Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**СБОРНИК**

**МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ**

**по дисциплине «Неврология»**

**для специальности 060201 – Стоматология** (очная форма обучения)

Красноярск

2014

УДК

ББК

 С

 Сборник методических указаний для обучающихся внеаудиторной (самостоятельной) работе по дисциплине «Неврология» для специальности 060201 – Стоматология (очная форма обучения) / сост. С.В. Прокопенко, М.В. Аброськина, И.В. Колесникова. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2014. –с.

**Составители:** д.м.н., профессор Прокопенко С.В.

 к.м.н., ассистент Аброськина М.В.

 д.м.н., доцент, Колесникова И.В.

 интерн Бушуева М.А.

 Сборник методических указаний предназначен для внеаудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВПО 2012г. по специальности / направлению подготовки 060201 – Стоматология (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2012 г.) и СТО СМК 4.2.01-11. Выпуск 3.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол №\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_).

КрасГМУ

1. г.
2. **Тема №1: «Чувствительная сфера. Синдромы нарушения чувствительности».**
3. **Форма работы:**
* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. Понятие о рецепторах и их функции.

2. Понятие о корковом конце чувствительного анализатора.

3. Виды чувствительности.

4. Понятие о внутренней капсуле.

5. Понятие о лемнисковой системе.

6. Понятие об экстралемнисковой системе.

7. Уровни формирования болевого ощущения.

8. Симптомы поражения задних канатиков.

9. Симптомы поражения бокового столба (канатика) спинного мозга.

10. Симптомы поражения зрительного бугра.

11. Симптомы поражения задней ножки внутренней капсулы.

12. Признаки поражения ствола периферического нерва.

**Ответы:**

1. Рецепторы являются концевыми образованиями афферентных нервных волокон, способные воспринимать какие-либо изменения внутри и вне организма и передавать их как импульсы.

2. В коре чувствительные пути заканчиваются в задней центральной извилине, где имеется соматотопическая проекция. Кинестетическое чувство в прецентральной извилине, чувство стереогноза – в верхней теменной дольке.

1. Различают поверхностные, глубокие и сложные виды чувствительности.
2. Внутренняя капсула - это прослойка белого вещества головного мозга, находящаяся между подкорковыми ядрами. Состоит из переднего, заднего бедра и колена.
3. Лемнисковая система – название проводников глубокой чувствительности, которые из-за своеобразного хода дендритов вторых нейронов глубокой чувствительности в головном мозге имеют на разрезе форму петли в срединных отделах мозга – «медиальный лемниск".
4. Экстралемнисковая система – проводники болевой, температурной и частично тактильной чувствительности. Первый нейрон находится в спинномозговом узле, второй – в задних рогах спинного мозга, третий нейрон – в таламусе.
5. В формировании болевого ощущения принимают участие: а) периферические рецепторы; б) уровень заднего рога спинного мозга; в) уровень продолговатого мозга; г) уровень среднего мозга; д) таламический уровень; е) корковая область.
6. При поражении задних канатиков наблюдается расстройство глубокой чувствительности, частично тактильной чувствительности по проводниковому типу при сохранности поверхностной чувствительности. Чувствительность расстраивается на соответствующей очагу стороне – на всем протяжении, ниже уровня его локализации. Одновременно развивается заднестолбовая или сенситивная атаксия.
7. Поражение бокового канатика: расстройство поверхностной чувствительности (болевой и температурной) по проводниковому типу на противоположной очагу стороне, ниже места поражения. Верхняя граница нарушения чувствительности определяется на 2-3 сегмента ниже места поражения.
8. Поражение зрительного бугра: нарушение всех видов чувствительности на противоположно очагу стороне, причем анестезия и сенситивная гемиатаксия сочетаются с явлениями гиперпатии, трофическими расстройствами, нарушением зрения.
9. Поражение задней ножки внутренней капсулы: нарушение всех видов чувствительности на противоположной очагу стороне, гемианопсия, сенситивная гемиатаксия.
10. Поражение ствола периферического нерва: нарушаются все виды чувствительности. Зона чувствительных расстройств соответствует территории иннервации данного нерва. При полиневритах отмечается дистальный тип расстройств чувствительности в виде «перчаток», «носков» и «чулок».

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Тестовые задания

I. ГЕМИАНЕСТЕЗИЯ, ГЕМИАТАКСИЯ, ГЕМИАНОПСИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ

1. бледного шара

2. хвостатого ядра

3. красного ядра

4. таламуса

5. прецентральной извилины

Правильный ответ: 4

II. ДЕНДРИТЫ, ВОСПРИНИМАЮЩИЕ ХОЛОДОВЫЕ РАЗДРАЖЕНИЯ, СОДЕРЖАТ РЕЦЕПТОРЫ ВВИДЕ

1. неинкапсулированных чувствительных окончаний Руффини

2. инкапсулированных чувствительных окончаний Краузе

3. телец Меркеля

4. телец Фатера-Пачини

5. телец Меркеля и телец Фатера-Пачини

Правильный ответ: 2

III. АСТЕРИОГНОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

1. язычной извилины теменной доли

2. верхней височной извилины

3. нижней лобной извилины

4. верхней теменной дольки

5. прецентральной извилины

Правильный ответ: 4

IV. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СЕНСИТИВНОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ АТАКСИИ СЛЕДУЕТ ПОПРОСИТЬ БОЛЬНОГО

1. осуществить фланговую походку

2. стать в позу Ромберга с закрытыми глазами

3. стоя, отклониться назад

4. пройти с закрытыми глазами

5. выполнить пальце-носовую пробу

Правильный ответ: 4

V. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ДИСКРЕМИНАЦИОННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕРИТЬ, СПОСОБЕН ЛИ БОЛЬНОЙ ОПРЕДЕЛИТЬ

1. место прикосновения при нанесении раздражения на различные участки тела

2. рисуемые на коже цифры, буквы, простые фигуры

3. два одновременно наносимых раздражения на близко расположенных участках поверхности тела

4. на ощупь знакомые предметы

5. вибрацию камертона

Правильный ответ: 3

VI. ЕСЛИ ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ПРОВРОДНИКОВЫХ РАССТРОЙСТВ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ Th10 ДЕРМАТОМА, ПОРАЖЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА УРОВНЕ СЕГМЕНТА

1. Th6-Th7

2. Th8-Th9

3. Th9-Th10

4. Th8-Th11

5. Th10-Th11

Правильный ответ: 2

VII. ВОЛОКНА ДЛЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ РАСПОЛАГАЮТСЯ В ТОНКОМ ПУЧКЕ ЗАДНИХ КАНАТИКОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К СРЕДНЕЙ ЛИНИИ

1. латерально

2. медиально

3. вентрально

4. дорсально

5. вентро-латерально

Правильный ответ: 2

XIII. ВОЛОКНА ДЛЯ ТУЛОВИЩА И ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ РАСПОЛАГАЮТСЯ В КЛИНОВИДНОМ ПУЧКЕ ЗАДНИХ КАНАТИКОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К СРЕДНЕЙ ЛИНИИ

1. латерально

2. медиально

3. вентрально

4. дорсально

5. вентро-латерально

Правильный ответ: 1

IX. ВОЛОКНА БОЛЕВОЙ И ТЕМПЕРАТУРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ (ЛАТЕРАЛЬНАЯ ПЕТЛЯ) ПРИСОЕДИНЯЮТСЯ К ВОЛОКНАМ ГЛУБОКОЙ И ТАКТИЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ (МЕДИАЛЬНАЯ ПЕТЛЯ)

1. в продолговатом мозге

2. в мосту мозга

3. в ножках мозга

4. в зрительном бугре

5. в мозжечке

Правильный ответ: 2

Х. ПОЛОВИННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОПЕРЕЧНИКА СПИННОГО МОЗГА (СИНДРОМ БРОУН-СЕКАРА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЦЕНТРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА СТОРОНЕ ОЧАГА В СОЧЕТАНИИ

1. с нарушением всех видов чувствительности – на противоположной стороне

2. с нарушением болевой и температурной чувствительности – на стороне очага

3. с нарушением глубокой чувствительности – на стороне очага

4. с нарушением всех видов чувствительности - на стороне очага

5. с нарушением только температурной чувствительности – на стороне очага

Правильный ответ: 3

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

У больной Ж. заболевание началось с онемения, жжения и болей в стопах, они усиливаются в ночное время и стихают после хождения. Постепенно чувствительные нарушения распространялись на голени. При осмотре отмечается снижение болевой и тактильной чувствительности по типу носков, снижение глубокой чувствительности.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Перечислить виды чувствительности.

5. Поражение каких образований сопровождается сегментарными расстройствами чувствительности.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: боль, гипестезия, вегетативно-ирритативные проявления в дистальных отделах ног.

2. Совокупность клинических проявлений характерна для синдрома сенсорной полиневропатии.

3. Топический диагноз – поражение аксонов чувствительных и вегетативных волокон нижних конечностей.

# 4. Виды чувствительности: поверхностная и глубокая.

# 5. Сегментарные расстройства чувствительности возникают при поражении задних столбов спинного мозга.

Ситуационная задача№2

 Больная Д. обратилась с жалобами на онемение, парестезии и боли, начавшиеся с небольшой зоны на губе слева, с последующим, в течение 3-х месяцев, распространением на всю половину лица. Движения нижней челюсти не нарушены. В анамнезе у больной системная красная волчанка.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Какие раздражения воспринимают инкапсулированные чувствительные окончания Краузе.

5. Где расположен корковый конец чувствительного анализатора.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: боль, гипестезия, парестезии в правой половине лица.

 2. Совокупность клинических проявлений характерна для сенсорной невропатии тройничного нерва.

3. Топический диагноз – поражение чувствительных волокон тройничного нерва.

# 4. Инкапсулированные чувствительные окончания Краузе воспринимают холодовые раздражения.

# 5. Корковый конец чувствительного анализатора расположен в задней центральной извилине.

Ситуационная задача№3

 Больная П. жалуется на боль в шее, надключичной области, плече, грудной клетке и лопатке слева. Боль носит жгучий характер, распространяется на медиальную поверхность предплечья и кисть до мизинца. При осмотре выявлены слабость и похудание мышц гипотенара, межкостных мышц, мышц тенара, гипотрофия сгибателей кисти, снижение чувствительности по медиальному краю предплечья и кисти, синдром Горнера. На рентгенограмме обнаружено шейное ребро – гипертрофированный поперечный отросток позвонка СVII.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Чем представлена внутренняя капсула.

5. При поражении каких образований возникает астереогноз.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: боль, вегетативно-ирритативно-трофические проявления, гипестезия в дерматомах С8-Th11 справа.

2. Совокупность клинических проявлений характерна для плечевой плексопатии (синдрома верхней апертуры грудной клетки).

3. Топический диагноз – поражение нижней части плечевого сплетения (корешков С8-Th11) справа.

# 4. Внутренняя капсула - это прослойка белого вещества головного мозга, находящаяся между подкорковыми ядрами.

5. Астереогноз возникает при поражении верхней теменной дольки.

Ситуационная задача №4

 Больной М. жалуется на парестезии, боль и зуд по локтевому краю кисти, в пятом и локтевой половине четвертого пальца, по внутренней поверхности локтевого сустава справа. Пальпация и перкуссия ствола локтевого нерва на уровне локтевого сустава сопровождается его болезненностью и парестезиями в области внутреннего края предплечья и кисти. Выявлена слабость мышц, отводящих и приводящих V и IV пальцы, гипотрофия мышц гипотенара и межкостных мышц.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Какие симптомы характерны для поражения таламуса.

5. В чем заключается особенность хода проводников поверхностной чувствительности.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: чувствительные (боль, парестезии) и двигательные (паралич мышц) расстройства в зоне иннервации локтевого нерва справа.

2. Совокупность клинических проявлений характерна для невропатии локтевого нерва.

3. Топический диагноз – поражение локтевого нерва справа.

4. Для поражения таламуса характерны: гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия.

5. Волокна поверхностной чувствительности в составе задних корешков вступают в задние рога спинного мозга и перекрест совершают в передней серой спайке.

Ситуационная задача №5

 У больного выявлено: выпадение левых половин полей зрения, левосторонняя гемиплегия, контрактура Вернике-Манна и гемианестезия.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4.Чем проявляются нарушения дискриминационной чувствительности.

5. Перечислить симптомы поражения бокового столба (канатика) спинного мозга.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: зрительные (левосторонняя гомонимная гемианопсия), двигательные (центральный паралич конечностей слева) и чувствительные (отсутствие болевой чувствительности в левых конечностях) расстройства.

2. Совокупность клинических проявлений характерна для синдрома внутренней капсулы.

3. Топический диагноз – поражение переднего бедра внутренней капсулы справа.

4. Нарушения дискриминационной чувствительности проявляются нарушением восприятия двух одновременно наносимых раздражения на близко расположенных участках поверхности тела.

5. Для поражения бокового канатика характерны: расстройство поверхностной чувствительности (болевой и температурной) по проводниковому типу на противоположной очагу стороне, ниже места поражения. Верхняя граница нарушения чувствительности определяется на 2-3 сегмента ниже места поражения.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Исследовать поверхностную, глубокую и сложные виды чувствительности.

2. Выявить анестезию, гипестезию, гиперестезию, гиперпатию, дизестезию, боль.

3. Распознать симптомы поражения периферического нерва, ствола, сплетения, спинномозгового корешка, чувствительных путей во внутренней капсуле, теменной доли коры больших полушарий.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

Написание рефератов по темам:

* Основные этапы развития чувствительного анализатора.
* Особенности формирования болевого синдрома.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

**Обязательная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 1. Неврология | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |
| 2 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 2. Нейрохирургия | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |

**Дополнительная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учеб. Пособие | А.А. Михайленко | СПб.: Фолиант, 2012. | 26 |  |
| 2 | Консультант врача. Неврология [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=26353 |  | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 | 1ЭБСКрасГМУ |  |
| 3 | Наглядная неврология: учеб. пособие для вузов | Р. Баркер, С. Барази, М. Нил; ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. Г. Н. Левицкий | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 1 |  |
| 4 | Неврология: нац. рук. | гл. ред. Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова [и др.] ; | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 4 |  |
| 5 | Неврология: справ. практ. врача | науч. ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. М. Гантман | М.: Литтерра, 2011. | 2 |  |
| 6 | Неврология и нейрохирургия: учеб. пособие | В. М. Назаров, Е. С. Кипарисова, В. Д. Трошин | М.: Академия, 2010. | 2 |  |
| 7 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. тестовых заданий с эталонами ответов для студентов 4 курса, обучающихся по спец. 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=28424 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2011. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 8 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для внеаудитор. работы студентов 4 курса, обучающихся по специальности 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=30305 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2012. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 9 | Нервные болезни: учеб. Пособие | А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец | М.: МЕДпресс-информ, 2010. | 2 |  |
| 10 | Практическая неврология: рук. для врачей | ред. А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, В. В. Шведков | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. | 3 |  |
| 11 | Частная неврология: учеб. Пособие | А. С. Никифоров, Е. И. Гусев | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 7 |  |

**Электронные ресурсы**

1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";

2. ЭБС Консультант студента;

3. ЭБС Университетская библиотека Online;

 4. ЭНБ eLibrary

**1. Тема №2: «Произвольные движения и их расстройства».**

**2. Форма работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. Кортикоспинальный отдел пирамидного пути и его функции.

2. Кортиконуклеарный отдел пирамидного пути и его функции.

3. Признаки центрального паралича.

4. Признаки периферического паралича.

5. Признаки поражения пирамидного пути выше шейного утолщения.

**Ответы:**

1. Кортикоспинальный отдел пирамидного пути начинается от верхней и средней трети предцентральной извилины и заканчивается на всем протяжении спинного мозга у двигательных нейронов передних рогов. Во внутренней капсуле кортикоспинальный путь занимает передние 2/3 задней ножки. Функция этого отдела – осуществление произвольных движений мышц конечностей и туловища.

2. Кортиконуклеарный отдел пирамидного пути начинается от нижней и средней трети предцентральной извилины и заканчивается на ядрах черепномозговых нервов в мозговом стволе. Во внутренней капсуле корково-ядерный путь занимает колено. Его функция – осуществление произвольных движений мышц лица, глотки, гортани.

3. Признаками центрального паралича являются: повышение мышечного тонуса по спастическому типу, повышение сухожильных рефлексов с расширением рефлексогенных зон, появление патологических рефлексов, синкинезий, выпадение брюшных рефлексов на стороне поражения.

4. Признаками периферического паралича являются: гипотония, гипорефлексия, гипотрофия, фасцикулярные или фибриллярные подергивания, реакция дегенерации.

5. Перерыв пирамидных волокон выше шейного утолщения спинного мозга характеризуется спастической тетраплегией.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Тестовые задания

I. ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

1. Атония мышц

2. Повышения сухожильных рефлексов

3. Арефлексия

4. Извращение реакции на раздражение электрическим током

5. Атрофия или гипотрофия

Правильный ответ: 2

II. ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ ПАРАЛИЧЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

1. Повышение мышечного тонуса

2. Гиперрефлексия

3. Арефлексия

4. Патологические рефлексы

5. Отсутствие реакции перерождения

Правильный ответ: 3

III. ПОРАЖЕНИЕ КОНСКОГО ХВОСТА СПИННОГО МОЗГА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1. Вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу

2. Спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами

3. Нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи

4. Спастическим парапарезом ног без расстройства чувствительности и нарушением функции тазовых органов

5. Спастическим тетрапарезом и тазовыми расстройствами

Правильный ответ: 1

IV. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНОЙ ПОЛОВИНЫ ПОЯСНИЧНОГО УТОЛЩЕНИЯ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

1. Спастического монопареза руки и ноги на одной стороне

2. Нижнего вялого парапареза

3. Нижнего спастического парапареза

4. Сохранности тазовых функций

5. Сенситивной атаксии нижних конечностей

Правильный ответ: 2

V. ПОРАЖЕНИЕ КОНСКОГО ХВОСТА СПИННОГО МОЗГА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1. Вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу

2. Спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами

3. Нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи

4. Спастическим парапарезом ног без расстройства чувствительности и нарушением функции тазовых органов

5. Спастическим парапарезом ног с расстройством чувствительности и нарушением функции тазовых органов

Правильный ответ: 1

VI. При гемипарезе отсутствует

1. Квинуварус стопы

2. Повышение тонуса сгибателей рук

3. Повышение тонуса разгибателей ног

4. Поза Вернике- Манна

5. Повышение тонуса сгибателей ног

Правильный ответ: 5

VII. ЗАМЫКАНИЕ ДУГИ РЕФЛЕКСА С СУХОЖИЛИЯ ТРЕХГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА ПРОИСХОДИТ НА УРОВНЕ СЛЕДУЮЩИХ СЕГМЕНТОВ СПИННОГО МОЗГА

1. С3-С4

2. С5-С6

3. С7-С8

4. С8-Th1

5. Th2-Th3

Правильный ответ: 3

VIII. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается

1. вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу

2. спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами

3. нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи

4. спастическим парезом ног без расстройства чувствительности и нарушением функций тазовых органов

5. центральным парезом ног с нарушением чувствительности по корешковому типу

Правильный ответ: 1

IX. Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга

1. С3-С4

2. С5-С6

3. С7-С8

4. С8-Th1

5. Th2-Th3

Правильный ответ: 2

X. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов

1. кортикоспинальных

2. кортиконуклеарных

3. лобно-мосто-мозжечковых

4. руброспинальных

5. ретикулоспинальных

Правильный ответ: 2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Ситуационная задача №1.

Больная Т., 52 года, жалуется на слабость рук и ног, нарушение движений в них, что затрудняет ее бытовую и социальную адаптацию. Объективно: атрофия мышц верхних конечностей, снижение мышечной силы в руках и снижение сухожильных рефлексов, фибриллярные подёргивания в мышцах рук. Резкое повышение сухожильных рефлексов на ногах, вызываются рефлексы Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон.

1. Где расположен патологический очаг.
2. Как называется синдром.
3. Что такое альтернирующий паралич.
4. Где перекрещивается пирамидный путь.
5. Где располагаются тела периферических двигательных нейронов.

Правильный ответ:

1. Патологический очаг расположен на уровне шейного утолщения спинного мозга: передние рога на уровне СV - ТhII и латеральные пирамидные пути на тех же уровнях.
2. Синдром называется сочетанная тетраплегия (верхняя вялая параплегия и нижняя спастическая параплегия).
3. Альтернирующий паралич – это паралич, возникающий при поражении мозгового ствола с вовлечением в процесс ядра ЧМН и пирамидного пути. Характеристика: периферический паралич ЧМН на стороне очага, центральная гемиплегия - на противоположной стороне.
4. Пирамидный путь перекрещивается на границе продолговатого мозга со спинным мозгом.
5. Тела периферических двигательных нейронов располагаются в передних рогах спинного мозга и в двигательных ядрах черепномозговых нервов.

Ситуационная задача №2.

У больного А. отмечаются быстрые, неожиданные, размашистые движения, совершаемые без напряжения и лишенные стереотипности. В них принимают участие мышцы лица и конечностей. Эмоционально-мимические и реактивные движения резко усилены. Мышечный тонус понижен.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Какая атаксия возникает при поражении червя мозжечка.

5. Какие образования головного мозга входят в состав экстрапирамидной системы.

Правильный ответ:

1.Ведущие клинические симптомы: гиперкинез мимической мускулатуры лица и конечностей.

2. Клинический синдром – хореический гиперкинез.

3. Топический диагноз – поражение хвостатого ядра и скорлупы.

4. При поражении червя мозжечка возникает статическая атаксия.

5. В состав экстрапирамидной системы входят: кора головного мозга, базальные ядра (бледный шар, хвостатое ядро, скорлупа, чечевицеобразные ядра), обарзования среднего мозга (черная субстанция, красное ядро), субталамическое ядро Льюиса.

Ситуационная задача №3.

Больной П., 38 лет, жалуется на слабость рук и ног, затруднения при ходьбе и самообслуживании. При осмотре выявляется ограничение активных движений в верхних и нижних конечностях, повышение в них мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, патологические рефлексы на кистях и стопах.

1. Где расположен патологический очаг.
2. Как называется синдром.
3. Чем отличается центральный паралич от периферического.
4. Перечислить симптомы Джексоновской эпилепсии.
5. Когда возникают альтернирующие параличи.

Правильный ответ:

1. Патологический очаг расположен на уровне верхних шейных сегментов спинного мозга (С1-С4) – поражены латеральные пирамидные пути.
2. Синдром называется спастический тетрапарез.
3. Центральный паралич: гипертония, гиперрефлексия, патологические рефлексы. Периферический паралич: атония, арефлексия, атрофия.
4. Симтомы Джексоновской эпилепсии: приступообразные клонические судороги, начинающиеся с определенной группы мышц с возможным распространением на всю половину с сохранением сознания.
5. Альтернирующие параличи возникают при поражении пирамидного пути в стволе мозга в сочетании с двигательными ядрами ЧМН.

Ситуационная задача №4.

У больного С. появилась слабость в дистальных отделах конечностей. При ходьбе стал цепляться носками за пол, из-за чего вынужден высоко поднимать ноги. «Повисли» кисти и стопы, наблюдается снижение мышечного тонуса и атрофия их мышц, арефлексия при вызывании сухожильных и периостальных рефлексов, боль в конечностях, гипалгезия в дистальных отделах конечностей.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Через какие афферентные связи включается мозжечок в систему координации движений.

5. Где оканчиваются афферентные пути стриопаллидарной системы.

Правильный ответ:

# 1. Ведущие клинические симптомы: боль, снижение мышечного тонуса, атрофия мышц дистальных отделов конечностей, арефлексия, снижение болевой чувствительности в дистальных отделах конечностей.

# 2. Клинический синдром - периферический тетрапарез.

3. Топический диагноз – множественное поражение периферических нервов, содержащих двигательные, чувствительные и вегетативные волокна.

4. Мозжечок включается в систему координации движений через спиноцеребеллярные пути Флексига и Говерса, вестибуло­церебеллярный, оливо-церебеллярный, бульбо-церебеллярный пути, а также пути от ретикулярной формации.

5. Афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются в полосатом теле.

Ситуационная задача №5.

Больная Е., 60 лет, жалуется на боль и слабость в дистальных отделах конечностей. При ходьбе запинается и вынуждена высоко поднимать ноги. Объективно: снижен мышечный тонус в кистях и стопах, отмечается атрофия их мышц, арефлексия сухожильных и периостальных рефлексов, гипалгезия в дистальных отделах конечностей.

1. Поставить топический диагноз.
2. Как называется синдром.
3. Когда возникает периферический паралич.
4. Характеристика центрального паралича.
5. Характеристика периферического паралича.

Правильный ответ:

1. Топический диагноз: множественное поражение периферических нервов, содержащих как двигательные, так и чувствительные волокна.
2. Синдром называется

периферический тетрапарез.

1. Периферический паралич возникает при поражении передних рогов спинного мозга, переднего корешка, периферического нерва или ядра двигательного черепно-мозгового нерва, его корешка и самого нерва.
2. Признаками центрального паралича являются: гипертония, гиперрефлексия, патологические рефлексы, синкинезии, отсутствие кожных рефлексов.
3. Признаками периферического паралича являются: гипотония мышц, гипорефлексия сухожильных рефлексов, гипотрофия, реакция перерождения мышц.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Исследовать сухожильные, периостальные и кожные рефлексы.
2. Выявить центральный и периферический параличи.

3. Сформулировать синдромальный и топический диагноз.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

Написание рефератов по темам:

* Закономерности онтогенеза рефлекторно-двигательных функций.
* Особенности произвольных движений в функционировании зубочелюстной системы.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

**Обязательная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 1. Неврология | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |
| 2 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 2. Нейрохирургия | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |

**Дополнительная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учеб. пособие | А.А. Михайленко | СПб.: Фолиант, 2012. | 26 |  |
| 2 | Консультант врача. Неврология [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=26353 |  | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 | 1ЭБСКрасГМУ |  |
| 3 | Наглядная неврология: учеб. пособие для вузов | Р. Баркер, С. Барази, М. Нил; ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. Г. Н. Левицкий | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 1 |  |
| 4 | Неврология: нац. рук. | гл. ред. Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова [и др.] ; | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 4 |  |
| 5 | Неврология: справ. практ. врача | науч. ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. М. Гантман | М.: Литтерра, 2011. | 2 |  |
| 6 | Неврология и нейрохирургия: учеб. пособие | В. М. Назаров, Е. С. Кипарисова, В. Д. Трошин | М.: Академия, 2010. | 2 |  |
| 7 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. тестовых заданий с эталонами ответов для студентов 4 курса, обучающихся по спец. 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=28424 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2011. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 8 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для внеаудитор. работы студентов 4 курса, обучающихся по специальности 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=30305 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2012. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 9 | Нервные болезни: учеб. Пособие | А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец | М.: МЕДпресс-информ, 2010. | 2 |  |
| 10 | Практическая неврология: рук. для врачей | ред. А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, В. В. Шведков | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. | 3 |  |
| 11 | Частная неврология: учеб. Пособие | А. С. Никифоров, Е. И. Гусев | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 7 |  |

**Электронные ресурсы:**

1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";

2. ЭБС Консультант студента;

3. ЭБС Университетская библиотека Online;

 4. ЭНБ eLibrary

1. **Тема №3: «Экстрапирамидная система и мозжечок».**

**2. Форма работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. Роль экстрапирамидной системы в произвольной моторике человека.

2. Структуры, входящие в состав экстрапирамидной системы.

3. Анатомические образования относящиеся к стриарной части экстрапирамидной системы.

4. Анатомические образования относящиеся к паллидарной части экстрапирамидной системы.

5. В чем заключается закон реципрокной иннервации и его механизм.

6. Через какие пути осуществляются эфферентные влияния на поперечно-полосатую мускулатуру.

7. Через какие афферентные связи включается мозжечок в систему координации движений.

**Ответы:**

1. Экстрапирамидная система создает предуготованность мышц для выполнения произвольных движений, делает двигательный акт плавным, обеспечивает способность принимать оптимальную для предстоящего действия позу, осуществляет координацию произвольных и непроизвольных локомоций, обеспечивает соразмерность двигательных актов во времени и в пространстве, обеспечивает преодоление инерции движения, и инерции покоя.

2. В состав экстрапирамидной системы входят: кора головного мозга, базальные ядра (бледный шар, хвостатое ядро, скорлупа, чечевицеобразные ядра), обарзования среднего мозга (черная субстанция, красное ядро), субталамическое ядро Льюиса.

3. К стриарной, филогенетически более молодой части экстрапирамидной нервной системы относятся: нейроны поля 6 коры больших полушарий головного мозга, хвостатое ядро и скорлупа.

4. Паллидарная система, филогенетически более старая, представлена красным ядром, субталамическим ядром Льюиса, черным веществом, бледным шаром.

5. Механизм реципрокной иннервации осуществляется сегментарным аппаратом спинного мозга с участием эфферентных импульсов от ядер мозжечка, которые регулируют проприоцептивные рефлексы на растяжение. Т.к. при мышечном сокращении возбуждаются проприоцепторы как агонистов, так и антагонистов, тормозное влияние этих импульсов не позволяет произвольному движению переходить в сложный цепной рефлекс. В момент активации мотонейронов мышц сгибателей, тормозятся мотонейроны разгибателей.

6. Эфферентные влияния мозжечка на поперечно-полосатую мускулатуру осуществляется через денто-рубро-ретикуло-спинальный путь.

7. Мозжечок включается в систему координации движений через следующие афферентные пути: спиноцеребеллярные Флексига и Говерса, вестибуло­церебеллярный, оливо-церебеллярный, бульбо-церебеллярный, а также пути от ретикулярной формации.

1. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Тестовые задания

I. Хореический гиперкинез возникает при поражении

1. палеостриатума

2. неостриатума

3. медиального бледного шара

4. латерального бледного шара

5. в области прецентральной извилины

Правильный ответ: 2

II. Основным медиатором тормозного действия является

1. ацетилхолин

2. ГАМК

3. норадреналин

4. адреналин

5. дофамин

Правильный ответ: 2

III. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются

1. в черном веществе

2. в латеральном ядре бледного шара

3. в полосатом теле

4. в медиальном ядре бледного шара

5. в субталамическом ядре

Правильный ответ: 3

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

1. мозжечковая

2. сенситивная

3. вестибулярная

4. лобная

5. функциональная

Правильный ответ: 2

V. Регуляция мышечного тонуса мозжечка при изменении положения тела в пространстве осуществляется через

1. красное ядро

2. льюисово тело

3. черное вещество

4. полосатое тело

5. ретикулярную формацию

Правильный ответ: 1

VI. Через верхние ножки мозжечка проходит путь

1. задний спинно-мозжечковый

2. передний спинно-мозжечковый

3. лобно-мосто-мозжечковый

4. затылочно-височно-мосто-мозжечковый

5. пирамидный

Правильный ответ: 2

VII. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия

1. динамическая

2. вестибулярная

3. статическая

4. сенситивная

5. лобная

Правильный ответ: 3

VIII. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОЛУШАРИЙ МОЗЖЕЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ АТАКСИЯ

1. динамическая

2. вестибулярная

3. статическая

4. сенситивная

5. лобная

Правильный ответ: 1

IX. ДЛЯ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ АТАКСИИ ХАРАКТЕРНО

1. «походка пьяного»

2. интенционный тремор

3. скандированная речь

4. «походка несущего сосуд с водой»

5. скандированная речь и мегалография

Правильный ответ: 4

X. ДЛЯ МОЗЖЕЧКОВОЙ АТАКСИИ ХАРАКТЕРНО

1. вестибулярные кризы

2. внезапное падение куда угодно

3. неуверенность движений с закрытыми глазами и в темноте

4. интенционный тремор

5. «степажная походка»

Правильный ответ: 4

1. **Самоконтроль по ситуационным задачам**

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

У больного А. отмечаются быстрые, неожиданные, размашистые движения, совершаемые без напряжения и лишенные стереотипности. В них принимают участие мышцы лица и конечностей. Эмоционально-мимические и реактивные движения резко усилены. Мышечный тонус понижен.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Какая атаксия возникает при поражении червя мозжечка.

5. Какие образования головного мозга входят в состав экстрапирамидной системы.

Правильный ответ:

1.Ведущие клинические симптомы: гиперкинез мимической мускулатуры лица и конечностей.

2. Клинический синдром – хореический гиперкинез.

3. Топический диагноз – поражение хвостатого ядра и скорлупы.

4. При поражении червя мозжечка возникает статическая атаксия.

5. В состав экстрапирамидной системы входят: кора головного мозга, базальные ядра (бледный шар, хвостатое ядро, скорлупа, чечевицеобразные ядра), образования среднего мозга (черная субстанция, красное ядро), субталамическое ядро Льюиса.

Ситуационная задача №2

 У больного затруднены движения по причине скованности мышц, движения выполняются в замедленном темпе, отличаются выраженной бедностью, параличи и парезы отсутствуют.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Какие клинические симптомы характерны для поражения конского хвоста спинного мозга.

5. Признаки центрального паралича.

Правильный ответ:

1.Ведущие клинические симптомы: повышение мышечного тонуса, ограничение объема движений, замедленность движений, бедность их.

2. Клинический синдром: гипертонически-гипокинетический.

3. Топический диагноз– поражение черного вещества, бледного шара.

4. Поражение конского хвоста спинного мозга проявляется вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу.

5. Признаками центрального паралича являются: повышение мышечного тонуса по спастическому типу, повышение сухожильных рефлексов с расширением рефлексогенных зон, появление патологических рефлексов, синкинезий, выпадение брюшных рефлексов на стороне поражения.

Ситуационная задача №3

Больной М. ходит, широко расставляя ноги, пошатываясь и отклоняясь вправо, в позе Ромберга – тенденция к падению вправо. Выявлены: гиперметрия, мимопопадание и интенционное дрожание при пальценосовой и пяточно-коленной пробах справа, горизонтальный нистагм при взгляде вправо, адиадохокинез правой руки, снижение тонуса мышц правых конечностей, скандированная речь.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Какие клинические симптомы характерны для периферического паралича.

5. Указать уровень дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: статическая и динамическая атаксии, мышечная гипотония, горизонтальный нистагм вправо, речевые расстройства по типу скандированной речи.

2. Совокупность клинических проявлений характерна для мозжечковой атаксии.

3. Топический диагноз – поражение червя и правого полушария мозжечка.

4. Для периферического паралича характерны: гипотония, гипорефлексия, гипотрофия, фасцикулярные или фибриллярные подергивания, реакция дегенерации.

5. Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне С5-С6 сегментов спинного мозга.

Ситуационная задача №4

 У больной П. наблюдаются медленные, «червеобразные», вычурные движения преимущественно в кистях рук, нередко распространяющиеся на предплечья и плечи, мышцы языка и лица в виде вытягивания губ, перекашивания рта, гримасничанья. Характерны переразгибания средних и концевых фаланг пальцев. Данная симптоматика усиливается под влиянием эмоций и уменьшается в покое, во время сна.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Указать признаки поражения пирамидного пути выше шейного утолщения.

5.При поражении каких образований развивается хореический гиперкинез.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: двигательные расстройства по типу гиперкинеза в верхних конечностях, мимических мышцах лица и языка.

2. Клинический синдром – атетозный гиперкинез.

3. Топический диагноз – поражение полосатого тела, нарушение его связей с образованиями

промежуточного мозга, в частности, с ретикулярной формацией ствола.

4. Поражение пирамидных волокон выше шейного утолщения спинного мозга характеризуется спастической тетраплегией.

5. Хореический гиперкинез развивается при поражении неостриатума.

Ситуационная задача №5

 У больного С. появилась слабость в дистальных отделах конечностей. При ходьбе стал цепляться носками за пол, из-за чего вынужден высоко поднимать ноги. «Повисли» кисти и стопы, наблюдается снижение мышечного тонуса и атрофия их мышц, арефлексия при вызывании сухожильных и периостальных рефлексов, боль в конечностях, гипалгезия в дистальных отделах конечностей.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Через какие афферентные связи включается мозжечок в систему координации движений.

5. Где оканчиваются афферентные пути стриопаллидарной системы.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: боль, снижение мышечного тонуса, атрофия мышц дистальных отделов конечностей, арефлексия, снижение болевой чувствительности в дистальных отделах конечностей.

2. Клинический синдром - периферический тетрапарез.

3. Топический диагноз – множественное поражение периферических нервов, содержащих двигательные, чувствительные и вегетативные волокна.

4. Мозжечок включается в систему координации движений через спиноцеребеллярные пути Флексига и Говерса, вестибуло­церебеллярный, оливо-церебеллярный, бульбо-церебеллярный пути, а также пути от ретикулярной формации.

5. Афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются в полосатом теле.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Определить экстрапирамидные и мозжечковые нарушения.

2. Сформулировать синдромальный и топический диагноз.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

Написание рефератов по темам:

1. Закономерности онтогенеза экстрапирамидных функций.
2. Клинические критерии синдромальной диагностики паркинсонизма.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

**Обязательная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 1. Неврология | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |
| 2 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 2. Нейрохирургия | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |

**Дополнительная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учеб. пособие | А.А. Михайленко | СПб.: Фолиант, 2012. | 26 |  |
| 2 | Консультант врача. Неврология [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=26353 |  | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 | 1ЭБСКрасГМУ |  |
| 3 | Наглядная неврология: учеб. пособие для вузов | Р. Баркер, С. Барази, М. Нил; ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. Г. Н. Левицкий | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 1 |  |
| 4 | Неврология: нац. рук. | гл. ред. Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова [и др.] ; | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 4 |  |
| 5 | Неврология: справ. практ. врача | науч. ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. М. Гантман | М.: Литтерра, 2011. | 2 |  |
| 6 | Неврология и нейрохирургия: учеб. пособие | В. М. Назаров, Е. С. Кипарисова, В. Д. Трошин | М.: Академия, 2010. | 2 |  |
| 7 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. тестовых заданий с эталонами ответов для студентов 4 курса, обучающихся по спец. 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=28424 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2011. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 8 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для внеаудитор. работы студентов 4 курса, обучающихся по специальности 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=30305 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2012. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 9 | Нервные болезни: учеб. Пособие | А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец | М.: МЕДпресс-информ, 2010. | 2 |  |
| 10 | Практическая неврология: рук. для врачей | ред. А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, В. В. Шведков | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. | 3 |  |
| 11 | Частная неврология: учеб. Пособие | А. С. Никифоров, Е. И. Гусев | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 7 |  |

**Электронные ресурсы:**

1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";

2. ЭБС Консультант студента;

3. ЭБС Университетская библиотека Online;

 4. ЭНБ eLibrary

**1.Тема №4: «Черепно-мозговые нервы: I -VI пары. Методики исследования. Синдромы поражения».**

**2. Форма работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. Аксоны каких клеток образуют обонятельный нерв.

2. При поражении каких участков обонятельного пути возникает односторонняя аносмия.

3. Ирритация каких образований может привести к обонятельным галлюцинациям.

4. Строение зрительного анализатора.

5. Что представляет диск (сосок) зрительного нерва.

6. Когда возникает одноименная и разноименная гемианопсия.

7. Когда возникает и чем обусловлена диплопия при взгляде двумя глазами.

8. Какие мышцы осуществляют движение глазного яблока.

9. Что такое синдром Аргайла Робертсона и для каких заболеваний он характерен.

10. Перечислить участки второго нейрона афферентного пути тройничного нерва.

# 11. В осуществлении каких рефлексов принимает участие тройничный нерв.

12. Указать зону анестезии при поражении чувствительного корешка тройничного нерва.

Ответы:

# 1. Обонятельный нерв образуют высокодифференцированные нейроэпителиатные клетки (обонятельные клетки), расположенные в слизистой оболочке верхней носовой раковины и носовой перегородки.

2. Односторонняя аносмия возникает при поражении обонятельной луковицы, тракта или бугорка, вызванного патологическим процессом в передней черепной ямке.

3. Ирритация парагиппокамповой, грушевидной извилин и аммонова рога может приводить к приступам обонятельных галлюцинаций.

4. Зрительный анализатор состоит из рецепторов (палочек и колбочек сетчатки глаза), зрительного нерва, хиазмы, зрительного тракта, подкорковых образований, лучистого венца и коркового конца в затылочной доле.

5. Диском (соском) зрительного нерва называют его начало, видимое при офтальмоскопии.

6. Разноименная (гетеронимная) гемианопсия возникает при разрушении центральных отделов хиазмы (битемпоральная гемианопсия), либо наружных участков хиазмы (биназальная гемианопсия). Одноименная (гомонимная) гемианопсия возникает при поражении зрительного тракта и наружного коленчатого тела (трактусовая гемианопсия), либо при поражении пучка Грасиоле в области внутренней капсулы или в глубине теменно-височно-затылочной доли (центральная гемианопсия).

# 7. Двоение предметов при взгляде двумя глазами возникает при повреждении глазодвигательного нерва с одной стороны. Это обусловлено тем, что при сохранности бинокулярного зрения изображения фокусируемого предмета в обоих глазах получается не на корреспондирующих, а на диспарантных точках сетчатки, поэтому в коре изображение одномоментно проецируется на два разных подслоя и предмет воспринимается двойным (по одному на каждом подслое коры зрительной области).

# 8. Горизонтальные движения осуществляются наружной прямой (VI пара) и внутренней прямой (III пара) мышцами, движение вверх – верхней прямой (III пара) и нижней косой (III пара), движение вниз – нижней прямой (III пара) и верхней косой (IV пара), внутрь (конвергенция) – внутренними прямыми мышцами (III пара).

9. Синдром Аргайла Робертсона – это отсутствие реакции зрачков на свет при сохранности их реакции на конвергенцию и аккомодацию; анизокория и неправильной формы зрачок – овальный, грушевидный, фестончатый край. Синдром патогномоничен для сифилитического поражения мозга, внутренней гидроцефалии с расширением сильвиева водопровода.

# 10. Второй нейрон афферентного пути тройничного нерва представляет колонку протяженностью от уровня верхнего двухолмия до второго шейного сегмента спинного мозга. Верхний, находящийся в среднем мозге и в верхней половине моста, называют мезенцефалическим ядром нерва. На границе средней и нижней трети моста расположено главное чувствительное ядро тройничного нерва. Часть колонки ниже от этого ядра вплоть до верхнешейных сегментов называют ядром спинального тракта тройничного нерва.

# 11. Клетки ядер тройничного нерва участвуют в образовании дуги следующих рефлексов: роговичного (афферентная часть дуги), надбровного (афферентная часть дуги), нижнечелюстного (афферентная и эфферентная части дуги).

12. При поражении чувствительного корешка тройничного нерва зона анестезии распространяется в области иннервации его ветвей.

1. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Тестовые задания

I. корковый конец обонятельного анализатора расположен

1. в лобной доле

2. в теменной доле

3. в височной доле

4. в затылочной доле

5. в стволе мозга

Правильный ответ: 3

II. Область ствола мозга, где располагается ядро глазодвигательного нерва

1. варолиев мост

2. ножка мозга

3. продолговатый мозг

4. мозжечок

5. таламус

Правильный ответ: 2

III. Птоз наблюдается при поражении пары черепных нервов

1. I

2. IV

3. V

4. III

5. XII

Правильный ответ: 4

IV. Косоглазие наблюдается при поражении пары черепных нервов

1. III

2. XII

3. VII

4. V

5. I

Правильный ответ: 1

V. Иннервацию сфинктера зрачка осуществляет нерв

1. III

2. IV

3. VI

4. II

5. I

Правильный ответ: 1

VI. Диплопия возникает при поражении пары черепных нервов

1. VII

2. X

3. VI

4. V

5. IV

Правильный ответ: 3

VII. Птоз возникает при поражении черепного нерва

1. IV

2. VI

3. III

4. V

5. I

Правильный ответ: 3

VIII. Жевательные мышцы иннервируются черепным нервом

1. VII

2. X

3. XII

4. V

5. IV

Правильный ответ: 4

IX. Для поражения хиазмы характерны

1. слепота на один глаз

2.битемпоральная гемианопсия

3. слепота на оба глаза

4. квадрантная гемианопсия

5. скотома

Правильный ответ: 2

X. Аксоны третьего чувствительного нейрона тройничного нерва оканчиваются

1. в таламусе

2.в нижних отделах пре- и постцентральной извилин

3. в затылочных долях

4. в гиппокампе

5. во внутренней капсуле

Правильный ответ: 2

1. **Самоконтроль по ситуационным задачам**

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

У больной Л. глазные яблоки находятся в различном положении по отношению к горизонтальной линии: левое глазное яблоко отклоняется слегка книзу и кнутри, правое – кверху и кнаружи, а также определяется нистагм.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Аксоны каких клеток
образуют обонятельный нерв.

5. Где расположен корковый конец обонятельного анализатора.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: расходящееся косоглазие по вертикали, нистагм.

2. Клинический синдром – синдром Гертвига-Мажанди.

3. Топический диагноз – частичное поражение медиального продольного пучка слева.

4. Обонятельный нерв образуют высокодифференцированные нейроэпителиальные клетки (обонятельные клетки), расположенные в слизистой оболочке верхней носовой раковины и носовой перегородки.

5. Корковый конец обонятельного анализатора расположен в височной доле.

Ситуационная задача №2

Больной Ж. жалуется на боль в правой половине лица, определяется гипалгезия кожи в этой области, герпетические высыпания на коже лба, скуловой дуги, подбородка.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Ирритация каких образований может привести к обонятельным галлюцинациям.

5. Когда возникают одноименная и разноименная гемианопсии.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: боль, снижение болевой чувствительности и герпетические высыпания в зонах иннервации I, II, и III ветвей тройничного нерва справа.

2. Клинический синдром –правосторонний ганглионит.

3. Топический диагноз – поражение Гассерова узла справа.

4. К приступам обонятельных галлюцинаций может привести ирритация парагиппокамповой, грушевидной извилин и аммонова рога.

5. Разноименная (гетеронимная) гемианопсия возникает при разрушении центральных отделов хиазмы (битемпоральная гемианопсия), либо наружных участков хиазмы (биназальная гемианопсия). Одноименная (гомонимная) гемианопсия возникает при поражении зрительного тракта и наружного коленчатого тела (трактусовая гемианопсия), либо при поражении пучка Грасиоле в области внутренней капсулы или в глубине теменно-височно-затылочной доли (центральная гемианопсия).

Ситуационная задача№3

 У больного выявлена полная утрата обоняния справа. Слизистая оболочка носа не поражена.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Что представляет диск (сосок) зрительного нерва.

5. Что характерно для поражения хиазмы.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: утрата обоняния справа.

2. Клинический синдром –правосторонняя аносмия.

3. Топический диагноз – поражение обонятельной луковицы, тракта или первичных обонятельных центров справа.

4. Диском (соском) зрительного нерва называют его начало, видимое при офтальмоскопии.

5. Для поражения хиазмы характерна битемпоральная гемианопсия.

Ситуационная задача №4

 У больной С. определяется неравномерность ширины зрачков, сужение зрачка слева, западение глазного яблока и сужение глазной щели слева.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Строение зрительного анализатора.

5. Указать зону анестезии при поражении чувствительного корешка тройничного нерва.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: птоз, миоз, энофтальм слева.

2. Клинический синдром – синдром Бернара-Горнера.

3. Топический диагноз – поражение бокового столба спинного мозга, звездчатого или верхнешейного симпатического узла и симпатического нерва, иннервирующего левый глаз.

4. Зрительный анализатор состоит из рецепторов (палочек и колбочек сетчатки глаза), зрительного нерва, хиазмы, зрительного тракта, подкорковых образований, лучистого венца и коркового конца в затылочной доле.

5.При поражении чувствительного корешка тройничного нерва зона анестезии распространяется в области иннервации его ветвей.

Ситуационная задача №5

 У больного Х. определяется мидриаз с утратой зрачковых реакций, птоз верхнего века, отсутствие движений глазного яблока вверх, внутрь (к носу) и вниз, расходящееся косоглазие, диплопия, парез аккомодации и конвергенции справа, а также спастический гемипарез слева.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Когда возникает и чем обусловлена диплопия при взгляде двумя глазами.

5.В осуществлении каких рефлексов принимает участие тройничный нерв.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: зрительные (мидриаз, утрата зрачковых реакций, парез аккомодации), глазодвигательные (птоз, отсутствие движений глазного яблока вверх, внутрь, вниз, расходящееся косоглазие, диплопия, парез конвергенции справа) и двигательные (спастический левосторонний гемипарез) расстройства.

2. Клинический синдром – синдрома Вебера.

3. Топический диагноз – поражение части ножки мозга, захватывающее ядро глазодвигательного нерва и пирамидный тракт справа.

4. Двоение предметов при взгляде двумя глазами возникает при повреждении глазодвигательного нерва с одной стороны. Это обусловлено тем, что при сохранности бинокулярного зрения изображения фокусируемого предмета в обоих глазах получается не на корреспондирующих, а на диспарантных точках сетчатки, поэтому в коре изображение одномоментно проецируется на два разных подслоя и предмет воспринимается двойным (по одному на каждом подслое коры зрительной области).

5. Клетки ядер тройничного нерва участвуют в образовании дуги следующих рефлексов: роговичного (афферентная часть дуги), надбровного (афферентная часть дуги), нижнечелюстного (афферентная и эфферентная части дуги).

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Выяснить жалобы, собрать анамнез, выявить клинические и неврологические проявления заболевания.

2. Исследовать поля зрения, реакции зрачков на свет, конвергенцию и аккомодацию, глазодвигательную функцию, чувствительность на лице, двигательные функции тройничного нерва.

3. Выявить наличие гемианопсий, косоглазия, диплопии, птоза, мидриаза, экзофтальма, центральных и периферических расстройств функции жевательной мускулатуры.

4. Сформулировать синдромальный и топический диагноз.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

Написание рефератов по темам:

1. Невралгия тройничного нерва.

2. Невропатия лицевого нерва.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

**Обязательная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 1. Неврология | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |
| 2 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 2. Нейрохирургия | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |

**Дополнительная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учеб. пособие | А.А. Михайленко | СПб.: Фолиант, 2012. | 26 |  |
| 2 | Консультант врача. Неврология [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=26353 |  | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 | 1ЭБСКрасГМУ |  |
| 3 | Наглядная неврология: учеб. пособие для вузов | Р. Баркер, С. Барази, М. Нил; ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. Г. Н. Левицкий | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 1 |  |
| 4 | Неврология: нац. рук. | гл. ред. Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова [и др.]; | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 4 |  |
| 5 | Неврология: справ. практ. врача | науч. ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. М. Гантман | М.: Литтерра, 2011. | 2 |  |
| 6 | Неврология и нейрохирургия: учеб. пособие | В. М. Назаров, Е. С. Кипарисова, В. Д. Трошин | М.: Академия, 2010. | 2 |  |
| 7 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. тестовых заданий с эталонами ответов для студентов 4 курса, обучающихся по спец. 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=28424 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2011. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 8 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для внеаудитор. работы студентов 4 курса, обучающихся по специальности 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=30305 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2012. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 9 | Нервные болезни: учеб. Пособие | А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец | М.: МЕДпресс-информ, 2010. | 2 |  |
| 10 | Практическая неврология: рук. для врачей | ред. А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, В. В. Шведков | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. | 3 |  |
| 11 | Частная неврология: учеб. Пособие | А. С. Никифоров, Е. И. Гусев | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 7 |  |

**Электронные ресурсы:**

1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";

2. ЭБС Консультант студента;

3. ЭБС Университетская библиотека Online;

 4. ЭНБ eLibrary

1. **Тема №5: «Черепно-мозговые нервы: VII-XII пары. Методики исследования. Синдромы поражения».**

**2. Форма работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. Чем представлена двигательная часть лицевого нерва.

2. Особенности иннервации ядра лицевого нерва.

3. Чем представлена вкусовая часть лицевого нерва.

4. Признаки центрального паралича мимической мускулатуры.

5. Признаки периферического паралича мимической мускулатуры.

6. Чем представлена улитковая (слуховая) часть преддверно-улиткового нерва.

7. Чем представлена преддверная (вестибулярная) часть преддверно-улиткового нерва.

8. Виды головокружения.

9. Чем представлена чувствительная (вкусовая) часть языкоглоточного нерва.

10. Чем представлен чувствительный отдел системы блуждающего нерва.

11. Что иннервирует наружная ветвь добавочного нерва.

12. Элементы системы подъязычного нерва.

Ответы:

1. Двигательная часть лицевого нерва представлена корковым двигательным отделом лицевого нерва (нижняя четверть предцентральной извилины - I нейрон), аксоны которого в составе лучистого венца идут через колено внутренней капсулы в мост (II нейрон), где большая их часть перекрещивается. Задняя часть ядра иннервирует верхнюю половину лицевой мускулатуры, передняя часть – мускулатуру нижней части лица одноименной стороны.

# 2. Особенность иннервации ядра лицевого нерва заключается в том, что волокна, идущие к задней части ядра (иннервирующие верхнюю часть мускулатуры лица), совершают неполный перекрест. Волокна лицевого нерва, идущие к передней части ядра, ответственной за нижнюю часть мимической мускулатуры лица, совершают полный надъядерный перекрест.

# 3. Первые нейроны вкусовой чувствительности находятся в узле коленца. Дендриты в составе барабанной струны отходят от ствола лицевого нерва и оканчиваются вкусовыми рецепторами в слизистой оболочке спинки языка. Аксоны вкусовых нейронов узла коленца заканчиваются во вкусовом ядре одиночного пути (II нейрон). Аксоны второго нейрона приходят в таламус (III нейрон). Аксоны третьих нейронов оканчиваются в гиппокампе и в оперкулярной области.

4. Признаками центрального паралича мимических мышц (надъядерного поражения) являются: сглаженность носогубной складки и опущенность угла рта на контралатеральной очагу поражения стороне.

5. Признаками периферического паралича мимической мускулатуры являются: невозможность смыкания век, движения бровей, надувания щек, симптом Белла, сглаженность носогубной складки, опущенность угла рта на пораженной стороне.

6. Первый нейрон слухового пути находится в спиральном узле улитки; его дендриты подходят к волосковым клеткам кортиева (спирального) органа, аксоны – к двум улитковым ядрам ствола (заднему и переднему). Аксоны нейронов заднего ядра оканчиваются в слуховом центре (заднее двухолмие пластинки крыши среднего мозга), переднего ядра - в заднем двухолмии пластинки крыши и в коленчатых телах промежуточного мозга. Аксоны коленчатых тел оканчиваются в поперечной височной извилине (поля 41, 42 - первичная слуховая кора). Вторичные слуховые поля (21, 22) расположены в области верхней височной извилины.

7. Первые нейроны находятся в преддверном узле, дендриты оканчиваются в отолитовом аппарате и полукружных каналах, аксоны – в вестибулярных ядрах дна IV желудочка, от них волокна идут к ядрам мозжечка. Далее волокна поступают в таламус противоположной стороны, в теменную и височную область.

8. Головокружение (вертиго) – ощущение мнимого вращения окружающих предметов или собственного тела:

а) системное головокружение – ощущение вращения окружающих предметов в определенном направлении;

б) несистемное головокружение – ощущение неустойчивости, «проваливания», уходящей из-под ног земли, пола, собственного тела.

9. Первый нейрон – нижний узел языкоглоточного нерва; его дендриты оканчиваются в толще корня языка, аксоны – в ядре одиночного пучка, расположенного в продолговатом мозге. Аксоны вторых нейронов направляются в таламус, аксоны третьих нейронов – в конвекситальных (височная покрышка) и медиальных (гиппокамп) отделах височной доли.

10. Нейроны общей чувствительности находятся в верхнем и нижнем узлах. Дендриты нейронов верхнего узла формируют менингеальную и ушную ветви; от дендритов нейронов нижнего узла отходят глоточные ветви, верхний и возвратные гортанные нервы, бронхиальные ветви, правый и левый блуждающие нервы, образующие пищеводное, желудочное и чревное сплетения. Аксоны верхнего и нижнего узлов идут в ядро одиночного пути; его аксоны замыкаются на таламусе, из которого волокна направляются в корковую чувствительную область.

11. Наружная ветвь добавочного нерва иннервирует:

а) грудино-ключично-сосцевидную мышцу (при одностороннем сокращении наклоняет голову, поворачивая ее в противоположную сторону; при двустороннем сокращении – запрокидывает голову назад);

б) трапециевидную мышцу (поднимает и опускает лопатку, приближая е к позвоночнику; при двустороннем сокращении – запрокидывает голову назад).

12. В систему подъязычного нерва входят центральный и периферический двигательные нейроны. Центральный нейрон расположен в нижнем отделе предцентральной извилины. Периферический нейрон – ядро подъязычного нерва; оно расположено в продолговатом мозге; его аксоны оканчиваются в мышцах языка.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Тесты

I. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексах справа очаг локализуется

1. в левом мостомозжечковом углу

2. в правом полушарии мозжечка

3. в мосту мозга слева

4. в области верхушки пирамиды левой височной кости

5. в мосту мозга справа

Правильный ответ: 3

II. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и на ушной раковине нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла

1. вестибулярного

2. крылонебного

3. коленчатого

4. Гассерова

5. ресничного

Правильный ответ: 3

III. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствуют о поражении

1. ножек мозга

2. моста мозга

3. продолговатого мозга

4. покрышки среднего мозга

5. мозжечка

Правильный ответ: 3

IV. Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения язычка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении

1. продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и Х нервов слева

2. продолговатого мозга на уровне XII нерва слева

3. колена внутренней капсулы слева

4. заднего бедра внутренней капсулы слева

5. заднего бедра внутренней капсулы справа

Правильный ответ: 1

V. При альтернирующем синдроме Мийара-Гублера очаг находится

1. в основании ножки мозга

2. в заднебоковом отделе продолговатого мозга

3. в области красного ядра

4. в основании моста мозга

5. в области бледного ядра

Правильный ответ: 4

VI. Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс нервов

1. лицевого и отводящего

2. лицевого и глазодвигательного

3. языкоголоточного и блуждающего

4. подъязычного и блуждающего

5. блуждающего и лицевого

Правильный ответ: 1

VII. Для синдрома яремного отверстия характерно поражение нервов

1. языкоглоточного, блуждающего, добавочного

2. блуждающего, добавочного, подъязычного

3. добавочного, языкоглоточного, подъязычного

4. блуждающего, лицевого, тройничного

5. добавочного, тройничного, блуждающего

Правильный ответ: 1

VIII. Периферический парез неба, язычка, голосовой связки с одной стороны и спастический гемипарез с гемианестезией с другой стороны называют синдромом

1. Джексона

2. Шмидта

3. Гасперини

4. Авеллиса

5. Киари

Правильный ответ: 4

IX. Проведение отоневрологической калорической пробы противопоказано

1. при остром нарушении мозгового кровообращения

2. при внутричерепной гипертензии

3. при коматозном состоянии

4. при перфорации барабанной перепонки

5. противопоказаний нет

Правильный ответ: 4

X. Нормальным слухом считается восприятие шепота с расстояния

1. 2-3 м

2. 3-4 м

3. 4-5 м

4. 6-7 м

5. 10 м и более

Правильный ответ: 4

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

 У больного А. при попытке закрыть глаза правый глаз не закрывается, глазное яблоко закатывается вверх и слегка кнаружи, в незамкнутой глазной щели видна белковая оболочка. При нахмуривании правая бровь остается неподвижной. Отмечается сглаженность правой носогубной складки, асимметрия оскала.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Чем представлена двигательная часть лицевого нерва.

5. Перечислить симптомы поражения коленчатого узла.

Правильный ответ:

# 1. Ведущие клинические симптомы: паралич круговой мышцы глаза, симптом Белла, паралич мимической мускулатуры лица справа.

# 2. Клинический синдром – правосторонний прозопарез.

3. Топический диагноз –поражение лицевого нерва справа на уровне шилососцевидного отверстия с развитием периферического паралича мимической мускулатуры справа.

4. Двигательная часть лицевого нерва представлена корковым двигательным отделом лицевого нерва (нижняя четверть предцентральной извилины - I нейрон), аксоны которого в составе лучистого венца идут через колено внутренней капсулы в мост (II нейрон), где большая их часть перекрещивается. Задняя часть ядра иннервирует верхнюю половину лицевой мускулатуры, передняя часть – мускулатуру нижней части лица одноименной стороны.

5. Симптомы поражения коленчатого узла: сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и на ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции.

Ситуационная задача №2

 У больного Ч. в покое сглажена правая носогубная складка, опущен правый угол рта. При показывании зубов – неподвижность правой половины губ и щеки. Глаза зажмуривает хорошо, лоб наморщивает симметрично.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. В чем заключаются особенности иннервации ядра лицевого нерва.

5. Чем представлена вкусовая часть лицевого нерва.

Правильный ответ:

# 1. Ведущие клинические симптомы: паралич мимической мускулатуры нижней половины лица справа.

# 2. Клинический синдром - центральный паралич лицевой мускулатуры справа.

3. Топический диагноз – поражение центрального нейрона для мимических мышц нижней половины лица на уровне нижнего отдела предцентральной извилины, лучистого венца, либо колена внутренней капсулы слева.

4. Особенность иннервации ядра лицевого нерва заключается в том, что волокна, идущие к задней части ядра (иннервирующие верхнюю часть мускулатуры лица), совершают неполный перекрест. Волокна лицевого нерва, идущие к передней части ядра, ответственной за нижнюю часть мимической мускулатуры лица, совершают полный надъядерный перекрест.

5. Первые нейроны вкусовой чувствительности находятся в узле коленца. Дендриты в составе барабанной струны отходят от ствола лицевого нерва и оканчиваются вкусовыми рецепторами в слизистой оболочке спинки языка. Аксоны вкусовых нейронов узла коленца заканчиваются во вкусовом ядре одиночного пути (II нейрон). Аксоны второго нейрона приходят в таламус (III нейрон). Аксоны третьих нейронов оканчиваются в гиппокампе и в оперкулярной области.

Ситуационная задача №3

 У больной Ч. выявлены: паралич мимических мышц слева и центральный паралич правых конечностей.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Чем представлена вкусовая часть лицевого нерва.

5. Что иннервирует наружная ветвь добавочного нерва.

Правильный ответ:

# 1. Ведущие клинические симптомы: паралич мимических мышц слева, центральный паралич конечностей справа.

# 2. Клинический синдром - альтернирующий синдром Мийара-Гюблера.

3. Топический диагноз – поражение мозгового ствола с вовлечением ядра лицевого нерва слева.

# 4. Первые нейроны вкусовой чувствительности находятся в узле коленца. Дендриты в составе барабанной струны отходят от ствола лицевого нерва и оканчиваются вкусовыми рецепторами в слизистой оболочке спинки языка. Аксоны вкусовых нейронов узла коленца заканчиваются во вкусовом ядре одиночного пути (II нейрон). Аксоны второго нейрона приходят в таламус (III нейрон). Аксоны третьих нейронов оканчиваются в гиппокампе и в оперкулярной области.

5. Наружная ветвь добавочного нерва иннервирует:

а) грудино-ключично-сосцевидную мышцу (при одностороннем сокращении наклоняет голову, поворачивая ее в противоположную сторону; при двустороннем сокращении – запрокидывает голову назад);

б) трапециевидную мышцу (поднимает и опускает лопатку, приближая е к позвоночнику; при двустороннем сокращении – запрокидывает голову назад).

Ситуационная задача №4

 У больного Л., определяются: сходящееся косоглазие, периферический паралич лицевого нерва справа, сочетающиеся с левосторонним центральным гемипарезом.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Чем представлен чувствительный отдел системы блуждающего нерва.

5. Где локализуется очаг при альтернирующем синдроме Мийара-Гублера.

Правильный ответ:

# 1. Ведущие клинические симптомы: сходящееся косоглазие, периферический паралич лицевого нерва справа, левосторонний гемипарез.

# 2. Клинический синдром - альтернирующий синдром Фовилля.

3. Топический диагноз – поражение корешков и ядер отводящего и лицевого нервов справа в сочетании с поражением пирамидного тракта на уровне моста.

4. Нейроны общей чувствительности находятся в верхнем и нижнем узлах. Дендриты нейронов верхнего узла формируют менингеальную и ушную ветви; от дендритов нейронов нижнего узла отходят глоточные ветви, верхний и возвратные гортанные нервы, бронхиальные ветви, правый и левый блуждающие нервы, образующие пищеводное, желудочное и чревное сплетения. Аксоны верхнего и нижнего узлов идут в ядро одиночного пути; его аксоны замыкаются на таламусе, из которого волокна направляются в корковую чувствительную область.

5. При альтернирующем синдроме Мийара-Гублера очаг локализуется в основании моста мозга.

Ситуационная задача №5

 У больного Р. голос стал хриплым и слабым, речь – с элементами дизартрии, жидкая пища при глотании изливается через нос, кусочки твердой пищи попадают в трахею и вызывают приступы кашля; определяется ограничение движений языка, усиление глоточного рефлекса, рефлексы орального автоматизма и насильственный плач.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Что входит в состав системы подъязычного нерва.

5. Виды головокружения.

# Правильный ответ:

# 1. Ведущие клинические симптомы: дизартрия, дисфагия, рефлексы орального автоматизма, насильственный плач, усиление глоточного рефлекса.

# 2. Клинический синдром -псевдобульбарный синдром.

3. Топический диагноз – поражение корково – ядерных пирамидных путей с обеих сторон.

4. В систему подъязычного нерва входят центральный и периферический двигательные нейроны. Центральный нейрон расположен в нижнем отделе прецентральной извилины. Периферический нейрон – ядро подъязычного нерва; оно расположено в продолговатом мозге; его аксоны оканчиваются в мышцах языка.

5. Головокружение (вертиго) – ощущение мнимого вращения окружающих предметов или собственного тела:

а) системное головокружение– ощущение вращения окружающих предметов в определенном направлении;

б) несистемное головокружение – ощущение неустойчивости, «проваливания», уходящей из-под ног земли, пола, собственного тела.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Исследовать и оценить функции лицевого, языкоглоточного, блуждающего, добавочного и подъязычного нервов.

2. Выявить наличие центрального и периферического паралича мимической мускулатуры, расстройства слуха и вестибулярных нарушений, бульбарного и псевдобульбарного синдрома, центрального и периферического паралича подъязычного нерва, альтернирующих синдромов каудальной группы черепных нервов (Мийара-Гюблера, Фовилля, Авеллиса, Джексона).

3. Сформулировать синдромальный и топический диагноз.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

Написание рефератов по темам:

* Невралгия языкоглоточного нерва.
* Невропатия лицевого нерва.

 **8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

**Обязательная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 1. Неврология | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |
| 2 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 2. Нейрохирургия | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |

**Дополнительная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учеб. пособие | А.А. Михайленко | СПб.: Фолиант, 2012. | 26 |  |
| 2 | Консультант врача. Неврология [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=26353 |  | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 | 1ЭБСКрасГМУ |  |
| 3 | Наглядная неврология: учеб. пособие для вузов | Р. Баркер, С. Барази, М. Нил; ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. Г. Н. Левицкий | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 1 |  |
| 4 | Неврология: нац. рук. | гл. ред. Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова [и др.] ; | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 4 |  |
| 5 | Неврология: справ. практ. врача | науч. ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. М. Гантман | М.: Литтерра, 2011. | 2 |  |
| 6 | Неврология и нейрохирургия: учеб. пособие | В. М. Назаров, Е. С. Кипарисова, В. Д. Трошин | М.: Академия, 2010. | 2 |  |
| 7 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. тестовых заданий с эталонами ответов для студентов 4 курса, обучающихся по спец. 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=28424 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2011. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 8 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для внеаудитор. работы студентов 4 курса, обучающихся по специальности 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=30305 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2012. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 9 | Нервные болезни: учеб. Пособие | А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец | М.: МЕДпресс-информ, 2010. | 2 |  |
| 10 | Практическая неврология: рук. для врачей | ред. А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, В. В. Шведков | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. | 3 |  |
| 11 | Частная неврология: учеб. Пособие | А. С. Никифоров, Е. И. Гусев | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 7 |  |

**Электронные ресурсы:**

1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";

2. ЭБС Консультант студента;

3. ЭБС Университетская библиотека Online;

 4. ЭНБ eLibrary

**1.Тема №6: «Высшие корковые функции».**

**2. Форма работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.**

1. Локализация анализаторов в коре головного мозга.
2. Основные типы корковой деятельности.
3. Основные виды расстройств гнозиса.
4. Основные виды расстройств праксиса.
5. Виды корковых расстройств речи.
6. Виды расстройства памяти.
7. Симптомы раздражения лобных долей.
8. Симптомы раздражения височных долей.

Ответы:

**1.** В коре головного мозга находятся корковые отделы следующих анализаторов:

а) кожно-мышечного – в задней центральной извилине;

б) двигательного – в передней центральной извилине;

г) зрительного – в затылочной доле;
д) слухового – в верхней височной извилине;

е) обонятельного – в крючковой извилине;

ж) вкусового – в полюсе височной доли.

**2.** Основными типами корковой деятельности являются:

а) первая сигнальная система – осуществляет первичные этапы гнозиса и праксиса:

б) вторая сигнальная система – объединяет системы различных анализаторов, делая возможным осмысленное восприятие окружающего;

г) третья сигнальная система – обеспечивает целенаправленность актов, создавая условия для наилучшего их выполнения путем фильтрации наиболее значимых сигналов от второстепенных, прогнозирования будущего и формирования перспективных задач.

**3.** Расстройства гнозиса:

а) тотальная агнозия – полная дезориентировка;

б) зрительная агнозия – больной видит предмет, но не узнает его;

в) слуховая агнозия – больной не узнает знакомые ранее звуки;

г) сенситивная агнозия – нарушение узнавания тактильных, болевых, температурных, проприоцептивных образов или их сочетаний;

д) вкусовые и обонятельные агнозии - нарушение узнавания запахов и предметов по вкусу.

**4.** К расстройствам праксиса относятся:

а) моторная апраксия – невозможность выполнять действия по заданию или по подражанию;

б) идеаторная апраксия – невозможность выполнять действия по заданию с реальными или воображаемыми предметами при сохранности действий по подражанию;

в) конструктивная апраксия – невозможность сложить целое из частей, при сохранности выполнения действий по подражанию и по устному приказу.

**5.** Основными видами корковых речевых расстройств являются:

а) сенсорная афазия (афазия Вернике) – нарушение понимания речи при отсутствии глухоты;

б) моторная афазия (афазия Брока) – сочетанное нарушение экспрессивной устной и письменной речи при отсутствии паралича языка, губ, гортани или мягкого неба;

в) амнестическая афазия – невозможность вспомнить название показываемых предметов;

г) тотальная афазия – отсутствие способности употреблять и понимать слова.

**6.** Основными видами расстройств памяти являются:

а) амнезия – полная потеря памяти;

б) ретроградная амнезия – потеря памяти на предшествующие патологическому процессу события;

в) гипомнезия – снижение памяти;

г) гипермнезия – необычайно высокая память;

д) нарушения по типу «уже виденного» - ощущения уже пережитого;

е) нарушения по типу «никогда не виденного» - когда какой-либо знакомый процесс ощущается, словно впервые в жизни.

**7.** Симптомами раздражения лобных долей являются эпилептические припадки:

а) джексоновские фокальные судорожные приступы;

б) адверсивные припадки;

в) общие судорожные приступы;

г) приступы лобного автоматизма;

д) малые эпилептические припадки с внезапным кратковременным выключением сознания.

**8.** Симптомами раздражения височных долей являются галлюцинации и эпилептические припадки с различными аурами: обонятельной, вкусовой, слуховой, вестибулярной, висцеральной.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Тесты

I. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПРАВОГО ПОЛУШАРИЯ МОЗГА У ПРАВШЕЙ ВОЗНИКАЮТ КОРКОВЫЕ РЕЧЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА

1. афазии

2. алексии

3. не возникают

4. атаксии

5. дизартрия

Правильный ответ: 3

II. НАЗОВИТЕ ГДЕ НАХОДИТСЯ ЦЕНТР ПРАКСИСА

1. в лобной доле, в прецентральной извилине

2. в теменной доле, в надкраевой извилине

3. в височных долях, в медиобазальных отделах

4. в затылочной доле, в шпорной борозде

5. в лобной доле, в постцентральной извилине

Правильный ответ: 2

III. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛЕВОЙ ЛОБНОЙ ДОЛИ ВОЗНИКАЕТ АФАЗИЯ

1. моторная

2. сенсорная

3. амнестическая

4. семантическая

5. проводниковая

Правильный ответ: 1

IV. У БОЛЬНЫХ С СЕНСОРНОЙ АФАЗИЕЙ НАРУШЕНО

1. понимание речи

2. слух

3. воспроизведение речи

4. память на текущие события

5. память на прошедшие события

Правильный ответ: 1

V. У БОЛЬНЫХ С АМНЕСТИЧЕСКОЙ АФАЗИЕЙ НАРУШЕНА СПОСОБНОСТЬ

1. описать свойства и назначение предмета

2. дать название предмета

3. определить предмет при ощупывании

4. осуществлять манипуляции с предметом по заданию

5. нарисовать предмет

Правильный ответ: 2

VI. У БОЛЬНОГО С АПРАКСИЕЙ НАРУШЕНЫ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПО ПРИЧИНЕ

1. пареза

2. нарушения последовательности и схемы действия

3. нарушения скорости и плавности действия

4. расстройства глубокой чувствительности

5. расстройства поверхностной чувствительности

Правильный ответ: 2

VII. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПРАВОГО ПОЛУШАРИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПРАВШЕЙ ВОЗНИКАЮТ КОРКОВЫЕ РЕЧЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА

1. афазии

2. алексии

3. не возникают

4. атаксии

5. дизартрия

Правильный ответ: 3

VIII. ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОРКОВЫХ РЕЧЕВЫХ ЦЕНТРОВ ВОЗНИКАЕТ

1. афония

2. анартрия

3. афазия

4. атаксия

5. акалькулия

Правильный ответ: 3

IX. ЗРИТЕЛЬНАЯ АГНОЗИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

1. зрительного нерва

2. затылочной доли

3. зрительной лучистости

4. шпорной борозды

5. лобной доли

Правильный ответ: 2

X. БОКОВЫЕ ЖЕЛУДОЧКИ СОЕДИНЯЮТСЯ С ТРЕТЬИМ ЖЕЛУДОЧКОМ ЧЕРЕЗ

1. отверстие Монро

2. отверстие Мажанди

3. отверстие Лушки

4. большое затылочное отверстие

5. овальное отверстие

Правильный ответ: 1

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам.**

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

 Больной Л. поступил с жалобами на возникающие приступы клонических судорог в левых конечностях, которые начинаются со стоп, с последующим распространением на туловище и руку, иногда с вовлечением мускулатуры левой половины лица. После приступа нередко развивается глубокий спастический левосторонний гемипарез, который регрессирует через 6-8 дней.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Перечислить основные типы корковой
 деятельности.

5. Перечислить оболочки, покрывающие головной мозг.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: приступы клонических судорог начинающихся с дистальных отделов левой ноги, имеющих восходящий тип, с последующим вовлечением мышц левой половины туловища; паралич Тодта, развивающийся после приступа и сохраняющийся 6-8 дней.

2. Клинический синдром - моторная джексоновская эпилепсия.

3. Топический диагноз – очаг раздражения расположен в прецентральной извилине справа.

4. Основными типами корковой деятельности:

а) осуществление первичных этапов гнозиса и праксиса;

б) объединение систем различных анализаторов, с возможностью осмысленного восприятия окружающего;

г) обеспечение целенаправленности актов, для наилучшего их выполнения путем фильтрации наиболее значимых сигналов от второстепенных, прогнозирования будущего и формирования перспективных задач.

5. Оболочки головного мозга: твердая, паутинная, мягкая.

Ситуационная задача №2

 Больная Б., 14 лет, через 5 месяцев после перенесенного менингоэнцефалита появились эпилептические припадки, начинавшиеся с чувства удушья и ощущения запаха «мяты», с поворотом головы влево, онемением левой руки, с последующей генерализацией приступа. В неврологическом статусе глубокий левосторонний гемипарез, гипестезия левой половины туловища и конечностей. После припадков, протекавших с утратой сознания, наступал длительный сон.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Указать локализацию анализаторов
 в коре головного мозга.

5. Возникают ли корковые речевые расстройства при поражении правого полушария головного мозга у правшей.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: генерализованные эпилептические припадки с обонятельными аурами, с поворотом головы влево; левосторонний гемипарез, гемигипестезия.

2. Клинический синдром - адверсивные припадки с обонятельными аурами.

3. Топический диагноз – эпилептогенный очаг в лобно-теменно-височной области справа.

4. В коре головного мозга находятся корковые отделы следующих анализаторов:

а) кожно-мышечного – в задней центральной извилине;

б) двигательного – в передней центральной извилине;

г) зрительного – в затылочной доле;
д) слухового – в верхней височной извилине;

е) обонятельного – в крючковой извилине;

ж) вкусового – в полюсе височной доли.

5. При поражении правого полушария головного мозга у правшей не возникают корковые речевые расстройства.

Ситуационная задача №3

 У больного М., 67 лет определяются: снижение двигательной инициативы, хватательные феномены, оживление рефлексов орального автоматизма, мимический парез лицевой мускулатуры, незавершенность действий, пуэрилизм.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Перечислить основные виды расстройств гнозиса.

5. Что нарушено у больных с сенсорной афазией.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: снижение двигательной инициативы, хватательные феномены, оживление рефлексов орального автоматизма, мимический парез лицевой мускулатуры, незавершенность действий, пуэрилизм.

2. Клинический синдром - пихоорганический синдром.

3. Топический диагноз – поражение лобных долей.

4. Основными видами расстройств гнозиса являются: а) тотальная агнозия – полная дезориентировка;

б) зрительная агнозия – больной видит предмет, но не узнает его;

в) слуховая агнозия – больной не узнает знакомые ранее звуки;

г) сенситивная агнозия – нарушение узнавания тактильных, болевых, температурных, проприоцептивных образов или их сочетаний;

д) вкусовые и обонятельные агнозии - нарушение узнавания запахов и предметов по вкусу.

5. У больных с сенсорной афазией нарушено понимание речи.

Ситуационная задача №4

 Больной М., 36 лет при поступлении отмечается бедность речи, она плохо артикулирована, гипофонична, интонационно не окрашена. На вопросы больной отвечает одним словом, при попытке сказать фразу не заканчивает ее. В речи выражен аграмматизм телеграфного стиля (употребляет преимущественно существительные и местоимения, очень редко - глаголы). Нарушено чтение текста вслух, при письме больной испытывает затруднение, допускает как грамматические, так и орфографические ошибки.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Перечислить основные виды расстройств праксиса.

5. Какая афазия возникает при поражении левой лобной доли.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: бедность речи, нарушение артикуляции, гипофония, телеграфный стиль речи, алексия, аграфия.

2. Клинический синдром - моторная афазия.

3. Топический диагноз – поражение задне-нижних отделов лобных долей головного мозга (зоны Брока) доминантного полушария.

4. Основные виды расстройств праксиса:

а) моторная апраксия – невозможность выполнять действия по заданию или по подражанию;

б) идеаторная апраксия – невозможность выполнять действия по заданию с реальными или воображаемыми предметами при сохранности действий по подражанию;

в) конструктивная апраксия – невозможность сложить целое из частей, при сохранности выполнения действий по подражанию и по устному приказу.

5. При поражении левой лобной доли возникает моторная афазия.

Ситуационная задача №5

 У больной Л., относительно хорошо ощущающей отдельные прикосновения, нарушено узнавание фигуры или цифры, начерченных на коже ее правой руки. Больная не может отчетливо локализовать прикосновение и определить его направление, узнать предмет на ощупь, хотя без труда узнает его зрительно. Мышечно-суставное чувство у больной также нарушено.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Перечислить функции твердой оболочки головного мозга.

5. Перечислить основные клинические проявления менингеального синдрома.

Правильный ответ:

1.

2. Совокупность клинических проявлений характерна для тактильной агнозии (астереогноза).

3. Топический диагноз – поражение левой верхней теменной дольки, рядом с постцентральной извилиной.

4. Твердая оболочка головного мозга с ее отростками и синусами обеспечивает механическую защиту большого мозга от повреждений, участвует в венозном кровообращении.

5. Для менингеального синдрома характерны:

а) общая гиперестезия;

б) фотофобии;

в) головная боль;

г) рвота;

д) ригидность задних шейных мышц;

е) симптомы Кернига, Брудзинского, Бехтерева;

ж) изменения ликвора воспалительного характера.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Выяснить жалобы, собрать анамнез, выявить клинические и неврологические проявления заболевания.

2. Выявить наличие нарушений гнозиса, праксиса, речи, памяти, мышления.

3. Сформулировать синдромальный и топический диагноз.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

Написание рефератов по темам:

* Память: методы исследования и виды нарушений.
* Анатомические основы когнитивных нарушений и деменции.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

**Обязательная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 1. Неврология | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |
| 2 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 2. Нейрохирургия | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |

**Дополнительная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учеб. пособие | А.А. Михайленко | СПб.: Фолиант, 2012. | 26 |  |
| 2 | Консультант врача. Неврология [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=26353 |  | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 | 1ЭБСКрасГМУ |  |
| 3 | Наглядная неврология: учеб. пособие для вузов | Р. Баркер, С. Барази, М. Нил; ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. Г. Н. Левицкий | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 1 |  |
| 4 | Неврология: нац. рук. | гл. ред. Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова [и др.] ; | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 4 |  |
| 5 | Неврология: справ. практ. врача | науч. ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. М. Гантман | М.: Литтерра, 2011. | 2 |  |
| 6 | Неврология и нейрохирургия: учеб. пособие | В. М. Назаров, Е. С. Кипарисова, В. Д. Трошин | М.: Академия, 2010. | 2 |  |
| 7 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. тестовых заданий с эталонами ответов для студентов 4 курса, обучающихся по спец. 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=28424 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2011. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 8 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для внеаудитор. работы студентов 4 курса, обучающихся по специальности 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=30305 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2012. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 9 | Нервные болезни: учеб. Пособие | А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец | М.: МЕДпресс-информ, 2010. | 2 |  |
| 10 | Практическая неврология: рук. для врачей | ред. А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, В. В. Шведков | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. | 3 |  |
| 11 | Частная неврология: учеб. Пособие | А. С. Никифоров, Е. И. Гусев | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 7 |  |

**Электронные ресурсы:**

1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";

2. ЭБС Консультант студента;

3. ЭБС Университетская библиотека Online;

 4. ЭНБ eLibrary

**1.Тема №7: «Оболочки головного мозга. Менингеальный синдром».**

**2. Форма работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.**

1. Функции твердой оболочки головного мозга.
2. Функции мягкой оболочки головного мозга.
3. Функции паутинной оболочки головного мозга.
4. Клиника менингеального синдрома.

Ответы:

1. Твердая оболочка головного мозга с ее отростками и синусами обеспечивает механическую защиту большого мозга от повреждений, участвует в венозном кровообращении.

2. Мягкая оболочка головного мозга продуцирует цереброспинальную жидкость и вместе с паутинной участвует в ее циркуляции через желудочки мозга.

3. Паутинная оболочка головного мозга вместе с цистернами частично защищает мозг от механических повреждений, участвует в циркуляции цереброспинальной жидкости, обеспечивает ее всасывание; система цистерн является резервуаром для ликвора.

4. Для менингеального синдрома характерны:

а) общая гиперестезия;

б) фотофобии;

в) головная боль;

г) рвота;

д) ригидность задних шейных мышц;

е) симптомы Кернига, Брудзинского, Бехтерева;

ж) изменения ликвора воспалительного характера.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Тесты

I. СИМПТОМ КЕРНИГА ВЫЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ

1. у лежащего на спине больного обследующий сгибает ногу в тазобедренном и коленном суставах под прямым углом, а затем из этого положения разгибает ногу в коленном суставе

2. у лежащего на спине больного обследующий пассивно наклоняет голову вперёд с приведением подбородка к груди, встречая сопротивление

3. у лежащего на спине больного обследующий пассивно наклоняет голову вперёд с приведением подбородка к груди, что сопровождается лёгким сгибанием обеих нижних конечностей

4. у лежащего на спине больного обследующий сдавливает четырёхглавую мышцу бедра с одной стороны, что сопровождается непроизвольным сгибанием в коленном и тазобедренном суставах противоположной конечности

5. у лежащего на спине больного обследующий поднимает прямую ногу до появления болевых ощущений в ноге по ходу седалищного нерва

Правильный ответ: 1

II. СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ В НОРМЕ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ

1. 0,15-0,45 ммоль/мл

2. 0,15-0,45 мг/л

3. 0,15-0,45 мг/мл

4. 0,15-0,45 ммоль/л

5. 0,15-0,45 г/л

Правильный ответ: 5

III. ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ СТАНОВИТСЯ МУТНОЙ, ЕСЛИ ЦИТОЗ ПРЕВЫШАЕТ

1. 10/мл

2. 100/мл

3. 150/мл

4. 300/мл

5. 1000/мл

Правильный ответ: 4

IV. ДЛЯ ВЫЗЫВАНИЯ НИЖНЕГО МЕНИНГЕАЛЬНОГО СИМПТОМА БРУДЗИНСКОГО

1. наклоняют голову больного вперед

2. надавливают на область лонного сочленения

3. выпрямляют согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах ногу больного

4. сдавливают четырехглавую мышцу бедра

5. сдавливают икроножную мышцу

Правильный ответ: 3

V. ЛЮМБАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ

1. при содержании гемоглобина менее 100 г/л

2. при лейкопении менее 3000/мкл

3. при тромбоцитопении менее 40 000/мкл

4. при протромбиновом индексе менее 70%

5. противопоказаний нет

Правильный ответ: 3

VI. В НОРМЕ ДАВЛЕНИЕ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ РАВНО

1. 110-180 мм водного столба

2. 280-310 мм водного столба

3. 220-260 мм водного столба

4. 160-220 мм водного столба

5. 310-400 мм водного столба

Правильный ответ: 3

VII. УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В ЛИКВОРЕ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ

1. 1,2-2,2 ммоль/л

2. 2,5 - 1,4 ммоль/л

3. 3,6-5,2 ммоль/л

4. 2,6-5,2 ммоль/л

5. 0,8-5,2 ммоль/л

Правильный ответ: 2

IX. ПЕРЕЧИСЛИТЬ ОБОЛОЧКИ, ПОКРЫВАЮЩИЕ ГОЛОВНОЙ МОЗГ

1. твёрдая и паутинная

2. паутинная и слизистая

3. мягкая и блестящая

4. слизистая и твердая

5. блестящая и паутинная

Правильный ответ: 1

X. Боковые желудочки соединяются с третьим желудочком через

1. отверстие Монро

2. отверстие Мажанди

3. отверстие Лушки

4. большое затылочное отверстие

5. овальное отверстие

Правильный ответ: 1

1. **Самоконтроль по ситуационным задачам**

Ситуационные задачи

**Ситуационная задача № 1**

Больная Б., 14 лет, через 5 месяцев после перенесенного менингоэнцефалита появились эпилептические припадки, начинавшиеся с чувства удушья и ощущения запаха «мяты», с поворотом головы влево, онемением левой руки, с последующей генерализацией приступа. В неврологическом статусе глубокий левосторонний гемипарез, гипестезия левой половины туловища и конечностей. После припадков, протекавших с утратой сознания, наступал длительный сон.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Указать локализацию анализаторов в коре головного мозга.

5. Возникают ли корковые речевые расстройства при поражении правого полушария головного мозга у правшей.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: генерализованные эпилептические припадки с обонятельными аурами, с поворотом головы влево; левосторонний гемипарез, гемигипестезия.

2. Клинический синдром - адверсивные припадки с обонятельными аурами.

3. Топический диагноз – эпилептогенный очаг в лобно-теменно-височной области справа.

4. В коре головного мозга находятся корковые отделы следующих анализаторов:

а) кожно-мышечного – в задней центральной извилине;

б) двигательного – в передней центральной извилине;

г) зрительного – в затылочной доле;
д) слухового – в верхней височной извилине;

е) обонятельного – в крючковой извилине;

ж) вкусового – в полюсе височной доли.

5. При поражении правого полушария головного мозга у правшей не возникают корковые речевые расстройства.

**Ситуационная задача № 2**

Больной Л. поступил с жалобами на возникающие приступы клонических судорог в левых конечностях, которые начинаются со стоп, с последующим распространением на туловище и руку, иногда с вовлечением мускулатуры левой половины лица. После приступа нередко развивается глубокий спастический левосторонний гемипарез, который регрессирует через 6-8 дней.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Перечислить основные типы корковой
 деятельности.

5. Перечислить оболочки, покрывающие головной мозг.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: приступы клонических судорог начинающихся с дистальных отделов левой ноги, имеющих восходящий тип, с последующим вовлечением мышц левой половины туловища; паралич Тодта, развивающийся после приступа и сохраняющийся 6-8 дней.

2. Клинический синдром - моторная джексоновская эпилепсия.

3. Топический диагноз – очаг раздражения расположен в прецентральной извилине справа.

4. Основными типами корковой деятельности:

а) осуществление первичных этапов гнозиса и праксиса:

б) объединение систем различных анализаторов, с возможностью осмысленного восприятия окружающего;

г) обеспечение целенаправленности актов, для наилучшего их выполнения путем фильтрации наиболее значимых сигналов от второстепенных, прогнозирования будущего и формирования перспективных задач.

5. Оболочки головного мозга: твердая, паутинная, мягкая.

**Ситуационная задача №3**

У больного М., 67 лет определяются: снижение двигательной инициативы, хватательные феномены, оживление рефлексов орального автоматизма, мимический парез лицевой мускулатуры, незавершенность действий, пуэрилизм.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Перечислить основные виды расстройств гнозиса.

5. Что нарушено у больных с сенсорной афазией.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: снижение двигательной инициативы, хватательные феномены, оживление рефлексов орального автоматизма, мимический парез лицевой мускулатуры, незавершенность действий, пуэрилизм.

2. Клинический синдром - пихоорганический синдром.

3. Топический диагноз – поражение лобных долей.

4. Основными видами расстройств гнозиса являются: а) тотальная агнозия – полная дезориентировка;

б) зрительная агнозия – больной видит предмет, но не узнает его;

в) слуховая агнозия – больной не узнает знакомые ранее звуки;

г) сенситивная агнозия – нарушение узнавания тактильных, болевых, температурных, проприоцептивных образов или их сочетаний;

д) вкусовые и обонятельные агнозии - нарушение узнавания запахов и предметов по вкусу.

5. У больных с сенсорной афазией нарушено понимание речи.

**Ситуационная задача №4**

Больной М., 36 лет при поступлении отмечается бедность речи, она плохо артикулирована, гипофонична, интонационно не окрашена. На вопросы больной отвечает одним словом, при попытке сказать фразу не заканчивает ее. В речи выражен аграмматизм телеграфного стиля (употребляет преимущественно существительные и местоимения, очень редко - глаголы). Нарушено чтение текста вслух, при письме больной испытывает затруднение, допускает как грамматические, так и орфографические ошибки.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Перечислить основные виды расстройств праксиса.

5. Какая афазия возникает при поражении левой лобной доли.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: бедность речи, нарушение артикуляции, гипофония, телеграфный стиль речи, алексия, аграфия.

2. Клинический синдром - моторная афазия.

3. Топический диагноз – поражение задне-нижних отделов лобных долей головного мозга (зоны Брока) доминантного полушария.

4. Основные виды расстройств праксиса:

а) моторная апраксия – невозможность выполнять действия по заданию или по подражанию;

б) идеаторная апраксия – невозможность выполнять действия по заданию с реальными или воображаемыми предметами при сохранности действий по подражанию;

в) конструктивная апраксия – невозможность сложить целое из частей, при сохранности выполнения действий по подражанию и по устному приказу.

5. При поражении левой лобной доли возникает моторная афазия.

**Ситуационная задача №5**

У больной Л., относительно хорошо ощущающей отдельные прикосновения, нарушено узнавание фигуры или цифры, начерченных на коже ее правой руки. Больная не может отчетливо локализовать прикосновение и определить его направление, узнать предмет на ощупь, хотя без труда узнает его зрительно. Мышечно-суставное чувство у больной также нарушено.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Перечислить функции твердой оболочки головного мозга.

5. Перечислить основные клинические проявления менингеального синдрома.

Правильный ответ:

1. Совокупность клинических проявлений характерна для тактильной агнозии (астереогноза).

2. Топический диагноз – поражение левой верхней теменной дольки, рядом с постцентральной извилиной.

4. Твердая оболочка головного мозга с ее отростками и синусами обеспечивает механическую защиту большого мозга от повреждений, участвует в венозном кровообращении.

5. Для менингеального синдрома характерны:

а) общая гиперестезия;

б) фотофобии;

в) головная боль;

г) рвота;

д) ригидность задних шейных мышц;

е) симптомы Кернига, Брудзинского, Бехтерева;

ж) изменения ликвора воспалительного характера.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Выяснить жалобы, собрать анамнез, выявить клинические и неврологические проявления заболевания.

2. Определить уровень сознания, исследовать менингеальные симптомы.

3. Сформулировать синдромальный и топический диагноз.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

Написание рефератов по темам:

1. Патоморфологическая основа менингеальных симптомов.

2. Патогенез вегетативных нарушений при менингите.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

**Обязательная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 1. Неврология | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |
| 2 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 2. Нейрохирургия | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |

**Дополнительная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учеб. пособие | А.А. Михайленко | СПб.: Фолиант, 2012. | 26 |  |
| 2 | Консультант врача. Неврология [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=26353 |  | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 | 1ЭБСКрасГМУ |  |
| 3 | Наглядная неврология: учеб. пособие для вузов | Р. Баркер, С. Барази, М. Нил; ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. Г. Н. Левицкий | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 1 |  |
| 4 | Неврология: нац. рук. | гл. ред. Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова [и др.]; | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 4 |  |
| 5 | Неврология: справ. практ. врача | науч. ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. М. Гантман | М.: Литтерра, 2011. | 2 |  |
| 6 | Неврология и нейрохирургия: учеб. пособие | В. М. Назаров, Е. С. Кипарисова, В. Д. Трошин | М.: Академия, 2010. | 2 |  |
| 7 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. тестовых заданий с эталонами ответов для студентов 4 курса, обучающихся по спец. 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=28424 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2011. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 8 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для внеаудитор. работы студентов 4 курса, обучающихся по специальности 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=30305 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2012. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 9 | Нервные болезни: учеб. Пособие | А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец | М.: МЕДпресс-информ, 2010. | 2 |  |
| 10 | Практическая неврология: рук. для врачей | ред. А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, В. В. Шведков | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. | 3 |  |
| 11 | Частная неврология: учеб. Пособие | А. С. Никифоров, Е. И. Гусев | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 7 |  |

**Электронные ресурсы:**

1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";

2. ЭБС Консультант студента;

3. ЭБС Университетская библиотека Online;

 4. ЭНБ eLibrary

1. **Тема №8: «Вегетативная нервная система и ее патология».**

**2. Форма работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.**

1. Функции вегетативной нервной системы.

2. Отделы вегетативной нервной системы.

# 3. Характеристика симпатического отдела вегетативной нервной системы.

4. Характеристика парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

5. Клинические проявления симпатикотонии.

6. Клинические проявления парасимпатикотонии.

7. Чем представлена периферическая часть симпатического отдела вегетативной нервной системы.

8. Чем представлена периферическая часть парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

9. Зоны симпатической иннервации.

10. Зоны парасимпатической иннервации.

11. По каким рефлексам оценивают состояние сосудистой регуляции.

12. Клинические проявления поражения периферических отделов симпатической нервной системы.

Ответы:

1. Вегетативная нервная система регулирует трофику тканей, деятельность внутренних органов, эндо- и экзокринных желез, кровеносных и лимфатических сосудов, гладкой и поперечно-полосатой мускулатуры, органов чувств.

2. Анатомически вегетативная нервная система подразделяется на центральный и периферический отделы. Центральный отдел – это совокупность нервных клеток и волокон в головном и спинном мозге. Периферический отдел представлен пограничным симпатическим стволом с узлами, вне- и внутриорганными сплетениями, отдельными клетками и их скоплениями в нервных стволах и сплетениях.

3. Узлы симпатического ствола находятся вне иннервируемого органа. Возбуждающим медиатором является адреналин, тормозным – эрготамин. Функция – эрготропная, направленная на вегетативно-метаболическое обеспечение различных форм адаптивного целенаправленного поведения.

4. Парасимпатические узлы расположены в стенке или около соответствующего органа. Возбуждающим медиатором является ацетилхолин, тормозным – атропин. Функция - трофотропная, направленная на поддержание динамического постоянства внутренней среды организма.

5. Признаками симпатикотонии являются: частый пульс, тахипноэ, блеск глаз, расширение зрачков, наклонность к артериальной гипертензии, зябкость, похудание, запоры, тревожность, повышение работоспособности в вечернее время, инициативность при пониженной сосредоточенности.

6. Для парасимпатикотонии характерны: замедление пульса, снижение артериального давления, наклонность к обморокам, ожирению, гипергидрозу, узкие зрачки, апатия, нерешительность, хорошая работоспособность в утренние часы.

# 7. Периферическая часть симпатического отдела вегетативной нервной системы состоит из нейронов боковых рогов грудных и поясничных (LI - LIII)сегментов спинного мозга, аксонов этих клеток, проходящих в составе передних корешков, от которых отделяются белые соединительные ветви грудных и поясничных спинномозговых нервов, заканчивающиеся в узлах симпатического ствола (24 пары узлов). Волокна, отходящие от синаптического ствола идут к исполнительным органам; пресинаптические волокна – к промежуточным узлам.

# 8. Парасимпатическая нервная система состоит из нейронов, расположенных в сером веществе ствола мозга (ядра III, VII, IX, X пар) и в крестцовых сегментах (SII-SIV). Аксоны этих клеток идут в составе соматических и вегетативных нервов до исполнительного органа (интрамуральные узлы), постганглионарные волокна контактируют с гладкими мышцами и слизистыми оболочками.

# 9. От верхнего шейного симпатического узла отходят волокна к наружной и внутренней сонным артериям и их разветвлениям. От третьей пары шейных симпатических узлов отходит верхний шейный сердечный нерв, образующий симпатическое сплетение в сердце. Ветви от пяти верхних грудных ганглиев снабжают сосудодвигательными волокнами грудную часть аорты, бронхи. Волокна от нижних семи грудных узлов подходит к чревному, верхнему и нижнему брыжеечным узлам, аксоны которых образуют чревное и подчревное сплетения, иннервирующие органы малого таза.

# 10. В составе лицевого нерва идут волокна, иннервирующие секреторные слезоотделительные клетки, подчелюстную и подъязычную слюнные железы. Парасимпатические волокна ядер среднего мозга (в составе n. oculomotorius) подходят к ресничной мышце. Волокна ядер продолговатого мозга формируют блуждающий нерв и обеспечивают парасимпатическую иннервацию сердца, легких, пищеварительной системы. Парасимпатические образования крестцового отдела иннервируют мочеполовые органы и прямую кишку.

# 11. Состояние сосудистой регуляции оценивают по сердечно-сосудистым рефлексам:

# а) глазосердечному;

# б) солярному;

# в) клиностатическому;

# г) ортостатическому;

# д) рефлексу Ортнера.

# 12. Могут возникать своеобразные боли – симпаталгии. Боли мучительные, иногда пульсирующие, склонные к иррадиации, усиливаются при охлаждении и под влиянием эмоций, при легкой скользящей пальпации артерий, в ряде случаев сочетаются с вегетативно-трофическими расстройствами и нарушениями чувствительности в дистальных отделах конечностей по типу «перчаток» или «носков».

Каузалгии – болевой синдром, возникающий как осложнение при травмах некоторых нервов конечностей (срединного, большеберцового и др.). Боли носят интенсивный, жгучий характер, заставляют охлаждать и смачивать кожу, усиливаются при отрицательных эмоциях, раздражениях кожных рецепторов и органов чувств, сопровождаются изменением психики и вазомоторно-секреторно-трофическими расстройствами, более выраженными в дистальных отделах.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Тесты

I. СЕГМЕНТАРНЫЙ АППАРАТ СИМПАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРЕДСТАВЛЕН НЕЙРОНАМИ БОКОВЫХ РОГОВ НА УРОВНЕ СЕГМЕНТОВ

1. С5-С8;

2. Th1-Th8

3. C8-L2

4. L2-S5

5. L2-S1

Правильный ответ: 3

II. СЕГМЕНТАРНЫЙ АППАРАТ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРЕДСТАВЛЕН НЕЙРОНАМИ БОКОВЫХ РОГОВ НА УРОВНЕ СЕГМЕНТОВ

1. С2 -С5

2. С6-Th2

3. Th5-Th8

4. S2-S5

5. L2-S5

Правильный ответ: 4

III. ЦИЛИОСПИНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР РАСПОЛОЖЕН В БОКОВЫХ РОГАХ НА УРОВНЕ СЕГМЕНТОВ

1. С6-С7

2. С7-С8

3. C8-Th2

4. Th3-Th4

5. L2-S5

Правильный ответ: 3

IV. В НОРМЕ УЧАЩЕНИЕ ПУЛЬСА ПРИ ИЗУЧЕНИИ ВЕГЕТАТИВНЫХ РЕФЛЕКСОВ ВЫЗЫВАЕТ ПРОБА

1. Ашнера (глазосердечный рефлекс)

2. клиностатическая

3. ортостатическая

4. холодовая

5. шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)

Правильный ответ: 3

V. НЕЙРОТРАНСМИТТЕРОМ В ТЕРМИНАЛЯХ СИМПАТИЧЕСКИХ ПРЕГАНГЛИОНАРНЫХ НЕЙРОНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. ацетилхолин

2. адреналин

3. серотонин

4. норадреналин

5. дофамин

Правильный ответ: 2

VI. НЕЙРОТРАНСМИТТЕРОМ В ТЕРМИНАЛЯХ СИМПАТИЧЕСКИХ ПОСТГАНГЛИОНАРНЫХ НЕЙРОНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. адреналин

2. норадреналин

3. дофамин

4. ацетилхолин

5. серотонин

Правильный ответ: 2

VII. ПОРАЖЕНИЕ ПЕРЕФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИНДРОМАМИ

1. периферической вегетативной недостаточностью

2. переферическим монопарезом

3. нейрогенной тетанией

4. кластерной головной болью

5. всем перечисленным

Правильный ответ: 1

VIII. ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИНДРОМАМИ

1. рефлекторной симпатической дистрофией

2. нейро-эндокринно-метаболическими расстройствами;

3. астеноневротическим синдромом

4. переферическим монопарезом

5. всем перечисленным

Правильный ответ: 2

IX. ВЕРХНИЙ ШЕЙНЫЙ СИМПАТИЧЕСКИЙ УЗЕЛ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ВЕГЕТАТИВНУЮ ИННЕРВАЦИЮ

1. внутренней сонной артерии

2. миокарда

3. синокаротидной зоны

4. грудной части аорты

5. органов брюшной полости

Правильный ответ: 1

X. РАЗДРАЖЕНИЕ СИМПАТИЧЕСКИХ ВОЛОКОН, НАПРАВЛЯЮЩИХСЯ К ГЛАЗНОМУ ЯБЛОКУ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1. расширением зрачка

2. легким расширением глазной щели

3. экзофтальмом

4. диплопией

5. всем перечисленным

Правильный ответ: 5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

 У больной Ж. заболевание началось с онемения, жжения и болей в стопах, они усиливаются в ночное время и стихают после хождения. Постепенно чувствительные нарушения распространялись на голени. При осмотре отмечается снижение болевой и тактильной чувствительности по типу носков, снижение глубокой чувствительности.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Перечислить функции вегетативной нервной системы.

5. На уровне каких сегментов расположен симпатический отдел вегетативной нервной системы.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: парестезии в дистальных отделах обеих ног, возникающие преимущественно в ночное время, в покое; снижение поверхностной и глубокой чувствительности по типу носков.

2. Клинический синдром - синдром сенсорной полиневропатии.

3. Топический диагноз – поражение аксонов чувствительных и вегетативных волокон нижних конечностей.

4. Вегетативная нервная система регулирует трофику тканей, деятельность внутренних органов, эндо- и экзокринных желез, кровеносных и лимфатических сосудов, гладкой и поперечно-полосатой мускулатуры, органов чувств.

5. Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов на уровне сегментов C8-L2.

Ситуационная задача №2

 Больная Д. обратилась с жалобами на онемение, парестезии и боли, начавшиеся с небольшой зоны на нижней губе слева, с последующим, в течение 3-х месяцев, распространением на всю половину лица. Движения нижней челюсти не нарушены. В анамнезе у больной системная красная волчанка.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Перечислить отделы вегетативной нервной системы.

5. На уровне каких сегментов расположен спинальный сегментарный аппарат парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: боль и чувствительные расстройства в левой половине лица сначала в зоне иннервации III ветви тройничного нерва, с последующим распространением в зоны иннервации I и II ветвей.

2. Клинический синдром - сенсорная невропатия тройничного нерва.

3. Топический диагноз – поражение чувствительных волокон тройничного нерва.

# 4. Анатомически вегетативная нервная система подразделяется на центральный и периферический отделы. Центральный отдел – это совокупность нервных клеток и волокон в головном и спинном мозге. Периферический отдел представлен пограничным симпатическим стволом с узлами, вне- и внутриорганными сплетениями, отдельными клетками и их скоплениями в нервных стволах и сплетениях.

5. Спинальный сегментарный аппарат парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов на уровне сегментов S2-S5.

Ситуационная задача №3

 Больная П. жалуется на боль в шее, надключичной области, плече, грудной клетке и лопатке слева. Боль носит жгучий характер, распространяется на медиальную поверхность предплечья и кисть до мизинца. При осмотре выявлены слабость и похудание мышц гипотенара, межкостных мышц, мышц тенара, гипотрофия сгибателей кисти, снижение чувствительности по медиальному краю предплечья и кисти, синдром Горнера. На рентгенограмме обнаружено шейное ребро – гипертрофированный поперечный отросток позвонка СVII.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Дать характеристику симпатическому отделу вегетативной нервной системы.

5. На уровне каких сегментов расположен цилиоспинальный центр.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: боль жгучего жарактера, распространяющаяся на область шей, лопатки и левую руку; периферический паралич мышц дистальных отделов левой руки; гипестезия по медиальному краю предплечья и кисти, синдром Горнера; шейное ребро СVII.

2. Клинический синдром - плечевая плексопатия (синдрома верхней апертуры грудной клетки).

3. Топический диагноз – поражение нижней части плечевого сплетения (корешков С8-Th11) справа.

# 4. Узлы симпатического ствола находятся вне иннервируемого органа. Возбуждающим медиатором является адреналин, тормозным – эрготамин. Функция – эрготропная, направленная на вегетативно-метаболическое обеспечение различных форм адаптивного целенаправленного поведения.

5. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов C8-Th2.

Ситуационная задача №4

 Больной С. Жалуется на боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, распространяющуюся в область правой ягодицы, тазобедренный сустав, бедро и голень. При осмотре выявлена слабость сгибателей и разгибателей голени и отводящих мышц бедра с нарушением чувствительности на передней поверхности бедра и голени, выпадение коленного и ахиллова рефлексов справа. Отмечается сухость кожных покровов голени и стопы, гиперкератоз подошвы справа.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Дать характеристику парасимпатическому отделу вегетативной нервной системы.

5. Что является нейротрансмиттером в терминалях симпатических преганглионарных нейронов.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: боль по ходу ветвей поясничного сплетения, двигательные, чувствительные и вегетативно-трофические расстройства в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и в правой ноге.

2. Клинический синдром -поясничная плексопатия.

3. Топический диагноз – поражение поясничного сплетения справа.

# 4. Парасимпатические узлы расположены в стенке или около соответствующего органа. Возбуждающим медиатором является ацетилхолин, тормозным – атропин. Функция - трофотропная, направленная на поддержание динамического постоянства внутренней среды организма.

5. Нейротрансмиттером в терминалях симпатических преганглионарных нейронов является адреналин.

Ситуационная задача №5

 Больной Л. жалуется на пароксизмы односторонних болей жгучего характера в височной области слева, кпереди от наружного слухового прохода, иррадиирующие в нижнюю челюсть, зубы, подбородок и сопровождающиеся гиперсаливацией. Могут возникать ощущения заложенности, хлопание в ухе. Провоцируют болевой пароксизм переохлаждение, прием горячей пищи, надавливание на точку между наружным слуховым проходом и головкой височно-челюстного сустава.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. По каким рефлексам оценивают состояние сосудистой регуляции.

5. Признаки поражения периферической вегетативной нервной системы.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: пароксизмы односторонних болей жгучего характера в височной области слева, кпереди от наружного слухового прохода, иррадиирующие в нижнюю челюсть, зубы, подбородок и сопровождающиеся гиперсаливацией, ощущением заложенности, хлопание в ухе, провоцирующиеся переохлаждением, приемом горячей пищи, надавливанием на точку между наружным слуховым проходом и головкой височно-челюстного сустава.

2. Клинический синдром -синдром ушного узла.

3. Топический диагноз – поражение ушного вегетативного узла слева.

4. Состояние сосудистой регуляции оценивают по сердечно-сосудистым рефлексам: глазосердечному, солярному, клиностатическому, ортостатическому, рефлексу Ортнера.

5. Поражение периферической вегетативной нервной системы проявляется периферической вегетативной недостаточностью

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Исследовать вегетативный тонус, вегетативную реактивность, вегетативное обеспечение деятельности и дермографизм.

2. Выявить нарушения вегетативной иннервации лица и полости рта, симптомы поражения парасимпатических ганглиев.

3. Выделить ведущие неврологические синдромы, поставить топический диагноз.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

Написание рефератов по темам:

* Особенности вегетативной иннервации мочевого пузыря.
* Дифференциальная диагностика симпатоадреналовых и вагоинсулярных пароксизмов.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

**Обязательная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 1. Неврология | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |
| 2 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 2. Нейрохирургия | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |

**Дополнительная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учеб. пособие | А.А. Михайленко | СПб.: Фолиант, 2012. | 26 |  |
| 2 | Консультант врача. Неврология [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=26353 |  | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 | 1ЭБСКрасГМУ |  |
| 3 | Наглядная неврология: учеб. пособие для вузов | Р. Баркер, С. Барази, М. Нил; ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. Г. Н. Левицкий | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 1 |  |
| 4 | Неврология: нац. рук. | гл. ред. Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова [и др.] ; | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 4 |  |
| 5 | Неврология: справ. практ. врача | науч. ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. М. Гантман | М.: Литтерра, 2011. | 2 |  |
| 6 | Неврология и нейрохирургия: учеб. пособие | В. М. Назаров, Е. С. Кипарисова, В. Д. Трошин | М.: Академия, 2010. | 2 |  |
| 7 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. тестовых заданий с эталонами ответов для студентов 4 курса, обучающихся по спец. 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=28424 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2011. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 8 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для внеаудитор. работы студентов 4 курса, обучающихся по специальности 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=30305 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2012. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 9 | Нервные болезни: учеб. Пособие | А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец | М.: МЕДпресс-информ, 2010. | 2 |  |
| 10 | Практическая неврология: рук. для врачей | ред. А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, В. В. Шведков | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. | 3 |  |
| 11 | Частная неврология: учеб. Пособие | А. С. Никифоров, Е. И. Гусев | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 7 |  |

**Электронные ресурсы:**

1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";

2. ЭБС Консультант студента;

3. ЭБС Университетская библиотека Online;

 4. ЭНБ eLibrary

**1.** **Тема №9: «Острые нарушения мозгового кровообращения».**

**2. Форма работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.**

1. Анатомия кровоснабжения головного мозга.

2. Клинические особенности геморрагического инсульта.

3. Виды ишемических инсультов.

4. Кинические особенности ишемического инсульта.

5. Клиника инсульта в каротидной системе.

6. Клиника закупорки внутренней сонной артерии.

7. Клиника закупорки передней мозговой артерии.

8. Клиника закупорки средней мозговой артерии.

9. Клиника закупорки позвоночной артерии.

10. Синдромы, возникающие при закупорке ветвей базилярной артерии.

11. Лечение ишемического инсульта.

12. Лечение геморрагического инсульта.

Ответы:

1. Кровоснабжение головного мозга осуществляется двумя внутренними сонными артериями, отходящими от общих сонных артерий и двумя позвоночными артериями (ветви подключичных). От внутренней сонной артерии отходят: глазничная, передняя и средняя мозговые, передняя ворсинчатая и задняя соединительная артерии. Передняя мозговая артерия кровоснабжает медиальную поверхность лобной и теменной долей, парацентральную дольку, наружную поверхность I лобной извилины, верхние отделы центральных извилин и теменной доли. Глубокие ветви кровоснабжают переднее бедро внутренней капсулы и передние отделы хвостатого ядра и полосатого тела. Средняя мозговая артерия кровоснабжает большую часть латеральной поверхности полушария (кроме области кровоснабжения ПМА и ЗМА), колено и передние 2/3 заднего бедра внутренней капсулы и большую часть подкорковых узлов. Позвоночные артерии отдают ветви к спинному мозгу и мозжечку, а затем соединяются в основную артерию, от которой отходят ветви к мозжечку, мосту, лабиринту и 2 задние мозговые артерии.

2. Для кровоизлияния в мозг характерно быстрое одномоментное развитие неврологической симптоматики. Кровоизлияние возникает в период бодрствования, на фоне физического или эмоционального напряжения, общемозговые симптомы преобладают над очаговыми. Характерны: внезапная головная боль, рвота, гиперемия лица, психомоторное возбуждение, нарушение сознания, иногда - генерализованные эпиприпадки, менингеальные симптомы, повышение АД, центральный гемипарез, пароксизмальное повышение мышечного тонуса с развитием горметонических судорог.

# 3. Среди ишемических инсультов выделяют:

# а) атеротромботический

# б) кардиоэмболический

в) гемодинамический

г) лакунарный

д) реологический

# 4. Обычно развивается постепенно, в течение нескольких секунд, минут, часов, реже – дней. Расстройства сознания, рвоты, интенсивной головной боли, как правил, не наблюдается, за исключением инфарктов в мозговом стволе, мозжечке или обширных полушарных инфарктов.

Характерны двигательные, чувствительные, речевые и другие очаговые неврологические симптомы.

Повышение давления отмечается в первые дни инсульта, в дальнейшем давление спонтанно снижается.

5. Синдром тотального поражения в каротидном бассейне состоит из контралатеральной гемиплегии, гемианестезии, гемианопсии и нарушения высших корковых функций - афазии, аграфии, алексии при поражении доминантного полушария и анозогнозии, нарушения схемы тела при поражении субдоминантного полушария.

6. При эмболии ветвей средней мозговой артерии

Возникает брахиофациальный гемипарез, монопарез руки, гемианестезия, афазия. Распространение тромба в просвет глазной артерии приводит к нарушению зрения, вплоть до полной слепоты глаза на стороне поражения. Закупорка внутренней сонной артерии характеризуется окулопирамидным синдромом - сочетанием слепоты и симптомов ишемии полушария большого мозга на той же стороне. Закупорка передней ворсинчатой артерии проявляется контралатеральным гемипарезом и гемигипалгезией вследствие поражения внутренней капсулы. Иногда отмечаются нарушения речи и зрительно-пространственной ориентации вследствие ишемии таламуса, а также гемианопсии при поражении латерального коленчатого тела.

7. Инфаркт при закупорке передней мозговой артерии проявляется контралатеральным гемипарезом с преобладанием в проксимальном отделе руки и дистальном отделе ноги или монопарезом ноги, легкими нарушениями чувствительности в паретичных конечностях, тазовыми расстройствами, афатическими нарушениями, обеднением спонтанной речи и психическими расстройствами – снижением мотиваций, либо поведенческим растормаживанием. При двустороннем поражении характерны абулия, акинетический мутизм. При поражении лобно-мостомозжечковых путей – координаторные расстройства в конечностях (лобная атаксия и апраксия ходьбы).

8. Закупорка основного ствола средней мозговой артерии проявляется поворотом головы и содружественным отклонением глаз в противоположную гемипарезу сторону, контралатеральным гемипарезом легкой гемигипестезией, расстройствами высших корковых функций. Инфаркт в бассейне корковых ветвей средней мозговой артерии проявляется центральным параличом лица и языка на противоположной стороне, а при поражении домиантного полушария – моторной афазией.

9. Закупорка позвоночной артерии проявляется синдромом Валленберга-Захарченко, который включает: головокружение, тошноту, рвоту, на стороне очага – болевую и температурную гипестезию лица, мозжечковую атаксию, синдром Горнера, паралич глотки, гортани и неба, приводящий к дисфагии, дисфонии, дизартрии, на противоположной стороне – болевую и температурную гипестезию конечностей и туловища.

10. При закупорке ветвей базилярной артерии, кровоснабжающей мост и средний мозг, возникают: периферический парез мимических мышц и литеральной прямой мышцы глаза на стороне очага, гемиплегия на противоположной стороне (синдром Фовилля); на стороне очага паралич мышц, иннервируемых глазодвигательным нервом, на противоположной стороне гемиплегия (синдром Вебера) или гемиатаксия и атетоидные движения в конечностях (синдром Бенедикта) или интенционный гемитремор, гемиатаксия с мышечной гипотонией (синдром Клода); паралич взора вверх, нарушение конвергенции и частичный двусторонний птоз век (синдром Парино).

11. Лечение ишемического инсульта.

1. По показаниям – обеспечение оксигенации:

постановка воздуховода;

перевод больного на ИВЛ.

2. Коррекция АД если оно превышает 190-200/100-105 мм рт. ст. Снижают на 15 – 20% от исходного посредством введения малых доз:

бета-адреноблокаторов (обзидан, атенолол);

блокаторов АПФ (энап).

3. Реперфузия:

тканевой активатор плазминогена 0,9 мг/кг веса: 10% препарата вводят струйно, оставшуюся часть – в/в капельно в течение часа.

4. Профилактика ретромбоза:

фраксипарин 7,5 тыс. ЕД 2 раза в день под контролем свертывания крови;

аспирин ¼ табл. 1 раз в день;

тромб-асс 50, 100 мг;

аспирин кардио;

если противопоказан аспирин:

дипиридамол 75-150 мг/сут;

тиклид 0,25 - 2 раза в день.

5. Гемодилюция:

реополиглюкин 400-800 мл/сут. в/в капельно №7.

6. Вазодилататоры:

эуфиллин 2,4% - 10 мл на 0,9% NaCl в/в кап;

трентал 5 мл в/в кап в 250 мл 0,9% NaCl.

7. Нейропротекторы:

церебролизин 10-20 мл на 0,9% NaCl в/в кап.4

мексидол 5% -2 мл 100 мг в/м 2 раза в день в течение 14 дней, затем переход на прием per os по 125 мг (1 таблетка) 2-3 раза в день в течение 1 месяца;

актовегин 2 мл в/м № 15, затем per os по 1 таблетке 2-3 раза в день, в течение 1-2 месяцев;

семакс 12 мг/сут интраназально – при тяжелых инсультах – 18 мгсут.

8. Борьба с отеком мозга и внутричерепной гипертензией:

- гипервентиляция;

- осмодиуретики:

глицерол 10% - 500-1000 мл в/в капельно 1 раз в день;

маннитол 0,5 – 1,5 г/кг в/в в течение 20 минут, затем ½ дозы (0,25 – 0,5 г/кг) – каждые 3-4 часа первые 3-4 дня;

глицерин 0,5 – 1 г/кг per os каждые 3-4 часа первые 3-4 дня.

- умеренная гипотермия (снижение температуры тела до 330С).

8. Снижение спастичности - миорелаксанты:

мидокалм 1 таб. (50 мг) 2-3 раза в день в течение 2-3 месяцев;

баклофен 1 таб. (10 мг) 2-3 раза в день, с последующим повышением дозы;

сирдалуд 1-2 мг в день;

диспорт – вводится непосредственно в спазмированные мышцы.

9. При центральном болевом синдроме:

трициклические антидепрессанты – амитриптилин 50-75 мг/сут в сочетании с карбамазепином 200-1200 мг/сут.

12.Лечение геморрагического инсульта.

1. Оперативное вмешательство – удаление гематомы открытым или стереотаксическим методами посредством:

растворения тромболитиками;

вентрикуярного тромболизиса и локального гемостаза рекомбинантным активированным фактором VIIа.

2. Борьба с отеком мозга и внутричерепной гипертензией:

- гипервентиляция;

- осмодиуретики.

3. Борьба с обструктивной гидроцефалией:

дренаж боковых желудочков;

декомпрессия задней черепной ямы;

удаление гематомы.

4. Седативные средства: седуксен10 мг на 20 мл 40% р-ра глюкозы в/в медленно.

Коррекция АД если оно превышает 190-200/100-105 мм рт. ст. Снижают на 15 – 20% от исходного посредством введения малых доз:

бета-адреноблокаторов (обзидан, атенолол);

блокаторов АПФ (энап).

5. Постельный режим 6 недель.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Тесты

I. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ТРОМБОЗА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

1. альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко

2. альтернирующий синдром Вебера

3. альтернирующий оптико-пирамидный синдром

4. сенсорная афазия

5. моторная афазия

Правильный ответ: 3

II. СУБЪЕКТИВНЫЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВОСНАБЖЕНИЯ МОЗГА ОБЫЧНО ПРОЯВЛЯЮТСЯ

1. в утренние часы

2. в вечерние часы

3. днем

4. после эмоционального стресса

5. при условиях, требующих усиления кровоснабжения мозга

Правильный ответ: 5

III. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ОСНОВНОГО СТВОЛА ПРАВОЙ СРЕДНЕЙМОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ХОРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

1. левосторонней гемианестезии

2. левосторонней гемиплегии

3. анозогонозии

4. анизокарии

5. всего перечисленного

Правильный ответ: 1

IV. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЗАДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО

1. гомонимной гемианопсии

2. битемпоральной гемианопсии

3. биназальной гмианопсии

4. концентрического сужения полей зрения

5. полная слепота

Правильный ответ: 1

V. СИНДРОМ ВАЛЛЕНБЕРГА-ЗАХАРЧЕНКО ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЗАКУПОРКЕ

1. коротких циркулярных артерий моста

2. длинных циркулярных артерий моста

3. парамедианных артерий моста

4. нижней задней артерии мозжечка

5. левой средней мозговой

Правильный ответ: 4

VI. ГЛАВНОЙ ФУНКЦИЕЙ МИОГЕННОГО МЕХАНИЗМА РЕГУЛЯЦИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОСТОЯНСТВА

1. притока крови по артериям мозга

2. кровотока в системе микроциркуляции

3. оттока по интракраниальным венам

4. ликвородинамики

5. верно а) и б)

Правильный ответ: 5

VII. К ГУМОРАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ РЕГУЛЯЦИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1. катехоламины

2. пептиды

3. липопротеиды

4. полисахариды

5. верно а) и б)

Правильный ответ: 5

VIII. РАЗВИТИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТСЯ

1. стенозом крупных мозговых сосудов

2. спазмом мозговых сосудов;

3. поражением мелких мозговых сосудов

4. повышением свертываемости крови

5. тромбозом мелких мозговых сосудов

Правильный ответ: 3

IX. В РАЗВИТИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ МОЗГА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ ИГРАЮТ РОЛЬ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

1. пролапс митрального клапана

2. повышение фибринолитической активности крови

3. снижение активности свертывающей системы крови

4. стеноз магистральных сосудов

5. гиперхолестеринемия

Правильный ответ: 4

X. ПРИ ШЕЙНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ АРТЕРИЯ

1. базилярная (основная)

2. позвоночная

3. внутренняя сонная

4. наружная сонная

5. общая сонная

Правильный ответ: 2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

 Больная М., 67 лет, доставлена машиной скорой помощи. Упала на улице, потеряв сознание. Была многократная рвота. В анамнезе – гипертоническая болезнь. При поступлении оглушена, АД 180/90 мм рт. ст., лицо цианотичное, отмечаются менингеальные симптомы. Реакция зрачков на свет вялая, опущен правый угол рта. Паралич правой руки и грубый парез правой ноги. Тонус в правых конечностях повышен по пирамидному типу. Сухожильные рефлексы D>S. Справа положительные симптомы Бабинского и Оппенгейма. С правой руки и ноги вызываются защитные рефлексы. Следит глазами за врачом, реагирует на обращение к ней по имени и отчеству, выполняет простейшие инструкции, более сложные не понимает.

1. Выделить ведущие клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Сформулировать клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5. Перечислить виды ишемических инсультов.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические синдромы: общемозговой синдром; синдром поражения центрального двигательного нейрона, синдром поражения кортиконуклеарного пути слева; синдром раздражения мягких мозговых оболочек.

# 2. Топический диагноз – поражение колена и передних 2/3 внутренней капсулы, зрительного бугра слева и мягких мозговых оболочек.

3. Клинический диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонним гемипарезом и отеком ствола головного мозга.

4. Лечение: коррекция АД (Tab. Teveteni 600 mg – по 1 табл. утром), профилактика ретромбоза (Tab. Acidi acethylsalylici 25 mg – по ¼ табл. утром), гемодилюция (Sol. Rheopolyglukini 400 ml – в/в капельно, 1 раз в сутки, №7), вазодилатация (Sol. Cavintoni 0,5% - 2 ml + Sol. Natrii chloride 0,9% - 100 ml – в/в капельно, 1 раз в сутки, №10), нейропротекция (Sol. Ceretoni 4 ml + Sol. Natrii chloride 0,9% - 100 ml – в/в капельно, 1 раз в сутки, №10); борьба с отеком мозга (Sol. Glyceroli 10% - 500 ml в/в капельно 1 раз в день);

снижение спастичности мышц (Sol. Mydocalmi 1 ml. в/мышечно, 1 раз в сутки, № 10), аналгетическая (Tab. Dexalgini 25 mg – по 1 табл. в сутки, 5-6 дней) терапия.

# 5. Виды ишемических инсультов:

# а) атеротромботический;

# б) кардиоэмболический;

в) гемодинамический;

г)лакунарный;
д) реологический.

Ситуационная задача №2

 У больного Ж., 17 лет через 3 часа после удара по голове во время драки возникли и быстро наросли головные боли без четкой локализации, распирающего характера, была однократная рвота. При осмотре жалуется на «помутнение перед глазами», разлитую интенсивную головную боль и тошноту. В неврологическом статусе: выраженная ригидность мышц затылка, положительный симптом Кернига и верхний симптом Брудзинского, нистагмоид при крайних отведениях глазных яблок. В ликворе, который вытекал под давлением 180 мм вод. ст. при микроскопии в большом количестве определяются эритроциты, белок 0,66 г/л.

1. Выделить ведущий клинический синдром.

2. Поставить топический диагноз.

3. Сформулировать клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5. Кинические особенности ишемического инсульта.

Правильный ответ:

# 1. Совокупность клинических проявлений характерна для синдрома раздражения мягких мозговых оболочек.

2. Топический диагноз – поражение мягких мозговых оболочек.

3. Клинический диагноз: подострое субарахноидальное кровоизлияние травматического генеза конвекситальной локализации с менингеальным синдромом.

4. Лечение: постельный режим 4-6 нед., уменьшение отека мозга и внутричерепного давления, антифибринолитические средства в сочетании с блокаторами ионов кальция; гиперволемия, нормализация АД.

# 5. Обычно развивается постепенно, в течение нескольких секунд, минут, часов, реже – дней. Расстройства сознания, рвоты, интенсивной головной боли, как правил, не наблюдается, за исключением инфарктов в мозговом стволе, мозжечке или обширных полушарных инфарктов.

Характерны двигательные, чувствительные, речевые и другие очаговые неврологические симптомы.

Повышение давления отмечается в первые дни инсульта, в дальнейшем давление спонтанно снижается.

Ситуационная задача №3

 Больной З., 47 лет. Накануне вечером употреблял спиртное. Утром пошел в туалет, где внезапно упал, возникли судороги в левых конечностях, онемение левой руки. При поступлении: общее состояние тяжелое, односложно отвечает на вопросы, заторможен. АД 110/100 мм рт. ст., диффузная головная боль. Правая глазная щель сужена, сглажена правая носогубная складка, отсутствуют спонтанные движения в левой руке, повышен тонус мышц левых конечностей.

1. Выделить ведущие клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Сформулировать клинический диагноз.

4. Какой ноотропный препарат целесообразно назначить.

5. Что является характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии.

Правильный ответ:

# 1. Совокупность клинических проявлений характерна для общемозгового синдрома, очагового и судорожного синдромов.

2. Топический диагноз – поражение колена и заднего бедра внутренней капсулы справа и предцентральной извилины справа.

3. Клинический диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу, в бассейне правой средней мозговой артерии, с левосторонним гемипарезом, гемигипестезией и судорожным синдромом в левых конечностях.

4. Из ноотропных препаратов целесообразно назначить кортексин.

5. Характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии является альтернирующий оптико-пирамидный синдром.

Ситуационная задача №4

 Больная Д, 29 лет пришла с работы уставшей, с головной болью в лобно-височной области, легла спать в 8 вечера. Зазвонил телефон, она проснулась и хотела к нему подойти, но потеряла сознание и упала. Когда пришла в себя была неоднократная рвота. Доставлена в приемный покой в состоянии сопора. АД 80/60 мм рт. ст., кожные покровы бледные, резкая адинамия, ригидность затылочных мышц, двухсторонний симптом Кернига, сглажена левая носогубная складка. Сухожильные рефлексы преобладают слева, симптом Бабинского с 2-х сторон, в ликворе – кровь. Из анамнеза известно, что за год до этого дважды у больной отмечались эпилептические припадки с потерей сознания и общими судорогами.

1. Выделить ведущие клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Сформулировать клинический диагноз.

4. Признаки поражения задней мозговой артерии.

5. Указать гуморальные факторы регуляции мозгового кровообращения.

Правильный ответ:

# 1. Совокупность клинических проявлений характерна для:

# - общемозгового синдрома;

- синдрома раздражения мозговых оболочек;

- синдрома поражения центрального двигательного нейрона;

- судорожного синдрома по типу генерализованных эпилептических припадков;

- синдрома поражения ствола головного мозга (2-х сторонний симптом Бабинского).

2. Топический диагноз – поражение мягкой мозговой оболочки и структур головного мозга в лобной и лобно-височной области справа.

3. Клинический диагноз: субарахноидальное кровоизлияние, разрыв артерио-венозной аневризмы в области передней мозговой артерии и ветвей средней мозговой артерии справа, острый период, отек головного мозга.

4. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие гомонимной гемианопсии.

5. Гуморальными факторами регуляции мозгового кровообращения являются катехоламины и пептиды.

Ситуационная задача №5

 Больная Н., 60 лет, после нервного стресса и повышения АД до 140/100 мм рт. ст. на фоне головной боли почувствовала онемение правой ½ языка, губы и лица, чувство «бегания мурашек» в правой руке и ее слабость. При этом отмечались нечеткость речи. Обращенную речь понимала хорошо. Спустя 12 часов все симптомы регрессировали.

1. Выделить ведущие клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Сформулировать клинический диагноз.

4. Клиника закупорки позвоночной артерии.

5. Что ведет к развитию гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии.

Правильный ответ:

# 1. Совокупность клинических проявлений характерна для:

# - общемозгового и очагового синдромов;

- синдром нарушения высших корковых функций речи по типу моторной афазии;

- брахиоцефальный синдром.

2. Топический диагноз – поражение нижней и средней трети передней центральной извилины и задних отделов нижней лобной извилины слева (центра Брока).

3. Клинический диагноз преходящее нарушение мозгового кровообращения в корковых ветвях левой средней мозговой артерии легким брахиоцефальным синдромом и элементами моторной афазии.

4. Закупорка позвоночной артерии проявляется синдромом Валленберга-Захарченко, который включает: головокружение, тошноту, рвоту, на стороне очага – болевую и температурную гипестезию лица, мозжечковую атаксию, синдром Горнера, паралич глотки, гортани и неба, приводящий к дисфагии, дисфонии, дизартрии, на противоположной стороне – болевую и температурную гипестезию конечностей и туловища.

5. Развитие гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии чаще вызывается поражением мелких мозговых сосудов.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Собрать анамнез заболевания у больных с воспалительными заболеваниями нервной системы.
2. Выявить центральные и периферические параличи, чувствительные расстройства, нарушения высших корковых функций, выделить ведущие неврологические синдромы, поставить топический диагноз, сформулировать развернутый клинический диагноз, указав основное и сопутствующие заболевания.

Провести дифференциальную диагностику, назначить лечение при различных видах нарушений мозгового кровообращения.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

Написание рефератов по темам:

1. Анатомия кровоснабжения головного мозга.

2. Физиология кровоснабжения головного мозга.

3. Этиология нарушений кровообращения головного мозга в разные возрастные периоды жизни человека – сосудистые мальформации, тромбоз и эмболия мозговых сосудов.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

**Обязательная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 1. Неврология | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |
| 2 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 2. Нейрохирургия | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |

**Дополнительная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учеб. пособие | А.А. Михайленко | СПб.: Фолиант, 2012. | 26 |  |
| 2 | Консультант врача. Неврология [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=26353 |  | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 | 1ЭБСКрасГМУ |  |
| 3 | Наглядная неврология: учеб. пособие для вузов | Р. Баркер, С. Барази, М. Нил; ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. Г. Н. Левицкий | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 1 |  |
| 4 | Неврология: нац. рук. | гл. ред. Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова [и др.] ; | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 4 |  |
| 5 | Неврология: справ. практ. врача | науч. ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. М. Гантман | М.: Литтерра, 2011. | 2 |  |
| 6 | Неврология и нейрохирургия: учеб. пособие | В. М. Назаров, Е. С. Кипарисова, В. Д. Трошин | М.: Академия, 2010. | 2 |  |
| 7 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. тестовых заданий с эталонами ответов для студентов 4 курса, обучающихся по спец. 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=28424 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2011. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 8 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для внеаудитор. работы студентов 4 курса, обучающихся по специальности 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=30305 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2012. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 9 | Нервные болезни: учеб. Пособие | А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец | М.: МЕДпресс-информ, 2010. | 2 |  |
| 10 | Практическая неврология: рук. для врачей | ред. А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, В. В. Шведков | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. | 3 |  |
| 11 | Частная неврология: учеб. Пособие | А. С. Никифоров, Е. И. Гусев | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 7 |  |

**Электронные ресурсы:**

1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";

2. ЭБС Консультант студента;

3. ЭБС Университетская библиотека Online;

 4. ЭНБ eLibrary

**1. Тема №10: «Воспалительные заболевания центральной нервной системы (менингиты, энцефалиты)».**

**2. Форма работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.**

1. Симптомы, входящие в менингеальный синдром.

2. Перечислить клинические проявления комплекса «СПИД-деменция».

3. Клинические симптомы менингококкового менингита.

4. Основные клинические симптомы туберкулезного менингита.

5. Клинические проявления прогрессивного паралича при сифилисе нервной системы.

6. Клинические симптомы герпетического энцефалита.

7. Основные клинические симптомы клещевого энцефалита.

8. Указать диагностические критерии боррелиозного поражения нервной системы.

9. Лечение поражение нервной системы при ВИЧ-инфекции и СПИДе.

10. Лечение менингококкового менингита.

11. Лечение туберкулезного менингита.

12. Серотерапия при клещевом энцефалите.

Ответы:

1. Головная боль, рвота, болезненность при перкуссии черепа и позвоночника, общая гиперестезия на световые, звуковые и кожные раздражения, тоническое напряжение некоторых групп скелетных мышц, патологические симптомы (Кернига, Брудзинского, Гийена, Лессажу), изменения ликвора воспалительного характера.

2. В начальной стадии: сонливость, нарушение концентрации внимания, расстройство памяти. Далее присоединяются: повышение мышечного тонуса, сосательные и хватательные рефлексы, адиадохокинез, апатия, индифферентность к своему состоянию, брадикинезия, тремор. В развернутой стадии на фоне выраженного слабоумия возникает мутизм, параплегия и нарушение функций тазовых органов.

3. Клиника менингококкового менингита включает ледующие симптомы.Острое начало, наличие менингеального синдрома, нейтрофильный лейкоцитоз и повышение СОЭ в крови, ликвор мутный, цитоз до 10000 клеток в 1 мм3, преимущественно нейтрофильный, возможно присутствие менингококков, увеличение количества белка до 10-15 г/л, снижение содержания глюкозы.

4. Для туберкулезного менингита характерно подострое начало и постепенное развитие клинических симптомов, наличие менингеального синдрома, ликвор прозрачный, слегка опалесцирующий, белок увеличен до 1-5 г/л, лимфоцитарно-нейтрофильный цитоз (100-300 клеток) снижено содержание глюкозы. В пленке фибрина присутствуют палочки Коха, антитела к микобактериям туберкулеза, туберкуло-стеариновая кислота. Характерны ранние осложнения в виде гидроцефалии, эписиндрома, стойких слепоты и глухоты.

5. Прогрессивный паралич при сифилисе нервной системы характеризуется хроническим специфическим менингоэнцефалитом. Клиническая картина включает прогрессирующую деменцию с нарушением критики и последующим присоединением параличей конечностей и эпиприпадков.

6. Для герпетического энцефалита характерно: гриппоподобное начало с лихорадкой, менингеальными симптомами, эпилептическими припадками и расстройством психической сферы в виде негативизма, галлюцинаций. Очаговые симптомы отражают поражение лобно-височно-теменных долей, спастические парезы. На МРТ выявляются очаги пониженной плотности в височной, лобной, теменной доле, в островке гиппокампа и прилегающих участках сильвиевой борозды. Определяются повышенные титры специфических антител в сыворотке крови и в ЦСЖ.

7. Основными симптомами клещевого энцефалита являются: повышение температуры, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, изменения со стороны крови, мочи и ликвора (увеличение белка, лимфоцитов), нарушение психики, менингеальный симптомокомплекс, вялые атрофические параличи, спастические моно- и гемипарезы, расстройства чувствительности.

8. Диагностическими критериями боррелиозного поражения нервной системы являются: а) неврологические синдромы неясной этиологии (повышение клеток в 1 мл ликвора больше 4, повышенный синтез противоборрелиозных антител); спинальный или черепной радикулоневрит (количество клеток в 1 мл ликвора выше 50, количество общего белка более 0,5 г/л и повышенный интратектальный синтез антител, положительные результаты серологического исследования крови); кольцевая эритема (диаметр более 5 см).

9. Назначаются противовирусные препараты: зидовудин 200 мг 6 раз в сутки; залуцитабин 0,75 мг 3 раза в сутки; саквинавир 1200 мг 3 раза в сутки; индинавира сульфат 800 мг 3 раза в сутки; интерферон альфа 3 млн МЕ в сутки в первые 3 дня, внутримышечно, 4-6 день – 9 млн МЕ в сутки, 7-8 день - 18 млн МЕ в сутки с последующим увеличением дозы до 36 млн МЕ; виферон мазь: 40000 МЕ и свечи 150000 МЕ; антигистаминные препараты, витамины группы В, препараты железа. Септические осложнения лечат антибиотиками с учетом чувствительности бактерий; при кандидозах – противогрибковые средства: низорал, амфотерицин В – 100 мкг/кг массы тела через день или 2 раза в неделю (начальная доза) с последующим повышением дозы до 250 мкг/кг курс 4-8 недель.

10. Пенициллин 200000-300000 ЕД/кг в сутки (иногда и больше) в/м, в/в; ампициллин 12-15 г в сутки в/м, в/в; оксациллин 300 мг/кг в сутки; метациклин 200-300 мг/кг в сутки; левомицетин-сукцинат 1-1,5 г в/м каждые 8 часов; тетрациклин 25 мг/кг в сутки в/в капельно; рондомицин 300 мг 3 раза в сутки; сульфамонометоксин в первые сутки 2 г 2 раза в сутки, в последующем 2 г 1 раз в сутки; сульфален-меглюмин 18,5%-10 мл в/в № 2; синдромальное лечение, направленное на поддержание водно-электролитного баланса, предупреждение отека мозга и других тяжелых осложнений.

11. Изониазид 5-10 мг/кг в сутки, курс 6 месяцев; пиразинамид 30 мг/кг в сутки, курс 2 месяца; рифампицин 10-20 мг 1 раз в сутки, курс 9 месяцев; этамбутол 15-25 мг/кг в сутки, курс 2 месяца.

12. Лечение специфическим противоэнцефалитным иммуноглобулином (ИГ) осуществляется в первые дни заболевания, с тиром 1:80, 1:160. При средне-тяжелом, тяжелом течении и высокой лихорадке ИГ вводят ежедневно, в разовой дозе 0,1 мл на кг массы тела, 2 раза в сутки, в течение 3-5 дней до регресса общеинфекционного синдрома и лихорадки. В легких случаях и при развитии бульбарного синдрома применение ИГ нецелесообразно.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Тесты

I. ДЛЯ ПНЕВМОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ХАРАКТЕРНО

1. чаще встречается в популяции пожилых

2. чаще встречается среди младенцев

3. ассоциируется с ВИЧ-инфекцией

4. возбудитель – менингококк

5. лимфоцитоз в ликворе

Правильный ответ: 1

II. СИМПТОМ КЕРНИГА ВЫЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ

1. у лежащего на спине больного обследующий сгибает ногу в тазобедренном и коленном суставах под прямым углом, а затем из этого положения разгибает ногу в коленном суставе

2. у лежащего на спине больного обследующий пассивно наклоняет голову вперёд с приведением подбородка к груди, встречая сопротивление

3. у лежащего на спине больного обследующий пассивно наклоняет голову вперёд с приведением подбородка к груди, что сопровождается лёгким сгибанием обеих нижних конечностей

4. у лежащего на спине больного обследующий пассивно наклоняет голову вперёд с приведением подбородка к груди, что сопровождается лёгким сгибанием обеих верхних конечностей

5. у лежащего на спине больного обследующий сдавливает четырёхглавую мышцу бедра с одной стороны, что сопровождается непроизвольным сгибанием в коленном и тазобедренном суставах противоположной конечности

Правильный ответ: 1

III. К РЕДКИМ СИНДРОМАМ ЭНЦЕФАЛИТА ЭКОНОМО ОТНОСЯТ

1. глазодвигательные расстройства

2. патологические стопные знаки

3. нарушения сна

4. вегетативные расстройства

5. центральная температура

Правильный ответ: 2

IV. ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ВТОРОЙ АТАКЕ ОСТРОГО ЭПИДИМИЧЕСКОГО ПОЛИОМИЕЛИТА, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ПОСЛЕ «МАЛОЙ БОЛЕЗНИ» И ПОСЛЕДУЮЩЕГО ЛАТЕНТНОГО ПЕРИОДА, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

1. судорог мышц

2. фибриллярных подергиваний

3. вялых параличей

4. гипестезии

5. верно 1 и 2

Правильный ответ: 5

V. МЕСТОМ РЕПРОДУКЦИИ ВИРУСА ВИЧ ЯВЛЯЕТСЯ

1. лимфоидная ткань

2. эпителий кишечника

3. микроглия мозга

4. фолликулы кишечника

5. все вышеперечисленное

Правильный ответ: 5

VI. ТЕРМИН «ТАБЕТИЧЕСКИЕ КРИЗЫ» У БОЛЬНЫХ СПИННОЙ СУХОТКОЙ ОБОЗНАЧАЮТ

1. пароксизмы тахикардии

2. колебания АД

3. пароксизмы болей пронизывающего характера

4. вялые параличи

5. все перечисленное

Правильный ответ: 3

VII. ПОЛИОЭНЦЕФАЛИТИЧЕСКАЯ ФОРМА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ

1. стволовой части головного мозга

2. серого вещества спинного мозга

3. передних рогов спинного мозга

4. периферических нервов и корешков спинного мозга

5. мозговых оболочек

Правильный ответ: 1

VIII. НАЛИЧИЕ В ЛИКВОРЕ ЛИМФОЦИТАРНОГО ПЛЕЙОЦИТОЗА ДО 600-800´106/л, ПОВЫШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ БЕЛКА ДО 2-3 г/л, СНИЖЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ САХАРА ДО 0,15´0,3 г/л И ХЛОРИДОВ ДО 5 г/л, ВЫПАДЕНИЕ В ЛИКВОРЕ СПУСТЯ 24 ЧАСА НЕЖНОЙ ФИБРИНОВОЙ ПАУТИНООБРАЗНОЙ ПЛЕНОЧКИ В ВИДЕ ОПРОКИНУТОЙ ЕЛКИ УКАЗЫВАЕТ НА

1. гнойный менингит

2. туберкулёзный менингит

3. вирусный менингит

4. острый лимфоцитарный хориоменингит

5. Лайм-бореллиоз

Правильный ответ: 2

IX. МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ

1. капельным путем

2. трансмиссивным путем

3. контактным путем

4. лимфогенно

5. половым путем

Правильный ответ: 1

X. ДИАГНОЗ МЕНИНГИТА УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ СИНДРОМОВ

1. общеинфекционного

2. болевого

3. оболочечного (менингеального)

4. воспалительных изменений цереброспинальной жидкости

5. верно 1, 3 и 4

Правильный ответ: 5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

 В отделение поступил больной М., у которого после укуса клеща в подлопаточной области справа появилось недомогание и повышение температуры тела до 37,3оС. Через 4 дня присоединились головная боль, миалгии в мышцах шеи, ягодиц, бедер и голеней. На месте присасывания клеща в течение первой недели гиперемия увеличилась с 1,5 см до 12х20 см, отмечалась слабая инфильтрация подкожного слоя и умеренная локальная болезненность. При осмотре неврологической и кардиальной патологии не выявлено. В подлопаточной области справа – кольцевидная эритема 14х26 см. В правой подмышечной области – безболезненный лимфоузел 1х1,5 см. Печень увеличена до 1,5 см.

1. Выделить ведущий клинический синдром.

2. Определить, что поражено.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5. Перечислить методы специфической лабораторной диагностики, которые необходимо применить для подтверждения диагноза.

Правильный ответ:

1. Ведущий клинический синдром – инфекционный.

2. Поражены кожа и соединительнотканные структуры внутренних органов.

3. Клинический диагноз: клещевой боррелиоз. Ранняя локализованная инфекция, кольцевидная эритема.

4. Для лечения целесообразно применить антибактериальную, дезинтоксикационную, гепатопротекторную терапию.

5. Для специфической лабораторной диагностики болезни Лайма используют следующие группы методов.

1) Выделение боррелий из пораженных тканей (краевая зона КМЭ), которые обрабатывают специфическими антителами к боррелиям, мечеными флюоресцином.

2) Визуализация боррелий под микроскопом после импрегнации их серебром по методу Вартина-Старри.

3) Исследование парных сывороток с интервалом 2-3 недели методами РНИФ, ИФА, ПЦР и иммуноблотинга.

 Ситуационная задача №2

 У больного остро возникли сильный озноб, головная боль и многократная рвота, повысилась температура тела до 400С, которая сопровождалась тахикардией, снижением артериального давления, одышкой и судорогами. При осмотре больной в сопоре, в области ягодиц, бедер и голеней обнаружено наличие геморрагической сыпи, определяются менингеальные симптомы. Ликвор мутный, гнойный, вытекает под повышенным давлением. Выявлены: нейтрофильный плеоцитоз, повышенное содержание белка, пониженный уровень сахара и хлоридов. В мазках осадка ликвора обнаружен менингококк Вейксельбаума.

1. Выделить ведущие клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5. Перечислить возможные осложнения заболевания.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические синдромы – менингеальный, геморрагический.

2. Топический диагноз – поражение оболочек головного мозга.

3. Клинический диагноз: гнойный менингококковый менингит (эпидемический цереброспинальный), менингококкцемия, острый период, тяжелое течение.

4. Для лечения целесообразно применить антибактериальную, дезинтоксикационную, противосудорожную терапию.

5. Заболевание может осложниться острым отеком мозга с вторичным стволовым синдромом и острой надпочечниковой недостаточностью (синдромом Уотерхауса–Фридериксена).

Ситуационная задача №3

 У больного внезапно повысилась температура тела, затем появилась геморрагическая сыпь, сначала мелкая, позже более крупная, с некротическими участками. Участился пульс, снизилось артериальное давление, стало неравномерным дыхание, появились судороги.

1. Выделить ведущие клинические синдромы.

2. О каком патологическом состоянии идет речь.

3. Что лежит в основе данного состояния.

4. Назначить лечение.

5.Перечислить основные методы профилактики осложнений данного заболевания.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические синдромы – менингеальный, геморрагический, судорожный.

2. Указанные симптомы характерны для бактериального шока.

3. В основе имеющегося у больного патологического состояния лежит эндотоксический шок, возникающий вследствие гемодинамических нарушений на фоне поражения мелких сосудов, повышения свёртываемости крови и микротромбообразования.

4. Для лечения целесообразно применить антибактериальную, дезинтоксикационную, нейротропную, метаболическую терапию.

5. Основные методы профилактики осложнений данного заболевания – ранняя диагностика и своевременная этиопатогенетическая терапия.

Ситуационная задача №4

 У больного через 4 дня после повышения температуры тела до 390С, рвоты, болей в животе и диареи появились слабость и фасцикуляции в мышцах левой ноги, которые сопровождались болью и повышенной чувствительностью мышц к давлению. Спустя 2 недели было отмечено, что мышцы больной ноги, по сравнению с мышцами здоровой ноги, выглядят «похудевшими». При осмотре отмечается гипотрофия и фасцикулярные подергивания в парализованных мышцах левой ноги, их тонус и сила снижены, рефлексы угнетены. Поверхностные и глубокие виды чувствительности сохранены. В ликворе, давление которого повышено, определяются плеоцитоз до 95 клеток в 1 мкл и повышение белка до 2 г/л. В анализе кала обнаружен полиовирус. Серологическими методами диагностики в сыворотке крови больного выявлены антитела к антигенам полиовируса и специфические комплементсвязывающие антитела с нарастанием их титра.

1. Выделить ведущие клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Перечислить основные принципы лечения.

5. Перечислить основные методы профилактики осложнений данного заболевания.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические синдромы – общеинфекционный, синдром поражения периферического двигательного нейрона, синдром воспалительных изменений в ликворе.

2. Топический диагноз – поражение мотонейронов передних рогов спинного мозга на уровне поясничного утолщения слева.

3. Клинический диагноз: полиомиелит, ограниченная спинальная форма, паралитическая стадия с умеренным левосторонним нижним вялым монопарезом, острый период. 4. Принципы лечения эпидемического полиомиелита:

- физический покой;

- профилактика контрактур и пролежней;

- при мышечных болях аналгетики, горячие обертывания, антидепрессанты;

- ортопедическая коррекция двигательных нарушений.

5. Основные методы профилактики осложнений данного заболевания – ранняя диагностика и своевременная этиопатогенетическая терапия.

Ситуационная задача №5

 Больной обратился с жалобами на повышение температуры, выраженную головную боль, головокружение, отсутствие аппетита, похудание, нарушение сна. Симптомы нарастали в течение 2 недель, постепенно. При осмотре определяются менингеальные симптомы, птоз. В ликворе определяется плеоцитоз с преобладанием лимфоцитов, повышен белок, положительные реакции Панди и Нонне-Аппельта, снижено содержание сахара и хлоридов и витамина С. На ЭЭГ резко ослаблены альфа и бета волны, имеются медленные волны.

1. Выделить ведущий клинический синдром.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5. Перечислить основные методы профилактики осложнений данного заболевания.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические синдромы – общеинфекционный, менингеальный, синдром воспалительных изменений в ликворе.

2. Топический диагноз – поражение оболочек головного мозга.

3. Клинический диагноз: туберкулезный менингит, острый период, средней степени тяжести течение.

4. Лечение. Первые 2-3 месяца: изониазид 15 мг/кг в сутки, 1-3 раза в день. Рифампицин 600 мг 1 раз в день. Пиразинамид 30 мг/кг в сутки, 2 раза в день. Пиридоксин 25-30 мг, 1 раз в день. Далее, в течение последующих 7 месяцев: изониазид 15 мг/кг в сутки, 1-3 раза в день. Рифампицин 600 мг 1 раз в день. Пиридоксин 25-30 мг, 1 раз в день.

5. Основные методы профилактики осложнений данного заболевания – ранняя диагностика и своевременная этиопатогенетическая терапия.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Собрать анамнез заболевания у больных с воспалительными заболеваниями нервной системы.

2. Выявить центральные и периферические параличи, менингеальные симптомы, бульбарный и псеводбульбарный синдромы, выделить ведущие неврологические синдромы, поставить топический диагноз, сформулировать развернутый клинический диагноз, указав основное и сопутствующие заболевания.

3. Провести дифференциальную диагностику, назначить лечение при различных формах энцефалитов и менингитов, поражениях нервной системы при эпидемическом полиомиелите, ВИЧ-инфекции и сифилисе.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

Написание рефератов по темам:

1. Особенности клинического течения серозных менингитов.
2. Методы современной медикаментозной и немедикаментозной терапии туберкулезного менингита.
3. Лечение неврологических проявлений ВИЧ-инфекции.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

**Обязательная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 1. Неврология | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |
| 2 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 2. Нейрохирургия | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |

**Дополнительная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учеб. пособие | А.А. Михайленко | СПб.: Фолиант, 2012. | 26 |  |
| 2 | Консультант врача. Неврология [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=26353 |  | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 | 1ЭБСКрасГМУ |  |
| 3 | Наглядная неврология: учеб. пособие для вузов | Р. Баркер, С. Барази, М. Нил; ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. Г. Н. Левицкий | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 1 |  |
| 4 | Неврология: нац. рук. | гл. ред. Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова [и др.] ; | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 4 |  |
| 5 | Неврология: справ. практ. врача | науч. ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. М. Гантман | М.: Литтерра, 2011. | 2 |  |
| 6 | Неврология и нейрохирургия: учеб. пособие | В. М. Назаров, Е. С. Кипарисова, В. Д. Трошин | М.: Академия, 2010. | 2 |  |
| 7 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. тестовых заданий с эталонами ответов для студентов 4 курса, обучающихся по спец. 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=28424 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2011. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 8 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для внеаудитор. работы студентов 4 курса, обучающихся по специальности 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=30305 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2012. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 9 | Нервные болезни: учеб. Пособие | А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец | М.: МЕДпресс-информ, 2010. | 2 |  |
| 10 | Практическая неврология: рук. для врачей | ред. А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, В. В. Шведков | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. | 3 |  |
| 11 | Частная неврология: учеб. Пособие | А. С. Никифоров, Е. И. Гусев | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 7 |  |

**Электронные ресурсы:**

1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";

2. ЭБС Консультант студента;

3. ЭБС Университетская библиотека Online;

 4. ЭНБ eLibrary

**1. Тема №11: «Воспалительные заболевания периферической нервной системы. Полиневриты. Невропатии лицевого нерва. Рассеянный склероз».**

**2. Форма работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.**

1. Какова этиология остеохондроза позвоночника?

2. Каков патогенез болей, обусловленных дегенеративными заболеваниями позвоночника?

3. Какие существуют синдромы остеохондроза позвоночника?

4. Опишите клиническую картину рефлекторного синдрома остеохондроза позвоночника.

5. Опишите клиническую картину компрессионного синдрома L5-S1 остеохондроза позвоночника.

6. Опишите клинику миофасциального болевого синдрома.

7. Когда диагностируется мононевропатия?

8. Когда диагностируется полиневропатия?

9. Что такое сегментарная демиелинизация?

10. Что такое аксональная дегенерация?

11. Опишите клинику полиневропатии.

12. Какие Вы знаете методы диагностики заболеваний ПНС?

Ответы:

1)

1. Наследственная предрасположенность.

2. Травмы.

3. Чрезмерная нагрузка.

4. Гормональные нарушения.

2)

1. Болевая импульсация из фиброзного кольца диска, связок, фасеточных суставов, паравертебральных мышц, сопровождается иррадиацией.

2. Мышечный спазм.

3. Корешковая компрессия.

3)

1. Рефлекторные.

2. Корешковые.

3. Корешково – сосудистые.

4) Тупые, глубокие боли в различных отделах позвоночника, в конечностях, головные боли, ограничение подвижности, симптомы натяжения, мышца напряжена, болезненна.

5) Ноющие, стреляющие боли, иррадиирующие до пальцев стопы, ограничение движений в позвоночнике, симптомы натяжения; боль сочетается с парестезиями; напряжение и болезненность паравертебральных мышц, наличие симптомов выпадения функций корешка L5-S1, гипостезия- по наружной поверхности голени, внутренней поверхности стопы, наружной поверхности стопы, подошвы, слабость тыльного сгибания большого пальца или стопы, внутренней ротации стопы, подошвенного сгибания большого пальца или стопы, гипотрофия мышц, снижение или выпадение ахиллового рефлекса.

6) Региональная боль, удаленная от спазмированной мышцы, мышца напряжена, резко болезненна с локальными гипертонусами, нажатие на триггерную точку провоцирует резкую болезненность в самой точке и на отдалении.

7) Мононевропатия диагностируется когда поражается один нерв, нервный корешок или часть нервного сплетения.

8) Полиневропатии это большая группа невропатий, включает симметричное, диффузное поражение ПНС.

9) Первичная деструкция миелиновой оболочки при интактном аксоне.

10) Аксональная дегенерация проявляется дегенерацией преимущественно дистальной части аксона.

11) Симметричные сенсорные или моторные расстройства, чаще их сочетание, сухожильные рефлексы, особенно ахилловы отсутствуют. Чувствительные нарушения имеют тип «носков» и «перчаток».

12) Рентгенография, МРТ позвоночника, ЭМГ.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Тесты

I. СИМПТОМЫ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

1. дистальные сухожильные рефлексы отсутствуют, чувствительные нарушения по типу «носков» и «перчаток», боли, парестезии, сенситивная атаксия, «псевдотабетическая походка»

2. дистальные сухожильные рефлексы сохранены, чувствительные корешковые нарушения

3. гемиплегия

4. казуалгия

5. патологические рефлексы

Правильный ответ: 1

II. СИМПТОМЫ МИОФАСЦИАЛЬНОГО СИНДРИМА

1. региональная боль, мышца напряжена, нажатие на триггерную точку провоцирует резкую болезненность в самой точке и на отдалении

2. локальная боль, стреляющая боль

3. спастический центральный парапарез

4. фибрилляция мышц

5. гемигипестезия

Правильный ответ: 1

III. СИМПТОМЫ РЕФЛЕКТОРНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА

1. стреляющая боль, гипестезия, гипотрофия мышц

2. тупая, глубокая боль в пределах спазмированной мышцы, боль провоцируется движением с участием соответствующей мышцы, симптомы натяжения вызывают локальную боль, мышца напряжена, болезненна с локальными гипертонусами

3. мышца напряжена, болезненна с локальными гипертонусами

4. тупая, глубокая боль в пределах спазмированной мышцы

5. отсутствие активных движений

Правильный ответ: 2

IV. СИМПТОМЫ КОМПРЕССИОННОГО СИНДРОМА ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

1. ноющие, стреляющие боли, иррадиирующие до пальцев кисти или стопы, боль провоцируется движением в соответствующем отделе позвоночника, симптомы натяжения вызывают «длинную боль», боль сочетается с парестезиями, при пальпации напряжение и болезненность паравертебральных мышц, наличие симптомов выпадения функций корешка

2. региональная боль, удаленная от спазмированной мышцы, боль провоцируется движением с участием соответствующей мышцы, симптомы натяжения вызывают локальную боль

3. симптомы натяжения вызывают локальную боль

4. боль сочетается с парестезиями

5. жгучая нестерпимая боль, провоцируется движением в соответствующем отделе позвоночника

Правильный ответ: 1

V. СИМПТОМЫ «СИГНАЛЫ», ТРЕБУЮЩИЕ ВРАЧЕБНОЙ НАСТОРОЖЕННОСТИ

1. молодой возраст, умеренная боль

2. резкое похудание, лихорадка, пожилой возраст, аритмия, одышка, высокая интенсивность боли, отсутствие эпизодов болей в позвоночнике в анамнезе

3. парестезия

4. минимальная боль, не связанная с движением

5. субфибрилитет

Правильный ответ: 2

VI. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КУПИРОВАНИЯ БОЛИ ПРИМЕНЯЮТ

1. хондропротекторы, миорелаксанты

2. парацетамол, трамал, НПВС

3. анальгин

4. дротаверин

5. ГКС

Правильный ответ: 2

VII. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

1. ортопедическая коррекция, лечебная физкультура, иглорефлексотерапия, мануальная терапия, физиолечение

2. хондропротекторы, миорелаксанты

3. НПВС

4. ГКС

5. только оперативное лечение

Правильный ответ: 1

VIII. СИНДРОМ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. слабостью дистальных отделов конечностей, расстройством чувствительности в дистальных отделах конечностей, вегетативными нарушениями в кистях и стопах

2. слабостью проксимальных отделов конечностей, расстройством чувствительности в проксимальных отделах конечностей, вегетативными нарушениями в кистях и стопах

3. расстройством чувствительности в проксимальных отделах конечностей

4. слабостью дистальных отделов конечностей

5. нестерпимыми жгучими болями

Правильный ответ: 1

IX. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ НЕЙРОПАТИИ ХАРАКТЕРНО

1. преимущественное поражение верхних конечностей, нарушение чувствительности в кистях по типу «перчаток», сохранность ахилловых рефлексов, отсутствие болезненности при пальпации икроножных мышц

2. преимущественное поражение нижних конечностей, нарушение чувствительности в стопах по типу «носков», боли и парестезии в голенях и стопах, крампи, снижение или отсутствие ахилловых рефлексов, болезненность при пальпации икроножных мышц

3. преимущественное поражение верхних конечностей

4. боли и парестезии в голенях и стопах

5. отсутствие болезненности при пальпации икроножных мышц

Правильный ответ: 2

X. ПОЛИНЕЙРОПАТИИ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ

1. височном артериите, остеохондрозе позвоночника

2. сахарном диабете, саркоидозе, системной красной волчанке, узелковом периартериите

3. атеросклерозе

4. травматическом поражении нерва

5. герпетическая инфекция

Правильный ответ: 2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

 Больной П. 37 лет, жалуется на слабость мышц предплечья, кисти и пальцев, отсутствие чувствительности в области тыльной поверхности предплечья, кисти и пальцев. Из анамнеза известно, что месяц назад был перелом плечевой кости. Объективно: периферический паралич мышц, разгибающих предплечье, кисть и пальцы, анестезия кожи в области тыльной поверхности предплечья, кисти и I, II и частично III пальцев.

1. Выделить ведущие клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические синдромы: периферический паралич разгибателей предплечья, кисти и пальцев, невритический тип расстройства чувствительности в зоне иннервации лучевого нерва.

2. Топический диагноз: поражение лучевого нерва.

3. Клинический диагноз: травматическая невропатия лучевого нерва.

4. Лечение должно включать антихолинэстеразные препараты – Sol. Proserini 0,05%-1,0 в/м; витамины группы В – В1, В12; Sol. Ceraxoni 4 ml. + Sol. Natrii chloride 0,9%-100 ml. в/в кап.; ЛФК, массаж, физиотерапия.

5. Для уточнения диагноза необходимо провести электронейромиографию.

Ситуационная задача №2

 Больной П., 40 лет, жалуется на слабость в дистальных отделах нижних конечностей, изменение походки, парестезии, постоянные жгущего характера боли в стопах и голенях которые развивались постепенно. В течение ряда лет больной употребляет алкоголь.

Объективно: симметричные парезы и атрофия мышц с преимущественным поражением тыльных сгибателей стопы и пальцев (степпаж), выявляется незначительная слабость проксимальных мышц ног. Ахилловы отсутствуют. Чувствительные расстройства имеют вид «носков». Нарушена вибрационная и тактильная чувствительность. Отечность, гиперпигментация нижних конечностей.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Назвать клинический синдром.

3. Поставить топический диагноз.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: боль, слабость, парестезии в дистальных отделах ног, двигательные (периферический паралич проксимальных мышц ног), чувствительные (снижение поверхностных и глубоких видов чувствительности), вегетативно-трофические расстройства (отечность, гиперпигментация нижних конечностей) в нижних конечностях.

2. Клинический синдром -

полиневритический синдром.

3. Поражение периферических нервов дистальных отделов обеих ног.

4. Клинический диагноз -

алкогольная полиневропатия.

5. Отказ от алкоголя

Диета, богатая витаминами,

витамины группы В (В1, В6, В12),ЛФК, антиконвульсанты, антидепрессанты.

Ситуационная задача №3

 Больной Ф., 52 года, при ходьбе высоко поднимает правую ногу, так как у него свисает стопа («петушиная походка»). При осмотре: свисающая стопа «конская стопа» (pes equinovarus) справа, невозможно ее разгибание в голеностопном суставе, невозможно стоять на пятке. Атрофия мышц передненаружной поверхности правой голени. Гипестезия по задненаружной поверхности голени и тыле стопы. Сухожильные рефлексы сохранены.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: периферический парез разгибателей стопы и пальцев, невритический тип расстройства чувствительности в зоне иннервации малоберцового нерва.

2. Топический диагноз: поражение малоберцового нерва.

3. Клинический диагноз: невропатия малоберцового нерва.

4. Лечение: антихолинэстеразные препараты – Sol. Proserini 0,05% – 1,0 в/м; витамины группы В – В1, В12 или мильгамма, пентоксифиллин, ЛФК, массаж, физиотерапия.

5. Для уточнения диагноза необходимо провести электронейромиографическое исследование малоберцового нерва.

Ситуационная задача №4

 Больная Т. 54 года. Жалобы на боли по подошвенной поверхности стопы и пальцев, которые возникают во время ходьбы, но бывают и в ночное время. Боль иррадиирует от стопы вдоль седалищного нерва до ягодичной области. Стопа разогнута, подошвенное сгибание ее невозможно. Пальцы стопы подогнуты – «когтистая» стопа. Гипестезия на задней поверхности голени и подошве стопы. Ахиллов рефлекс снижен. Перкуссия в области тарзального канала болезненна.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: периферический парез сгибателей стопы и пальцев, невритический тип расстройства чувствительности в зоне иннервации большеберцового нерва, невропатические боль по ходу седалищного нерва.

2. Топический диагноз: поражение большеберцового нерва.

3. Клинический диагноз: невропатия большеберцового нерва туннельного характера.

4. Для лечения необходимо назначить инъекции гидрокортизона или дипроспана в канал и ткани, окружающие нерв; радикальным методом лечения является оперативное вмешательство.

5. Для уточнения диагноза необходимо провести электронейромиографическое исследование большеберцового нерва.

Ситуационная задача №5

 Больная М., возраст 40 лет, жалуется на слабость в дистальных отделах нижних конечностей, изменение походки, постоянные парестезии и жгучие боли в стопах и голенях. В течение ряда лет больной употребляет алкоголь, заболевание развивалось постепенно.

Объективно: симметричные парезы стоп с преимущественным поражением тыльных сгибателей стопы и пальцев с атрофией мышц, походка «петушиная» (степпаж). Ахилловы рефлексы отсутствуют. Чувствительные расстройства имеют вид «носков». Нарушена вибрационная и тактильная чувствительность. Отечность, гиперпигментация кожи нижних конечностей.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза.

Правильный ответ:

1. Ведущие клинические симптомы: периферический парез стоп, полиневритический тип расстройства чувствительности и вегетативные расстройства в них.

2. Поражение периферических нервов нижних конечностей.

3. Клинический диагноз - алкогольная полиневропатия.

4. Лечение: отказ от алкоголя, ежедневно по 100мг тиамина, фолиевая кислота, витамины В6 и В12 или мильгамма, ЛФК.

5. Для уточнения диагноза необходимо провести электронейромиографическое исследование нервов нижних конечностей.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Собрать анамнез при заболеваниях периферической нервной системы;

2. Провести исследование неврологического статуса: исследовать позу и походку, объем активных движений, особенности осанки, мышечную силу, мышечный тонус и трофику мышц, сухожильные и периостальные рефлексы, патологические рефлексы: Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Шеффера, Россолимо, Бехтерева, Жуковского, поверхностную чувствительность, болевые точки, симптомы натяжения: Ласега, Нери, Дежерина, симптом «посадки», менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, Брудзинского (верхний, средний, нижний)

3. Сформулировать топический и клинический диагноз, назначить лечение.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

Написание рефератов по темам:

1. Остеохондроз шейного отдела позвоночника (клиника, диагностика).

2.Полиневропатии (клиника, диагностика).

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

**Обязательная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 1. Неврология | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |
| 2 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 2. Нейрохирургия | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |

**Дополнительная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учеб. пособие | А.А. Михайленко | СПб.: Фолиант, 2012. | 26 |  |
| 2 | Консультант врача. Неврология [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=26353 |  | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 | 1ЭБСКрасГМУ |  |
| 3 | Наглядная неврология: учеб. пособие для вузов | Р. Баркер, С. Барази, М. Нил; ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. Г. Н. Левицкий | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 1 |  |
| 4 | Неврология: нац. рук. | гл. ред. Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова [и др.] ; | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 4 |  |
| 5 | Неврология: справ. практ. врача | науч. ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. М. Гантман | М.: Литтерра, 2011. | 2 |  |
| 6 | Неврология и нейрохирургия: учеб. пособие | В. М. Назаров, Е. С. Кипарисова, В. Д. Трошин | М.: Академия, 2010. | 2 |  |
| 7 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. тестовых заданий с эталонами ответов для студентов 4 курса, обучающихся по спец. 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=28424 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2011. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 8 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для внеаудитор. работы студентов 4 курса, обучающихся по специальности 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=30305 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2012. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 9 | Нервные болезни: учеб. Пособие | А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец | М.: МЕДпресс-информ, 2010. | 2 |  |
| 10 | Практическая неврология: рук. для врачей | ред. А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, В. В. Шведков | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. | 3 |  |
| 11 | Частная неврология: учеб. Пособие | А. С. Никифоров, Е. И. Гусев | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 7 |  |

**Электронные ресурсы:**

1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";

2. ЭБС Консультант студента;

3. ЭБС Университетская библиотека Online;

 4. ЭНБ eLibrary

**1. Тема №12: «Неврозы. Вегетативная дистония».**

**2. Форма работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.**

1. Клинические проявления психовегетативного синдрома.

2. Симптомы, встречающиеся во время панических атак.

3. Критерии, необходимые для диагностики панической атаки.

4. Лечение психовегетативного синдрома.

5. Купирование панических атак.

6. Клинические проявления периферической вегетативной недостаточности.

7. Основные формы неврозов.

8. Формы неврастении в зависимости от преобладания невротических симптомов.

9. Наиболее часто встречающиеся проявления невроза навязчивых состояний.

10. Основные клинические симптомы неврастении.

11. Характеристика сенсорных нарушений при истероневротических конверсионных расстройствах.

12. Фармакотерапия истерического невроза.

Ответы:

1. Психовегетативный синдром проявляется перманентными и пароксизмальными вегетативными нарушениями (паническими атаками, некоторыми формами обмороков).

2. Панические атаки сопровождаются следующими симптомами. Ощущение нехватки воздуха, сердцебиение и пульсация во всем теле, потливость, онемение и «чувство ползания мурашек» в конечностях или лице, ощущение кома в горле, волны жара или холода, озноб или дрожь, ощущение слабости в руке или ноге, неприятные ощущения в левой половине рудной клетки, чувство головокружения, неустойчивости, ощущение нереальности окружающего мира, ухудшение зрения или слуха, страх смерти, судороги в руках и ногах, неприятные ощущения в желудке и кишечнике, частое мочеиспускание, изменение походки, изменение настроения.

3. Критериями панической атаки являются:

а) пароксизмальность

б) полисистемные вегетативные симптомы

в) эмоционально-аффективные расстройства, выраженность которых может колебаться от «ощущения дискомфорта» до «паники».

4. При ортостатической гипотензии – ограничение объема сосудистого русла и увеличение ОЦК, повышение эндогенной активности симпатической нервной системы, стимуляция вазоконсрикции, блокада вазодилатации. Применяют: флоринеф 0,05-2 р. в сут. (минералокорикоид); мидодрин 2,5 мг – 2 р. в сут.; пропагест 12,5 – 3 р. в сут.; регултон 10 мг-1-3 р. в сут.; офеин 250 мг утром. Для уменьшения периферической вазодилатации: пропранолол 10-40 мг-3-4 р. в сут.; пиндолол 2,5-5 мг – 2-3 р. в сут.; ацетилсалициловая к-та 500 мг в сут.; индометацин 25-50 мг-3 р. в сут.; ибупрофен 200-600 мг-3 р. в сут.; церукал 5-10 мг – 3 р. в сут.; эритропоэтин 2000 ЕД п/к – 3 р. в неделю № 10.

5. Валокордин, корвалол, гипотензивные препараты, бета-блокаторы (анаприлин, обзидан), седативные препараты (седуксен, реланиум, тазепам, рудотель).

6. Периферическая вегетативная недостаточность проявляется ортостатической гипотензией, тахикардией в покое, артериальной гипертензией в положении лежа, гипергидрозом, импотенцией, гастропарезом, запорами, диареей, недержанием мочи, снижением зрения в сумерках, апноэ во сне.

7. Основными формами неврозов являются:

а) неврастения

б) невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивные расстройства

в) истерия (диссоциативные (конверсионные) расстройства).

8. В зависимости от преобладания невротических симптомов различают:

а) гиперстеническую форму неврастении

б) гипостеническую форму неврастении.

9. Основными проявлениями невроза навязчивых состояний являются:

а) фобии

б) компульсии

в) контрастные переживания.

10. Основными признаками неврастении являются постоянные жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы, на слабость в теле и истощение от минимальных усилий, ощущения мышечных болей, тензионной головной боли, головокружения, нарушения сна, неспособность расслабиться, раздражительность, диспепсию.

11. Сенсорные нарушения при истерии (тактильные, температурные или болевые анестезии, гипо- и гиперестезии, истералгии) топически не соответствуют схеме иннервации данной части тела. Характерны анестезия по типу перчаток, чулок, носков, расстройства зрения: истерический амавроз, концентрическое сужение полей зрения, извращение цветоощущения, истерическая скотома при сохранности зрачковых реакций на свет, нарушение обоняния вкуса и слуха.

12. При лечении истерического невроза применяют индивидуально подобранные комбинации нейролептиков (алимемазин, тиоридазин, левомепромазин), трициклических антидепрессантов с седативным компонентом действия (амитриптилин), транквилизаторов бензодиазепинового ряда и нормотимизирующих препаратов (карбамазепин).

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Тесты

I. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ВЕГЕТАТИВНЫХ КРИЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ

1. тревожные невротические расстройства

2. черепномозговая травма

3. поражение гипоталамуса

4. нейроинфекция

5. поражение мозжечка

Правильный ответ: 1

II. ДЛЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ВЕГЕТАТИВНЫХ КРИЗОВ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРАПАРАТЫ

1. бета-блокаторы

2. беллатаминал

3. клоназепам

4. антидепрессанты

5. верно 3 и 4

Правильный ответ: 5

III. ВЕГЕТАТИВНЫЕ КРИЗЫ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

1. тревогой ожидания

2. агорафобией

3. ограничительным поведением

4. повышением АД

5. верно 1,2 и 3

Правильный ответ: 5

IV. ВЕГЕТАТИВНЫЙ КРИЗ ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ СОСТОЯНИЯМИ

1. височной эпилепсией

2. феохромоцитомой

3. гипогликемией

4. нейрогенной гипервентиляцией

5. верно 1,2 и 3

Правильный ответ: 5

V. СЕГМЕНТАРНЫЙ АППАРАТ СИМПАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРЕДСТАВЛЕН НЕЙРОНАМИ БОКОВЫХ РОГОВ НА УРОВНЕ СЕГМЕНТОВ

1. С5-8

2. Th1-8

3. С8-L2

4. L2-S5

5. L1-S2

Правильный ответ: 3

VI. СЕГМЕНТАРНЫЙ АППАРАТ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРЕДСТАВЛЕН НЕЙРОНАМИ БОКОВЫХ РОГОВ НА УРОВНЕ СЕГМЕНТОВ

1. С2-5

2. С6-Th2

3. Th10-L1

4. S2-S5

5. L2-S5

Правильный ответ: 4

VII. ЦИЛИОСПИНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРЕДСТАВЛЕН НЕЙРОНАМИ БОКОВЫХ РОГОВ НА УРОВНЕ СЕГМЕНТОВ

1. С6-7

2. С7-8

3. С8-Th2

4. Th3-4

5. L2-S5

Правильный ответ: 3

VIII. НЕЙРОТРАНСМИТТЕРОМ В ТЕРМИНАЛЯХ СИМПАТИЧЕСКИХ ПРЕГАНГЛИОНАРНЫХ НЕЙРОНАХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. ацетилхолин

2. адреналин

3. норадреналин

4. дофамин

5. серотонин

Правильный ответ: 1

IX. ВТОРИЧНЫЕ НАДСЕГМЕНТАРНЫЕ ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

1. вегетативно-эмоциональный синдром конституционального характера

2. вегетативно-эмоциональный синдром при остром стрессе

3. мигрень

4. соматические заболевания

5. центральный парапарез

Правильный ответ: 4

X. В ОСНОВЕ СИНДРОМА ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕЖАТ

1. дисфункция неспецифических систем мозга

2. висцеральная вегетативная полиневропатия

3. поражение смешанных нервов, сплетений и корешков, иннервирующих руки и ноги

4. поражение коры головного мозга

5. все перечисленное

Правильный ответ: 2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам.**

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

 Больная Т., 38 лет поступила с жалобами на навязчивый страх совершения агрессивных действий по отношению к своей дочери, из-за чего боялась острых предметов, веревок. Кроме того, беспокоят тревога, неустойчивость настроения, плохой сон, снижение работоспособности, повышение артериального давления до 140/110 мм рт. ст. В неврологическом статусе асимметрия НГС, красный разлитой стойкий дермографизм, гипергидроз ладоней и стоп. На ЭЭГ патологии нет. Анализы крови и мочи – без патологических изменений. Консультирована психиатром. Психический статус: ориентирована правильно, обманов восприятия и бредовых переживаний не выявлено. Интеллектуально-мнестические функции сохранены. Рассказывает о свои переживаниях со страдальческим выражением лица, плачет, заламывая руки, ждет помощи и сочувствия. Критика болезни полная.

1. Выделить ведущие клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5.Перечислить основные методы профилактики осложнений данного заболевания.

Правильный ответ:

 1. Клинические синдромы: фобический, астено-вегетативный.

2. Топический диагноз: поражение надсегментарного отдела вегетативной нервной системы.

3. Клинический диагноз: истерия с фобическим синдромом на фоне психофизиологической вегетативной дистонии.

4. Лечение: амитриптилин 25 мг/сут., сибазон 5 мг/сут., психотерапия.

5. Основные методы профилактики осложнений данного заболевания – ранняя диагностика и своевременная этиопатогенетическая терапия.

Ситуационная задача №2

 Больной Н., 22 года, предъявляет жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы, раздражительность, расстройство сна, потливость. Вышеуказанные симптомы развились после того, как он длительно и напряжено готовился к экзаменам, недосыпал, нерегулярно питался и перенес грипп на ногах. В неврологическом статусе: красный дермографизм, вегетативный тремор век и пальцев вытянутых рук при закрытых глазах, оживлен фон рефлексов АД 125/75 мм рт. ст.

1. Выделить ведущие клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Указать методы профилактики осложнений данного заболевания.

5. Чем обусловлено имеющееся у больного состояние.

Правильный ответ:

1. Клинические синдромы: астено-вегетативный.

2. Топический диагноз: поражение надсегментарного отдела вегетативной нервной системы.

3. Клинический диагноз: гиперстеническая форма неврастении на фоне синдрома вегетативной дистонии по симпатикотоническому типу, перманентное течение.

4. Профилактика осложнений данного заболевания – ранняя диагностика и своевременная этиопатогенетическая терапия.

5. Имеющееся у больного состояние обусловлено перенапряжением нервных процессов, которое было вызвано действием психотравмирующих раздражителей и подавлением эмоциональных проявлений усилием воли, отсутствием достаточного отдыха и сна, перенесенной на ногах вирусной инфекцией.

Ситуационная задача №3 Больная М., 53 года. Жалуется на мнительность и брезгливость, боязнь заражения инфекционными заболеваниями, подавленное настроение, повышенную утомляемость, плохой сон и аппетит. В связи с чем, больная часто мыла руки, ели пищу только приготовленную дома, ходила, подняв руки или держа их перед грудью, чтобы не коснуться кого-нибудь. Из анамнеза известно, что указанные симптомы появились 6 лет назад, когда ее поцарапала чужая кошка и для профилактики бешенства ей были проведены соответствующие прививки. Во время беседы больная отмечает, что имеющиеся переживания чужды ее личности, лишены реальных оснований.

1. Выделить ведущие клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5.Перечислить основные методы профилактики осложнений данного заболевания.

Правильный ответ:

1. Клинические синдромы: тревожно-фобический, астено-вегетативный.

2. Топический диагноз: поражение надсегментарного отдела вегетативной нервной системы.

3. Клинический диагноз: невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство).

4. Лечение: комбинированная терапия с использованием транквилизаторов (мепротан 0,2 - 3 р. в сут., либо нозепам 0,01 – 2 р. в. сут., либо сибазон 5 мг/сут), бета-адреноблокаторов (пропранолол), антидепрессантов (флуоксетин, либо сертралин, либо циталопрам) и психотерапии.

5. Основные методы профилактики осложнений данного заболевания – ранняя диагностика и своевременная этиопатогенетическая терапия.

Ситуационная задача №4

 Больной Ш., 55 лет. Жалуется на навязчивые страхи, ритуалы. Работает инженером. Чтобы избежать неприятностей, старается все делать по определенным правилам. Считает правую сторону счастливой, а левую - не счастливой, вследствие чего, входит в транспорт только с правой ноги. Считает, что «замкнутый круг приносит несчастье» входит и выходит через одну и ту же дверь, возвращается со второго места работы через первое. Переходит улицу только тогда, когда наступает на красноватые булыжники, избегает темных, переход улицы вследствие этого выполняет зигзагами. Бесконечно долго носит «счастливый костюм» или «счастливую» рубаху. Ездит только в транспорте, в номере которого есть восьмерка. К своему поведению больной относится критически, стыдится его, но ничего с собой сделать не может.

1. Выделить ведущие клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5.Перечислить основные методы профилактики осложнений данного заболевания.

Правильный ответ:

1. Клинические синдромы: тревожно-фобический.

2. Топический диагноз: поражение надсегментарного отдела вегетативной нервной системы.

3. Клинический диагноз: невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство).

4. Лечение: антидепрессанты (нафранил 25 мг – 3 р. в сут., либо асентра 50 мг – 1 р. в сут., золофт 50 мг – 1 р. в сут., либо паксил 20 мг в сут. с последующим повышением дозы до 40 мг, либо прозак 20 мг/сут.).

5. Основные методы профилактики осложнений данного заболевания – ранняя диагностика и своевременная этиопатогенетическая терапия.

Ситуационная задача №5

 Больная Л., 20 лет. Жалуется на внезапно возникающие приступы сердцебиения, ознобоподобного гиперкинеза, подъема АД до 140/100 мм рт. ст., чувство онемения и «скрючивание» в левой руке. Приступы сопровождаются страхом, чувством жалости к себе, длятся 20-30 минут, заканчиваются частым, обильным мочеиспусканием. Купируются приступы приемом корвалола. После пароксизмов у больной остается чувство слабости, тревоги, снижение работоспособности. Такие состояния повторяются 1 раз в месяц, в последнее время – чаще: 1 раз в 3 недели. Из анамнеза известно, что больная неоднократно лечилась по поводу синдрома вегетативной дистонии. При осмотре определяется вегетативный тремор век и пальцев вытянутых рук при закрытых глазах, гипергидроз ладоней, подмышечных впадин и стоп, «пятнистая» гиперемия кожи лица и верхней половины грудной клетки, смешанный дермографизм. АД 130/90 мм рт. ст.

1. Выделить ведущие клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5.Перечислить основные методы профилактики осложнений данного заболевания.

Правильный ответ:

1. Клинические синдромы: психовегетативный.

2. Топический диагноз: поражение надсегментарного отдела вегетативной нервной системы.

3. Клинический диагноз: синдром вегетативной дистонии по симпатикотоническому типу с умеренными по частоте средней степени тяжести симпато-адреналовыми пароксизмами.

4. Лечение: антидепрессанты – миансерин 30 мг/сут.; атипичные бензодиазепины – клоназепам 2 мг/сут; бета-адреноблокаторы.

5. Основные методы профилактики осложнений данного заболевания – ранняя диагностика и своевременная этиопатогенетическая терапия.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Собрать анамнез заболевания у больных с проявлениями основных форм неврозов и синдрома вегетативной дистонии.

2. Исследовать вегетативную реактивность, вегетативное обеспечение деятельности и состояние чувствительности, выделить ведущие неврологические синдромы, поставить топический диагноз, сформулировать развернутый клинический диагноз, указав основное и сопутствующие заболевания.

3. Провести дифференциальную диагностику, назначить лечение при различных формах неврозов и синдрома вегетативной дистонии.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

Написание рефератов по темам:

* Особенности клинического течения синдрома вегетативной дистонии по парасимпатикотоническому типу.
* Методы современной медикаментозной и немедикаментозной терапии вегетативной дистонии по симпатикотоническому типу.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

**Обязательная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 1. Неврология | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |
| 2 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 2. Нейрохирургия | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |

**Дополнительная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учеб. пособие | А.А. Михайленко | СПб.: Фолиант, 2012. | 26 |  |
| 2 | Консультант врача. Неврология [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=26353 |  | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 | 1ЭБСКрасГМУ |  |
| 3 | Наглядная неврология: учеб. пособие для вузов | Р. Баркер, С. Барази, М. Нил; ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. Г. Н. Левицкий | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 1 |  |
| 4 | Неврология: нац. рук. | гл. ред. Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова [и др.] ; | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 4 |  |
| 5 | Неврология: справ. практ. врача | науч. ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. М. Гантман | М.: Литтерра, 2011. | 2 |  |
| 6 | Неврология и нейрохирургия: учеб. пособие | В. М. Назаров, Е. С. Кипарисова, В. Д. Трошин | М.: Академия, 2010. | 2 |  |
| 7 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. тестовых заданий с эталонами ответов для студентов 4 курса, обучающихся по спец. 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=28424 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2011. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 8 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для внеаудитор. работы студентов 4 курса, обучающихся по специальности 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=30305 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2012. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 9 | Нервные болезни: учеб. Пособие | А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец | М.: МЕДпресс-информ, 2010. | 2 |  |
| 10 | Практическая неврология: рук. для врачей | ред. А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, В. В. Шведков | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. | 3 |  |
| 11 | Частная неврология: учеб. Пособие | А. С. Никифоров, Е. И. Гусев | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 7 |  |

**Электронные ресурсы:**

1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";

2. ЭБС Консультант студента;

3. ЭБС Университетская библиотека Online;

 4. ЭНБ eLibrary

**1.** **Тема №13: «Вегетативные прозопалгии. Цефалалгии».**

**2. Форма работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.**

1. Функции вегетативной нервной системы.

2. Отделы вегетативной нервной системы.

3. Характеристика симпатического отдела вегетативной нервной системы.

4. Характеристика парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

5. Клинические проявления симпатикотонии.

6. Клинические проявления парасимпатикотонии.

7. Чем представлена периферическая часть симпатического отдела вегетативной нервной системы.

8. Чем представлена периферическая часть парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

9. Зоны симпатической иннервации.

10. Зоны парасимпатической иннервации.

11. По каким рефлексам оценивают состояние сосудистой регуляции.

12. Клинические проявления поражения периферических отделов симпатической нервной системы.

Ответы:

1. Вегетативная нервная система регулирует трофику тканей, деятельность внутренних органов, эндо- и экзокринных желез, кровеносных и лимфатических сосудов, гладкой и поперечно-полосатой мускулатуры, органов чувств.

2. Анатомически вегетативная нервная система подразделяется на центральный и периферический отделы. Центральный отдел - это совокупность нервных клеток и волокон в головном и спинном мозге. Периферический отдел представлен пограничным симпатическим стволом с узлами, вне- и внутриорганными сплетениями, отдельными клетками и их скоплениями в нервных стволах и сплетениях.

3. Узлы симпатического ствола находятся вне иннервируемого органа. Возбуждающим медиатором является адреналин, тормозным - эрготамин. Функция -эрготропная, направленная на вегетативно-метаболическое обеспечение различных форм адаптивного целенаправленного поведения.

4. Парасимпатические узлы расположены в стенке или около соответствующего органа. Возбуждающим медиатором является ацетилхолин, тормозным - атропин. Функция - трофотропная, направленная на поддержание динамического постоянства внутренней среды организма.

5. Признаками симпатикотонии являются: частый пульс, тахипноэ, блеск глаз, расширение зрачков, наклонность к артериальной гипертензии, зябкость, похудание, запоры, тревожность, повышение работоспособности в вечернее время, инициативность при пониженной сосредоточенности.

6. Для парасимпатикотонии характерны: замедление пульса, снижение артериального давления, наклонность к обморокам, ожирению, гипергидрозу, узкие зрачки, апатия, нерешительность, хорошая работоспособность в утренние часы.

7. Периферическая часть симпатического отдела вегетативной нервной системы состоит из нейронов боковых рогов грудных и поясничных (Li - Lm) сегментов спинного мозга, аксонов этих клеток, проходящих в составе передних корешков, от которых отделяются белые соединительные ветви грудных и поясничных спинномозговых нервов, заканчивающиеся в узлах симпатического ствола (24 пары узлов). Волокна, отходящие от синаптического ствола идут к исполнительным органам; пресинаптические волокна - к промежуточным узлам.

8. Парасимпатическая нервная система состоит из нейронов, расположенных в сером веществе ствола мозга (ядра Ш, VII, ГХ, X пар) и в крестцовых сегментах (Sn-Siv). Аксоны этих клеток идут в составе соматических и вегетативных нервов до исполнительного органа (интрамуральные узлы), постганглионарные волокна контактируют с гладкими мышцами и слизистыми оболочками.

9. От верхнего шейного симпатического узла отходят волокна к наружной и внутренней сонным артериям и их разветвлениям. От третьей пары шейных симпатических узлов отходит верхний шейный сердечный нерв, образующий симпатическое сплетение в сердце. Ветви от пяти верхних грудных ганглиев снабжают сосудодвигательными волокнами грудную часть аорты, бронхи. Волокна от нижних семи грудных узлов подходит к чревному, верхнему и нижнему брыжеечным узлам, аксоны которых образуют чревное и подчревное сплетения, иннервирующие органы малого таза.

10. В составе лицевого нерва идут волокна, иннервирующие секреторные слезоотделительные клетки, подчелюстную и подъязычную слюнные железы. Парасимпатические волокна ядер среднего мозга (в составе п. oculomotorius) подходят к ресничной мышце. Волокна ядер продолговатого мозга формируют блуждающий нерв и обеспечивают парасимпатическую иннервацию сердца, легких, пищеварительной системы. Парасимпатические образования крестцового отдела иннервируют мочеполовые органы и прямую кишку.

11. Состояние сосудистой регуляции оценивают по сердечно-сосудистым рефлексам:

а) глазосердечному

б) солярному

в) клиностатическому

г) ортостатическому

д) рефлексу Ортнера.

12. Могут возникать своеобразные боли - симпаталгии. Боли мучительные, иногда пульсирующие, склонные к иррадиации, усиливаются при охлаждении и под влиянием эмоций, при легкой скользящей пальпации артерий, в ряде случаев сочетаются с вегетативно-трофическими расстройствами и нарушениями чувствительности в дистальных отделах конечностей по типу «перчаток» или «носков». Каузалгии - болевой синдром, возникающий как осложнение при травмах некоторых нервов конечностей (срединного, большеберцового и др.). Боли носят интенсивный, жгучий характер, заставляют охлаждать и смачивать кожу, усиливаются при отрицательных эмоциях, раздражениях кожных рецепторов и органов чувств, сопровождаются изменением психики и вазомоторно-секреторно-трофическими расстройствами, более выраженными в дистальных отделах.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Тесты

I. ДЛЯ КЛАССИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНЫ

1. перманентный болевой синдром

2. гипалгезия на лице в области иннервации II и III ветвей V нерва

3. курковые зоны на лице

4. психомоторное возбуждение во время приступа

5. верно 2 и 3

Правильный ответ: 5

II. ДЛЯ НЕЙРОПАТИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНЫ

1. снижение корнеального рефлекса

2. нарушение вкуса на задней трети языка

3. гипалгезия во внутренней зоне Зельдера

4. гипертрофия жевательной мускулатуры

5. все перечисленное

Правильный ответ: 1

III. ДЛЯ НЕВРИТА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНЫ

1. отсутствие постоянного болевого синдрома

2. гипестезия на лице

3. трофические расстройства на лице

4. слабость жевательной мускулатуры

5. верно 3 и 4

Правильный ответ: 5

IV. ДЛЯ НЕВРАЛГИИ НОСОРЕСНИЧНОГО УЗЛА ХАРАКТЕРНЫ

1. приступообразные боли в области глаза и носа

2. приступообразные боли в лобно-височно-затылочной области

3. ринорея, слезотечение

4. верно 1 и 3

5. верно 2 и 3

Правильный ответ: 4

V. ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРИСТУПЫ ПРОДОЛЖАЮТСЯ

1. секунды

2. минуты

3. часы

4. дни

5. недели

Правильный ответ: 1

VI. СИНДРОМ УШНОГО УЗЛА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. пароксизмами односторонних болей жгучего характера в височной области

2. приступы болей в глазничных, носовых и подглазничных областях лица

3. пароксизмами сильных болей в глазном яблоке или позади него

4. постоянными тупыми болями в подчелюстной области и в языке

5. нарушение глотания

Правильный ответ: 1

VII. БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА И АТИПИЧНЫЕ ЛИЦЕВЫЕ БОЛИ МОГУТ БЫТЬ

1. стреляющими

2. пароксизмальными

3. сочетанными с участками анестезии

4. односторонними

5. двусторонними

Правильный ответ: 4

VIII. В ОСТРОЙ СТАДИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАЧИНАЮТ С НАЗНАЧЕНИЯ

1. антиконвульсантов

2. десенсибилизирующих

3. анальгетиков

4. снотворных

Правильный ответ: 1

IX. КАКОМУ ПРЕПАРАТУ ИЗ ГРУППЫ АНТИКОНВУЛЬСАНТОВ ОТДАЕТСЯ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

1. тегретол

2. морфолеп

3. суксилеп

4. триметин

5. парацетамол

Правильный ответ: 1

X. СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ КРЫЛОНЕБНОГО УЗЛА ИЗВЕСТЕН ПОД НАЗВАНИЕМ

1. синдром Сладера

2. синдром Оппенгейма

3. синдром Горнера

4. синдром Свегрена

5. синдром Лайелла

Правильный ответ: 1

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

 Больная М, 44 года обратилась с жалобами на боли в челюсти при зевании и при неправильном прикусе. Часто в течение дня ощущение ледяной капли воды в области виска и над ухом, сопровождающиеся эпизодическими интенсивными, стреляющими болями в области лица с правой стороны.

Объективно: слизистая оболочка в области рта гиперемирована. В течение приема произошел болевой приступ, продолжающийся около двух минут. Больная замерла в той позе, в которой застал ее болевой пароксизм, стала растирать зону боли и совершать чмокающие движения. В период приступа больная отвечала на вопросы односложно, едва приоткрывая рот. На высоте пароксизма были подергивания лицевой мускулатуры, а также вегетативные проявления: заложенность носа, слезотечение, покраснение лица. В анамнезе – удаление абсцесса в области15, 16, 17 зубов 2 месяца назад.

1. Назвать клинический синдром.

2. Поставить топический диагноз.

3. Назначить лечение.

4. Перечислить функции вегетативной нервной системы.

5. Симптомы неврита тройничного нерва.

Правильный ответ:

# 1. Совокупность клинических проявлений характерна для невралгии тройничного нерва справа периферического генеза (инфекционной природы), с правосторонней гемигиперестезией в области лица.

2. Топический диагноз – невралгия тройничного нерва справа.

3. Лечение

Карбамазепин 0,1 гр - по 1 табл 2 раза в сутки

Баклофен 0,005 гр - по 1 табл 2 раза в сутки

Феназепам 0,001 гр - по 1 табл 2 раза в сутки

Витамин В1 5% - 1 мл внутримышечно 1 раз в день

Витамин В2 0,01 гр по 1 табл в сутки

Лидокаин 2%-2 мл для местной анестезии

Иглорефлексотерапия

4. Вегетативная нервная система регулирует трофику тканей, деятельность внутренних органов, эндо- и экзокринных желез, кровеносных и лимфатических сосудов, гладкой и поперечно-полосатой мускулатуры, органов чувств.

5. Для неврита тройничного нерва характерны трофические расстройства на лице и слабость жевательной мускулатуры.

Ситуационная задача №2

 Больная, 49 лет заболела после левостороннего отита, когда появились спонтанные боли, приступы стреляющего характера продолжительностью до 10 мин в наружном слуховом проходе слева, иррадиирующие в висок, щеку и сосцевидный отросток. Объективно: явления левосторонней сосудистой дистонии с повышением периферического сопротивления и затруднением венозного оттока (по данным реофациографии), легкий регионарный признак симпатического раздражения (боль при пальпации левого сосудисто-нервного пучка на шее).

1. Назвать клинический синдром.

2. Поставить топический диагноз.

3. Назначить лечение.

4. Перечислить отделы вегетативной нервной системы.

5. Дать характеристику симпатическому отделу вегетативной нервной системы.

Правильный ответ:

1. Совокупность клинических проявлений характерна для невралгии барабанного нерва, синдрома Рейхерта.

2. Топический диагноз – поражение барабанного нерва.

3. Лечение

Анальгин 50% - 2мл +

Дипразин 2,5% - 1 мл внутримышечно при сильных болях

Дикаин 2% - турунды в область наружного слухового прохода, смоченные в растворе

Гексамитилентетрамин 40% - 10 мл +

Глюкоза 40% - 5 мл №10 инъекций

Витамины Bl, B12

Электрофорез на область слухового прохода.

4. Анатомически вегетативная нервная система подразделяется на центральный и периферический отделы. Центральный отдел - это совокупность нервных клеток и волокон в головном и спинном мозге. Периферический отдел представлен пограничным симпатическим стволом с узлами, вне- и внутриорганными сплетениями, отдельными клетками и их скоплениями в нервных стволах и сплетениях.

5. Узлы симпатического ствола находятся вне иннервируемого органа. Возбуждающим медиатором является адреналин, тормозным - эрготамин. Функция - эрготропная, направленная на вегетативно-метаболическое обеспечение различных форм адаптивного целенаправленного поведения.

Ситуационная задача №3

 Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на острые боли в правом ухе, снижение остроты слуха, нарушение вкусовой чувствительности передних 2/3 языка, усиленное слезотечение, асимметрию лица и высыпания вокруг правого наружного слухового прохода. Объективно: вокруг правого наружного слухового прохода герпетические высыпания, покрытые гнойно-геморрагической коркой, правый наружный слуховой проход отечен, гиперемирован, симметрия лица нарушена (на правой стороне носогубная и складки лба сглажены, глазная щель расширена, опущен угол рта), отсутствуют надбровный и роговичный рефлексы, слезотечение усиленно. Данные лабораторного и инструментального исследования: наличие Herpes Zoster в высыпаниях.

1. Назвать клинический синдром.

2. Поставить топический диагноз.

3. Назначить лечение.

4. Что характерно для нейропатии тройничного нерва.

5. Дать характеристику парасимпатическому отделу вегетативной нервной системы.

Правильный ответ:

# 1. Совокупность клинических проявлений характерна для ганглионита коленчатого узла справа инфекционно-аллергической этиологии (герпес), пареза мимической мускулатуры справа (синдром Ханта).

2. Топический диагноз – поражение коленчатого узла справа.

3. Лечение

Анальгетическая смесь: промедола 0,005 г, гексония 0,0028 г, димедрола 0,01 г, фенацетина 0,05 г, анальгина 0,1 г - по 1 порции 2-3 раза в день.

Гексамитилентетрамин 40% - 10 мл +

Глюкоза 40% - 5 мл №10 внутривенно

Витамины Bl, B12

ДНКаза по 25мг внутримышечно 6 раз в сутки через 4 часа

Сывороточный иммунотрипсин по 0,01 г 3 раза в сутки внутримышечно 6-8 дней

Курантил 0,025 г – по 1 таблетке 3 раза в день

Ацикловир 0,2 г – по 1 таблетке 5 раз в день

Электрофорез с новокаином

4. Для нейропатии тройничного нерва характерно снижение корнеального рефлекса.

5. Парасимпатические узлы расположены в стенке или около соответствующего органа. Возбуждающим медиатором является ацетилхолин, тормозным - атропин. Функция - трофотропная, направленная на поддержание динамического постоянства внутренней среды организма.

Ситуационная задача №4

 Больной П. 45 лет предъявляет жалобы на приступообразные, жгучие, нестерпимые боли в передних 2/3 правой половины языка и правой подъязычной области до 30 минут, провоцируемые приемом пищи (особенно кислой), разговором, ощущения напряжения и полноты нижней губы, языка, сопровождающиеся увеличением слюноотделения. Иногда сухость во рту Заболел после переохлаждения. Выявлены отечность слизистой оболочки правой половины языка в области спинки и боковых отделах справа, болезненность при пальпации точки проекции правого подъязычного и подчелюстного узлов.

1. Назвать клинический синдром.

2. Поставить топический диагноз.

3. Назначить лечение.

4. Указать зоны симпатической иннервации.

5. С назначения каких препаратов начинают оказание экстренной медикаментозной помощи в острой стадии невралгии тройничного нерва.

Правильный ответ:

# 1. Совокупность клинических проявлений характерна для ганглионита подъязычного и подчелюстного узлов справа.

2. Топический диагноз – синдром поражения подъязычного и подчелюстного узлов справа.

3. Лечение

Тегретол 200 мг - 1 табл. 2 раза в день после еды в течение 3 недель

Финлепсин 200 мг - 1 табл. 2 раза в день после еды в течение 3 недель

Витамины Bl, B12

Новокаина 1%-5 мл - проводниковые блокады №15 3 раза в неделю в область проекции подчелюстного и подъязычного ганглия

Дарсонвализация

Иглотерапия 1 раз в день № 10 дней.

4. От верхнего шейного симпатического узла отходят волокна к наружной и внутренней сонным артериям и их разветвлениям. От третьей пары шейных симпатических узлов отходит верхний шейный сердечный нерв, образующий симпатическое сплетение в сердце. Ветви от пяти верхних грудных ганглиев снабжают сосудодвигательными волокнами грудную часть аорты, бронхи. Волокна от нижних семи грудных узлов подходит к чревному, верхнему и нижнему брыжеечным узлам, аксоны которых образуют чревное и подчревное сплетения, иннервирующие органы малого таза.

5. В острой стадии невралгии тройничного нерва оказание экстренной медикаментозной помощи начинают с назначения антиконвульсантов.

Ситуационная задача №5

 Больной Л., 64 лет, жалобы на болевые приступы длительностью до 30 мин жгучего, нестерпимого характера в правой подъязычной области и правой половине языка. Объективно: отечность слизистой оболочки, гиперестезия болевой чувствительности правой половины языка, болезненность при пальпации точки проекции правого подъязычного узла.

1. Назвать клинический синдром.

2. Поставить топический диагноз.

3. Назначить лечение.

4. По каким рефлексам оценивают состояние сосудистой регуляции.

5. Как называется симптомокомплекс, возникающий при поражении крылонебного узла.

Правильный ответ:

# 1. Совокупность клинических проявлений характерна для невралгии правого язычного нерва, ганглиопатии правого подъязычного узла.

2. Топический диагноз – поражение правого язычного нерва и правого подъязычного узла.

3. Лечение

Ганглерон 1,5%-1 мл - 4 раза в день внутримышечно

Супрастин 0,025 г – по 1 табл 3 раза в день

Никотиновая кислота 0,05 г – по 1 табл 2 раза в день после еды)

Индометацин 0,025 г – по 1 табл 3 раза в день

Феназепам 0,001 гр - по 1 табл 2 раза в сутки

Электрофорез с новокаином №15

Санация воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

4. Состояние сосудистой регуляции оценивают по сердечно-сосудистым рефлексам: глазосердечному, солярному, клиностатическому, ортостатическому, рефлексу Ортнера.

5. Симптомокомплекс, возникающий при поражении крылонебного узла известен под названием синдром Сладера.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Исследовать и оценить функции вегетативной нервной системы.

2. Выявить наличие прозопалгий и цефалалгий (синдромы Сладера, Чарлина, Оппенгейма и Хортона).

3. Сформулировать синдромальный и топический диагноз.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

Написание рефератов по темам:

* Синдром крылонебного узла (синдром Сладера).
* Синдром Чарлина.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

**Обязательная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 1. Неврология | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |
| 2 | Неврология и нейрохирургия: учебник. Т. 2. Нейрохирургия | И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцов | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 25 |  |

**Дополнительная**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кол-во экземпляров |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы),составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство, год | В библиотеке | На кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учеб. пособие | А.А. Михайленко | СПб.: Фолиант, 2012. | 26 |  |
| 2 | Консультант врача. Неврология [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=26353 |  | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 | 1ЭБСКрасГМУ |  |
| 3 | Наглядная неврология: учеб. пособие для вузов | Р. Баркер, С. Барази, М. Нил; ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. Г. Н. Левицкий | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 1 |  |
| 4 | Неврология: нац. рук. | гл. ред. Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова [и др.] ; | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 4 |  |
| 5 | Неврология: справ. практ. врача | науч. ред. В. И. Скворцова; пер. с англ. М. Гантман | М.: Литтерра, 2011. | 2 |  |
| 6 | Неврология и нейрохирургия: учеб. пособие | В. М. Назаров, Е. С. Кипарисова, В. Д. Трошин | М.: Академия, 2010. | 2 |  |
| 7 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. тестовых заданий с эталонами ответов для студентов 4 курса, обучающихся по спец. 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=28424 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2011. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 8 | Нервные болезни [Электронный ресурс]: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для внеаудитор. работы студентов 4 курса, обучающихся по специальности 060105 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=30305 | сост. И. В. Колесникова | Красноярск: КрасГМУ, 2012. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 9 | Нервные болезни: учеб. Пособие | А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец | М.: МЕДпресс-информ, 2010. | 2 |  |
| 10 | Практическая неврология: рук. для врачей | ред. А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, В. В. Шведков | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. | 3 |  |
| 11 | Частная неврология: учеб. Пособие | А. С. Никифоров, Е. И. Гусев | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 7 |  |

**Электронные ресурсы:**

1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";

2. ЭБС Консультант студента;

3. ЭБС Университетская библиотека Online;

 4. ЭНБ eLibrary