>Знать:</i> - Профессиональные источники информации: учебную и научную литературу, нормативно-правовые документы и интернет-ресурсы, необходимые в рамках специальности <i>Уметь:</i> - Пользоваться профессиональными источниками информации <i>Владеть:</i> - Технологией дифференциально-диагностического поиска на основании данных обследования и использования профессиональных источников информации
ПК (Профессиональные компетенции)	ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа	ПК-1.1 Проводит обследование пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза <i>Знать:</i> - Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа <i>Уметь:</i> – Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа – Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с

		<p>заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p> <ul style="list-style-type: none"> – Оценивать анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях – Интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа <p>Владеть:</p> <p>Навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Сбора жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Осмотра пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Формулирования предварительного диагноза и составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи <p>ПК-1.2 Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контролирует его эффективность и безопасность</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «Оториноларингология» – Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе
--	--	---

		<p>высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях уха, горла, носа</p> <p>– Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и травмами уха, горла, носа</p> <p>– Современные методы лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>– Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в оториноларингологии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные</p> <p>– Методы немедикаментозного лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла и носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные</p> <p>– Принципы и методы хирургического лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные</p> <p>– Манипуляции при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том</p>
--	--	--

		<p>числе серьезные и непредвиденные</p> <ul style="list-style-type: none"> – Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Медицинские изделия, в том числе хирургический инструментарий, расходные материалы, применяемые при хирургических вмешательствах, манипуляциях на ухе, горле, носе – Методы обезболивания в оториноларингологии <p>Требования асептики и антисептики</p> <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Разрабатывать план лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий – Оценивать эффективность и безопасность применения
--	--	---

		<p>лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p> <p>– Назначать медицинские изделия и лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>– Определять медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств, манипуляций</p> <p>– Разрабатывать план подготовки пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к хирургическому вмешательству или манипуляциям</p> <p>– Выполнять медицинские вмешательства, отдельные этапы и хирургические вмешательства при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа:</p> <ul style="list-style-type: none"> - промывание аттика; - парацентез барабанной перепонки и шунтирования барабанной полости; - промывание аттика; - пункция и вскрытие отогематомы; - обработка ушной раковины при ожогах и обморожениях; - вскрытие фурункула наружного слухового прохода; - удаление инородного тела наружного слухового прохода; - остановка ушных кровотечений; - антротомия; - радикальная (общеполостная) операция на ухе; - туалет наружного слухового прохода методом кюретажа и ирригации; - туалет наружного слухового прохода и перевязка пациентов
--	--	---

		<p>после отохирургических вмешательств;</p> <ul style="list-style-type: none"> - туалет среднего уха больным с мезотимпанитом; - продувание слуховых труб по Политцеру; - катетеризация слуховых труб; <p>забор материала из уха для бактериологического, цитологического, гистологического методов исследования (в том числе проведение тонкоигольчатой биопсии)</p> <p>Разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания или хирургических вмешательств</p> <p>Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния уха, горла, носа, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения</p> <p>Владеть: навыками:</p> <p>Разработки плана лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания</p>
--	--	---

		<p>медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначения немедикаментозного лечения:</p> <p>физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры, гирудотерапии пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Выполнения отдельных этапов или хирургических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи методами:</p> <p>Оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с</p>
--	--	---

		<p>заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p> <p>Оценки результатов хирургических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p> <p>Профилактики или лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств</p> <p>ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Медицинские показания для назначения вестибулярной реабилитации при вестибулярной гипофункции. – Основы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа. – Методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа. – Медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том
--	--	--

		<p>числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа. – Медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов. – Медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения и проведения санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов. – Показания и противопоказания для назначения слухопротезирующих устройств, методы ухода за ними. – Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа. – Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной
--	--	---

		<p>программы реабилитации и абилитации инвалидов, требования к оформлению медицинской документации.</p> <p>Уметь:</p> <p>Определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>– Определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или)</p>
--	--	---

		<p>состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>– Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>– Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы</p> <p>Владеть:</p> <p>Навыками:</p> <p>– Составления плана мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>– Проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации</p>
--	--	---

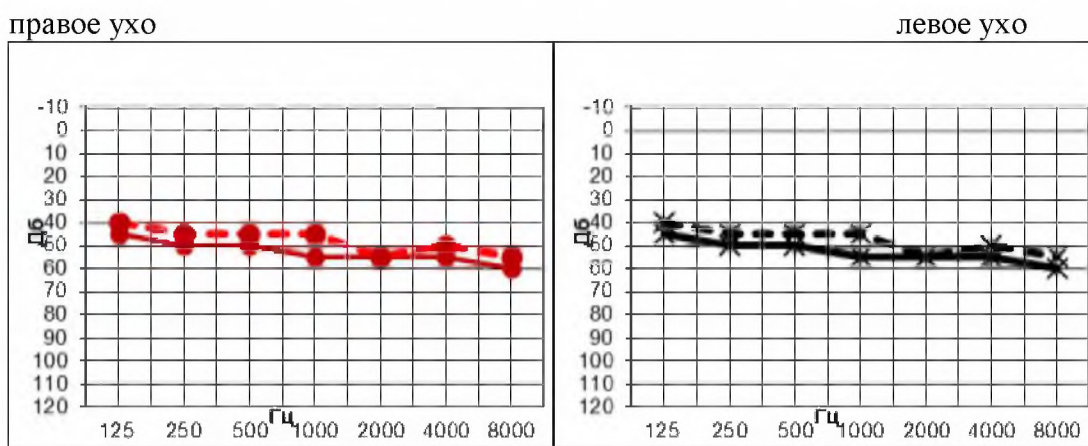
		<p>индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов</p> <p>– Направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Методами:</p> <p>– Оценки эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>
--	--	---

**Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации
по дисциплине «Головокружения в практике врача оториноларинголога»**

1. Анатомическое строение периферического и центрального отделов вестибулярного анализатора.
2. Отолитовый и ампулярный рецепторы.
3. Функциональные связи вестибулярного анализатора.
4. Вестибуло-окулярный и вестибуло-спинальный рефлекс.
5. Стато-координаторные и стато-кинетические тесты.
6. Глазодвигательные тесты.
7. Позиционные тесты при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении.
8. Видеонистагмоскопия. Электро-и видеонистагмография. Показатели скорости медленной фазы, Gain.
9. Электрокохлеография: микрофонный потенциал, суммационный потенциал, потенциал действия слухового нерва
10. Калорическая проба и вращательная проба.
11. Видеоимпульсный тест.
12. Отолитовая реакция по В.И. Воячке. «Тест с ведром» для определения субъективной зрительной вертикали.
13. Вестибулярные вызванные миогенные потенциалы. Электрокохлеография.
14. Постурография и стабилометрия.
15. Вестибулярный нейронит. Дифференциальная диагностика вестибулярного нейронита и инсультов. Принципы лечения.
16. Лабиринтит. Классификация, алгоритм диагностики. Показания к консервативному и хирургическому лечению.
17. Травмы лабиринта. Диагностика. Показания к консервативному и хирургическому лечению.
18. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение. Патогенез, диагностические тесты и дифференциальная диагностика.
19. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение. Лечебные репозиционные маневры, медикаментозное лечение.
20. Болезнь Меньера: клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение.
21. Вестибулярная мигрень: клиника, диагностика, подходы к терапии.
22. Дегисценция верхнего полукружного канала: клиника, диагностика, показания и виды хирургического лечения.
23. Вестибулярная пароксизмия: диагностические критерии, подходы к терапии.
24. Диагностика и лечение редких причин головокружения
25. Персистирующее постурально-перцептивное головокружение. Клиническая картина, диагностические критерии, подходы к терапии.
26. Диагностика невриномы VIII пары черепных нервов. Лечебная тактика.
27. Двусторонняя вестибулопатия и пресбивестибулопатия. Клиника, диагностические критерии, подходы к лечению.
28. Дифференциальная диагностика двусторонней вестибулопатии, полинейропатии и мозжечкового синдрома.

**Примерные ситуационные задачи для проведения текущего контроля и контроля
остаточных знаний по дисциплине «Головокружения в практике врача
оториноларинголога»**

Задача 1. У больного 46 лет во время лечения пневмонии гентамицином появился шум и резкое снижение слуха на оба уха. При осмотре ЛОР-органов патологических изменений не выявлено. Результаты тональной пороговой аудиометрии представлены на рисунке. При исследовании функции вестибулярного анализатора по данным калорической и вращательных проб определяется двусторонняя гипофункция обоих лабиринтов.



Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

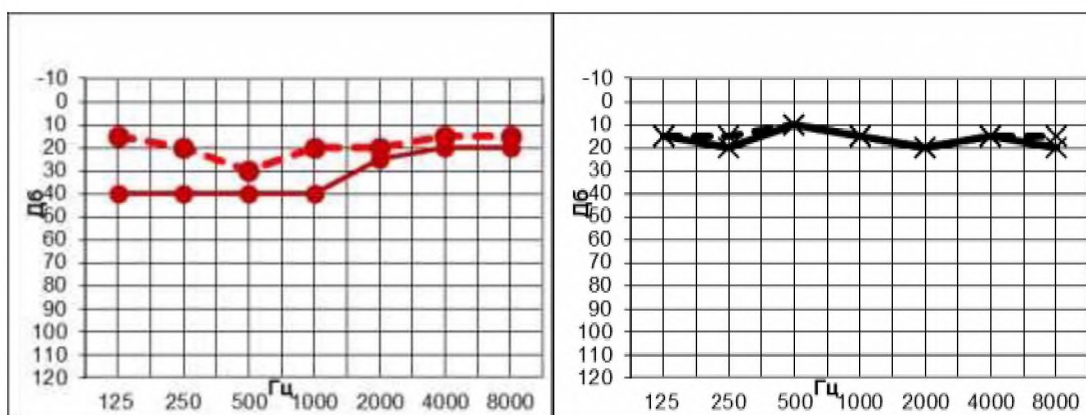
Задача 2. Больной 43 лет в течение 2-х лет предъявляет жалобы на приступы головокружения в виде вращения предметов, возникающие 4-5 раз в год, длящиеся 3-10 часов, сопровождающиеся тошнотой и рвотой; снижение слуха и шум в правом и левом ухе, нарушение равновесия. В анамнезе воспалительные заболевания уха отсутствуют. При осмотре ЛОР – органов патологических изменений не выявлено.

Результаты тональной пороговой аудиометрии: левосторонняя смешанная тугоухость II степени, правосторонняя нейросенсорная тугоухость I степени. По данным импедансометрии показатели в пределах нормы, глицериновый тест - положительный слева (II степень). При калорической пробе выявлена гипофункция левого лабиринта. Больной проведено КТ височных костей, МРТ головного мозга и шейного отдела позвоночника, дуплексное сканирование сосудов головы и шеи – патологических изменений не выявлено. Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

Задача 3. Больная 32 лет в течение 1,5 лет предъявляет жалобы на периодически возникающие (1раз в 3-4 месяца) приступы головокружения в виде вращения предметов, длящиеся 1-2 часа, сопровождающиеся рвотой и заложенностью в правом ухе. Приступы купируются самостоятельно. После приступов головокружения слух полностью восстанавливается через 7 дней. На рисунке представлен результат тональной пороговой аудиометрии, сделанный через 3 дня после приступа головокружения.

правое ухо

левое ухо



Поставьте диагноз. Назначьте обследование и лечение.

Задача 4. Больная 48 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение больницы. Больная в сознании. Предъявляет жалобы на головную боль, глухоту справа, головокружение в виде вращения предметов, рвоту, слабость мимических мышц справа. Выше указанные жалобы беспокоят после получения травмы в дорожно-транспортном происшествии.

При осмотре установлено: определяется периферический паралич лицевого нерва справа, барабанная перепонка справа и слева - без изменений, шепотная речь справа отсутствует, слева – 6 м, при проведении пробы Вебера – латерализация звука в левое ухо, определяется мелкокоразмашистый горизонтальный нистагм влево III степени, в позе Ромберга - падение вправо.

Поставьте диагноз. Назначьте обследование и лечение.

Задача 5. У больного 46 лет, страдающего в течение 10 лет хроническим левосторонним гнойным эпитимпанитом, на фоне обострения в течение суток значительно ухудшился слух слева и появилось головокружение в виде вращения предметов, тошнота, рвота, нарушение равновесия, температура тела 37,7 С.

При осмотре выявлено: в наружном слуховом проходе слева имеется обильное гнойное отделяемое, определяется тотальный дефект барабанной перепонки, барабанная полость заполнена гноем, ее слизистая оболочка гиперемирована, утолщена. Слух слева – р.р. - 2м, ш.р. отсутствует. Определяется спонтанный мелкокоразмашистый нистагм вправо III степени, в пробе Барре - Фишера – гармоничное отведение рук влево.

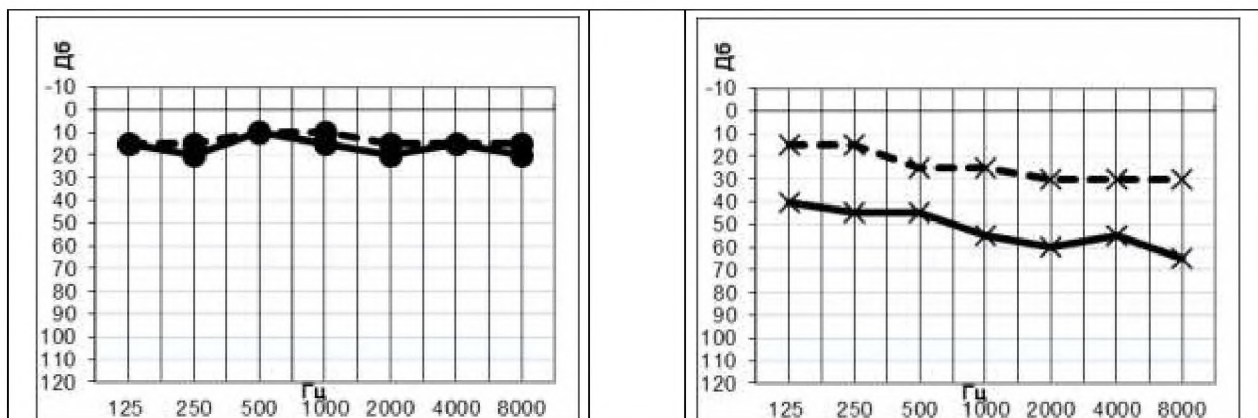
Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

Задача 6. У больной 48 лет, страдающей в течение 15 лет хроническим гнойным левосторонним эпитимпанитом, месяц назад появились жалобы на нарушение равновесия.

При осмотре выявлено: в левом ухе определяется краевая перфорация в верхне-заднем квадранте, гнойного отделяемого на момент осмотра нет. Результаты тональной пороговой аудиометрии представлены на рисунке. При исследовании функции вестибулярного анализатора – положительная фистульная проба слева.

правое ухо
ухо

левое

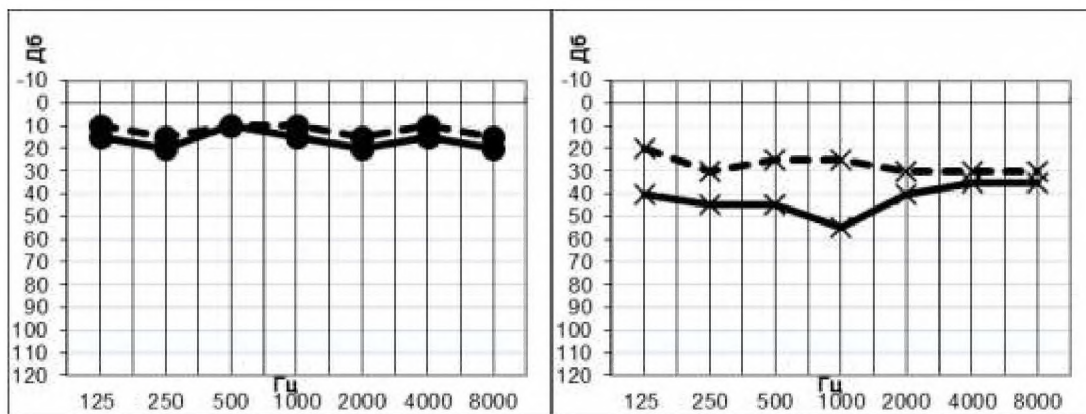


Определите степень снижения слуха справа и слева. Поставьте диагноз. Назначьте обследование и лечение.

Задача 7. Больной 43 лет в течение 3 лет предъявляет жалобы на приступы системного головокружения, возникающие 4 раза в месяц, длящиеся 2-4 часа, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, снижение слуха и шум в правом и левом ухе, нарушение равновесия. В анамнезе отиты отсутствуют. Лечится консервативно: гипосолевая диета, бетагистин дегидрохлорид, курсы диуретиков без значительного положительного эффекта. При осмотре - ЛОР -органы без патологических изменений. Результаты тональной пороговой аудиометрии представлены на рисунке. По данным импедансометрии патологии не выявлено; по данным электрокохлеографии выявлен гидропс лабиринта слева. При kalorической пробе гипофункция левого лабиринта. Больному проведено КТ височных костей, МРТ головного мозга и шейного отдела позвоночника, дуплексное сканирование сосудов головы и шеи – патологии не выявлено.

правое ухо

левое ухо



Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

Задача 8. Пациентка Н. 42 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение с жалобами на головокружение вращательного характера, тошноту, многократную рвоту, нарушение координации при ходьбе. Возникновение головокружения отметила днем предыдущего дня среди полного здоровья, ни с какими факторами его возникновения не связывает. Головокружение нарастало в течение нескольких часов, присоединились тошнота и рвота. Отметила выраженное затруднение при ходьбе, с посторонней поддержкой с трудом могла передвигаться самостоятельно. В анамнезе

подобные головокружения отрицает. В домашних условиях проведено измерение артериального давления АД = 130/80. Была вызвана бригада скорой помощи.

При осмотре ЛОР-органов патологии не выявлено. Шепотная речь – 6 м с обеих сторон. Положение пациентки – лежа на левом боку, глаза закрыты. При попытках встать или повернуться отмечается усиление тошноты, позывы на рвоту. Лицо симметрично. Подвижность конечностей и сила в конечностях сохранены. Речь не изменена. При оценке явного SpNy выявляется левосторонний горизонтальный SpNy с ротаторным компонентом 3 степени. В тесте поворота головы (тесте Хальмаги) выявляется корректирующая саккада при повороте головы вправо. Больной проведено МРТ головного мозга – патологии не выявлено.

Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

Задача 9. Пациентка Г., 64 лет, обратилась поликлинику по месту жительства с жалобами на приступы головокружения при вставании и укладывании в постель и наклонах вниз. Приступы кратковременные, длительностью до 1 мин, проходят самостоятельно, не сопровождаются тошнотой, снижением слуха и другой сопутствующей симптоматикой. Впервые головокружение отметила 3 дня назад утром при вставании с кровати. Лечилась самостоятельно приемом бетагистина дигидрохлорида без положительного эффекта.

При осмотре ЛОР-органов патологии не выявлено. Шепотная речь – 6 м с обеих сторон. Лицо симметрично. Подвижность конечностей и сила в конечностях сохранены. Речь не изменена. Явный и скрытый SpNy не определяются. Тест поворота головы (тест Хальмаги) отрицательный. В тесте Дикс-Холлпайка с поворотом головы вправо определяется вертикальный нистагм вверх с ротаторным компонентом вправо, длительностью до 20 с, при этом пациентка отмечает возникновение приступа вращательного головокружения.

Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

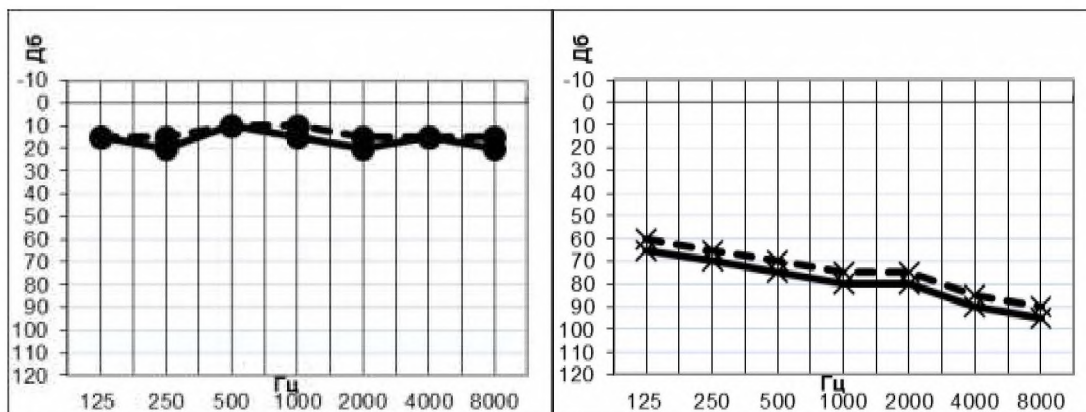
Задача 10. Пациентка Н. 36 лет обратилась с жалобами на шум и снижение слуха на левое ухо, неустойчивость. Снижение слуха случайно заметила 2 года назад, в последующем отмечает постепенное его ухудшение, появление шума и неустойчивости при ходьбе. Заболевания ушей в анамнезе отрицает.

При отоскопии правого и левого ушей наружные слуховые проходы широкие, свободные. Барабанные перепонки серые, световой конус контурируется с двух сторон. Шепотная речь справа 6 м, слева отсутствует.

Тональная пороговая аудиометрия представлена на рис. Явный SpNy не определяется, в очках Френзеля определяется скрытый SpNy I степени. В сенсебилизированной позе Ромберга с закрытыми глазами неустойчива, отклонение влево. МРТ головного мозга с контрастированием вне мозговое объемное образование в мосто-мозжечковом углу слева, диаметром 1 см.

правое ухо

левое ухо



Поставьте диагноз. Определите тактику ведения пациентки.

Задача 11. Пациент 34 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение больницы с жалобами на боли в левом ухе, снижение слуха на левое ухо, повышение температуры тела до 38,5 С, вращательное головокружение, тошноту, рвоту, нарушение координации. Боли и заложенность уха отметил 2 дня назад, лечился 3% раствором борного спирта в левое ухо без эффекта. В день поступления отметил значительное усиление боли в ухе, повышение температуры и развитие головокружения с тошнотой и рвотой. В анамнезе заболевания ушей отрицает.

При осмотре выявлено: Отоскопически наружные слуховые проходы широкие, свободные. Барабанная перепонка слева ярко гиперемирована, инфильтрирована, выбухает, опознавательные знаки не контурируются. Слух слева ШПР отсутствует, справа ШПР 6 м. Определяется спонтанный мелкоамплитудный нистагм вправо III степени, в тесте поворота головы (тесте Хальмаги) определяется компенсаторная саккада при повороте головы влево. В позе Ромберга падение влево.

Поставьте диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 12. Пациентка Н. 42 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение с жалобами на головокружение вращательного характера, тошноту, многократную рвоту, нарушение координации при ходьбе. Возникновение головокружения отметила днем предыдущего дня среди полного здоровья, ни с какими факторами его возникновения не связывает. Головокружение нарастало в течение нескольких часов, присоединились тошнота и рвота. Отметила выраженное затруднение при ходьбе, с посторонней поддержкой с трудом могла передвигаться самостоятельно. В анамнезе подобные головокружения отрицает. В домашних условиях проведено измерение артериального давления АД = 130/80. Была вызвана бригада скорой помощи. При отоскопии правого и левого ушей наружные слуховые проходы широкие, свободные. Барабанные перепонки серые, световой конус контурируется с двух сторон. Шепотная речь – 6 м с обеих сторон.

Положение пациента – лежа на левом боку, глаза закрыты. При попытках встать или повернуться отмечается усиление тошноты, позывы на рвоту. Лицо симметрично. Подвижность конечностей и сила в конечностях сохранены. Речь не изменена. При оценке явного спонтанного нистагма выявляется левосторонний горизонтальный нистагм с ротаторным компонентом 3 степени. В тесте поворота головы выявляется корректирующая саккада при повороте головы вправо.

Поставьте диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 13. Пациент В., 63 лет, обратился в поликлинику с жалобами на головокружение и неустойчивость при ходьбе, усиливающуюся при быстрых поворотах

головы. 2 нед.назад утром отметил возникновение выраженного вращательного головокружения, тошноту, двукратную рвоту. С трудом передвигался по квартире. Вышеуказанные жалобы связал с пищевым отравлением, к врачу не обращался, лечился самостоятельно. Через 2 дня от начала заболевания начал отмечать постепенное улучшение: тошнота и рвота прекратились, головокружение в покое не отмечает, однако сохраняется головокружение и неустойчивость при ходьбе, усиливающуюся при поворотах головы. При отоскопии правого и левого ушей наружные слуховые проходы широкие, свободные. Барабанные перепонки серые, световой конус контурируется с двух сторон. Шепотная речь – 6 м с обеих сторон. В позе Ромберга устойчив, в сенсibilизированной позе Ромберга с закрытыми глазами отклонение влево. Лицо симметрично. Подвижность конечностей и сила в конечностях сохранены. Речь не изменена. При оценке явного спонтанного нистага выявляется правосторонний горизонтальный нистагм 1 степени. В тесте поворота головы выявляется корректирующая саккада при повороте головы влево. При проведении МРТ головного мозга МР-признаков острой очаговой патологии головного мозга не выявлено.

Поставьте диагноз. Определите тактику ведения пациента.

Задача 14. Пациентка В., 25 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение с жалобами на вращательное головокружение, тошноту, рвоту. Днем на работе внезапно возник приступ вращательного головокружения, сопровождающийся выраженной тошнотой, многократной рвотой. Самостоятельно могла передвигаться с трудом, только с поддержкой. Возникновение головокружения ни с чем не связывает, снижение слуха не отмечает. При осмотре находится в положении лежа, при вертикализации - падение влево. Определяется явный спонтанный нистагм вправо 3 степени. Тест поворота головы (Хальмаги) – корректирующая саккада при повороте головы влево. Шепотная речь: справа- 6 м., слева – 6м. Осмотрена неврологом: неврологический статус в норме. При осмотре пациентка в сознании, находится в положении лежа, при вертикализации - падение влево. Определяется явный спонтанный нистагм вправо 3 степени. Тест поворота головы (Хальмаги) – корректирующая саккада при повороте головы влево. Осмотрена неврологом: неврологический статус в норме.

При отоскопии правого и левого ушей наружные слуховые проходы широкие, свободные. Барабанные перепонки серые, световой конус контурируется с двух сторон. Шепотная речь – 6 м с обеих сторон. КТ-признаков острой очаговой патологии головного мозга не выявлено.

Ваш диагноз? Назначьте необходимые обследования и лечение.

Задача 16. Пациентка У. 35 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы головокружения. Головокружение возникает при изменении положения тела, в основном при укладывании в кровать, носит вращательный характер, длится меньше минуты, сопровождается легкой тошнотой. Приступы возникли 3 дня назад, на следующий день после того, как пациентка во время катания на коньках упала и ударилась головой. Обращалась в день падения в травмпункт, было проведено рентгенография костей черепа, данных за перелом костей черепа не получено. Диагностирован ушиб мягких тканей головы. Ранее подобные головокружения отрицает. При отоскопии правого и левого ушей наружные слуховые проходы широкие, свободные. Барабанные перепонки серые, световой конус контурируется с двух сторон. Шепотная речь – 6 м с обеих сторон. Статокординаторные и стато-кинетические пробы выполняет. Явный спонтанный нистагм не определяется. В тесте укладывания на правый бок после латентного периода, длительностью 4 с, выявляется вертикальный нистагм вверх с ротаторным компонентом вправо, длительностью 25 с.

Ваш диагноз? Назначьте лечение?

Задача 17. Пациент Р., 73 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на головокружение вращательного характера, тошноту, однократную рвоту. Пациент находится в положении лежа на носилках, не встает, т.к. в положении лежа с неподвижной головой головокружение значительно уменьшается и проходит, а при поворотах в постели и переходе в положение сидя значительно усиливается. Затрудняется охарактеризовать длительность приступов, т.к. при их возникновении сразу возвращается в положение лежа. Приступ головокружения возник в день поступления утром после пробуждения пациента от сна и попытке повернуться на бок. После этого приступы рецидивировали при любой попытке изменить положение тела и проходили лежа при положении головы по средней линии. 2 года назад отмечал похожие приступы головокружения при изменении положения тела, однако их интенсивность была значительно слабее и они самостоятельно купировались в течение нескольких дней.

При отоскопии правого и левого ушей наружные слуховые проходы широкие, свободные. Барабанные перепонки серые, световой конус контурируется с двух сторон. Шепотная речь – 6 м с обеих сторон. Положение пациента лежа на спине с головой по средней линии. Лицо симметрично. Подвижность конечностей и сила в конечностях сохранены. Речь не изменена. Явный и скрытый спонтанный нистагм не определяются. Тест встряхивания головы отрицательный. Тест поворота головы отрицательный. В roll- тесте: при повороте головы вправо возникает горизонтальный нистагм вправо выраженной интенсивности, длительностью 2 мин, пациент при этом испытывает выраженное головокружение; при повороте головы влево возникает горизонтальный нистагм влево, неинтенсивный, длительностью 1 мин, пациент при этом испытывает легкое головокружение.

Ваш диагноз? Назначьте лечение?

Задача 18. Пациентка Г., 64 лет, обратилась поликлинику по месту жительства с жалобами на приступы головокружения при вставании и укладывании в постель и наклонах вниз. Приступы кратковременные, длительностью до 1 мин, проходят самостоятельно, не сопровождаются тошнотой, снижением слуха и другой сопутствующей симптоматикой. Впервые головокружение отметила 3 дня назад утром при вставании с кровати. Лечилась самостоятельно приемом бетагистина дигидрохлорида без положительного эффекта.

При отоскопии правого и левого ушей наружные слуховые проходы широкие, свободные. Барабанные перепонки серые, световой конус контурируется с двух сторон. Шепотная речь – 6 м с обеих сторон. Лицо симметрично. Подвижность конечностей и сила в конечностях сохранены. Речь не изменена. Явный и скрытый спонтанный нистагм не определяются. Тест встряхивания головы отрицательный. Тест поворота головы отрицательный. Тест саккад и плавного слежения без патологии.

Ваш диагноз? Назначьте обследование и лечение.

Задача 19. Пациентка Н. 55 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на неустойчивость при движениях, особенно при наклонах, головокружение, возникающее при поворотах в постели, вставании и укладывании в постель. Приступы головокружения впервые возникли 1 нед назад утром при вставании с постели, после чего начали повторяться при наклонах и изменении положения тела, а также сопровождались неустойчивостью при ходьбе. Обращалась к остеопату, отметила улучшение после лечения, однако головокружение сохраняется.

При отоскопии правого и левого ушей наружные слуховые проходы широкие, свободные. Барабанные перепонки серые, световой конус контурируется с двух сторон. Шепотная речь – 6 м с обеих сторон. Стато-координаторные и стато-кинетические пробы выполняет. Явный спонтанный нистагм не определяется. Тест Dix-Hallpike при повороте головы в обе стороны отрицательный. В roll-тесте выявлен апогеотропный нистагм, более выраженный при повороте головы вправо.

Ваш диагноз? Лечебная тактика.

Задача 20. Пациент К., 67 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение с жалобами на головокружение вращательного характера, тошноту, рвоту. Пациент находится в положении лежа на носилках, не встает, т.к. в положении лежа на правом боку с неподвижной головой головокружение прекращается. В день поступления утром при вставании с кровати отметил приступ вращательного головокружения такой выраженности, что сразу упал на кровать. После этого пытался несколько раз встать, однако головокружение значительно усиливалось при этих попытках. Отметил появление тошноты, рвоты. Родственниками была вызвана бригада скорой медицинской помощи, пациент был доставлен в приемное отделение.

При отоскопии правого и левого ушей наружные слуховые проходы широкие, свободные. Барабанные перепонки серые, световой конус контурируется с двух сторон. Шепотная речь – 6 м с обеих сторон. Положение пациента лежа на правом боку. Лицо симметрично. Подвижность конечностей и сила в конечностях сохранены. Речь не изменена. Явный и скрытый спонтанный нистагм не определяются. Тест встряхивания головы отрицательный. Тест поворота головы отрицательный. Тест Dix-Hallpike отрицательный. В roll-тесте у пациента выявлен геотропный нистагм, с более выраженной интенсивностью и более выраженным субъективным головокружением при повороте головы вправо.

Ваш Диагноз? Лечебная тактика?

Примерные тестовые задания для проведения текущего контроля знаний по дисциплине « Головокружение в практике врача оториноларинголога»

1. «Шейное» головокружение встречается при миофасциальных синдромах следующих мышц:

- 1) верхней порции трапецевидной;+
- 2) грудино-ключично-сосцевидной;+
- 3) малой грудной мышцы;
- 4) нижней косой;+
- 5) передней лестничной;+
- 6) ромбовидной.

2. Артерия лабиринта отходит от:

- 1) базилярной артерии;+
- 2) задней мозговой артерии;
- 3) задней нижней мозжечковой артерии;
- 4) передней нижней мозжечковой артерии. +

3. Вертиго -это:

- 1) истинное вестибулярное головокружение;+
- 2) несистемное головокружение;
- 3) неустойчивость при ходьбе;
- 4) ощущение, похожее на лёгкое опьянение.

4. Вестибулярная пароксизмия возникает вследствие:

- 1) компрессией корешка вестибулярного нерва опухолью;
- 2) компрессией корешка вестибулярного нерва церебральной артерией или веной;+
- 3) повышения давления эндолимфы в лабиринте;
- 4) раздражения коры височной доли головного мозга.

5. Вестибулярная пароксизмия характеризуется:

- 1) длительными приступами вестибулярного головокружения, шумом в ухе и прогрессирующим снижением слуха;
- 2) короткими приступами вестибулярного головокружения, в сочетании с шумом в ухе и потерей сознания;
- 3) короткими приступами вестибулярного головокружения, шумом в ухе и снижением слуха;+
- 4) постоянным ощущением неустойчивости при ходьбе и приступами шума в ухе.

6. Для базилярной мигрени характерны:

- 1) кохлеовестибулярные и зрительные расстройства, возникающие на фоне постоянной боли в области затылка;
- 2) приступы головокружений с временными глазодвигательными нарушениями в сочетании с головной болью, тошнотой и рвотой;+
- 3) приступы головокружений с временными нарушениями зрения в сочетании с головной болью, тошнотой и рвотой;+
- 4) приступы головокружений с временными нарушениями координации движений в сочетании с головной болью, тошнотой и рвотой. +

7. Для болезни Меньера не является характерным:

- 1) повторные приступы системного головокружения продолжительностью более 20 минут, сопровождающиеся постепенным снижением слуха;
- 2) приступы системного головокружения продолжительностью 10-15 секунд при поворотах головы;+
- 3) приступы системного головокружения продолжительностью более 20 минут, сопровождающиеся шумом в ухе;
- 4) приступы системного головокружения продолжительностью более 20 минут, сопровождающиеся шумом в ухе, тошнотой и рвотой.

8. Для вестибулярного головокружения характерны

- 1) интенционный тремор в верхних конечностях;
- 2) интенционный тремор в нижних конечностях;
- 3) ощущение вращения собственного тела;+
- 4) тошнота и рвота;+
- 5) усиление головокружения при перемене положения головы. +

9. Для вестибулярного нейронита характерны:

- 1) приступы системного головокружения с тошнотой и рвотой, затихающие в покое;
- 2) приступы системного головокружения с тошнотой и рвотой, не затихающие в покое;+
- 3) приступы системного головокружения с тошнотой, рвотой и снижением слуха;
- 4) приступы системного головокружения с тошнотой, рвотой, шумом и звоном в ухе.

10. Для вестибулярной мигрени характерны:

- 1) кохлеовестибулярные и зрительные расстройства, возникающие на фоне постоянной боли в области затылка;
- 2) приступы головной боли и головокружений, сопровождающиеся внезапной потерей сознания;
- 3) приступы головокружений с временными нарушениями зрения в сочетании с головной болью, тошнотой и рвотой;
- 4) приступы головокружений с временными нарушениями слуха в сочетании с головной болью, тошнотой и рвотой. +

11. Для перилимфатической фистулы является характерным:

- 1) головокружение и расстройства слуха, которые могут провоцироваться громкими звуками;+
- 2) головокружение и расстройства слуха, которые могут провоцироваться изменениями атмосферного давления;+
- 3) головокружение и расстройства слуха, которые могут провоцироваться поворотами головы;
- 4) приступы несистемного головокружения с кратковременными глазодвигательными нарушениями;
- 5) приступы системного головокружения без расстройства слуха.

12. Для поражения кохлео-вестибулярного нерва в области мостомозжечкового угла характерно:

- 1) кратковременные приступы системного головокружения с тошнотой, рвотой и преходящим нарушением слуха;
- 2) сочетание головокружения с нарушением слуха;+
- 3) сочетание головокружения с нарушением слуха и периферическим парезом лицевого нерва;+
- 4) сочетание головокружения с расходящимся косоглазием и двоением.

13. Для поражения лицевого нерва в области мостомозжечкового угла при сочетанном поражении с вестибуло-кохлеарным нервом не характерно:

- 1) гиперacusия;+
- 2) нарушение вкуса на передних 2/3 языка;
- 3) снижение корнеального рефлекса;
- 4) сочетанное поражение V и VIII ч.м.н.

14. Для цервикально-хлыстовой травмы является характерным:

- 1) наличие видимых повреждений шеи;
- 2) отсутствие видимых повреждений шеи;+
- 3) появление головокружения в остром периоде;
- 4) появление головокружения спустя 2 дня -1-2 недели после травмы.+

15. Для шейно-черепного симпатического синдрома характерны:

- 1) сочетание двусторонней затылочной головной боли с корешковыми чувствительными расстройствами в ульнарной области;
- 2) сочетание жгучих болей в затылочной области с приступами мышечной слабости в руке;
- 3) сочетание кохлеовестибулярных, вестибуломожечковых нарушений с односторонней головной болью и синдромом Горнера.+

16. Для эпилептикоподобных, начинающихся с приступа головокружения, характерна локализация эпилептогенного очага в:

- 1) височной доле головного мозга;+
- 2) затылочной доле головного мозга;
- 3) лобной доле головного мозга;
- 4) медиобазальных отделах головного мозга;
- 5) теменной доле головного мозга.

17. Если при переводе взора вверх горизонтальный нистагм меняет направление и становится вертикальным, это свидетельствует о поражении:

- 1) височной доли мозга;
- 2) лабиринта;
- 3) мозгового ствола;+
- 4) мозжечка.

18. Истинное вестибулярное головокружение -это

- 1) неустойчивость при ходьбе;
- 2) ощущение похожее на лёгкое опьянение;
- 3) ощущение приближения потери сознания;
- 4) потемнение в глазах, мушки перед глазами;
- 5) приступы головокружения с ощущением вращения тела пациента в пространстве;+
- 6) приступы головокружения с ощущением движения окружающих пациента предметов в пространстве.+

19. Истинное вестибулярное головокружение связано с поражением:

- 1) вестибуло-мозжечково-корковых связей;+
- 2) вестибулярного ганглия и вестибулярного нерва;+
- 3) вестибулярных ядер в стволе головного мозга;+
- 4) лабиринта внутреннего уха;+
- 5) пирамидной и чувствительной систем;
- 6) сенсорной, зрительной систем;
- 7) экстрапирамидной системы.

20. К вестибулярному синдрому относится:

- 1) апраксия;
- 2) диффузная головная боль;
- 3) несистемное головокружение;
- 4) системное головокружение;+
- 5) сопутствующее головокружению снижение слуха.+

21. К периферическому вестибулярному синдрому не относится:

- 1) атаксия;
- 2) рвота;
- 3) системное головокружение;
- 4) снижение мышечной силы.+

22. Какое исследование является наиболее информативным для исключения нейроваскулярного конфликта?

- 1) КТ головного мозга с КТ-ангиографией;
- 2) КТ пирамидок височных костей;
- 3) МРТ головного мозга по специальной методике;+
- 4) Транскраниальная доплерография.

23. Кратковременные приступы системного головокружения без нарушения слуха, связанные с изменением положения головы или тела характерны для:

- 1) болезни Меньера;
- 2) доброкачественного пароксизмального головокружения;+
- 3) лабиринтита;
- 4) перилимфатической фистулы.

24. Липотимия-это:

- 1) Постсинкопальное состояние;
- 2) Пресинкопальное состояние;+
- 3) Собственно синкопе;
- 4) Состояние перед эпилептическим припадком;
- 5) Состояние после эпилептического припадка.

25. Механизм поддержания равновесия осуществляется за счет взаимодействия 3-х анализаторов:

- 1) вестибулярного;+
- 2) зрительного;+
- 3) обонятельного;
- 4) слухового;
- 5) чувствительного.+

26. Назовите заболевания, вызывающие периферическое вестибулярное головокружение

- 1) болезнь Меньера;+
- 2) вестибулярный нейронит;+
- 3) височная эпилепсия;
- 4) доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ);+
- 5) рассеянный склероз.

27. Нарушение слуха в сочетании с системным головокружением характерно для:

- 1) болезни Меньера;+
- 2) вестибулярного нейронита;

- 3) доброкачественного позиционного головокружения;
- 4) лабиринтита. +

28. Перилимфатическая фистула может развиваться:

- 1) после травмы лабиринта; +
- 2) при опухоли мосто-мозжечкового угла;
- 3) при холестатоме; +
- 4) при хроническом отите. +

29. Периферический кохлео-вестибулярный синдром не сопровождается:

- 1) горизонтально-ротаторным нистагмом;
- 2) онемением половины лица или тела; +
- 3) отклонением в пробе Унтенберга в одну сторону более чем на 45°;
- 4) потерей сознания; +
- 5) тошнотой и рвотой.

30. Периферический нистагм никогда не бывает:

- 1) горизонтально-ротаторным;
- 2) горизонтальным;
- 3) конвергирующим; +
- 4) монокулярным; +
- 5) направленным в одну сторону.

31. При каком происхождении головокружения использование бетажистина в остром периоде не рекомендуется?

- 1) доброкачественном позиционном пароксизмальном;
- 2) при вестибулярной мигрени;
- 3) при вестибулярной пароксизмии;
- 4) при вестибулярном нейроните. +

32. При каком происхождении головокружения использование медикаментозного лечения не рекомендуется?

- 1) доброкачественном позиционном пароксизмальном; +
- 2) на фоне опухоли мосто-мозжечкового угла;
- 3) при вестибулярной мигрени;
- 4) при вестибулярной пароксизмии.

33. При периферическом вестибулярном синдроме в позе Ромберга характерно появление:

- 1) интенционного тремора в руке с одной стороны;
- 2) односторонней атаксии в руке при движениях;
- 3) отклонения головы и туловища кзади;
- 4) отклонения головы, туловища и обеих рук в одну сторону. +

34. Проба Дикса-Холлпайка проводится для подтверждения диагноза:

- 1) вестибулярного нейронита;
- 2) доброкачественного позиционного головокружения; +
- 3) лабиринтита;
- 4) невриномы VIII нерва.

35. Психогенное головокружение не сопровождается:

- 1) вращением предметов вокруг тела пациента; +
- 2) неустойчивостью при ходьбе;
- 3) однонаправленным нистагмом; +

4) чувством легкого опьянения, дурноты.

36. Синдром Брунса характеризуется:

- 1) внезапным падением больного при резкой перемене положения тела из горизонтального в вертикальное с падением артериального давления;
- 2) внезапным приступом кохлеовестибулярных, координаторных и зрительных расстройств, связанным с поворотом головы и шеи;
- 3) приступами головокружений при поворотах головы в сочетании с потерей сознания, нарушением сердечного ритма и дыхания;+
- 4) приступами головокружений при поворотах головы в сочетании с шумом в ушах без потери сознания.

37. Сочетание системного головокружения с интенционным тремором и односторонней атаксией при выполнении координаторных проб характерно для поражения:

- 1) височной доли мозга;
- 2) кохлео-вестибулярного нерва;
- 3) лабиринта;
- 4) полушария мозжечка.+

38. У пациента системное головокружение, тошнота и рвота, нейросенсорная тугоухость справа, горизонтальный нистагм влево. Укажите локализацию процесса:

- 1) левая височная доля;
- 2) левая половина варолиева моста;
- 3) правая височная доля;
- 4) правая половина варолиева моста;
- 5) правый вестибулокохлеарный нерв.+

39. Укажите заболевания, вызывающие поражение только центральных вестибулярных структур

- 1) болезнь Меньера;
- 2) вестибулярный нейронит;
- 3) височная эпилепсия;+
- 4) инсульт в стволе головного мозга или мозжечке;+
- 5) опухоли мосто-мозжечкового угла;+
- 6) рассеянный склероз;+
- 7) транзиторная ишемическая атака в вертебробазилярной артериальной системе.+

40. Холестеатома – это:

- 1) опухоль вестибуло-кохлеарного нерва;
- 2) опухоль мосто-мозжечкового угла;
- 3) опухоль сосцевидного отростка;
- 4) опухоль, развивающаяся при хроническом бактериальном воспалении внутреннего уха.+