

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 16.03.2017
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
И.о. ректора Е.Н. Касаткин
«20» апреля 2017 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ «Неврология»

Специальность 37.05.01 Клиническая психология

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 5 лет 6 месяцев

Кафедра неврологии и нейрохирургии

Рабочая программа дисциплины разработана на основе:

- 1) ФГОС ВО по ФГОС ВО по специальности 37.05.01 Клиническая психология, утвержденный Министерством образования и науки Российской Федерации 12 сентября 2016 г., приказ № 1181
- 2) Учебного плана по специальности Клиническая психология, одобренный ученым Советом ФГБОУ ВО Кировская ГМА Минздрава России 16.12.2016 г., протокол № 11.

Рабочая программа дисциплины одобрена:

кафедрой неврологии и нейрохирургии «14» марта 2017 г. (протокол № 16/16-17)

И.о. заведующего кафедрой Ю.В. Кислицын

советом социально-экономического факультета 24.03.2017 г. (протокол № 3)

Председатель совета факультета Л.Н. Шмакова

Центральным методическим советом 20.04.2017 г. (протокол № 6)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

Доцент кафедры неврологии и нейрохирургии С.А. Татаренко

Рецензенты

Зав. кафедрой психиатрии им. В.И. Багаева М.В. Злоказова

Главный специалист невролог Минздрава Кировской области,
главный врач КОГБУЗ «Кировская городская больница №4» В.Г. Мальцев

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|----|
| Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП | 4 |
| 1.1. Цель изучения дисциплины | 4 |
| 1.2. Задачи изучения дисциплины | 4 |
| 1.3. Место дисциплины в структуре ОПОП | 4 |
| 1.4. Объекты профессиональной деятельности | 4 |
| 1.5. Виды профессиональной деятельности | 5 |
| 1.6. Формируемые компетенции выпускника | 5 |
| Раздел 2. Объем дисциплины и виды учебной работы | 8 |
| Раздел 3. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) | 8 |
| 3.1. Содержание разделов дисциплины | 8 |
| 3.2. Разделы дисциплины и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами | 14 |
| 3.3. Разделы дисциплины и виды занятий | 14 |
| 3.4. Тематический план лекций | 14 |
| 3.5. Тематический план практических занятий (семинаров) | 17 |
| 3.6. Самостоятельная работа обучающегося | 22 |
| 3.7. Лабораторный практикум | 22 |
| 3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ | 22 |
| Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины | 23 |
| 4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине | 23 |
| 4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины | 24 |
| 4.2.1. Основная литература | 24 |
| 4.2.2. Дополнительная литература | 24 |
| 4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины | 24 |
| 4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине, программного обеспечения и информационно-справочных систем | 25 |
| 4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине | 25 |
| Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины | 26 |
| Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины | 27 |
| Раздел 7. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине | 28 |

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

1.1. Цель изучения дисциплины «Неврология» состоит в формировании у студентов системы теоретических знаний и практических навыков по строению и топической диагностике патологии центральной и периферической нервной системы, созданию базы для становления клинического психолога и повышение общемедицинской эрудиции специалиста.

1.2. Задачи изучения дисциплины

консультативная и психотерапевтическая деятельность:

- сформировать навыки определения целей, задач и программы психологического вмешательства с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик и в соответствии с задачами профилактики, лечения, реабилитации и развития;

психодиагностическая деятельность:

- сформировать знания об анатомии центральной нервной системы, необходимые для диагностики психических функций, состояний, свойств и структуры личности и интеллекта, психологических проблем, конфликтов, способов адаптации, личностных ресурсов, межличностных отношений и других психологических феноменов с использованием соответствующих методов клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования;

- сформировать у студентов основы клинического мышления на основании анализа характера и структуры межорганных и межсистемных отношений с позиции интегральной медицины для будущей практической деятельности клинического психолога;

- обучить студентов навыкам проведения неврологического обследования, выявлять симптомы поражения нервной системы, объединять симптомы в синдромы и ставить топический диагноз;

- обучить принципам установления диагноза и логике назначения лечения наиболее часто встречающихся неврологических заболеваний, провести профилактику заболеваний нервной системы.

1.3. Место дисциплины в структуре ОПОП:

Дисциплина «Неврология» относится к блоку Б 1. Дисциплины Базовой части

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Функциональная анатомия центральной нервной системы, Нейрофизиология, Психофизиология, Логика, Современные концепции естествознания.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Клиническая психология в геронтологии и гериатрии, Психофармакология, Нейропсихологическая диагностика в системе врачебно-трудовой экспертизы, Психодиагностика.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины, являются:

- человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, психологическим, социальным и духовным состоянием, а также системы и процессы охраны, профилактики и восстановления здоровья;

- психологические факторы дезадаптации и развития нервно-психических и психосоматических заболеваний;

- формирование поведения, направленного на поддержание, сохранение, укрепление и восстановление здоровья;

- психологическая диагностика, направленная на решение диагностических и лечебных задач клинической практики и содействия процессам коррекции, развития и адаптации личности;

- психологическое консультирование в рамках профилактического, лечебного и реабилитационного процессов, в кризисных и экстремальных ситуациях, а также в целях со-действия процессам развития и адаптации личности;
- психологическая экспертиза в связи с задачами медико-социальной (трудовой), медико-педагогической, судебно-психологической и военной экспертизы.

1.5. Виды профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины направлено на подготовку к следующим видам профессиональной деятельности:

- консультативная и психотерапевтическая деятельность;
- психодиагностическая.

1.6. Формируемые компетенции выпускника

| № п/п | Номер/индекс компетенции | Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции) | Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине | | | Оценочные средства |
|-------|--------------------------|---|---|--|---|---|
| | | | Знать | Уметь | Владеть | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. | ПК-2 | готовностью выявлять и анализировать информацию о потребностях (запросах) пациента (клиента) и медицинского персонала (или заказчика услуг) | З2. Методы оценки неврологического статуса, основные симптомы неврологических (в том числе наследственных) заболеваний, основные методы, используемые для лабораторной и инструментальной диагностики патологии нервной системы, принципы оформления амбулаторной и стационарной медицинской документации | У2. Интерпретировать результаты неврологического осмотра, наиболее распространенных методов инструментальной и лабораторной диагностики патологии нервной системы, оформить учебную карту стационарного больного | В2. Методами сбора жалоб, анамнеза пациента с патологией нервной системы, с наследственной патологией, методами интерпретации данных нейровизуализационных, нейрофизиологических, лабораторных способов диагностики поражения нервной системы | ситуационные задачи, тестовый контроль, собеседование |

| | | | | | | |
|----|------|--|--|--|--|---|
| 2. | ПК-3 | <p>способностью планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этические нормы с учетом нозологических, социально-демографических, культурных и индивидуально-психологических характеристик</p> | <p>32. Основные и дополнительные методы обследования больных; основные клинические методы исследования нервной системы с углубленным обследованием функции нервной системы</p> | <p>У2. Интерпретировать результаты исследования нервной системы</p> | <p>В2. Методикой исследования неврологического статуса:</p> <p>исследование чувствительных, двигательных функций; исследование функции черепных нервов I-XII; исследование физиологических и патологических рефлексов; исследование поверхностной и глубокой чувствительности; исследование координации у больных с поражением нервной системы</p> | <p>ситуационные задачи, тестовый контроль, собеседование, учебная курация пациентов под контролем преподавателя</p> |
| | | | <p>35. Основные клинические методы исследования нервной системы с углубленным обследованием функций</p> | <p>У5. Провести обследование и неврологическое обследование больного, оформить историю болезни, провести обработку и анализ полученных данных, в том</p> | <p>В5. Методикой исследования неврологического статуса, навыками интерпретации данных психологических исследований</p> | |

| | | | | | | |
|----|------|---|--|---|---|--|
| | | | | числе, с применением информационных технологий | | |
| 3. | ПК-5 | способностью и готовностью определять цели и самостоятельно или в кооперации с коллегами разрабатывать программы психологического вмешательства с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик, квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития | 31. Основные симптомы и синдромы поражения нервной системы, знать нозологические формы поражений нервной системы | У1. Выявлять симптомы поражения нервной системы | В1. Навыками установления неврологических синдромов | ситуационные задачи, тестовый контроль, собеседование, учебная курация пациентов под контролем преподавателя |

Раздел 2. Объем дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетных единицы, 108 часов.

| Вид учебной работы | Всего часов | Семестры | |
|--------------------------------------|-------------|----------|-------|
| | | № 3 | № 4 |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Аудиторные занятия (всего) | 72 | 34 | 38 |
| в том числе: | | | |
| Лекции (Л) | 28 | 14 | 14 |
| Практические занятия (ПЗ) | 44 | 20 | 24 |
| Семинары (С) | 0 | 0 | 0 |
| Лабораторные занятия (ЛР) | 0 | 0 | 0 |
| Самостоятельная работа (всего) | 36 | 20 | 16 |
| В том числе: | | | |
| - Курсовой проект (работа) | 0 | 0 | 0 |
| - Контрольная работа | 0 | 0 | 0 |
| - Расчетно-графические работы | 0 | 0 | 0 |
| - Реферат | 6 | 0 | 6 |
| - Другие виды самостоятельной работы | 30 | 20 | 10 |
| Вид промежуточной аттестации | экзамен | | |
| | зачет | | зачет |
| Общая трудоемкость (часы) | 108 | 54 | 54 |
| Зачетные единицы | 3 | 1,5 | 1,5 |

Раздел 3. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам)

3.1. Содержание разделов дисциплины

| № п/п | Код компетенции | Наименование раздела дисциплины | Содержание раздела |
|-------|------------------|---------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | ПК-2, ПК-3, ПК-5 | Общая неврология | <p>Темы: 1) Общее строение нервной системы. Семиотика поражения чувствительности</p> <p>2) Топическая диагностика поражения двигательной системы</p> <p>3) Топическая диагностика поражения спинного мозга</p> <p>4) Топическая диагностика поражения мозжечка. Топическая диагностика поражения экстрапирамидной, лимбической системы, ретикулярной формации</p> <p>5) Топическая диагностика поражения черепно-мозговых нервов – I-VI пары</p> <p>6) Топическая диагностика поражения черепно-мозговых нервов –VII-XII пары</p> <p>7) Топическая диагностика поражения коры головного мозга</p> <p>8) Вегетативная нервная система</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>9) Методика осмотра неврологического больного</p> <p>Тема 1: Общее строение нервной системы. Семиотика поражения чувствительности. Знакомство с клиникой неврологии. Деонтологические аспекты. Социальная значимость современных нейронаук. Принципы строения и функционирования нервной системы. Построение топического диагноза в неврологии. Симптомы выпадения и раздражения. Терминология нарушений в неврологии. Регенерация в нервной системе. Чувствительность: экстероцептивная, проприоцептивная, интероцептивная, сложные виды. Анатомия и физиология проводников поверхностной и глубокой чувствительности. Виды чувствительных расстройств и их терминология. Типы расстройств чувствительности: периферический, сегментарный, проводниковый, корковый.</p> <p>Тема 2: Топическая диагностика поражения двигательной системы Корково-мышечный путь, строение, центральный и периферический мотонейроны. Рефлекторная дуга: строение и функционирование. Поверхностные и глубокие рефлексы: физиологические и патологические. Регуляция мышечного тонуса. Методы исследования моторики. Центральный и периферический параличи. Клинические особенности поражения корково-мышечного пути на разных уровнях: прецентральная извилина, внутренняя капсула, ствол мозга, спинной мозг (боковой канатик, передний рог), передний корешок, сплетение, периферический нерв, нейромышечный синапс, мышца.</p> <p>Тема 3: Топическая диагностика поражения спинного мозга Анатомия и физиология спинного мозга, его уровни и основные функциональные центры: диафрагмальный, цилиоспинальный, центры тазовых органов. Чувствительные и двигательные расстройства при поражении шейных, грудных, поясничных и крестцовых сегментов спинного мозга на разных уровнях.</p> <p>Тема 4: Топическая диагностика поражения мозжечка. Топическая диагностика поражения экстрапирамидной, лимбической системы, ретикулярной формации Анатомия и физиология мозжечка и вестибу-</p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>лярной системы, афферентные и эфферентные связи, роль в организации движений. Методы исследования координации. Симптомы поражения мозжечка. Атаксии: мозжечковая, вестибулярная, лобная, сенситивная, истерическая. Строение и связи экстрапирамидной системы, участие в обеспечении позы, мышечного тонуса и стереотипных автоматизированных движений. Акинетико-ригидный и гиперкинетический синдромы, виды гиперкинезов. Лимбическая система и ретикулярная формация: синдромы поражения.</p> <p>Тема 5: Топическая диагностика поражения черепно-мозговых нервов – I-VI пары I пара – строение, функции, симптомы поражения. II пара – зрительный нерв и зрительная система: признаки поражения на разных уровнях. Нейроофтальмологические методы исследования. III, IV, VI нервы – симптомы поражения. Медиальный продольный пучок. Офтальмоплегия. Коровый и стволовый центры зрения. Зрачковый рефлекс и зрачковые реакции, их диагностическое значение. V пара – тройничный нерв, симптомы расстройств чувствительности (периферический, ядерный, стволовой, полушарный); нарушения жевания. Альтернирующие синдромы Джексона, Мийара-Гублера, Вебера.</p> <p>Тема 6: Топическая диагностика поражения черепно-мозговых нервов – VII-XII пары VII пара – строение и функция, центральный и периферический парез лицевой мускулатуры, клиника поражения нерва на разных уровнях. VIII пара – строение и функция, роль вестибулярного аппарата и регуляции координации движений, равновесия в позе, признаки поражения на разных уровнях. Отоневрологические методы исследования. IX и X пары – строение, признаки поражения на разных уровнях, бульбарный и псевдобульбарный паралич. XI нерв – признаки поражения. XII нерв – признаки поражения, центральный и периферический парез мышц языка.</p> <p>Тема 7: Топическая диагностика поражения коры головного мозга Кора головного мозга: строение, функцио-</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|----|------------------|--------------------|---|
| | | | <p>нальная организация, асимметрия полушарий. Высшие мозговые функции: гнозис, праксис, речь, чтение, письмо, интеллект и их расстройства. Синдромы поражения лобных, теменных, височных и затылочных долей головного мозга. Общемозговые симптомы. Методы исследования головного мозга.</p> <p>Тема 8: Вегетативная нервная система Особенности строения, методика исследования, основные симптомы нарушения функции</p> <p>Тема 9: Методика осмотра неврологического больного Исследование неврологического статуса: обшемозговые симптомы, очаговая симптоматика (функция черепных нервов, двигательная, чувствительная сфера, координация).</p> |
| 2. | ПК-2, ПК-3, ПК-5 | Частная неврология | <p>Темы: 1) Инфекционные заболевания нервной системы 2) Заболевания спинного мозга 3) Заболевания периферической нервной системы 4) Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника 5) Сосудистая патология головного мозга 6) Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная травмы 7) Опухоли головного мозга 8) Опухоли спинного мозга 9) Пароксизмальные состояния в неврологии: эпилепсия 10) Пароксизмальные состояния в неврологии: неэпилептические пароксизмы 11) Головные боли 12) Неврозы 13) Медицинская генетика: наследственная патология нервной системы</p> <p>Тема 1: Инфекционные заболевания нервной системы Этиология и патогенез нейроинфекций. Синдром менингита, энцефалита. Бактериальные и вирусные менингиты: классификация, клиника, диагностика. Клещевой энцефалит: классификация, клиника, диагностика, профилактика. Клещевой боррелиоз. Абсцессы головного мозга: клиника, диагностика. Психологическая коррекция больных.</p> <p>Тема 2: Заболевания спинного мозга Рассеянный склероз, боковой амиотрофиче-</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>ский склероз: патогенез, клиника, диагностика, профилактика обострений. Реабилитация спинальных больных. Возрастные аспекты патологии спинного мозга. Психологическая коррекция больных.</p> <p>Тема 3: Заболевания периферической нервной системы Этиопатогенез заболеваний периферической нервной системы. Полинейропатии: клиника основных форм, диагностика. Демиелинизирующие полирадикулонейропатии: клиника, диагностика. Травмы периферических нервов и сплетений: клиника, диагностика. Невралгия V нерва и нейропатия VII нерва: клиника, диагностика.</p> <p>Тема 4: Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника Патогенез развития неврологических осложнений остеохондроза позвоночника. Шейный остеохондроз: цервикаго, цервикалгия, корешковые синдромы, синдром позвоночной артерии, грыжи межпозвонковых дисков: клиника, диагностика. Поясничный остеохондроз: люмбаго, люмбалгия, корешковые синдромы, синдром компрессионной радикуломиелоишемии: клиника, диагностика. Реабилитация больных с поражением периферической нервной системы немедикаментозными методами, психологическая коррекция.</p> <p>Тема 5: Сосудистая патология головного мозга Этиология сосудистых церебральных расстройств. Патогенез развития неврологических осложнений дисциркуляторных поражений мозга, классификация нарушений. Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения, острые нарушения мозгового кровотока, хроническая дисциркуляторная энцефалопатия: клиника, диагностика. Интенсивная терапия инсультов. Реабилитация нейрососудистых пациентов. Психологическая коррекция больных.</p> <p>Тема 6: Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная травмы Биомеханика и классификация черепно-мозговой и позвоночно-спинальной травмы. Патогенез развития неврологических расстройств. Клинические формы повреждений головного и спинного мозга. Ургентные во-</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>просы. Реабилитация нейротравматологических пациентов. Психологическая коррекция больных.</p> <p>Тема 7: Опухоли головного мозга Этиология и эпидемиология опухолей головного мозга. Гистологическая классификация новообразований. Патогенез воздействия опухоли на головной мозг. Клиника, диагностика опухолей головного мозга. Общемозговая, очаговая, дислокационная симптоматика. Виды оперативных вмешательств. Реабилитация нейроонкологических пациентов. Психологическая коррекция больных.</p> <p>Тема 8: Опухоли спинного мозга Этиология и эпидемиология опухолей спинного мозга. Гистологическая классификация новообразований. Патогенез воздействия опухоли на спинной мозг. Клиника, диагностика опухолей спинного мозга. Общемозговая, очаговая, дислокационная симптоматика. Виды оперативных вмешательств. Реабилитация нейроонкологических пациентов. Психологическая коррекция больных.</p> <p>Тема 9: Пароксизмальные состояния в неврологии: эпилепсия Этиология, патогенез и классификация эпилептических припадков, их клиническая характеристика. Понятие эпилептической реакции, эпилептического синдрома и эпилепсии. Диагностика эпилепсии.</p> <p>Тема 10: Пароксизмальные состояния в неврологии: неэпилептические пароксизмы Неэпилептические пароксизмы: клиника, диагностика, профилактика. Психологическая коррекция больных.</p> <p>Тема 11: Головные боли Классификация, клиника, диагностика, основы лечения, профилактика.</p> <p>Тема 12: Неврозы Классификация, клиника, диагностика, основы лечения, профилактика.</p> <p>Тема 13: Медицинская генетика: наследственная патология нервной системы Общие принципы передачи наследственной патологии нервной системы. Виды наследо-</p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | вания патологии нервной системы: клинические особенности заболеваний с различными типами наследования. Прогрессирующие мышечные дистрофии, миотония Томсена, миастения, невральная и спинальная амиотрофии, наследственные атаксии, гепатолен-тикулярная дегенерация: тип наследования, клиника, диагностика, профилактика. Психологическая коррекция больных. |
|--|--|--|--|

3.2. Разделы дисциплины и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

| № п/п | Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин | № № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин | |
|-------|---|---|---|
| | | 1 | 2 |
| 1 | Клиническая психология в геронтологии и гериатрии | + | + |
| 2 | Психофармакология | + | + |
| 3 | Нейропсихологическая диагностика в системе врачебно-трудовой экспертизы | + | + |
| 4 | Психодиагностика | + | + |

3.3. Разделы дисциплины и виды занятий

| № п/п | Наименование раздела дисциплины | Л | ПЗ | ЛЗ | Сем | СРС | Всего часов |
|-------|---------------------------------|---------|-------|----|-----|-----|-------------|
| | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Общая неврология | 6 | 18 | 0 | 0 | 12 | 36 |
| 2 | Частная неврология | 22 | 26 | 0 | 0 | 24 | 72 |
| | Вид промежуточной аттестации: | зачет | Зачёт | | | | |
| | | экзамен | | | | | |
| | Итого: | 28 | 44 | 0 | 0 | 36 | 108 |

3.4. Тематический план лекций

| № п/п | № раздела дисциплины | Тематика лекций | Содержание лекций | Трудоемкость (час) | |
|-------|----------------------|--|---|--------------------|----------|
| | | | | сем. № 3 | сем. № 4 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 1. Общая неврология | Общее строение нервной системы. Семиотика поражения чувствительности. Топическая диагностика поражения двигательной систе- | Принципы строения и функционирования нервной системы. Построение топического диагноза в неврологии. Симптомы выпадения и раздражения. Терминология нарушений в неврологии. Регенерация в нервной системе. Виды чувствительности. Анатомия и физиология проводников поверхностной и глу- | 2 | |

| | | | | | |
|---|-----------------------|--|---|---|--|
| | | мы. | бокой чувствительности. Виды чувствительных расстройств и их терминология. Типы расстройств чувствительности. Кортико-мышечный путь, строение, центральный и периферический мотонейроны. Рефлекторная дуга: строение и функционирование. Поверхностные и глубокие рефлексы: физиологические и патологические. Регуляция мышечного тонуса. Методы исследования моторики. Центральный и периферический параличи. Клинические особенности поражения кортико-мышечного пути на разных уровнях | | |
| 2 | | Топическая диагностика поражения черепно-мозговых нервов | Строение, функции, методика исследования, симптомы поражения I - XII пар черепно-мозговых нервов | 2 | |
| 3 | | Топическая диагностика поражения коры головного мозга | Кора головного мозга: строение, функциональная организация, асимметрия полушарий. Высшие мозговые функции. Синдромы поражения долей головного мозга. Общемозговые симптомы. Методы исследования головного мозга. | 2 | |
| 4 | 2. Частная неврология | Инфекционные заболевания нервной системы | Этиология и патогенез нейроинфекций. Синдром менингита, энцефалита. Бактериальные и вирусные менингиты: классификация, клиника, диагностика. Клещевой энцефалит: классификация, клиника, диагностика, профилактика. Клещевой боррелиоз. Абсцессы головного мозга: клиника, диагностика. Психологическая коррекция больных. | 2 | |
| 5 | | Заболевания спинного мозга | Рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз: патогенез, клиника, диагностика, профилактика обострений. Возрастные аспекты патологии спинного мозга. Психологическая коррекция больных. | 2 | |
| 6 | | Заболевания периферической нервной системы | Этиопатогенез заболеваний периферической нервной системы. Полинейропатии: клиника основных форм, диагностика. Демиелинизирующие полирадикулонейропатии: клиника, диагностика. Травмы периферических нервов и сплетений: клиника, диагностика. Невралгия V нерва и нейропатия VII нерва: клиника, диагностика. | 2 | |

| | | | | | |
|----|--|---|--|---|---|
| 7 | | Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника | Патогенез развития неврологических осложнений остеохондроза позвоночника. Шейный остеохондроз: клиника, диагностика. Поясничный остеохондроз: клиника, диагностика. Реабилитация больных с поражением периферической нервной системы немедикаментозными методами, психологическая коррекция. | 2 | |
| 8 | | Сосудистая патология головного мозга | Этиология сосудистых церебральных расстройств. Патогенез развития неврологических осложнений дисциркуляторных поражений мозга, классификация нарушений. Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения, острые нарушения мозгового кровотока, хроническая дисциркуляторная энцефалопатия: клиника, диагностика. Интенсивная терапия инсультов. Реабилитация нейрососудистых пациентов. Психологическая коррекция больных. | | 2 |
| 9 | | Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная травмы | Биомеханика и классификация черепно-мозговой и позвоночно-спинальной травмы. Патогенез развития неврологических расстройств. Клинические формы повреждений головного и спинного мозга. Ургентные вопросы. Реабилитация нейротравматологических пациентов. Психологическая коррекция больных. | | 2 |
| 10 | | Опухоли головного и спинного мозга | Этиология и эпидемиология опухолей головного и спинного мозга. Гистологическая классификация новообразований. Патогенез воздействия опухоли на головной и спинной мозг. Клиника, диагностика опухолей головного и спинного мозга. Общемозговая, очаговая, дислокационная симптоматика. Виды оперативных вмешательств. Реабилитация нейроонкологических пациентов. Психологическая коррекция больных. | | 2 |
| 11 | | Пароксизмальные состояния в неврологии: эпилептические и неэпилептические пароксиз- | Этиология, патогенез и классификация эпилептических припадков, их клиническая характеристика. Понятие эпилептической реакции, эпилептического синдрома и эпилепсии. Диагностика эпилепсии. | | 2 |

| | | | | | |
|--------|--|--|---|----|----|
| | | мы | Неэпилептические пароксизмы: клиника, диагностика, профилактика. Психологическая коррекция больных. | | |
| 12 | | Головные боли | Головные боли: классификация, клиника, диагностика, основы лечения, профилактика. | | 2 |
| 13 | | Неврозы | Неврозы: классификация, клиника, диагностика, основы лечения, профилактика. | | 2 |
| 14 | | Медицинская генетика: наследственная патология нервной системы | Общие принципы передачи наследственной патологии нервной системы. Виды наследования патологии нервной системы: клинические особенности заболеваний с различными типами наследования. Прогрессирующие мышечные дистрофии, миотония Томсена, миастения, невральная и спинальная амиотрофия, наследственные атаксии, гепатолентикулярная дегенерация: тип наследования, клиника, диагностика, лечение, профилактика Психологическая коррекция больных. | | 2 |
| Итого: | | | | 14 | 14 |

3.5. Тематический план практических занятий

| № п/п | № раздела дисциплины | Тематика практических занятий | Содержание практических занятий | Трудоемкость (час) | |
|-------|----------------------|--|---|--------------------|----------|
| | | | | сем. № 3 | сем. № 4 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 1. Общая неврология | Общее строение нервной системы. Семиотика поражения чувствительности | Знакомство с клиникой неврологии. Деонтологические аспекты. Социальная значимость современных нейронаук. Принципы строения и функционирования нервной системы. Построение топического диагноза в неврологии. Симптомы выпадения и раздражения. Терминология нарушений в неврологии. Регенерация в нервной системе. Чувствительность: экстероцептивная, проприоцептивная, интероцептивная, сложные виды. Анатомия и физиология проводников поверхностной и глубокой чувствительности. Виды чувствительных расстройств и их терминология. Типы расстройств чувствительности: периферический, сегментарный, проводниковый, корковый. | 2 | |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| 2 | Топическая диагностика поражения двигательной системы | Корково-мышечный путь, строение, центральный и периферический мотонейроны. Рефлекторная дуга: строение и функционирование. Поверхностные и глубокие рефлексы: физиологические и патологические. Регуляция мышечного тонуса. Методы исследования моторики. Центральный и периферический параличи. Клинические особенности поражения корково-мышечного пути на разных уровнях: прецентральная извилина, внутренняя капсула, ствол мозга, спинной мозг (боковой канатик, передний рог), передний корешок, сплетение, периферический нерв, нейромышечный синапс, мышца. | 2 | |
| 3 | Топическая диагностика поражения спинного мозга | Анатомия и физиология спинного мозга, его уровни и основные функциональные центры: диафрагмальный, цилиоспинальный, центры тазовых органов. Чувствительные и двигательные расстройства при поражении шейных, грудных, поясничных и крестцовых сегментов спинного мозга на разных уровнях. | 2 | |
| 4 | Топическая диагностика поражения мозжечка. Топическая диагностика поражения экстрапирамидной, лимбической системы, ретикулярной формации | Анатомия и физиология мозжечка и вестибулярной системы, афферентные и эфферентные связи, роль в организации движений. Методы исследования координации. Симптомы поражения мозжечка. Атаксии: мозжечковая, вестибулярная, лобная, сенситивная, истерическая. Строение и связи экстрапирамидной системы, участие в обеспечении позы, мышечного тонуса и стереотипных автоматизированных движений. Акинетико-ригидный и гиперкинетический синдромы, виды гиперкинезов. Лимбическая система и ретикулярная формация: синдромы поражения. | 2 | |
| 5 | Топическая диагностика поражения черепно-мозговых нервов – I-VI пары | I пара – строение, функции, симптомы поражения. II пара – зрительный нерв и зрительная система: признаки поражения на разных уровнях. Нейроофтальмологические методы исследования. III, IV, VI нервы – симптомы поражения. Медиальный продоль- | 2 | |

| | | | | | |
|----|-----------------------|--|--|---|--|
| | | | ный пучок. Офтальмоплегия. Коровый и стволовой центры зрения. Зрачковый рефлекс и зрачковые реакции, их диагностическое значение. V пара – тройничный нерв, симптомы расстройств чувствительности (периферический, ядерный, стволовой, полушарный); нарушения жевания. Альтернирующие синдромы Джексона, Мийара-Гублера, Вебера. | | |
| 6 | | Топическая диагностика поражения черепно-мозговых нервов –VII-XII пары | VII пара – строение и функция, центральный и периферический парез лицевой мускулатуры, клиника поражения нерва на разных уровнях. VIII пара – строение и функция, роль вестибулярного аппарата и регуляции координации движений, равновесия и позы, признаки поражения на разных уровнях. Отоневрологические методы исследования. IX и X пары – строение, признаки поражения на разных уровнях, бульбарный и псевдобульбарный паралич. XI нерв – признаки поражения. XII нерв – признаки поражения, центральный и периферический парез мышц языка. | 2 | |
| 7 | | Топическая диагностика поражения коры головного мозга | Кора головного мозга: строение, функциональная организация, асимметрия полушарий. Высшие мозговые функции: гнозис, праксис, речь, чтение, письмо, интеллект и их расстройства. Синдромы поражения лобных, теменных, височных и затылочных долей головного мозга. Общемозговые симптомы. Методы исследования головного мозга. | 2 | |
| 8 | | Вегетативная нервная система | Особенности строения, методика исследования, основные симптомы нарушения функции | 2 | |
| 9 | | Методика осмотра неврологического больного | Исследование неврологического статуса: общемозговые симптомы, очаговая симптоматика (функция черепных нервов, двигательная, чувствительная сфера, координация). | 2 | |
| 10 | 2. Частная неврология | Инфекционные заболевания нервной системы | Этиология и патогенез нейроинфекций. Синдром менингита, энцефалита. Бактериальные и вирусные менингиты: классификация, клини- | 2 | |

| | | | | | |
|----|--|---|--|--|---|
| | | | ка, диагностика. Клещевой энцефалит: классификация, клиника, диагностика, профилактика. Клещевой боррелиоз. Абсцессы головного мозга: клиника, диагностика. Психологическая коррекция больных. | | |
| 11 | | Заболевания спинного мозга | Рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз: патогенез, клиника, диагностика, профилактика обострений. Реабилитация спинальных больных. Возрастные аспекты патологии спинного мозга. Психологическая коррекция больных. | | 2 |
| 12 | | Заболевания периферической нервной системы | Этиопатогенез заболеваний периферической нервной системы. Полинейропатии: клиника основных форм, диагностика. Демиелинизирующие полирадикулонейропатии: клиника, диагностика. Травмы периферических нервов и сплетений: клиника, диагностика. Невралгия V нерва и нейропатия VII нерва: клиника, диагностика. | | 2 |
| 13 | | Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника | Патогенез развития неврологических осложнений остеохондроза позвоночника. Шейный остеохондроз: цервикаго, цервикалгия, корешковые синдромы, синдром позвоночной артерии, грыжи межпозвонковых дисков: клиника, диагностика. Поясничный остеохондроз: люмбаго, люмбалгия, корешковые синдромы, синдром компрессионной радикуломиелоишемии: клиника, диагностика. Реабилитация больных с поражением периферической нервной системы немедикаментозными методами, психологическая коррекция. | | 2 |
| 14 | | Сосудистая патология головного мозга | Этиология сосудистых церебральных расстройств. Патогенез развития неврологических осложнений дисциркуляторных поражений мозга, классификация нарушений. Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения, острые нарушения мозгового кровотока, хроническая дисциркуляторная энцефалопатия: клиника, диагностика. Интенсивная терапия инсультов. Реабилитация нейрососудистых пациентов. Психологиче- | | 2 |

| | | | | | |
|----|--|---|--|--|---|
| | | | ская коррекция больных. | | |
| 15 | | Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная травмы | Биомеханика и классификация черепно-мозговой и позвоночно-спинальной травмы. Патогенез развития неврологических расстройств. Клинические формы повреждений головного и спинного мозга. Ургентные вопросы. Реабилитация нейротравматологических пациентов. Психологическая коррекция больных. | | 2 |
| 16 | | Опухоли головного мозга | Этиология и эпидемиология опухолей головного мозга. Гистологическая классификация новообразований. Патогенез воздействия опухоли на головной мозг. Клиника, диагностика опухолей головного мозга. Общемозговая, очаговая, дислокационная симптоматика. Виды оперативных вмешательств. Реабилитация нейроонкологических пациентов. Психологическая коррекция больных. | | 2 |
| 17 | | Опухоли спинного мозга | Этиология и эпидемиология опухолей спинного мозга. Гистологическая классификация новообразований. Патогенез воздействия опухоли на спинной мозг. Клиника, диагностика опухолей спинного мозга. Общемозговая, очаговая, дислокационная симптоматика. Виды оперативных вмешательств. Реабилитация нейроонкологических пациентов. Психологическая коррекция больных. | | 2 |
| 18 | | Пароксизмальные состояния в неврологии: эпилепсия | Этиология, патогенез и классификация эпилептических припадков, их клиническая характеристика. Понятие эпилептической реакции, эпилептического синдрома и эпилепсии. Диагностика эпилепсии. | | 2 |
| 19 | | Пароксизмальные состояния в неврологии: неэпилептические пароксизмы | Неэпилептические пароксизмы: клиника, диагностика, профилактика. Психологическая коррекция больных. | | 2 |
| 20 | | Головные боли | Классификация, клиника, диагностика, основы лечения, профилактика. | | 2 |
| 21 | | Неврозы | Классификация, клиника, диагностика, основы лечения, профилактика. | | 2 |

| | | | | | |
|--------|--|--|---|----|----|
| 22 | | Медицинская генетика: наследственная патология нервной системы | Общие принципы передачи наследственной патологии нервной системы. Виды наследования патологии нервной системы: клинические особенности заболеваний с различными типами наследования. Прогрессирующие мышечные дистрофии, миотония Томсена, миастения, невральная и спинальная амиотрофия, наследственные атаксии, гепатолентикулярная дегенерация: тип наследования, клиника, диагностика, профилактика. Психологическая коррекция больных. | | 2 |
| Итого: | | | | 20 | 24 |

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

| № п/п | № семестра | Наименование раздела дисциплины | Виды СРС | Всего часов |
|--|------------|---------------------------------|--|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 3 | Общая неврология | подготовка к занятию, подготовка к текущему контролю, решение тестовых и ситуационных заданий | 12 |
| 2 | 3 | Частная неврология | подготовка к занятию, подготовка к текущему контролю, решение тестовых и ситуационных заданий, отработка практических навыков неврологического осмотра больных | 8 |
| Итого часов в семестре: | | | | 20 |
| 1 | 4 | Частная неврология | подготовка к занятию, подготовка к текущему контролю, решение тестовых и ситуационных заданий, отработка практических навыков неврологического осмотра больных, написание реферата | 16 |
| Итого часов в семестре: | | | | 16 |
| Всего часов на самостоятельную работу: | | | | 36 |

3.7. Лабораторный практикум

По дисциплине «Неврология» не предусмотрены.

3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ

По дисциплине «Неврология» не предусмотрены.

Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины

4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

Учебно-методическое обеспечение для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине включает комплект тестовых заданий, комплект ситуационных задач, методические указания для самостоятельной работы (утверждены на заседании кафедры №15/16-17 от 30.01.2017), темы рефератов.

Темы рефератов:

1. Клещевой энцефалит, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
2. Клещевой боррелиоз: этиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
3. Гнойные менингиты: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
4. Туберкулезный менингит: патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
5. Гнойные инфекции ЦНС: абсцесс головного мозга: этиология, патогенез, клиника, диагностика, хирургическое и консервативное послеоперационное лечение.
6. Демиелинизирующие полинейропатии. Клиника, диагностика, лечение острой демиелинизирующей полинейропатии Гийена-Барре.
7. Нейропатии периферических нервов: срединного, локтевого, лучевого, малоберцового, большеберцового: этиология, клиника, диагностика, лечение.
8. Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт. Субарахноидальное кровоизлияние: этиология, клиника, диагностика и лечение.
9. Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт. Паренхиматозное и вентрикулярное кровоизлияние: этиология, клиника, диагностика и лечение.
10. Ишемический инсульт: этиология, клиника поражения бассейнов магистральных артерий мозгового кровообращения, диагностика, лечение и профилактика.
11. Хронические нарушения мозгового кровообращения: дисциркуляторная энцефалопатия различной степени: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
12. Невралгия тройничного нерва: клиника, диагностика, лечение.
13. Невропатия лицевого нерва: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
14. Мигрень: этиология, патогенез, клиника, лечение.
15. Рассеянный склероз: основные формы, клиника, лечение.
16. Сирингомиелия: клиника, диагностика, лечение.
17. Классификация эпилептических припадков, их характеристика.
18. Клиника, диагностика и лечение тяжелого ушиба головного мозга.
19. Клиника, диагностика и лечение сдавления головного мозга острой внутричерепной гематомой.
20. Клиника, диагностика и дифференцированное лечение сдавления спинного мозга. Лечение тазовых расстройств и пролежней.
21. Патогенетические стадии остеохондроза позвоночника. Клиника, диагностика и лечение синдромов шейного остеохондроза.
22. Патогенез, клиническая картина, диагностические приемы и лечение шейной спондилогенной миелопатии.
24. Клиническая картина, диагностика и лечение неврологических осложнений поясничного отдела позвоночника.
25. Классификация, клиника, диагностика и лечение опухолей спинного мозга зависимости от их локализации.
26. Миастения: клиника, диагностика, лечение.

4.2. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины

4.2.1. Основная литература

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров | | Наличие в ЭБС |
|-------|--|-------------------|------------------------|--------------------|------------|---------------|
| | | | | в биб-лиотеке | на кафедре | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. | Гусев Е.И. и др. | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 | 25 | + | - |
| 2. | Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. | Гайворонский И.В. | М.: Юрайт, 2015 | 17 | - | - |

4.2.2. Дополнительная литература

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров | | Наличие в ЭБС |
|-------|---|-----------------------|-------------------------------|--------------------|------------|---------------|
| | | | | в биб-лиотеке | на кафедре | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. | Гусев Е.И. и др. | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013 | + | - | + |
| 2. | Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов | под ред. М.М. Одинак. | СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с. | + | - | + |
| 3. | Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная травма: учебное пособие | сост. Ю.В. Кислицын. | Киров, 2012 | 10 | + | + |
| 4. | Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника: учебное пособие для студентов медвузов | сост. Ю.В. Кислицын. | Киров, 2010 | 10 | + | + |

4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

Для освоения дисциплины могут быть использованы базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

- Научная электронная библиотека e-library. Режим доступа: <http://www.e-library.ru/>,
- ЭБС «Университетская библиотека». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru/>,
- Электронно-библиотечная система - <http://www.studmedlib.ru/>,
- Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ - <http://elib.kirovgma.ru/>.

4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине, программного обеспечения и информационно-справочных систем

Для осуществления образовательного процесса используются: видеозаписи, связанные с программой курса, компьютерные презентации, видеолекции.

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
4. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
5. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node 1 year Educational Renewal License от 23.06.16 г., лицензии 217\611-MA\05\2016 (срок действия – 1 год),
8. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки).

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

- 1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: <http://www.e-library.ru/>.
- 2) Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».
- 3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: <http://elib.kirovgma.ru/>.
- 4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
- 5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru>.
- 6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>
- 7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: <http://ibooks.ru>.

4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

В процессе преподавания дисциплины используются следующие специальные помещения:

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – каб. № 1
- учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа – каб. № 1
- учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций – каб. № 1
- учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации – каб. № 1
- помещения для самостоятельной работы – каб. № 1
- помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования – каб. № ассистентская.

(Кабинеты № 1, ассистентская находятся на клинической базе – КОГБУЗ Кировская областная клиническая больница, г. Киров, ул. Воровского, 42).

Специальные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду организации

Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу (самоподготовка к практическим занятиям, написание и защита докладов, подготовка к решению ситуационных задач и подготовка к тестированию, истории болезни).

Основное учебное время выделяется на практические занятия.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины обучающимся необходимо освоить базовые практические умения по неврологии.

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении тем: 1) Общее строение нервной системы. Семиотика поражения чувствительности. Топическая диагностика поражения двигательной системы; 2) Топическая диагностика поражения черепно-мозговых нервов; 3) Топическая диагностика поражения коры головного мозга; 4) Инфекционные заболевания нервной системы; 5) Заболевания спинного мозга; 6) Заболевания периферической нервной системы; 7) Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника; 8) Сосудистая патология головного мозга; 9) Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная травмы; 10) Опухоли головного и спинного мозга; 11) Пароксизмальные состояния в неврологии: эпилептические и неэпилептические пароксизмы; 12) Головные боли; 13) Неврозы; 14) Медицинская генетика: наследственная патология нервной системы. На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к зачету, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения базовых практических навыков в области неврологии. Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, решения ситуационных задач, тестовых заданий.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебной дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- практические занятия классические с использованием мультимедийных технологий обучения по темам:

- 1) Общее строение нервной системы. Семиотика поражения чувствительности;
- 2) Топическая диагностика поражения двигательной системы;
- 3) Топическая диагностика поражения спинного мозга;
- 4) Топическая диагностика поражения мозжечка. Топическая диагностика поражения экстрапирамидной, лимбической системы, ретикулярной формации;
- 5) Топическая диагностика поражения черепно-мозговых нервов – I-VI пары;
- 6) Топическая диагностика поражения черепно-мозговых нервов –VII-XII пары;
- 7) Топическая диагностика поражения коры головного мозга;
- 8) Вегетативная нервная система;
- 9) Методика осмотра неврологического больного;
- 10) Инфекционные заболевания нервной системы;
- 11) Заболевания спинного мозга;
- 12) Заболевания периферической нервной системы;
- 13) Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника;
- 14) Сосудистая патология головного мозга;
- 15) Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная травмы;
- 16) Опухоли головного мозга;
- 17) Опухоли спинного мозга;
- 18) Пароксизмальные состояния в неврологии: эпилепсия;
- 19) Пароксизмальные состояния в неврологии: неэпилептические пароксизмы;
- 20) Головные боли;
- 21) Неврозы;
- 22) Медицинская генетика: наследственная патология нервной системы.

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Неврология» и включает подготовка к занятию, подготовка к текущему контролю, решение тестовых и ситуационных заданий, отработка практических навыков неврологического осмотра больных, написание реферата

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Неврология» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Написание реферата способствуют формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Во время изучения дисциплины обучающиеся под контролем преподавателя проводят работу с больными. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса в ходе занятий, решения типовых ситуационных задач, тестового контроля, подготовки рефератов.

В конце изучения дисциплины проводится промежуточная аттестация включающая проверку практических умений, тестовый контроль, собеседование.

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (приложение А)

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомле-

ния с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесобразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является зачет. На зачете обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

Раздел 7. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (приложение Б)

Фонд оценочных средств – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ФОС как система оценивания состоит из трех частей:

1. Структурированного перечня объектов оценивания.
2. Базы учебных заданий.
3. Методического оснащения оценочных процедур.

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине представлен в приложении Б.

Приложение А к рабочей программе дисциплины

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

«Неврология»

Специальность 37.05.01 Клиническая психология
(очная форма обучения)

Раздел 1. Общая неврология

Тема 1.1: Общее строение нервной системы. Семиотика поражения чувствительности

Цель: способствовать формированию системы теоретических знаний по морфофункциональным особенностям структур центральной нервной системы, её общему строению, особенностям онтогенеза. Способствовать формированию знаний по строению путей общей чувствительности, способности выявления чувствительных нарушений

Задачи:

1. Рассмотреть общую организацию нервной системы и её роль в организме.
2. Изучить составные элементы нервной системы
3. Рассмотреть историческое развитие знаний о нервной системы человека
4. Рассмотреть эмбриогенез нервной системы и рост мозга после рождения
5. Рассмотреть инволюцию нервной системы в пожилом и старческом возрасте
6. Рассмотреть строение путей общей чувствительности.
7. Изучить терминологию и виды нарушений чувствительности.
8. Изучить принципы топической диагностики поражения чувствительных путей на различных уровнях.
9. Обучить методике исследования чувствительных функций у больных

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы
- анатомию, физиологию нервной системы;
2. после изучения темы
- основные принципы строения и физиологии центральной нервной системы, её морфофункциональные изменения в процессе онтогенеза
- методы диагностики нарушений чувствительности;
- топическую характеристику нарушений чувствительности при поражении нервной системы на различных уровнях.

Обучающийся должен уметь:

- дать общую характеристику функционирования центральной нервной системы в различные возрастные периоды жизни;
 - проводить исследование состояния общей чувствительности и устанавливать при чувствительных нарушениях различную локализацию в ЦНС процесса, их обусловившего
- Обучающийся должен владеть:**
- способностью оценить индивидуальные особенности функционирования центральной нервной системы;
 - психологическими и этическими приемами общения с лицами с нарушениями Чувствительности;
 - методами оценки состояния отдельных видов общей чувствительности.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Общая организация нервной системы у человека и её функции. Раздражимость как свойство нервной ткани.
2. Микроструктура нервной системы – нейроны, глия, отростки, нейронные системы (моторные, сенсорные, вставочные). Функционирование нервной клетки – электрические сигналы, выделение медиаторов.
3. Структура и назначение глии. Источники, виды и назначение.
4. Регенераторные способности нервной системы – клеток и отростков. Формы компенсации повреждённых участков мозга.
5. Филогенез нервной системы в царстве живых существ. Онтогенез нервной системы (нейробласты и спонгиобласты, их дифференциация); стадии развития нервной системы в эмбриогенезе. Роль перивентрикулярной матрицы в происхождении нейронов и образовании коры.
6. Масса мозга новорожденного и её нарастание с ростом индивида.
7. Формирование у взрослого организма новых нейронных кругов, соединений, систем.
8. Инволюция нервной системы.
9. Общее понятие чувствительности, строение рефлекторной дуги чувствительности, виды рецепторов, проводящие пути поверхностной и глубокой чувствительности..
10. Терминология расстройств чувствительности. Симптомы выпадения и раздражения.
11. Варианты периферического типа расстройства чувствительности.
12. Варианты спинального типа расстройства чувствительности.
13. Варианты церебрального типа расстройства чувствительности.
14. Ноцицептивные и антиноцицептивные системы мозга.
15. Методика исследования состояния различных видов поверхностной и глубокой чувствительности.

2. Практическая работа.

Освоить практический навык исследования поверхностной и глубокой чувствительности:
Методика проведения работы:

- Изучение поверхностной чувствительности с помощью иглы.
- Мануальное изучение глубокой чувствительности.

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач.
 1. прочитать условие задачи.
 2. выделить синдромы поражения.
 3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.

4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

У больного отсутствует болевая и температурная чувствительность справа от уровня соска до уровня пупка; суставно-мышечная, вибрационная чувствительность не нарушены.

Контрольные вопросы:

1) Где находится очаг поражения?

2) Как называется этот тип нарушения чувствительности?

Пример разбора задачи.

1. У больного имеется нарушения поверхностной чувствительности при сохранности глубокой, исходя из этого можно утверждать о повреждении спино-таламического пути. Исходя из описания области распространённости нарушения поверхностной чувствительности можно предполагать наличия очага поражения в задних рогах серого вещества спинного мозга с справа уровня Th5 до уровня Th10.

2. Представлено нарушение чувствительно по диссоциированному типу; кроме того, можно обозначит представленный вариант как спинальный сегментарный тип поражения нервной системы.

1. Женщина, 55 лет, нарушено мышечно-суставное чувство в пальцах стоп, голеностопных, коленных и тазобедренных суставах, он почти не ощущает смещения кожной складки на обеих ногах и на туловище до уровня пупка. Отсутствует также тактильная чувствительность книзу от пупка. Другие виды чувствительности не пострадали; парезов нет.

Контрольные вопросы:

1) Какие нервные образования поражены?

2) Уровень поражения?

2. Мужчина, 50 лет, в течение ряда лет с периодическими обострениями наблюдаются боли в области наружной поверхности левого бедра. Кроме того, больной предъявляет жалобы на покалывания, чувство «бегания мурашек» в этой же области. Неврологически: гипестезия в зоне наружной поверхности левого бедра; в остальном без особенностей.

Контрольные вопросы:

1) Какие расстройства имеются у больного?

2) Какие структуры нервной системы поражены?

3. Мужчина, 32 лет, после ножевого ранения области спины отмечают аналгезия книзу от пупка слева, нарушение мышечно-суставного чувства в правой нижней конечности.

Контрольные вопросы:

1) Где находится очаг поражения?

2) Как называется этот синдром?

4. Мужчина, 44 лет, после неловкого движения возникла резкая боль в поясничной области, иррадиирующая по задней поверхности правого бедра и голени. При осмотре отмечается сколиоз в поясничном отделе позвоночного столба выпуклостью вправо. Сгибание, разгибание туловища и наклоны в правую сторону болезненны. При надавливании на паравертебральные точки справа возникает пронизывающая острая боль с иррадиацией по задней поверхности правого бедра и голени. Неврологически: положительные симптомы Ласега, Нери и Дежерина справа. Отмечается гипестезия в области задней поверхности правой голени, утрачен правый ахиллов рефлекс.

Контрольные вопросы:

- 1) Какой характер чувствительных нарушений?
- 2) Какие структуры нервной системы поражены?

5. У больного П., 25 лет, в течение 3 лет с частотой до 1 раза в неделю возникают приступы онемения и «ползания мурашек» в области левой стопы, распространяющиеся затем на левую голень, бедро, всю левую половину тела в течение 1 минуты. Из анамнеза: в возрасте 21 года перенес закрытую черепно-мозговую травму (ушиб мозга 1 ст.). Наследственность не отягощена. Неврологически: без особенностей.

Контрольные вопросы:

- 1) Где находится очаг поражения?
- 2) Как называются возникающие нарушения чувствительности?

4. Задания для групповой работы

- 1) Микрокурация больного по теме занятия
- 2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с патологией чувствительной сферы.
- 3) Алгоритм освоения практического навыка:
 1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.
 2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Общая организация нервной системы у человека. Определение функции нервной системы в организме
 2. Микроструктура нервной системы – нейроны, глия, отростки, нейронные системы.
 3. Структура и назначение глии.
 4. Строение и функции нервных отростков, понятие синапса.
 5. Понятие анализатора и его составные части.
 7. Регенераторные способности нервной системы. Роль перивентрикулярной матрицы – стволовых клеток.
 8. Филогенез и эмбриогенез нервной системы. Онтогенез нервной системы у детей и взрослых.
 9. Общее понятие чувствительности, строение рефлекторной дуги чувствительности, виды рецепторов, проводящие пути поверхностной и глубокой чувствительности..
 10. Терминология расстройств чувствительности. Симптомы выпадения и раздражения.
 11. Варианты периферического типа расстройства чувствительности: невралный, корешковый, полинейропатический.
 12. Варианты спинального типа расстройства чувствительности: проводниковый и сегментарный.
 13. Варианты церебрального типа расстройства чувствительности.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
 - 1) представлены проводящие пути чувствительности:
 - а) путь Голля
 - б) путь Бурдаха

- в) путь Говерса
- г) путь Флегсига
- д) спиноталамический путь
- е) кортикоспинальный путь
- ж) тектоспинальный путь

Для каждого больного выберите пораженные проводящие пути спинного мозга.
Условия задания:

1. У больного 40 лет выявлено нарушение глубокой чувствительности в ногах.

Выбрать 1 ответ.

Ответ: а

2. У больного 35 лет выявлено нарушение болевой и температурной чувствительности в правой ноге до уровня пупка, нарушение глубокой и тактильной чувствительности в левой ноге. Выбрать 2 ответа.

Ответ: а, д

3. У больной 40 лет выявлено нарушение поверхностной чувствительности при сохранности глубоких видов чувствительности ниже уровня соска справа. Выбрать 1 ответ. Ответ: д

4. у больной 54 лет выявлено нарушение мышечно-суставной, тактильной и вибрационной чувствительности при сохранности болевой и температурной чувствительности в руках и ногах. Выбрать 2 ответа.

Ответ: а, б

2) Представлены типы нарушений чувствительности:

- А. мононевритический
- В. полиневритический
- С. плексусный
- Д. корешковый
- Е. сегментарный
- Ф. проводниковый заднестолбовой синдром
- Г. синдром полного поперечного поражения спинного мозга
- Н. синдром половинного поражения спинного мозга
- І. проводниковый церебральный
- Ј. корковый

Вводный вопрос:

Выберите тип нарушений чувствительности в каждом случае:

Условия задания:

1. Больного А., 36 лет беспокоят боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, иррадиирующие по задненаружной поверхности левой ноги. При исследовании чувствительности выявлена гипестезия всех видов чувствительности в этой же зоне, положительный симптом Дежерина, симптом Ласега слева 50 градусов.

Ответ: D

2. У больного П, 43 лет имеются парестезии в ногах, потеряны все виды глубокой чувствительности, мышечная гипотония, особенно выраженная в ногах, коленные и ахилловы рефлексы не вызываются. В пробе Ромберга больной падает.

Ответ: F

3. У больного С., 34 лет наблюдается нарушение всех видов чувствительности, боли, слабость и гипотрофия мышц, снижение глубоких рефлексов в правой руке.

Ответ: C

4. У больной В., 40 лет выявлено изолированное нарушение болевой и температурной чувствительности в правой кисти, глубокая чувствительность и рефлексы сохранены.

Ответ: Е

5. У больного 30 лет имеются боли, снижение болевой, температурной и глубокой чувствительности в дистальных отделах рук и ног.

Ответ: В

6. У больного 60 лет выявлена левосторонняя гемигипестезия, гемиплегия и гемианопсия.

Ответ: I

3) К каждому пронумерованному симптому подберите наиболее подходящий ответ, обозначенный буквой.

1. камертон
2. циркуль Вебера
3. барэстезиометр
4. термоэстезиометр
5. волосы и щетинки Фрея

А. температурная чувствительность

Б. вибрационная чувствительность

В. тактильная чувствительность

Г. чувство дискриминации

Д. чувство давления

Ответы: 1-Б, 2-Г, 3-Д, 4-А, 5-В

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 1. Общая неврология

Тема 1.2: Топическая диагностика поражения двигательной системы

Цель: способствовать формированию знаний по строению пирамидной системы, умений выявления двигательных нарушений

Задачи:

1. Рассмотреть строение пирамидной системы.
2. Изучить терминологию и виды двигательных нарушений.
3. Изучить принципы топической диагностики поражения путей пирамидной системы на различных уровнях.
4. Обучить методике исследования двигательных функций у пациентов.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы
 - анатомию, физиологию нервной системы;
2. после изучения темы
 - методы диагностики двигательных нарушений;
 - топическую характеристику двигательных нарушений при поражении нервной системы на различных уровнях.

Обучающийся должен уметь:

- проводить исследование состояния двигательной системы;
- устанавливать при двигательных нарушениях различную локализацию в ЦНС процесса, их обусловившего.

Обучающийся должен владеть:

- психологическими и этическими приемами общения с лицами с двигательными нарушениями
- методами оценки состояния двигательной функции.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Строение центральных двигательных нейронов, пирамидного пути и периферического нейрона, конечного двигательного пути к мышцам.
2. Оценка моторики по ее составляющим – сила, тонус, трофика мышц, рефлексы.
3. Понятие центрального и периферического паралича и их симптомов, включая патологические рефлексы, синкинезии, клonusy, судороги.
4. Топическая диагностика поражений различных уровней двигательной системы: кора прецентральной извилины, внутренняя капсула, ствол мозга, спинной мозг при половинном и поперечном поражении, передний рог, корешок двигательный, периферический нерв.
5. Комбинация двигательных и чувствительных нарушений при изучении различных уровней нервной системы.

2. Практическая работа.

Освоить практический навык исследования двигательной функции:

Методика проведения работы:

- Исследовать двигательную функцию по отдельным её показателям – объём движений, тонус, сила рефлексы (с помощью неврологического молоточка).

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач.
 1. прочитать условие задачи.
 2. выделить синдромы поражения.
 3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.
 4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

У мужчины 45 лет, после перенесенного на ногах гриппа произошло повышение t до 38 градусов, появились боли в конечностях. Постепенно в течение недели присоединились слабость и онемение в конечностях (больше в дистальных отделах). При осмотре: гипотрофия предплечий, кистей, голеней. Тетрапарез преимущественно в дистальных отделах, снижение тонуса мышц конечностей, гипорефлексия. Гипалгезия дистальных отделов конечностей.

Контрольные вопросы:

- 1) Какой характер двигательных нарушений ?
- 2) При поражении каких образований нервной системы встречается подобная

симптоматика?

Пример разбора задачи.

1. Учитывая представленное описание особенностей неврологической симптоматики характер двигательных нарушений можно определить как периферический парез.

2. У больного имеется поражение нервной системы по периферическому полиневритическому типу, то есть имеется поражение периферических нервов с максимальной степенью в дистальных отделах конечностей.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

1. У мужчины 54 лет, при осмотре отмечается паралич обеих рук с похуданием мышц, снижением тонуса в них; фибриллярные и фасцикулярные подергивания мышц плечевого пояса; движения ног не нарушены.

Контрольные вопросы:

1) Укажите характер нарушений нервной системы.

2) Где локализуется очаг поражения?

2. Женщина, 23 лет, после травмы левого предплечья (ножевое ранение) поступил на лечение в нейрохирургическое отделение. Травма была 4 месяца назад. При осмотре больного выявлена атрофия межкостных и червеобразных мышц в области гипотенара левой кисти. Дистальные фаланги 3-4 палбцев согнуты, проксимальные фаланги разогнуты («когтистая» кисть). Снижение чувствительности кожи в области 5 пальца и прилежащего края кисти.

Контрольные вопросы:

1) Определите характер нарушений функции нервной системы?

2) Какое нервное образование повреждено у больного?

3. У мужчины 30 лет, после вывиха правого плеча появилась слабость мышц проксимального отдела правой руки, а затем их атрофия, атония, угасание сгибательно-локтевого рефлекса, боль в области плеча; снижение всех видов чувствительности по задне-наружной поверхности плеча и предплечья справа.

Контрольные вопросы:

1) Определите характер нарушений функции нервной системы?

2) Какие нервные образования поражены?

4. У троих больных выявлена нижняя спастическая параплегия с проводниковой анестезией: а) у первого больного – ниже соска; б) у второго больного – ниже пупка; в) у третьего больного – ниже уровня паховых складок.

Контрольные вопросы:

1) Определить уровень поражения в каждом случае.

2) Дать характеристику двигательного синдрома у больных.

5. У мужчины 50 лет, полгода назад появились судорожные припадки, начинающиеся с подергиваний левой стопы с распространением на голень, бедро, а затем на плечо, предплечье и кисть слева. В последнее время больного беспокоят головные боли. Неврологически: сухожильные рефлексy умеренно повышены в левых конечностях. Сила в левых конечностях снижена до 3 баллов.

Контрольные вопросы:

1) Где находится очаг поражения?

2) Как называются описанные расстройства моторики у больного?

4. Задания для групповой работы

- 1) Микрокурация больного по теме занятия
- 2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с патологией двигательной системы.
- 3) Алгоритм освоения практического навыка:
 1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.
 2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.
 3. Определить тактику лечения данного больного.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля (привести вопросы для самоконтроля)
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
 1. Отсутствие движений в половине тела называется:
 - А) моноплегия
 - Б) гемиплегия
 - В) параплегия
 - Г) тетрапарез
 - Д) нет правильных ответов
 2. При поражении плечевого сплетения типа Дюшенна-Эрба развивается:
 - А) паралич кисти
 - Б) паралич предплечья
 - В) паралич надплечья и плеча
 - Г) паралич 3-5 пальцев кисти
 - Д) нет правильного ответа
 3. Признаками периферического паралича являются:
 - А) клонусы
 - Б) атония
 - В) рефлекс Бабинского
 - Г) гипертонус
 - Д) нет правильного ответа
 4. При поражении половины спинного мозга справа в средне-грудном отделе развивается:
 - А) центральный паралич нижней конечности справа
 - Б) центральный гемипарез справа
 - В) периферический паралич нижней конечности справа
 - Г) нет поражения двигательной системы
 - Д) нет правильного ответа
 5. Раздражение верхних отделов прецентральной извилины приводит к:
 - А) судорогам в руке
 - Б) гемиплегии на противоположной половине тела
 - В) парезу руки на стороне раздражения
 - Г) судорогам в ноге
 - Д) нет правильного ответа
 6. Поражение боковых столбов спинного мозга слева приводит к:
 - А) центральной плегии справа ниже места поражения

- Б) периферической пlegии слева выше места поражения
 - В) периферической пlegии слева ниже места поражения
 - Г) центральной пlegии слева ниже места поражения
 - Д) нет правильных ответов
7. К признакам центрального паралича не относится:
- А) гипертонус
 - Б) гиперрефлексия
 - В) патологические рефлексy
 - Г) атрофии мышц
 - Д) нет правильного ответа
8. К патологическим разгибательным рефлексам относится:
- А) рефлекс Бабинского
 - Б) карпо-радиальный рефлекс
 - В) ахиллов рефлекс
 - Г) рефлекс Россолимо
 - Д) нет правильного ответа
9. Двигательный дефект при поражении локтевого нерва образно называется:
- А) висячая кисть
 - Б) когтистая кисть
 - В) рука акушера
 - Г) обезьянья лапа
 - Д) нет правильного ответа
10. Поражение средних отделов прецентральной извилины слева приводит к:
- А) периферическому парезу руки справа
 - Б) центральному гемипарезу слева
 - В) центральному гемипарезу справа
 - Г) центральному парезу ноги слева
 - Д) нет правильного ответа
11. При поражении плечевого сплетения типа Дежерин-Клюмпке развивается:
- А) периферический паралич мышц предплечья и кисти
 - Б) центральный паралич мышц предплечья и кисти
 - В) периферический паралич мышц плеча и надплечья
 - Г) центральный паралич мышц плеча и надплечья
 - Д) нет правильных ответов
12. К признакам периферического паралича не относится:
- А) атония мышц
 - Б) арефлексия
 - В) атрофия мышц
 - Г) клонусы
 - Д) нет правильного ответа
13. Мышечный гипертонус по типу «зубчатого колеса» является признаком:
- А) центрального паралича
 - Б) периферического паралича
 - В) поражения мозжечка
 - Г) поражения спинного мозга
 - Д) нет правильного ответа
14. При поражении передних рогов спинного мозга развивается:
- А) центральный паралич ниже места поражения

- Б) периферический паралич по сегментарному типу на противоположной стороне
- В) периферический паралич по сегментарному типу на стороне поражения
- Г) центральный паралич на противоположной стороне ниже места поражения
- Д) нет правильного ответа

15. При поражении левой прецентральной извилины развивается:

- А) центральная гемиплегия слева
- Б) центральная параплегия нижних конечностей
- В) центральная тетраплегия
- Г) центральная гемиплегия справа
- Д) нет правильного ответа

Эталоны ответов: Д; В; Б; А; Г; Г; Г; А; Б; Д; А; Г; Д; В; Г.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Функциональная анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. СПб.: СпецЛит, 2013, 341 с.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 1. Общая неврология

Тема 1.3: Топическая диагностика поражения спинного мозга.

Цель: способствовать формированию знаний по строению спинного мозга, умений выявления нарушений функций спинного мозга при очагах повреждения различной локализации

Задачи:

1. Рассмотреть строение спинного мозга.
2. Изучить особенности двигательных, чувствительных и вегетативных нарушений при различных локализациях очага повреждения.
3. Изучить принципы топической диагностики поражения спинного мозга.
4. Обучить методике исследования состояния функций спинного мозга.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы
 - анатомию, физиологию нервной системы;
2. после изучения темы
 - методы диагностики неврологических расстройств при повреждениях спинного мозга;
 - топическую характеристику неврологических нарушений при различных вариантах

поражения спинного мозга.

Обучающийся должен уметь:

- проводить исследование состояния спинного мозга;
- устанавливать при нарушениях функции спинного мозга локализацию процесса, их обусловившего.

Обучающийся должен владеть:

- психологическими и этическими приемами общения с лицами с нарушениями функции спинного мозга
- методами оценки состояния функций спинного мозга.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Описать строение спинного мозга по длиннику.
2. Описать строение поперечника спинного мозга.
3. Охарактеризовать утолщения центры (центр Будге, диафрагмальный центр, тазовый центр, конский хвост).
4. Охарактеризовать нарушение функций тазовых органов по центральному типу, при каком поражении спинного мозга оно возникает?
5. Охарактеризовать нарушение функций тазовых органов по периферическому типу, при поражении на каком уровне оно возникает?
6. Охарактеризовать синдром полного поперечного поражения и синдром половинного поражения спинного мозга на верхнешейном уровне, на уровне шейного утолщения, на грудном уровне, на уровне поясничного утолщения, на уровне конуса, поражение конского хвоста (двигательные, чувствительные, вегетативные нарушения).

2. Практическая работа.

Освоить практический навык исследования функций спинного мозга:

Методика проведения работы:

- Изучение поверхностной чувствительности с помощью иглы.
- Мануальное изучение глубокой чувствительности.
- Исследовать двигательную функцию спинного мозга по отдельным её показателям – объём движений, тонус, сила рефлексы (с помощью неврологического молоточка).

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.

1. прочитать условие задачи.
2. выделить синдромы поражения.
3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.
4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

У мужчины при обследовании выявлена правосторонняя центральная гемиплегия, без речевых расстройств, с преобладанием слабости в правой ноге.

Контрольные вопросы:

- 1) Где находится очаг поражения (сторона, в каком отделе нервной системы)?
- 2) Раскройте содержание синдрома «центральной гемиплегии».

Пример разбора задачи.

1. Очаг поражения кортико-спинального пути располагается в спинном мозге справа, спинальный проводниковый тип. На наиболее вероятное повреждение именно в спинном мозге указывает отсутствие у больного речевых расстройств.
2. Центральная гемиплегия - двигательные нарушения по центральному типу на одной

половине тела, выявляются: повышенный тонус мышц, нет атрофий, гиперрефлексия, есть патологические рефлексy.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

1. Женщину 39 лет, в течение 3-х лет беспокоят боли в поясничной области, иррадиирующие по наружной поверхности правой ноги. При исследовании выявлена гипестезия всех видов чувствительности в виде узкой полоски в этой же зоне. У больной при шлепывании правая стопа при ходьбе. Не может ходить правой ногой «на пятке».

Контрольные вопросы:

- 1) Где находится очаг поражения?
- 2) Какой тип расстройств имеется у больной?

2. У мужчины 30 лет, постепенно в течение года нарастает слабость в руках, онемение в них. Через некоторое время присоединилась слабость в ногах. При обследовании выявлены вялый парапарез в руках, спастический парапарез в ногах, снижение поверхностной чувствительности по проводниковому типу с обеих сторон с уровня С5.

Контрольные вопросы:

- 1) Где находится очаг поражения?
- 2) Какие образования нервной системы обуславливают указанные симптомы поражения у больного?

3. Женщина 50 лет, отмечает в течение 5 лет нарастание слабости в руках, похудание рук. Также отмечает затруднения при ходьбе. При обследовании выявляется атрофия мышц верхних конечностей, снижение сухожильных (глубоких) рефлексов и мышечной силы в руках, фибрилляции и фасцикуляции в мышцах рук. Резкое повышение сухожильных рефлексов с ног, симптомы Бабинского и Россолимо с обеих сторон. Отсутствие брюшных рефлексов; задержка мочи и кала.

Контрольные вопросы:

- 1) Выделите синдромы поражения функций нервной системы на основании имеющихся симптомов.
- 2) Укажите уровень поражения.

4. Мужчина 40 лет, предъявляет жалобы на онемение ног, ползание мурашек в них, опоясывающие боли в области грудной клетки на уровне реберного края; пошатывание при ходьбе. Болен в течение 6 месяцев. В неврологическом статусе: отсутствуют коленные и ахилловы рефлексy. Нарушена вибрационная и суставно-мышечная чувствительность в ногах, в позе Ромберга с закрытыми глазами больной неустойчив.

Контрольные вопросы:

- 1) В каком отделе нервной системы находится очаг поражения?
- 2) Какие образования нервной системы вовлечены в очаге?
- 3) Определите причину нарушения равновесия и происхождения арефлексии.

5. У мужчины 45 лет, неожиданно после физической нагрузки возникла боль в области ягодиц и промежности, недержание мочи и кала. В течение 2 недель лечился в ЦРБ без эффекта. При обследовании: движения конечностей и туловища не нарушены. Зияние наружного сфинктера заднего прохода, гипотрофия и гипотония ягодичных мышц, мацерация кожи в области крестца, анестезия в области ягодиц, вокруг заднего прохода и гениталий.

Контрольные вопросы:

- 1) Выделите синдромы нарушения функций у больного.
- 2) Уровень поражения нервной системы у больного?

4. Задания для групповой работы

- 1) Микрокурация больного по теме занятия
- 2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с патологией спинного мозга.
- 3) Алгоритм освоения практического навыка:
 1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.
 2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.
 3. Определить тактику ведения данного больного.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Верхняя и нижняя границы, отделы спинного мозга. Определение сегмента. Шейное и пояснично-крестцовое утолщения.
 2. Серое и белое вещество спинного мозга.
 3. Синдромы поражения отдельных участков поперечного среза спинного мозга.
 4. Синдромы поражения по длинной оси спинного мозга.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Выберите абсолютно неверные ответы.

1. Синдром Броун-Секара возникает при:
 - а) при полном поперечном поражении спинного мозга на уровне С4
 - б) при половинном поражении спинного мозга на уровне С4
 - в) при полном поперечном поражении спинного мозга на уровне медулярного конуса
 - г) при половинном поражении спинного мозга на уровне шейного утолщения.

Ответ: а, в

2. Зияние тазовых сфинктеров характерно для поражения:

- а) спинного мозга на уровне конуса
- б) спинного мозга на уровне эпиконуса
- в) конского хвоста
- г) спинного мозга на уровне L1-L5 сегментов.

Ответ: б, г

Выбрать абсолютно верные ответы:

1. Тазовый центр спинного мозга расположен на уровне сегментов:
 - а) С5-D2
 - б) S1-S3
 - в) S3-S5
 - г) Co1-Co2

Ответ: в

2. Императивные позывы на мочеиспускание не характерны для:

- а) Для половинного поражения спинного мозга на уровне эпиконуса.

- б) для двухстороннего поражения спинного мозга на уровне шейного утолщения.
- в) Для изолированного поражения задних столбов спинного мозга
- г) для поражения пирамидных путей.

Ответ: а, в

3. Дыхательный центр спинного мозга расположен на уровне сегмента:

- а) С2
- б) С3
- в) С4
- г) С5

Ответ: в.

Для каждой предложенной ситуации выберите, какой вариант повреждения спинного мозга представлен

Список вариантов повреждения:

- а) половинное поперечное поражение спинного мозга на уровне С4
- б) половинное поперечное поражение спинного мозга на уровне С5-D2
- в) половинное поперечное поражение спинного мозга на уровне D3-D5
- г) половинное поперечное поражение спинного мозга на уровне L1-S2
- д) половинное поперечное поражение спинного мозга на уровне S3-S5

1. У больного 37 лет выявлен центральный левосторонний гемипарез, нарушение глубокой чувствительности в левой руке и ноге и гемианальгезия справа.

Ответ: А

2. У больного 50 лет выявлен вялый парез и нарушение глубокой чувствительности в правой ноге, снижение болевой и температурной чувствительности в левой ноге.

Ответ: Г.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 1. Общая неврология

Тема 1.4: Топическая диагностика поражения мозжечка. Топическая диагностика поражения экстрапирамидной, лимбической системы, ретикулярной формации.

Цель: способствовать формированию знаний по топической диагностике поражений мозжечка, экстрапирамидной, лимбической системы, ретикулярной формации, умений выявления нарушения функций этих систем при очагах повреждения различной локализации

Задачи:

1. Рассмотреть строение мозжечка и системы координации движений.
2. Изучить принципы топической диагностики при патологических процессах в мозжечке.

3. Обучить методике исследования состояния координаторных функций.
4. Рассмотреть строение экстрапирамидной системы.
5. Рассмотреть симптомы поражения экстрапирамидной системы.
6. Изучить особенности акинетико-ригидного и гипотонико-гиперкинетического синдромов.
7. Обучить методике исследования состояния функций экстрапирамидной системы.
8. Рассмотреть строение лимбической системы и ретикулярной формации.
9. Изучить функции лимбической системы и ретикулярной формации.
10. Рассмотреть симптомы расстройств функции лимбической системы и ретикулярной формации.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы
 - анатомию, физиологию нервной системы;
2. после изучения темы
 - методы диагностики неврологических расстройств при повреждениях мозжечка и системы координации;
 - топическую характеристику неврологических нарушений при различных вариантах поражения мозжечка и системы координации;
 - методы диагностики неврологических расстройств при патологических процессах в экстрапирамидной системе;
 - характеристику неврологических нарушений при различных вариантах патологии экстрапирамидной системы;
 - принципы выявления неврологических расстройств при патологических процессах в лимбической системе и ретикулярной формации;
 - характеристику неврологических нарушений при различных вариантах патологии лимбической системы и ретикулярной формации.

Обучающийся должен уметь:

- проводить исследование состояния мозжечка и системы координации;
- устанавливать при нарушениях функции мозжечка и системы координации локализацию процесса, их обусловившего;
- проводить исследование состояния экстрапирамидной системы;
- устанавливать при нарушениях функции экстрапирамидной системы локализацию процесса, их обусловившего;
- проводить исследование состояния лимбической системы и ретикулярной формации;
- устанавливать при нарушениях функции лимбической системы и ретикулярной формации локализацию процесса, их обусловившего.

Обучающийся должен владеть:

- психологическими и этическими приемами общения с лицами с нарушениями функции мозжечка и системы координации
- методами оценки состояния функций мозжечка и системы координации.
- психологическими и этическими приемами общения с лицами с нарушениями функции экстрапирамидной системы;
- методами оценки состояния функций экстрапирамидной системы;
- психологическими и этическими приемами общения с лицами с нарушениями функции лимбической системы и ретикулярной формации
- методами оценки состояния функций лимбической системы и ретикулярной формации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Мозжечок и вестибулярная система, афферентные и эфферентные связи, роль в организации движений.
2. Мозжечок и симптомы его поражения.
3. Симптомокомплекс поражения червя мозжечка и полушарий мозжечка.
4. Головокружение, варианты генеза и его типы.
5. Виды атаксий и их дифференциальная диагностика.
6. Строение экстрапирамидной системы.
7. Симптомы поражения структур экстрапирамидной системы
8. Варианты расстройства мышечного тонуса: ригидность, гипотония, дистония.
9. Варианты расстройств движений экстрапирамидного генеза: гипокинезия (олиго- и брадикинезия), гиперкинезы.
10. Акинетико-ригидный и гипотонико-гиперкинетический синдромы.
11. Синдром паркинсонизма.
12. Виды гиперкинезов, их дифференциальные признаки.
13. Строение лимбической системы
14. Строение ретикулярной формации
15. Симптомы поражения лимбической системы
16. Симптомы поражения ретикулярной формации

2. Практическая работа.

1. Освоить практический навык исследования координаторной функции:

Методика проведения работы:

Исследовать двигательную функцию по отдельным пробам:

- ходьба с открытыми и закрытыми глазами
- проба Ромберга
- координаторные пробы
- проба на адиадохокинез
- пробы на гиперметрию

2. Освоить практический навык исследования функции экстрапирамидной системы:

Методика проведения работы:

Исследовать функции экстрапирамидной системы по отдельным пробам:

- ходьба, пробы на пропульсию, ретропульсию
- исследование тонуса
- исследование почерка
- проба на симптом «воздушной подушки»
- проба на симптом обратного толчка

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач.

1. прочитать условие задачи.
2. выделить синдромы поражения.
3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.
4. ответить на вопросы по задаче.

- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

У мужчины 56 лет, выявляется неустойчивость при ходьбе, особенно при сумеречном освещении в вечернее и ночное время; стреляющие боли и чувство «бегания мурашек» в ногах.

При обследовании: больной при ходьбе «нащупывает» почву, сильно ударяя стопой об пол. В ногах мышечная гипотония. Снижено мышечно-суставное чувство до уровня коленных суставов; отсутствует вибрационная чувствительность в ногах. Коленные и ахилловы рефлексы не вызываются. В позе Ромберга с закрытыми глазами больной падает.

Контрольные вопросы:

- 1) Как называется данное расстройство равновесия?
- 2) Что поражено у больного?

Пример разбора задачи.

1. на основе симптомов, указанных в условии задачи можно определить данное расстройство равновесия как сенситивную атаксию.
2. У больного имеется поражение путей глубокой чувствительности – пути Голля-Бурдаха.
- 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

1. У мужчины после подъема тяжести внезапно появились резкие боли в затылке слева, головокружение, больной не мог стоять и идти: падал при этом влево.

При осмотре: выявлен горизонтальный нистагм при взгляде влево, выраженная дизартрия, атония левых конечностей, интенционное дрожание при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб слева, положительный адиадохокинез слева. В статической пробе Ромберга падает влево.

Контрольные вопросы:

- 1) Что нарушено в двигательных актах и позах больного (клинические симптомы)?
- 2) Укажите очаг поражения.

2. У девочки 8 лет после сделанной прививки АКДС на 8-й день появилось пошатывание при ходьбе, падение в стороны, головная боль, нарушения речи, подъем t до 37,4 градусов.

При осмотре – в неврологическом статусе: выраженный нистагм в обе стороны, дизартрия, диффузная мышечная гипотония. Динамические координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга грубо пошатывается в обе стороны, падает назад. Сидит, удерживаясь руками. В положении лежа отмечается усиление нистагма в обе стороны.

Контрольные вопросы:

- 1) Перечислите симптомы нарушения функций нервной системы у больной.
- 2) Укажите очаг поражения.

3. У мужчины, ранее страдающего воспалительным заболеванием уха, внезапно возникло выраженное головокружение (закачался пол, стены; появилось ощущение вращения предметов по часовой стрелке), сопровождающееся тошнотой и рвотой. С трудом удерживался на ногах, держась за окружающие предметы. Выраженная неустойчивость при ходьбе, кое-как добрался до кровати.

При осмотре: лежит неподвижно. Лицо бледное, тошнит, испытывает головокружение. Грубый нистагм при отведении глазных яблок. Пальце-носовую пробу выполняет удовлетворительно. Тонус мышц сохранен.

Контрольные вопросы:

- 1) Какова причина расстройства равновесия у больного?
- 2) С чем необходимо дифференцировать данный синдром?

4. Женщина, 35 лет, предъявляет жалобы на невозможность ходьбы и стояния из-за появления головокружения и опасения упасть при этом.

При осмотре: у больной – вычурная походка; на людях ходит, крепко держась за стенку.

В позе Ромберга – тенденция к падению назад без признаков компенсаторного балансирования. При отвлечении внимания равновесие в позе Ромберга сохраняется. Сухожильные рефлексы с конечностей симметрично оживлены. Чувствительность не нарушена. Нистагма нет. Координаторные пробы выполняет полностью. Больная раздражительна, склонна к демонстративным вспышкам, к ярким эмоциям, привлечению к себе внимания.

Контрольные вопросы:

- 1) Как называется данное нарушение равновесия?
- 2) Что поражено у больной?

5. Женщина, 45 лет, неопрятна, безразлична к окружающему и своему состоянию, эйфорична, склонна к плоским шуткам.

При осмотре: выявляются нарушения походки: больная пошатывается и падает в левую сторону. Сухожильные рефлексы оживлены, преимущественно повышены в левых конечностях. Выявляются рефлексы орального автоматизма: рефлекс Маринеску-Радовичи, хоботковый рефлекс. Наблюдается непроизвольное автоматическое схватывание предметов, приложенных к ладони (рефлекс Янишевского-Бехтерева). Координаторные пробы (пальце-носовую, пяточно-коленную) справа выполняет умеренно. В позе Ромберга больная отклоняется влево.

Контрольные вопросы:

- 1) Как называется данное нарушение равновесия?
- 2) Поражением каких нервных структур оно обусловлено? Обоснуйте ответ.
- 3) Как называется синдром нарушения психики у больной?

6. У мужчины после подъема тяжести внезапно появились резкие боли в затылке слева, головокружение, больной не мог стоять и идти: падал при этом влево.

При осмотре: выявлен горизонтальный нистагм при взгляде влево, выраженная дизартрия, атония левых конечностей, интенционное дрожание при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб слева, положительный адиадохокinez слева. В статической пробе Ромберга падает влево.

Контрольные вопросы:

1. Что нарушено в двигательных актах и позах больного (клинические симптомы)?
2. Укажите очаг поражения.

7. Мужчина предъявляет жалобы на насильственный поворот головы влево и книзу, сопровождающийся болезненным сокращением мышц плеча и шеи. Заболевание развилось постепенно с появления эпизодов стойкого напряжения мышц плеча и шеи. В семье отец и брат пробанда больны подобным заболеванием.

При осмотре: периодически возникающий насильственный поворот головы влево с приведением плеча. В структуру мышечного тонического спазма вовлечены трапецевидная, грудино-ключично-сосцевидная мышцы, платизма, которые при пальпации напряжены, слегка болезненны. Во время непроизвольного спазма отмечается вовлечение оральной мускулатуры. Для предупреждения насильственного движения больной слегка придерживает пальцем левую щеку (компенсаторно-корректирующий жест Вартенберга).

Контрольные вопросы:

1. Как называется синдром, наблюдаемый у больного?

8. У подростка 12 лет, страдающего ревматизмом, появились жалобы на непроизвольные неритмичные движения насильственного характера в различных мышцах головы, тела и конечностей в виде отклонения головы с открыванием рта; подергивания плеча; изменения походки с элементами подпрыгивания; причмокивания, хмыкания, - сменяющих друг друга.

При обследовании: боли и отечность суставов в анамнезе; систолический шум на верхушке сердца. В неврологическом статусе: беспокойство, непоседливость больного, вызванная непроизвольными, быстрыми движениями в различных группах мышц конечностей, туловища и лица, каждое из которых напоминает целостный двигательный акт. Элементы ротационного движения туловища; «гримасничанье». Отмечается диффузное снижение тонуса мышц. Избыточные движения беспокоят в бодрствующем состоянии и проходят во сне.

Контрольные вопросы:

1. Как называется данный синдром?
2. Что лежит в основе его патогенеза?

9. У больного в анамнезе имеется гипоксия в родах и гемолитическая желтуха. С первого года жизни отмечаются непроизвольные медленные червеобразные движения в пальцах рук и ног (сменяющее друг друга сгибание и разгибание пальцев, переразгибание средних и дистальных фаланг, растопыривание пальцев), усиливающиеся при выполнении произвольных движений. Наблюдается «переливание» гипертонуса от одних мышц конечностей к другим (spasmus mobilis), что придает пальцам стоп и кистей причудливые, уродующие позы, сменяющие друг друга.

Контрольные вопросы:

1. Как называется данный синдром?

4. Задания для групповой работы

- 1) Микрокурация больного по теме занятия
- 2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с патологией мозжечка.
- 3) Алгоритм освоения практического навыка:
 1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.
 2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.
 3. Определить тактику ведения данного больного.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Мозжечок и вестибулярная система, афферентные и эфферентные связи, роль в организации движений.
 2. Мозжечок и симптомы его поражения.
 3. Симптомокомплекс поражения червя мозжечка и полушарий мозжечка.
 4. Головокружение, варианты генеза и его типы.
 5. Виды атаксий и их дифференциальная диагностика.
 6. Строение экстрапирамидной системы.
 7. Синдромы поражения структур экстрапирамидной системы

8. Варианты расстройств мышечного тонуса: ригидность, гипотония, дистония.
9. Варианты расстройств движений экстрапирамидного генеза: гипокинезия (олиго- и брадикинезия), гиперкинезы.
10. Акинетико-ригидный и гипотонико-гиперкинетический синдромы.
11. Синдром паркинсонизма.
12. Виды гиперкинезов, их дифференциальные признаки.
13. Строение лимбической системы
14. Строение ретикулярной формации
15. Симптомы поражения лимбической системы
16. Симптомы поражения ретикулярной формации

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. При поражении путей Флексига и Говерса справа развивается:
 - А) атаксия в левых конечностях
 - Б) атаксия во всех конечностях
 - В) атаксия и гипотония в правых конечностях
 - Г) атаксия и гипотония в левых конечностях
 - Д) нет правильного ответа
2. К признакам поражения мозжечка не относится:
 - А) мышечный гипертонус
 - Б) дисметрия
 - В) адиахокинез
 - Г) мегалография
 - Д) нет правильного ответа
3. Истерическая атаксия отличается:
 - А) признаками поражения коры головного мозга
 - Б) усилением в темное время суток
 - В) системным головокружением
 - Г) мышечной гипотонией, адиахокинезом
 - Д) нет правильного ответа
4. Поражение правой лобной доли головного мозга приводит к:
 - А) атаксии в правых конечностях
 - Б) атаксии во всех конечностях
 - В) атаксии в левых конечностях
 - Г) атаксии и адиахокинезу в левых конечностях
 - Д) нет правильного ответа
5. К симптомам поражения червя мозжечка не относится:
 - А) статическая атаксия
 - Б) дестабилизация центра тяжести
 - В) мышечная гипотония
 - Г) аграфия
 - Д) нет правильного ответа
6. Для вестибулярной атаксии характерно:
 - А) усиление в темное время суток
 - Б) признаки поражения контрлатеральной лобной доли головного мозга
 - В) усиление при психоэмоциональном напряжении
 - Г) системное головокружение
 - Д) нет правильного ответа

7. К признакам поражения мозжечка не относится:
- А) скандированная речь
 - Б) мегалография
 - В) дисфония
 - Г) адиадохокинез
 - Д) нет правильных ответов
8. К симптомам поражения полушария мозжечка не относится:
- А) динамическая атаксия на стороне поражения
 - Б) асинергия
 - В) адиадохокинез
 - Г) скандированная речь
 - Д) нет правильного ответа
9. Для мозжечковой атаксии характерно:
- А) наличие признаков поражения коры головного мозга
 - Б) системное головокружение
 - В) усиление в темное время суток
 - Г) усиление при психо-эмоциональном напряжении
 - Д) нет правильного ответа
10. Для сенситивной атаксии характерно:
- А) наличие признаков поражения коры головного мозга
 - Б) системное головокружение
 - В) усиление в темное время суток
 - Г) усиление при психо-эмоциональном напряжении
 - Д) нет правильного ответа
11. Какие проводящие пути идут через средние ножки мозжечка:
- А) передний спино-мозжечковый путь
 - Б) задний спино-мозжечковый путь
 - В) оливомозжечковый путь
 - Г) корково-мосто-мозжечковый путь
 - Д) нет правильных ответов
12. При поражении каких структур развивается синдром паркинсонизма:
- А) бледный шар
 - Б) черная субстанция
 - В) таламус
 - Г) красное ядро
 - Д) нет правильного ответа
13. К симптомам поражения полушария мозжечка не относится:
- А) динамическая атаксия на стороне очага
 - Б) асинергия
 - В) адиадохокинез
 - Г) скандированная речь
 - Д) нет правильного ответа
14. К функциям экстрапирамидной системы относится:
- А) обеспечение краткосрочной памяти
 - Б) участие в эмоциональных реакциях
 - В) координация движений
 - Г) регуляция мышечного тонуса
 - Д) нет правильного ответа

15. К признакам сенситивной атаксии относится:
- А) возникновение на фоне головокружения
 - Б) усиление при отсутствии зрительного контроля
 - В) наличие признаков поражения коры головного мозга
 - Г) усиление при воздействии стрессовых ситуаций
 - Д) нет правильного ответа
16. К симптомам поражения червя мозжечка не относится:
- А) статическая атаксия
 - Б) дестабилизация центра тяжести
 - В) мышечная гипотония
 - Г) аграфия
 - Д) нет правильных ответов
17. К основным проявлениям паркинсонизма относится:
- А) эпилептические припадки
 - Б) спастическая кривошея
 - В) гипокинезия
 - Г) мышечная гипотония
 - Д) нет правильного ответа
18. При поражении левого полушария мозжечка наблюдается:
- А) атаксия в левых конечностях
 - Б) мышечный гипертонус слева
 - В) адиадохокинез слева
 - Г) тремор в правых конечностях
 - Д) нет правильного ответа
19. Хореоформный гиперкинез - это:
- А) движения рук типа «бросания мяча»
 - Б) червеобразные медленные движения пальцев рук
 - В) быстрые сокращения различных мышечных групп тела
 - Г) «скручивание» мышц туловища
 - Д) нет правильного ответа
20. Для лобной атаксии характерно:
- А) усиление в темноте
 - Б) наличие сопутствующего нистагма
 - В) мышечная гипотония
 - Г) усиление в стрессовых ситуациях
 - Д) нет правильного ответа

Эталоны ответов: В; А; Д; В; Г; Г; В; Д; Д; В; Г; Б; Д; ВГ; Б; Г; В; А; В; Д.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 1. Общая неврология

Тема 1.5: Топическая диагностика поражения черепно-мозговых нервов – I-VI пары.

Цель: способствовать формированию знаний по строению I-VI пар черепно-мозговых нервов, способности выявлять нарушения функций данных черепно-мозговых нервов при очагах повреждения различной локализации

Задачи:

1. Рассмотреть строение I-VI пар черепно-мозговых нервов.
2. Изучить терминологию и виды поражений черепных нервов.
3. Рассмотреть симптомы поражения I- VI пар черепно-мозговых нервов.
4. Изучить принципы топической диагностики патологических процессов с вовлечением I-VI пар черепно-мозговых нервов.
5. Обучить методике исследования состояния функций I-VI пар черепно-мозговых нервов.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы
 - анатомию, физиологию нервной системы;
2. после изучения темы
 - методы диагностики неврологических расстройств при патологических процессах с вовлечением I-VI пар черепно-мозговых нервов;
 - характеристику неврологических нарушений при различных поражениях на различных уровнях I-VI пар черепно-мозговых нервов.

Обучающийся должен уметь:

- проводить исследование состояния I-VI пар черепно-мозговых нервов;
- устанавливать при нарушениях функции I-VI пар черепно-мозговых нервов локализацию процесса, их обусловившего.

Обучающийся должен владеть:

- психологическими и этическими приемами общения с лицами с нарушениями функции I-VI пар черепно-мозговых нервов
- методами оценки состояния функций I-VI пар черепно-мозговых нервов.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Обонятельный нерв – I пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций
2. Зрительный нерв – II пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций
3. Глазодвигательный нерв – III пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций
4. Блоковый нерв – IV пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций
5. Тройничный нерв – V пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций
6. Отводящий нерв – VI пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций

2. Практическая работа.

Освоить практический навык исследования функции I-VI пар черепно-мозговых нервов:

Методика проведения работы:

1. Исследовать функцию I пары черепно-мозговых нервов
2. Исследовать функцию II пары черепно-мозговых нервов
3. Исследовать функцию III пары черепно-мозговых нервов
4. Исследовать функцию IV пары черепно-мозговых нервов
5. Исследовать функцию V пары черепно-мозговых нервов
6. Исследовать функцию VI пары черепно-мозговых нервов

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.

1. прочитать условие задачи.
2. выделить синдромы поражения.
3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.
4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

У больной Л., 34 лет, в течение последних лет наблюдается прогрессирующее снижение остроты зрения при отсутствии месячных. За последние месяцы у больной нарастают головные боли. При осмотре: неврологически без патологии. Окулист: на глазном дне диски зрительных нервов бледного цвета, вены расширены, извиты. При исследовании полей зрения – у больной выпадают височные поля зрения. На обзорной рентгенограмме черепа: выраженное расширение объема турецкого седла, порозность его спинки.

Контрольные вопросы:

- 1) Как называется описанное снижение зрения?
- 2) Локализация процесса? Возможная причина поражения?

Пример разбора задачи.

1. на основе симптомов, указанных в условии задачи можно выделить следующий синдром: Синдром очаговой неврологической симптоматики: битемпоральная гемианопсия (при исследовании полей зрения – у больной выпадают височные поля зрения), синдром общемозговой симптоматики (за последние месяцы у больной нарастают головные боли, на обзорной рентгенограмме черепа: выраженное расширение объема турецкого седла, порозность его спинки); синдром гормональных нарушений (отсутствие месячных).

Топический диагноз: сдавление внутренних волокон *chiasmatae opticus*

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

3. У больного Н., 65 лет, при осмотре выявлено отсутствие движения правого глазного яблока вверх, вниз и кнутри; глазное яблоко стойко отведено кнаружи; правое веко не поднимается; правый зрачок расширен, не реагирует на свет. Слева отмечается гемипарез с повышением тонуса мышц, наличием патологических рефлексов, гиперрефлексией.

Контрольные вопросы:

- 1) Как называется синдром?
- 2) При поражении каких структур он наблюдается?
- 3) Каков характер двигательных нарушений у больного?

1. Мужчина, 43 лет, на фоне гипертонической болезни 2 ст. внезапно почувствовал резкую головную боль в правой лобно-височной области, сопровождавшуюся рвотой. Через 3 часа после возникновения локальной головной боли у больного закрылся правый глаз.

При осмотре: выраженная головная боль, загруженность, пульс 56 уд/мин., АД справа = 190/100; АД слева = 170/95 мм рт. ст., справа птоз верхнего века, мидриаз, расходящееся косоглазие, отсутствуют реакция зрачка на свет и движения правого глазного яблока вверх, вниз и кнутри. Другие функции нервной системы не нарушены.

Контрольные вопросы:

- 1) Какие образования нервной системы поражены у больного, наименование синдрома?
- 2) Как вы трактуете происхождение синдрома поражения ?

2. Женщина предъявляет жалобы на боли в правой половине лица, которые развились после переохлаждения. При осмотре: герпетические высыпания на коже в области лба, скуловой дуги и подбородка справа. Гипалгезия кожи в правой половине лица. Болезненность при пальпации в области супраорбитальной, подглазничной и подбородочной точках справа.

Контрольные вопросы:

- 1) Что поражено у больного?

4. Задания для групповой работы

- 1) Микроурация больного по теме занятия
- 2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с патологией I-VI пар черепно-мозговых нервов.
- 3) Алгоритм освоения практического навыка:
 1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.
 2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.
 3. Определить тактику ведения данного больного.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Исследовать функцию I пары черепно-мозговых нервов
 2. Исследовать функцию II пары черепно-мозговых нервов
 3. Исследовать функцию III пары черепно-мозговых нервов
 4. Исследовать функцию IV пары черепно-мозговых нервов
 5. Исследовать функцию V пары черепно-мозговых нервов
 6. Исследовать функцию VI пары черепно-мозговых нервов
 7. Особенности расстройств функции зрительного нерва при патологических процессах на различных уровнях
 8. Система медиального продольного пучка – строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
 - 1) Мидриаз возникает при поражении
 1. верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 2. нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 3. мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
 4. ядра медиального продольного пучка
 - 2) Биназальная гемианопсия наступает при поражении

1. центральных отделов перекреста зрительных нервов
 2. наружных отделов перекреста зрительных нервов
 3. зрительной лучистости
 4. зрительных трактов
 5. черного вещества
- 3) К концентрическому сужению полей зрения приводит сдавление
1. зрительного тракта
 2. зрительного перекреста
 3. наружного коленчатого тела
 4. зрительной лучистости
 5. черного вещества
- 4) При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия
1. биназальная
 2. гомонимная
 3. битемпоральная
 4. нижнеквадрантная
 5. верхнеквадрантная
- 5) Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении
1. зрительного тракта
 2. зрительного перекреста
 3. зрительной лучистости
 4. внутренней капсулы
 5. зрительного нерва
- 6) Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении
1. центральных отделов перекреста зрительных нервов
 2. наружных отделов перекреста зрительных нервов
 3. зрительных трактов перекреста зрительных нервов
 4. зрительной лучистости с двух сторон
 5. лобной доли
- 7) При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаг локализуется
1. в верхних отделах моста мозга
 2. в нижних отделах моста мозга
 3. в дорсальном отделе покрышки среднего мозга
 4. в ножках мозга
 5. в продолговатом мозге
- 8) Для альтернирующего синдрома Раймона - Сестана характерно наличие
1. пареза взора
 2. паралича глазодвигательного нерва
 3. паралича отводящего нерва
 4. спазма мимических мышц
 5. афонии
- 9) Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одно временным вовлечением в патологический процесс нервов
1. лицевого и отводящего
 2. лицевого и глазодвигательного
 3. языкоглоточного нерва и блуждающего
 4. подъязычного и добавочного
 5. добавочного и блокового

- 10) Альтернирующий синдром Вебера наблюдается при поражении ствола мозга и ядер:
1. лицевого нерва
 2. блуждающего нерва
 3. глазодвигательного нерва
 4. тройничного нерва
 5. подъязычного нерва
 6. отводящего нерва

Эталоны ответов: 3; 2; 2; 2; 2; 1; 3; 1; 1; 3

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 1. Общая неврология

Тема 1.6: Топическая диагностика поражения черепно-мозговых нервов –VII-XII пары.

Цель: способствовать формированию знаний по строению VII-XII пар черепно-мозговых нервов, способности выявлять нарушения функций данных черепно-мозговых нервов при очагах повреждения различной локализации

Задачи:

1. Рассмотреть строение VII-XII пар черепно-мозговых нервов.
2. Изучить терминологию и виды поражений черепных нервов.
3. Рассмотреть симптомы поражения VII-XII пар черепно-мозговых нервов.
4. Изучить принципы топической диагностики патологических процессов с вовлечением VII-XII пар черепно-мозговых нервов.
5. Обучить методике исследования состояния функций VII-XII пар черепно-мозговых нервов.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы
 - анатомию, физиологию нервной системы;
2. после изучения темы
 - методы диагностики неврологических расстройств при патологических процессах с вовлечением VII-XII пар черепно-мозговых нервов;
 - характеристику неврологических нарушений при различных поражениях на различных уровнях VII-XII пар черепно-мозговых нервов.

Обучающийся должен уметь:

- проводить исследование состояния VII-XII пар черепно-мозговых нервов;
- устанавливать при нарушениях функции VII-XII пар черепно-мозговых нервов локализацию процесса, их обусловившего.

Обучающийся должен владеть:

- психологическими и этическими приемами общения с лицами с нарушениями функции VII-XII пар черепно-мозговых нервов
- методами оценки состояния функций VII-XII пар черепно-мозговых нервов.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Лицевой нерв – VII пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций
2. Преддверно-улитковый нерв – VIII пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций
3. Языко-глоточный нерв – IX пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций
4. Блуждающий нерв – X пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций
5. Добавочный нерв – XI пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций
6. Подъязычный нерв – XII пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций

2. Практическая работа.

Освоить практический навык исследования функции VII-XII пар черепно-мозговых нервов:

Методика проведения работы:

1. Исследовать функцию VII пары черепно-мозговых нервов
2. Исследовать функцию VIII пары черепно-мозговых нервов
3. Исследовать функцию IX пары черепно-мозговых нервов
4. Исследовать функцию X пары черепно-мозговых нервов
5. Исследовать функцию XI пары черепно-мозговых нервов
6. Исследовать функцию XII пары черепно-мозговых нервов

3. Решить ситуационные задачи

1. прочитайте условие задачи.
2. выделить синдромы поражения.
3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.
4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Женщина 45 лет предъявляет жалобы на головные боли, снижение слуха на правое ухо, пошатывание вправо при ходьбе, головокружения. Отмечает онемение правой половины лица. Больна 3 года. При осмотре: больная хуже жмурит правый глаз, сглажена правая носогубная складка, анестезия правой половины лица. В позе Ромберга падает вправо. При проведении координаторных проб отмечается интенционное дрожание и мимопопадание в правых конечностях. Горизонтальный нистагм при взгляде вправо. Резко снижен слух на правое ухо, угнетена функция правого лабиринта при калорической пробе.

Контрольные вопросы:

- 1) Какие нервные образования поражены у больной?

Пример разбора задачи.

на основе симптомов, указанных в условии задачи можно выделить следующий синдром:

Синдром очаговой неврологической симптоматики - одностороннее сочетанное поражение

V, VII, VIII ЧМН и полушария мозжечка справа; синдром общемозговой симптоматики – жалобы на головные боли, больна 3 года.

Топический диагноз: поражение мостомозжечкового угла справа.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

1. У мужчины с правосторонним гнойным отитом развился парез мягкого неба, голосовой связки, грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц, с отсутствием глоточного рефлекса, снижением чувствительности глотки и корня языка справа. Парезов конечностей нет. При пальпации шеи болезненность справа.

Контрольные вопросы:

- 1) Укажите локализацию очага поражения.
- 2) Какие нервные образования вовлечены в патологический процесс?

2. У мужчины 58 лет выявляется смазанность и нечеткость речи, гнусавость голоса, снижение звучности голоса. При еде и питье больной периодически поперхивается.

Объективно: язык высунуть не может, тропика мышц языка сохранена, фибриллярных подергиваний в них нет. Высокий глоточный рефлекс. Наблюдаются насильственный смех и плач, выражены рефлексы орального автоматизма (ладонно-подбородочный рефлекс Маринеску-Радовичи, хоботковый). Сухожильные рефлексы с конечностей симметрично оживлены, имеются двусторонние патологические рефлексы Бабинского, Россолимо.

Контрольные вопросы:

- 1) Как называется данный симптомокомплекс?
- 2) Каково его происхождение?

3. Ребёнок 7 лет заболел остро «ангиной» с повышением t до 38,5 градусов. Через 3 дня у него появились затруднения при еде.

При осмотре больного обнаружена невнятность его речи («каша во рту»), сиплость, гнусавость голоса. При еде пища попадает в дыхательные пути, при питье больной поперхивается. При высовывании языка – язык отклоняется влево, наблюдаются фибриллярные подергивания в левой половине языка. Отсутствует глоточный рефлекс слева, при фонации мягкое небо отклоняется вправо.

Контрольные вопросы:

- 1) Где расположен очаг поражения?
- 2) Как называется данный синдром?

4. У мужчины 60 лет при обследовании выявляется отклонение языка влево, атрофия и фибриллярные подергивания мышц левой половины языка, правосторонний гемипарез с повышением тонуса мышц, гиперрефлексией, патологическими рефлексами (Бабинского, Россолимо, Оппенгейма) в правых конечностях.

Контрольные вопросы:

- 1) Где локализуется очаг поражения?
- 2) Двигательные расстройства какого типа имеются у больного?
- 3) Как называется этот синдром?

5. У мужчины 51 года при обследовании выявляется левосторонняя гемиплегия с повышением тонуса мышц и сухожильных рефлексов. Справа отмечается несмыкание век, невозможность поднять бровь, отставание правого угла рта при оскале зубов.

Контрольные вопросы:

- 1) Как называется данный синдром?

- 2) При поражении каких структур он наблюдается?
- 3) Какой характер двигательных нарушений у больного?

4. Задания для групповой работы

- 1) Микрокурация больного по теме занятия
- 2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с патологией VII-XII пар черепно-мозговых нервов.
- 3) Алгоритм освоения практического навыка:
 1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.
 2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.
 3. Определить тактику ведения данного больного.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Лицевой нерв – VII пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций
 2. Преддверно-улитковый нерв – VIII пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций
 3. Языко-глоточный нерв – IX пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций
 4. Блуждающий нерв – X пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций
 5. Добавочный нерв – XI пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций
 6. Подъязычный нерв – XII пара, строение, функции, методика исследования, симптомы нарушения функций
 7. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы
 8. Альтернирующие синдромы
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
 1. Добавочный нерв иннервирует:
 - А) грудино-ключично-сосцевидную мышцу
 - Б) переднюю лестничную мышцу
 - В) дельтовидную мышцу
 - Г) мышцы языка
 - Д) нет правильных ответов
 2. Для бульбарного паралича характерно:
 - А) дисфагия
 - Б) афазия
 - В) дизартрия
 - Г) атрофия и фибрилляции в мышцах языка
 - Д) скандированная речь
 - Е) нистагм
 - Ж) дисфония
 - 3) насильственные эмоции
 - И) рефлекс орального автоматизма

3. Для периферического паралича лицевого нерва характерно:
- А) поражение всей мимической мускулатуры на своей стороне
 - Б) поражение всей мимической мускулатуры на противоположной стороне
 - В) поражение верхней мимической мускулатуры на своей стороне
 - Г) поражение нижней мимической мускулатуры на своей стороне
 - Д) поражение нижней мимической мускулатуры на противоположной стороне
4. Альтернирующий синдром Джексона наблюдается при поражении ствола мозга и ядер:
- А) лицевого нерва
 - Б) блуждающего нерва
 - В) глазодвигательного нерва
 - Г) тройничного нерва
 - Д) подъязычного нерва
 - Е) отводящего нерва
5. Для периферического паралича подъязычного нерва характерно:
- А) атрофия половины лица
 - Б) при высовывании язык отклоняется в сторону поражения
 - В) при высовывании язык отклоняется в противоположную сторону
 - Г) фибрилляции и фасцикуляции в мышцах языка
 - Д) нарушение чувствительности на передних 2/3 языка
6. При раздражении добавочного нерва наблюдаются:
- А) тризм
 - Б) спастическая кривошея
 - В) сходящееся косоглазие
 - Г) салаамовы судороги
 - Д) тики
7. Для псевдобульбарного паралича характерно:
- А) дисфагия
 - Б) афазия
 - В) дизартрия
 - Г) атрофия и фибрилляции в мышцах языка
 - Д) скандированная речь
 - Е) нистагм
 - Ж) дисфония
 - З) насильственные эмоции
 - И) рефлекс орального автоматизма
8. Выберите: ядра слуховой порции VIII нерва:
- А) ядро Бехтерева
 - Б) ядро Якубовича
 - В) ядро Швальбе
 - Г) ядро Дейтерса
 - Д) ядро Роллерп
 - Е) вентральное ядро
 - Ж) ядро Кахаля
 - З) дорсальное ядро
9. Функции барабанной струны:
- А) вкусовая иннервация задней трети языка
 - Б) вкусовая иннервация передних двух третей языка
 - В) иннервация задней стенки глотки

- Г) иннервация мышц языка
Д) секреторная иннервация подчелюстной и подъязычной желез
10. Выберите симптомы, входящие в синдром Вебера:
- А) птоз
 - Б) миоз
 - В) сходящееся косоглазие
 - Г) гомолатеральный периферический паралич лицевой мускулатуры
 - Д) контрлатеральный гемипарез
 - Е) расходящееся косоглазие
 - Ж) мидриаз
11. Сколько ядер в стволе мозга имеет языкоглоточный нерв:
- А) одно
 - Б) два
 - В) три
 - Г) четыре
 - Д) пять
12. псевдобульбарный паралич развивается при поражении:
- А) ядер IX-X-XII нервов
 - Б) ядер V-VII-VIII нервов
 - В) кортико-ядерных путей с одной стороны
 - Г) кортико-ядерных путей с двух сторон
 - Д) красного ядра
13. Выберите ядра вестибулярной порции VIII нерва:
- А) ядро Бехтерева
 - Б) ядро Якубовича
 - В) ядро Швальбе
 - Г) ядро Дейтерса
 - Д) ядро Роллера
 - Е) вентральное ядро
 - Ж) ядро Кахаля
 - З) дорсальное ядро
14. В альтернирующий синдром Джексона входит:
- А) птоз
 - Б) миоз
 - В) сходящееся косоглазие
 - Г) гомолатеральный периферический паралич лицевой мускулатуры
 - Д) контрлатеральный гемипарез
 - Е) расходящееся косоглазие
 - Ж) мидриаз
 - З) атрофия и фибрилляции в половине языка
 - И) девиация языка в сторону поражения
15. Через яремное отверстие из полости черепа выходят:
- А) подъязычный нерв
 - Б) добавочный нерв
 - В) лицевой нерв
 - Г) тройничный нерв
 - Д) блуждающий нерв
 - Е) языко-глоточный нерв

16. Сколько ядер в стволе мозга имеет блуждающий нерв:
- А) одно
 - Б) два
 - В) три
 - Г) четыре
 - Д) пять
17. При центральном параличе лицевого нерва наблюдается:
- А) поражение всей мимической мускулатуры на своей стороне
 - Б) поражение всей мимической мускулатуры на противоположной стороне
 - В) поражение верхней мимической мускулатуры на своей стороне
 - Г) поражение нижней мимической мускулатуры на своей стороне
 - Д) поражение нижней мимической мускулатуры на противоположной стороне
18. Альтернирующий синдром Вебера наблюдается при поражении ствола мозга и ядер:
- А) лицевого нерва
 - Б) блуждающего нерва
 - В) глазодвигательного нерва
 - Г) тройничного нерва
 - Д) подъязычного нерва
 - Е) отводящего нерва
19. При поражении на уровне яремного отверстия в процесс вовлекаются:
- А) тройничный нерв
 - Б) глазодвигательный нерв
 - В) отводящий нерв
 - Г) блуждающий нерв
 - Д) добавочный нерв
 - Е) лицевой нерв
 - Ж) языкоглоточный нерв
20. Симптом Белла наблюдается при поражении:
- А) блуждающего нерва
 - Б) лицевого нерва
 - В) языкоглоточного нерва
 - Г) зрительного нерва
 - Д) глазодвигательного нерва
 - Е) тройничного нерва
21. Добавочный нерв иннервирует:
- А) грудино-ключично-сосцевидную мышцу
 - Б) переднюю лестничную мышцу
 - В) дельтовидную мышцу
 - Г) мышцы языка
 - Д) трапецевидную мышцу
22. Для бульбарного паралича характерно:
- А) дисфагия
 - Б) афазия
 - В) дизартрия
 - Г) атрофия и фибрилляции мышц языка
 - Д) скандированная речь
 - Е) нистагм
 - Ж) дисфония

- З) насильственные эмоции
И) рефлексы орального автоматизма
23. Для периферического паралича лицевого нерва характерно:
А) поражение всей мимической мускулатуры на своей стороне
Б) поражение всей мимической мускулатуры на противоположной стороне
В) поражение верхней мимической мускулатуры на своей стороне
Г) поражение нижней мимической мускулатуры на своей стороне
Д) поражение нижней мимической мускулатуры на противоположной стороне
24. Альтернирующий синдром Джексона наблюдается при поражении ствола мозга и ядер:
А) лицевого нерва
Б) блуждающего нерва
В) глазодвигательного нерва
Г) тройничного нерва
Д) подъязычного нерва
Е) отводящего нерва
25. Для периферического паралича подъязычного нерва характерно:
А) атрофия половины языка
Б) при высовывании язык отклоняется в сторону поражения
В) при высовывании язык отклоняется в противоположную сторону
Г) фибрилляции и фасцикуляции в мышцах языка
Д) нарушение чувствительности на передних 2/3 языка

Эталоны ответов: А; АВГЖ; А; Д; АВГ; БГ; АВЖЗИ; ЕЗ; БД; АДЕЖ; ВГ; АВГД; ДИЗ; БДЕ; А; БВД; АВГ; ГД; ВГ; В; Д; В; ГДЖ; Б.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 1. Общая неврология

Тема 1.7: Топическая диагностика поражения коры головного мозга.

Цель: способствовать формированию знаний по строению коры больших полушарий головного мозга, умений выявления состояния и развития нарушений высших мозговых функций.

Задачи:

1. Рассмотреть особенности строения коры больших полушарий головного мозга.
2. Изучить особенности локализации высших мозговых функций в коре больших полушарий головного мозга.
3. Изучить особенности нарушений высших мозговых функций при различных локализациях очага повреждения.

4. Изучить принципы топической диагностики коры больших полушарий головного мозга.
5. Обучить методике исследования состояния высших мозговых функций.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы
 - анатомию, физиологию нервной системы;
2. после изучения темы
 - методы диагностики расстройств высших мозговых функций при повреждениях коры больших полушарий головного мозга;
 - топическую характеристику нарушений высших мозговых функций при поражении отдельных долей коры больших полушарий головного мозга.

Обучающийся должен уметь:

- проводить исследование состояния высших мозговых функций;
- устанавливать при нарушениях высших мозговых функций локализацию процесса, их обусловившего.

Обучающийся должен владеть:

- психологическими и этическими приемами общения с лицами с нарушениями высших мозговых функций
- методами оценки состояния высших мозговых функций

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Строение больших полушарий головного мозга
2. Асимметрия деятельности полушарий головного мозга.
3. Речь, речевые центры мозга и их открытие.
4. Специализация полушарий. Акцентуация полушарий и особенности личности людей.
5. Мозолистое тело
6. представительства высших мозговых в коре больших полушарий головного мозга
7. доли коры больших полушарий головного мозга и симптомы их поражения
8. расстройства высших мозговых функций:
 - речь и ее расстройства
 - гнозис и его расстройства
 - праксис и апраксии
 - память и ее расстройства
 - мышление и его расстройства

2. Практическая работа.

Освоить практический навык исследования высших мозговых функций:

Методика проведения работы:

провести исследование состояния высших мозговых функций:

- речевой функции
- гнозиса
- праксиса
- памяти
- мышления

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач.
 1. прочитать условие задачи.
 2. выделить синдромы поражения.
 3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.
 4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

У мужчины периодически наблюдаются судорожные припадки, начинающиеся с клонических судорог в левой стопе, затем они охватывают всю левую ногу. Иногда судороги могут распространяться и на обе стороны, и тогда теряет сознание; приступ сопровождается произвольным мочеиспусканием, прикусыванием языка. После приступа наступает сон. Неврологически: выявлено незначительное повышение сухожильных рефлексов с левых конечностей. Горизонтальный нистагм при взгляде в обе стороны.

Контрольные вопросы:

- 1) Где находится очаг поражения?
- 2) Как называются подобные приступы?

Пример разбора задачи.

1. Исходя из принципов соматотопической проекции тела, можно определить расположение очага в верхней части правой прецентральной извилины.

2. Джексоновские приступы.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

1. У мужчины 54 лет в течение последних 2 лет – умеренные головные боли. Стал неопрятен, неряшлив, снизился интеллект. Критика к своему состоянию снижена, эйфоричен. При осмотре: выявляется пошатывание при ходьбе, обращенную к нему речь больной понимает, выполняет инструкции; сам ответить на вопросы не может. При просьбе написать что-либо больной берет ручку, но написать ничего ему не удастся. Выявлен парез взора вправо. Отмечаются рефлексы орального автоматизма (рефлекс Маринеску-Радовичи, хоботковый). При прикосновении какого-либо предмета к ладони больного наблюдается произвольное схватывание предмета. Правша.

Контрольные вопросы:

- 1) Что поражено?
- 2) Какие есть нарушения высшей нервной деятельности?

2. Женщина 46 лет. В течение последних 3 месяцев отмечала, что левая рука периодически кажется «тоньше», чем правая. Стали выпадать предметы (хозяйственная сумка и проч.) из левой руки. Иногда у больной возникало ощущение, что слева имеются «две руки», а не одна. Позднее присоединились стойкие головные боли. При осмотре: со стороны внутренних органов – без патологии. АД = 120/80 мм рт.ст. Неврологически: головная боль стойкого характера с усилением ее интенсивности в утренние часы при пробуждении. Менингеальных симптомов нет. Выявлена гипестезия поверхностной и мышечно-суставной чувствительности в левых конечностях и на левой половине туловища. При ощупывании левой рукой различных предметов с закрытыми глазами больная не в состоянии их назвать, описать их отдельные свойства, тогда как правой рукой это же задание больная выполняет без труда. Мало пользуется левыми конечностями, неловко выполняет точные движения левой рукой. Сухожильные рефлексы выше слева, симптом Бабинского слева.

Контрольные вопросы:

- 1) Перечислить выявляемые симптомы поражения нервной системы?
- 2) Какое нервное образование поражено у больной?

3. У мужчины в течение 3 лет наблюдаются общесудорожные припадки, которые начинаются с ощущения, что больной «уже видел все это», иногда перед приступом появляются зрительные и слуховые галлюцинации: «больной видит страшные картины, слышит голоса». Также у мужчины бывают резкие смены настроения, приступы беспричинного гнева. В последнее время окружающие отметили, что больной плохо понимает их речь, а собственная речь больного стала совершенно непонятной и представляет случайный набор слов и слогов. Дефектов своей речи больной не замечает.

Сердится, что его не понимают окружающие. Правша. При исследовании полей зрения выявляется правосторонняя верхне-квадрантная гемианопсия.

Контрольные вопросы:

- 1) Что поражено у больного?
- 2) Какие нарушения высших корковых функций имеются у больного?
- 3) Чем обусловлено возникновение верхне-квадрантной гемианопсии?
4. У женщины длительно страдающей гипертонической болезнью, при повышении АД до 220/140 мм рт.ст. возникали состояния, в течение которых возникало усиление головной боли в затылочной области, тошнота, шум в голове, выраженное головокружение и затуманивание перед глазами (появлялась «пелена»). Женщина переставала различать предметы, узнавать окружающих, смутно видела обстановку, натыкалась при ходьбе, старалась ориентироваться на ощупь. Через несколько часов под влиянием проводимой терапии зрение восстанавливалось.

Контрольные вопросы:

- 1) Где располагается очаг поражения нервной системы?
- 2) Как называется данное нарушение зрения?

4. Задания для групповой работы

- 1) Микроурация больного по теме занятия
- 2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с нарушениями высших мозговых функций.
- 3) Алгоритм освоения практического навыка:
 1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.
 2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.
 3. Определить тактику ведения данного больного.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Строение больших полушарий головного мозга
 2. Асимметрия деятельности полушарий головного мозга.
 3. Речь, речевые центры мозга и их открытие.
 4. Специализация полушарий. Акцентуация полушарий и особенности личности людей.
 5. Мозолистое тело
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
 1. При поражении центра Вернике наблюдается:
 - А) мутизм
 - Б) дизартрия
 - В) моторная афазия
 - Г) сенсорная афазия
 - Д) амнестическая афазия
 2. При поражении язычной извилины наблюдается:
 - А) нижне-квадрантная гемианопсия
 - Б) верхне-квадрантная гемианопсия
 - В) зрительная агнозия
 - Г) амавроз

- Д) акалькулия
3. Симптомы орального автоматизма характерны для поражения:
- А) височной доли
 - Б) лобной доли
 - В) затылочной доли
 - Г) теменной доли
 - Д) ствола мозга
4. Больной выполняет инструкции, но выговаривает лишь отдельные слова. Название симптомокомплекса:
- А) анозогнозия
 - Б) семантическая афазия
 - В) сенсорная афазия
 - Г) амнестическая афазия
 - Д) моторная афазия
5. У больного наблюдаются приступы «уже виденного». Где локализуется очаг поражения:
- А) лобная доля
 - Б) мозжечок
 - В) теменная доля
 - Г) затылочная доля
 - Д) височная доля
6. При поражении центра Брока наблюдается:
- А) мутизм
 - Б) дизартрия
 - В) моторная афазия
 - Г) сенсорная афазия
 - Д) амнестическая афазия
7. При поражении клина затылочной доли наблюдается:
- А) верхне-квадрантная гемианопсия
 - Б) нижне-квадрантная гемианопсия
 - В) амавроз
 - Г) зрительная агнозия
 - Д) акалькулия
8. Слуховые, обонятельные и вкусовые галлюцинации наблюдаются при поражении:
- А) лобной доли
 - Б) теменной доли
 - В) височной доли
 - Г) затылочной доли
 - Д) ствола головного мозга
9. Больной не может сохранять вертикальное положение тела, падает, не может ходить. Название симптомокомплекса:
- А) атаксия
 - Б) алексия
 - В) астереогноз
 - Г) астазия-абазия
 - Д) афазия
10. У больного правосторонняя гемигипестезия, нарушение схемы тела, астереогноз, апраксия, алексия. Где находится очаг поражения:

- А) левая височная доля
 - Б) правая лобная доля
 - В) левая теменная доля
 - Г) мозолистое тело
 - Д) правая теменная доля
11. Речевые центры локализуются в:
- А) лобной доле
 - Б) височной доле
 - В) мозжечке
 - Г) стык височной и теменной долей
 - Д) затылочной доле
12. Джексоновские судорожные припадки наблюдаются при раздражении:
- А) задней центральной извилины
 - Б) передней центральной извилины
 - В) верхней теменной доли
 - Г) язычной извилины
 - Д) верхней височной извилины
13. Аутопагнозия развивается при поражении:
- А) лобной доли
 - Б) височной доли
 - В) затылочной доли
 - Г) теменной доли
 - Д) мозжечка
14. Больной с закрытыми глазами не может определить вкладываемый ему в руку предмет. Название симптомокомплекса:
- А) апраксия
 - Б) агнозия
 - В) астереогноз
 - Г) алексия
 - Д) афазия
15. Больной не критичен, неопрятен, эйфоричен, пошатывается при стоянии и ходьбе влево, повышены рефлексы с левых конечностей. Где локализуется очаг поражения:
- А) правая височная доля
 - Б) правая теменная доля
 - В) правая лобная доля
 - Г) левая теменная доля
 - Д) правая затылочная доля

Эталонные ответы: Г; Б; Д; Д; Д; В; Б; В; Г; В; АБГ; Б; Г; В; В.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов

Раздел 1. Общая неврология

Тема 1.8: Вегетативная нервная система.

Цель: способствовать формированию знаний по строению вегетативной нервной системы, умений выявления нарушений функций вегетативной нервной системы

Задачи:

1. Рассмотреть строение вегетативной нервной системы.
2. Обучить методике исследования состояния вегетативных функций.
3. Рассмотреть симптомы поражения вегетативной нервной системы.
4. Изучить терминологию, виды вегетативных нарушений на различных уровнях вегетативной нервной системы.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы
 - анатомию, физиологию нервной системы;
2. после изучения темы
 - методы диагностики вегетативных изменений при патологических процессах в вегетативной нервной системе;
 - характеристику неврологических нарушений при различных вариантах патологии вегетативной нервной системы.

Обучающийся должен уметь:

- проводить исследование состояния вегетативной нервной системы;
- устанавливать при нарушениях функции вегетативной нервной системы локализацию процесса, их обусловившего.

Обучающийся должен владеть:

- психологическими и этическими приемами общения с лицами с нарушениями функции вегетативной нервной системы
- методами оценки состояния функций вегетативной нервной системы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Рассмотреть вопрос об уровнях и отделах вегетативной нервной системы и её предназначении
2. Гипоталамус – высший надсегментарный вегетативный центр, морфо-функциональные свойства, взаимодействие с лимбическим мозгом, сетчатым образованием и другими интегративными система организма.
3. Сегментарный уровень – вегетативные центры ствола и спинного мозга, а также сегментарные центры преимущественно в сером веществе грудного отдела.
4. Деятельность тазовых центров спинного мозга с контролем коры.
5. Периферическая вегетативная система – её роль в контроле работы отдельных внутренних органов и систем.

2. Практическая работа.

Освоить практический навык исследования вегетативной нервной системы:

Методика проведения работы:

провести исследование функционального состояния вегетативной нервной системы:

- проба на дермографизм

- рефлекс Даньини-Ашнера, Тома-Ру, Ортнера
- проба Вальсальвы
- ортоклиностатическая проба

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.

1. прочитать условие задачи.
2. выделить синдромы поражения.
3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.
4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Женщина, 29 лет, предъявляет жалобы на отсутствие месячных в течение 9 месяцев, выделение молозива из молочных желез, умеренные головные боли, сужение полей зрения (больная натывается на предметы, расположенные по бокам). Больна в течение 6 месяцев, когда прекратились месячные, в дальнейшем стало выделяться молозиво. Больная обращалась к гинекологу, лечилась по поводу нарушения менструального цикла без особого эффекта. В последние 1,5 месяца появились головные боли и сужение полей зрения. Из перенесенных заболеваний можно выделить острые респираторные заболевания, пневмонию, аппендэктомия в 25 лет. Беременность одна, роды одни, без осложнений. В соматическом статусе - без патологии. Неврологический статус: сознание ясное, менингеальных знаков нет. Координация не нарушена. Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Движения глазных яблок в полном объеме. Лицо симметрично. Глотание, фонация, артикуляция не нарушены. Чувствительность сохранена, тонус мышц физиологический, парезов нет. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, одинаковы, патологических знаков нет. На обзорной краниограмме определяется порозность спинки и увеличение размеров турецкого седла. При осмотре окулиста выявлена битемпоральная гемианопсия, частичная атрофия дисков зрительных нервов .

- Какой синдром представлен в задаче?

Пример разбора задачи.

Синдром галактореи-аменореи вследствие пролактин-секретирующей аденомы гипофиза.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

1. У женщины отмечается жгучая боль в ладони правой кисти, особенно в I - III пальцах, усиливающаяся при сгибании и разгибании кисти, подъеме рук вверх. Также выявляется цианоз, потливость, отечность и гипестезия в дистальных отделах I - III пальцев. Имеется боль при давлении и перкуссии ладонной поверхности лучезапястного сустава.

- Что поражено в представленном случае?

2. Приступы боли в надчревной области, иррадиирующие влево и вправо вверх, иногда в спину, и сопровождающиеся усилением перистальтики кишок, сердцебиением, чувством страха, повышением, а иногда снижением артериального давления, бледностью или гиперемией кожи, усиленной потливостью, чувством нехватки воздуха. Вне приступов отмечаются лабильный пульс, нервозность, болезненность при пальпации под мечевидным отростком грудины и в верхней трети надчревя по средней линии. Органические заболевания внутренних органов исключены в результате тщательного обследования больного.

- О каком синдроме можно думать в данном случае?

3. У больного справа отмечаются сужение глазной щели и зрачка, энофтальм и деколорация радужки глазного яблока, повышение температуры и гиперемия кожи руки и половины лица. Давление в плечевой артерии справа - 100/60 мм рт. ст., слева - 130/75 мм рт. ст. Болезненна пальпация правых сонной, поверхностной височной и плечевой артерий,

передней поверхности поперечных отростков шейных позвонков справа.

- О поражении каких образований следует думать?

4. Приступы, проявляющиеся учащенным сердцебиением, повышением артериального давления, головной болью, ознобоподобным дрожанием тела, чувством страха смерти, вздутия живота. На высоте приступа сознание затемнено, возникают непродолжительные тонические судороги конечностей, зрачки при этом расширены, лицо бледное.

- Как называется этот синдром?

4. Задания для групповой работы

1) Микрокурация больного по теме занятия

2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с вегетативными нарушениями.

3) Алгоритм освоения практического навыка:

1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.

2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.

3. Определить тактику ведения данного больного.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Анатомо-физиологические особенности строения вегетативной нервной системы.

2. Высшие уровни интеграции функций вегетативной нервной системы: лимбическая система, гипоталамус, ретикулярная формация.

3. Функциональные центры ствола мозга: дыхательный, сердечно-сосудистый, глотательный, жевательный, слюноотделительный.

4. Сегментарные отделы вегетативной нервной системы: симпатическая и парасимпатическая нервная системы.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются

А) тревожные невротические расстройства

Б) черепно-мозговая травма

В) поражения гипоталамуса

Г) пролапс митрального клапана

Д) коллагенозы

Е) нейроинфекция

2. Вегетативные кризы часто сопровождаются следующими психопатологическими проявлениями

А) тревогой ожидания

Б) агорафобией

В) ограничительным поведением

Г) агорафобией и ограничительным поведением

Д) всеми перечисленными проявлениями

3. Для вегетативных кризов, в отличие от феохромоцитомы, менее характерны

А) значительное повышение артериального давления

Б) повышенное потоотделение

В) выраженное чувство страха

- Г) сердцебиение
 - Д) все перечисленное
4. Синдром периферической вегетативной недостаточности не характерен
- А) для диабетической полинейропатии
 - Б) для алкогольной полинейропатии
 - В) для острой перемежающейся порфирии
 - Г) для амилоидной полинейропатии
 - Д) для герпетической ганглиопатии
 - Е) для множественной системной атрофии
5. Наиболее частой причиной гипоталамического синдрома в возрасте 10-25 лет являются
- А) невроты
 - Б) травмы
 - В) опухоли
 - Г) менингиты
 - Д) энцефалиты
 - Е) церебральные кровоизлияния
6. Патогномичным признаком гипоталамического синдрома являются
- А) вегетативные кризы
 - Б) нарушения терморегуляции
 - В) мотивационно-поведенческие расстройства
 - Г) нарушения активации на ЭЭГ
 - Д) полигландулярная недостаточность
 - Е) все перечисленное неверно
7. Синдром Аргайла Робертсона наблюдается
- А) при рассеянном склерозе
 - Б) при синдроме Парино
 - В) при нейросифилисе
 - Г) при сахарном диабете
 - Д) при алкоголизме
 - Е) при всем перечисленном
8. Наиболее частой причиной односторонних болей в лице, сопровождающихся выраженной вегетативной симптоматикой, является
- А) носоресничная невралгия
 - Б) крылонебная невралгия
 - В) невралгия большого каменистого нерва
 - Г) пучковые (кластерные) головные боли
 - Д) невралгия тройничного нерва
 - Е) каротидиния
9. Нейротрансмиттером в терминалях симпатических преганглионарных нейронов является
- А) ацетилхолин
 - Б) адреналин
 - В) норадреналин
 - Г) дофамин
 - Д) серотонин
10. Нейротрансмиттером в терминалях симпатических постганглионарных нейронов является
- А) адреналин
 - Б) норадреналин

В) ацетилхолин

Г) дофамин

Д) серотонин

11. Тахикардия в покое (90-108. ударов в минуту) у больных с прогрессирующей вегетативной недостаточностью обусловлена

А) усилением симпатических влияний на сердце

Б) ослаблением симпатических влияний на сердце

В) усилением парасимпатических влияний на сердце

Г) ослаблением парасимпатических влияний на сердце

Д) усилением парасимпатических и ослаблением симпатических влияний на сердце

12. Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов

А) С5-Т10

Б) Т1-Т12

В) С8-Л3

Г) Т6 - L4

Д) Т8 – Т12

13. Каудальный отдел сегментарного аппарата парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов

А) L4-Ls-S,1

Б) L5-S1-S2

В) S1-S3

Г) S2-S4

Д) S3-S5

14. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов

А) С6-С7

Б) С7-С8

В) С8-Т2

Г) Т1-Т3

Д) Т3-Т4

15. При поражении гипоталамической области возникает:

А) Нарушение походки

Б) Нарушение терморегуляции

В) Боли

Г) Периодическое недержание

Д) Синкопальное состояние

16. Мидриаз возникает при поражении

А) верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва

Б) нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва

В) мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва

Г) среднего непарного ядра

Д) ядра медиального продольного пучка

17. При поражении симпатического ствола возникают:

А) Эпилептические припадки

Б) Вазомоторные нарушения

В) Нарушения сна

- Г) Брадикардия
Д) Нарушение суставно-мышечного чувства
18. При поражении лимбико-ретикулярного комплекса возникают:
- А) Нарушения сна
Б) Боли
В) Нарушения чувствительности
Г) Гипокинезия
Д) Головокружение
19. При поражении гипоталамической области возникают:
- А) Вегетативные пароксизмы
Б) Сегментарные вегетативные нарушения
В) Нарушения чувствительности
Г) Нарушение походки
Д) Головные боли со рвотой
20. Для поражения солнечного сплетения характерно:
- А) Боли в области пупка
Б) Полиурия
В) Мидриаз
Г) Кардиалгии
Д) Судорожный синдром

Ответы: 1- А; 2- Г; 3- А; 4- Д; 5- В; 6- Е; 7- Е; 8- Г; 9- А; 10- Б; 11- Г; 12- В; 13- Г; 14- В; 15- Б; 16- В; 17- Б; 18- А; 19- А; 20- А.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 1. Общая неврология

Тема 1.9: Методика осмотра неврологического больного.

Цель: способствовать формированию умений по исследованию неврологического статуса.

Задачи:

1. Обучить проводить исследование неврологического статуса у больных с неврологической и нейрохирургической патологией.
2. Обучить определять уровень поражения нервной системы по выявленным симптомам.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы (базисные знания):
- анатомию и физиологию нервной системы;
2. после изучения темы:

- методику и последовательность исследования неврологических симптомов у больных.

Обучающийся должен уметь:

- проводить исследование неврологического статуса

Обучающийся должен владеть:

- Психологическими и этическими приемами общения с пациентами

- Методами сбора жалоб, анамнеза у больного с патологией нервной системы, оценки основных показателей неврологического статуса.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Методика исследования менингеальных симптомов.
2. Методика исследования когнитивных функций.
3. Методика исследования черепно-мозговых нервов.
4. Методика исследования двигательной системы и координации движений.
5. Методика исследования чувствительности.
6. Методика исследования вегетативных функций.

2. Практическая работа.

Освоить практический навык исследования неврологического статуса:

Методика проведения работы:

провести исследование неврологического статуса с оценкой менингеальных симптомов, когнитивных функций, черепно-мозговых нервов, двигательной системы и координации движений, чувствительности, вегетативных функций.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.

1. прочитать условие задачи.
2. выделить синдромы поражения.
3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.
4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

1. Больную в течение трех лет беспокоят боли в поясничной области, иррадиирующие по задней поверхности правой ноги.

При исследовании выявлена гипестезия всех видов чувствительности в виде узкой полосы в той же зоне. Ахиллов рефлекс справа не вызывается.

- Где находится очаг поражения?

- Какой тип расстройства чувствительности?

Пример разбора задачи.

На основе симптомов, указанных в условии задачи можно выделить следующие синдромы:

Синдром очаговой неврологической симптоматики: корешковый синдром Топический диагноз: поражение корешка S1 справа.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

1. У больного после подъема тяжести внезапно появились резкие боли в затылке слева, головокружение, не мог стоять и идти, падал при этом влево.

При осмотре выявлен горизонтальный нистагм при взгляде влево; выраженная дизартрия; атония левых конечностей; интенционное дрожание при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной пробы слева; адиадохокинез слева. В позе Ромберга падает влево.

Контрольные вопросы:

- 1) Укажите, какое образование головного мозга вовлечено и где находится очаг поражения?
2. Имеется полное повреждение поперечника спинного мозга в области эпиконуса:

сегменты L2-S1.

- Опишите клиническую картину поражения.

3. У больной после респираторной инфекции появилась головная боль, тошнота, светобоязнь, повышение температуры тела. При исследовании ликвора: давление лежа 250 мм вод. ст., цвет опалесцирующий, белок = 1,32 г/л, цитоз = 2000 клеток в 1 куб.мм (90% лимфоцитов).

- Дайте характеристику спинно-мозговой жидкости.

4. Задания для групповой работы

1) Микроурация больного по теме занятия

2) Цель работы: освоить исследование неврологического статуса.

3) Алгоритм освоения практического навыка:

- Провести оценку соматического и неврологического статуса у больного.

- Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Методика исследования менингеальных симптомов.

2. Методика исследования когнитивных функций.

3. Методика исследования черепно-мозговых нервов.

4. Методика исследования двигательной системы и координации движений.

5. Методика исследования чувствительности.

6. Методика исследования вегетативных функций.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.

2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В.

М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013

2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 2. Частная неврология

Тема 2.1: Инфекционные заболевания нервной системы.

Цель: сформировать способность проводить диагностику и лечение инфекционных заболеваний нервной системы.

Задачи:

1. Изучить этиологию, патогенетические стадии, классификацию нейроинфекций.

2. Изучить клинические формы инфекций нервной системы, их диагностика и лечение.

Обучающийся должен знать:

1. до изучения темы

- анатомию и физиологию нервной системы

2. после изучения темы

- клинические особенности менингитов и энцефалитов, их дифференцированное лечение

Обучающийся должен уметь:

- провести исследование неврологического статуса у больных с нейроинфекциями, интерпретировать выявленные неврологические нарушения;

Обучающийся должен владеть:

- Психологическими и этическими приемами общения с пациентами с инфекционными заболеваниями нервной системы.

- Методами сбора жалоб, анамнеза, клинического осмотра больного с инфекционной патологией нервной системы

- Навыками выбора адекватного метода реабилитации нарушенных функций нервной системы при инфекционных заболеваниях нервной системы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Возбудители, уровни поражения нервной системы.
2. Терминология инфекционного поражения.
3. Особенности инфекционного поражения в клинических проявлениях (инфекционный синдром + неврологическая симптоматика).
4. Классификация и клиника энцефалитов.
5. Особенности клещевого энцефалита и эпидемического энцефалита. Лечение, диагностика.
6. Примеры и проявления вторичных энцефалитов при общих инфекциях.

2. Практическая работа.

1) Микрооценка больного по теме занятия

2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с нейроинфекцией.

3) Алгоритм освоения практического навыка:

1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.
2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.
3. Определить тактику ведения данного больного.
- 4) Результаты: запись жалоб, анамнеза заболевания и жизни, неврологического статуса
- 5) Выводы: освоен практический навык ведения больного с нейроинфекцией.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.

1. прочитать условие задачи.
2. выделить синдромы поражения.
3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.
4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

1. Больная, 19 лет, заболела остро: возник озноб, повышение температуры тела до 38,5° С, появились боли в мышцах, суставах, общая слабость, рвота. К этому присоединилась диффузная распирающая головная боль. Госпитализирована в стационар.

Объективно: состояние тяжелое. Глубокое оглушение, ответы односложные,

дезориентирована в месте и времени. Держится за голову, старается лежать на боку с запрокинутой назад головой, ноги приведены к животу. На осмотр реагирует болевой grimасой. Частота дыхания 30 в мин. АД 100/60 мм. рт. ст. Пульс 120 уд/мин. Гипертермия 39,0° С.

Неврологический статус: ригидность мышц шеи (+ 8 см), резко выраженные двусторонние

симптомы Кернига, Брудзинского. Общая гиперестезия: раздражают звуки, яркий свет. Сухожильные рефлексы угнетены, тонус мышц снижен. Патологических симптомов не выявлено.

При рентгенограмме черепа патологии не выявлено. На глазном дне окулистом установлена отечность дисков зрительных нервов, ступенчатость границ, насыщение сосудов глазного дна. Общий анализ крови: гемоглобин 145 г/л, лейкоциты $14,5 \times 10^9$ (эозинофилы- 0, палочкоядерные- 10 %, сегментоядерные- 74 %, лимфоциты- 10 %, моноциты 6 %), СОЭ 42 мм/час. Общий анализ мочи без патологии.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует предпринять, ожидаемые результаты методик.
3. Лечение данной больной.

Пример разбора задачи.

1. на основе симптомов, указанных в условии задачи можно выделить следующие синдромы:

- общемозговой синдром (головная боль, рвота, глубокое оглушение).
- менингеальный синдром (ригидность мышц затылка, симптом Кернига, симптомы Брудзинского, общая гиперестезия, менингеальная поза).
- общее инфекционный синдром (боли в мышцах, суставах, общая слабость, лихорадка).

Топический диагноз: воспаление оболочек головного мозга.

Клинический диагноз: первичный гнойный менингит, тяжелое течение.

Необходимые дополнительные исследования: клинический минимум, анализ и микроскопия ликвора (для подтверждения диагноза гнойного менингита и выявления возбудителя).

Лечение: антибактериальная терапия, дезинтоксикационная терапия (солевые растворы), нейропротекция, лечение инфекционно-токсического шока, симптоматическая терапия.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

1. Больной 49 лет жалуется на постоянную головную боль в затылочной области и двоение в глазах. В течение последних двух месяцев у него периодически отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр с ознобом и потливостью по ночам.

Неврологически: сознание ясное. Выраженная ригидность мышц шеи, двусторонний положительный симптом Кернига, слабopоложительные симптомы Брудзинского. В позе Ромберга неустойчив с отклонением вправо. Ограничение движений правого глазного яблока кнаружи, снижение роговичного рефлекса справа. Слабость мышц левой носогубной складки. Снижение слуха на левое ухо. Чувствительных, двигательных и рефлекторных расстройств на туловище и конечностях не определяется.

Люмбальная пункция: ликворное давление 300 мм вод. ст., ликвор мутноватый, слегка опалесцирующий. Белок 0,644 г/л, цитоз 847 лимфоцитов, 13 нейтрофилов; сахар 1,74 ммоль/л, хлориды 69 ммоль/л. При стоянии в течение 10 минут на поверхности ликвора образовалась фибринозная сетка

Под влиянием лечения состояние больного улучшилось: отмечено уменьшение интенсивности головной боли, регрессировала симптоматика со стороны черепных нервов.

Контрольные вопросы:

1. Оцените показания ликвора.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести
4. Лечебная тактика ведения больного в остром и отдаленном периоде.

2. Больной 30 лет. При поступлении в стационар предъявляет жалобы на подъем температуры тела до 39°C, озноб, головную боль, ломящие боли в области поясницы, икроножных мышц. Указанные симптоматика развилась через 2 недели после работ по расчистке лесополосы.

На фоне антибактериальной терапии температура тела снизилась, но через 5 дней вновь поднялась до 40°C, появились менингеальные симптомы. Кроме этого, возникла слабость в мышцах шеи, верхнего плечевого пояса, охриплость голоса, поперхивание при еде. При осмотре: общее состояние средней тяжести, температура тела 37°C, умеренное оглушение, умеренно выражены симптомы Кернига и ригидность мышц затылка. Выявляется отклонение языка влево, парез мягкого неба слева, снижение тонуса и силы мышц шеи и верхнего плечевого пояса. Симптом «отвислой головы». Сухожильные рефлексы с рук угнетены, с ног – равные, живые.

Ликвор: бесцветный, прозрачный, давление лежа 220 мм. вод. ст. Белок 0,89 г/л, цитоз 240 клеток в 1 мм³ (лимфоциты). Сахар ликвора 2,8 ммоль/л; хлориды- 108 ммоль/л.

Контрольные вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Лечение данного больного.
4. Профилактика данного заболевания.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Клинические составляющие синдрома менингита, энцефалита.
 2. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение первичных бактериальных менингитов.
 3. Клиника, диагностика, лечение туберкулезного менингита.
 4. Эпидемиология, клинические формы, диагностика, лечение и профилактика клещевого энцефалита.
 5. Клиника, диагностика и лечение постинфекционных энцефалитов.
 6. Эпидемиология, клинические формы, диагностика, лечение и профилактика клещевого боррелиоза.
 7. Абсцессы головного мозга: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
 8. Особенности психологических изменений личности при нейроинфекциях в остром и отдаленном периодах заболевания.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
 1. ПРИ МЕНИНГИТЕ ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ
 - 1) головная боль
 - 2) рвота
 - 3) параплегия
 - 4) синдром Клода-Бернара-Горнера
 - 5) ригидность затылочных мышц
 - 6) симптом Кернига
 - 7) симптом Брудзинского
 - 8) общая гиперестезия кожи
 2. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ОТНОСЯТСЯ

1) полиомиелитическая

2) летаргическая

3) менингеальная

4) окулоцефалическая

5) менингоэнцефалитическая

6) полиоэнцефаломиелитическая

7) полирадикулоневритическая

3. В ОСТРУЮ СТАДИЮ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА МОГУТ ПОРАЖАТЬСЯ

1) мотонейроны верхних шейных сегментов спинного мозга

2) нейроны таламуса

3) мотонейроны двигательного ядра XII пары черепных нервов

4) мотонейроны коры головного мозга

5) мотонейроны XI пары черепных нервов

4. КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

1) боковой амиотрофический склероз

2) полиомиелит

3) малая хоря

4) цереброспинальный эпидемический менингит

5) японский энцефалит

6) эпидемический энцефалит

5. МОЛНИЕНОСНАЯ ФОРМА МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СИМПТОМАМИ

1) бурное начало

2) расстройство сознания

3) преходящий оболочечный синдром

4) резкое повышение температуры

5) расстройство дыхания и сердечной деятельности

6) выраженные изменения ликвора

6. ВЕДУЩИМИ КОМПОНЕНТАМИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ

1) антибиотики

2) витамины

3) сыворотка реконвалесцентов

4) гамма-глобулин

5) ноотропные препараты

7. ДЛЯ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ХАРАКТЕРНЫ

1) центральные парезы рук

2) периферические парезы рук

3) бульбарные нарушения

4) лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе

8. ЛИКВОР ПРИ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТАХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТАКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАК

1) лимфоцитарный плеоцитоз

2) высокое ликворное давление

3) низкое содержание белка

4) цереброспинальная жидкость опалесцирующая

9. ОСОБЕННОСТЯМИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ ГНОЙНОМ МЕНИНГИТЕ

ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ранний симптом
- 2) поздний симптом
- 3) высокая интенсивность
- 4) диффузный распирающий характер

10. ЛИКВОР ПРИ ГНОЙНОМ МЕНИНГИТЕ ОБЛАДАЕТ ПРИЗНАКАМИ

- 1) цереброспинальная жидкость мутная
- 2) повышение ликворного давления
- 3) повышение уровня общего белка ликвора
- 4) повышение уровня глюкозы и хлоридов ликвора

11. БАКТЕРИАЛЬНЫМ МЕНИНГИТАМ ПРИСУЩИ СИМПТОМЫ

- 1) острое начало
- 2) выраженность симптоматики
- 3) клеточно-белковая диссоциация ликвора с преобладанием нейтрофилов
- 4) клеточно-белковая диссоциация ликвора с преобладанием лимфоцитов

12. ГНОЙНЫМ МЕНИНГИТАМ ПРИСУЩИ СИНДРОМЫ

- 1) синдром общей интоксикации
- 2) изменение ликвора
- 3) синдром поражения миокарда
- 4) общемозговой синдром

13. РАЗВИТИЕМ ЭНЦЕФАЛИТА МОГУТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ

- 1) грипп
- 2) ревматоидный артрит
- 3) краснуха
- 4) корь

14. КОНТАКТНЫЕ АБСЦЕССЫ ОТОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ РЕДКО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- 1) в стволе мозга
- 2) в затылочной доле
- 3) в лобной доле
- 4) в височной доле
- 5) в теменной доле

15. СЕРОЗНЫЙ МЕНИНГИТ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАН

- 1) гемофильной палочкой Афанасьева - Пфейффера
- 2) пневмококком
- 3) микобактерией туберкулеза
- 4) стафилококком
- 5) кишечной палочкой
- 6) спирохета паллидум

16. ПРИ ВИРУСНОМ ДВУХВОЛНОВОМ МЕНИНГО-ЭНЦЕФАЛИТЕ ТИПИЧНЫ

- 1) лихорадка
- 2) атрофические спинальные параличи
- 3) плеоцитоз в ликворе
- 4) радикулоневрит

17. ДЫХАНИЕ НАРУШАЕТСЯ ПРИ ФОРМАХ ПОЛИОМИЕЛИТА

- 1) абортивной
- 2) бульбарной
- 3) спинальной

4) энцефалитической

18. ПРИ МЕНИНГИТЕ ВОЗНИКАЮТ СИМПТОМЫ

- 1) головная боль
- 2) рвота
- 3) параплегия
- 4) синдром Бернара-Горнера
- 5) ригидность затылочных мышц
- 6) симптом Кернига
- 7) симптом Брудзинского
- 8) общая гиперестезия

19. ДЛЯ МИЕЛИТОВ ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ

- 1) гемиплегия
- 2) расстройства функций тазовых органов
- 3) синдром Иценко-Кушинга
- 4) проводниковое нарушение чувствительности
- 5) спастическая пара- или тетраплегия

20. ДЛЯ АРАХНОИДИТА МОСТОМОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

- 1) акалькулия
- 2) нистагм
- 3) скандированная речь
- 4) атаксия
- 5) параплегия
- 6) гипотония мышц
- 7) снижение корнеального рефлекса
- 8) птоз
- 9) понижение слуха
- 10) периферический парез лицевого нерва

Эталоны ответов на тестовые задания:

- 1 – 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8
- 2 – 1, 3, 5, 6, 7
- 3 – 1, 3, 5
- 4 – 2, 4, 5, 6
- 5 – 1, 2, 4, 5
- 6 – 3, 4
- 7 – 2, 3, 4
- 8 – 1, 2, 4
- 9 – 1, 3, 4
- 10 – 1, 2, 3
- 11 – 1, 2, 3
- 12 – 1, 2, 4
- 13 – 1, 3, 4
- 14 – 1, 2, 3, 5
- 15 – 3, 6
- 16 – 1, 3, 4
- 17 – 2, 3
- 18 – 1, 2, 5, 6, 7, 8

19 – 2, 4, 5

20 – 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 2. Частная неврология

Тема 2.2: Заболевания спинного мозга.

Цель: сформировать способность к диагностике и лечению основных заболеваний спинного мозга.

Задачи:

1. Обучить студентов проводить исследование неврологического статуса при основной патологии спинного мозга: рассеянном склерозе, боковом амиотрофическом склерозе, сирингомиелии.
2. Изучить алгоритм постановки топического и клинического диагноза при перечисленных заболеваниях.
3. Научить выполнять обоснованное обследование при перечисленных заболеваниях.
4. Обучить студентов проводить лечение больных с основной патологией спинного мозга.

Студент должен знать:

1. до изучения темы
 - анатомию и физиологию нервной системы;
2. после изучения темы
 - эпидемиологию, этиологию, патогенез, классификацию, клинику различных заболеваний спинного мозга, меры их профилактики;
 - методы лабораторной и инструментальной диагностики при заболеваниях спинного мозга;
 - особенности лечения различных заболеваний спинного мозга;

Студент должен уметь:

- проводить исследование неврологического статуса у больных с различными заболеваниями спинного мозга;
- устанавливать топический диагноз при различных заболеваниях спинного мозга.

Студент должен владеть:

- Психологическими и этическими приемами общения с пациентами с заболеваниями спинного мозга.
- Методами сбора жалоб, анамнеза, клинического осмотра больного с заболеваниями спинного мозга.
- Выбора оптимальной тактики ведения пациента при заболеваниях спинного мозга.
- Навыками назначения наиболее адекватного метода психологической реабилитации при заболеваниях спинного мозга.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение рассеянного склероза.
2. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение острого рассеянного энцефаломиелита.
3. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение бокового амиотрофического склероза.
4. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение сирингомиелии.

2. Практическая работа.

- 1) Микроурация больного по теме занятия
- 2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с заболеванием спинного мозга.
- 3) Алгоритм освоения практического навыка:
 1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.
 2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.
 3. Определить тактику ведения данного больного.
- 4) Результаты: запись жалоб, анамнеза заболевания и жизни, неврологического статуса
- 5) Выводы: освоен практический навык ведения больного с заболеванием спинного мозга.

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач.
 1. прочитать условие задачи.
 2. выделить синдромы поражения.
 3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.
 4. ответить на вопросы по задаче.
- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной Е., 64 лет. В течение последнего года постепенно появилась гнусавость голоса, стало трудно выговаривать слова, поперхивался при глотании, с трудом высовывал язык.

При поступлении состояние удовлетворительное, общее значительное похудание. В соматическом статусе патологии не выявлено. Неврологический статус: в сознании, ориентирован, речевой контакт затруднен из-за глубокой дизартрии. Дисфагия, глоточный рефлекс отсутствует. Выявляются атрофия мышц языка, фибриллярные подергивания в них. В мышцах плеч и надплечья также определяются фибриллярные подергивания. Движения в конечностях сохранены. Сухожильные рефлексы высокие во всех конечностях, патологические стопные рефлексы с двух сторон. Чувствительность и координация сохранены. Тазовых нарушений нет.

При люмбальной пункции получен прозрачный ликвор под давлением 220 мм вод.ст., белок – 0,132 г/л, цитоз – 0/3. Блок субарахноидального пространства не обнаружен.

Рентгенограмма шейного отдела позвоночника – определяется деформирующий спондилез и остеохондроз межпозвоночных дисков С5-С7. На глазном дне – артерии с признаками умеренного склерозирования.

Контрольные вопросы:

- 1) Топическая диагностика уровня поражения?
- 2) Ваш предположительный диагноз?
- 3) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

Пример разбора задачи.

1. на основе симптомов, указанных в условии задачи можно выделить следующие синдромы:

- синдромы очаговой неврологической симптоматики -

1) бульбарный синдром (гнусавость голоса, стало трудно выговаривать слова, поперхивался при глотании, с трудом высовывал язык, речевой контакт затруднен из-за глубокой дизартрии, дисфагия, глоточный рефлекс отсутствует; выявляются атрофия мышц языка, фибриллярные подергивания в них.)

2) верхний смешанный паразез (в мышцах плеч и надплечья также определяются фибриллярные подергивания, сухожильные рефлексы высокие).

3) нижний центральный паразез (сухожильные рефлексы высокие, патологические стопные рефлексы с двух сторон).

Топический диагноз: двигательные ядра IX, X, XII пар ЧМН в продолговатом мозге (поражение периферических двигательных нейронов для иннервации мышц языка, глотки, гортани и мягкого неба), двигательные пирамидные пути и передние рога спинного мозга на шейном уровне (поражение центральных двигательных мотонейронов для иннервации ног, поражение периферических и центральных двигательных мотонейронов для иннервации рук).

Клинический диагноз: Болезнь двигательного нейрона, бульбарная форма, развернутая стадия.

Необходимые дополнительные исследования: клинический минимум, ЭНМГ с языка, рук и ног для подтверждения диагноза, МРТ ш/о спинного мозга и МРТ головного мозга для исключения вторичного синдрома БАС.

Лечение: симптоматическая терапия.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

1. Больной А., 28 лет. Два года назад появилась неловкость в правой ноге, стало трудно подниматься по лестнице. Через год отметил неловкость и в левой ноге, стало трудно ходить, появилось пошатывание при ходьбе.

При поступлении состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, ориентирован, снижена критика к заболеванию. Горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, больше влево. Движения в руках в полном объеме, сила достаточная, сухожильные рефлексы высокие. Нижний спастический паразез до 4 баллов, тонус мышц в ногах повышен, сухожильные рефлексы оживлены с расширением рефлексогенной зоны, клонус стоп и коленных чашечек, двусторонние стопные патологические рефлексы. Координаторные пробы выполняет с интенцией, ходьба с закрытыми глазами затруднена. Отмечает императивные позывы к мочеиспусканию.

Контрольные вопросы:

- 1) Укажите пораженные системы и образования ЦНС.
- 2) Ваш предположительный диагноз?
- 3) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

2. Больная П., 32 лет, предъявляет жалобы на эпизоды слабости в левой руке и ноге в течение года. Симптоматика почти полностью регрессировала за 3 месяца до госпитализации, однако, в течение 3 дней, предшествующих ей, левая нога вновь резко ослабела. В течение последних 3 месяцев отмечалось периодическое недержание мочи. В возрасте 21 года имел место эпизод двоения в глазах, которое спонтанно регрессировало.

Неврологически определяются левосторонний гемипарез (сила в конечностях 3 балла), повышение сухожильных рефлексов с левых конечностей, отсутствие брюшных рефлексов с обеих сторон, симптом Бабинского слева.

Люмбальная пункция: ликворное давление = 180 мм вод.ст. лежа, ликвор прозрачный,

бесцветный. Общий белок – 0,45 г/л, цитоз – 15 лимфоцитов в 1 куб. мм (Т-лимфоциты). Сахар – 2,73 ммоль/л, хлориды – 121 ммоль/л.

В протеинограмме ликвора обращает внимание значительное увеличение относительного содержания гамма-глобулинов, в особенности IgG, отмечается выраженная олигоклональность его фракций. Снижено содержание преальбумина.

При иммунологическом исследовании ликвора отмечено выраженное увеличение титра противокоревых антител, повышена миелинотоксическая активность цереброспинальной жидкости.

Контрольные вопросы:

- 1) Оцените показатели ликвора. В какой ликворный синдром их можно сгруппировать?
- 2) Предположительный диагноз?
- 3) Дополнительные методы обследования, необходимые для уточнения диагноза?
- 4) Прогноз для данной больной?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение рассеянного склероза.
 2. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение острого рассеянного энцефаломиелита.
 3. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение бокового амиотрофического склероза.
 4. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение сирингомиелии.

- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тесты “верно-неверно”

Выбрать абсолютно неверные ответы.

1. Синдром Горнера-Клода-Бернара включает в себя:

- а) миоз
- б) мидриаз
- в) птоз
- г) экзофтальм

Ответ: б

2. Нарушения глубокой чувствительности возникает:

- а) при поражении боковых столбов спинного мозга
- б) при поражении задних корешков спинного мозга
- в) при поражении задних рогов спинного мозга
- г) при поражении задних столбов спинного мозга

Ответ: а, в

3. Синдром Броун-Секара возникает при:

- а) при полном поперечном поражении спинного мозга на уровне С4
- б) при половинном поражении спинного мозга на уровне С4
- в) при полном поперечном поражении спинного мозга на уровне медулярного конуса
- г) при половинном поражении спинного мозга на уровне шейного утолщения.

Ответ: а, в

4. Зияние тазовых сфинктеров характерно для поражения:

- а) спинного мозга на уровне конуса
- б) спинного мозга на уровне эпиконуса

- в) конского хвоста
- г) спинного мозга на уровне L1-L5 сегментов.

Ответ: б, г

Выбрать абсолютно верные ответы:

1. Центр Будге расположен в спинном мозге на уровне сегментов:

- а) C5-C8
- б) C7-D2
- в) C8-D1
- г) D1-D2

Ответ: в

2. При синдроме Броун-Секара на стороне очага наблюдается:

- а) нарушение двигательной функции
- б) нарушение болевой и температурной чувствительности
- в) нарушение глубокой чувствительности
- г) нарушение функций тазовых органов

Ответ: а, в

3. Шейное утолщение спинного мозга располагается на уровне сегментов:

- а) C1-C4
- б) C4-C8
- в) C5-D1
- г) C5-D2

Ответ: г

4. Тазовый центр спинного мозга расположен на уровне сегментов:

- а) C5-D2
- б) S1-S3
- в) S3-S5
- г) Co1-Co2

Ответ: в

5. Императивные позывы на мочеиспускание не характерны для:

- а) Для половинного поражения спинного мозга на уровне эпиконуса.
- б) для двухстороннего поражения спинного мозга на уровне шейного утолщения.
- в) Для изолированного поражения задних столбов спинного мозга
- г) для поражения пирамидных путей.

Ответ: а, в

6. Дыхательный центр спинного мозга расположен на уровне сегмента:

- а) C2
- б) C3
- в) C4
- г) C5

Ответ: б

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013

2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 2. Частная неврология

Тема 2.3: Заболевания периферической нервной системы.

Цель: Сформировать способность проводить диагностику и лечение заболеваний периферической нервной системы.

Задачи:

1. Изучить этиологию, патогенез и клинические проявления заболеваний периферической нервной системы.
2. Изучить проведение диагностических методов и лечение невралгии V нерва и нейропатии VII нерва, а также других заболеваний периферической нервной системы.

Студент должен знать:

1. до изучения темы
 - анатомию, физиологию нервной системы;
2. после изучения темы
 - методы диагностики нарушений чувствительности;
 - этиопатогенез, основные клинические формы заболеваний периферической нервной системы.
 - Методы диагностики заболеваний периферической нервной системы.

Студент должен уметь:

- Провести диагностику заболеваний периферической нервной системы, интерпретировать данные инструментальных методов исследования.

Студент должен владеть:

- Психологическими и этическими приемами общения с пациентами с заболеваниями периферической нервной системы.
- Методами сбора жалоб, анамнеза, клинического осмотра больного с заболеваниями периферической нервной системы.
- Принципами выбора оптимальной тактики ведения пациента при заболеваниях периферической нервной системы.
- Навыками назначения наиболее адекватного метода психологической реабилитации при заболеваниях периферической нервной системы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Невропатия VII нерва, клиника, диагностика (применение электронейромиографии) с целью уточнения степени поражения нерва.
2. Невралгия V нерва, этиология, клинические проявления, диагностика, лечение (антиконвульсанты, антидепрессанты и пр.)
3. Дифференциальная диагностика неврита II и VIII нервов, принципы лечения.
4. Межреберная невралгия (вирусная).
5. Остеохондроз поясничный и шейный с различными формами заболевания (локальный и рефлекторный корешковый, нейрососудистый синдромы);
6. Дифференциальная диагностика различного генеза полиневритов и полиневропатий.
7. Восходящий паралич Ландри (нейропатия Гийена-Барре). Тактика ведения больных.

2. Практическая работа.

- 1) Микрокурация больного по теме занятия
- 2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с заболеванием периферической нервной системы.

3) Алгоритм освоения практического навыка:

1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.
2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.
3. Определить тактику ведения данного больного.
- 4) Результаты: запись жалоб, анамнеза заболевания и жизни, неврологического статуса
- 5) Выводы: освоен практический навык ведения больного с заболеванием периферической нервной системы.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.

1. прочитать условие задачи.
2. выделить синдромы поражения.
3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.
4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной Ж., 29 лет, через 2 недели после перенесенной острой респираторной инфекции стал отмечать появление тянущих болей в нижних конечностях, которые сменились развитием слабости в них.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Со стороны внутренних органов без патологии. Неврологически: менингеальных знаков не выявлено, исследование координации затруднено из-за слабости в нижних конечностях. Черепно-мозговая иннервация в норме. Отмечается незначительная гипестезия, преимущественно в дистальных отделах нижних конечностей. Вялый нижний парапарез (сила – 3 балла), рефлексы с нижних конечностей снижены, тазовых нарушений не выявлено.

Люмбальная пункция: ликворное давление – 180 мм вод.ст., ликвор опалесцирующий. Белок – 3,987 г/л. Цитоз – 3 лимфоцита, 1 нейтрофил в 1 куб. мм. Сахар – 3,0 ммоль/л, хлориды – 110 ммоль/л. В протеинограмме ликвора отмечается значительное увеличение уровня иммуноглобулинов с выраженной поликлональностью зоны гамма-глобулинов.

Контрольные вопросы:

- 1) Ведущие неврологические синдромы.
- 2) Оцените показатели ликвора.
- 3) Предположительный диагноз?
- 4) Дополнительные методы исследования?

Пример разбора задачи.

1. на основе симптомов, указанных в условии задачи можно выделить следующие синдромы:

- полиневритический синдром –

Появление тянущих болей в нижних конечностях, которые сменились развитием слабости в них. Отмечается незначительная гипестезия, преимущественно в дистальных отделах нижних конечностей. Вялый нижний парапарез (сила – 3 балла), рефлексы с нижних конечностей снижены.

- синдром ликворных изменений –

ликвор опалесцирующий. Белок – 3,987 г/л. Цитоз – 3 лимфоцита, 1 нейтрофил в 1 куб. мм. В протеинограмме ликвора отмечается значительное увеличение уровня иммуноглобулинов с выраженной поликлональностью зоны гамма-глобулинов – белково-клеточная диссоциация с повышением уровня поликлональных гамма-глобулинов.

Топический диагноз: диффузное поражение нервов нижних конечностей.

Клинический диагноз: Острая воспалительная димиелинизирующая полиневропатия:

синдром Гийена-Барре.

Необходимые дополнительные исследования: клинический минимум, ЭНМГ с рук и ног для подтверждения диагноза.

Лечение: патогенетическая терапия (иммуноглобулин G 400 мг/кг в/в № 3-5, преднизолон 1-1,5 мг/кг, витамины гр. В, тиоктовая кислота 600 мг/сут для ремиелинизации), ЛФК, массаж.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

1 Больной Н., 56 лет, госпитализирован в стационар с жалобами на сильные боли приступообразного характера в области правой щеки, верхней челюсти и правого крыла носа. Боли появились сутки назад. Продолжительность приступа около 30-40 секунд. Приступы возникают с частотой 5-6 раз за 30 минут. Провоцируются незначительным прикосновением к правой щеке, приемом пищи, в связи с чем больной не ел уже в течение суток. Больной принимал таблетки анальгина, баралгина, димедрола, но никакого эффекта от лекарств не отмечает. Возникновение данных приступов больной ни с чем не связывает.

В анамнезе жизни: гипертоническая болезнь 2 ст., стенокардия.

Объективно: состояние средней степени тяжести. АД = 180/100 мм рт.ст. Пульс 80 ударов в минуту.

Неврологический статус: менингеальных знаков нет; движения глазных яблок в полном объеме. Чувствительность в левой половине лица сохранена полностью. Дотронуться до правой половины лица невозможно из-за возникновения сильного приступа боли, что затрудняет осмотр. Патологии со стороны пирамидной, мозжечковой системы не выявлено. Обзорные рентгенограммы черепа и основания черепа патологии не выявили. Внутривенное введение баралгина и эуфиллина положительного эффекта не дало. ОАК без патологии.

Контрольные вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Тактика лечения?

2. Больной К., 35 лет, поступил с жалобами на слабость в правой кисти, онемение большого пальца правой кисти.

Из анамнеза: 3 месяца назад у больного при автодорожной травме был открытый перелом правой плечевой кости, после которого развилась вышеописанная симптоматика. Консервативное лечение – без эффекта.

При осмотре: наблюдается невозможность тыльного сгибания правой кисти, отведения большого пальца, анестезия в области большого пальца справа. При пальпации в области средней трети плеча справа определяется болезненное на ощупь образование, при этом возникают боли, которые иррадиируют в область большого пальца. Формирующаяся контрактура правого лучезапястного сустава.

Контрольные вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
1. Невропатия VII нерва, клиника, диагностика (применение электронейромиографии) с целью уточнения степени поражения нерва.

2. Невралгия V нерва, этиология, клинические проявления, диагностика, лечение (антиконвульсанты, антидепрессанты и пр.)
 3. Дифференциальная диагностика неврита II и VIII нервов, принципы лечения.
 4. Межреберная невралгия (вирусная).
 5. Остеохондроз поясничный и шейный с различными формами заболевания (локальный и рефлекторный корешковый, нейрососудистый синдромы);
 6. Дифференциальная диагностика различного генеза полиневритов и полиневропатий.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
 1. Фактором, определяющих поражение нервов при дифтерийной полинейропатии, является
 - а) инфекционный
 - б) токсический
 - в) сосудистый
 - г) верно все перечисленное
 2. Синдром полинейропатии проявляется
 - а) слабостью проксимальных отделов конечностей
 - б) расстройством чувствительности в дистальных отделах конечностей
 - в) вегетативными нарушениями в кистях и стопах
 - г) верно б) и в)
 3. Для нейропатии локтевого нерва характерны
 - а) слабость 2, 3 пальцев кисти
 - б) атрофия мышц возвышения мизинца
 - в) боли по ульнарной поверхности кисти
 - г) все перечисленное
 - д) верно б) и в)
 4. В остром периоде нейропатий нецелесообразно назначать
 - а) электрофорез новокаина
 - б) электростимуляцию
 - в) микроволны
 - г) диадинамические токи
 - д) все перечисленное
 5. В состав шейного сплетения не входят
 - а) малый затылочный нерв
 - б) диафрагмальный нерв
 - в) подкрыльцовый нерв
 - г) надключичный нерв
 - д) большой ушной нерв
 6. Для алкогольной полинейропатии характерно
 - а) преимущественное поражение нижних конечностей
 - б) преимущественное поражение верхних конечностей
 - в) боли в голених и стопах
 - г) боли в предплечьях и кистях
 - д) верно а) и в)
 7. Для нейропатии срединного нерва характерны
 - а) слабость 4 и 5 пальцев кисти
 - б) атрофия мышц возвышения большого пальца
 - в) усиление болей в кисти при ее сгибании
 - г) верно б) и в)
 8. Иглорефлексотерапия при полинейропатии Гийена-Барре назначается в период

- а) нарастания парезов
 - б) стабилизации парезов
 - в) регресса парезов
 - г) верно все перечисленное
 - д) верно б) и в)
9. Признаками поражения лучевого нерва являются
- а) «когтистая кисть»
 - б) невозможность разгибания кисти
 - в) невозможность отведения 1 пальца
 - г) все перечисленное
 - д) верно б) и в)
10. В состав плечевого сплетения не входят
- а) надключичный нерв
 - б) подключичный нерв
 - в) подкрыльцовый нерв
 - г) локтевой нерв
 - д) верно а) и в)
11. Для дифтерийной полинейропатии не характерно наличие
- а) бульбарных расстройств
 - б) тазовых расстройств
 - в) расстройств глубокой чувствительности
 - г) нарушений аккомодации
 - д) сенсорной атаксии
12. Для синдрома ущемления малоберцового нерва в области подколенной ямки характерны
- а) слабость подошвенных сгибателей стопы
 - б) гипотрофия перонеальной группы мышц
 - в) гипалгезия наружной поверхности голени
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
13. Для полинейропатии Гийена-Барре характерно
- а) поражение черепных нервов
 - б) выраженные тазовые расстройства
 - в) стойкая двусторонняя пирамидная симптоматика
 - г) все перечисленное
14. Признаками поражения срединного нерва являются
- а) слабость 4 и 5 пальцев кисти
 - б) снижение чувствительности на ладонной поверхности 4 и 5 пальцев
 - в) слабость 1 и 2 пальцев кисти
 - г) все перечисленное
15. В состав поясничного сплетения не входит
- а) бедренный нерв
 - б) запирательный нерв
 - в) наружный кожный нерв бедра
 - г) седалищный нерв
 - д) бедренно-половой нерв
16. Для нейропатии тройничного нерва характерны
- а) снижение корнеального рефлекса

- б) нарушение вкуса на задней трети языка
 - в) гипалгезия во внутренней зоне Зельдера
 - г) гипертрофия жевательной мускулатуры
 - д) все перечисленное
17. Для нейропатии локтевого нерва характерны
- а) «свисающая кисть»
 - б) нарушение чувствительности в области 1 и 2 пальцев кисти
 - в) невозможность приведения 4, 5 пальцев
 - г) все перечисленное
18. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение
- а) анальгетиков
 - б) спазмолитиков
 - в) противосудорожных средств
 - г) всего перечисленного
19. К демиелинизирующим относится полинейропатия
- а) Гийена-Барре
 - б) диабетическая
 - в) дифтерийная
 - г) гриппозная
20. Для нейропатии бедренного нерва характерны
- а) симптом Ласега
 - б) слабость четырехглавой мышцы бедра
 - в) отсутствие ахиллова рефлекса
 - г) все перечисленное

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 2. Частная неврология

Тема 2.4: Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника.

Цель изучения темы: сформировать способность к диагностике и лечению неврологических осложнений остеохондроза.

Задачи:

1. Изучить терминологию и виды неврологических осложнений остеохондроза.
2. Обучить топической диагностике различных неврологических осложнений остеохондроза.
3. Научить методике исследования пациентов с неврологическими осложнениями остеохондроза.

4. Рассмотреть инструментальные методы, необходимые для подтверждения выставляемого диагноза.

Студент должен знать:

1. до изучения темы
 - анатомию, физиологию нервной системы;
2. после изучения темы
 - методы диагностики неврологических осложнений остеохондроза;
 - методы лечения неврологических осложнений остеохондроза.

Студент должен уметь:

- провести исследование состояния функций нервной системы у пациента;
- устанавливать топический диагноз выявленных нарушений функции нервной системы.

Студент должен владеть:

- Психологическими и этическими приемами общения с пациентами с неврологическими осложнениями остеохондроза позвоночника.
- Методами сбора жалоб, анамнеза, клинического осмотра больного с неврологическими осложнениями остеохондроза позвоночника.
- Принципами выбора оптимальной тактики ведения пациента при неврологических осложнениях остеохондроза позвоночника.
- Навыками назначения наиболее адекватного метода психологической реабилитации при неврологических осложнениях остеохондроза позвоночника.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Клиника, диагностика и лечение при люмбаго, люмбалгии и корешковом синдроме при поясничном остеохондрозе;
2. Клиника, диагностика и лечение цервикаго, цервикалгии, корешкового синдрома, шейной миелопатии и синдрома позвоночной артерии при шейном остеохондрозе
3. Клинико-диагностические особенности срединной грыжи поясничного диска с острым сдавлением конского хвоста.

2. Практическая работа.

- 1) Микрокурация больного по теме занятия
- 2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с неврологическими осложнениями остеохондроза.
- 3) Алгоритм освоения практического навыка:
 1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.
 2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.
 3. Определить тактику ведения данного больного.
- 4) Результаты: запись жалоб, анамнеза заболевания и жизни, неврологического статуса
- 5) Выводы: освоен практический навык ведения больного с неврологическими осложнениями остеохондроза.

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач.
 1. прочитать условие задачи.
 2. выделить синдромы поражения.
 3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.
 4. ответить на вопросы по задаче.
- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной Л., 37 лет. Доставлен в стационар с жалобами на сильные боли в пояснице и в ногах, больше в левой, усиливающиеся при кашле. Также беспокоит слабость в ногах, невозможность двигать стопами и задержка мочеиспускания.

Заболел остро после поднятия тяжести. Появились сильные, постоянные боли в пояснице, ногах. Через несколько часов развилась слабость в ногах и заметил, что не может помочиться.

В анамнезе выявлены частые простудные заболевания и случаи люмбагии.

Объективно: состояние удовлетворительное. АД = 140/90 мм рт.ст. Тахикардия. В неврологическом статусе: патологии со стороны черепно-мозговых нервов не выявлено. Тонус мышц ног снижен. Коленные рефлексы вялые, без разницы сторон. Ахилловы рефлексы отсутствуют. Сила сгибания и разгибания в коленных суставах – 4 балла. Движения в стопах отсутствуют. Анестезия в области подошвы и латеральной поверхности стоп, в области промежности. Симптомы Ласега, Нери – положительные. На момент осмотра – подтекание мочи.

Контрольные вопросы:

- 1) Топический уровень поражения?
- 2) Ваш предположительный диагноз?
- 3) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

Пример разбора задачи.

1. на основе симптомов, указанных в условии задачи можно выделить следующие синдромы:

- синдром сдавления корешков «конского хвоста» –

Слабость в ногах, невозможность двигать стопами и задержка мочеиспускания. Тонус мышц ног снижен. Коленные рефлексы вялые, без разницы сторон. Ахилловы рефлексы отсутствуют. Сила сгибания и разгибания в коленных суставах – 4 балла. Движения в стопах отсутствуют. Анестезия в области подошвы и латеральной поверхности стоп, в области промежности. На момент осмотра – подтекание мочи.

- Вертеброгенный болевой синдром - с жалобами на сильные боли в пояснице и в ногах, больше в левой, усиливающиеся при кашле. Симптомы Ласега, Нери – положительные. Топический диагноз: вертеброгенная компрессия корешков «конского хвоста».

Клинический диагноз: Дорсопатия поясничного отдела позвоночника, срединная грыжа МПД L5-S1 с компрессией корешков конского хвоста

Необходимые дополнительные исследования: клинический минимум, МРТ поясничного отдела позвоночника.

Лечение: экстренная хирургическая операция удаления грыжи МПД L5-S1

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

1 Больная Б., 39 лет. Два месяца назад после подъема тяжести внезапно возникла боль в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией по задней поверхности ноги до уровня стопы. Боли носили интенсивный стреляющий характер, усиливались при поворотах и наклонах туловища, резко ограничивали движения. Больная предпочитала принимать коленно-локтевое положение.

При поступлении состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована, контактна, со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Положение вынужденное, отмечается грубый сколиоз в поясничном отделе позвоночника выпуклостью влево, выпрямлен лордоз, напряжение длинных мышц спины, больше справа; в положении стоя и при ходьбе левая нога согнута в крупных суставах. Выявляются симптомы Нери, Дежерина, а также прямой и перекрестный симптомы Ласега под углом 30 градусов. Мышечная сила во всех группах мышц достаточная, левый ахиллов

рефлекс отсутствует. при исследовании чувствительности – четкая гипестезия по наружному краю левой стопы и голени. Патологических рефлексов нет. Тазовые функции сохранены.

Контрольные вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
- 3) Показания к оперативному лечению?

2. Больная М., 45 лет, по профессии маляр, поступила в неврологическую клинику с жалобами на пульсирующую головную боль в правой затылочной области, распространяющуюся до виска, темени и надбровной области, головокружение, шум в правом ухе, снижение слуха на правое ухо, ощущение «мелькания мушек», «тумана» перед глазами.

Из анамнеза болезни: в течение 6 лет, особенно в осенне-зимнее время, отмечалось периодическое появление данных симптомов продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов, провоцирующихся переохлаждением, стрессовыми ситуациями, физической нагрузкой, при тряской езде в транспорте. Клинические проявления резко усиливались при поворотах головы вправо. В межприступный период симптоматика полностью регрессировала. Последнее ухудшение состояния в виде появления постоянных головных болей, головокружения, зрительных и слуховых нарушений наблюдалось в течение недели после интенсивной физической нагрузки на работе и посещения бани. Объективно: общее состояние больной средней тяжести. Сознание ясное. Больная правильно ориентирована в себе, пространстве и времени. Бледность кожных покровов. Общий обильный гипергидроз. Акроцианоз кистей и стоп. Пульс 82 уд/мин, АД на правой руке 170/90 мм рт. ст., на левой руке – 120/80 мм.рт.ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

В неврологическом статусе: среднеразмашистый горизонтальный нистагм при взгляде вправо, диплопии нет, снижение слуха на правое ухо. Походка атактичная. В позе Ромберга больная неустойчива с тенденцией падения вправо. ПНП справа выполняет с промахиванием и интенционным дрожанием. СПР живые, симметричные. Двигательных и чувствительных нарушений нет. Дефанс мышц подзатылочной области, паравертебральной и трапецевидной мышц справа. Ограничен наклон и поворот головы вправо.

Контрольные вопросы:

1. Обосновать топический и клинический диагноз заболевания.
2. Стадии основного неврологического синдрома, их патогенез.
3. Методы обследования, уточняющие этиологию заболевания.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Основные методы лечения.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Клиника, диагностика и лечение при люмбаго, люмбалгии и корешковом синдроме при поясничном остеохондрозе;
 2. Клиника, диагностика и лечение цервикаго, цервикалгии, корешкового синдрома, шейной миелопатии и синдрома позвоночной артерии при шейном остеохондрозе

3. Клинико-диагностические особенности срединной грыжи поясничного диска с острым сдавлением конского хвоста.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Люмбаго - это результат

- а) ущемления межпозвонкового диска в трещинах фиброзного кольца;
- б) сдавливания нерва Люшка в межпозвонковом отверстии;
- в) грыжи межпозвонкового диска;
- г) нарушения кровообращения в межпозвонковом диске;
- д) нет правильного ответа.

2. Симптом Нери - это

- а) боль в пояснице при сгибании ног в тазобедренном суставе;
- б) боль в пояснице при наклоне туловища вперед;
- в) боль в грудном отделе позвоночника при поднятии рук вверх;
- г) боли при приведении подбородка к груди;
- д) нет правильного ответа.

3. Симптом Ласега - это

- а) невозможность приведения подбородка к груди;
- б) ригидность затылочных мышц;
- в) корешковая боль в ноге при сгибании ее в тазобедренном суставе;
- г) боль при наклоне тела вперед;
- д) нет правильного ответа.

4. Показаниями к экстренной операции является:

- а) наличие грыжи межпозвонкового диска с выраженным болевым синдромом;
- б) неэффективность лечения в неврологическом стационаре в течение трех месяцев;
- в) клиническая картина компрессионной радикуломиелоишемии;
- г) наличие грыжи межпозвонкового диска с клиникой пареза стопы;
- д) нет правильного ответа.

5. Сдавление корешка С6 характеризуется:

- а) боль, гипестезия, гипотония мышц в дельтовидной области;
- б) боль, гипестезия мышц наружной поверхности руки;
- в) гипестезия, гипотония мышц внутренней поверхности руки;
- г) гипестезия, гипотония мышц передней поверхности плеча и предплечья;
- д) нет правильного ответа.

6. Основными причинами развития остеохондроза являются:

- а) дистрофические нарушения в межпозвонковом диске;
- б) токсические воздействия на межпозвонковый диск;
- в) травматические повреждения позвоночника;
- г) локальная перегрузка двигательных сегментов позвоночника;
- д) все перечисленное верно.

7. Сдавление корешка L5 приводит к появлению боли:

- а) по внутренней поверхности ноги;
- б) по наружной поверхности ноги;
- в) по задней поверхности ноги;
- г) по передней поверхности ноги;
- д) нет правильного ответа.

8. Причиной синдрома позвоночной артерии является:

- а) травма позвоночника;
- б) спазм артерии, вызванный раздражением нерва Франка остеофитами;

- в) гипертонический криз;
 - г) все перечисленное может быть причиной данного синдрома;
 - д) ничего из перечисленного.
9. Сдавление корешка С5 при шейном остеохондрозе приводит к гипестезии, парестезии, боли, периферическому парезу мышц в:
- а) дельтовидной области;
 - б) латеральной поверхности плеча, предплечья, большого пальца;
 - в) медиальной поверхности плеча, предплечья, среднего и указательного пальцев;
 - г) всей кисти;
 - д) нет правильного ответа.
10. Клиническим признаком спондилогенной миелопатии на уровне шейного утолщения является:
- а) центральный тетрапарез;
 - б) верхний периферический, нижний спастический парапарез;
 - в) периферический тетрапарез;
 - г) верхний спастический парапарез;
 - д) ничего из перечисленного.

Эталон ответов: 1-а; 2-г; 3-в; 4-в; 5-б; 6-а,г; 7- б; 8-б; 9-а; 10-б.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.
3. Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника: учебное пособие для студентов медвузов сост. Ю.В. Кислицын. Киров, 2010, 108 с.

Раздел 2. Частная неврология

Тема 2.5: Сосудистая патология головного мозга.

Цель изучения темы: сформировать способность к топической и дифференциальной диагностике, лечению острых нарушений мозгового кровообращения.

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию, патогенез, классификацию и клиническую картину инсультов
2. Рассмотреть методы диагностики нарушений мозгового кровообращения.
3. Изучить принципы дифференциальной диагностики инсультов в зависимости от анамнеза, клиники и результатов доп. исследований.
4. Изучить принципы и методы терапии инсультов.

Студент должен знать:

1. до изучения темы
 - анатомию, физиологию нервной системы;
2. после изучения темы
 - этиологию, патогенез, классификацию нарушений мозгового кровообращения;

- особенности клиники поражения наиболее важных артерий, кровоснабжающих головной мозг
- дифференциальную диагностику острых нарушений мозгового кровообращения
- методы диагностики и лечения нарушений мозгового кровообращения.

Студент должен уметь:

- проводить исследование неврологического статуса у больных с сосудистой патологией головного мозга;
- устанавливать топический диагноз нарушения мозгового кровообращения;

Студент должен владеть:

- Психологическими и этическими приемами общения с пациентами с сосудистой патологией головного мозга.
- Методами сбора жалоб, анамнеза, клинического осмотра больного с сосудистой патологией головного мозга.
- Выбора оптимальной тактики ведения пациента с сосудистой патологией головного мозга.
- Навыками назначения наиболее адекватного метода психологической реабилитации при сосудистой патологии головного мозга.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Эпидемиология инсульта
2. Факторы риска
3. Роль наследственных факторов
4. Определение и классификация острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК).
5. Клиника острых НМК: дифференциация ишемических и геморрагических инсультов и их лечения.
6. Синдромы поражения различных бассейнов; каротидного (ВСА, СМА, ПМА), вертебрально-базилярного (ПА, основная артерия, с-м Валленберга-Захарченко).
7. Клиника кровоизлияния в полушарие мозга, клиника кровоизлияния в ствол мозга, клиника кровоизлияния в мозжечок, клиника кровоизлияния в мозг с прорывом в желудочки
8. Методы исследования и их интерпретация у больных с ОНМК: доплерография, дуплексное сканирование сосудов, ангиография (рентгеноконтрастная и магнитно-резонансная), гемореологические исследования (система гемостаза, вязкость крови, осмолярность крови, липидный спектр), методы нейровизуализации (КТ, МРТ головного мозга).
9. Формулирование диагноза инсульта
10. Базисная терапия инсультов
11. Дифференцированная терапия ишемического и геморрагического инсульта
12. Роль хирургического лечения.

2. Практическая работа.

- 1) Микрокурация больного по теме занятия
- 2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с сосудистой патологией головного мозга.
- 3) Алгоритм освоения практического навыка:
 1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.
 2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.
 3. Определить тактику ведения данного больного.

- 4) Результаты: запись жалоб, анамнеза заболевания и жизни, неврологического статуса
5) Выводы: освоен практический навык ведения больного с сосудистой патологией головного мозга.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.

1. прочитать условие задачи.
2. выделить синдромы поражения.
3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.
4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больная Т, 33 лет. Доставлена в приемный покой в тяжелом состоянии в 20 часов. Заболела сегодня днем, когда после стресса (конфликт с мужем) почувствовала сильную головную боль, была рвота не приносящая облегчения. Прием анальгина также не принес облегчения. Состояние ухудшалось, перестала вступать в контакт с окружающими. При осмотре: речевой контакт отсутствует, на громкие звуки, похлопывание по щекам отрывает глаза, реагирует на болевые раздражители гримасой боли, одергиванием конечностей. Кожные покровы сухие, бледные, температура тела 38 градусов. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 54 в минуту, АД 160/90. Ригидность мышц затылка 3 поперечных пальца, симптом Кернига под углом 120 градусов справа, 150 градусов слева. Зрачки D=S, реакция на свет вялая. Лицо симметричное. Мышечный тонус в конечностях симметрично снижен. СПР S=D, патологический рефлекс Бабинского с обеих сторон.

В приемном покое выполнена люмбальная пункция: ликвор вытекает струей, красного цвета. Госпитализирована в реанимационное отделение.

Пример разбора задачи.

1. на основе симптомов, указанных в условии задачи можно выделить следующие синдромы:

Общемозговой синдром - почувствовала сильную головную боль, была рвота не приносящая облегчения. перестала вступать в контакт с окружающими При осмотре: речевой контакт отсутствует, на громкие звуки, похлопывание по щекам отрывает глаза, реагирует на болевые раздражители гримасой боли, одергиванием конечностей.

Менингеальный синдром - Ригидность мышц затылка 3 поперечных пальца, симптом Кернига под углом 120 градусов справа, 150 градусов слева.

Синдром ликворных изменений - ликвор вытекает струей, красного цвета.

Топический диагноз: кровоизлияние под оболочки головного мозга.

Клинический диагноз: ОНМК по типу субарахноидального кровоизлияния, сопор.

Необходимые дополнительные исследования: клинический минимум, КТ головного мозга, ТКДГ, каротидная ангиография.

Лечение: контроль и коррекция АД, ВЭБ, дегидратационная, нейропротекторная терапия, хирургическая операция клипирования аневризмы при ее обнаружении.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

1. Больная П., 60 лет. Поступила в приемный покой в тяжелом состоянии. Упала в аптеке, потеряла сознание. До этого жаловалась на головную боль, хотела купить таблетки от «давления», была рвота. Объективно: состояние крайне тяжелое. Питание повышено, кожные покровы лица и шеи гиперимированы. Дыхание храпящее. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 56 в минуту. АД 200/120. В контакт не вступает, на болевые раздражители не реагирует. Менингеальные симптомы положительные. Зрачки узкие, на свет реакция вялая. Правая щека при дыхании «парусит». Правые конечности при отпуске падают «как плети». Правая нога ротирована наружу. СПР D<S. Патологический рефлекс Бабинского

справа. Периодически возникает судорожное разгибание левых конечностей по типу опистотонуса. Госпитализирована в реанимационное отделение. При люмбальной пункции получен кровянистый ликвор, вытекающий частыми каплями.

- 1) Ваш предположительный диагноз.
- 2) Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
- 3) Тактика лечения.

2. Больной Ш., 54 лет. Поступил с жалобами на ухудшение зрения (плохо видит правые половины предметов), не может читать и писать, так как не видит правой половины текста, головные боли в левой затылочной области, пошатывание при ходьбе. Данные жалобы появились внезапно в момент физической нагрузки: заметил поток ярких цветных блестящих фигур в виде кубиков, одновременно с этим почувствовал боль в области шеи и затылка, неустойчивость.

До поступления в клинику неоднократно были эпизоды головокружения, двоения предметов перед глазами, «затуманивания» зрения, приступы внезапного падения с кратковременной потерей сознания (на фоне внезапного резкого головокружения «подкашивались» ноги), возникающие при запрокидывании и повороте головы, чаще всего во время бритья шеи и подбородка.

Из анамнеза известно, что больной страдает гипертонической болезнью, облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, курит с 14 лет до 2 пачек сигарет в день. Часто употребляет алкоголь.

При поступлении: больной избыточного питания, кожа и слизистые оболочки несколько синюшны. АД 160/100. Пульс 80 в минуту, ритмичный.

Неврологический статус: сознание сохранено, менингеальных знаков нет. Зрачки D=S, реакция на свет сохранена. Конвергенция ослаблена. В крайних отведениях глазных яблок наблюдаются нистагмод, который при повороте головы влево переходят в выраженный нистагм. Снижение болевой чувствительности в области носогубного треугольника слева. В позе Ромберга неустойчив, отмечает, что «тянет» влево. При ходьбе с закрытыми глазами отклоняется влево. Плохо выполняет пальценосовую пробу слева, адиадохокinez и дисметрия слева. Силовых парезов нет. СПР D=S, оживлены, рефлекс Маринеску-Радовичи с обеих сторон. Снижение болевой чувствительности на правой стороне тела.

Глазное дно: артерии сужены, бледные, вены расширены, диски зрительных нервов розовой окраски, границы четкие. При исследовании полей зрения выявлена правосторонняя верхнеквадрантная гемианопсия.

- 1) Топический диагноз поражения нервной системы.
- 2) Предположительный клинический диагноз.
- 3) Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза?
- 4) Тактика лечения.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Эпидемиология инсульта
 2. Факторы риска
 3. Роль наследственных факторов
 4. Определение и классификация острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК).
 5. Клиника острых НМК: дифференциация ишемических и геморрагических инсультов и их лечения.

6. Синдромы поражения различных бассейнов; каротидного (ВСА, СМА, ПМА), вертебрально-базилярного (ПА, основная артерия, с-м Валленберга-Захарченко).
 7. Клиника кровоизлияния в полушарие мозга, клиника кровоизлияния в ствол мозга, клиника кровоизлияния в мозжечок, клиника кровоизлияния в мозг с прорывом в желудочки
 8. Методы исследования и их интерперетация у больных с ОНМК: доплерография, дуплексное сканирование сосудов, ангиография (рентгеноконтрастная и магнитно-резонансная), гемореологические исследования (система гемостаза, вязкость крови, осмолярность крови, липидный спектр), методы нейровизуализации (КТ, МРТ головного мозга).
 9. Формулирование диагноза инсульта
 10. Базисная терапия инсультов
 11. Дифференцированная терапия ишемического и геморрагического инсульта
 12. Роль хирургического лечения.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
1. Резерв ауторегуляции стабильности мозгового кровотока ограничен следующими пределами системного артериального давления:
 1. 80 – 120 мм рт.ст.
 2. 60 – 200 мм рт.ст.
 3. 50 – 160 мм рт.ст.
 4. 100 – 200 мм рт.ст.
 5. 100 – 160 мм рт.ст.
 2. Наиболее информативный метод в диагностике субарахноидального кровоизлияния:
 1. МРТ головного мозга
 2. Эхо-энцефалоскопия
 3. КТ головного мозга
 4. Церебральная ангиография
 5. Электроэнцефалография
 3. Наиболее характерные для геморрагических инсультов симптомы:
 1. Выраженные общемозговые, очаговые и менингеальные симптомы
 2. Расстройства чувствительности по корешковому типу
 3. Постепенное начало
 4. Предшествующие преходящие эпизоды
 5. Изменения на электроэнцефалограмме
 4. Артериальные аневризмы бывают:
 1. Сегментированные
 2. Линейный
 3. Мешотчатые
 4. Плазматические
 5. Фантомные
 5. Препарат блокатор кальциевых каналов, пока-занный при субарахноидальном кровоизлиянии:
 1. Верапамил
 2. Нимотоп
 3. Нифедипин
 4. Дилтиазем
 5. Амлодипин
 6. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением

ритма (кардиоцеребральный синдром) является:

1. Повышение активности свертывающей системы
 2. Ухудшение реологических свойств крови
 3. Снижение системного перфузионного давления
 4. Повышение вязкости крови
 5. Повышение агрегации форменных элементов крови
7. Облигатным признаком субарахноидального кровоизлияния является:
1. Нистагм
 2. Нейропатии двигательных черепных нервов
 3. Псевдобульбарный синдром
 4. Менингеальный синдром
 5. Наличие патологических рефлексов
8. Диагноз ПНМК устанавливают, если очаговая симптоматика полностью регрессирует в течение:
1. 12 часов
 2. 24 часов
 3. 1 недели
 4. 3 недель
 5. 1 месяца
9. Причинами кардиоэмболического инсульта могут быть:
1. Слабость синусового узла
 2. Неревматическая фибрилляция предсердий
 3. Инфекционный эндокардит
 4. Ятрогенная гипотензия
 5. Ревматические пороки сердца
10. Для лакунарного ишемического инсульта характерны:
1. Менингеальный синдром
 2. Изолированная очаговая симптоматика
 3. Длительная артериальная гипертензия в анамнезе
 4. Летальность ~40 %
 5. Течение по типу «малого инсульта»
11. Для I стадии дисциркуляторной энцефалопатии 1-й степени характерны проявления в виде:
1. Головных болей
 2. Нарушений сна
 3. Психоорганического синдрома
 4. Пароксизмальных состояний
 5. Астенического синдрома
12. В современной классификации нарушений мозгового кровообращения имеются рубрики:
1. Преходящие нарушения мозгового кровообращения
 2. Начальные нарушения мозгового кровообращения
 3. Дисциркуляторная энцефалопатия 1-й степени
 4. Дисциркуляторная энцефалопатия 2-й степени
 5. Дисциркуляторная энцефалопатия 3-й степени
13. Для ишемического атеротромботического инсульта характерны:
1. Как правило, сохранность сознания
 2. Менингеальные симптомы

3. Бледность лица
 4. Дыхание чейна-стокса
 5. Постепенное развитие симптомов заболевания
14. К корригируемым факторам риска формирования нарушений мозгового кровообращения относятся:
1. Возраст
 2. Артериальная гипертензия
 3. Гиперхолестеринемия
 4. Генетические особенности
 5. Табакокурение

Эталон ответов: 1 – 3; 2 – 4; 3 – 1; 4 – 3; 5 – 2; 6 – 3; 7 – 4; 8 – 2; 9 – 2, 3, 5; 10 – 2, 3, 5; 11 – 1, 2, 5; 12 – 1, 3, 4, 5; 13 – 1, 3, 5; 14 – 2, 3, 5.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 2. Частная неврология

Тема 2.6: Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная травмы.

Цель: сформировать способность диагностики и лечения различных клинических форм травмы центральной и периферической нервной системы.

Задачи:

1. Обучить студентов проводить исследование неврологического статуса у больных с травматическим повреждением центральной и периферической нервной системы.
2. Изучить алгоритм постановки топического и клинического диагноза при перечисленных вариантах травмы.
3. Научить выполнять обоснованное обследование больных с различными клиническими формами травмы нервной системы.
4. Обучить студентов проводить консервативное лечение пострадавших с сотрясениями и ушибами головного и спинного мозга; осуществлять послеоперационное ведение больных с травматическим поражением головного и спинного мозга.

Студент должен знать:

1. до изучения темы
 - анатомию и физиологию головного и спинного мозга;
 - анатомию и физиологию периферической нервной системы;
2. после изучения темы
 - эпидемиологию, этиологию, патогенез, классификацию, клинику различных форм травматического повреждения головного и спинного мозга, периферических нервов и сплетений;

- показания и особенности консервативного лечения нейротравмы;

Студент должен уметь:

- проводить исследование неврологического статуса у больных различными клиническими вариантами нейротравмы;

- устанавливать топический и клинический диагноз при травме центральной и периферической нервной систем;

Студент должен владеть:

- Психологическими и этическими приемами общения с пациентами с черепно-мозговой и позвоночно-спинальной травмой.

- Методами сбора жалоб, анамнеза, клинического осмотра больного с черепно-мозговой и позвоночно-спинальной травмой.

- Навыками назначения наиболее адекватного метода психологической реабилитации при черепно-мозговой и позвоночно-спинальной травме.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Биомеханика черепно-мозговой травмы.
2. Классификация черепно-мозговой травмы.
3. Клиника, диагностика и лечение сотрясения головного мозга и ушиба головного мозга легкой степени тяжести.
4. Клиника, диагностика и лечение ушиба головного мозга средней степени тяжести.
5. Клиника, диагностика и лечение тяжелого ушиба головного мозга.
6. Клиника, диагностика и лечение сдавления головного мозга острой внутричерепной гематомой.
7. Клиника, диагностика и лечение сдавления головного мозга подострой и хронической внутричерепной гематомой.
8. Особенности клинической картины и лечения диффузного аксонального повреждения.
9. Осложнения черепно-мозговой травмы.
10. Эпидемиология позвоночно-спинальной травмы в РФ, ее медицинская и социальная значимость.
11. Основные биомеханические механизмы повреждения позвоночника.
12. Классификация травмы позвоночника и спинного мозга.
13. Клиническая картина сотрясения, ушиба, сдавления спинного мозга, травматической гематомии, травматического каудита.
14. Диагностика различных клинических вариантов позвоночно-спинальной травмы.
15. Консервативное лечение позвоночно-спинальной травмы.
16. Хирургическое лечение позвоночно-спинальной травмы, urgentные аспекты.
17. Лечение пострадавших в послеоперационном периоде.
18. Реабилитация больных в послеоперационном периоде, лечение пролежней и тазовых нарушений.
19. Клиника, диагностика и лечение травм периферических нервов и сплетений.

2. Практическая работа.

- 1) Микрокурация больного по теме занятия
- 2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с позвоночно-спинальной травмой.
- 3) Алгоритм освоения практического навыка:
 1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.
 2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант

(форму) и тип течения заболевания.

3. Определить тактику ведения данного больного.

4) Результаты: запись жалоб, анамнеза заболевания и жизни, неврологического статуса

5) Выводы: освоен практический навык ведения больного с позвоночно-спинальной травмой.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.

1. прочитать условие задачи.

2. выделить синдромы поражения.

3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.

4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной, 18 лет, доставлен в приемный покой районной больницы. С его слов - во время купания в реке нырнул на мелководье, ударился головой о дно. Сознание не терял. Самостоятельно выбраться на поверхность воды не смог из-за слабости в конечностях; доставлен в больницу товарищами.

Объективно: состояние больного тяжелое. Уровень сознания - умеренное оглушение. Одышка до 30 дыхательных движений в минуту; грудная клетка не совершает дыхательных экскурсий. Артериальное давление - 90/50 мм рт. ст.; отмечается тахикардия 90-100 ударов в минуту. Острая задержка мочи.

Неврологически: менингеальные симптомы не определяются. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Двусторонние боли в зоне иннервации С7-С8 сегментов. Анестезия всех видов чувствительности по проводниковому типу ниже уровня С8-сегмента. Вялый парез в руках, выраженный преимущественно в кистях, вялая плегия в ногах. Мышечный тонус в руках снижен; в ногах - атония. Рефлексы с рук снижены, D=S; с ног рефлексы не вызываются.

Проведено обследование: на обзорной краниографии - без патологии. Обзорная спондилография шейного отдела позвоночника не выявила костно-деструктивных изменений на протяжении пяти верхних шейных позвонков; нижележащие отделы не визуализируются из-за наложения плечевых суставов.

Больной переведен в нейрохирургический стационар областного центра, где ему выполнена МР-томография шейного отдела позвоночника. На МР-томографии шейного отдела определяется вывих С6-С7 позвонков. Смещение тела С7 позвонка кзади вызывает деформацию позвоночного канала и переднее сдавление спинного мозга.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Тактика лечения.

3. Ваш прогноз относительно характера изменения мышечного тонуса и рефлексов у данного больного через несколько недель лечения.

Пример разбора задачи.

1. Закрытая позвоночно-спинальная травма. Вывих С6-С7 позвонков. Сдавление спинного мозга. Спинальный шок.

2. Учитывая наличие переднего сдавления спинного мозга и нестабильный характер повреждения позвоночника, показано оперативное лечение: передняя декомпрессия позвоночного канала, удаление фрагментов диска С6-С7 позвонков, открытое вправление вывиха и стабилизация поврежденного сегмента позвоночника.

3. По мере исчезновения проявлений спинального шока вероятно формирование классической картины нижней центральной параплегии с высокими сухожильными рефлексами и гипертонусом мышц.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

1. Больной А., 26 лет, доставлен в стационар с жалобами на сильные головные боли, головокружение, тошноту, общую слабость. Что с ним случилось, не помнит. Со слов очевидцев, ударился головой, терял сознание минут на 10.

Анамнез жизни – без особенностей.

Объективно: состояние тяжелое, выраженное психомоторное возбуждение. Плохо ориентирован в месте и времени. Запах алкоголя изо рта. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный. АД = 150/90 мм рт.ст.

Неврологический статус: легкая анизокория справа. Зрачковые реакции сохранены. Слегка сглажена левая носогубная складка. Сухожильные рефлексы в левой руке заметно повышены, с нижних конечностей одинаковые. Положительные стопные знаки. Ригидность затылочных мышц +3 см, слабopоложительные симптомы Кернига.

Рентгенография черепа выявила линейный перелом правой теменной кости.

Контрольные вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

2. Больная О., 30 лет. Доставлена в тяжелом состоянии. По словам родственников, 10 дней назад перенесла легкий ушиб головы, однако, продолжала работать, хотя беспокоила умеренная головная боль.

В последние двое суток состояние ухудшилось: выросла головная боль, появилась рвота, больная стала адинамичной, перестала вступать в контакт. При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы бледные, пульс – 52 удара в минуту, АД = 130/80 мм рт.ст.

Неврологический статус: выраженные менингеальные симптомы с обеих сторон. Поворот головы и глазных яблок вправо, расходящееся косоглазие, правосторонний гемипарез, грубо меняющийся мышечный тонус вплоть до преходящей контрактуры с двух сторон, симптом Бабинского с двух сторон.

Глазное дно: артерии не изменены, вены расширены. Рентгенография черепа травматических изменений не выявила. На ЭХО-ЭГ определяется смещение срединных структур мозга слева направо на 10 мм.

Контрольные вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Биомеханика черепно-мозговой травмы.
 2. Классификация черепно-мозговой травмы.
 3. Клиника, диагностика и лечение сотрясения головного мозга и ушиба головного мозга легкой степени тяжести.
 4. Клиника, диагностика и лечение ушиба головного мозга средней степени тяжести.
 5. Клиника, диагностика и лечение тяжелого ушиба головного мозга.
 6. Клиника, диагностика и лечение сдавления головного мозга острой внутричерепной гематомой.
 7. Клиника, диагностика и лечение сдавления головного мозга подострой и хронической

внутричерепной гематомой.

8. Особенности клинической картины и лечения диффузного аксонального повреждения.
9. Осложнения черепно-мозговой травмы.
10. Эпидемиология позвоночно-спинальной травмы в РФ, ее медицинская и социальная значимость.
11. Основные биомеханические механизмы повреждения позвоночника.
12. Классификация травмы позвоночника и спинного мозга.
13. Клиническая картина сотрясения, ушиба, сдавления спинного мозга, травматической гематомии, травматического каудита.
14. Диагностика различных клинических вариантов позвоночно-спинальной травмы.
15. Консервативное лечение позвоночно-спинальной травмы.
16. Хирургическое лечение позвоночно-спинальной травмы, urgentные аспекты.
17. Лечение пострадавших в послеоперационном периоде.
18. Реабилитация больных в послеоперационном периоде, лечение пролежней и тазовых нарушений.
19. Клиника, диагностика и лечение травм периферических нервов и сплетений.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Согласно современной классификации черепно-мозговой травмы не выделяют

- А) ушиб головного мозга легкой степени тяжести
- Б) сдавление головного мозга вследствие эпидуральной гематомы
- В) сотрясение головного мозга тяжелой степени
- Г) сдавление головного мозга на фоне его ушиба
- Д) сотрясение головного мозга

2. Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется

- А) длительным коматозным состоянием с момента травмы
- Б) развитием комы после «светлого» периода
- В) отсутствием потери сознания
- Г) кратковременной потерей сознания
- Д) кратковременной потерей сознания с ретроградной амнезией

3. К открытой черепно-мозговой травме относится травма

- А) с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза
- Б) с повреждением апоневроза
- В) с переломом костей свода черепа
- Г) с переломом костей основания черепа без ликвореи
- Д) с развитием эпидуральной гематомы

4. Сотрясение головного мозга в сочетании с повреждением мягких тканей относится к черепно-мозговой травме

- А) легкой открытой
- Б) легкой закрытой
- В) открытой средней тяжести
- Г) закрытой средней тяжести
- Д) тяжелой

5. Для внутричерепной гипертензии характерна головная боль

- А) распирающего характера
- Б) распирающего характера в затылочной части
- В) пульсирующего характера по всей голове

- Г) сдавливающего характера в лобно-теменной области
Д) жгучего характера в затылочной области
6. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают
- А) при компьютерной томографии
Б) при ангиографии
В) при эхоэнцефалографии
Г) при магниторезонансной томографии
Д) при всем перечисленном
7. Если после черепно-мозговой травмы развиваются ригидность затылочных мышц и светобоязнь при отсутствии очаговых симптомов, то наиболее вероятен диагноз
- А) сотрясение мозга
Б) субарахноидальное кровоизлияние
В) ушиб мозга
Г) внутричерепная гематома
Д) диффузное аксональное повреждение
8. Осложнение черепно-мозговой травмы кровоизлиянием в желудочки мозга характеризуется появлением в клинической картине
- А) плавающего взора
Б) горметонического синдрома
В) гиперкатаболического типа вегетативных функций
Г) нарушения сознания
Д) двусторонних пирамидных стопных знаков
9. Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены
- А) при рентгенографии черепа
Б) при ангиографии
В) при компьютерной томографии
Г) при транскраниальной доплеросонографии
Д) при эхоэнцефалографии
10. Острая субдуральная гематома на компьютерной томограмме характеризуется зоной
- А) гомогенного повышения плотности
Б) гомогенного понижения плотности
В) неоднородного повышения плотности
Г) отека мозга
Д) множественными зонами пониженной плотности
11. Краниографические признаки острой травмы черепа характеризуются
- А) «пальцевыми вдавлениями»
Б) усиленным сосудистым рисунком
В) увеличением глубины турецкого седла
Г) остеопорозом затылочной кости и затылочного полукольца
Д) ни одним из перечисленных признаков
12. Проникающей называют черепно-мозговую травму
- А) при ушибленной ране мягких тканей
Б) при повреждении апоневроза
В) при переломе костей свода черепа
Г) при повреждении твердой мозговой оболочки
Д) при всех перечисленных вариантах
13. Причиной артериальной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме яв-

ляются

- А) церебральная гипоксия
- Б) реакция на боль
- В) поражение диэнцефально-мезенцефальных структур
- Г) отек мозга
- Д) все перечисленное

14. Для диагностики посттравматической ринореи в отделяемом из носа необходимо исследовать

- А) белок
- Б) цитоз
- В) сахар
- Г) натрий
- Д) хлориды

15. Нестабильность шейного отдела позвоночника после сочетанной краниовертебральной травмы можно выявить с помощью

- А) магнитно-резонансной томографии
- Б) компьютерной томографии
- В) латеральной функциональной рентгенографии
- Г) нисходящей контрастной миелографии
- Д) пневмоэнцефалографии

Эталоны ответы: 1-В, 2-А, 3-Б, 4-Б, 5-А, 6-Г, 7-Б, 8-Б, 9-В, 10-А, 11-Д, 12-Г, 13-Г, 14-В, 15-В

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.
3. Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная травма: учебное пособие сост. Ю.В. Кислицын. Киров, 2012, 88 с.

Раздел 2. Частная неврология

Тема 2.7: Опухоли головного мозга.

Цель: сформировать способность к диагностике и лечению опухолей головного мозга.

Задачи:

1. Обучить студентов проводить исследование неврологического статуса у нейроонкологических больных.
2. Изучить алгоритм постановки топического и клинического диагноза при опухолях головного мозга.
3. Научить последовательности применения диагностических методов при обследовании нейроонкологических больных; определять ургентные состояния при церебральных дислокациях.

Студент должен знать:

1. до изучения темы

- анатомию, физиологию головного и спинного мозга;

2. после изучения темы

- патогенетические механизмы воздействия опухоли на головной и спинной мозг, гистологическую и локализационную классификацию новообразований ЦНС, клинику опухолей головного и спинного мозга различной локализации и гистологической структуры;

- методы диагностики опухолей центральной нервной системы и интерпретацию их результатов;

- дифференцированные подходы к комбинированному лечению опухолей головного и спинного мозга;

- виды радикальных и паллиативных оперативных вмешательств, применяемых при лечении нейроонкологических больных.

Студент должен уметь:

- проводить исследование неврологического статуса у больных опухолями головного и спинного мозга;

- устанавливать топический и клинический диагноз при опухолях ЦНС различной локализации;

Студент должен владеть:

- Психологическими и этическими приемами общения с пациентами с опухолями головного и спинного мозга.

- Методами сбора жалоб, анамнеза, клинического осмотра больного с опухолями головного и спинного мозга.

- Навыками назначения наиболее адекватного метода психологической реабилитации при опухолях головного и спинного мозга.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Клиника, диагностика и лечение опухолей головного мозга супра- и субтенториальной локализации.

2. Комбинированное лечение опухолей головного мозга, urgentные вопросы.

3. Реабилитация нейроонкологических больных, лечение нейротрофических и тазовых нарушений.

2. Практическая работа.

1) Микрокурация больного по теме занятия

2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с опухолью ЦНС.

3) Алгоритм освоения практического навыка:

1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.

2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.

3. Определить тактику ведения данного больного.

4) Результаты: запись жалоб, анамнеза заболевания и жизни, неврологического статуса

5) Выводы: освоен практический навык ведения больного с опухолью ЦНС.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.

1. прочитать условие задачи.

2. выделить синдромы поражения.

3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.

4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больная, 44 лет, жалуется на головные боли в височной области справа, повышение АД до 190/100 мм.рт.ст.

ANAMNESIS MORBI: Головные боли возникли около трех месяцев назад, когда больная проходила консервативное лечение в терапевтическом отделении по поводу обострения хронического панкреатита. В ходе госпитализации у больной был впервые отмечен генерализованный приступ с потерей сознания, который начался с падения больной, судорожного поворота головы и глаз влево. В дальнейшем развились тонико-клонический судороги продолжительностью 20 минут с последующим постприпадочным сном в течение полутора часов. STATUS NEUROLOGICUS: Сознание ясное.

Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения нервной системы.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза, предполагаемые результаты объективных методов диагностики.
4. Лечение данной больной.

Пример разбора задачи.

1. Учитывая тот факт, что у больной на момент осмотра не выявляется симптомов выпадения функций нервной системы, основанием для установления топического диагноза должны стать анамнестические указания на симптомы раздражения (эпилептический приступ). Адверсивный компонент припадка (поворот головы и глаз влево) четко указывает на раздражение задних отделов средней лобной извилины правого полушария головного мозга.

2. Наиболее частой причиной появления эпилептических припадков после 20 лет является развитие опухоли головного мозга (как правило- доброкачественной глиомы или арахноидэндотелиомы). С учетом отсутствия симптомов выпадения функций нервной системы, что исключает инфильтративный характер роста новообразования, наиболее вероятным диагнозом является: опухоль (менингиома) правой лобной доли головного мозга. Эпилептический синдром.

3. Основными методами диагностики заболевания в данном случае являются компьютерная либо магниторезонансная томография головного мозга. Наиболее вероятным результатом данных методик является обнаружение в проекции правой лобной доли зоны повышенной рентгеновской плотности с достаточно четкими контурами с минимально выраженным либо отсутствующим положительным «масс-эффектом».

4. Учитывая доброкачественный характер новообразования, единственно правильным методом лечения в данном случае является радикальное удаление опухоли после выполнения костно-пластической трепанации черепа над местом ее роста.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

1. Больной М., 63 лет. Заболел 5 месяцев назад, когда стала беспокоить головная боль затылочной локализации, сопровождавшаяся тошнотой, иногда рвотой, преимущественно в

утренние часы.

Несколько раз по утрам отмечалось проходящее онемение в конечностях продолжительностью несколько минут, во время разговора несколько раз останавливался на 1-2 сек., а затем вновь продолжал начатую фразу.

С того же времени отмечается прогрессирующее ухудшение памяти, речевые нарушения. За месяц до госпитализации появилось дрожание в правых, а затем в левых конечностях. За неделю до поступления головные боли стали постоянными, усилились речевые расстройства, появилась слабость в правых конечностях.

При поступлении состояние больного удовлетворительное, АД = 130/90 мм рт.ст., пульс – 72 удара в минуту.

В сознании, контактен, ориентирован, несколько эйфоричен, критика к своему состоянию снижена. Общемозговых и менингеальных симптомов нет.

Снижен правый корнеальный рефлекс, сглажена правая носогубная складка, легкий правосторонний гемипарез без изменения мышечного тонуса. Сухожильные рефлексы выше справа, симптом Бабинского справа. Отмечены элементы сенсорной афазии.

За время наблюдения в отделении состояние больного постепенно ухудшилось: стал вялым, сонливым, перестал контролировать тазовые функции, выросли речевые расстройства, появилась астазия-абазия, повысился мышечный тонус по пластическому типу, появились симптомы Бабинского с двух сторон, грубые хватательные рефлексы, икота и зевота.

Анализ крови и мочи в пределах нормы. Сахар крови – 6,9 ммоль/л. На рентгенограмме черепа костно-деструктивные изменения не определяются. Глазное дно: диски зрительных нервов увеличены в размерах, насыщены и извиты вены дна.

Контрольные вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
- 3) Тактика лечения?

2. Больная Ч., 17 лет. В течение последнего года отмечается задержка менструального цикла на полгода. В ночь с 17 на 18 марта возникла головная боль, тошнота, рвота, повышение АД до 190/100 мм рт.ст. в течение нескольких дней состояние больной прогрессивно ухудшалось, возникла головная боль в затылке, атаксия, дискоординация в правых конечностях, экзофтальм, грубый менингеальный синдром, нистагм вправо, появилась гнусавость голоса, исчез глоточный рефлекс, снизились корнеальные рефлексы. Рентгенограммы черепа патологических изменений не выявили. Глазное дно: диски зрительных нервов розовые, артерии сужены, вены расширены.

Контрольные вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
- 3) Тактика лечения?

3. Больная М., 42 лет. Считает себя больной в течение последних трех месяцев, когда стала отмечать головную боль, усиливающуюся в ночное и утреннее время, особенно при попытке встать с постели, при перемене положения головы. Стала отмечать чувство дурноты в транспорте; заметила, что плохо понимает обращенную к ней речь. На фоне нарастания головной боли стала пропускать буквы в словах, не могла написать письмо родителям (отметила, что не понимает смысла написанного).

При поступлении отмечено: сильная головная боль диффузного характера, выраженный

менингеальный синдром, ригидность 6 см, симптом Кернига 100 градусов, болезненность при движении глазных яблок, больная не всегда понимает обращенную речь, затрудняется в подборе слов. Выявлены горизонтальный нистагм при взгляде вправо, аграфия, акалькулия, апраксия, снижение силы в правой руке, четкая правосторонняя пирамидная недостаточность, расстроены глубокие виды чувствительности справа.

Люмбальная пункция: давление – 300 мм вод.ст., ликвор прозрачный, цитоз 1/3, белок – 0,165 г/л, реакция Панди положительная. Анализы крови и мочи без особенностей. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы их ступеваны, больше слева, артерии узковаты, вены расширены, кровенаполнены. На рентгенограмме черепа выражены пальцевые вдавления, порозность спинки турецкого седла. На ЭХО-ЭГ выявляется смещение срединных структур мозга слева направо на 6 мм.

Контрольные вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

4. Больной А., 42 лет, находится в неврологическом отделении с жалобами на постоянные диффузные головные боли, головокружение, тошноту, слабость в левых конечностях.

Из анамнеза известно, что головные боли появились полгода назад, постепенно нарастая по интенсивности и продолжительности. За этот период было 2 общих судорожных приступа.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Неврологически: менингеальных симптомов нет. Определяется легкая сглаженность левой носогубной складки. Сухожильные рефлексы слева повышены. Сила в левых конечностях снижена до 3 баллов. Определяются двусторонние патологические стопные знаки.

При ЭХО-энцефалоскопии выявлено смещение срединных структур справа налево на 3 мм.

Во время люмбальной пункции, при измерении давления, у больного резко усилились головные боли, он потерял сознание и внезапно прекратилось дыхание. Пульс ритмичный, 68 ударов в 1 минуту.

Контрольные вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
- 3) Оцените тактику врача при проведении обследования, причину и характер внезапного ухудшения состояния больного. Ваши лечебные предположения?

5. Больная М., 21 год. Госпитализирована в неврологическое отделение с жалобами на ежедневные интенсивные головные боли. Боль начинается в утренние часы и продолжается в течение 6-8 часов.

Из анамнеза выяснено, что боли начались полгода назад. В последний месяц стали ежедневными. Прием анальгетиков боль снимает незначительно.

В анамнезе жизни – частые простудные заболевания.

На момент осмотра: жалобы на сильные распирающие головные боли. Больная заторможена. На вопросы отвечает однозначно. АД = 110/70 мм рт.ст. Пульс – 72 удара в минуту.

Определяются слабо выраженные менингеальные симптомы. Выявляется горизонтальный нистагм, больше при взгляде влево. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексы без разницы сторон. Тонус ниже в левых конечностях. Расстройств

чувствительности не выявлено. Незначительное промахивание при выполнении пальце-носовой и коленно-пяточной пробы слева. Внутривенное введение 5 мл баралгина боль не сняло. При обследовании в отделении окулист выявил расширение вен на глазном дне.

Контрольные вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
- 3) Тактика лечения?
- 4) Прогноз для жизни?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Теории возникновения опухолей ЦНС и патогенетические механизмы воздействия опухоли на головной мозг.
 2. Классификация опухолей головного мозга.
 3. Клиника, диагностика и лечение опухолей головного мозга супра- и субтенториальной локализации.
 4. Комбинированное лечение опухолей головного мозга, urgentные вопросы.
 5. Реабилитация нейроонкологических больных, лечение нейротрофических и тазовых нарушений.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
 1. Выберите абсолютно неверный ответ. Существуют следующие виды глиом:
 - а) астроцитомы;
 - б) олигодендроглиомы;
 - в) эпендимомы;
 - г) менингиомы;
 - д) глиобластомы.
 2. Выберите абсолютно верный ответ. Менингиома – это опухоль из:
 - а) мягкой оболочки;
 - б) арахноидальной оболочки;
 - в) твердой оболочки;
 - г) мягкой и паутинной оболочек;
 - д) сосудистых сплетений желудочков мозга.
 3. Выберите абсолютно неверный ответ. Для менингиомы характерны следующие признаки:
 - а) происхождение из арахноидальной оболочки;
 - б) инфильтративный рост;
 - в) наличие капсулы;
 - г) сдавление головного мозга;
 - д) однородная структура.
 4. Выберите абсолютно верный ответ. Какие выделяют механизмы действия опухоли на головной мозг:
 - а) сдавление головного мозга;
 - б) нарушение оттока ликвора;
 - в) нарушение мозгового кровообращения;
 - г) токсическое воздействие опухоли на головной мозг;
 - д) все выше перечисленное.

5. Выберите абсолютно неверный ответ. Для опухолей теменной доли характерно:
- а) астереогноз;
 - б) апраксия;
 - в) anosmia;
 - г) анестезия;
 - д) фокальные сенсорные приступы.
6. Выберите абсолютно неверный ответ. К общемозговым симптомам, связанным с увеличением внутричерепного давления относятся:
- а) головная боль, головокружение;
 - б) рвота;
 - в) обонятельные, вкусовые и вестибулярные галлюцинации;
 - г) генерализованные припадки;
 - д) положительные менингеальные симптомы.
7. Выберите абсолютно верный ответ. Дислокационные симптомы- это результат:
- а) крайне высокого внутричерепного давления;
 - б) разрушения ткани мозга;
 - в) хронического нарушения мозгового кровообращения;
 - г) сдавления ткани мозга растущей опухолью;
 - д) все перечисленное верно.
8. Выберите абсолютно неверный ответ.
К дополнительным методам диагностики опухолей головного мозга относятся:
- а) люмбальная пункция с забором ликвора;
 - б) КТ головного мозга;
 - в) ЭХО-ЭС головного мозга;
 - г) обзорные рентгеновские снимки
 - д) МРТ головного мозга.
9. Выберите правильный ответ.
К нейроэктодермальным опухолям не относятся:
- а) астроцитомы;
 - б) олигодендроглиомы;
 - в) эпендимомы;
 - г) невриномы;
 - д) хориоидпапилломы.
10. Выберите правильный ответ.
Опухоль из стенки сосуда называется:
- а) менингиома;
 - б) ангиоретикулема;
 - в) папиллома;
 - г) аденома;
 - д) невринома.
11. Выберите правильный ответ.
Для диагностики опухоли головного мозга преимущественно используют:
- а) компьютерную томографию;
 - б) электроэнцефалографию;
 - в) рентгеноскопию;
 - г) пункцию желудочков мозга;
 - д) люмбальную пункцию с анализом ликвора.
12. Выберите правильный ответ.

При опухоли височной доли не наблюдается:

- а) верхнеквандратная гемианопсия;
- б) сенсорная афазия;
- в) оперкулярные приступы;
- г) адверсивные приступы;
- д) обонятельные галлюцинации.

13. Выберите правильный ответ.

При опухоли лобной доли не наблюдается:

- а) парезы, параличи;
- б) атрофия зрительного нерва;
- в) атаксия по типу астазии-абазии;
- г) верхнеквандратная гемианопсия;
- д) парез зрения.

14. Выберите неправильный ответ.

Паллиативная операция при опухолях головного мозга- это:

- а) наружная декомпрессия;
- б) вентрикулоцистерноанастомоз;
- в) вентрикулоперитонеальный анастомоз;
- г) радикальное удаление опухоли;
- д) наружное вентрикулярное дренирование.

15. Выберите правильный ответ.

Для опухоли затылочной доли не характерно:

- а) гомонимная гемианопсия;
- б) фотомы;
- в) гемигипестезия;
- г) зрительная агнозия;
- д) метаморфопсия.

16. Выберите правильный ответ.

Симптомы, характерные для опухолей лобной доли головного мозга:

- а) гемипарез;
- б) сенсорная афазия;
- в) фотомы;
- г) гипестезия;
- д) нарушение схемы тела.

17. Выберите правильный ответ.

Симптомы, характерные для аденомы гипофиза:

- а) акромегалия;
- б) квадрантная гемианопсия;
- в) гемипарез;
- г) тугоухость;
- д) гемигипестезия.

18. Выберите правильный ответ.

Симптомы, характерные для невриномы VIII нерва:

- а) гемипарез;
- б) снижение зрения;
- в) гемигипестезия;
- г) глухота на одноименное ухо;
- д) сенсорная афазия.

19. Выберите один неверный ответ.

Симптомы, характерные для опухолей височной доли:

- а) слуховые, обонятельные галлюцинации;
- б) моторная афазия;
- в) верхнеквадрантная гемианопсия;
- г) сенсорная афазия;
- д) фотомы.

20. Выберите один неверный ответ.

Симптомы, характерные для опухолей мозжечка:

- а) мышечная гипотония в конечностях на стороне поражения;
- б) горизонтальный нистагм;
- в) нарушение обоняния;
- г) застойные диски зрительных нервов;
- д) гемипарез.

Эталоны ответы: 1-Г, 2-Б, 3-Б, 4-Г, 5-В, 6-В, 7-А, 8-А, 9-Г, 10-Б, 11-А, 12-Г, 13-Г, 14-Г, 15-В, 16-А, 17-А, 18-Г, 19-Б, 20-В

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 2. Частная неврология

Тема 2.8: Опухоли спинного мозга.

Цель: сформировать способность к диагностике и лечению опухолей спинного мозга.

Задачи:

1. Обучить студентов проводить исследование неврологического статуса у нейроонкологических больных.
2. Изучить алгоритм постановки топического и клинического диагноза при опухолях спинного мозга.
3. Научить последовательности применения диагностических методов при обследовании нейроонкологических больных; определять ургентные состояния при церебральных дислокациях.

Студент должен знать:

1. до изучения темы
 - анатомию, физиологию головного и спинного мозга;
2. после изучения темы
 - патогенетические механизмы воздействия опухоли на спинной мозг,

гистологическую и локализационную классификацию новообразований ЦНС, клинику опухолей спинного мозга различной локализации и гистологической структуры;

- методы диагностики опухолей центральной нервной системы и интерпретацию их результатов;
- дифференцированные подходы к комбинированному лечению опухолей спинного мозга;
- виды радикальных и паллиативных оперативных вмешательств, применяемых при лечении нейроонкологических больных.

Студент должен уметь:

- проводить исследование неврологического статуса у больных опухолями спинного мозга;
- устанавливать топический и клинический диагноз при опухолях спинного мозга различной локализации;
- определять адекватный алгоритм обследования нейроонкологических больных;
- проводить консервативное лечение больных с различными вариантами опухолей спинного мозга в до- и послеоперационном периоде.

Студент должен владеть:

- Психологическими и этическими приемами общения с пациентами с опухолями спинного мозга.
- Методами сбора жалоб, анамнеза, клинического осмотра больного с опухолями спинного мозга.
- Способами медикаментозной коррекции urgentных неврологических и нейрохирургических состояний при опухолях спинного мозга.
- Выбора оптимальной лечебной, в том числе нейрохирургической, тактики при опухолях спинного мозга.
- Навыками назначения наиболее адекватного метода реабилитации нарушенных функций нервной системы при опухолях спинного мозга.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Классификация опухолей спинного мозга.
2. Клиника, диагностика и лечение экстра- и интрамедуллярных опухолей спинного мозга в зависимости от их локализации.
3. Объективные методы диагностики опухолей спинного мозга.
4. Реабилитация нейроонкологических больных, лечение нейротрофических и тазовых нарушений.

2. Практическая работа.

- 1) Микроурация больного по теме занятия
- 2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с опухолью спинного мозга.
- 3) Алгоритм освоения практического навыка:
 1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.
 2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.
 3. Определить тактику ведения данного больного.
- 4) Результаты: запись жалоб, анамнеза заболевания и жизни, неврологического статуса
- 5) Выводы: освоен практический навык ведения больного с опухолью спинного мозга.

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач.
 1. прочитать условие задачи.

2. выделить синдромы поражения.
3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.
4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больная, 44 лет, жалуется на головные боли в височной области справа, повышение АД до 190/100 мм.рт.ст.

ANAMNESIS MORBI: Головные боли возникли около трех месяцев назад, когда больная проходила консервативное лечение в терапевтическом отделении по поводу обострения хронического панкреатита. В ходе госпитализации у больной был впервые отмечен генерализованный приступ с потерей сознания, который начался с падения больной, судорожного поворота головы и глаз влево. В дальнейшем развились тонико-клонический судороги продолжительностью 20 минут с последующим постприпадочным сном в течение полутора часов. STATUS NEUROLOGICUS: Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения нервной системы.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза, предполагаемые результаты объективных методов диагностики.
4. Лечение данной больной.

Пример разбора задачи.

1. Учитывая тот факт, что у больной на момент осмотра не выявляется симптомов выпадения функций нервной системы, основанием для установления топического диагноза должны стать анамнестические указания на симптомы раздражения (эпилептический приступ). Адверсивный компонент припадка (поворот головы и глаз влево) четко указывает на раздражение задних отделов средней лобной извилины правого полушария головного мозга.
 2. Наиболее частой причиной появления эпилептических припадков после 20 лет является развитие опухоли головного мозга (как правило- доброкачественной глиомы или арахноидэндотелиомы). С учетом отсутствия симптомов выпадения функций нервной системы, что исключает инфильтративный характер роста новообразования, наиболее вероятным диагнозом является: опухоль (менингиома) правой лобной доли головного мозга. Эпилептический синдром.
 3. Основными методами диагностики заболевания в данном случае являются компьютерная либо магниторезонансная томография головного мозга. Наиболее вероятным результатом данных методик является обнаружение в проекции правой лобной доли зоны повышенной рентгеновской плотности с достаточно четкими контурами с минимально выраженным либо отсутствующим положительным «масс-эффектом».
 4. Учитывая доброкачественный характер новообразования, единственно правильным методом лечения в данном случае является радикальное удаление опухоли после выполнения костно-пластической трепанации черепа над местом ее роста.
- 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

1. Больная 35 лет, в течение года жалуется на опоясывающие боли в левой половине грудной клетки и слабость левой ноги. За месяц до госпитализации у больной появилось периодическое недержание мочи, лечилась у терапевта по поводу пиелонефрита.

Неврологически: менингеальных симптомов не выявлено, координация не нарушена. Черепно-мозговая иннервация в норме. Отсутствие поверхностной чувствительности с уровня Th7 справа; глубокой – до уровня голеностопного сустава. Спастический монопарез левой ноги (сила – 3 балла). Гиперрефлексия с нижних конечностей, более выраженная слева, клонус левой стопы.

Люмбальная пункция: ликворное давление – 20 мм вод.ст., ликвор ксантохромный, мутный. Белок – 4,67 г/л. Цитоз – 2 лимфоцита в 1 куб. мм. Сахар – 2,7 ммоль/л, хлориды – 117 ммоль/л.

Электрофореграмма ликвора сывороточного типа со значительным увеличением глобулиновых фракций, в особенности, уровня острофазовых белков.

Контрольные вопросы:

- 1) Топическая диагностика поражения?
- 2) Оцените показатели ликвора.
- 3) Предположительный диагноз и стадия процесса?
- 4) Дополнительные диагностические методы?

2. Больная Ч., 17 лет. В течение последнего года отмечается задержка менструального цикла на полгода. В ночь с 17 на 18 марта возникла головная боль, тошнота, рвота, повышение АД до 190/100 мм рт.ст. в течение нескольких дней состояние больной прогрессивно ухудшалось, возникла головная боль в затылке, атаксия, дискоординация в правых конечностях, экзофтальм, грубый менингеальный синдром, нистагм вправо, появилась гнусавость голоса, исчез глоточный рефлекс, снизились корнеальные рефлексы. Рентгенограммы черепа патологических изменений не выявили. Глазное дно: диски зрительных нервов розовые, артерии сужены, вены расширены.

Контрольные вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
- 3) Тактика лечения?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Теории возникновения опухолей ЦНС и патогенетические механизмы воздействия опухоли на спинной мозг.
 2. Классификация опухолей спинного мозга.
 3. Клиника, диагностика и лечение экстра- и интрамедуллярных опухолей спинного мозга в зависимости от их локализации.
 4. Объективные методы диагностики опухолей спинного мозга.
 5. Реабилитация нейроонкологических больных, лечение нейротрофических и тазовых нарушений.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
 1. Выберите абсолютно неверный ответ. Существуют следующие виды глиом:
 - а) астроцитомы;

- б) олигодендроглиома;
- в) эпендимома;
- г) менингиома;
- д) глиобластома.

2. Выберите абсолютно верный ответ. Менингиома – это опухоль из:

- а) мягкой оболочки;
- б) арахноидальной оболочки;
- в) твёрдой оболочки;
- г) мягкой и паутинной оболочек;
- д) сосудистых сплетений желудочков мозга.

3. Выберите абсолютно неверный ответ. Для менингиомы характерны следующие признаки:

- а) происхождение из арахноидальной оболочки;
- б) инфильтративный рост;
- в) наличие капсулы;
- г) сдавление головного мозга;
- д) однородная структура.

4. Выберите абсолютно верный ответ. Какие выделяют механизмы действия опухоли на головной мозг:

- а) сдавление головного мозга;
- б) нарушение оттока ликвора;
- в) нарушение мозгового кровообращения;
- г) токсическое воздействие опухоли на головной мозг;
- д) все выше перечисленное.

5. Выберите абсолютно неверный ответ. Для опухолей теменной доли характерно:

- а) астереогноз;
- б) апраксия;
- в) anosmia;
- г) анестезия;
- д) фокальные сенсорные приступы.

6. Выберите абсолютно неверный ответ. К общемозговым симптомам, связанным с увеличением внутричерепного давления относятся:

- а) головная боль, головокружение;
- б) рвота;
- в) обонятельные, вкусовые и вестибулярные галлюцинации;
- г) генерализованные припадки;
- д) положительные менингеальные симптомы.

7. Выберите абсолютно верный ответ. Дислокационные симптомы- это результат:

- а) крайне высокого внутричерепного давления;
- б) разрушения ткани мозга;
- в) хронического нарушения мозгового кровообращения;
- г) сдавления ткани мозга растущей опухолью;
- д) все перечисленное верно.

8. Выберите абсолютно неверный ответ.

К дополнительным методам диагностики опухолей головного мозга относятся:

- а) люмбальная пункция с забором ликвора;
- б) КТ головного мозга;
- в) ЭХО-ЭС головного мозга;
- г) обзорные рентгеновские снимки

д) МРТ головного мозга.

9. Выберите правильный ответ.

К нейроэктодермальным опухолям не относятся:

- а) астроцитомы;
- б) олигодендроглиомы;
- в) эпендимомы;
- г) невринома;
- д) хориоидпапиллома.

10. Выберите правильный ответ.

Опухоль из стенки сосуда называется:

- а) менингиома;
- б) ангиоретикулема;
- в) папиллома;
- г) аденома;
- д) невринома.

11. Выберите правильный ответ.

Для диагностики опухоли головного мозга преимущественно используют:

- а) компьютерную томографию;
- б) электроэнцефалографию;
- в) рентгеноскопию;
- г) пункцию желудочков мозга;
- д) люмбальную пункцию с анализом ликвора.

12. Выберите правильный ответ.

При опухоли височной доли не наблюдается:

- а) верхнеквандратная гемианопсия;
- б) сенсорная афазия;
- в) оперкулярные приступы;
- г) адверсивные приступы;
- д) обонятельные галлюцинации.

13. Выберите правильный ответ.

При опухоли лобной доли не наблюдается:

- а) парезы, параличи;
- б) атрофия зрительного нерва;
- в) атаксия по типу астазии-абазии;
- г) верхнеквандратная гемианопсия;
- д) парез зрения.

14. Выберите неправильный ответ.

Паллиативная операция при опухолях головного мозга- это:

- а) наружная декомпрессия;
- б) вентрикулоцистерноанастомоз;
- в) вентрикулоперитонеальный анастомоз;
- г) радикальное удаление опухоли;
- д) наружное вентрикулярное дренирование.

15. Выберите правильный ответ.

Для опухоли затылочной доли не характерно:

- а) гомонимная гемианопсия;
- б) фотомы;
- в) гемигипестезия;

г) зрительная агнозия;

д) метаморфопсия.

16. Выберите правильный ответ.

Симптомы, характерные для опухолей лобной доли головного мозга:

а) гемипарез;

б) сенсорная афазия;

в) фотомы;

г) гипестезия;

д) нарушение схемы тела.

17. Выберите правильный ответ.

Симптомы, характерные для аденомы гипофиза:

а) акромегалия;

б) квадрантная гемианопсия;

в) гемипарез;

г) тугоухость;

д) гемигипестезия.

18. Выберите правильный ответ.

Симптомы, характерные для невриномы VIII нерва:

а) гемипарез;

б) снижение зрения;

в) гемигипестезия;

г) глухота на одноименное ухо;

д) сенсорная афазия.

19. Выберите один неверный ответ.

Симптомы, характерные для опухолей височной доли:

а) слуховые, обонятельные галлюцинации;

б) моторная афазия;

в) верхнеквадрантная гемианопсия;

г) сенсорная афазия;

д) фотомы.

20. Выберите один неверный ответ.

Симптомы, характерные для опухолей мозжечка:

а) мышечная гипотония в конечностях на стороне поражения;

б) горизонтальный нистагм;

в) нарушение обоняния;

г) застойные диски зрительных нервов;

д) гемипарез.

Эталоны ответы: 1-Г, 2-Б, 3-Б, 4-Г, 5-В, 6-В, 7-А, 8-А, 9-Г, 10-Б, 11-А, 12-Г, 13-Г, 14-Г, 15-В, 16-А, 17-А, 18-Г, 19-Б, 20-В

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.

2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В.

М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др.

М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013

2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 2. Частная неврология

Тема 2.9: Пароксизмальные состояния в неврологии: эпилепсия.

Цель: сформировать способность к топической и дифференциальной диагностике, лечению эпилепсии

Задачи:

1. Изучить терминологию и виды эпилепсии
2. Научить методике обследования пациента с эпилепсией
3. Рассмотреть инструментальные методы, необходимые для подтверждения выставляемого диагноза эпилепсии

Студент должен знать:

1. до изучения темы
 - анатомию, физиологию нервной системы;
2. после изучения темы
 - этиологию, патогенез, классификацию эпилепсии
 - особенности клиники поражения наиболее важных видов эпилепсии
 - дифференциальную диагностику эпилепсии
 - методы диагностики и лечения различных видов эпилепсии.

Студент должен уметь:

- проводить исследование неврологического статуса у больных с эпилепсией;
- устанавливать топический и клинический диагноз отдельных видов эпилепсии;
- определять тактику ведения больных с эпилепсией.

Студент должен владеть:

- Психологическими и этическими приемами общения с пациентами с эпилепсией.
- Методами сбора жалоб, анамнеза, клинического осмотра больного с эпилепсией.
- Выбора оптимальной тактики психологической помощи реабилитации при эпилепсии

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Эпилепсия – этиология, патогенез, клиника.
2. Структуры и механизмы образующие эпилептическую систему.
3. Эпилептический припадок – его критерии.
4. Клинические особенности генерализованных и парциальных (фокальных) эпилептических припадков.
5. Дифференциальная диагностика эпилептических и неэпилептических припадков.
6. Роль диагностических методов в идентификации эпилепсии.
7. Отличительные особенности эпилепсии как болезни и эпилептической реакции.
8. Патогенез эпилептического статуса. Лечебные мероприятия. Исходы.
9. Лечение эпилепсии. Основные группы противосудорожных препаратов.

2. Практическая работа.

- 1) Микрокурация больного по теме занятия
- 2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с эпилепсией.
- 3) Алгоритм освоения практического навыка:
 1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.

2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.
3. Определить тактику ведения данного больного.
- 4) Результаты: запись жалоб, анамнеза заболевания и жизни, неврологического статуса
- 5) Выводы: освоен практический навык ведения больного с эпилепсией.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.

1. прочитать условие задачи.
2. выделить синдромы поражения.
3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.
4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная, 44 лет, жалуется на головные боли в височной области справа, повышение АД до 190/100 мм.рт.ст. Головные боли возникли около трех месяцев назад, тогда же был впервые отмечен генерализованный приступ с потерей сознания, который начался с падения больной, судорожного поворота головы и глаз влево. В дальнейшем развились тонико-клонический судороги продолжительностью 20 минут с последующим постприпадочным сном в течение полутора часов. Черепно-мозговые травмы в анамнезе отсутствуют. В неврологическом статусе на момент осмотра (вне приступа) значимых особенностей не выявлено.

Контрольные вопросы:

- 1) Укажите топический очаг поражения нервной системы
- 2) Предположительный диагноз
- 3) Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза

Пример разбора задачи.

- 1) Адверсивный компонент припадка (поворот головы и глаз влево) четко указывает на раздражение задних отделов средней лобной извилины правого полушария головного мозга
- 2) Эпилептический синдром при опухоли (менингиома) правой лобной доли головного мозга (с учетом отсутствия симптомов выпадения функций нервной системы, что исключает инфильтративный характер роста)
- 3) МРТ, при невозможности КТ головного мозга
- 4) МРТ головного мозга

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. Больной 25 лет, доставлен в приемный покой районной больницы из дома бригадой «скорой помощи» в бессознательном состоянии. Два года назад перенес ушиб головного мозга. Через 6 месяцев после черепно-мозговой травмы появились редкие приступы генерализованных судорог тонико-клонического характера с прикусыванием языка, пеной изо рта и непроизвольным мочеиспусканием; после приступа отмечалась головная боль, рвота, оглушенное состояние в течение 10 минут. Частота припадков 1 раз в квартал на фоне приема фенобарбитала 0,1 на ночь. В день обращения у больного возникло 4 вышеописанных приступа с интервалом 5 минут. После последнего припадка в сознание не приходил. Накануне пришел из гостей поздно ночью, сильно выпивши.

При осмотре: общее состояние больного тяжелое. Контакта с больным нет, на физиологические раздражители не реагирует, глаза не открывает; дыхание 26 в минуту, ритмичное, храпящее из-за скопления слюны и пены во рту. АД= 140/90 мм рт. ст., пульс 60

уд/мин. Температура тела 37,5 °С. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. В неврологическом статусе: менингеальные симптомы отсутствуют. Зрачки широкие, равные, фотореакция зрачков снижена, корнеальные рефлексы сохранены. Лицо симметрично. Самопроизвольных движений нет. Диффузная гипотония; сухожильные рефлексы снижены. Реакция на болевое раздражение отсутствует. Больной переведен в реанимационное отделение для наблюдения и интенсивной терапии.

Контрольные вопросы.

1. Диагноз состояния больного и его причины.
 2. Какие целесообразны дополнительные обследования.
 3. Доклинические лечебные мероприятия и уход и лечение в стационаре.
2. Больной 20 лет обратился с жалобами на повторяющиеся стереотипные приступы – внезапно возникает ощущение изменения внешней обстановки («что-то меняется в ней»), она кажется «знакомой»), в ушах возникает какой-то «шум», сквозь него слышит «знакомые голоса», а в глазах «смутное видение виденной ранее картины». Одновременно возникает сердцебиение и страх, что «это состояние никогда не кончится». Одновременно кажется, что «все движущиеся люди и предметы вокруг ускоряют темп движения»; если сам двигает пальцами руки или рукой – «они также перемещаются в невероятном темпе». В этот момент лицо краснеет, прекращает деятельность, замирает. Длительность приступа примерно пол-минуты. После этого умеренная головная боль. Частота приступов до нескольких раз в неделю. С 17 лет у пациента начались вышеописанные приступы – вначале несколько раз в году, сейчас еженедельно. Ранее за медицинской помощью не обращался. В неврологическом статусе - без особенностей.

Контрольные вопросы

1. Дайте оценку природы приступов у больного и их генез.
2. Взаимосвязь выявленных у пациента приступов между собой и роль конкретных мозговых образований в их формировании.
3. Диагноз заболевания, предполагаемая этиология процесса.
4. Рекомендации по ведению пациента.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Эпилепсия – этиология, патогенез, клиника.
 2. Структуры и механизмы образующие эпилептическую систему.
 3. Эпилептический приступ – его критерии.
 4. Клинические особенности генерализованных и парциальных (фокальных) эпилептических приступов.
 5. Дифференциальная диагностика эпилептических и неэпилептических приступов.
 6. Роль диагностических методов в идентификации эпилепсии.
 7. Отличительные особенности эпилепсии как болезни и эпилептической реакции.
 8. Патогенез эпилептического статуса. Клинические формы эпилептического статуса. Лечебные мероприятия. Исходы.
 9. Лечение эпилепсии. Основные группы противосудорожных препаратов.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

№1

Последовательность выбора препарата в начале лечения эпилепсии определяется

1. типом припадков
2. частотой приступов
3. особенностями ЭЭГ
4. всем перечисленным

№2

Среди противоэпилептических препаратов в меньшей степени угнетает корковые функции

1. карбамазепин
2. бензонал
3. гексамидин
4. дифенин

№3

Для лечения эпилепсии сна целесообразно назначение

1. карбамазепина
2. гексамидина
3. фенобарбитала
4. дифенина

№4

Первой мерой помощи больному при эпилептическом статусе является

1. иммобилизация конечностей
2. введение воздуховода в ротоглотку
3. дача ингаляционного наркоза закисью азота
4. инъекция реланиума

№5

Эпилептиформный синдром при посттравматической эпилепсии проявляется джексоновскими припадками при локализации патологического очага в области

1. теменной доли
2. центральных извилин
3. извилины Гешля
4. височной доли

№6

Для повышения эффективности лечения эпилепсии сна в дополнение к противоэпилептическим средствам в вечерние часы назначают одно из следующих средств дополнительной группы

1. анаприлин
2. L-допа
3. метилдофа
4. баклофен

№7

Тяжелую анемию при длительном лечении эпилепсии высокими дозами вызывают

1. диазепам
2. фенобарбитал
3. дифенин
4. гексамидин

№8

Средством первой очереди в фармакотерапии эпилептического статуса на месте приступа и при транспортировке является введение

1. диазепама

2. тиопентала натрия
3. гексенала
4. сульфата магния

№9

В случае острого эпилептического психоза средством первой очереди являются препараты

1. транквилизаторы
2. нейролептики
3. антидепрессанты
4. ноотропы

№10

Прекратить лечение противоэпилептическими средствами можно в случае, если припадков не было по меньшей мере

1. 1 год
2. 5 года
3. 1.5 года
4. 2 года
5. 3 года

Эталоны ответы: 1-1, 2-1, 3-1, 4-3, 5-2, 6-2, 7-2, 8-1, 9-2, 10-5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 2. Частная неврология

Тема 2.10: Пароксизмальные состояния в неврологии: неэпилептические пароксизмы.

Цель: сформировать способность к топической и дифференциальной диагностике, лечению неэпилептических пароксизмов

Задачи:

1. Изучить терминологию и виды неэпилептических пароксизмов
2. Научить методике обследования пациента с неэпилептическими пароксизмами
3. Рассмотреть инструментальные методы, необходимые для подтверждения выставляемого диагноза неэпилептического пароксизмального состояния

Студент должен знать:

1. до изучения темы
 - анатомию, физиологию нервной системы
2. после изучения темы
 - этиологию, патогенез, классификацию неэпилептических пароксизмов;
 - особенности клиники наиболее важных неэпилептических пароксизмов
 - дифференциальную диагностику неэпилептических пароксизмов

- методы диагностики и лечения различных видов неэпилептических пароксизмов.

Студент должен уметь:

- проводить исследование неврологического статуса у больных с неэпилептическими пароксизмами;

- определять тактику ведения больных с неэпилептическими пароксизмами.

Студент должен владеть:

- Психологическими и этическими приемами общения с пациентами с неэпилептическими пароксизмами.

- Методами сбора жалоб, анамнеза, клинического осмотра больного с неэпилептическим пароксизмом.

- Выбора оптимальной тактики психологической помощи при неэпилептических пароксизмах

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Классификация неэпилептических пароксизмов

2. Обмороки – классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение

3. Пароксизмальные вегетативные расстройства – классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, помощь.

4. Клинические особенности миоклонических синдромов.

5. Клинические особенности дистоний.

6. Головные боли как неэпилептический пароксизм.

7. Дифференциальная диагностика эпилептических и неэпилептических пароксизмов.

2. Практическая работа.

1) Микрокурация больного по теме занятия

2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с неэпилептическим пароксизмом.

3) Алгоритм освоения практического навыка:

1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.

2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.

3. Определить тактику ведения данного больного.

4) Результаты: запись жалоб, анамнеза заболевания и жизни, неврологического статуса

5) Выводы: освоен практический навык ведения больного с неэпилептическим пароксизмом.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.

1. прочитать условие задачи.

2. выделить синдромы поражения.

3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.

4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

У больного, перенесшего закрытую травму черепа, развиваются приступы,

характеризующиеся слабостью, затруднением дыхания, повышенной потливостью,

тошнотой, замедленным пульсом, снижением артериального давления, позывами на

дефекацию, спазматической болью в животе.

Контрольные вопросы:

1) Как называется данный синдром

2) Предполагаемая локализация очага поражения

Пример разбора задачи.

- 1) Вегетативный криз парасимпатической (вагоинсулярной) направленности
- 2) вовлечение надсегментарного уровня вегетативной нервной системы

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. Больной 16 лет, учащийся 11 класса. Поступил в неврологическое отделение на обследование в связи с приступами.

В течение последних 3 лет возникают приступы, возникающие обычно в душном помещении, при виде крови и протекающие с потерей сознания. При детализации характера припадков установлено, что они начинаются с ощущения дурноты, вялости, резкой слабости в ногах, ощущения «подкашивания ног»; в глазах «темнеет», весь покрывается липким потом, бледнеет, теряет сознание и расслабленно падает. После падения больной через несколько секунд приходит в себя, сразу ориентируется. Приступы повторяются редко: 1 раз в полгода, но за последние 2 месяца они участились до 1 раза в месяц.

При осмотре: со стороны внутренних органов без патологии.

В неврологическом статусе общемозговых и очаговых симптомов не выявлено. Отмечается лабильность пульса, гипергидроз кистей и стоп.

Контрольные вопросы.

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы диагностики.
3. Первая помощь при приступе; профилактические мероприятия.

2. Больную, 28 лет, в течение 5 лет беспокоят периодические диффузные головные боли, сопровождающиеся ощущением сердцебиения, колющими болями в области сердца, головокружением, ощущением затрудненного вдоха, повышенной тревожностью, чувством неопределенного страха.

После психоэмоционального перенапряжения, физических нагрузок или без видимых причин периодически отмечается резкое ухудшение состояния в виде приступов подобной симптоматики, длящихся от нескольких минут до 1-2 часов. Во время приступа больная ощущает дрожь в теле, озноб. При осмотре выявляется бледность кожных покровов, АД = 160/100 мм рт. ст., пульс = 100 в минуту, ритмичный. Сознание больной не нарушено. После приступа больная испытывает резкую общую слабость; имеет место обильное учащенное мочеиспускание светлой мочой; иногда позывы на дефекацию.

Контрольные вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Помощь больной в приступ и в межприступный период.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Классификация неэпилептических пароксизмов
 2. Обмороки – классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение
 3. Пароксизмальные вегетативные расстройства – классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, помощь.

4. Клинические особенности миоклонических синдромов.
5. Клинические особенности дистоний.
6. Головные боли как неэпилептический пароксизм.
7. Дифференциальная диагностика эпилептических и неэпилептических пароксизмов.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

№1

Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются

1. тревожные невротические расстройства
2. черепно-мозговая травма
3. поражения гипоталамуса
4. пролапс митрального клапана
5. коллагенозы
6. нейроинфекция

№2

Для базисной терапии вегетативных кризов применяются следующие препараты

1. б-блокаторы
2. беллатаминал
3. клоназепам
4. нейролептики
5. ноотропы

№3

Вегетативные кризы часто сопровождаются следующими психопатологическими проявлениями

1. тревогой ожидания
2. агорафобией
3. ограничительным поведением
4. агорафобией и ограничительным поведением
5. всеми перечисленными проявлениями

№4

Для вегетативных кризов, в отличие от феохромоцитомы, менее характерны

1. значительное повышение артериального давления
2. повышенное потоотделение
3. выраженное чувство страха
4. сердцебиение
5. все перечисленное

№5

Наличие функциональных неврологических (псевдоневрологических) симптомов наиболее характерно

1. для гипервентиляционных приступов
2. для вегетативных кризов
3. для парциальных сложных припадков
4. для демонстративных припадков
5. для гипогликемических приступов
6. для феохромоцитомы

№6

Эффект антидепрессантов при вегетативных кризах обычно наступает

1. немедленно

2. через 3 дня
3. через 1-2 недели
4. через 2-3 недели
5. через 1 месяц

№7

Синкопальный вертебральный синдром (Унтерхарншайдта) характеризуется

1. внезапным падением больного при резкой перемене положения тела из горизонтального в вертикальное с падением артериального давления
2. внезапной потерей сознания и мышечного тонуса, связанной с движением головы и шеи
3. внезапным приступом кохлеовестибулярных, координаторных и зрительных расстройств, связанным с поворотом головы и шеи
4. пароксизмом кохлеовестибулярных, зрительных, вестибуло-ломозжечковых нарушений с последующей потерей сознания
5. сочетание кохлеовестибулярных, зрительных, вестибуло-мозжечковых нарушений с пульсирующей, жгучей односторонней головной болью

Эталоны ответы: 1-1, 2-3, 3-4, 4-1, 5-4, 6-4, 7-2

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинок. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 2. Частная неврология

Тема 2.11: Головные боли.

Цель: сформировать способность к топической и дифференциальной диагностике, лечению головных болей.

Задачи:

1. Изучить терминологию и виды головных болей
2. Обучить топической диагностике головных болей
3. Научить методике обследования пациента с головными болями
4. Рассмотреть инструментальные методы, необходимые для подтверждения выставляемого диагноза головных болей

Студент должен знать:

1. до изучения темы
 - анатомию, физиологию нервной системы;
2. после изучения темы
 - этиологию, патогенез, классификацию головных болей;
 - особенности клиники поражения наиболее важных видов головных болей
 - дифференциальную диагностику головных болей
 - методы диагностики и лечения различных видов головных болей.

Студент должен уметь:

- проводить исследование неврологического статуса у больных с головными болями;
- устанавливать топический и клинический диагноз отдельных видов головных болей;
- определять тактику ведения больных с головными болями.

Студент должен владеть:

- Психологическими и этическими приемами общения с пациентами с головной болью.
- Методами сбора жалоб, анамнеза, клинического осмотра больного с головной болью.
- Выбора оптимальной тактики психологической помощи и реабилитации при головных болях

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Определение термина «головная боль». Наиболее частые причины развития головной боли. Особенности клинической картины головной боли при этих состояниях.
2. Особенности обследования при головной боли.
3. Клиническая картина мигрени и мигренозного статуса. Ведение пациента при мигрени и мигренозном статусе.
4. Клиника кластерной головной боли. Принципы ее неотложной помощи.
5. Клиническая картина головной боли напряжения. Принципы неотложной помощи.

2. Практическая работа.

- 1) Микрокурация больного по теме занятия
- 2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с головными болями.
- 3) Алгоритм освоения практического навыка:
 1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.
 2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.
 3. Определить тактику ведения данного больного.
 - 4) Результаты: запись жалоб, анамнеза заболевания и жизни, неврологического статуса
 - 5) Выводы: освоен практический навык ведения больного с головной болью.

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач.
 1. прочитать условие задачи.
 2. выделить синдромы поражения.
 3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.
 4. ответить на вопросы по задаче.
- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму
Больная 48 лет, учитель старших классов. Жалобы на периодические, с частотой 1-2 раза в месяц головные боли в половине головы, чаще в правой. За несколько часов до приступа отмечает появление сонливости и общей слабости. Головная боль вначале сверлящего характера в лобной области, затем переходит на всю половину головы, приобретая интенсивный распирающий и пульсирующий характер. Во время приступа всегда беспокоит тошнота, рвота бывает иногда, только при сильной боли, раздражают свет и звуки. Подобные головные боли появились с 15 лет, сильные приступы стали беспокоить с 28 лет. В неврологическом статусе вне приступа без особенностей.
 - 1) Ваш предположительный диагноз?
 - 2) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
 - 3) Тактика ведения

Пример разбора задачи.

1) у данной пациентки имеются головные боли соответствующие критериям мигрени без ауры (а именно: 4 больших признака-высокая интенсивность боли, гемигранический, пульсирующий характер боли, ухудшение самочувствия при физической нагрузке и 2 малых- тошнота (рвота), фото-, фонофобия).

2) МРТ головного мозга

3) При приступе, и при необходимости профилактическое назначение, неспецифической и специфической противомигренозной терапии

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. Больная М., 45 лет, по профессии маляр, поступила в неврологическую клинику с жалобами на пульсирующую головную боль в правой затылочной области, распространяющуюся до виска, темени и надбровной области, головокружение, ощущение «мелькания мушек», «тумана» перед глазами.

Из анамнеза болезни: в течение 6 лет, особенно в осенне-зимнее время, отмечалось периодическое появление данных симптомов продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов, провоцирующихся переохлаждением, стрессовыми ситуациями, физической нагрузкой. Клинические проявления резко усиливались при поворотах головы вправо. В межприступный период симптоматика полностью регрессировала. Последнее ухудшение состояния в виде появления постоянных головных болей, головокружения, зрительных и слуховых нарушений наблюдалось в течение недели после интенсивной физической нагрузки на работе.

Объективно: общее состояние больной средней тяжести. Сознание ясное. Больная правильно ориентирована в себе, пространстве и времени. Бледность кожных покровов. В неврологическом статусе: среднеразмашистый горизонтальный нистагм при взгляде вправо, диплопии нет, снижение слуха на правое ухо. Походка атактичная. В позе Ромберга больная неустойчива с тенденцией падения вправо. ПНП справа выполняет с промахиванием и интенционным дрожанием. СПР живые, симметричные. Двигательных и чувствительных нарушений нет.

Контрольные вопросы:

1. Обосновать клинический диагноз заболевания.
2. Стадии основного неврологического синдрома, их патогенез.
3. Методы обследования, уточняющие этиологию заболевания.

2. Больная 25 лет, служащая, более 10 лет страдает редкими – частотой 1 раз в 1-2 месяца – приступами головной боли, локализующимися преимущественно в левой половине головы. Каждый приступ головной боли имеет стереотипный вид, развивается медленно и постепенно. Вначале возникает тоскливое настроение, вялость, начинает болеть левый висок. Затем появляется «мерцание» в левом глазу ярких точек, кругов, цветных зигзагов; периодически появляется ощущение «более контрастного яркого зрения», легкого головокружения, тошноты. Больная стремится уединиться и попытаться заснуть. Спустя 20-30 минут после начала зрительных ощущений возникает левосторонняя головная боль пульсирующего характера, которая постепенно усиливается до степени нестерпимой, мучительной. На высоте головной боли возникает рвота (иногда повторная). Длительность интенсивной головной боли составляет несколько часов, после этого головная боль меняет свою окраску - становится более «разлитой», тупой, тяжелой и начинает медленно убывать. Между приступами головной боли никаких жалоб больная не предъявляет.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Патогенез приступов головной боли.

3. Лечение и профилактика приступов.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
 - 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Определение термина «головная боль». Наиболее частые причины развития головной боли. Особенности клинической картины головной боли при этих состояниях.
 2. Особенности обследования при головной боли.
 3. Клиническая картина мигрени и мигренозного статуса. Ведение пациента при мигрени и мигренозном статусе.
 4. Клиника кластерной головной боли. Принципы ее неотложной помощи.
 5. Клиническая картина головной боли напряжения. Принципы неотложной помощи.
 - 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
- №1 Для предупреждения приступа «менструальной» мигрени целесообразно назначение
1. α -адреноблокаторов
 2. β -адреноблокаторов
 3. антисеротониновых препаратов
 4. нестероидных противовоспалительных препаратов
- №2 При лечении хронической пароксизмальной гемикрании наиболее эффективен
1. аспирин
 2. индометацин
 3. эрготамин
 4. резерпин
- №3 Ведущим вазомоторным фактором алгической стадии приступа мигрени считается
1. спазм артерий вертебробазиллярной системы
 2. спазм артерий в системе наружной сонной артерии
 3. спазм артерий в системе внутренней сонной артерии
 4. дилатация ветвей внутренней сонной артерии
 5. дилатация ветвей наружной сонной артерии
- №4 Приступ ассоциированной мигрени от других форм мигрени отличает наличие
1. предвестников
 2. двусторонней локализации боли в височной области
 3. рвоты на высоте приступа
 4. переходящих очаговых неврологических симптомов
 5. обильного мочеиспускания в конце приступа
- №5 Продолжительность приступа больше при следующей форме мигрени
1. классической (офтальмической)
 2. ассоциированной
 3. простой
 4. ретинальной
 5. ретинальной и ассоциированной
- №6 Для ауры классической (офтальмической) мигрени характерно
1. расходящееся косоглазие
 2. сходящееся косоглазие
 3. птоз
 4. «мерцающие» скотомы

5. нистагм

№7 Приступы связанной с месячным циклом «менструальной» мигрени чаще бывают

1. в течение предшествующей менструации недели
2. в первые дни менструации
3. в последние дни менструации
4. сразу после окончания менструации
5. в любой из указанных периодов

№8 Наиболее частой причиной односторонних болей в лице, сопровождающихся выраженной вегетативной симптоматикой, является

1. носоресничная невралгия
2. крылонебная невралгия
3. невралгия большого каменистого нерва
4. пучковые (кластерные) головные боли
5. невралгия тройничного нерва
6. каротидиния

Эталон ответов: 1 – 4; 2 – 2; 3 – 5; 4 – 4; 5 – 3; 6 – 4; 7 – 1; 8 – 4

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.
2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В. М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов под ред. М.М. Одинок. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 2. Частная неврология

Тема 2.12: Неврозы.

Цель: сформировать способность к топической и дифференциальной диагностике, лечению неврозов.

Задачи:

1. Изучить терминологию и виды неврозов
2. Научить методике обследования пациента с неврозом
3. Рассмотреть инструментальные методы, необходимые для подтверждения выставляемого диагноза невротического расстройства

Студент должен знать:

1. до изучения темы
 - анатомию, физиологию нервной системы
2. после изучения темы
 - этиологию, патогенез, классификацию неврозов;
 - особенности клиники поражения наиболее важных видов неврозов
 - дифференциальную диагностику неврозов
 - методы диагностики и лечения различных видов неврозов.

Студент должен уметь:

- проводить исследование неврологического статуса у больных с невротическим расстройством;
- устанавливать топический и клинический диагноз отдельных видов неврозов;
- определять тактику ведения больных с неврозом.

Студент должен владеть:

- Психологическими и этическими приемами общения с пациентами с неврозом.
- Методами сбора жалоб, анамнеза, клинического осмотра больного с неврозом
- Выбора оптимальной тактики психологической помощи и реабилитации при неврозах

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение термина «невроз». Наиболее частые причины развития невроза.
2. Особенности обследования при неврозе.
3. Клиническая картина истерического невроза. Ведение пациента с истерическим неврозом.
4. Клиника и принципы ведения пациента при неврозе навязчивых состояний
5. Клиническая картина и принципы ведения пациента с неврастенией

2. Практическая работа.

- 1) Микрокурация больного по теме занятия
- 2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с неврозом.
- 3) Алгоритм освоения практического навыка:
 1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.
 2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.
 3. Определить тактику ведения данного больного.
- 4) Результаты: запись жалоб, анамнеза заболевания и жизни, неврологического статуса
- 5) Выводы: освоен практический навык ведения больного с неврозом.

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач.
 1. прочитать условие задачи.
 2. выделить синдромы поражения.
 3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.
 4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная Т., 35 лет, предъявляет жалобы на невозможность ходьбы и стояния из-за появления головокружения и опасения упасть при этом.

При осмотре: у больной – вычурная походка; на людях ходит, крепко держась за стенку. В позе Ромберга – тенденция к падению назад без признаков компенсаторного балансирования. При отвлечении внимания равновесие в позе Ромберга сохраняется. Сухожильные рефлексы с конечностей симметрично оживлены. Чувствительность не нарушена. Нистагма нет. Координаторные пробы выполняет полностью. Больная раздражительна, склонна к демонстративным вспышкам, к ярким эмоциям, привлечению к себе внимания.

Контрольные вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз
- 2) Как называется данное нарушение равновесия?
- 3) Что поражено у больной?
- 4) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

3) Тактика ведения

Пример разбора задачи.

- 1) истерический невроз.
- 2) функциональная атаксия
- 3) расстройство функции лимбической системы
- 4) МРТ головного мозга

3) При приступе, и при необходимости профилактическое назначение, неспецифической и специфической противомигренозной терапии

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. На прием обратилась женщина 32 лет с жалобами на постоянные сжимающие головные боли, вследствие чего вынуждена ежедневно пить анальгетики. Головные боли возникают чаще во второй половине дня, могут провоцироваться эмоциональными переживаниями, а также связаны с бессонницей. Снижен общий фон настроения.

Из анамнеза выяснено, что больная из интеллигентной семьи, получила заботливое воспитание. В текущем году было много переживаний из-за болезни старшего сына. Стала раздражительна, нередко плачет. Последнее время стали беспокоить головные боли описанного характера.

При осмотре – женщина правильного телосложения, пониженного питания. Движения глазных яблок в полном объеме. Лицо симметрично. Парезов нет. Тремор пальцев вытянутых рук. Легкое интенционное дрожание при выполнении координационных проб. В позе Ромберга устойчива. Сухожильные рефлексы высокой амплитуды с обеих сторон.

Патологических симптомов не выявляется.

На краниограммах патологии не выявлено.

Контрольные вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Патогенез головных болей.
3. Лечебная тактика.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Определение термина «невроз». Наиболее частые причины развития невроза.
 2. Особенности обследования при неврозе.
 3. Клиническая картина истерического невроза. Ведение пациента с истерическим неврозом.
 4. Клиника и принципы ведения пациента при неврозе навязчивых состояний
 5. Клиническая картина и принципы ведения пациента с неврастенией
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

№1

Симптомокомплекс тревожного ожидания неудачи наиболее характерен для следующей формы невроза

1. невроза навязчивых состояний
2. истерии
3. невротической депрессии
4. невротической депрессии и истерии

№2

Судорожные припадки наиболее часто наблюдаются при следующих формах неврозов

1. неврозе навязчивых состояний
2. невротической депрессии
3. истерии
4. неврастении и невротической депрессии

№3

При лечении невроза с синдромом тревоги и депрессии следует выбрать антидепрессант с выраженным седативным действием

1. amitriptilin
2. нуредаль
3. инказан
4. флуоксетин

№4

У лиц с тревожно-мнительными чертами характера наиболее часто развивается следующая клиническая форма невроза

1. невроз навязчивых состояний
2. истерия
3. невротическая депрессия
4. неврастения и истерия

№5

При лечении невроза с целью коррекции судорожного синдрома следует выбрать следующие психотропные средства

1. седуксен (реланиум)
2. галоперидол
3. amitriptilin
4. нуредаль

№6

Патофизиологической основой невроза является дисфункция

1. коры височной доли правого полушария у правши
2. лимбико-ретикулярного комплекса
3. нигрострионигральной системы
4. гипоталамуса

№7

Гипнотерапия имеет преимущественное значение при лечении следующих форм неврозов

1. невроза навязчивых состояний
2. истерии
3. невротической депрессии
4. неврастении и невротической депрессии

№8

Рациональная психотерапия особенно эффективна при лечении следующих форм неврозов

1. неврастении
2. истерии
3. невротической депрессии
4. неврастении и невротической депрессии

№9

Ложные параличи и парезы наиболее часто наблюдаются при следующих формах неврозов

1. истерии
2. неврозе навязчивых состояний

3. невротической депрессии
4. неврозе навязчивых состояний и неврастении

№10

Нарушение засыпания является наиболее частой формой диссомнических расстройств при следующих неврозах

1. неврастении
2. истерии
3. невротической депрессии
4. истерии и неврастении

№11

Характерологическая черта, отражающая стремление быть предметом внимания окружающих, является типичным признаком личности при следующей форме невроза

1. истерии
2. неврозе навязчивых состояний
3. невротической депрессии
4. неврастении и истерии

№12

Изменение поведения, включающее выраженные проявления иждивенческих установок личности, является характерным признаком следующей формы невроза

1. истерии
2. невроза навязчивых состояний
3. невротической депрессии
4. неврастении и невротической депрессии

№13

Принципиальным отличием неврозоподобных состояний при соматических заболеваниях от собственно невроза является то, что они возникают

1. при отсутствии преморбидных изменений личности
2. у лиц пожилого возраста
3. при определенной тяжести соматического заболевания
4. на фоне ятрогений

№14

Основным патофизиологическим фактором головной боли при неврозах является

1. патологическое мышечное напряжение
2. ликвородинамические нарушения
3. невралгия черепных нервов
4. колебание артериального давления

№15

Наиболее часто имитацию органических неврологических симптомов наблюдают

1. при депрессии
2. при неврозе навязчивых состояний
3. при истерии
4. при психозах

Эталоны ответы: 1-1, 2-3, 3-1, 4-1, 5-1, 6-2, 7-2, 8-1, 9-1, 10-1, 11-1, 12-3, 13-1, 14-1, 15-3

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.

2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В.
М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др.
М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов
под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Раздел 2. Частная неврология

Тема 2.13: Медицинская генетика: наследственная патология нервной системы.

Цель: сформировать способность к диагностике и лечению наследственной патологии нервной системы.

Задачи:

1. Рассмотреть современные аспекты медицинской генетики
2. Изучение факторов риска, этиологии, патогенеза, клиники наследственных и врожденных заболеваний нервной системы.
3. Обучить студентов навыкам диагностики и лечения наследственных и врожденных заболеваний нервной системы.

Студент должен знать:

1. до изучения темы
- анатомию, физиологию нервной системы
2. после изучения темы
- патогенез, классификацию, клинику наследственных и врожденных заболеваний нервной системы;
- методы диагностики наследственных и врожденных заболеваний нервной системы и интерпретацию их результатов;
- виды оперативных вмешательств, применяемых при лечении данной категории больных.

Студент должен уметь:

- проводить исследование неврологического статуса у больных с наследственными и врожденными заболеваниями ЦНС;
- устанавливать топический и клинический диагноз при наследственных и врожденных заболеваниях ЦНС.

Студент должен владеть:

- Психологическими и этическими приемами общения с пациентами.
- Методами сбора жалоб, анамнеза, клинического осмотра больного с наследственной и врожденной патологией нервной системы.
- Навыками назначения адекватных методов психологической реабилитации при наследственной и врожденной патологией нервной системы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Морфология наследственных и врожденных заболеваний.
2. Основные синдромы поражения при наследственных и врожденных заболеваниях.
3. Тип наследования, клиника, течение и лечение заболеваний подкорковых ганглиев (гепатоцеребральная дистрофия, хорея Гентингтона, семейная миоклонус-эпилепсия).
4. Тип наследования, клиника, течение и лечение заболеваний мозжечковой системы (семейная атаксия Фридрейха, семейная атаксия Пьера Мари).
5. Тип наследования, клиника, течение и лечение заболеваний пирамидной системы

(семейная спастическая параплегия, спиноцеребеллярная атаксия, оливопонтocerebellарная дегенерация).

6. Тип наследования, клиника, течение и лечение сирингомиелии.

7. Тип наследования, клиника, течение и лечение наследственных болезней обмена (муколипидозы, болезнь Морфана, лейкоцистрофии).

8. Принципы медико-генетического консультирования больных с наследственными и врожденными заболеваниями.

2. Практическая работа

1) Микроурация больного по теме занятия

2) Цель работы: освоить практический навык ведения больного с наследственной патологией нервной системы.

3) Алгоритм освоения практического навыка:

1. Провести осмотр соматического и неврологического статуса у больного.

2. Определить уровень поражения нервной системы. Установить клинический вариант (форму) и тип течения заболевания.

3. Определить тактику ведения данного больного.

4) Результаты: запись жалоб, анамнеза заболевания и жизни, неврологического статуса

5) Выводы: освоен практический навык ведения больного с наследственной патологией нервной системы.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.

1. прочитать условие задачи.

2. выделить синдромы поражения.

3. поставить топический диагноз поражения нервной системы.

4. ответить на вопросы по задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной А., 20 лет, жалуется на дрожание рук, головы, усиливающиеся при движении; ограничение объема движений; шаткую походку; периодические эпизоды желтухи и боли в правом подреберье.

Болен с 15 лет, когда впервые выявлена желтуха. Был госпитализирован и обследован в инфекционной больнице, где причина желтухи не была установлена. Через год появилось дрожание головы и рук, шаткость походки. Стал хуже учиться в школе. За последнее время состояние ухудшилось.

Объективно: в сознании. Патологии со стороны черепных нервов не выявлено. Тремор рук и головы, усиливающийся при перемене положения и движении. Объем активных движений ограничен. Тонус мышц дистоничен. Сухожильные рефлексы снижены. В позе Ромберга атаксия вперед-назад. Пальце-носовую пробу выполняет неуверенно. Походка шаткая.

Окулистом выявлено по краю радужки кольцо бурого цвета. Общие анализы крови и мочи без патологии. В моче – купрурия.

Контрольные вопросы:

1. Ваш диагноз.

2. Каков патогенез данного заболевания?

3. Какие заболевания имеют сходную клиническую картину?

4. Лечение.

1. Пример разбора задачи.
2. 1. Болезнь Вильсона — Коновалова (синонимы: гепатоцеребральная дистрофия, гепатолентикулярная дегенерация).
2. Основную роль в патогенезе играет нарушение обмена меди, её накопление в нервной (особенно поражены базальные ганглии), почечной, печёночной ткани и роговице, а также токсическое повреждение медью данных органов. Нарушение метаболизма выражается в нарушении синтеза и снижении в крови концентрации церулоплазмينا. Церулоплазмин участвует в процессе выведения меди из организма. В печени формируется крупноузловой или смешанный цирроз. В головном мозге поражаются в большей степени базальные ганглии, зубчатое ядро мозжечка и черная субстанция.
3. Дифференциальный диагноз с наследственными болезнями ЦНС (ювенильный паркинсонизм, болезнь Гентингтона, спиноцеребеллярная атаксия 3 типа и др.), митохондриальные болезни, осложнения ВИЧ-инфекции, иная патология экстрапирамидной системы, хрон. гепатиты и циррозы печени.
4. Диета: медь содержится во всех пищевых продуктах, поэтому полное исключение ее поступления с пищей невозможно. Рекомендуются исключение продуктов, содержание меди в которых превышает 0,5 мг/100г, таких как грибы, ракообразные, моллюски, орехи, шоколад, печень и другие субпродукты. Основным элементом терапии является хелатная терапия. Используются следующие комплексобразующие препараты: d-пеницилламин, триентин, в дополнение возможно использование препарата цинка - цинктерал.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

1. Больной С., 28 лет. С 20 лет отмечает, что стало трудно подниматься по лестнице, преодолевать неровности почвы; перестал бегать, развилась быстрая утомляемость при ходьбе. Постепенно появилась скованность в ногах, стало трудно начинать движение, отрывать ноги от пола; деформировались стопы.

При обследовании родственников – у отца выявлена аналогичная деформация стоп, но двигательная активность снижена незначительно.

Объективно: сознание ясное, интеллект сохранен. Поражения черепно-мозговых нервов не выявлено. Тонус, сила в руках не нарушены; сухожильные рефлексы с рук равные, живые. Мышечный тонус нижних конечностей высокий, сгибательные контрактуры коленных суставов. Сухожильные рефлексы с ног высокие, выявляются патологические рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо, Гордона, Шеффера, Бехтерева-Менделя, Жуковского. Клонус стоп. Стопа деформирована: высокий свод стопы. Чувствительность не нарушена. Походка спастико-паретическая. Координаторные пробы (поза Ромберга, пальце-носовая проба) выполняет уверенно.

Контрольные вопросы:

1. Ваш диагноз
2. Какие дополнительные методы исследования помогут уточнить характер процесса?
3. Ваше лечение и рекомендации по профилактике заболевания.

2. Больной Д., 14 лет. Поступил в клинику неврологии с жалобами на слабость в руках, ногах, невозможность ходить.

Родился от 5-ой беременности, протекавшей удовлетворительно, без асфиксии. Ходить начал с 11 месяцев, говорить с 1 года. До 5 лет отклонений в развитии не было замечено. В 5 лет мать заметила, что у мальчика изменилась походка: стал переваливаться при ходьбе, быстро уставал, часто падал. В 9 лет появилась слабость в руках. С 11 лет мальчик перестал самостоятельно ходить.

Отец и мать здоровы. Трое старших мальчиков умерли от «параличей конечностей», были обездвиженными в 15, 16 и 17 лет; две младшие сестры здоровы. Среди других родственников подобного заболевания не отмечается.

При осмотре: больной пониженного питания, кожа бледная, сухая. Тоны сердца приглушены, пульс ритмичный, 72 уд/мин., АД 110/70 мм. рт. ст. Отчетливая атрофия мышц проксимальных отделов конечностей, мышц туловища, плечевого и тазового пояса. Выраженная псевдогипертрофия икроножных мышц. Активные движения в ногах резко ограничены из-за контрактур в коленных и голеностопных суставах и резкой мышечной слабости. Самостоятельно не садится, не встает. Активные движения в руках ограничены в проксимальных отделах, сила резко снижена. Сухожильные рефлексы на руках и ногах отсутствуют. Интеллект снижен, критика к своему состоянию отсутствует.

Контрольные вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Каков характер двигательного дефекта
3. Какие дополнительные методы исследования могут уточнить диагноз
4. Ваше лечение данного больного
5. Ваши рекомендации по профилактике данного заболевания.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Морфология наследственных и врожденных заболеваний.
 2. Основные синдромы поражения при наследственных и врожденных заболеваниях.
 3. Тип наследования, клиника, течение и лечение заболеваний подкорковых ганглиев (гепатоцеребральная дистрофия, хорея Гентингтона, семейная миоклонус-эпилепсия).
 4. Тип наследования, клиника, течение и лечение заболеваний мозжечковой системы (семейная атаксия Фридрейха, семейная атаксия Пьера Мари).
 5. Тип наследования, клиника, течение и лечение заболеваний пирамидной системы (семейная спастическая параплегия, спиноцеребеллярная атаксия, оливопонтocerebellарная дегенерация).
 6. Тип наследования, клиника, течение и лечение синингомиелии.
 7. Тип наследования, клиника, течение и лечение наследственных болезней обмена (муколипидозы, болезнь Морфана, лейкоцидроз).
 8. Принципы медико-генетического консультирования больных с наследственными и врожденными заболеваниями.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
 1. Как наследуется множественный нейрофиброматоз Реклингаузена?
 - А) аутосомно-доминантный тип
 - Б) аутосомно-рецессивный тип
 - В) аутосомно-доминантный и аутосомно-рецессивный типы
 - Г) аутосомно-рецессивный, сцепленный с полом
 - Д) неизвестно
 2. Множественный нейрофиброматоз поражает:
 - А) только головной мозг
 - Б) только спинной мозг
 - В) головной и спинной мозг

- Г) головной мозг и периферические нервы
Д) головной и спинной мозг, периферические нервы
3. Какие черепные нервы чаще поражаются при множественном нейрофиброматозе
- А) глазодвигательный и блоковый
Б) зрительный и слуховой
В) тройничный
Г) лицевой
Д) языкоглоточный, блуждающий, подъязычный
4. Клиника множественного нейрофиброматоза складывается из симптомов поражения:
- А) только периферических нервов
Б) только центральной нервной системы
В) периферических нервов, внутренних органов
Г) ЦНС и эндокринной системы
Д) ЦНС, периферических нервов, кожи
5. Туберозный склероз наследуется
- А) аутосомно-доминантный тип
Б) аутосомно-рецессивный тип
В) аутосомно-доминантный и аутосомно-рецессивный типы
Г) рецессивный, сцепленный с полом тип
Д) не известно
6. Первые клинические признаки туберозного склероза проявляются в возрасте:
- А) с рождения
Б) с одного года
В) с трех лет
Г) в младшем школьном возрасте
Д) в старшем школьном возрасте
7. Основным неврологическим синдромом при туберозном склерозе:
- А) очаговые судороги
Б) генерализованные судороги
В) пирамидные парезы
Г) гидроцефалия
Д) полиморфные судороги
8. Для туберозного склероза характерно
- А) витилиго
Б) ангиоматоз
В) телеангиэктазии
Г) «кофейные» пятна
Д) оденомы слюнных желез
9. Тип наследования синдрома Луи-Бар
- А) аутосомно-доминантный тип
Б) аутосомно-рецессивный тип
В) аутосомно-доминантный и аутосомно-рецессивный типы
Г) рецессивный, сцепленный с полом
Д) не известен
10. Клинические изменения, характерные для синдрома Луи-Бар:
- А) атаксия, нижний спастический парез
Б) атаксия, атетоз, дементность, телеангиэктазии
В) астазия-абазия

Г) атаксия, акинетико-ригидный синдром

Д) атаксия, тетрапарез, ангиоматоз

Эталоны ответов: 1-А, 2-Д, 3-Б, 4-Д, 5-А, 6-Б, 7-Д, 8-Д, 9-Б, 10-Б

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Неврология и нейрохирургия: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010, 640с.

2. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. Гайворонский И.В.

М.: Юрайт, 2015, 341 с.

Дополнительная:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для вузов. Гусев Е.И. и др.

М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013

2. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебник для студентов медицинских вузов

под ред. М.М. Одинак. СПб : СпецЛит, 2014. - 543 с.

Кафедра неврологии и нейрохирургии

Приложение Б к рабочей программе дисциплины

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**для проведения промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине
«Неврология»**

Специальность 37.05.01 Клиническая психология (очная форма)

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

| Код компетенции | Содержание компетенции | Результаты обучения | | | Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция | Номер семестра, в котором формируется компетенция |
|-----------------|---|---|--|---|---|---|
| | | <i>Знать</i> | <i>Уметь</i> | <i>Владеть</i> | | |
| ПК-2 | готовностью выявлять и анализировать информацию о потребностях (запросах) пациента (клиента) и медицинского персонала (или заказчика услуг) | 32. Методы оценки неврологического статуса, основные симптомы неврологических (в том числе наследственных) заболеваний, основные методы, используемые для лабораторной и инструментальной диагностики патологии нервной системы, принципы | У2. Интерпретировать результаты неврологического осмотра, наиболее распространенных методов инструментальной и лабораторной диагностики патологии нервной системы, оформить учебную карту стационарного больного | В2. Методами сбора жалоб, анамнеза пациента с патологией нервной системы, с наследственной патологией, методами интерпретации данных нейровизуализационных, нейрофизиологических, лабораторных способов диагностики поражения нервной системы | 1. Методика осмотра неврологического больного. Инфекционные заболевания нервной системы. 2. Заболевания спинного мозга 3. Заболевания периферической нервной системы. Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника 4. Сосудистая патология головного мозга | 3, 4 семестр |

| | | | | | | |
|------|--|---|--|--|---|--------------|
| | | оформления амбулаторной и стационарной медицинской документации | | | 5. Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная травма 6. Опухоли головного и спинного мозга 7. Пароксизмальные состояния в неврологии: эпилепсия и неэпилептические пароксизмы 8. Медицинская генетика: наследственная патология нервной системы | |
| ПК-3 | способностью планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этическо-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культурных и индивидуально-психологических характеристик | 32. Основные и дополнительные методы обследования больных; основные клинические методы исследования нервной системы с углубленным обследованием функции нервной системы | У2. Интерпретировать результаты исследования нервной системы | В2. Методикой исследования неврологического статуса: исследование чувствительных, двигательных функций; исследование функции черепных нервов I-XII; исследование физиологических и патологических рефлексов; исследование поверхностной и глубокой чувствительности; исследование координации у больных с поражением нервной системы | 1. Введение в предмет. Общее строение нервной системы. Семиотика поражения чувствительной и двигательной систем 2. Оболочки мозга. Семиотика поражения спинного мозга, мозжечка, экстрапирамидной, лимбической и ретикулярной систем 3. Топическая диагностика поражения ствола и коры головного мозга 4. Методика | 3, 4 семестр |

| | | | | | | |
|------|---|---|--|--|--|---------------------|
| | | | | | <p>осмотра неврологического больного. Инфекционные заболевания нервной системы.</p> <p>5. Заболевания спинного мозга</p> <p>6. Заболевания периферической нервной системы.</p> <p>Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника</p> <p>7. Сосудистая патология головного мозга</p> <p>8. Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная травма</p> <p>9. Опухоли головного и спинного мозга</p> <p>10. Пароксизмальные состояния в неврологии: эпилепсия и неэпилептические пароксизмы</p> <p>11. Медицинская генетика: наследственная патология нервной системы</p> | |
| | | <p>35. Основные клинические методы исследования нервной системы с углубленным обследованием функций</p> | <p>У5. Провести общеклиническое и неврологическое обследование больного, оформить историю болезни, провести обработку и анализ полученных данных, в том числе, с применением информационных технологий</p> | <p>В5. Методикой исследования неврологического статуса, навыками интерпретации данных психологических исследований</p> | | |
| ПК-5 | <p>способностью и готовностью определять цели и самостоя-</p> | <p>31. Основные симптомы и синдромы по-</p> | <p>У1. Выявлять симптомы поражения нерв-</p> | <p>В1. Навыками установления неврологических синдромов</p> | <p>1. Введение в предмет. Общее строение нервной систе-</p> | <p>3, 4 семестр</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|--------------------|--|--|--|
| | <p>тельно или в кооперации с коллегами разрабатывать программы психологического вмешательства с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик, квалифицированно осуществлять клинко-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития</p> | <p>ражения нервной системы, знать нозологические формы поражений нервной системы</p> | <p>ной системы</p> | | <p>мы. Семиотика поражения чувствительной и двигательной систем 2. Оболочки мозга. Семиотика поражения спинного мозга, мозжечка, экстрапиримидной, лимбической и ретикулярной систем 3. Топическая диагностика поражения ствола и коры головного мозга 4. Методика осмотра неврологического больного. Инфекционные заболевания нервной системы. 5. Заболевания спинного мозга 6. Заболевания периферической нервной системы. Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника 7. Сосудистая патология головного мозга 8. Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная</p> | |
|--|--|--|--------------------|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | травма 9. Опухоли головного и спинного мозга 10. Парок- сизмальные состояния в неврологии: эпилепсия и неэпилепти- ческие пар- оксизмы 11. Меди- цинская ге- нетика: наслед- ственная патология нервной си- стемы | |
|--|--|--|--|--|---|--|

**2. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их форми-
рования, описание шкал оценивания**

| Показатели оценивания | Критерии и шкалы оценивания | | | | Оценочное средство |
|-----------------------|--|--|--|--|--|
| | Неудовлетвори- тельно/ не зачтено | Удовлетвори- тельно/зачтено | Хорошо/ зачтено | Отлично/ зачтено | |
| ПК-2 | | | | | |
| Знать | Фрагментарные знания методов оценки неврологического статуса, основных симптомов неврологических (в том числе наследственных) заболеваний, основных методов, используемых для лабораторной и инструментальной диагностики патологии нервной системы, принципов оформления амбулаторной и стационарной карты больного | Общие, но не структурированные знания методов оценки неврологического статуса, основных симптомов неврологических (в том числе наследственных) заболеваний, основных методов, используемых для лабораторной и инструментальной диагностики патологии нервной системы, принципов оформления амбулаторной и стационарной карты | Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания методов оценки неврологического статуса, основных симптомов неврологических (в том числе наследственных) заболеваний, основных методов, используемых для лабораторной и инструментальной диагностики патологии нервной системы, | Сформированные систематические знания методов оценки неврологического статуса, основных симптомов неврологических (в том числе наследственных) заболеваний, основных методов, используемых для лабораторной и инструмен- | ситуационные задачи, тестовый контроль, собеседование, реферат |

| | | | | | |
|---------|--|---|---|--|--|
| | | больного | принципов оформления амбулаторной и стационарной карты больного | тальной диагностики патологии нервной системы, принципов оформления амбулаторной и стационарной карты больного | |
| Уметь | Частично освоенное умение интерпретировать результаты неврологического осмотра, наиболее распространенных методов инструментальной и лабораторной диагностики патологии нервной системы, оформить учебную карту стационарного больного | В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение интерпретировать результаты неврологического осмотра, наиболее распространенных методов инструментальной и лабораторной диагностики патологии нервной системы, оформить учебную карту стационарного больного | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение интерпретировать результаты неврологического осмотра, наиболее распространенных методов инструментальной и лабораторной диагностики патологии нервной системы, оформить учебную карту стационарного больного | Сформированное умение интерпретировать результаты неврологического осмотра, наиболее распространенных методов инструментальной и лабораторной диагностики патологии нервной системы, оформить учебную карту стационарного больного | ситуационные задачи, тестовый контроль, собеседование, реферат |
| Владеть | Фрагментарное применение методов сбора жалоб, анамнеза пациента с патологией нервной системы, с наследственной патологией, методов интерпретации данных нейровизуализационных, нейрофизиологических, лабо- | В целом успешное, но не систематическое применение методов сбора жалоб, анамнеза пациента с патологией нервной системы, с наследственной патологией, методов интерпретации данных нейровизуализационных, | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение методов сбора жалоб, анамнеза пациента с патологией нервной системы, с наследственной патологией, методов интерпрета- | Успешное и систематическое применение методов сбора жалоб, анамнеза пациента с патологией нервной системы, с наследственной патологией, методов | ситуационные задачи, тестовый контроль, собеседование, реферат |

| | | | | | |
|--------|--|---|--|---|--|
| | ракторных способов диагностики поражения нервной системы | нейрофизиологических, лабораторных способов диагностики поражения нервной системы | ции данных нейровизализационных, нейрофизиологических, лабораторных способов диагностики поражения нервной системы | интерпретации данных нейровизализационных, нейрофизиологических, лабораторных способов диагностики поражения нервной системы | |
| ПК - 3 | | | | | |
| Знать | Фрагментарные знания основных и дополнительных методов обследования больных; основные клинических методов исследования нервной системы с углубленным обследованием функции нервной системы | Общие, но не структурированные знания основных и дополнительных методов обследования больных; основные клинических методов исследования нервной системы с углубленным обследованием функции нервной системы | Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных и дополнительных методов обследования больных; основные клинических методов исследования нервной системы с углубленным обследованием функции нервной системы | Сформированные систематические знания основных и дополнительных методов обследования больных; основные клинических методов исследования нервной системы с углубленным обследованием функции нервной системы | ситуационные задачи, тестовый контроль, собеседование, реферат |
| Уметь | Частично освоенное умение интерпретировать результаты исследования нервной системы | В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение интерпретировать результаты исследования нервной системы | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение интерпретировать результаты исследования нервной системы | Сформированное умение интерпретировать результаты исследования нервной системы | ситуационные задачи, тестовый контроль, собеседование, реферат |

| | | | | | |
|---------|--|--|--|---|--|
| Владеть | Фрагментарное применение методики исследования неврологического статуса: исследования чувствительных, двигательных функций; исследования функции черепных нервов I-XII; исследования физиологических и патологических рефлексов; исследования поверхностной и глубокой чувствительности; исследования координации у больных с поражением нервной системы | В целом успешное, но не систематическое применение методики исследования неврологического статуса: исследования чувствительных, двигательных функций; исследования функции черепных нервов I-XII; исследования физиологических и патологических рефлексов; исследования поверхностной и глубокой чувствительности; исследования координации у больных с поражением нервной системы | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение методики исследования неврологического статуса: исследования чувствительных, двигательных функций; исследования функции черепных нервов I-XII; исследования физиологических и патологических рефлексов; исследования поверхностной и глубокой чувствительности; исследования координации у больных с поражением нервной системы | Успешное и систематическое применение методики исследования неврологического статуса: исследования чувствительных, двигательных функций; исследования функции черепных нервов I-XII; исследования физиологических и патологических рефлексов; исследования поверхностной и глубокой чувствительности; исследования координации у больных с поражением нервной системы | ситуационные задачи, тестовый контроль, собеседование, реферат |
| Знать | Фрагментарные знания основных клинических методов исследования нервной системы с углубленным обследованием функций | Общие, но не структурированные знания основных клинических методов исследования нервной системы с углубленным обследованием функций | Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных клинических методов исследования нервной системы с углубленным | Сформированные систематические знания основных клинических методов исследования нервной системы с углублен- | ситуационные задачи, тестовый контроль, собеседование, реферат |

| | | | | | |
|---------|---|---|--|--|---|
| | | | обследовани- ем функций | ным обсле- дованием функций | |
| Уметь | Частично освоенное уме- ние провести общеклиниче- ское и невроло- гическое обсле- дование боль- ного, оформить историю болез- ни, провести обработку и анализ полу- ченных данных, в том числе, с применением информацион- ных технологий | В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение прове- сти общеклини- ческое и невро- логическое об- следование больного, оформить исто- рию болезни, провести обра- ботку и анализ полученных данных, в том числе, с приме- нением информацион- ных технологий | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы уме- ние провести общеклиниче- ское и невро- логическое обследование больного, оформить ис- торию болез- ни, провести обработку и анализ полу- ченных дан- ных, в том числе, с при- менением информаци- онных техно- логий | Сфор- мированное умение провести общекли- ническое и неврологи- ческое об- следование больного, оформить историю болезни, провести обработку и анализ по- лученных данных, в том числе, с применени- ем информа- ционных технологий | ситуаци- онные за- дачи, те- стовый контроль, собеседо- вание, ре- ферат |
| Владеть | Фрагментарное применение ме- тодики иссле- дования невро- логического статуса, навы- ков интерпре- тации данных психологиче- ских исследо- ваний | В целом успеш- ное, но не си- стематическое применение методики ис- следования неврологиче- ского статуса, навыков интер- претации дан- ных психологи- ческих исследо- ваний | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы при- менение мето- дики исследо- вания невро- логического статуса, навы- ков интерпре- тации данных психологиче- ских исследо- ваний | Успешное и системати- ческое применение методики исследова- ния невро- логическо- го статуса, навыков интерпре- тации дан- ных психо- логических исследова- ний | ситуаци- онные за- дачи, те- стовый контроль, собеседо- вание, ре- ферат |
| ПК - 5 | | | | | |
| Знать | Фрагментарные знания основ- ных симптомов | Общие, но не структуриро- ванные знания | Сформиро- ванные, но со- держат от- | Сформиро- ванные си- стематиче- | ситуаци- онные за- дачи, те- |

| | | | | | |
|---------|--|--|--|---|---|
| | и синдромов поражения нервной системы, нозологических форм поражений нервной системы | основных симптомов и синдромов поражения нервной системы, нозологических форм поражений нервной системы | дельные пробелы знания основных симптомов и синдромов поражения нервной системы, нозологических форм поражений нервной системы | ские знания основных симптомов и синдромов поражения нервной системы, нозологических форм поражений нервной системы | стовый контроль, собеседование |
| Уметь | Частично освоенное умение выявлять симптомы поражения нервной системы | В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение выявлять симптомы поражения нервной системы | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение выявлять симптомы поражения нервной системы | Сформированное умение выявлять симптомы поражения нервной системы | ситуационные задачи, тестовый контроль, собеседование |
| Владеть | Фрагментарное применение навыков установления неврологических синдромов | В целом успешное, но не систематическое применение навыков установления неврологических синдромов | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков установления неврологических синдромов | Успешное и систематическое применение навыков установления неврологических синдромов | ситуационные задачи, тестовый контроль, собеседование |

3. Типовые контрольные задания и иные материалы

3.1. Вопросы к зачету, критерии оценки (ПК-2, ПК-3, ПК-5)

1. Назначение нервной системы. Обзор строения головного мозга. Признаки, указывающие на патологию центральной нервной системы. Классификация её симптомов по площади поражения и качественной характеристике.
2. Чувствительность: назначение афферентной системы. Виды чувствительности. Строение чувствительной системы – рецепторы, нервы, корешки, проводящие пути, корковый центр чувствительности.
3. Глазодвигательные нервы III, IV, VI пары. Ядра, нервные стволы, мишени – наружные и внутренние мышцы глаза. Методы исследования глазодвигательных нервов, симптомы поражения.
4. Черепные нервы I и II. Рецепторы, ход нервов, корковое представительство. Симптомы поражения на разных уровнях.
5. Лобная доля – состав корковых структур и связи. Корковые представительства в пределах лобной доли. Симптомы раздражения и выпадения. Поведенческие нарушения лобной доли. Различия левой и правой лобных долей.

6. Центры речи – их локализация и назначение. Распределение речевых центров у правой и левой и амбидекстров. Симптомы поражения центров речи.
7. Черепные нервы VII, V – ядра, мишени иннервации. Патология VII нерва – причины, симптоматика, психологическое влияние.
8. Группа нервов IX, X, XII – назначение. Ядра, иннервация мишеней. Симптомы поражения нервов и их значение. Помощь при бульбарном параличе.
9. Развитие речи у ребёнка. Дефекты речи в детском возрасте. Патология речи при повреждении мозга. Разграничение афазии и дизартрии.
10. Распределение функций в коре теменной, затылочной и височной доле. Симптомы поражения коры.
11. Высшая нервная деятельность – основные виды. Функция памяти – виды, механизмы нервной памяти, связь с мозговыми структурами. Патология памяти.
12. Ствол мозга, отделы ствола, структуры ствола. Функциональные центры ствола: сторожевой, зрачковый, взора, рвотный, парасимпатический отдел, бульбарный, дыхания, сосудодвигательный, противоболевая система.
13. Ретикулярная формация ствола – происхождение, структура. Восходящие и нисходящие влияния и их патология.
14. Мозжечок и его связи. Строение, функция. Симптомы поражения мозжечка и его частей.
15. Лимбическая система: строение, назначение. Физиологический раздражитель. Патология лимбической системы.
16. Экстрапирамидная система: структура, связи, функция. Патология экстрапирамидной системы – паркинсонизм, гиперкинезы.
17. Пирамидная система – назначение, строение. Патология – критерии центрального и периферического паралича. Диагностика.
18. Поперечный срез спинного мозга – строение, синдром половинного и поперечного поражения шейного ствола спинного мозга.
19. Черепные нервы VIII пары – рецептор – ствол – ядра ствола – корковое представительство. Функция в норме. Симптомы поражения. Системы равновесия.
20. Вегетативная нервная система. Строение, функция в норме. Симптомы поражения.
21. Кровообращение головного мозга: строение, коллатерали магистральных сосудов. Обеспечение постоянного объёма кровоснабжения мозга. Недостаточность мозгового кровотока и степени его снижения.
22. Нейроинфекции. Причины нейроинфекций, пути проникновения возбудителей в ЦНС, виды нейроинфекций при поражении головного и спинного мозга. Признаки нейроинфекции на примере менингита.
23. Судорожные проявления – причины. Виды судорог, распространенность. Эпилепсия – определение. Причины и механизмы проявлений эпилепсии. Противосудорожная система.
24. Полиомиелит – уровень и характер поражения ЦНС. Этиология, фазы заболевания и клинические формы. Медико-социальное значение полиомиелита(последствия). Реабилитация дефекта.
25. Определение пароксизма. Виды эпилептических припадков. Дифференциальная диагностика с другими видами пароксизмов.
26. Менингиты – определение. Причины, пути проникновения возбудителя в ЦНС, общие критерии менингита. Особенности гнойного, туберкулезного и доброкачественного вирусного менингита. Люмбальная пункция.
27. Позвоночно-спинальная травма – классификация степени поражения спинного мозга. Симптоматический комплекс поперечного поражения грудного отдела спинного мозга.
28. Опухоли головного мозга – происхождение, стадии развития и клинические симптомы. Методы лечения. Медико-социальное значение.

29. Головные боли – медико-социальное значение. Причины головной боли. Характер и механизмы цефалгий при опухолях головного мозга, при неврозах, при мигрени.
30. Энцефалиты – определение. Классификация по виду воспаления и возбудителю. Проникновение инфекции. Трансмиссивные энцефалиты: клещевой энцефалит.
31. Осложнения нервной системы при болезнях позвоночника. Виды вертеброгенной патологии, симптомы.
32. Наследственные заболевания нервной системы: этиология, виды наследственной передачи мутаций. Пенетрантность и экспрессивность. Классификация наследственных болезней, общие признаки.
33. Цереброспинальная жидкость – образование, циркуляция, обновление. Функция цереброспинальной жидкости. Патологические изменения цереброспинальной жидкости. Гидроцефалия и её виды.
34. Семейная спастическая параплегия Штрюмпеля. Наследственная передача. Развитие болезни.
35. Сознание человека – определение, связь с ВНД. Причины нарушения сознания. Классификация нарушений сознания – в неврологии и психиатрии. Примеры нарушений сознания в неврологии.
36. Болезнь Паркинсона: причины, основные проявления. Медико-социальное значение, лечение.
37. Патология когнитивной функции человека. Физиологические старческие сдвиги высших корковых функций. Болезни интеллекта – стадии, деменция.
38. Неврозы – определение, причины неврозов. Предпосылки формирования неврозов у людей. Виды неврозов. Сущность неврастенического невроза.
39. Инсульты – определение, причины. Патологические изменения в веществе головного мозга. Классификация видов инсультов. Клиническая картина, медико-социальное значение.
40. Сотрясение и ушиб мозга – механизмы, клинические проявления, последствия.
41. Истерический невроз – происхождение, основные проявления, черты личности пациентов. Лечение.
42. Наследственная пировиноградная олигофрения.

Критерии оценки:

Оценки **«отлично»** заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки **«хорошо»** заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки **«удовлетворительно»** заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.

3.2. Примерные тестовые задания, критерии оценки

Примеры заданий 1-го уровня

№1

Функции I пары черепных нервов (ПК – 5)

- 1 обоняние
- 2 зрение
- 3 слух
- 4 участие в формировании эмоционального фона человека
- 5 движения глазных яблок

№2

Функции II пары черепных нервов(ПК – 5)

- 1 обоняние
- 2 зрение
- 3 участие в зрачковых реакциях
- 4 движения тела
- 5 схема тела

№3

Функции III пары черепных нервов(ПК – 5)

- 1 координация движений тела
- 2 движения глаз
- 3 участие в зрачковых реакциях
- 4 глотание
- 5 артикуляция речи

№4

Функции IV пары черепных нервов (Блоковый нерв) (ПК – 5)

- 1 движения мышц лица
- 2 слух
- 3 осязание
- 4 фиксирование взгляда на предмете
- 5 движения глаз

№5

Функции V пары черепных нервов (Тройничный нерв) (ПК – 5)

- 1 чувствительность лица
- 2 жевание
- 3 глотание
- 4 фиксирование взгляда на предмете
- 5 движения глаз

№6

Функции VI пары черепных нервов (Отводящий нерв) (ПК – 5)

- 1 движения мышц лица
- 2 слух

- 3 осязание
- 4 фиксирование взгляда на предмете
- 5 движения глаз

№7

Функции VII пары черепных нервов (Лицевой нерв) (ПК – 5)

- 1 движения мышц лица
- 2 вкусовая чувствительность
- 3 глотание
- 4 слезоотделение
- 5 движения глаз

№8

Функции VIII пары черепных нервов (Предверно-улитковый нерв) (ПК – 5)

- 1 движения мышц лица
- 2 вкусовая чувствительность
- 3 слух
- 4 вестибулярная функция
- 5 слезоотделение

№9

Функции IX пары черепных нервов (Языкоглоточный нерв) (ПК – 5)

- 1 глотание
- 2 слюноотделение
- 3 слух
- 4 вестибулярная функция
- 5 вкусовая чувствительность

№10

Функции X пары черепных нервов (Блуждающий нерв) (ПК – 5)

- 1 обоняние
- 2 осязание
- 3 глотание
- 4 артикуляция речи
- 5 парасимпатическая регуляция

№11

Функции XI пары черепных нервов (Добавочный нерв) (ПК – 5)

- 1 движения шеи
- 2 движения головы
- 3 движения глаз
- 4 зрение
- 5 реакция зрачков на свет

№12

Функции XII пары черепных нервов (Подъязычный нерв) (ПК – 5)

- 1 движения языка
- 2 артикуляция речи
- 3 движения глаз
- 4 зрение
- 5 реакция зрачков на свет

№13

Мозжечок расположен (ПК-2, ПК -3)

- 1 в передней черепной ямке
- 2 в средней черепной ямке
- 3 в задней черепной ямке
- 4 над продолговатым мозгом
- 5 под варолиевым мостом

№14

Выберите функции мозжечка (ПК – 5)

- 1 регуляция мышечного тонуса
- 2 поддержание равновесия
- 3 зрение
- 4 обеспечение координации движений
- 5 слух

№15

К подкорковым структурам мозга относятся (ПК-2, ПК -3)

- 1 мозжечок
- 2 зрительные бугры
- 3 вестибулярные ядра
- 4 гипоталамус
- 5 четверохолмие

№16

К подкорковым структурам мозга относятся (ПК-2, ПК -3)

- 1 височная доля
- 2 зрительные бугры
- 3 лобная боля
- 4 гипоталамус
- 5 четверохолмие

№17

К центральной нервной системе относятся (ПК-2, ПК -3)

- 1 сплетения
- 2 спинномозговые нервы
- 3 головной мозг
- 4 спинной мозг
- 5 черепные нервы

№18

Вегетативную нервную систему составляют (ПК-2, ПК -3)

- 1 мозжечок
- 2 симпатический отдел
- 3 парасимпатический отдел
- 4 зрительный нерв
- 5 предверно-улитковый нерв

№19

В спинном мозге выделяется (ПК-2, ПК -3)

- 1 черное вещество
- 2 красное вещество
- 3 зеленое вещество
- 4 белое вещество

№20

В спинном мозге выделяются корешки (ПК-2, ПК -3)

- | | |
|---|-----------------|
| 1 | передний |
| 2 | передне-боковой |
| 3 | боковой |
| 4 | задне-боковой |
| 5 | задний |

Примеры заданий 2-го уровня

№1

Сопоставьте черепной нерв и его функцию (ПК-5)

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------------|
| 1 | (2) IX - языкоглоточный нерв | [1] движения глаз |
| 2 | (1) IV - блоковый нерв | [2] общая чувствительность глотки |
| 3 | (4) VII - лицевой нерв | [3] движения шеи |
| 4 | (3) XI - добавочный нерв | [4] движения мышц лица |
| 5 | (5) XII - подъязычный нерв | [5] движения языка |

№2

Сопоставьте черепной нерв и его функцию(ПК-5)

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------------|
| 1 | (4) V - тройничный нерв | [1] общая чувствительность глотки |
| 2 | (1) IX - языкоглоточный нерв | [2] движения шеи |
| 3 | (3) VII - лицевой нерв | [3] движения мышц лица |
| 4 | (2) XI - добавочный нерв | [4] чувствительность лица |
| 5 | (5) XII - подъязычный нерв | [5] движения языка |

№3

Сопоставьте черепной нерв и его функцию(ПК-5)

- | | | |
|---|----------------------------------|--------------------|
| 1 | (5) V - тройничный нерв | [1] движения глаз |
| 2 | (2) IX - языкоглоточный нерв | [2] слюноотделение |
| 3 | (1) III - глазодвигательный нерв | [3] глотание |
| 4 | (4) VII - лицевой нерв | [4] слезоотделение |
| 5 | (3) X - блуждающий нерв | [5] жевание |

№4

Сопоставьте черепной нерв и его функцию(ПК-5)

- | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 1 | (4) II - зрительный нерв | [1] общая чувствительность глотки |
| 2 | (1) IX - языкоглоточный нерв | [2] слух |
| 3 | (3) VII - лицевой нерв | [3] вкусовая чувствительность |
| 4 | (2) VIII - предверно-улитковый нерв | [4] зрение |
| 5 | (5) I - обонятельный нерв | [5] обоняние |

№5

Сопоставьте черепной нерв и его функцию(ПК-5)

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1 | (2) IX - языкоглоточный нерв | [1] реакция зрачков на свет |
|---|------------------------------|-----------------------------|

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 2 (1) III - глазодвигательный нерв | [2] общая чувствительность глотки |
| 3 (4) VII - лицевой нерв | [3] слух |
| 4 (3) VIII - предверно-улитковый нерв | [4] вкусовая чувствительность |
| 5 (5) I - обонятельный нерв | [5] обоняние |

Примеры заданий 3-го уровня

№1 (ПК-2, ПК-3, ПК-5)

Больная 22 лет жалуется на преходящую слабость в левой руке и ноге в течение года. Этот симптом почти полностью регрессировал за два месяца до госпитализации, но за последнюю неделю перед госпитализацией левая нога настолько ослабла, что больная часто спотыкалась при ходьбе. В течение последних трех месяцев отмечалось периодическое недержание мочи. В возрасте 18 лет имел место эпизод диплопии, которая спонтанно регрессировала. Неврологическое обследование выявило бледность височной половины диска левого зрительного нерва, слабость в левой руке при пожатии, повышение рефлексов на левых конечностях, отсутствие поверхностных брюшных рефлексов с обеих сторон, симптом Бабинского слева. Наблюдалась гемипаретическая походка.

Укажите правильную цифровую комбинацию ответа на поставленные ниже вопросы (по каждому вопросу один вариант ответа):

- ведущий метод инструментальной диагностики для подтверждения диагноза

- 1) транскраниальная доплерография
- 2) электроэнцефалография
- 3) МРТ головного мозга
- 4) люмбальная пункция
- 5) миелография
- 6) КТ головного мозга

- тип поражения нервной системы

- 1) невралгический
- 2) корешковый
- 3) полиневритический
- 4) проводниковый
- 5) сегментарный
- 6) корковый - раздражения
- 7) корковый - выпадения

№2 (ПК-2, ПК-3, ПК-5)

Больной 23 лет обратился к врачу с жалобами на нарастающую слабость в левой ноге. Пять лет назад был ретробульбарный неврит слева с частичным восстановлением зрения. Около года назад было кратковременное онемение левых конечностей. К врачам не обращался и через неделю все симптомы прошли бесследно. При неврологическом осмотре выявляется горизонтальный мелко-размашистый нистагм, снижение мышечной силы в левой ноге до 4 баллов, сухожильные рефлексы повышены с двух сторон, но выше слева. Двусторонний симптом Бабинского и Россолимо. Брюшные рефлексы не вызываются. Офтальмолог: побледнение височной половины диска зрительного нерва слева.

Укажите правильную цифровую комбинацию ответа на поставленные ниже вопросы (по каждому вопросу один вариант ответа):

- предварительный диагноз заболевания

- 1) опухоль головного мозга
- 2) рассеянный склероз
- 3) боковой амиотрофический склероз

- ведущий метод инструментальной диагностики для подтверждения диагноза

- 1) транскраниальная доплерография
- 2) электроэнцефалография

- 3) МРТ головного мозга
 - 4) люмбальная пункция
- базовый метод лечения для текущей клинической фазы у данного пациента
- 1) кортикостероиды пульс-терапия
 - 2) кортикостероиды перорально
 - 3) копаксон
 - 4) пирацетам
 - 5) бета-интерфероны
 - 6) радикальная хирургическое вмешательство
 - 7) паллиативное хирургическое вмешательство

№3 (ПК-2, ПК-3, ПК-5)

Больная 34 года, жалуется на боли в правом плече, слабость, похудание правой кисти. Длительное незаживление ранок и ссадин на правой руке, отмечает отсутствие боли при порезах и ожогах. Больна около двух лет, в начале заболевания отмечала безболевыми ожоги и порезы, затем присоединилась слабость в руке и ее похудание. Объективно: рост 155 см, вес 45 кг, правое плечо ниже левого, сколиоз шейно-грудного отдела позвоночника 1-2 степени. На спине в области грудной клетки справа и на правом плече следы от нескольких ожогов. Гипотрофия мышц правого предплечья и гипотенара правой кисти. Слоистость и исчерченность ногтей правой руки, панариций 2 пальца правой руки. В неврологическом статусе ЧМН без особенностей. Снижение силы и мышечного тонуса правой кисти, фибриллярные подергивания мышц правой руки. Рефлексы с рук D<S, с ног D=S, патологических знаков нет. При исследовании чувствительности выявлена анальгезия и термоанестезия правой руки и грудной клетки справа. Координаторных нарушений и нарушений функций тазовых органов не выявляется.

Укажите правильную цифровую комбинацию ответа на поставленные ниже вопросы (по каждому вопросу один вариант ответа):

- Какой дополнительный метод исследования **НАИБОЛЕЕ** показан для уточнения диагноза
- 1) электронейромиография
 - 2) исследование ликвора
 - 3) вызванные потенциалы
 - 4) магнитно-резонансная томография
 - 5) компьютерная томография
- На каком уровне нервной системы наиболее вероятен патологический процесс
- 1) головной мозг
 - 2) шейный отдел спинного мозга
 - 3) поясничный отдел спинного мозга
 - 4) периферическая нервная система

Критерии оценки:

- «**зачтено**» - не менее 70% правильных ответов;
- «**не зачтено**» - 69% и менее правильных ответов.

3.3. Ситуационные задачи, критерии оценки

Тема

«Заболевания спинного мозга» (ПК-2, ПК-3, ПК-5)

Задача №1.

Больной Е., 64 лет. В течение последнего года постепенно появилась гнусавость голоса, стало трудно выговаривать слова, поперхивался при глотании, с трудом высовывал язык.

При поступлении состояние удовлетворительное, общее значительное похудание. В соматическом статусе патологии не выявлено. Неврологический статус: в сознании, ориентирован, речевой

контакт затруднен из-за глубокой дизартрии. Дисфагия, глоточный рефлекс отсутствует. Выявляются атрофия мышц языка, фибриллярные подергивания в них. В мышцах плеч и надплечья также определяются фибриллярные подергивания. Движения в конечностях сохранены. Сухожильные рефлексy высокие во всех конечностях, патологические стопные рефлексy с двух сторон. Чувствительность и координация сохранены. Тазовых нарушений нет.

При люмбальной пункции получен прозрачный ликвор под давлением 220 мм вод.ст., белок – 0,132 г/л, цитоз – 0/3. Блок субарахноидального пространства не обнаружен.

Контрольные вопросы:

- 1) Топическая диагностика уровня поражения?
- 2) Ваш предположительный диагноз?
- 3) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

Задача № 2. (ПК-2, ПК-3, ПК-5)

Больной А., 28 лет. Два года назад появилась неловкость в правой ноге, стало трудно подниматься по лестнице. Через год отметил неловкость и в левой ноге, стало трудно ходить, появилось пошатывание при ходьбе.

При поступлении состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, ориентирован, снижена критика к заболеванию. Горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, больше влево. Движения в руках в полном объеме, сила достаточная, сухожильные рефлексy высокие. Нижний спастический паразез до 4 баллов, тонус мышц в ногах повышен, сухожильные рефлексy оживлены с расширением рефлексогенной зоны, клонус стоп и коленных чашечек, двусторонние стопные патологические рефлексy. Координаторные пробы выполняет с интенцией, ходьба с закрытыми глазами затруднена. Отмечает императивные позывы к мочеиспусканию.

Контрольные вопросы:

- 1) Укажите пораженные системы и образования ЦНС.
- 2) Ваш предположительный диагноз?
- 3) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

Задача № 3. (ПК-2, ПК-3, ПК-5)

Больная П., 32 лет, предъявляет жалобы на эпизоды слабости в левой руке и ноге в течение года. Симптоматика почти полностью регрессировала за 3 месяца до госпитализации, однако, в течение 3 дней, предшествующих ей, левая нога вновь резко ослабела. В течение последних 3 месяцев отмечалось периодическое недержание мочи. В возрасте 21 года имел место эпизод двоения в глазах, которое спонтанно регрессировало.

Неврологически определяются левосторонний гемипарез (сила в конечностях 3 балла), повышение сухожильных рефлексов с левых конечностей, отсутствие брюшных рефлексов с обеих сторон, симптом Бабинского слева.

Люмбальная пункция: ликворное давление = 180 мм вод.ст. лежа, ликвор прозрачный, бесцветный. Общий белок – 0,45 г/л, цитоз – 15 лимфоцитов в 1 куб. мм (Т-лимфоциты). Сахар – 2,73 ммоль/л, хлориды – 121 ммоль/л.

В протеинограмме ликвора обращает внимание значительное увеличение относительного содержания гамма-глобулинов, в особенности IgG, отмечается выраженная олигоклональность его фракций. Снижено содержание преальбумина.

При иммунологическом исследовании ликвора отмечено выраженное увеличение титра противокоревых антител, повышена миелинотоксическая активность цереброспинальной жидкости.

Контрольные вопросы:

- 1) Оцените показатели ликвора. В какой ликворный синдром их можно сгруппировать?
- 2) Предположительный диагноз?
- 3) Дополнительные методы обследования, необходимые для уточнения диагноза?
- 4) Прогноз для данной больной?

Тема
«Заболевания периферической нервной системы»
Задача № 1 (ПК-2, ПК-3, ПК-5)

Больная А., 45 лет. В анамнезе гипертоническая болезнь с высокими цифрами АД. Заболела остро, когда на фоне головной боли и повышения АД до 220/100 мм рт.ст. утром обратила внимание на асимметрию лица: перестал закрываться левый глаз, возникла неловкость при жевании, перестала ощущать вкус съеденной пищи.

При поступлении общемозговых и менингеальных симптомов нет. АД = 200/100 мм рт.ст. Движения глазных яблок – в полном объеме, зрачки равные, с хорошей реакцией на свет, лагофтальм, сглажена левая носогубная складка, грубая асимметрия оскала. Больная не может наморщить лоб слева, надуть щеки, свистнуть. Язык расположен по средней линии, глотание и фонация сохранены. Чувствительность на лице сохранена, на языке определяется гипестезия на болевую и вкусовую чувствительность слева. Симптомов пирамидной недостаточности, нарушений общей чувствительности и координации нет.

Контрольные вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

Задача № 2. (ПК-2, ПК-3, ПК-5)

Больной Н., 56 лет, госпитализирован в стационар с жалобами на сильные боли приступообразного характера в области правой щеки, верхней челюсти и правого крыла носа. Боли появились сутки назад. Продолжительность приступа около 30-40 секунд. Приступы возникают с частотой 5-6 раз за 30 минут. Провоцируются незначительным прикосновением к правой щеке, приемом пищи, в связи с чем больной не ел уже в течение суток. Больной принимал таблетки анальгина, баралгина, димедрола, но никакого эффекта от лекарств не отмечает. Возникновение данных приступов больной ни с чем не связывает.

В анамнезе жизни: гипертоническая болезнь 2 ст., стенокардия.

Объективно: состояние средней степени тяжести. АД = 180/100 мм рт.ст. Пульс 80 ударов в минуту.

Неврологический статус: менингеальных знаков нет; движения глазных яблок в полном объеме. Чувствительность в левой половине лица сохранена полностью. Дотронуться до правой половины лица невозможно из-за возникновения сильного приступа боли, что затрудняет осмотр. Патологии со стороны пирамидной, мозжечковой системы не выявлено. Обзорные рентгенограммы черепа и основания черепа патологии не выявили. Внутривенное введение баралгина и эуфиллина положительного эффекта не дало. ОАК без патологии.

Контрольные вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Тактика лечения?

Критерии оценки:

- оценка **«отлично»** ставится студенту, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения ситуационной задачи, владеющему научным языком и свободно ведущему дискуссию, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления;
- оценки **«хорошо»** заслуживает студент, обнаруживший знание программного материала; владеющий медицинской терминологией, при ответе на вопросы допускает несущественные ошибки, которые самостоятельно исправляет после замечаний преподавателя;
- оценки **«удовлетворительно»** заслуживает студент, знающий основные понятия и определения, допустивший ошибки в ходе решения ситуационной задачи; потребовавшие уточнения преподавателя; частично ответил на вопросы;

- оценка «**неудовлетворительно**» выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

3.4. Перечень практических навыков, критерии оценки (ПК-2, ПК-3, ПК-5)

1. Сбор жалоб и анамнеза у больного с поражением нервной системы
2. Определение уровня сознания
3. Исследование менингеальных симптомов
4. Исследование функции черепных нервов
5. Исследование двигательной сферы
6. Исследование чувствительной сферы
7. Исследование координации
8. Установление топического диагноза поражения нервной системы.
9. Определение этиологии поражения нервной системы
10. Установление клинического диагноза заболевания
11. Определение лечебной тактики заболевания
12. Определение адекватного лечения неврологического заболевания
13. Определение прогноза заболевания

Критерии оценки:

- **отлично** – обучающийся обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений,
- **хорошо** — обучающийся обладает теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет,
- **удовлетворительно** — обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем,
- **неудовлетворительно** — обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

3.5. Задания для выполнения реферата

Перечень тем рефератов

1. Клещевой энцефалит, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
2. Клещевой боррелиоз: этиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
3. Гнойные менингиты: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
4. Туберкулезный менингит: патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
5. Гнойные инфекции ЦНС: абсцесс головного мозга: этиология, патогенез, клиника, диагностика, хирургическое и консервативное послеоперационное лечение.
6. Демиелинизирующие полинейропатии. Клиника, диагностика, лечение острой демиелинизирующей полинейропатии Гийена-Барре.
7. Нейропатии периферических нервов: срединного, локтевого, лучевого, малоберцового, большеберцового: этиология, клиника, диагностика, лечение.
8. Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт. Субарахноидаль-

- ное кровоизлияние: этиология, клиника, диагностика и лечение.
9. Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт. Паренхиматозное и вентрикулярное кровоизлияние: этиология, клиника, диагностика и лечение.
 10. Ишемический инсульт: этиология, клиника поражения бассейнов магистральных артерий мозгового кровообращения, диагностика, лечение и профилактика.
 11. Хронические нарушения мозгового кровообращения: дисциркуляторная энцефалопатия различной степени: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
 12. Невралгия тройничного нерва: клиника, диагностика, лечение.
 13. Невропатия лицевого нерва: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
 14. Мигрень: этиология, патогенез, клиника, лечение.
 15. Рассеянный склероз: основные формы, клиника, лечение.
 16. Сирингомиелия: клиника, диагностика, лечение.
 17. Классификация эпилептических припадков, их характеристика.
 18. Клиника, диагностика и лечение тяжелого ушиба головного мозга.
 19. Клиника, диагностика и лечение сдавления головного мозга острой внутричерепной гематомой.
 20. Клиника, диагностика и дифференцированное лечение сдавления спинного мозга. Лечение тазовых расстройств и пролежней.
 21. Патогенетические стадии остеохондроза позвоночника. Клиника, диагностика и лечение синдромов шейного остеохондроза.
 22. Патогенез, клиническая картина, диагностические приемы и лечение шейной спондилогеной миелопатии.
 24. Клиническая картина, диагностика и лечение неврологических осложнений поясничного отдела позвоночника.
 25. Классификация, клиника, диагностика и лечение опухолей спинного мозга зависимости от их локализации.
 26. Миастения: клиника, диагностика, лечение.

Критерии оценки (пример):

- **Оценка «отлично»** выставляется студенту, если в работе полностью раскрыто теоретическое содержание темы, дан анализ действующей практики, содержится творческий подход к решению вопросов, сделаны обоснованные выводы и предложения, на все вопросы при защите студент дал аргументированные ответы.

- **Оценка «хорошо»** выставляется студенту, если в работе содержание изложено на достаточном теоретическом уровне, большинство выводов правильно сформулированы и даны обоснованные предложения, на большую часть вопросов студент дал правильные ответы.

- **Оценка «удовлетворительно»** выставляется студенту, если в работе теоретические вопросы в основном раскрыты, выводы в основном правильные. Предложения представляют интерес, но недостаточно убедительно аргументированы, не на все вопросы студент дал правильные ответы.

- **Оценка «неудовлетворительно»** выставляется студенту, если в работе в основном раскрывается поставленная тема, есть ошибки в формулировании методологического аппарата и выводах, при защите студент не дал правильных ответов на большинство заданных вопросов, т.е. обнаружил серьезные пробелы в профессиональных знаниях, есть замечания по оформлению текста курсовой работы.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

4.1. Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 29.02.2016 № 74-ОД.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50. Таким образом, общее число тестовых заданий по дисциплине «Неврология» составляет 150.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

| | Вид промежуточной аттестации |
|---|------------------------------|
| | зачет |
| Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы) | 18 |
| Кол-во баллов за правильный ответ | 2 |
| Всего баллов | 36 |
| Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность) | 8 |
| Кол-во баллов за правильный ответ | 4 |
| Всего баллов | 32 |
| Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача) | 4 |
| Кол-во баллов за правильный ответ | 8 |
| Всего баллов | 32 |
| Всего тестовых заданий | 30 |

| | |
|---------------------------------------|------------|
| Итого баллов | 100 |
| Мин. количество баллов для аттестации | 70 |

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом зачёта независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование проводится на компьютере.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

4.2. Методика проведения приема практических навыков

Цель этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 29.02.2016 № 74-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с зачетным собеседованием по усмотрению кафедры.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

Описание проведения процедуры:

Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины (модуля).

Методика проведения приема практических навыков:

Практические навыки принимаются у постели больного неврологического стационара. Оценивается теоретическое знание материала, умение применить его на практике и владение техникой сбора неврологического статуса, который включает: оценку уровня сознания пациента, менингеальных симптомов, функционирование черепных нервов, работу двигательной, чувствительной и координаторной сфер, когнитивных способностей пациента.

Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

4.3. Методика проведения устного собеседования

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 29.02.2016 № 74-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с расписанием учебных занятий. Деканатом факультета, отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в

установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по вопросам билета и (или) по ситуационной(ым) задаче(ам). Результат собеседования определяется оценками «зачтено», «не зачтено».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачётные ведомости и представляются в деканат факультета, за которым закреплена образовательная программа.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

4.4. Методика проведения защиты рефератов

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме защиты реферата, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины), оценка способности обучающегося к научно-исследовательской деятельности.

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 29.02.2016 № 74-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль), по которой предусмотрено выполнение реферата. В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится в соответствии с учебным планом и расписанием учебных занятий.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает в себя примерные темы рефератов. Обучающийся выбирает самостоятельно тему реферата.

Описание проведения процедуры:

Законченную работу студент сдает на кафедру в бумажном и электронном виде.

Реферат подлежит проверке на наличие заимствований и плагиата.

Основанием для допуска к защите реферата являются:

оформление реферата в соответствии с предъявляемыми к написанию работ требованиями; визирующая подпись на титульном листе преподавателя, проводившего практические занятия в данной группе студентов.

Студент заранее готовит выступление на 8-10 минут, выбирая основные моменты в работе, сохраняя при этом структуру реферата. В выступлении следует отразить мотивы выбора темы, объект, предмет, цель, задачи исследования, основное содержание, выводы и их обоснование. Подготовить мультимедийную презентацию, помогающую раскрыть основные положения работы. Защита работы проводится в комиссии, в составе заведующего кафедрой и одного -

двух преподавателей кафедры.

Порядок защиты работы:

1. Доклад студента. Регламент – 8-10 минут. Доклад рекомендуется знать наизусть и сопровождать иллюстрационным материалом, который способствует эффективности выступления докладчика.

Студент в своем докладе должен раскрыть следующие вопросы:

актуальность темы, цель и задачи работы, особенности нормативного регулирования исследуемых вопросов;

состояние и особенности исследуемой проблемы;

полученные результаты, выводы и предложения, степень их новизны.

2. Выступление рецензента с оценкой работы.

3. Ответы студента на вопросы рецензента и членов комиссии, присутствующих.

4. Обсуждение реферата.

5. Заключение председателя комиссии с оценкой работы по балльной системе.

Результаты процедуры:

Реферат оценивается по 4-х балльной шкале: «отлично», «хорошо»,

«удовлетворительно», «неудовлетворительно».