

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ



УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Пиневич Д.Л.

«22» сентября 2017 г.

Регистрационный № 129-1217

МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУБКЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ МИГРЕНИ

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик:

государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр неврологии и нейрохирургии»

Авторы:

к.м.н. Марьенко И.П., д.м.н., профессор Лихачев С.А., к.м.н. Плешко И.В.,
Ровбуть С.М., Можейко М.П.

Минск, 2017

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод определения субклинических проявлений вестибулярной дисфункции при мигрени на основе вестибулосенсорных, вестибуломоторных и вестибуловегетативных реакций, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на диагностику мигрени (G45, R51, F44.2, H81).

Метод, изложенный в настоящей инструкции, предназначен для врачей-неврологов, врачей-оториноларингологов, иных врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам с головной болью и головокружением.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Определение субклинических проявлений вестибулярной дисфункции при мигрени.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Отсутствуют.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, РЕАКТИВОВ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И Т.Д.

Средства измерений

1. Аппаратно-программный комплекс «Электронистагмограф» с принтером для проведения электронистагмографии.
2. Стабилоанализатор компьютерный с биологической обратной связью.

Вспомогательные устройства

3. Стационарное кресло.
4. Кушетка.
5. Стул.
6. Персональный компьютер.
7. Проекционный экран.

Расходные материалы

Электроды для холтеровского мониторинга и коммутирующие соединения.

Допускается использование аналогичного оборудования, материалов и реактивов, по качественным характеристикам, не уступающим указанным выше, разрешенных Министерством здравоохранения для применения на территории Республики Беларусь.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

1. Проводится нейропсихологическое тестирование:

1.2. Дневник сопутствующих головной боли симптомов Российского Межрегионального Общества по изучению боли (Приложение А).

1.3. Экспресс - опросник оценки типа головокружения (Приложение Б).

1.4. Опросник по боли (Приложение В).

2. Вертигометрия.

3. Нейроортопедическое тестирование.

4. Вестибулометрия с функциональными тестами:

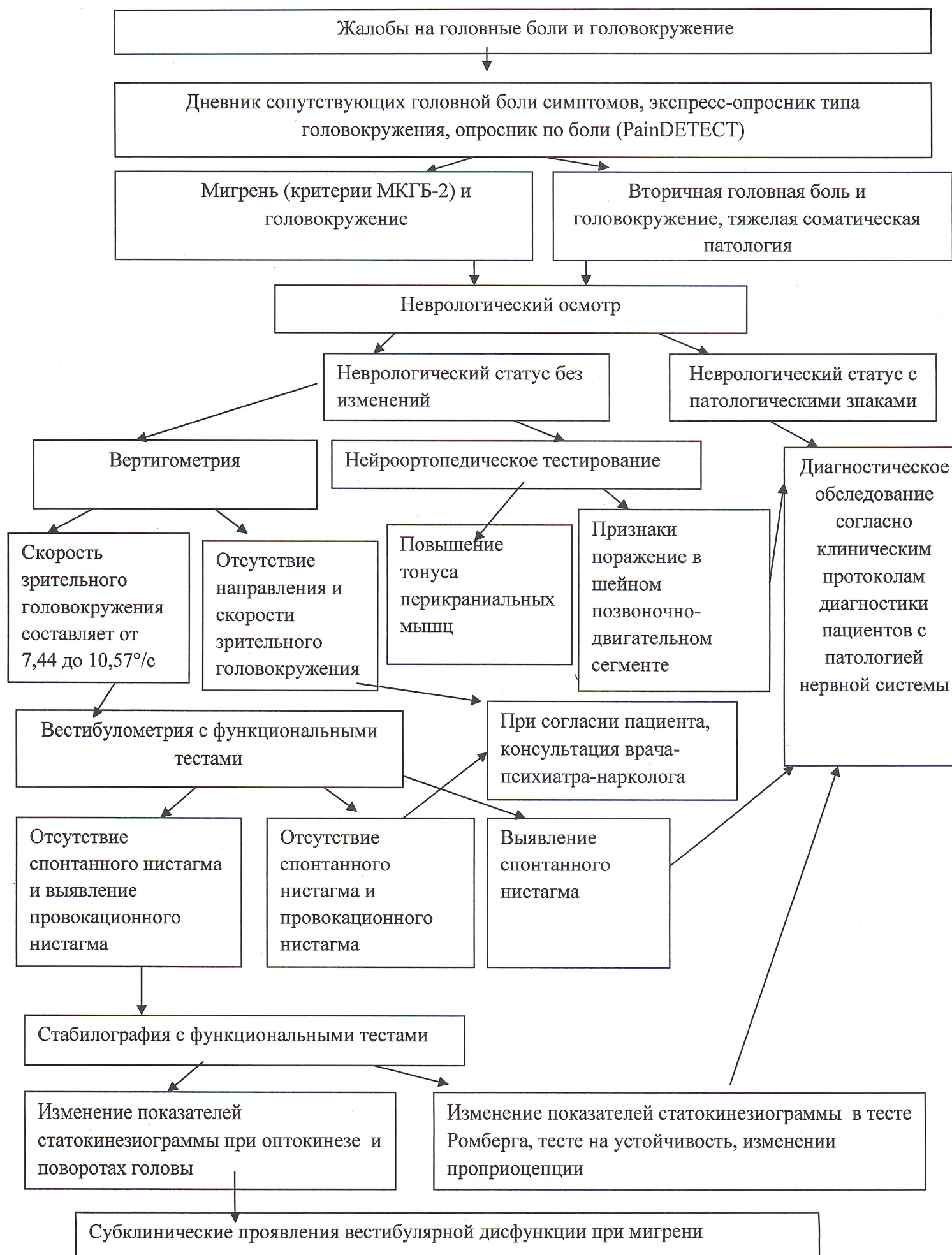
- проба с гипервентиляцией,
- проба де Клейна,
- проба Вальсальвы,
- проба Дикса-Холлпайка,
- оптокинетическая стимуляция,
- регистрация вестибулоокулярного рефлекса и реакций его подавления.

5. Стабилография с функциональными тестами:

- тест Ромберга,
- тест Ромберга с измененной проприоцепцией,
- тест с поворотами головы,
- тест с оптокинетической стимуляцией,
- тест на устойчивость.

6. Определение субклинических проявлений вестибулярной дисфункции при мигрени проводят согласно следующей схеме.

Рисунок - Метод определения субклинических проявлений вестибулярной дисфункции при мигрени



ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Осложнения отсутствуют.

Ошибки технического характера – неправильная установка электродов, отсутствие записи канала, наличие наводки, неправильная установка пациента на стабиллоплатформу и т.д., что требует устранения и повторного проведения корректной записи.

Вестибуловегетативные реакции (дурнота, головокружение, потливость), возникающие в некоторых случаях во время проведения вестибулометрии с функциональными тестами и вертигометрии, носят незначительный характер и не требуют дополнительных вмешательств, купируются самостоятельно во время отдыха пациента.

ДНЕВНИК СОПУТСТВУЮЩИХ СИМПТОМОВ

Ф.И.О.: _____ Дата рождения (д/м/г): _____ Заполняйте

Начало заполнения дневника: _____ Окончание заполнения дневника: _____ Заполняйте

одну колонку **каждый вечер**, отмечая в ячейке «+» или «-».

Если головной боли (ГБ) у Вас не было, всё равно просмотрите все перечисленные симптомы и отметьте те, которые отмечались у Вас в этот день.

Если Вы отметили «+», то рядом укажите примерную продолжительность данного симптома (в минутах или часах).

[illegible]

Приложение Б

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ»

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Адрес _____

Дата рождения _____ Дата обследования _____

Просьба внимательно прочитать вопросы и выбрать вариант ответа

1. На что вы жаловались и какие были симптомы в период обострения заболевания			
ощущение кружения окружающих Вас объектов	да	нет	не знаю
ощущение движения собственного тела	да	нет	не знаю
нарушение равновесия при ходьбе с поворотом влево или вправо	да	нет	не знаю
тенденция к поворотам – влево, вправо, назад	да	нет	не знаю
неуверенность при нахождении в положении стоя – страх упасть	да	нет	не знаю
чувство нестабильности, передвижения пола	да	нет	не знаю
тошнота, рвота	да	нет	не знаю
головная боль	да	нет	не знаю
другое...	да	нет	не знаю

2. Когда симптомы появились впервые? _____

3. Если у Вас постоянное головокружение, то какой они имеют характер: постоянный, или проявляются как неожиданные приступы? _____

4. Как часто у Вас головокружение? _____

5. Как долго длится приступ? _____

6. Были ли установлены причины возникновения головокружения? Если да, то какие?	да	нет	не знаю
7. Можете ли Вы предвидеть приступ головокружения?	да	нет	не знаю
8. Появляются ли приступы головокружения при движении головой, наклоне шеи, движений тела (если да, то каких)	да	нет	не знаю

9. Что предшествует приступу? _____

10. Что усиливает приступ? _____

11. Проявляется ли ухудшение слуха во время приступа? (если да, то: левое ухо; правое ухо; оба уха)	да	нет	Не знаю
12. Сопутствует ли приступу головокружения шум в ушах? (если да, то: левое ухо; правое ухо; оба уха)	да	нет	не знаю
13. Сопутствует ли приступу головокружения ощущение полноты в ушах? (если да, то: левое ухо; правое ухо; оба уха)	да	нет	не знаю
14. Были ли в прошлом случаи воспаления уха?	да	нет	не знаю
15. Постоянно ли ухудшаются приступы головокружения?	да	нет	не знаю
16. Были (или есть) какие-либо выделения из ушей? (если да, то: гнойные, слизистые, кровянистые)	да	нет	не знаю
17. Были в прошлом травмы головы?	да	нет	не знаю
18. Травма головы сопровождалась потерей сознания ?	да	нет	не знаю
19. Были ли травмы шейного отдела позвоночника?	да	нет	не знаю
20. Есть ли какие-то последствия травмы шейного отдела позвоночника?	да	нет	не знаю
21. Если ли у Вас аллергия на что-либо?	да	нет	не знаю
22. Подвергались ли Вы воздействию шума? (когда, в каком возрасте, резко?)	да	нет	не знаю
23. Принимаете ли вы какие-то лекарства?	да	нет	не знаю
24. Курите ли Вы?	да	нет	не знаю
25. Употребляете ли вы алкоголь?	да	нет	не знаю
26. Страдаете ли Вы укачиванием?	да	нет	не знаю
27. Замелили ли вы у себя симптомы, описанные ниже?			
- нарушение зрения	да	нет	не знаю
- раздвоение объектов	да	нет	не знаю
- онемение конечностей	да	нет	не знаю
- расстройство движения	да	нет	не знаю
- расстройство сознания	да	нет	не знаю
- нарушение речи	да	нет	не знаю
- проблемы при глотании	да	нет	не знаю
- асимметрия лица	да	нет	не знаю

28. При наличии каких-либо других симптомов, просьба описать их своими словами

_____ Подпись пациента

ОПРОСНИК ПО БОЛИ

Дата: _____ Пациент: Фамилия: _____ Имя: _____

Как бы Вы оценили интенсивность боли, которую испытываете сейчас, в настоящий момент?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

боли нет максимальная

Как бы Вы оценили интенсивность наиболее сильного приступа боли за последние 4 недели?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

боли не было максимальная

В среднем, насколько сильной была боль в течение последних 4 недель?

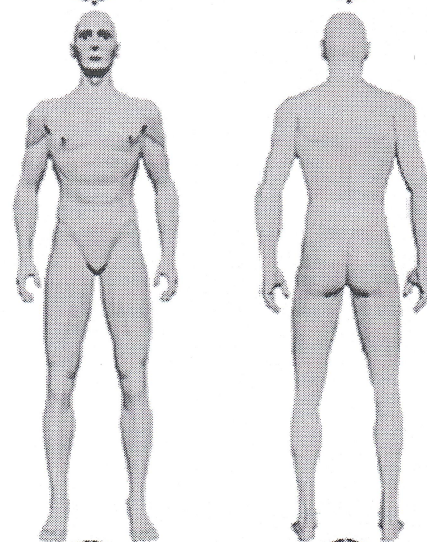
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

боли не было максимальная

Отметьте крестиком картинку, которая наиболее точно отражает характер протекания боли в Вашем случае:

Непрерывная боль, немного меняющаяся по интенсивности ☐Непрерывная боль с периодическими приступами ☐Приступы боли без болевых ощущений в промежутках между ними ☐Приступы боли, сопровождающиеся болевыми ощущениями в промежутках между ними ☐

Пожалуйста, заштрихуйте на рисунке одну область, где Вы испытываете наиболее сильную боль

Отдает ли боль в другие области тела? да ☐ нет ☐

Если отдает, пожалуйста, укажите стрелочкой, в каком направлении.

Испытываете ли Вы ощущение жжения (например, как при ожоге крапивой) в области, которую отметили на рисунке?

совсем нет ☐ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное ☐

Ощущаете ли Вы покалывание или пощипывание в области боли (как покалывание от онемения или слабого электрического тока)?

совсем нет ☐ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное ☐

Возникают ли у Вас болезненные ощущения в указанной области при легком соприкосновении (с одеждой, одеялом)?

совсем нет ☐ едва заметные ☐ незначительные ☐ умеренные ☐ сильные ☐ очень сильные ☐

Возникают ли у Вас резкие приступы боли в указанной области, как удар током?

совсем нет ☐ едва заметные ☐ незначительные ☐ умеренные ☐ сильные ☐ очень сильные ☐

Возникают ли у Вас иногда болезненные ощущения в указанной области при воздействии холодного или горячего (например, воды, когда Вы моетесь)?

совсем нет ☐ едва заметные ☐ незначительные ☐ умеренные ☐ сильные ☐ очень сильные ☐

Ощущаете ли Вы онемение в указанной области?

совсем нет ☐ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное ☐

Вызывает ли боль легкое нажатие на указанную область, например, нажатие пальцем?

совсем нет ☐ едва заметную ☐ незначительную ☐ умеренную ☐ сильную ☐ очень сильную ☐

(заполняется врачом)					
совсем нет	едва заметное	незначительное	умеренное	сильное	очень сильное
x 0 = 0	x 1 =	x 2 =	x 3 =	x 4 =	x 5 =

Общее количество баллов из 35

R. Freynhagen, R. Baron, U. Gockel, T.R. Toile, CurrMed Res Opin Vol 22, 2006, 1911-1920 © 2005 Pfizer Pharma GmbH, Pfizerstr.1, 76139 Karlsruhe, Germany

PD-Q - Russia/Russian - Final version - 25 Jun 07 - Mapi Research Institute.
t:\instinct\adaptproject4\1011study4\1011final_versions\pd-qrus.doc-25/06/2007

Подсчет баллов в опроснике по боли

Дата: _____

Пациент: Фамилия: _____

Имя: _____

Пожалуйста, укажите общее количество баллов, которое Вы получили в опроснике по боли:

Общее количество баллов

Пожалуйста, подсчитайте количество баллов с учетом отмеченных типов боли, а также с учетом ответа на вопрос о распространении боли. Затем, суммируйте полученное число с общим количеством баллов, чтобы получить итоговое количество баллов:



Непрерывная боль, немного меняющаяся по интенсивности

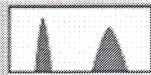
0



Непрерывная боль с периодическими приступами

-1

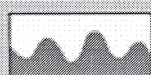
если отмечена эта картинка, или



Приступы боли без болевых ощущений в промежутках между ними

+1

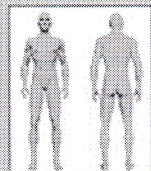
если отмечена эта картинка, или



Приступы боли, сопровождающиеся болевыми ощущениями в промежутках между ними

+1

если отмечена эта картинка



Боль отдает в другие области?

+2

если отдает

Итоговое количество баллов

Результаты тестирования на наличие невропатического компонента боли

