

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра нервових хвороб

НЕЙРОСТОМАТОЛОГІЯ

навчально-методичний посібник

для аудиторної та самостійної роботи

студентів IV курсу медичного факультету вищих навчальних закладів

III-IV рівня акредитації

(видання друге доопрацьоване)

Запоріжжя, 2017

УДК 616.833.1(075.8)

К 59

*Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ
(протокол № 3 від «02» березня 2017 р.)
та рекомендовано для використання у освітньому процесі*

Автори:

Козьолкін О. А., д.мед.н., професор;

Сікорська М. В., к.мед.н., доцент;

Візір І. В., к.мед.н., доцент.

Рецензенти:

Сиволап В. В., доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Запорізького державного медичного університету;

Возний О. В., доктор медичних наук, завідувач кафедри терапевтичної, ортопедичної і дитячої стоматології.

Козьолкін О. А.

Нейростоматологія : навч.-метод. посіб. для аудиторної та самостійної роботи студентів IV курсу мед. ф-ту / О. А. Козьолкін, М. В. Сікорська, І. В. Візір. – 2-ге вид., доопрац. - Запоріжжя : [ЗДМУ], 2017. – 167 с.

Даний навчально-методичний посібник призначений для студентів медичного факультету, які навчаються по спеціальності «Нейростоматологія».

Представлені методичні розробки для практичних занять, де в стислій формі викладений зміст кожної теми, питання до підготовки, наведені приклади рішення тестовий та ситуаційних задач та задачі для самостійного розв'язування, що значно полегшує самостійну роботу студентів. Використовуючи навчально-методичний посібник студентам значно легше виділяти клінічні симптоми, об'єднувати їх в синдроми і на підставі цього формулювати топічний діагноз. При цьому вирішується ціль – розвиток клінічного мислення за рахунок активного оволодіння аналітичною системою діагностичних міркувань при рішенні клінічних задач. Логіка клінічного мислення неврологів засновується на анатомо-фізіологічних даних про нервову систему в нормі і при порушеннях в її роботі.

Таким чином, даний навчально-методичний посібник, який підготовлений співробітниками кафедри, буде сприяти підвищенню якості навчання студентів, покращить рівень діагностики захворювань нервової системи.

ЗМІСТ

Передмова	4
Синдроми ураження рухової, чутливої системи, екстра пірамідної системи (ЕПС), мозочка.	5
Патологія нюхового та зорового аналізаторів. Синдроми ураження окорухових нервів.	26
Локалізація функцій у корі головного мозку. Синдроми уражень. Спинномозкова рідина, її зміни. Менінгеальний синдром.	41
Ураження трійчастого нерва.	47
Лицьовий нерв. Синдроми ураження. Захворювання лицьового нерва.	57
Патологія IX-XII пар черепних нервів. Синдроми ураження язикоглоткового, блукаючого та під'язичного нервів в стоматологічній практиці.	66
Патологія вегетативної нервової системи. Вегетативні прозопалгії та інші нейрогенні захворювання обличчя.	78
Теми для самостійного опрацювання	88
Епілепсія та не епілептичні пароксизмальні стани.	88
Інфекційні хвороби нервової системи. Менінгіти.	93
Інфекційні хвороби нервової системи. Арахноїдіти. Енцефаліти.	102
Демілінізуючі захворювання нервової системи. Розсіяний склероз. Гострий розсіяний енцефаломієліт. Боковий аміотрофічний склероз.	114
Судинні захворювання головного та спинного мозку.	120
Головний біль. Пучковий головний біль. Головний біль напруги. Мігрень. Порушення сну	130
Захворювання периферичної нервової системи.	143
Тести для самопідготовки.	155
Перелік літератури.	164

ПЕРЕДМОВА

Навчально-методичний посібник «Нейростоматологія» призначений для студентів медичних ВУЗів, що навчаються по спеціальності «Стоматологія». Друге допрацьоване видання посібника зумовлене змінами в робочій програмі, які стосуються зменшення кількості навчальних академічних годин тих тем, що розглядаються на практичних заняттях, лекційному курсі та під час самостійної роботи.

В посібнику надані методичні розробки до практичних занять та самостійної роботи, де представлені питання до усного опитування, стисло наданий зміст заняття, оновлені тестові завдання та ситуаційні задачі. Крім того, надані задачі та тести для підготовки до проведення модульного контролю. В медичному посібнику представлена сучасна класифікація нейростоматологічних захворювань, основні нейростоматологічні синдроми та захворювання, питання диференціальної діагностики та принципи лікування.

Як відомо, найбільш поширені неврологічні захворювання, що зустрічаються в практиці лікаря-стоматолога – це патологія лицьового, трійчастого нервів, гангліоніти, тому в посібнику ці захворювання представлені в більшому обсязі ніж глосодінія, патологія пов'язана з судинами, демілінізуючими захворюваннями та патологією периферичної нервової системи.

Використання навчально-методичного посібника «Нейростоматологія», що підготовлений співробітниками кафедри, при використанні в навчальному процесі буде сприяти підвищенню якості навчання студентів-стоматологів, а в подальшому покращенню рівня діагностики і лікування нейростоматологічних захворювань в практичній діяльності.

Синдроми ураження рухової, чутливої системи, екстрапірамідної системи (ЕПС), мозочка.

I. Актуальність теми

Нервова система являє собою найскладнішу систему, що створена еволюцією. Володіння знаннями про функціонування нервової системи в нормі та патології необхідно для розуміння наявності багатьох симптомів, які спостерігаються в клініці нервових хвороб. Вміння вчасно виявити у хворого наявність чутливих, координаційних, рухових розладів дозволить лікарям визначити рівень ураження, встановити точний топічний діагноз, призначити необхідні додаткові методи дослідження, лікування.

II. Навчальні цілі

Студент повинен **знати:**

1. Анатомічні особливості і нейрофізіологію довільних рухів, екстрапірамідної системи, мозочка, чутливості (α -I).
2. Уявлення про рефлекси, рівні замикання шкірних, сухожилкових, періостальних рефлексів (α -I).
3. Ознаки периферичного та центрального паралічів (α -I).
4. Механізм забезпечення м'язового тону (α -II).
5. Класифікацію чутливості, види и типи чутливих порушень (α -II).
6. Види атаксій, диференційну діагностику між ними (α -II).
7. Клінічні прояви ураження екстрапірамідної системи (α -II).

Оволодіння навичками:

1. Перевіряти об'єм активних і пасивних рухів в суглобах кінцівок (α -III).
2. Досліджувати силу м'язів кінцівок (α -III).
3. Виявляти наявність м'язових атрофій, фасцикулярних і фібрилярних посмикувань (α -III).
4. Виявити порушення екстрапірамідної системи, визначити характер і рівень (α -III).
5. Досліджувати види поверхневої, глибокої, складної чутливості (α -III).
6. Виявляти наявність порушень координації, атаксії, порушення м'язового тону при мозочкових розладах.

Студент повинен **вміти:**

1. Проводити клініко-неврологічні обстеження хворих з руховими, чутливими, координаторними та рефлекторними розладами.
2. Вміти на підставі виявлених симптомів визначити локалізацію патологічного осередку.

III. Виховні цілі

Сформулювати у студентів уважність та ретельність при дослідженні рефлекторної, рухової, чутливої системи, координації. Виховувати чуйне, гуманне ставлення до хворих з неврологічними захворюваннями. Розвинути психологічні навички спілкування з пацієнтами.

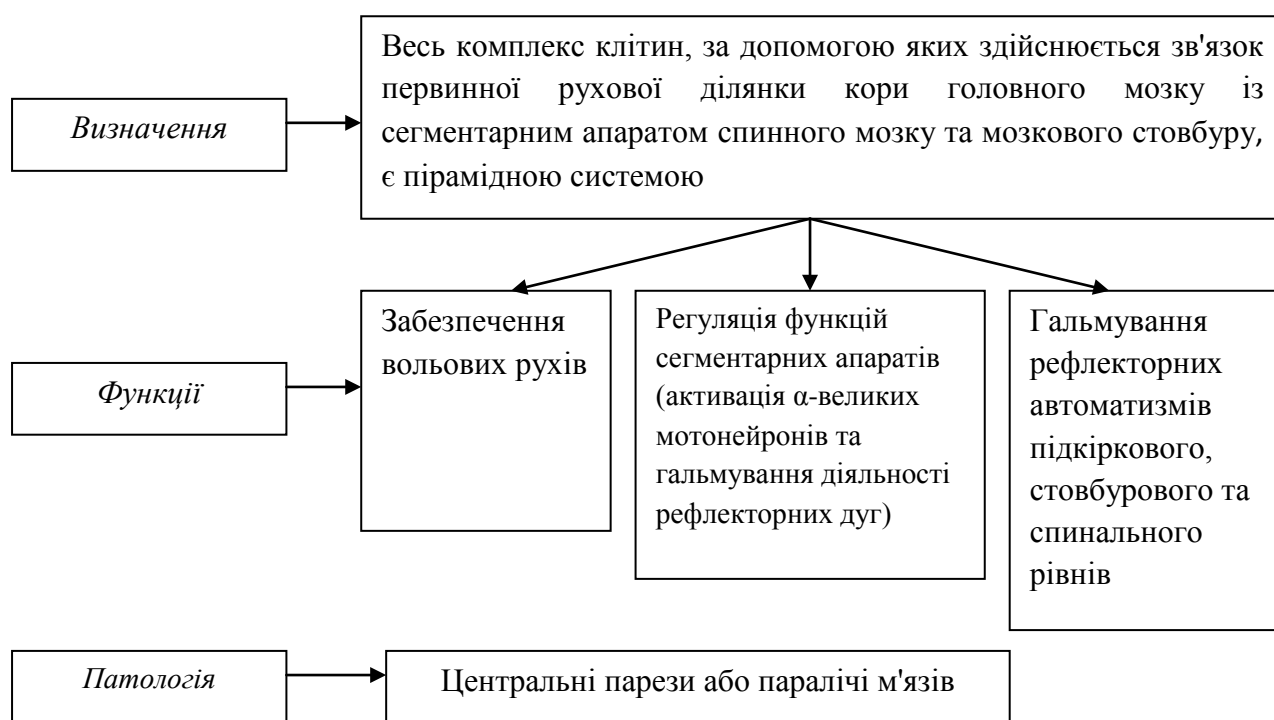
IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліна	Знати	Уміти
Попередні дисципліни		
Нормальна анатомія	Анатомію головного та спинного мозку, периферичної та ЕПС.	На таблицях і муляжах показати різні відділи нервової системи. На тілі пацієнта показати розташування дерматомів, точок виходу периферичних нервів.
Нормальна фізіологія	Будову рухових нейронів, рецепторів, фізіологію екстра пірамідної системи, мозочка; будову аналізаторів загальних видів чутливості; будову та функцію ноцептивної системи мозку.	Досліджувати функції мозочка. Намалювати схему взаємозв'язків між структурами ЕПС. Мікроскопічно розрізняти нерви, клітини, волокна нервової системи.
Гістологія	Будову мотонейронів, рухових шляхів, периферичних нервів, мозочка, основних ядерних утворень ЕПС.	Мікроскопічно розрізняти нерви, клітини, волокна нервової системи.
Біохімія	Обмін циклічних нейрохоламінів, основні нейромедіатори.	Пояснити вплив нейромедіаторів на нервову систему.
Наступні дисципліни (що забезпечуються)		
Нейрохірургія	Парези, паралічі, порушення чутливості, координації у хворих з травмами та пухлинами головного та спинного мозку	Виявляти синдроми рухових розладів, порушень чутливості та координації у нейрохірургічних хворих.
Інфекційні хвороби	Рухові, чутливі розлади, мозочкові порушення у разі гострого поліомієліту, дифтерії, енцефалітів, лептоменінгітів.	Виявляти рухові, чутливі, рефлексорні та координаторні порушення у хворих з інфекційними захворюваннями нервової системи.
Дитячі хвороби	Рухові розлади, порушення чутливості, координації, м'язового тону у хворих на ДЦП.	Виявити гіперкінези, рухові розлади, порушення чутливості та координації у хворих з ДЦП, спадковими хворобами нервової системи.
Психіатрія	Функціональні рухові, чутливі та координаторні порушення, істеричні гіперкінези та паралічі.	Диференціювати органічні та функціональні чутливі, рухові та координаторні порушення.
Внутрішньопредметна інтеграція		
Захворювання периферичної нервової	Особливості периферичних парезів у разі нефропатій; чутливі розлади у разі ураження	На підставі виявлених симптомів вказати рівень ураження периферичної нервової системи,

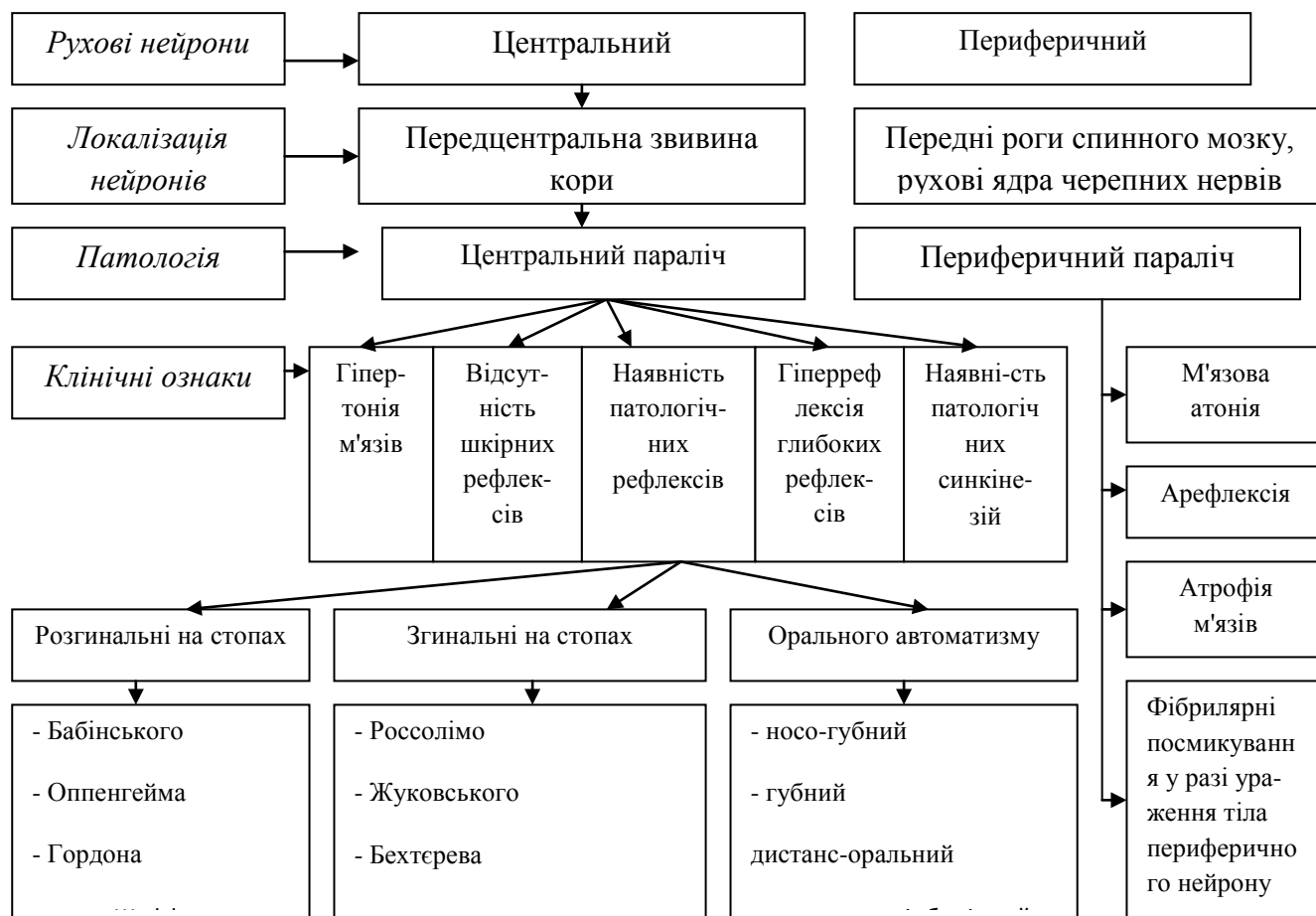
системи	корінців, сплетінь, вузлів.	розрізняти центральні та периферичні ураження.
Судинні захворювання головного мозку	Різновидності парезів та порушень чутливості і координації в разі інсультів та дисциркуляторної енцефалопатії.	Виявляти парези, чутливі розлади, екстрапірамідні та мозочкові синдроми у хворих на цереброваскулярну патологію.
Спадкові захворювання нервової системи	Екстрапірамідні захворювання з ураження екстрапірамідної системи, руховими розладами.	Виявляти парези, екстрапірамідні порушення, атаксії, мязові порушення у хворих за спадковими захворюваннями нервової системи.

V. Зміст теми заняття

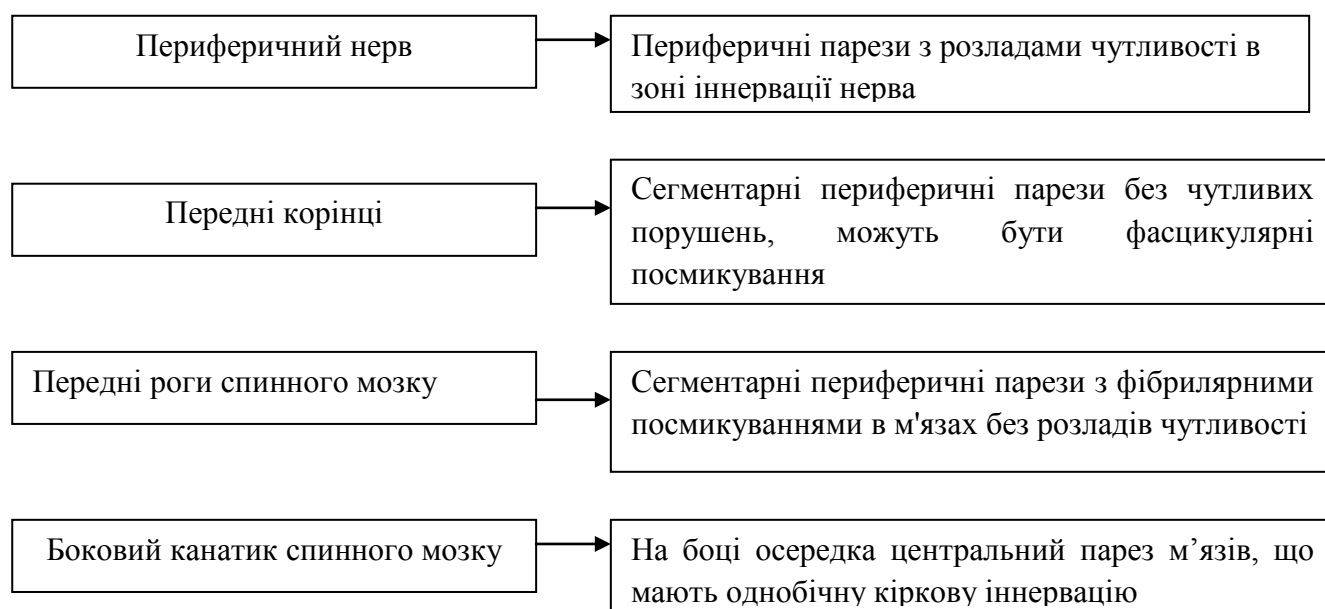
Пірамідна система

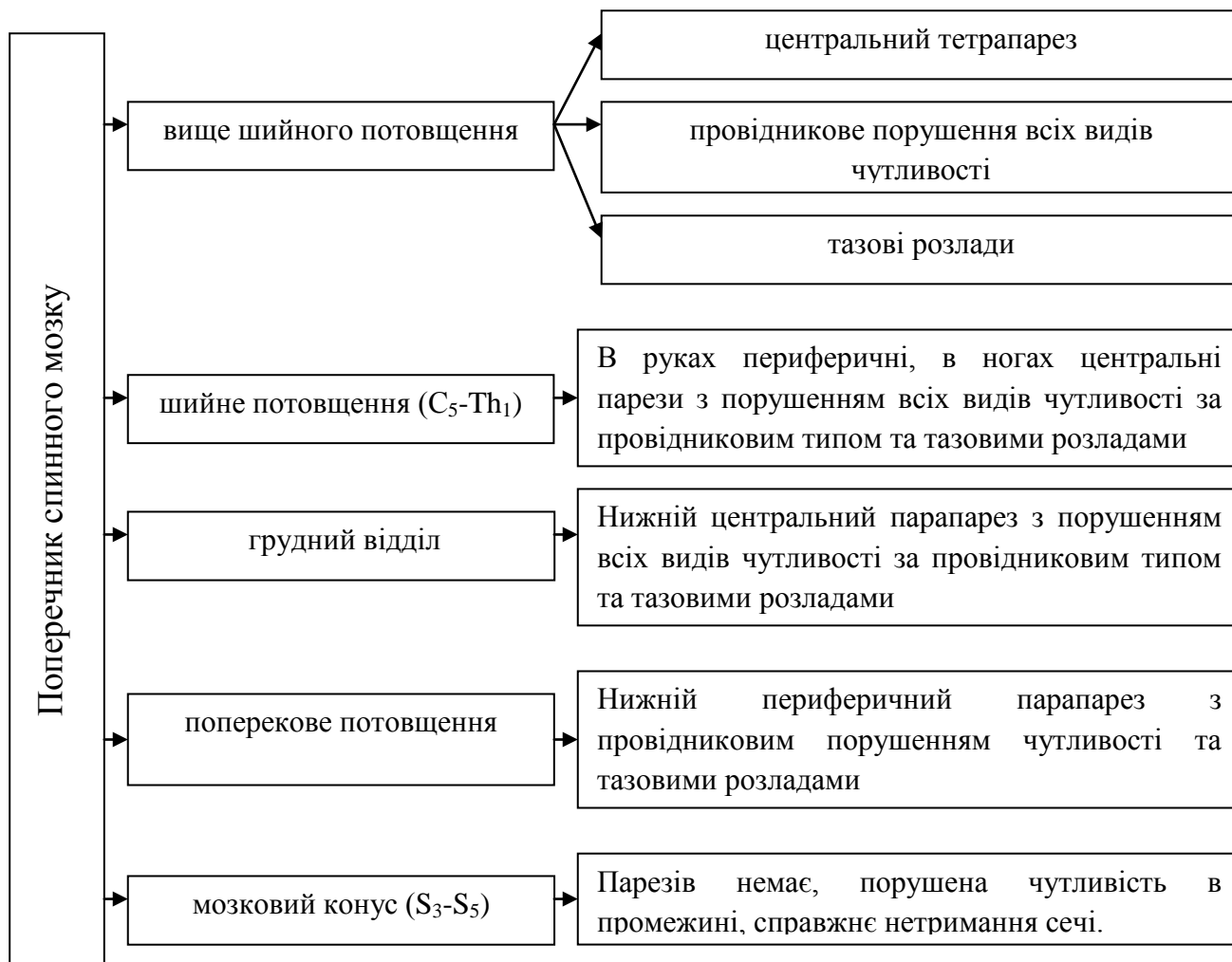


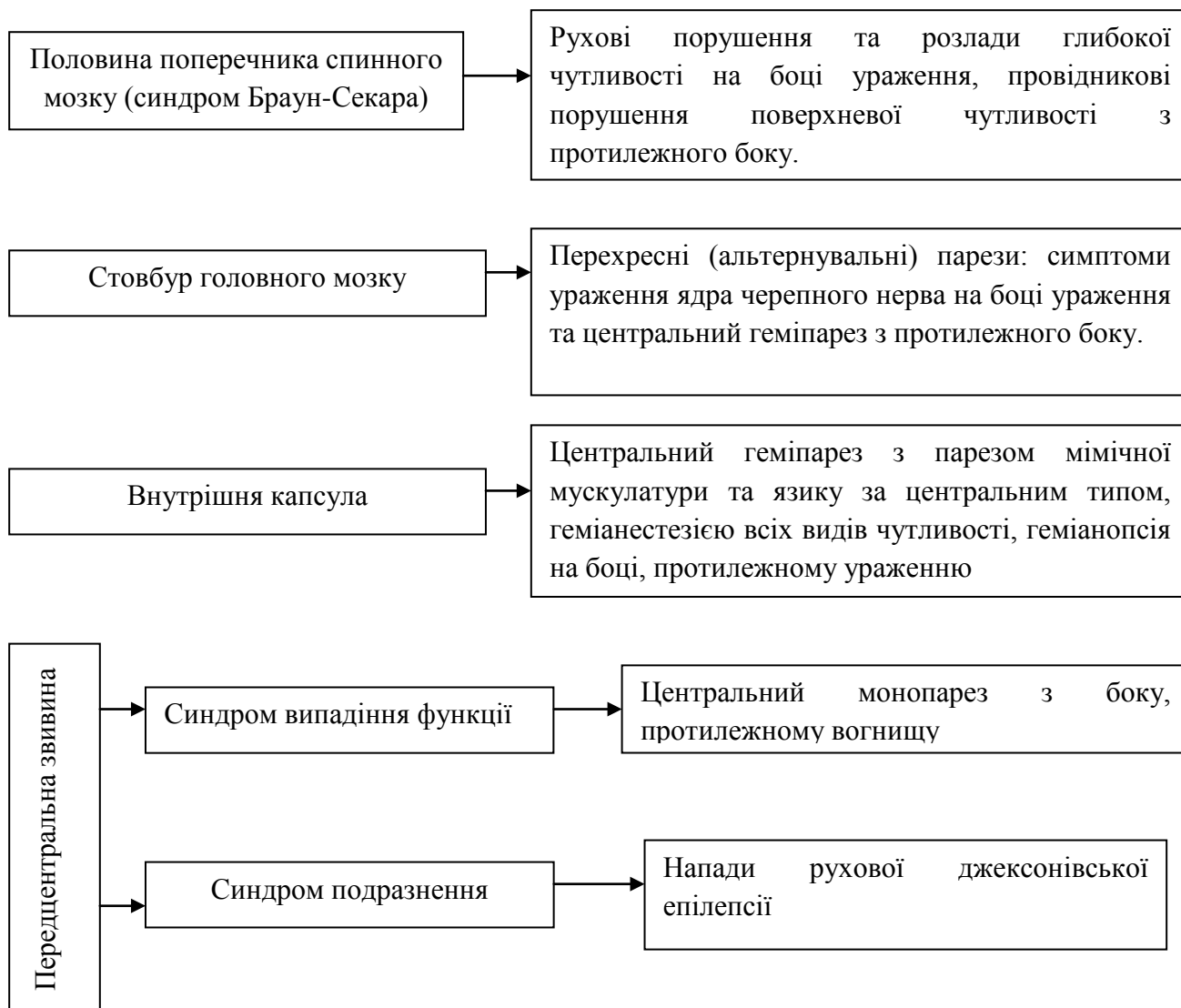
Види паралічів



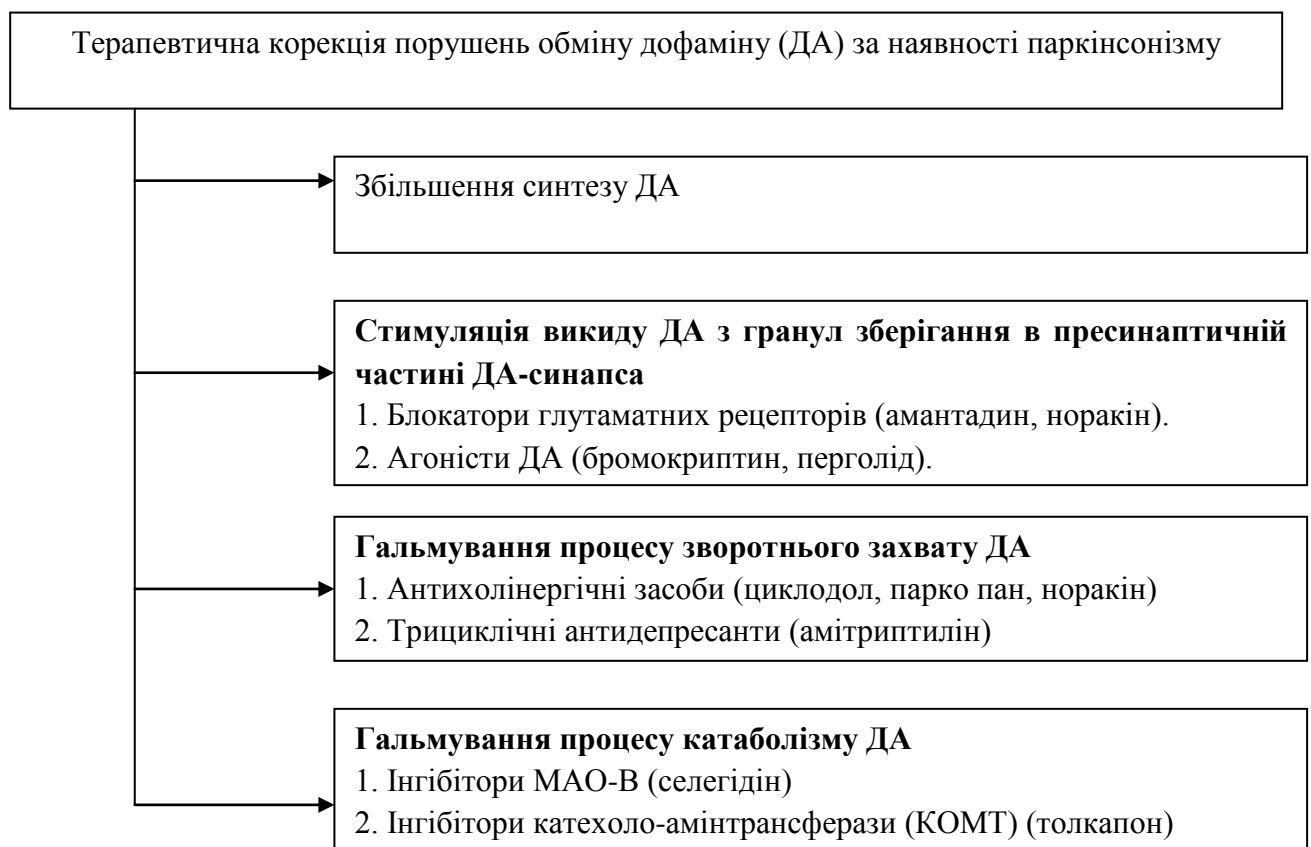
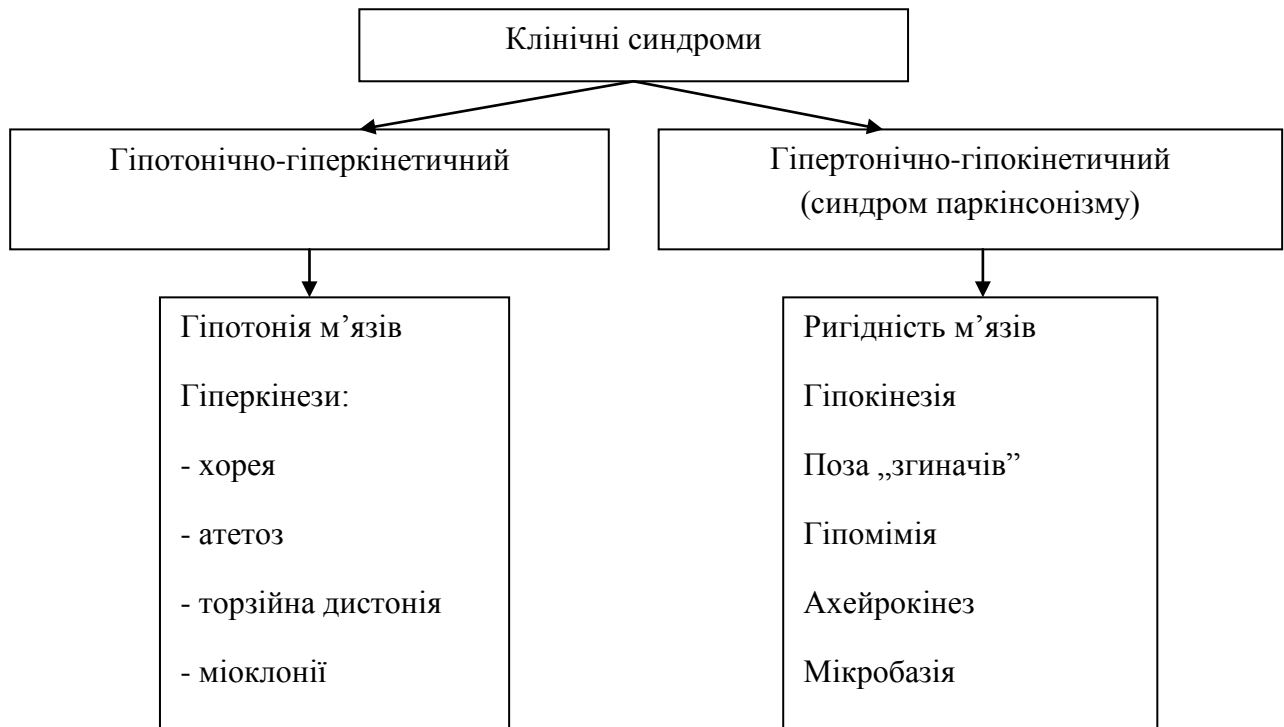
Синдроми рухових розладів

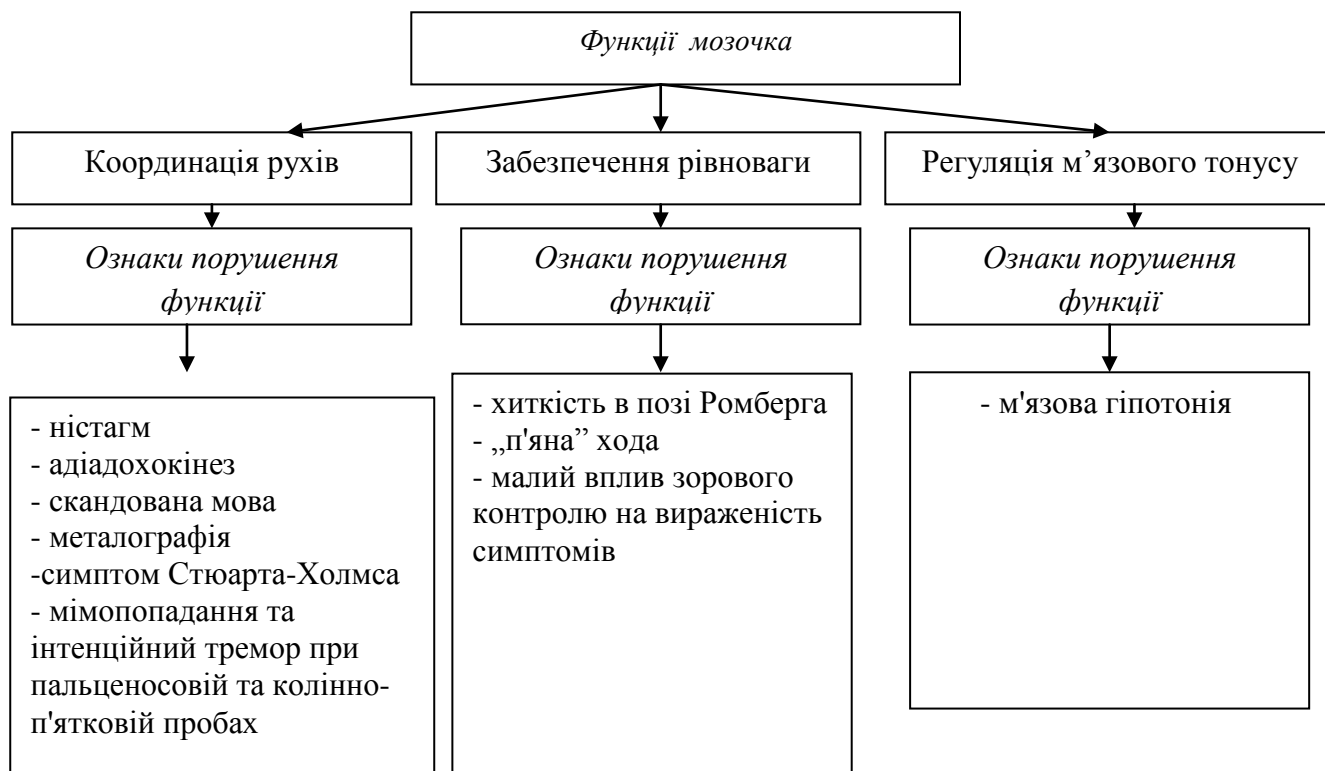


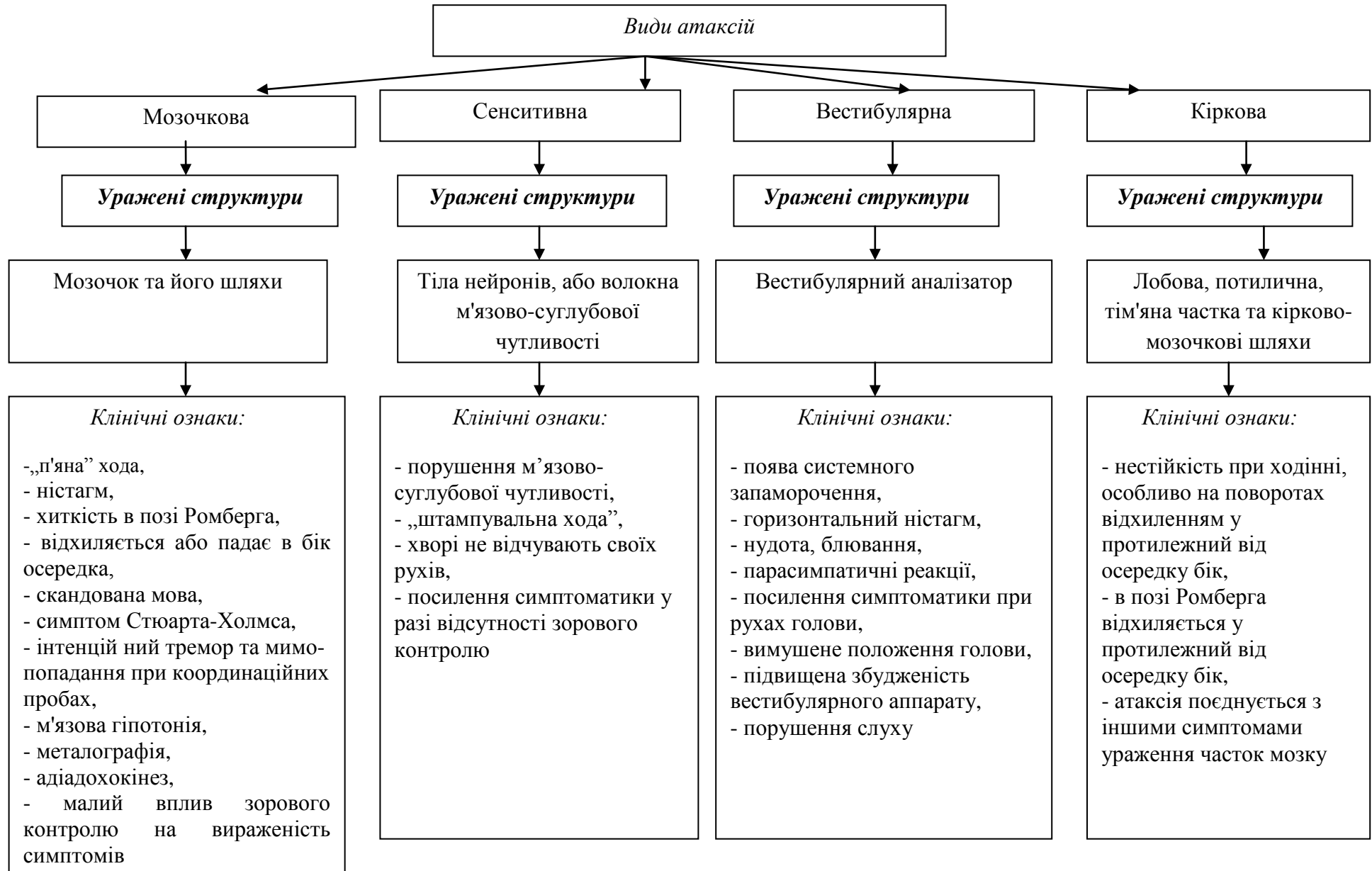




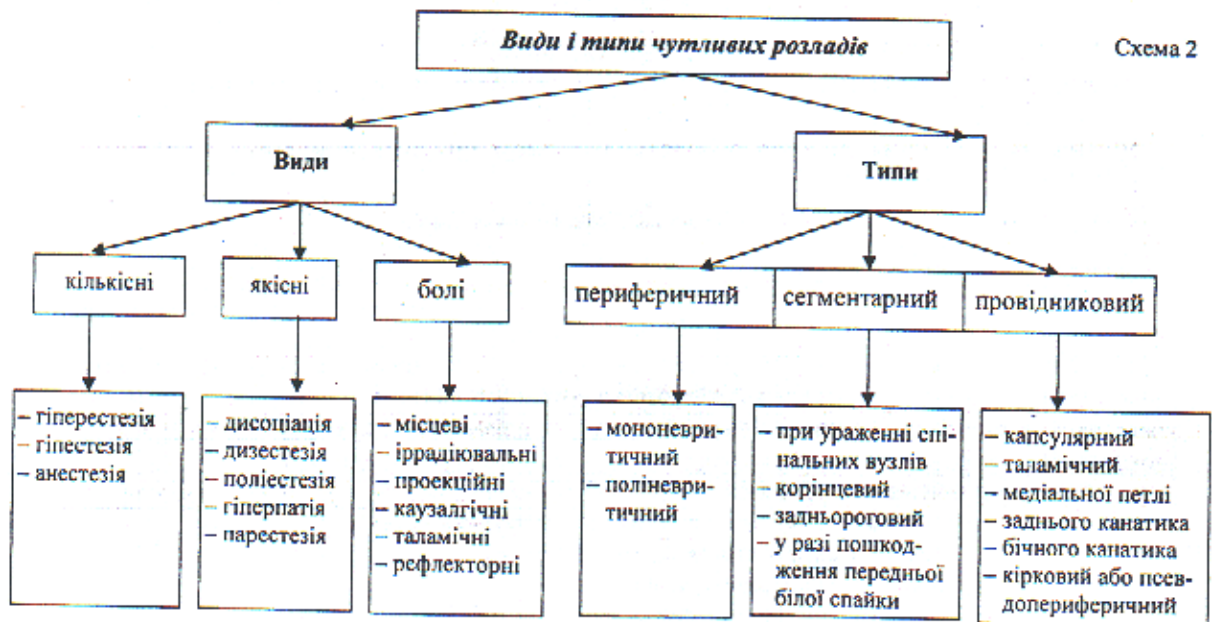
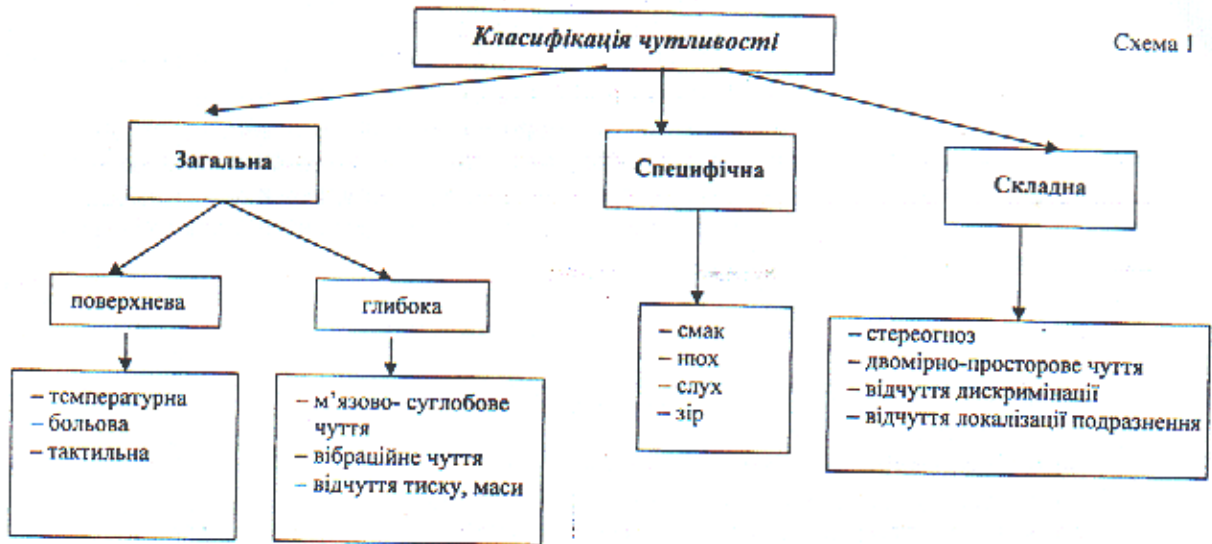
Екстрапірамідна система (ЕПС)



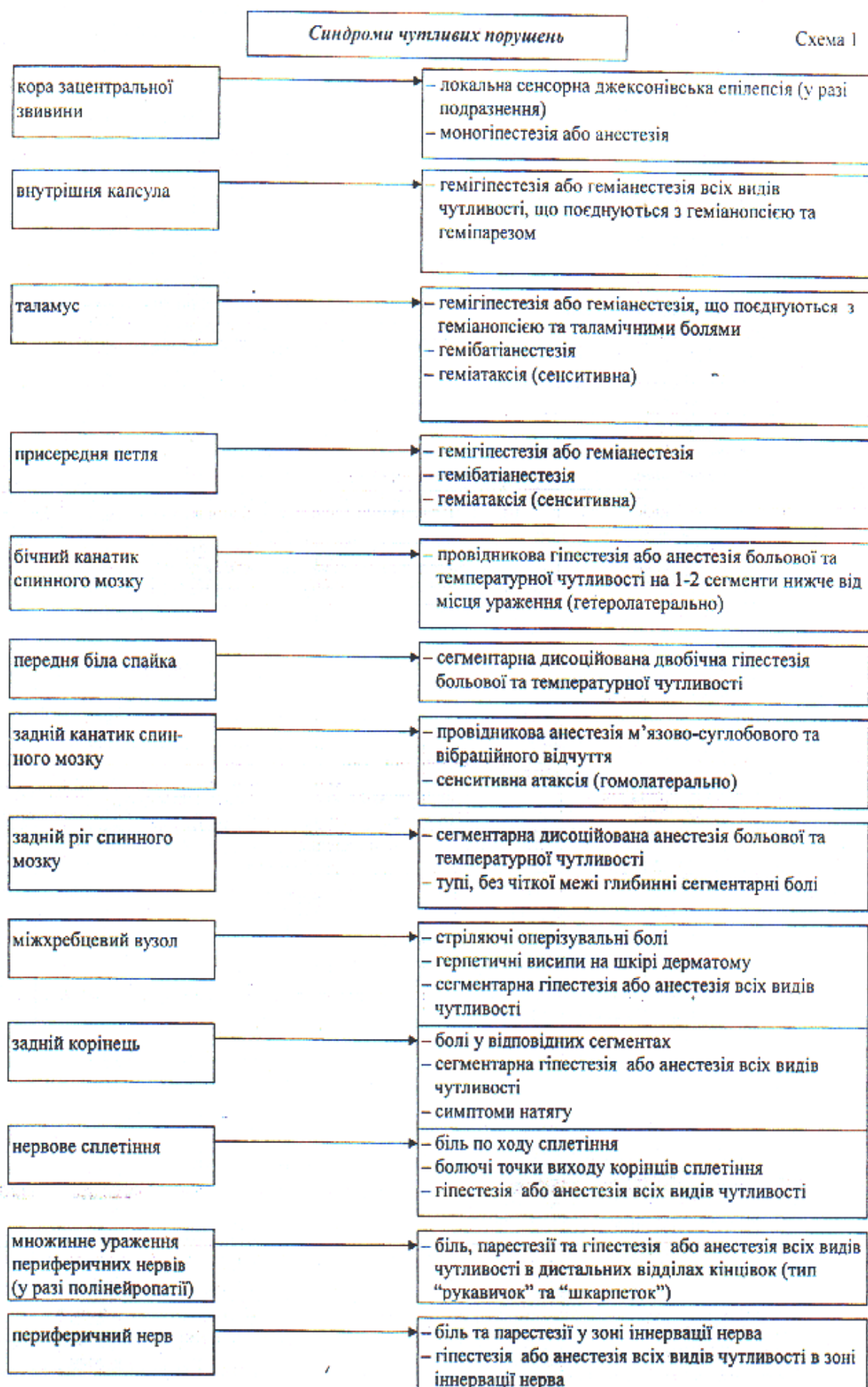
Мозочок та його патологія



V. Зміст теми заняття



V. Зміст теми заняття



VI. План і організаційна структура заняття

№	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час хв
1	2	3	4	5	6
1. Підготовчий етап					
1.	Організація заняття			Академічний журнал	1
2.	Визначення навчальних цілей і мотивація			Див. «Навчальні цілі » та «Актуальність теми»	2
3.	Контроль вихідного рівня знань: - будова та хід рухового та чутливих шляхів; - знати системи ураження центрального та периферичного нейронів на різних рівнях; - будову ЕПС та мозочка; - ознаки ураження ЕПС; - синдроми ураження ЕПС.	II	Індивідуальне усне опитування, тестовий контроль II рівня, рішення типових задач II рівня .	Таблиці, малюнки, муляжі, питання, тести II рівня , типові задачі II рівня .	20
II. Основний етап					
4.	Формування професійних навичок та вмінь: - оволодіти методикою клінічного обстеження хворих з руховими, чутливими, координаторними розладами; - діагностувати розлади функції окремих відділів ЦНС на підставі огляду, скарг, анамнезу; - навчитися узагальнювати виявлені порушення, встановити рівень ураження нервової системи.	III	Практичний тренінг у відпрацюванні навичок; професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій.	Хворі. Професійний алгоритм для оволодіння навичок та вмінь.	130
III. Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня професійних навичок та вмінь. Обговорення результатів курації.	III	Індивідуальний контроль навичок;	Хворі. Нетипові задачі III рівня.	20
6.	Підведення підсумків практичного заняття.		вирішення	Орієнтовна карта самостійної роботи	5

7.	Домашнє завдання.		нетипових задач III рівня.	з літературою.	
8.					2

IV. Матеріали методичного забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання для усного опитування.

1. Дати визначення пірамідної системи, назвати її функції.
2. Механізм підтримки м'язового тону.
3. Провести диференційний діагноз між центральним та периферичними парезами.
4. Назвіть синдроми ураження, що виникають при ураженні різних рівней пірамідного шляху.
5. Назвіть утворення та функції екстра пірамідної системи.
6. Охарактеризуйте синдроми ураження ЕПС.
7. Дайте характеристику видам та типам порушення чутливості.
8. Які розлади чутливості виникають при ураженні шляхів поверхневої та глибокої чутливості на різних рівнях?
9. Які розлади виникають у разі ураження півкуль та черв'я мозочка.
10. Вкажіть види атаксій та їх відмінності.

Тести та типові задачі II рівня

Тести II рівня

№	Тести II рівня	Еталон відповіді
1.	Вкажіть ознаки центрального паралічу: а) атрофії м'язів; б) гіпертонія м'язів; в) патологічні рефлекс; г) арефлексія глибоких рефлексів; д) гіперрефлексія глибоких рефлексів	б, в, г
2.	Вкажіть ознаки периферичного паралічу: а) атрофії м'язів; б) патологічні рефлекс; в) арефлексія; г) м'язова атонія; д) гіперрефлексія глибоких рефлексів	а, в, г
3.	Вкажіть симптоми ураження стріарної системи: а) гіпомімія б) тиха монотонна мова в) гіперкінези г) м'язова гіпотонія д) пропульсія	в, г
4.	Назвіть симптоми, характерні для ураження палідарної системи: а) м'язова гіпотонія б) гіперкінези	в, г, е, є, ж

	<p>в) гіпомімія г) мікрографія д) центральні парези кінцівок е) брадикінезія є) м'язова гіпертонія за пластичним типом ж) тиха монотонна мова з) периферичні парези м'язів</p>	
5.	<p>Назвіть шляхи, що проходять через верхню ніжку мозочка: а) оливо-мозочковий; б) ретикуло-мозочковий; в) денто-рубральний; г) спинно-мозочковий Говерла; д) вестибуло-мозочковий.</p>	в, г
6.	<p>Назвіть методи дослідження функцій мозочка: а) пальце-носова проба; б) проба на діадохінезі; в) п'ятково-колінна проба; г) проба Барре; д) дослідження очного дна; е) проба Вебера.</p>	а, б, в
7.	<p>Перерахуйте якісні види чутливості: а) гіперестезія б) поліестезія в) гіперпатія г) дизестезія д) гіпестезія ж) анестезія</p>	б, в, г
8.	<p>Перерахуйте загальні види чутливості: а) больова б) температурна в) відчуття локалізації г) вібраційна д) м'язово-суглобова ж) двомірно-просторова з) стереогноз</p>	а, б, г, д
9.	<p>Вкажіть симптоми ураження периферичного нерва: а) біль б) парестезія в) порушення чутливості на половині тіла г) порушення чутливості в дистальних відділах кінцівок д) порушення чутливості в зоні іннервації нерва ж) сегментарна анестезія</p>	а, б, д
10.	<p>Перерахуйте ознаки ураження заднього канатика спинного мозку:</p>	а, б

<p>а) провідникова анестезія глибоких видів чутливості з боку ураження</p> <p>б) сенситивна атаксія</p> <p>в) стріляючі болі</p> <p>г) герпетичні висипання на шкірі</p> <p>д) дисоціація поверхневих видів чутливості</p>	
--	--

Типові задачі II рівня

№ пп	Типові задачі II рівня	Еталон відповіді
1.	У хворого слабкість м'язів правої руки з гіпореклексією та низьким м'язовим тонусом. Визначте патологію.	Периферичний монопарез правої руки
2.	У хворого, що переніс інсульт, відсутні активні рухи в лівих кінцівках. М'язовий тонус та рефлексії підвищені. Назвіть порушення.	Центральна правобічна геміплегія.
3.	У хворого периферичний парез рук та центральний ніг. Де локалізується патологічний процес?	Передні роги та бічні канатики спинного мозку на рівні C ₅ -Th ₁ сегментів.
4.	У хворого поступово виникла слабкість кистей з фібрилярними посмикуваннями в м'язах. Згодом з'явилися атрофії м'язів. Де локалізується патологічний процес?	Передні роги спинного мозку на рівні C ₇ -C ₈ сегментів.
5.	У хворого правобічний спастичний геміпарез, рівномірно виражений в руці та нозі, що поєднується з геміанестезією всіх видів чутливості. Назвіть ураження.	Внутрішня капсула лівої півкулі мозку.
6.	Хворого турбують напади клонічних судом у правій стопі, що тривають протягом хвилини. Назвіть напад та ураження.	Рухова джексоновська епілепсія. Подразнюється верхній відділ лівої передцентральної звивини.
7.	У хворого гіпомімія, уповільнені рухи, підвищений м'язовий тонус за пластичним типом, тремор спокою. Назвіть патологічний синдром. Які структури уражені?	Гіпертонічно-гіпокінетичний, або синдром паркінсонізму. Палідарна система (чорна субстанція, біла куля)
8.	У дитини спостерігаються швидкі, розмашисті мимовільні, нестереотипні рухи в м'язах обличчя та кінцівок. М'язовий тонус знижений. Назвіть синдром. Які структури уражені?	Гіпотонічно-гіперкінетичний синдром (хорея). Хвостате ядро, лушпина.
9.	У хворого пухлина черв'я мозочка. Як проявиться така патологія, з якої сторони?	Тулубова атаксія; при ходьбі хиткість у бік ураження.
10.	Чи спостерігаються координаційні розлади при ураженні	Спостерігаються на боці протилежному ураженню.

	лобної долі.	
11.	У хворої спостерігається похитування при ходьбі, промазування при пальце-носовій та п'ятково-колінних пробах. Вкажіть осередок ураження. Як буде змінений тонус м'язів?	Уражений мозочок. Спостерігається м'язова гіпотонія
12.	У хворого відсутня больова та температурна чутливість на правій руці і правій половині тулуба у вигляді «напівкуртки», при цьому в цій же ділянці спостерігається збереження тактильного чуття. М'язово-суглобова та вібраційна чутливість не порушені. Як називається виявлений тип порушення?	Сегментарний дисоційований тип порушення чутливості.
13.	Хворий скаржиться, що не може правою рукою знайти в кишені потрібні йому предмети. Поверхневі та глибокі види чутливості збережені. Який вид чутливості порушений?	Стереогноз
14.	У хворого після травми лівого ліктьового суглобу виникли болі, парестезії, зниження чутливості по ліктьовому краю лівого передпліччя та в 4, 5 пальцях кисті. Який тип порушення чутливості? Встановіть рівень ураження.	Мононевритичний тип. Ліктьовий нерв.
15.	У хворого уражений поперечник спинного мозку. Які будуть спостерігатися чутливі порушення?	Провідникова гіпестезія або анестезія всіх видів чутливості.
16.	У хворої після переохолодження виникли болі в правій половині обличчя, а згодом – міхурцеві висипка на чолі справа. Відмічається гіпестезія всіх видів чутливості на правій половині обличчя. Встановіть рівень ураження.	Вузол правого трійчастого нерва.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Професійний алгоритм формування практичних навичок та вмінь.

№ пп	Завдання	Вказівки	Примітки
		Послідовність	
1.	Оволодіти методикою обстеження рухової функції хворого	1. Об'єм активних та пасивних рухів. 2. М'язовий тонус. 3. М'язова сила. 4. Стан фізіологічних розладів. 5. Наявність фібрилярних посмикувань	Зверніть увагу на відсутність патології суглобів. Хворий повинен лежати максимально розслабившись. Намагайтесь відволікти пацієнта при обстеженні рефлексів.
2.	Оволодіти	1. Оглянути позу, міміку, темп	Виключити патологію суглобів,

	методикою обстеження функції екстрапірамідної системи у хворого.	рухів. 2.Об'єм рухів. 3.Дослідити стан м'язового тонусу. 4. Виявити тремор, гіперкінези.	больових феноменів з боку м'язів, визначити парези м'язів обличчя та кінцівок. Обстеження проводити при розслабленому стані хворого. Пам'ятайте, що тремор може бути при тиреоксидозі, алкоголізмі.
3.	Оволодіти методикою обстеження мозочкових функцій.	1. Хо́да хворого. 2. Стійкість у позі Ромберга. 3. Наявність асиметрій, симптому Стюарт-Холмса, скандованої мови., металографії. 4. Провести локомоторні проби. 5.Оцінити м'язовий тонус.	В разі виникнення атаксії перевірити вплив контролю зору на її виразність. В наявності м'язовий гіпотонії вміти встановити її причини.
4	Оволодіти методикою	1.Дослідити больову, температурну, тактильну чутливість. 2. М'язово-суглобову чуття. 3. Вібраційне чуття. 4.Відчуття локалізації, дискримінації, двомірне-просторове чуття, стереогноз.	Сила нанесення подразнення повинна бути однаковою. Дослідження починати з дистальних фаланг кінцівок. Норма 16-20 сек. В нормі – відчуття рівне на різних кінцівках.
5.	На підставі отриманих даних визначити вид порушення, рівень ураження, встановити топічний діагноз.		Звернути увагу на поєднання різних типів порушень та інших комбінацій органічних уражень нервової системи.

3. Матеріали методичного забезпечення для заключного етапу заняття.

Нетипові задачі III рівня

№ пп	Нетипові задачі III рівня	Еталон відповіді
1.	У хворого поступово наросла слабкість лівої руки, глибокі рефлекси на руці не викликаються. Чутливість збережена. Назвіть порушення руху. Ураження, яких нервових структур можна запідозрити? Які ще симптоми можуть згодом з'явитись?	Периферичний монопарез. передні роги або передні корінці на рівні C ₅ -Th ₁ сегментів. атрофія та атонія м'язів.
2.	У хворого пошкоджені пірамідні шляхи в верхньо-грудному відділі спинного мозку. Чи зміняться	Виникне гіперрефлексія глибоких рефлексів на

	глибокі та шкірні рефлекси? Якщо зміняться, то як?	ногах, шкірні та підошові зникнуть. З'являється патологічні рефлекси на стопах.
3.	У хворою виник крововилив у праву внутрішню капсулу. Який руховий нейрон постраждав? З якого боку і які рухові розлади з'являться? Чи буде порушена чутливість, які види, де і за яким типом?	Центральний. З протилежного боку центральна геміплегія та провідникова геміанестезія всіх видів чутливості.
4.	У хворого пухлина здавила праву половину шийного потовщення спинного мозку. Які сегменти ураженні? Назвіть синдром. Опишіть клінічну симптоматику.	Сегменти C ₅ -Th ₁ . Синдром Браун-Секара. Периферичний парез правої руки, центральний парез правої ноги з порушенням в них глибокої чутливості за провідниковим типом. Сегментарна анестезія больової та температурної чутливості на правій руці, провідникова анестезія цих видів чутливості зліва від Th ₂
5.	У хворого з цукровим діабетом поступово виникли парестезії та болі в кистях і стопах. Згодом з'явилися слабкість м'язів стоп, гомілок та кистей. Об'єктивно: знижена сила в м'язах дистальних відділів ніг, рефлекси на руках знижені, колінні та ахілові відсутні. Гіпестезія всіх видів чутливості на кистях та стопах. Який парез виник у хворого? За яким типом порушена чутливість? Який неврологічний синдром є у хворого? Що уражено?	Периферичний тетрапарез м'язів в дистальних відділах кінцівок. За периферичним типом. Поліневритичний синдром. Периферичні нерви в дистальних відділах кінцівок.
6.	У хворого наслідки крововиливу в мозок в ділянці правої внутрішньої капсули у вигляді слабкості кінцівок та порушення всіх видів чутливості в них. Які виникнуть рухові розлади? В якому положенні знаходяться паретичні кінцівки і чому? За яким типом порушена чутливість? Як зветься таке порушення чутливості?	Лівобічний центральний геміпарез. Рука зігнута, що пов'язано з підвищеним тонусом в м'язах-згиначах, нога розігнута, бо підвищений тонус у розгиначах (поза Верніке-Манна). За провідниковим. Геміанестезія.
7.	При огляді хворого, який скаржиться на слабкість правої ноги, виявлена атрофія та атонія м'язів гомілки та ступні: при ході підтягує кінцівку. Колінний та ахілов рефлекс відсутні праворуч. Визначаються реакції переродження м'язів правої кінцівки. Який це	Периферичний парез правої нижньої кінцівки. Осередок в периферійних нервах.

	синдром? Де локалізується осередок ураження?	
8.	Хворий скаржиться на порушення рухів у лівій руці, зниження сили в ній. При огляді: верхній монопарез зі зниженням м'язової сили, гіпертонія м'язів плеча та передпліччя, сухожилльні рефлекси з верхніх кінцівок вище зліва, атрофія м'язів відсутня, позитивні патологічні рефлекси. Назвіть синдром. Де локалізується осередок ураження?	Центральний спастичний монопарез верхньої кінцівки. Осередок в перецентральному звивини правої лобної півкулі мозку.
9.	У хворого пухлина кінського хвоста. Які порушення рухів та чутливості розвиваються?	
10.	У хворого субдуральна гематома на конвексальній поверхні правої лобної долі. Які зміни рухів, чутливості та рефлексів розвиваються? Що ще буде спостерігатися?	Центральний монопарез з ознаками периферичного. Зниження усіх видів чутливості та рефлексів. Напади джексоновської епілепсії
11.	Хворий поранений у ліву половину поперекового потовщення спинного мозку. Які розлади чутливості рефлексів і рухів розвиваються? Назвіть синдром. Назвіть рівень ураження спинного мозку.	Периферичний парез лівої нижньої кінцівки з ураженням глибокої чутливості нижче рівня ураження. Поверхова чутливість праворуч нижче рівня ураження на 3 сегмента. Синдром Браун-Секара.
12.	У хворого ураженні пірамідні шляхи в шийному потовщенні спинного мозку. Які зміни чутливості та рухів відбудуться? Назвіть синдром. Який рівень ураження спинного мозку?	Периферичний парез верхніх кінцівок, центральний парез нижніх кінцівок. Зниження всіх видів чутливості у рівня Th ₂ . Порушення функції тазових органів. Трофічні розлади.
13.	У хворого поступового нароста слабкість правої руки, глибокі рефлекси на руці не викликаються. Чутливість збережена. Назвіть вид порушення. Ураження яких структур можна запідозрити?	Периферичний монопарез. Передні роги або передні корінці на рівні C ₅ -Th ₂ сегментів.
14.	Хвора отруїлася грибами. В неї виникли слабкість та парастезії в кистях та стопах. Об'єктивно: знижена сила в м'язах дистальних відділів ніг, рефлекси на руках знижені, з ніг відсутні. Гіпестезія всіх видів чутливості на кистях та стопах. Який парез виник у хворої? Назвіть тип порушення чутливості. Який неврологічний синдром у хворої? Назвіть вид ураження.	Периферичний тетрапарез м'язів в дистальних відділах кінцівок. За периферичним типом. Поліневритичний синдром. Периферичні нерви і дистальних відділах кінцівок.
15.	У хворого внаслідок крововиливу в мозок у ділянці	Рухові розлади – спастичний

	<p>правої половини продовговастого мозку виникли порушення ковтання, мови та порушення рухів в лівих кінцівках з порушенням чутливості. Які виникли рухові розлади? Який синдром спостерігається і чому?</p>	<p>парез лівих кінцівок. Бульбарний синдром. Альтерніруючий синдром Авеліса.</p>
16.	<p>Хворий, 50 років, скаржиться на загальну слабкість, скутість: тремтіння правої руки. Об'єктивно: у хворого флексорна поза, гіпомімія, загальна оліго- і гіпокінезія. Статичний тремор правої верхньої кінцівки, нагадує „катання пілюль”. Назвіть синдром. Визначити осередок ураження.</p>	<p>Синдром паркінсонізму. Осередок у нігропалідарних утвореннях переважно праворуч.</p>
17.	<p>У хворого виникли різноманітні за силою й локалізацією скороченнями м'язів обличчя, кінцівок. Емоційно-мімічні та реактивні рухи різко посилені. Тонус м'язів знижений, у суглобах спостерігається пере розгинання, обсяг пасивних рухів з них збільшений. Назвіть синдром. Визначити осередок ураження.</p>	<p>Хореїчний гіперкінез. Осередок ураження – стріарна система.</p>
18.	<p>У хворої з'явилися черв'якоподібні безперервні скорочення пальців кистей і стоп, які збільшуються під час довільних рухів. Назвіть синдром. Визначити осередок ураження.</p>	<p>Атетоз. Підкоркові ганглії: лупшина, бліді кулі.</p>
19.	<p>У хворого, 25-ти років, виникла слабкість в ногах, оніміння в них; з'явилась хиткість при ходьбі вліво, неможливість виконувати чіткі рухи лівою рукою. Виявлено горизонтальний ністагм при погляді вліво. Сила м'язів ніг знижена до 2 балів, черевні рефлекси відсутні, сухожильні рефлекси з кінцівок високі, двобічний с-м Бабінського. В позі Ромберга відхилення ліворуч. При пальце-носовій, колінно-п'ятковій пробах виявляється атаксія зліва, адіадохокінез, дифтерія зліва. Вкажіть патологічні синдроми, визначте локалізацію процесу.</p>	<p>Центральний нижній парепарез. Статична, динамічна атаксії. Ураження пірамідних шляхів в бічних канатиках грудного відділу спинного мозку лівої половини мозочка.</p>
20.	<p>Хворий скаржиться на хитку ходу в темряві. При неврологічному обстеженні виявлено порушення м'язово-суглобового чуття в суглобах правої ноги, а також відсутність поверхневих видів чутливості зліва з рівня пупка і донизу. Який вид і тип чутливих розладів наявний у хворого? Чому хворий скаржиться на похитування при ходьбі?</p>	<p>Батіанестезія та поверхнева анестезія за провідниковим типом. У хворого через порушення м'язово-суглобового чуття виникла сенситивна атаксія.</p>
21.	<p>У хворого, що зловживає алкоголем, з'явилися болі в дистальних відділах рук та ніг, відчуття затерпання в них. Виявлено зниження всіх видів чутливості на кистях та стопах. Як зветься відчуття затерпання? Який тип порушення чутливості у хворого? Які</p>	<p>Парестезії. Периферичний (поліневритичний). Периферичні нерви в дистальних відділах кінцівок.</p>

	структури нервової системи уражені?	
22.	У хворого в результаті інсульту ослабли ліві кінцівки, виникла лівобічна геміанестезія. Де знаходиться патологічний осередок? Що при цьому уражено? Який тип порушення чутливості? Який синдром ще виникне у хворого?	Внутрішня капсула справа. Постраждав таламо-кірковий шлях. Провідниковий тип порушення чутливості. Лівобічна геміанопсія.
23.	У хворого здавлений пухлиною задній канатик спинного мозку на рівні Th8 справа. Які порушення чутливості будуть у хворого і в яких кінцівках? Назвіть тип порушення чутливості. Як називається така патологія?	Провідникова анестезія з рівня Th8 справа (в правій нозі). Сенситивна атаксія в правій нозі.
24.	У хворого, що напередодні вживав алкоголь і спав на правій руці, виникла слабкість правої кисті. Відмічається зниження чутливості по променевому краю передпліччя і в 1-3 пальцях руки. Кисть звисає, хворий не може її розігнути. Які види чутливості постраждали? Назвіть вид і тип чутливих порушень. Визначте осередок ураження.	Всі види чутливості. Периферичний мононевритичний тип порушення чутливості. Променевий нерв.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів.

Орієнтовна карта самостійної роботи з літературою по темі «Синдроми ураження рухової, чутливої системи, екстрапірамідної системи (ЕПС), мозочка»

Основні завдання	Вказівки
Вивчити. Синдроми рухових, чутливих рефлексорних та координаторних розладів у разі ураження різних частин нервової системи.	Скласти таблицю рухових, чутливих, екстра пірамідних, мозочкових розладів, що виникають у разі ураження різних відділів нервової системи.

Патологія нюхового та зорового аналізаторів. Синдроми ураження окорухових нервів

I. Актуальність теми

I та II пари черепних нервів є чутливими і забезпечують специфічну іннервацію органів нюху і зору. Вони є безпосередніми похідними головного мозку і не мають ядер у стовбуру мозку.

III, IV, VI пари черепних нервів є руховими та мають ядра, розташовані в стовбуру мозку: ядра III та IV пари – в ніжці мозку, а ядро VI пари – переважно в покривці мосту.

Від адекватної функції цих нервів залежить можливість сприймання запахів та функція зору. Враховуючи місцезнаходження цих нервів та їх анатомічні особливості, при захворюваннях ЦНС виникаючі симптомокомплекси ураження як нюхового, так і зорового аналізаторів, а також синдроми ураження окорухових нервів, дозволяють установлювати вірний топічний діагноз патологічного осередку в ЦНС, що, в свою чергу, спричиняє необхідність проведення додаткових досліджень для установлення клінічного діагнозу і правильного лікування хворого.

II. Навчальні цілі заняття

Студент повинен **знати**:

1. Основні анатомо-фізіологічні дані нюхового аналізатора: *перший нейрон* (гангліозні клітини слизової оболонки носа), *другий нейрон* (нюхові цибулини, нюховий шлях), *третій нейрон* (первинні підкоркові нюхові центри – нюховий трикутник, прозора перетинка, передня пронизана субстанція), *кірковий нюховий центр* (медіальна поверхня скроневої долі мозку) (а-II).
2. Основні анатомо-фізіологічні особливості зорового аналізатора: *периферичний відділ* (палички, колбочки, біполярні клітини, гангліозні клітини, сам нерв, хіазма, зоровий тракт), *центральний відділ* (латеральні колінчаті тіла, подушка зорового бугра (підкоркові центри), пучок Граціоле, шпорна борозна потиличної долі (кірковий центр аналізатора))(а-II).
3. Основні анатомо-фізіологічні особливості III, IV, VI пари черепних нервів: окоруховий нерв (змішаний), блоковий і відвідний нерви (рухові): локалізація ядер, вихід корінців нервів з черепа, зони іннервації на периферії (а-II).
4. Методику дослідження I пари черепних нервів і синдроми ураження – гіпосмія, аносмія, гіперосмія, нюхові галюцинації (а-II).
5. Методику дослідження II пари черепних нервів і синдроми ураження – амавроз, амбліопія, гомонімна і гетеронімна геміанопсія (біназальна і бітемпоральна), зорові галюцинації; зміни диску зорового нерва (зміни на очному дні) (а-II).
6. Методику дослідження III, IV, VI пари черепних нервів і синдроми ураження – птоз, косоокість, диплопія, порушення конвергенції і акомодатії, офтальмоплегія (часткова і повна); зіничні реакції, рефлекторну дугу зіничного рефлексу, порушення зіничних реакцій (синдром Аргайла-Робертсона), міоз, мідріаз, анізокорія (а-II).

Студент повинен **вміти**:

1. Обстежити неврологічний статус хворого з метою виявлення синдромів ураження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів (а-III).

2. Інтерпретувати дані отримані при обстеженні I, II, III, IV, VI пари черепних нервів (а-III).
3. Поставити топічний діагноз ураження ЦНС при виявленні патології I, II, III, IV, VI пари черепних нервів (а-III).
4. Призначити додаткові методи дослідження і оцінити їх результати (а-III).
5. Визначити тактику лікаря при виявленні синдромів ураження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів (а-III).

III. Виховні цілі

Розвивати творчі здібності в процесі клінічного та лабораторно-інструментального дослідження при обстеженні хворих з синдромами враження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів (а-IV). Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність (методичність) клінічного обстеження хворого з синдромами вражень нюхового і зорового аналізаторів та синдромами ураження окорухових нервів.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

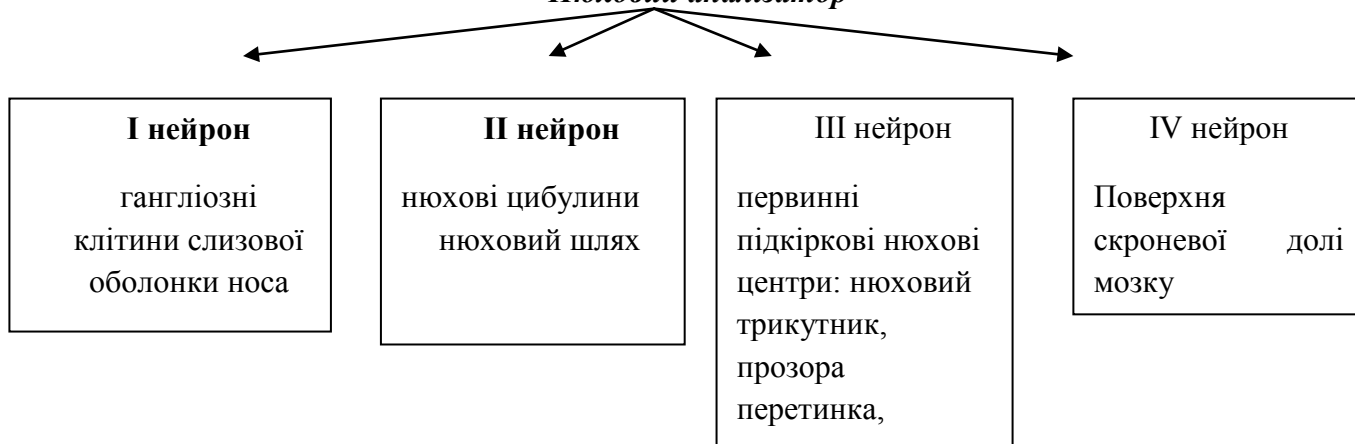
Дисципліна	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
Нормальна анатомія	Будову кори великих півкуль головного мозку, локалізацію ядер I, II, III, IV, VI пари черепних нервів. Підкіркові центри нюхового та зорового аналізаторів	Визначити місце розташування патологічного осередку в ЦНС
Нормальна фізіологія	Функцію нейрона та проведення нервового імпульсу	Визначити нормальну функцію I, II, III, IV, VI, VIII пари черепних нервів
Патанатомія	Патоморфологічні зміни в нейронах та їх аксонах при різних патологіях.	Прогнозувати можливі патоморфологічні зміни в нейронах та їх аксонах при враженні I, II, III, IV, VI, VIII пари черепних нервів
Патофізіологія	Зміни в діяльності ЦНС і ПНС при різних патологіях	Визначити патологічні зміни в діяльності I, II, III, IV, VI пари черепних нервів
Наступні дисципліни (що забезпечуються)		
Нейрохірургія	Початкові ознаки і клінічні особливості I, II, III, IV, VI пари черепних нервів, які вимагають нейрохірургічних втручань	Визначити топічний діагноз по клінічним ознакам ураження I, II, III, IV, VI, VIII пари черепних нервів та визначити показання до нейрохірургічного обстеження та лікування

Дитячі хвороби	Клінічні ознаки порушення функції I, II, III, IV, VI пари черепних нервів у дітей раннього віку	Визначити топічний діагноз та визначитися з тактикою додаткового обстеження
Інфекційні хвороби	Клінічні ознаки порушення функції I, II, III, IV, VI пари черепних нервів при лікуванні антибіотиками, інтоксикаціях	Визначити тактику додаткового обстеження і лікування
Внутрішньопредметна інтеграція		
Травматичні, судинні, демієлінізуючі, інфекційні (менінгіти, менінгоенцефаліти), онкологічні (пухлини ЦНС) захворювання ЦНС	<p>Етіологічні та клінічні особливості перебігу захворювань</p> <p>Діагностичні та терапевтичні заходи при виявленні травматичного анамнезу за наявності синдромів ураження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів</p> <p>Діагностичні та терапевтичні заходи при виявленні інфекційного анамнезу за наявності синдромів ураження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів</p> <p>Діагностичні та терапевтичні заходи при виявленні інтоксикаційного анамнезу за наявності синдромів ураження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів</p> <p>Діагностичні та терапевтичні заходи при виявленні онкологічного анамнезу.</p>	<p>Визначити провідні клінічні симптоми і синдроми та принципи тактики.</p> <p>Діагностувати ЗЧМТ – струс, забій головного мозку, субдуральна гематома, субарахноїдальний крововилив, внутрішньомозкова гематома</p> <p>Діагностувати менінгіти, менінгоенцефаліти. Визначити менінгеальні ознаки, аналізувати дані додаткових методів обстеження (ЗАК, аналіз ЦСР)</p> <p>Знати ознаки враження нервової системи при різноманітних інтоксикаціях.</p> <p>Призначати додаткові методи дослідження.</p>

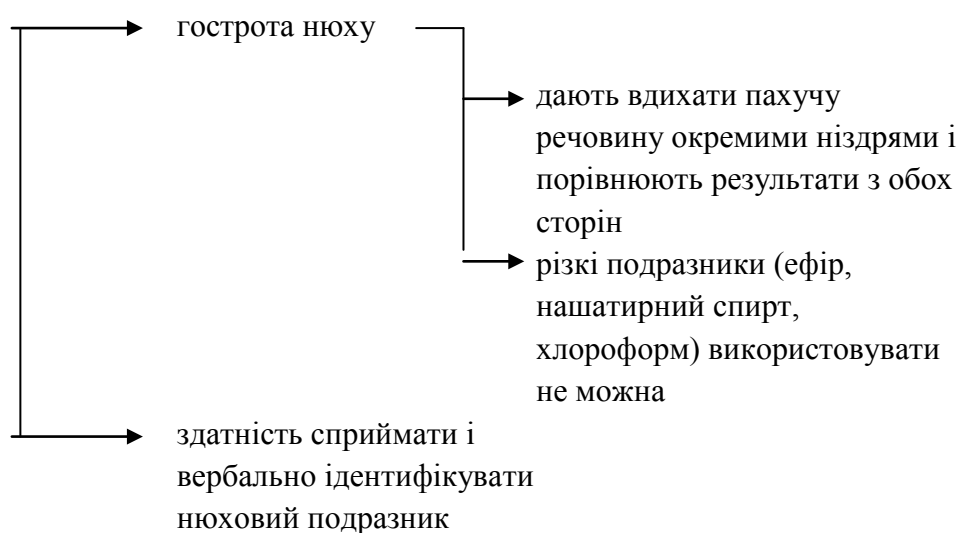
V. Зміст теми заняття

Нюховий аналізатор

Нюховий аналізатор



Вид дослідження



Методика дослідження

Пропонують нюхати ароматичні речовини окремо кожною ніздрею, закриваючи при цьому іншу:

- м'ятні краплі
- олію гвоздики
- ваніль
- аніс
- лаванду
- мигдальну воду
- парфуми

Симптоми порушення функції I пари черепних нервів і нюхового аналізатору взагалі

- Аносмія – втрата гостроти нюху
- Гіпосмія – зниження гостроти нюху
- Гіперосмія – підвищення гостроти нюху
- Какосмія – відчуття неприємних запахів
- Паросмія – схилення нюху
-

Важливо знати, що:

- ✓ можливість розпізнавати і ідентифікувати запахи свідчить про збереження функції кіркового центру нюху
- ✓ при подразненні периферичного відділу нюхового аналізатору (нюхові нитки, нюховий шлях) можуть виникати явища подразнення в вигляді елементарних запахів
- ✓ процеси на базальній поверхні мозку (передня черепна ямка) можуть призвести до односторонньої втрати або зниження нюху
- ✓ процеси в області первинних нюхових центрів призводять до виникнення двосторонньої втрати або зниження нюху
- ✓ односторонні процеси в корі (звивина морського коня) найчастіше викликають лише легкі прояви зниження нюху – більше виражені на протилежному боці
- ✓ процеси в скроневій долі головного мозку можуть викликати нюхові галюцинації (різноманітні складні запахи)



Вид дослідження

Гострота зору.

Відчуття кольору.

Поля зору.

Очне дно.

Методики дослідження:

Гострота зору

Спеціальні таблиці з 10 рядів букв. Досліджуваному пропонують називати букви від найбільших до найменших з відстані 5 метрів, перевіряючи гостроту зору для кожного ока окремо.

Норма – гострота зору має місце коли око відрізняє дві точки під кутом 1° на відстані 5 метрів. Якщо обстежуваний розрізняє на таблиці 10 рядків букв, то гострота зору дорівнює 1, якщо бачить лише перший ряд, то – 0,1.

Відчуття кольору

Спеціальні кольорові таблиці.

Ахроматопсія – повне незрозуміння кольору.

Дисхроматопсія – впізнавання лише конкретного кольору.

Дальтонізм – вроджене незрозуміння кольору.

Поля зору

Перевіряється для кожного ока окремо за допомогою спеціального периметру.

Очне дно

Перевіряють стан судин сітківки, стан соска зорового нерву.

Симптоми порушення функції II пари черепних нервів і зорового аналізатору взагалі

Симптоми порушення гостроти зору

Амавроз – повна втрата зору.

Амбліопія – зниження гостроти зору.

Ураження сітківки та зорового нерву призводять до амаврозу і амбліопії з втратою прямої реакції на світло на відповідній стороні.

Симптоми порушення полів зору

Скотома – випадіння окремої ділянки в одному з полів зору.

Квадрантна геміанопсія – випадіння одного з чотирьох квадрантів поля зору на обох очах.

Гомонімна геміанопсія – випадіння одноіменних частин поля зору (правих чи лівих).

Гетеронімна геміанопсія – випадіння різнойменних частин поля зору (біназальні чи бітемпоральні).

Симптоми порушення стану очного дна

Зміни ходу і калібру судин сітківки.

Застійний сосок зорового нерва – при підвищенні внутрічерепного тиску

Проста або первинна атрофія зорового нерву.

Вторинна атрофія зорового нерва – найчастіше зумовлена застійними явищами або невритом зорового нерву.

Ретробульбарний неврит – запалення зорового нерву без пошкодження соска зорового нерву.

Окоруховий нерв

Види дослідження функції нерва:

- ✓ визначення положення очних яблук у спокої
- ✓ визначення ширини очних щілин
- ✓ визначення форми зіниць
- ✓ оцінка розміру зіниць
- ✓ рухливість очних яблук

- ✓ фіксація погляду при крайніх відведеннях очних яблук
- ✓ реакція зіниць на світло
- ✓ реакція зіниць на акомодацію
- ✓ реакція зіниць на конвергенцію

Методики дослідження функцій нерва

- ✓ огляд очних яблук – очні яблука у нормі розташовані по середній лінії симетрично
- ✓ огляд очних щілин – у нормі мають однакову ширину
- ✓ визначення форми зіниць – у нормі мають округлу форму, рівномірні
- ✓ оцінка ширини зіниць – шляхом огляду
- ✓ об'єм рухів очних яблук – хворому пропонують слідкувати поглядом за молоточком, який пересувають догори, донизу, в боки
- ✓ фіксація погляду при крайніх відведеннях очних яблук - – хворому пропонують слідкувати поглядом за молоточком, який фіксують у крайніх відведеннях
- ✓ реакція зіниць на світло:
 - пряма – хворому пропонують дивитися в далечину, потім лікар своїми долонями закриває очі обстежуваному, які під долонями залишаються відкритими. Лікар швидкими рухами по черзі віднімає свої руки від обличчя, спостерігаючи за станом зіниць. Звуження зіниць під дією прямого світла називають *прямою реакцією зіниць на світло*.
 - співдружжя – спів дружню реакцію спостерігають при відкритому оці в момент закриття або освітлення другого ока.
- ✓ реакція зіниць на акомодацію – хворому пропонують слідкувати за молоточком, який знаходиться на відстані 50-60 см від обличчя. При погляді в далечінь зіниці розширюються, а при погляді на близько розташовані предмети - звужуються
- ✓ реакція зіниць на конвергенцію – хворому пропонують дивитися у далечінь, потім до кінчика носа наближують молоточок и просять дивитися на нього. Виникає приведення очних яблук до носа (конвергенція) і звуження зіниць.

Блоковидний нерв

Вид дослідження – об'єм руху очних яблук.

Методика дослідження – хворому пропонують дивитися на молоточок, який пересувають до низу і назовні.

Симптоми порушення функції нерва:

периферичний параліч – симптоми виникають на протилежному боці, бо волокна нерва роблять перехрест у передньому мозковому парусі. При однобічному ураженні виникають двоїння предметів при погляді вниз, обмеження руху очного яблука при погляді вниз і назовні.

центральний параліч не виявляється із-за двобічних корково-нуклеарних зв'язків .

Відвідний нерв

Вид дослідження – об'єм рухів очного яблука при погляді назовні.

Методика дослідження – хворому пропонують дивитися на молоточок, який пересувають назовні.

Симптоми порушення функції нерва:

- периферичний параліч – при однобічному ураженні виникають двоїння предметів при погляді в боки, обмеження руху очного яблука при погляді назовні, збіжна косоокість.

- центральний параліч не виявляється із-за двобічних корково-нуклеарних зв'язків

VI. План і організаційна структура заняття

№	Основні етапи заняття, їх функції і зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивності)	Час (хв)
I. Підготовчий етап					
1.	Організація заняття			Академічний журнал	1
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація			П2. «Навчальні цілі» П1. «Актуальність»	1
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь: 1. Анатоμο-фізіологічні особливості I, II, III, IV, VI пари черепних нервів. 2. Особливості діагностики синдромів ураження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів. 3. Клінічні особливості ураження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів в залежності від локалізації осередку (центральний чи периферичний параліч). 4. Синдроми ураження нюхового аналізатора. 5. Синдроми ураження зорового аналізатора. 6. Синдроми ураження окоорухових нервів. 7. Установлення топічного діагнозу ураження НС при виявленні синдромів ураження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів.	I II II II	Тестовий контроль I рівня Індивідуальне усне опитування Фронтальна бесіда Тестовий контроль II рівня Рішення типових задач II рівня	Методичні розробки Тематичні таблиці, плакати, слайди, структурно-логічні схеми Питання для індивідуального усного опитування Тестові завдання I, II рівня Типові задачі II рівня	10
II. Основний етап					
4.	Формування професійних навичок та умінь: 1). Оволодіти методикою проведення збору скарг та анамнестичних даних щодо	III	Методи формування навичок: професійний тренінг,	Алгоритми для формування практичних навичок	65

	<p>патології I, II, III, IV, VI пари черепних нервів.</p> <p>2). Провести обстеження неврологічного статусу хворого на предмет виявлення патології I, II, III, IV, VI пари черепних нервів, вміти інтерпретувати їх дані.</p> <p>3). Обґрунтовувати попередній та топічний діагноз.</p> <p>4). Призначити додаткові методи обстеження та оцінити їх результати.</p> <p>5). Обґрунтовувати заключний діагноз згідно клінічних класифікацій.</p> <p>6). Визначити тактику при виявленні синдромів ураження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів.</p>	<p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>III</p>	<p>рішення тестів II рівня, типових задач II рівня</p> <p>Методи формування вмінь: професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій, задачі III рівня</p>	<p>Методичні розробки. Неврологічні молоточки. Таблиці. Тести, типові задачі III рівня</p> <p>Алгоритми для формування професійних вмінь.</p> <p>Пацієнти. Історії хвороби пацієнта. Ситуаційні нетипові задачі. Імітаційні ігри. Обладнання. Дані люмбальної пункції, КТ, ЯМР-дослідження</p>	
III. Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня професійних вмінь та навичок	III	Методи контролю навичок:	Обладнання	10
6.	Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного)		індивідуальний контроль практичних навичок та їх результатів.	Результати клінічного обстеження. Задачі III рівня	2
7.	Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)		Аналіз та оцінка результатів роботи.	Тестові завдання III рівня Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою	1

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання для контролю початкового рівня знань:

1. Де локалізується I нейрон нюхового аналізатору?
2. Де локалізується II нейрон нюхового аналізатору?
3. Де локалізується III нейрон нюхового аналізатору?
4. Де локалізується IV нейрон нюхового аналізатору?
5. Де локалізується I нейрон зорового аналізатору?
6. Де локалізується II нейрон зорового аналізатору?
7. Де локалізується III нейрон зорового аналізатору?

8. Де локалізується ІV нейрон зорового аналізатору?
9. Які види дослідження необхідно провести для вивчення стану нюхового аналізатору?
10. Які види дослідження необхідно провести для вивчення стану зорового аналізатору?
11. Які синдроми ураження функції нюхового аналізатору Ви знаєте?
12. Які синдроми ураження функції зорового аналізатору Ви знаєте?
13. Особливості методики дослідження нюхового аналізатору.
14. Особливості методики дослідження зорового аналізатору.
15. Кордони полів зору у нормі.
16. На що треба звернути увагу при аналізі дослідження очного дна?
17. Які види дослідження необхідно провести для вивчення стану ІV пари черепних нервів?
18. Які види дослідження необхідно провести для вивчення стану VI пари черепних нервів?

Матеріали для тестового контролю (Іа):

Тест 1 – тест з множинним вибором

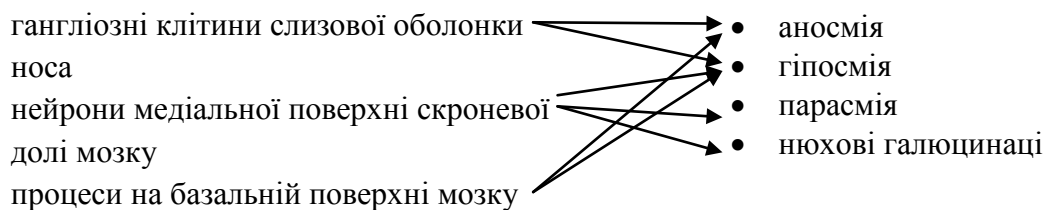
До нейронів нюхового аналізатору належать:

1. Гангліозні клітини слизової оболонки носа.
2. Нейрони нюхової цибулини.
3. Нейрони первинних підкіркових центрів.
4. Нейрони медіальної поверхні скроневої долі мозку.
5. Нейрони чорної субстанції.
6. Нейрони ретикулярної формації.

Відповідь: 1, 2, 3, 4.

Тест 2 – на знаходження співвідношення між елементами 2-х рядів даних

При патології яких утворень нюхового аналізатору спостерігаються наступні порушення:



Тест 3 – тест, що передбачає

визначення правильної послідовності дії із заданої

В якій послідовності необхідно проводити обстеження хворого з патологією зорового аналізатору?

1. Гострота зору.
2. Відчуття кольору.
3. Поля зору.
4. Очне дно.
5. Артеріальний тиск, пульс.

Відповідь: 1, 2, 3, 4, 5.

Тест 4 – на підстановку або із відповіддю, що самостійно конструюється

Назвіть структури периферичного відділу зорового аналізатору

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Відповідь:

- палички та колбочки
- біполярні клітини
- гангліозні клітини
- зоровий нерв
- хіазма
- зоровий тракт

Типові задачі II рівня

№ пп	Типові задачі II рівня	Еталон відповіді
1.	У чоловіка, 59 років, який хворів гіпертонією, розвинувся крововилив у мозок. При огляді: розбіжна косоокість за рахунок правого ока і лівобічна геміплегія. Встановіть топічний діагноз. Як називається даний альтернуючий синдром?	Синдром Вебера, права ніжка мозку
2.	У хворого після перенесеного грипозного енцефаліту виникли розбіжна косоокість за рахунок правого ока і інтенційний тремор у лівих кінцівках. Встановіть топічний діагноз. Як називається даний альтернуючий синдром?	Синдром Бенедикта, середній мозок (медіальна частина покриву)
3.	У хворого після ЧМТ виникла правобічна гомонімна геміанопсія. Встановіть топічний діагноз. Які додаткові методи дослідження слід призначити?	Правий зоровий тракт, офтальмоскопія, ЯМР головного мозку, консультація нейрохірурга

Тести III рівня

Заповніть таблицю: основні диференційно-діагностичні ознаки ураження нюхового, зорового аналізаторів та дисфункції окорухових нервів та м'язів.

Ознаки	Нюховий аналізатор	Зоровий аналізатор	IV пара чн	VI пара чн
Аносмія				
Гіпосмія				
Гіперосмія				
Какосмія				
Паросмія				
Гострота зору				
Відчуття кольору				
Ахроматопсія				
Дисхроматопсія				
Дальтонізм				
Амавроз				
Амбліопія				
Рахунок пальців біля очей				
Відчуття світла біля очей				
Скотома				
КвADRANTНА ГЕМІАНОПСІЯ				
ГОМОНІМНА ГЕМІАНОПСІЯ				
ГЕТЕРОНІМНА ГЕМІАНОПСІЯ				
Застійні соски зорового нерва				
Ретробульбарний неврит зорового нерва				
Опущення верхньої повіки				
Розбіжна косоокість				
Порушення конвергенції				
Мідріаз				
Параліч акомодатії				
Симптом Аргайла-Робертсона				
Подвоєння предметів при погляді униз				
Обмеження руху очного яблука при погляді униз і назовні				
Збіжна косоокість				
Неможливість відвести око назовні				
Подвоєння предметів при погляді в сторону враженого м'яза				

Заповніть таблицю: Основні диференційно-діагностичні ознаки альтернуючих синдромів при ураженні ядер III та VI пари черепних нервів.

Ознаки	Синдром Вебера	Синдром Бенедикта	Синдром Фовіля
Осередок у межах ніжки мозку	+		
Осередок в мості мозку			+

Розбіжна косоокість		+	+	
Збіжна косоокість				+
Контрлатеральний геміпарез/плегія		+		
Контрлатеральний хореоатетоз та інтенційний тремор			+	
Диплопія				+
Периферичний парез м'язів				+

2. Матеріали методичного забезпечення для основного етапу заняття

№ п/п	Завдання	вказівки	Примітки
1.	Оволодіти методикою обстеження хворих з метою виявити патологію I, II, IV, VI пари черепних нервів. Провести курацію хворих з симптомами ураження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів.	Виконувати обстеження хворих у такій послідовності: 1. Зібрати ретельно скарги, анамнез хвороби та життя 2. Провести зовнішній огляд хворого 3. Дослідити соматичний статус 4. Дослідити неврологічний статус 5. Ознайомитися з додатковими методами дослідження	Звернути увагу на темпи розвитку скарг, причин, обставин, що їм передували. Врахувати загальний стан, наявність симптомів вогнищового ураження нервової системи. Згрупуйте виявлені ознаки з формулюванням провідних клінічних синдромів. Звернути увагу на дані загально клінічних і додаткових методів дослідження
2.	Встановити клінічний і топічний діагноз, визначити план лікування	На підставі виявлених симптомів обґрунтувати топічний діагноз, сформулювати клінічний діагноз	Вміти призначати додаткові методи обстеження та обґрунтовувати їх необхідність

3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Нетипові задачі (рівень III)

№ пп	Нетипові задачі III рівня	Еталон відповіді
1.	У хворого з нелакованим сифілісом з'явилися головні болі пульсуючого характеру, шум у голові, запаморочення. При офтальмоскопії виявлена біназальна гетеронімна геміанопсія. Встановити: клінічний синдром, додаткові методи обстеження, тактику ведення хворого.	Осередок на базальній поверхні мозку, провідний клінічний синдром – ураження зорового аналізатора в області хіазми. RW, РІФ, РІБТ в крові та ЦСР, рентгенографія турецького сідла, ЯМР головного мозку,

		консультація венеролога.
2.	У хворого, 45 років, під час підйому ваги раптово з'явився сильний головний біль, який супроводжувався блюванням. Виявлена збіжна косоокість, ригідність м'язів потилиці, психомоторне збудження. Встановити: топічний та синдромологічний діагноз, додаткові методи обстеження, проведення диференційної діагностики, тактику ведення хворого, терапевтичні заходи.	Ураження VI пари черепних нервів, менінгеальний синдром. Люмбальна пункція, ангіографія, консультація нейрохірурга при необхідності.

Тест III рівня (кваліфікаційний)

Заповніть таблицю: симптоми ураження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів

Ознаки	Нюховий аналізатор	Зоровий аналізатор	III пара чн	IV пара чн	VI пара чн
Порушення гостроти нюху та здатності ідентифікувати запахи	+				
Наявність нюхових галюцинацій	+				
Зміни гостроти зору, відчуття кольору, зміни полів зору		+			
Зміни на очному дні		+			
Симптоми ураження m. levator palpebre superior, верхнього, внутрішнього, нижнього прямих очорухових м'язів і нижнього косого, порушення акомодатції і конвергенції			+		
Альтернуючий синдром Вебера включає ураження			+		
Симптом Аргайла-Робертсона			+		
Диплопія при погляді вниз				+	
Збіжна косоокість					+
Альтернуючий синдром Фовіля включає ураження					+

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів.

Орієнтовна карта самостійної роботи з літературою по темі: «Патологія нюхового та зорового аналізаторів. Синдроми ураження очорухових нервів»

№ п/п	Основні завдання	Вказівки
1.	Які види досліджень необхідно провести для виявлення ураження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів?	Назвіть види дослідження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів

2.	Особливості і прояви ураження нюхового, зорового аналізаторів	Перелічити основні діагностичні ознаки ураження нюхового, зорового аналізаторів
3.	Особливості і прояви враження окоорухових нервів	Перелічити основні діагностичні ознаки ураження III, IV, VI пари черепних нервів
4.	Які альтернуючі синдроми супроводжуються ураженням III, VI пари черепних нервів?	Перелічити альтернуючі синдроми
5.	Які методи інструментально-лабораторної діагностики слід використовувати при патології I, II, III, IV, VI пари черепних нервів?	Перелічити методи інструментально-лабораторної діагностики
6.	Зв'язки симптомів дисфункції I, II, III, IV, VI пари черепних нервів з топікою вогнищ ураження нервової системи	Вміти встановлювати топічний і синдромологічний діагноз

Локалізація функцій у корі головного мозку. Синдроми уражень. Спинномозкова рідина, її зміни. Менінгеальний синдром

I. Актуальність теми

Вегетативна нервова система повсюдно поширена в організмі. Вона забезпечує іннервацію внутрішніх органів, судин і залоз і відрізняється відсутністю строгої сегментарності свого формування. Нервоволокневий компонент вегетативної нервової системи характеризується різноманіттям нервових провідників, що з'єднують внутрішні органи з центральною нервовою системою. Синаптичні контакти між окремими ланками рефлекторної дуги розташовуються не тільки в центральній нервовій системі, але й у периферичних гангліях.

Виникнення понять «вегетативний» і «анімальний» зв'язано з представленнями про наявність в організмі рослинних (вегетативних) і тваринних (анімальних) функцій. До вегетативного відносяться функції харчування, подиху, виділення, розмноження і циркуляції рідин. До анімальних — довільні м'язові скорочення і функції спеціальних органів почуттів — зір, слух, нюх, смак і дотик. Анімальні функції властиві винятково тваринним організмам, вегетативні — рівною мірою і тваринам, і рослинам.

II. Навчальні цілі заняття

Студент повинен **знати**:

1. Будову великих півкуль головного мозку.
2. Цито- і мієлоархітектоніка кори, локалізація функцій у корі головного мозку, оболонки головного та спинного мозку.
3. Моторні і сенсорні представництва в корі.
4. Гнозис, праксис, мова, та їх розлади.
5. Синдроми ураження окремих часток великих півкуль:
 - лобної долі;
 - скроневої долі;
 - тім'яної долі;
 - потиличної долі
6. Склад ліквору у нормі та патології

(α-II)

Оволодіти навичками:

- огляду хворих з патологією кори головного мозку;
- проведення лікворної пункції.
- обстеження гнозису, праксису, мови
- визначення менінгеальних симптомів

(α-III)

Студент повинен **вміти**:

1. Проводити клініко-неврологічне обстеження хворих з ураженням кори головного мозку.
2. Аналізувати результати лікворної пункції.
3. Визначати види апраксій.
4. Визначати вид порушення гностичних функцій.
5. Визначити вид розладу мови.

(α-III)

III. Виховні цілі

Засвоєння студентами пріоритету видатних вітчизняних вчених у вивченні фізіології та цитоархітектоніки кори головного мозку. Виховання сучасного клінічного мислення. Здійснення деонтологічного підходу до хворих з ураженнями кори головного мозку. Формування у студентів філософського розуміння діяльності вищих мозкових функцій в нормальних умовах і при патології.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліна	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
Анатомія	Анатомію кори головного мозку. Анатомія оболонок головного та спинного мозку	Схематично відобразити доли, борозни та звивини головного мозку. Досліджувати вищі коркові функції.
Фізіологія	Вищі мозкові функції. Ліквородинаміка	Сформулювати основні функції кори. Оцінити результати ліквору.
Наступні дисципліни (що забезпечуються)		
Психіатрія	Психічні розлади при розладах різних відділів кори головного мозку.	
Інфекційні хвороби	Менінгеальні симптоми, показники ліквору у нормі та при патології, клітинно-білкову дисоціація, білково-клітинна дисоціація, геморагічний синдром	Скласти алгоритм проведення лікворної пункції. Оцінити результати ліквору та ліквородинамічних проб.
Внутрішньопредметна інтеграція		
Судинні хвороби нервової системи	Синдроми подразнення різних відділів кори головного мозку. Синдроми випадіння.	Диференціювати ураження різних відділів кори головного мозку у залежності від симптоматики.

VI. План і організаційна структура заняття:

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції і зміст	Навчальні цілі	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час хв.
I. Підготовчий етап					
1.	Організація заняття			Академ журн. Див. „Навчальні цілі” „Актуальність теми	1
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація				1

3	<p>Контроль вихідного рівня знань:</p> <ul style="list-style-type: none"> - цитоархітектоніка кори головного мозку; - функції різних відділів кори головного мозку; - синдроми випадіння та подразнення кори; - джексонівська епілепсія; - методи діагностики вищих коркових функцій; - первинні, вторинні, третинні поля, теорія Павлова, теорія субдомінантності півкуль головного мозку 	II	<p>Індивідуальне опитування;</p> <p>тестовий контроль II рівня; рішення типових задач II рівня</p>	<p>Таблиці, малюнки, муляжі, питання для усного опитування, тести II рівня, типові задачі II рівня</p>	10
II. Основний етап					
4	<p>Формування професійних навичок та вмінь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оволодіти методикою проведення клінічного обстеження хворих з розладами вищих коркових функцій; - діагностувати апраксію, агнозію та афазію на основі збору анамнезу, скарг, клініко-неврологічного огляду; - провести курацію хворого ураженнями різних відділів кори головного мозку; - методикою проведення лікворної пункції та ліквородинамічних проб. <p>Вміти:</p> <ul style="list-style-type: none"> - визначити план обстеження хворого з ураженням кори; - визначити за симптоматикою локалізацію ураження; 	III III	<p>Практичний тренінг у відпрацюванні навичок; професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій.</p>	<p>Алгоритми для формування практичних навичок, методичні розробки. Неврологічні молоточки. Таблиці. Пацієнти.</p> <p>Хворі, історії хвороби. Професійний алгоритм для оволодіння навичками і вмінням обстеження хворих.</p>	20

	-провести диференційну діагностику різних видів лікворного синдрому.				
III Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня професійних навичок та вмінь.	III	Індивідуальний контроль практичних навичок, оцінка результатів клінічної роботи. Вирішення нетипових ситуаційних задач III рівня.	Хворі. Нетипові ситуаційні задачі III рівня.	12
6.	Підведення підсумків практичного заняття.			Орієнтована карта для са-мост. роботи з літературою	1
7.	Домашнє завдання				1

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття:

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання для контролю початкового рівня знань:

1. Будова великих півкуль головного мозку?
2. Локалізація функцій у корі головного мозку?
3. Поняття про функціональну асиметрію півкуль ?
4. Гностичні функції, види порушення гностичних функцій: зорова, нюхова, смакова, слухова агнозії, астерегноз, аутоагнозія, анозогнозія?
5. Праксис, види апраксії: конструктивна, ідеаторна, моторна?
6. Мова, її розлади: моторна, сенсорна, амнестична афазія.
7. Синдроми ураження окремих часток великих півкуль.
8. Синдроми ураження правої та лівої півкуль.
9. Синдром смерті головного мозку, синдром «запертого» хворого.
10. Спинномозкова пункція.
11. Оболонки спинного та головного мозку.
12. Менінгеальні симптоми.

Матеріали для тестового контролю (II а)

1. Скласти співвідношення: при патології яких відділів кори спостерігаються наступні порушення

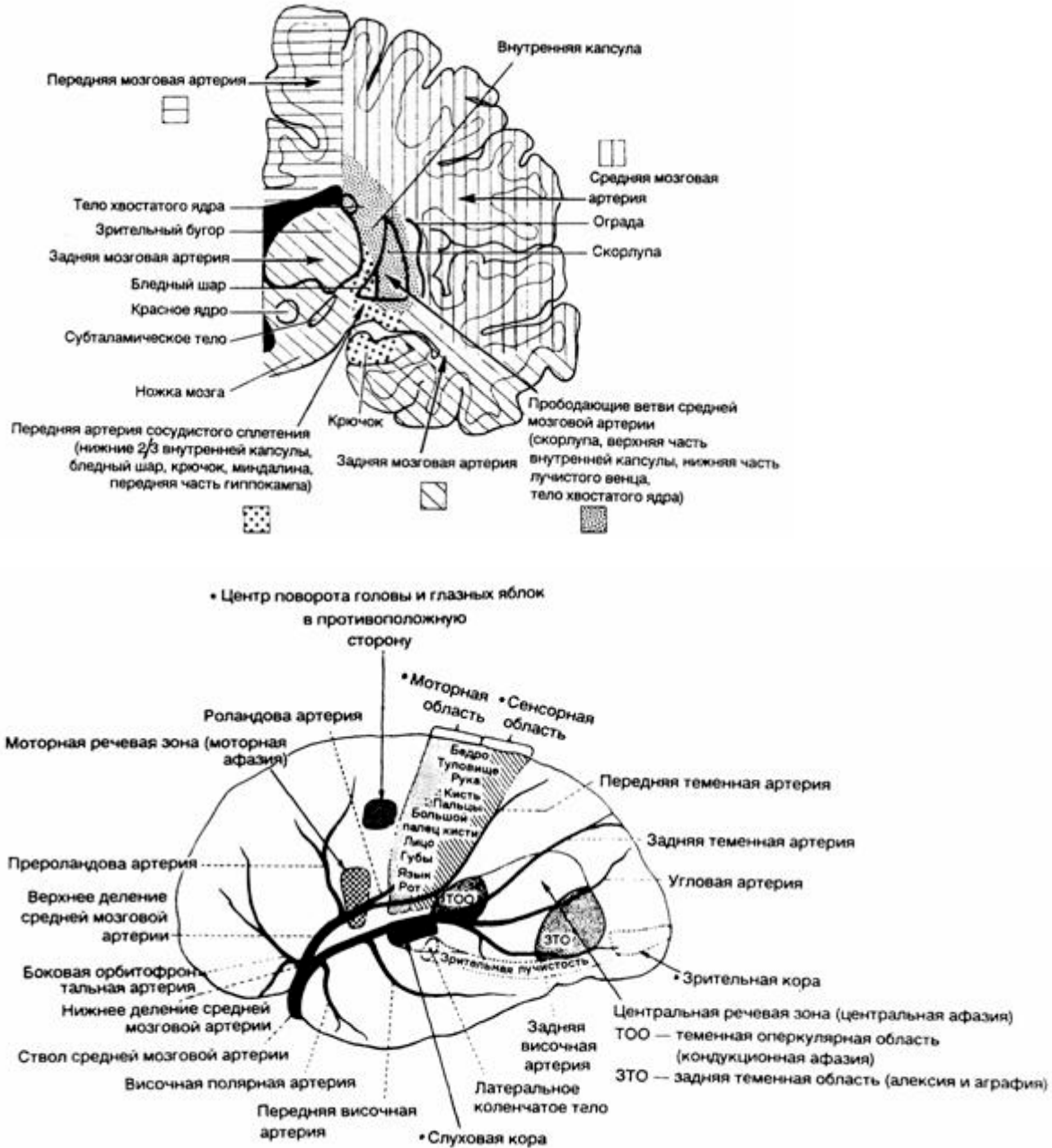
- лобна доля

моторна афазія

- скронева
- тім'яна
- потилична

зорова агнозія
сенсорна афазія
аутопагнозія
астазія, абазія

2. Матеріали методичного забезпечення для основного етапу заняття





Ураження трійчастого нерва

I. Актуальність теми

Великі проблеми постають перед лікарями під час діагностики та лікування больових синдромів обличчя і порожнини рота. Це зумовлено великою складністю анатомічної будови та функціональних взаємозв'язків цієї частини тіла людини. Найчастіше больові синдроми обумовлені ураженням трійчастого нерва. Знання анатомії і патології необхідні для своєчасної діагностики багатьох захворювань.

II. Навчальні цілі

Студент повинен знати:

1. Анатомію, функцію трійчастого нерва (α -II).
2. Симптоми та синдроми ураження трійчастого нерва (α -II).
3. Захворювання зумовлені ураженням системи трійчастого нерва (α -II).
4. Етіопатогенез, клінічні прояви, діагностику та лікування, герпетичних уражень трійчастого нерва (α -II).
5. Етіопатогенез, клінічні ознаки та лікування невротатій та невротатій трійчастого нерва та його окремих гілок. (α -II).
6. Клінічні ознаки та лікування одонтогенної невралгії трійчастого нерва (α -II).
7. Травматичні невротатії трійчастого нерва. (α -II).
8. Етіопатогенез, клініку, лікування дентальної плексопатії (α -II).

Оволодіти навичками:

1. Обстеження хворих з ураженням трійчастого нерва та окремих його гілок (α -II).

Студент повинен вміти:

1. Діагностувати лицьові болі, які зумовлені ураженням системи трійчастого нерву (α -III).
2. Вибрати тактику лікування хворих з різними захворюваннями трійчастого нерва та окремих його гілок (α -III).

III. Виховні цілі

Оволодіти вмінням психологічно контактувати з хворим, уважно та ретельно проводити обстеження у разі наявності у хворого болю, ураження жувальних м'язів. Сформувати у студентів чуйне, доброзичливе ставлення до хворого.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни</i>		
Нормальна анатомія	Будову стовбура головного мозку, трійчастого нерву.	Намалювати схему стовбура головного мозку, шлях нервів.
Гістологія	Гістологічні дані про будову ядер, корінця V пари черепних нервів.	Мікроскопічно розрізняти рухові, чутливі ядра, корінці, нерви, провідні шляхи.

Патологічна анатомія	Патоморфологічні зміни у разі ураження ядер та корінців V пари черепних нервів.	Мікроскопічно розрізняти патологію тіл нейронів та корінців черепних нервів.
<i>Наступні дисципліни (що забезпечуються)</i>		
Нейрохірургія	Патологію V пари черепних нервів та його гілок за наявності різних захворювань – пухлин, черепно-мозкові травми.	Виявити ураження V пари черепних нервів у хворих з пухлинами та травмами головного мозку.
Інфекційні хвороби	Патологію V пари черепних нервів та його гілок за наявності менінгітів, енцефалітів, поліомієліту.	Виявити ураження V пари черепних нервів у разі енцефалітів, менінгітів, поліомієліту.
ЛОР-хвороби	Патологію трійчастого нерва у разі ЛОР-хвороб.	Провести диференціальну діагностику ураження V пари черепних нервів за наявності ЛОР-патології.
<i>Внутрішньопредметна інтеграція</i>		
Пухлини головного мозку	Ознаки ураження трійчастого нерва у разі пухлин головного мозку.	Виявити патологію трійчастого нерва у разі пухлин головного мозку.
Ураження периферичної нервової системи	Синдроми ураження V пари черепних нервів та окремих гілок у разі нейропатії.	Виявити патологію V пари черепних нервів за наявності невропатії.

V. Зміст теми заняття

Ознаки ураження системи трійчастого нерва



Клінічні прояви одонтогенної невралгії

1. Біль постійного характеру, часто є місця, з якого біль поширюється.
2. Біль має хвилеподібний характер.
3. Тригерні ділянки відсутні.
4. При загостренні патологічних процесів з зубощелепній системі біль змінює характер.
5. Біль локалізується в ділянці іннервації гілок трійчастого нерва.
6. Частий нічний біль.
7. Наявність ефекту від анальгетиків та відсутність ефекту від антиконвульсантів.
8. Двобічна локалізація болю переважає.
9. Практично відсутнє ураження першої гілки.



Одонтогенний лицевий біль

Ураження зуба мудрості	Ірадіація болі у вухо
Ураження корінних зубів верхньої щелепи	Біль розповсюджується у скроневу ділянку (1 моляр), верхню щелепу (1, 2, 3 моляр), нижню щелепу (2, 3 моляр).
Корінні зуби нижньої щелепи	Біль може відбиватися в ділянку гортані та тім'ячка (3

	моляр), під'язичну ділянку (1, 2 моляр).
Патологія різців	Біль відбивається в парамедіанну ділянку (ніс, підборіддя).
При хронічному пульпіті, глибокому карієсі	Біль провокується або посилюється під дією холодного або гарячого пиття, гострої їжі.
Гостре запалення пульпи зуба	Болісність при надкушуванні ураженим зубом.
При гострому періодонтиті	Зуб болісний при перкусії, оболонка перехідної складки болісна при пальпації.

VI. План і організаційна структура заняття

№ пп	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час (хв.)
I. Підготовчий етап					
1	Організація заняття.			Академ журн.	1
2	Визначення навчальних цілей і мотивація.			Див. „Навчальні цілі” „Актуальність теми	2
3	Контроль вихідного рівня знань. 1. Анатомія та функція V пари черепних нервів. 2. Симптоми ураження трійчастого нерва. 3. Альтернувальні синдроми у разі ураження стовбура головного мозку. 4. Класифікація, етіопатогенез, клініка, діагностика та лікування різних захворювань системи трійчастого нерва. 5. Клінічні ознаки одонтогенних лицьових болей.	II	Індивідуальне опитування; тестовий контроль II рівня; рішення типових задач II рівня	Таблиці, малюнки, питання, тести II рівня, типові задачі II рівня	20
II. Основний етап					
4.	Формування професійних навичок та вмінь. 1. Оволодіти методикою обстеження трійчастого нерва. 2. Обстеження хворих з патологією трійчастого нерва. 3. На підставі виявлення симптомів	III	Практичний тренінг у відпрацюванні навичок; професійний тренінг у	Хворі, історії хвороби. Професійний алгоритм формування навичок та	135

	провести диференціальну діагностику і вказати рівень ураження.		вирішення нетипових клінічних ситуацій.	вмінь обстеження хворих з патологією V пари черепних нервів.	
III. Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня професійних навичок та вмінь.	III	Індивідуальний контроль практичних навичок, оцінка результатів клінічної роботи. Вирішення нетипових задач III рівня.	Хворі. Нетипові ситуаційні задачі III рівня.	20
6.	Обговорення результатів курації.				
7.	Підведення підсумків практичного заняття.				1
8.	Домашнє завдання			Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою	1

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.
Питання для усного опитування.
1. Де розташовані ядра V пари черепних нервів.
2. Де розташовані ядра V пари черепних нервів.
3. Назвіть місця виходу корінців V пари черепних нервів.
4. Які чутливі функції виконує трійчастий нерв?
5. Які м'язи іннервують ся трійчастим нервом?
6. Які рефлекси забезпечуються трійчастим нервом?
7. Які причини невралгії трійчастого нерва?
8. Які причини одонтогенної невралгії трійчастого нерва?

Тести та типові задачі II рівня

Тести II рівня

№ пп	Тести II рівня	Еталон відповіді
1.	Якими симптомами проявляється ураження вузла трійчастого нерва? а) парез жувальних м'язів б) парез мимічних м'язів в) герметичні висипання на обличчі г) дисоційований розлад чутливості в зонах Зельдера д) порушення всіх видів чутливості на обличчі	с, е
2.	У разі ураження, яких нервових утворень виникає дисоційоване порушення чутливості на обличчі: а) гілок трійчастого нерва б) внутрішньої капсули в) за центральної звивини г) вузла трійчастого нерва д) ядра спинномозкового тракту V пари черепних нервів	е
3.	Трійчастий нерв іннервує: а) параназальні синуси б) очні яблука в) слизову оболонку порожнини рота г) зуби та альвеолярні відростки д) шкіру потиличної частини голови	а, б, в, г

Типові задачі II рівня

№ пп	Типові задачі II рівня	Еталон відповіді
1.	Чоловік, 35 років, скаржиться на больові напади у лівій половині обличчя, які виникають під час їжі, розмови, доторкнення до крила носу зліва, що супроводжуються почервонінням шкіри та спазмом мимічних м'язів. Має каріозні зуби. Який нерв уражений?	Трійчастий нерв
2.	Жінка, 40 років, скаржиться на різкий біль у правій половині обличчя, який виникає під час розмови, жування, що супроводжуються гіперемією обличчя. Об'єктивно: знижена чутливість на правій щоці; куркові зони на шкірі правої щоці і слизовій ротової порожнини. Встановіть діагноз.	Невралгія II пари трійчастого нерву
3.	У хворого після грипу з'явилися приступообразні болі з порушенням всіх видів чутливості в ділянці чола праворуч. Який нерв уражений? Який попередній діагноз?	Очний нерв. Рогівковий кон'юнктивальний надбрівний рефлекс.
4.	Жінка, 60 років, скаржиться на щоденні больові напади в щоці, нижніх зубів, нижній щелепі зліва. Біль гострий, інтенсивний, продовжується до 30 секунд, не зникає після	Невралгія III трійчастого нерва зліва. МРТ головного

прийому анальгетиків. Стоматолог не виявив патологію зубів. Встановіть діагноз та призначте обстеження.	мозку.
---	--------

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Професійний алгоритм формування навичок і вмінь обстеження хворих з патологією трійчастого нерва.

№ пп	Завдання	Вказівки	Примітки
1.	Оволодіти методикою обстеження функцій V пари черепних нервів.	Виконувати у такій послідовності: 1. Розпитати про наявність болю, парестезій на обличчі. 2. При огляді звернути увагу на вегетативні розлади на обличчі, наявність герметичних висипів. 3. Виявити болючість при натисканні на місця виходу гілок нерва на обличчі. 4. Дослідити поверхневу чутливість на обличчі.	Уточнити характер, періодичність, локалізацію, поширеність та наявність провокуючих факторів. I – foramen supraorbitalis II – foramen infraorbitalis III – foramen mentalis
2.	Дослідити надбрівний, рогівковий, нижньощелепний рефлeksi, функцію жувальної мускулатури. Провести курацію хворих на невралгію трійчастого нерва, невралгію та невропатію окремих його гілок; хворих на одонтогенну, післягерпетичну невралгію трійчастого нерва.	Виконувати обстеження у такій послідовності: 1. Зібрати скарги у хворого, анамнез захворювання та життя. 2. Перевірити неврологічний статус. 3. Ознайомитись з даними додаткових методів дослідження.	Згрупуйте скарги хворого та відмітьте їх характер: хронічний чи гострий. Відмітьте, на які захворювання страждає пацієнт, чи є нього фактори ризику виникнення захворювань трійчастого нерва та його окремих гілок. Зверніть увагу на наявність вегетативних синдромів, осередкових неврологічних симптомів, можливе їх поєднання.
3.	Встановити топічний діагноз, клінічний діагноз, визначити план лікування.	На підставі виявлених патологічних симптомів встановити локалізацію процесу, обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз. Призначити лікування.	Згрупуйте виявлені ознаки ураження та скористайтесь схемами змісту заняття.

3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Нетипові задачі III рівня.

№	Нетипові задачі III рівня	Еталон відповіді
1.	Хворий скаржиться на постійний хвилеподібний біль у правій половині обличчя, який частіше виникає вночі. Об'єктивно: тригерні ділянки відсутні. Терапевтичний ефект від прийому антиконвульсантів відсутній. Встановіть діагноз. Визначте план обстеження.	Однотогенна невралгія трійчастого нерва. Огляд стоматолога. Ортопантографія. Прицільна рентгенографія.
2.	Хвора скаржиться на постійний біль ниючого характеру, який періодично посилюється. Біль спочатку виникає на вестибулярній поверхні ясен праворуч, потім поширюється на передню поверхню зубів нижньої щелепи. В анамнезі: видалення ліпони на правій щоці. Об'єктивно: на щоці та вестибулярній поверхні ясен у ділянці нижніх щелеп праворуч, знижені всі види чутливості. Встановіть діагноз.	Невралгія щічного нерва.
3.	Хвора скаржиться на біль у зубах та яснах верхньої щелепи, затерплість в цих ділянках. Об'єктивно: відсутність чутливості на яснах вестибулярної поверхні щелепи. В анамнезі: хронічний гайморит. Встановіть діагноз.	Невропатія верхнього коміркового нерва.
4.	Хворий тиждень тому видалив зуб на нижній щелепі зліва. Зараз страждає на постійний біль та парестезії на передніх 2/3 половини язика, гіпестезію. Об'єктивно: змін чутливості на язиці не виявлено. Який попередній діагноз?	Невропатія язикового нерва.
5.	Хворий, 48 років, звернувся до лікаря зі скаргами на біль в ділянці чола зліва та лівого ока. Біль носить характер нападів, між нападами біль не зникає. Півроку тому в цій ділянці обличчя були висипи у вигляді бульбашок з больовим синдромом та онімінням. Через 2 тижні все минуло. При огляді декілька плям депігментації. Встановіть діагноз та призначте обстеження.	Постгерпетична невралгія Ігільки трійчастого нерву. Прийом антиконвульсантів (габапентін, прегабалін, карбатазепін).

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

Орієнтована карта самостійної роботи з літературою.

Основні завдання	Вказівки
Повторити	

<p>1. Анатомію, функцію трійчастого нерва</p> <p>Вивчити</p> <p>1. Класифікацію, патогенез, клінічні прояви, діагностику, лікування лицьового болю, зумовленого ураженням системи трійчастого нерва.</p>	<p>Намалювати схеми розташування ядер та хід рухових та чутливих шляхів трійчастого нерва.</p> <p>Скласти таблицю з класифікацією, клінічними формами, методами діагностики та лікування кожного захворювання цієї групи.</p>
--	---

Лицьовий нерв. Синдроми ураження. Захворювання лицьового нерва

I. Актуальність теми

Часто до стоматологів звертаються пацієнти з руховими розладами м'язів обличчя після втручань та лікування зубів. Але далеко не завжди це пов'язано зі стоматологічними проблемами, а є проявами неврологічних захворювань. Майбутнім стоматологам необхідно вміти діагностувати патологію лицьового нерва, яке може виникати, як окреме захворювання, так і як наслідок хірургічних втручань.

II. Навчальні цілі

Студент повинен **знати**:

1. Анатомію, функцію та симптоми ураження лицьового нерва на різних рівнях (α -II).
2. Альтернуючі синдроми моста (α -II).
3. Механізм виникнення ураження лицьового нерва, клінічні ознаки в залежності від рівня ураження; принципи лікування (α -II).
4. Нейропатію лицьового нерва, клінічні особливості ураження гілок лицьового нерва під час оперативних втручань на обличчі та в стоматології (α -II).

Студент повинен **вміти**:

1. Обстежити хворих з синдромами ураження лицьового нерва (α -II).
2. Діагностувати синдроми ураження лицьового нерва на різних рівнях. Визначити план обстеження та лікування (α -II).

III. Виховні цілі

Оволодіти вмінням встановлювати з хворим психологічний контакт, ретельно проводити обстеження. Сформулювати у студентів чуйне, доброзичливе ставлення до хворих.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни</i>		
Нормальна анатомія	Будову стовбура головного мозку, хід та будову лицьового нерву та окремих гілок.	Намалювати схему лицьового нерву та окремих його гілок.
Гістологія	Гістологічні дані про будову ядер, корінця лицьового нерву.	Гістологічно розрізнити ядра, рухові, корінці, нерва.
Патологічна анатомія	Патоморфологічні зміни у разі ураження ядер та корінців лицьового нерва.	
<i>Наступні дисципліни (що забезпечуються)</i>		
Черепно-лицьова хірургія	Патологію лицьового нерва у хворих з травмами, пухлинами, інфекційними ураженнями обличчя та головного	Виявити ураження лицьового нерва у хворих з травматичними ураженнями черепа та

	мозку, черепа.	обличчя, пухлинами.
Інфекційні хвороби	Патологію лицьового нерва при арахноїдитах, енцефалітах, поліомієліті.	Виявити ураження лицьового нерва при наяві інфекційних уражень головного мозку.
<i>Внутрішньопредметна інтеграція</i>		
Пухлини головного мозку	Ознаки ураження лицьового нерва в разі пухлин мосто-мозочкового кута.	Виявити патологію лицьового нерву у разі пухлин головного мозку.
Ураження периферичної нервової системи	Синдроми ураження лицьового нерва в разі нейропатії.	Виявити ознаки ураження лицьового нерва за наявності нейропатії різного генезу.
Інфекційні ураження нервової системи	Ознаки ураження лицьового нерва при поліомієліті, арахноїдитах, абсцесах головного мозку.	Виявити патологію лицьового нерва у хворих з інфекційними захворюваннями нервової системи.

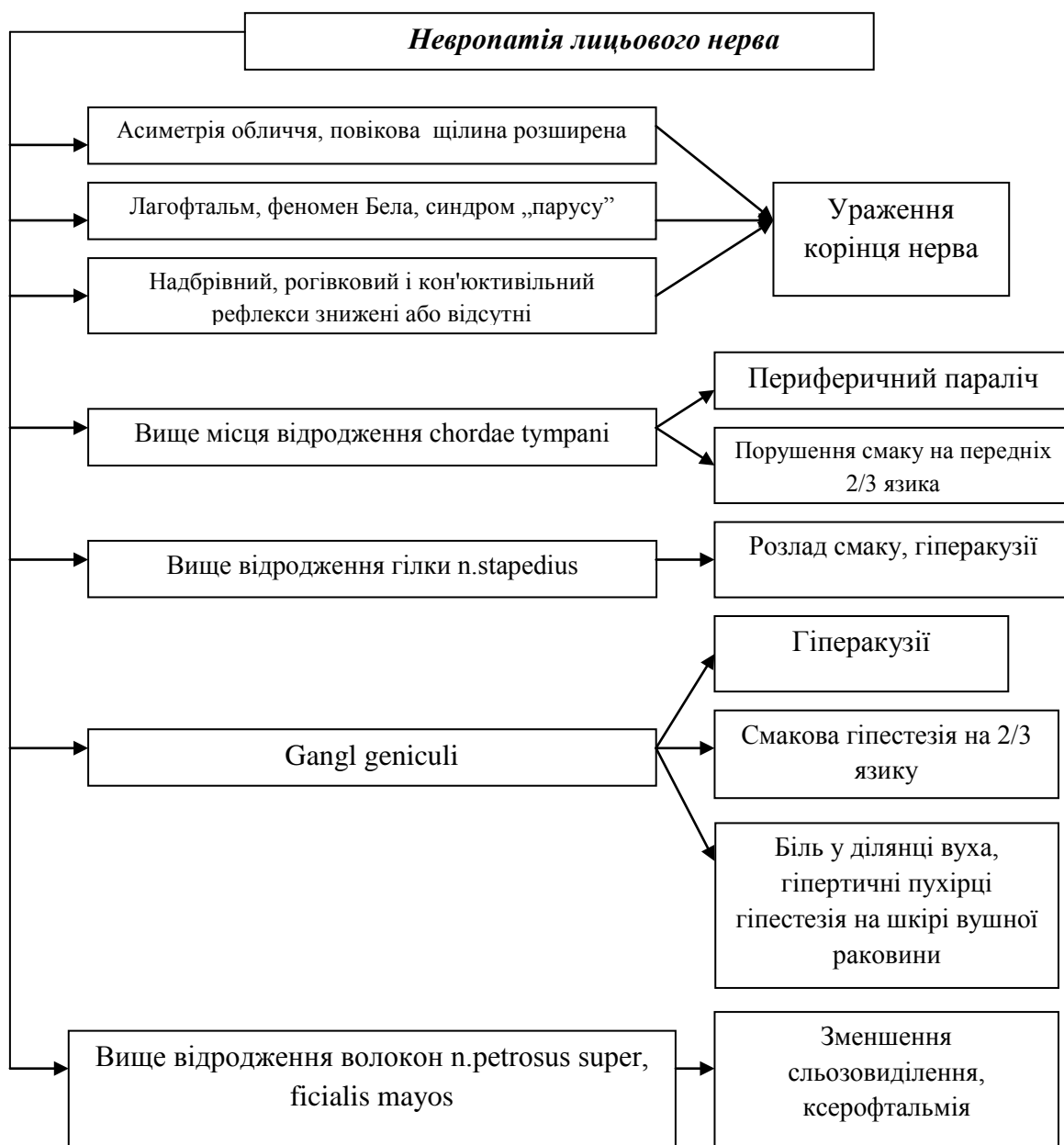
V. Зміст теми заняття

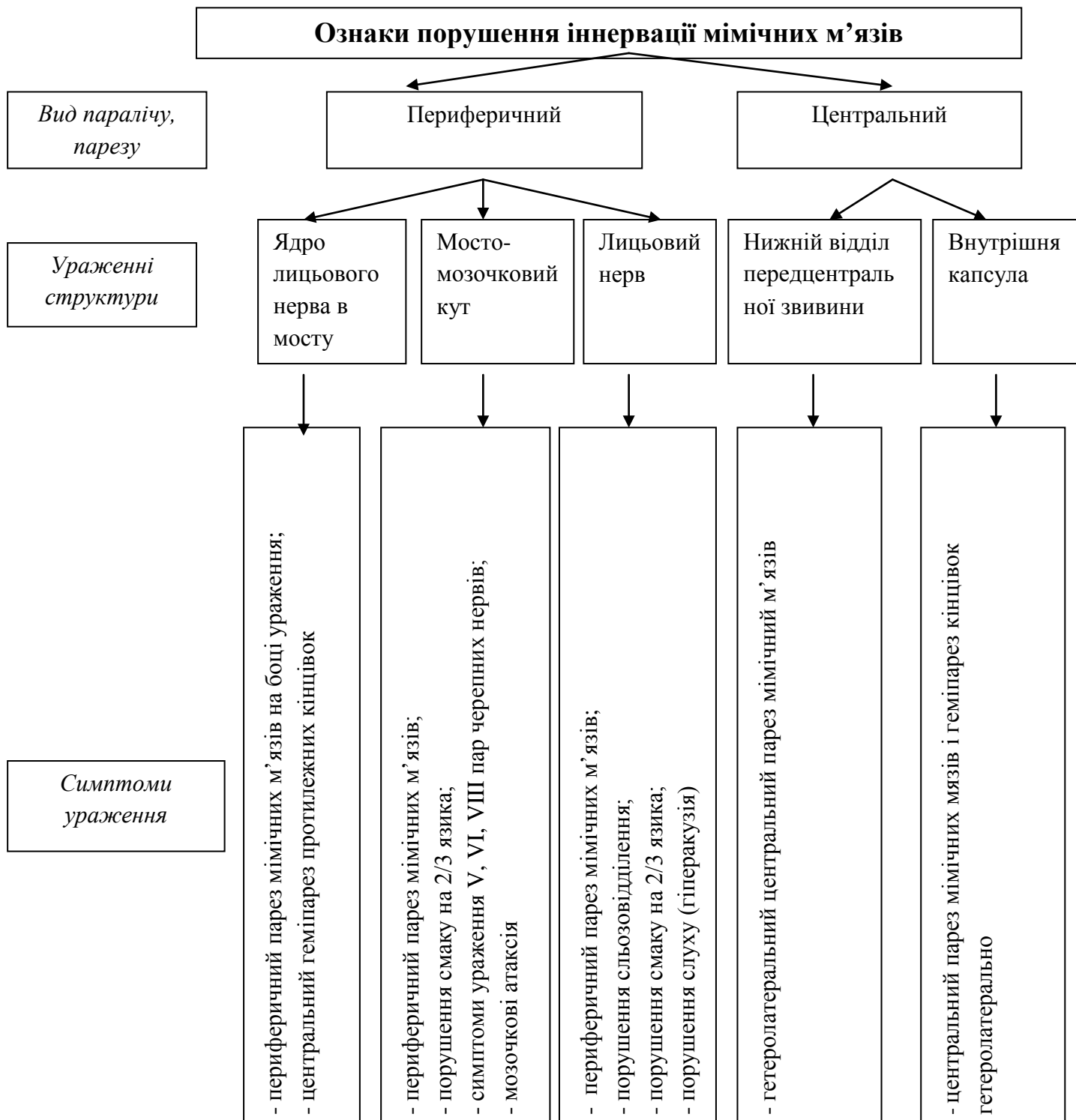
Синдроми ураження язикоглоткового та блукаючого нерва

Системи ураження язикоглоткового та блукаючого нервів тісно пов'язані між собою, тому ізольоване ураження майже не зустрічається, але існує кілька нозологічних форм з переважним ураженням язикоглоткового або блукаючого нервів.

<i>Нозологічні форми</i>	<i>Клінічні ознаки</i>	<i>Лікування</i>
Невралгія язикоглоткового нерва	Больові односторонні пароксизми по кілька хвилин, які починаються з кореня язика, поширюються на горло, вухо, в кут нижньої щелепи. Провокується розмовами, вживанням гарячої їжі, подразненням кореня язика та мигдалини. Біль супроводжується сухістю у горлі, роті, після нападу гіперсалівація.	Карбамазепін або його аналоги; нейролептики, антидепресанти, транквілізатори, фізіотерапія при неефективності – хірургічне втручання.
Невралгія барабанного нерва (синдром Рейхерта)	Напади гострого, стріляючого болю в ділянці зовнішнього слухового ходу по 5-6 разів на добу. Захворювання триває кілька місяців, після чого настає ремісія.	Ненаркотичні анальгетики, нейролептики, транквілізатори, вітаміни гр.В, фізіопроцедури.
Невралгія вушного	Напади болю в ділянці зовнішнього	Антибіотики,

нерва	слухового ходу та барабанної перетинки. Біль супроводжується нудотою, іноді блюванням.	протизапальні препарати, вітаміни гр.В.
Невралгія верхнього гортанного нерва	Больові пароксизми у ділянці гортані. Біль однобічний, часто виникає під час їжі, ковтання. Наявність больової ділянки на боковій поверхні шиї. Під час нападу виникає кашель, загальна слабкість. Глотковий рефлекс відсутній.	Анальгетики, антигістаміні препарати, анестетики, вітаміни гр..В, діадінамічні струми





VI. План і організаційна структура заняття

№ пп	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час (хв.)
III. Підготовчий етап					
1	Організація заняття.			Академ журн.	1
2	Визначення навчальних цілей і мотивація.			Див. „Навчальні цілі” „Актуальність теми	2
3	Контроль вихідного рівня знань. 1. Анатомія та функції VII пари черепних нервів. 2. Симптоми ураження VII пари черепних нервів та їх зв'язків на різних рівнях. 3. Етіопатогенез, клінічні ознаки лікування невротатії VII пари черепних нервів.	II	Індивідуальне опитування; тестовий контроль II рівня; рішення типових задач II рівня	Таблиці, малюнки, питання, тести II рівня, типові задачі II рівня	12
IV. Основний етап					
4.	Формування професійних навичок та вмінь. 1. Оволодіти методикою обстеження хворих з ураженням лицевого, язикоглоткового, блукаючого та під'язикового нервів, глосодінією. 2. На підставі виявлених даних призначити топічний, клінічний діагнози, провести диференціальну діагностику. 3. Визначити план обстеження. 4. Оцінити дані додаткових методів обстеження (КТ, МРТ головного мозку, аналізи крові, ліквору, рентгенограми черепу). 5. Визначити план лікування виявлених захворювань	III	Практичний тренінг у відпрацюванні навичок; професійний тренінг у вирішення нетипових клінічних ситуацій.	Хворі, історії хвороби. Професійний алгоритм формування навичок та вмінь обстеження хворих глосодінією, ураженням лицьового, язикоглоткового, під'язичного, носовій-частого та блукаючого нервів.	60
III. Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня професійних навичок та вмінь.	III	Індивідуальний контроль практичних	Хворі. Нетипові ситуаційні	10

			навичок, оцінка результатів клінічної роботи. Вирішення нетипових задач III рівня.	задачі III рівня.	
6.	Обговорення результатів курації.				
7.	Підведення підсумків практичного заняття.				2
8.	Домашнє завдання			Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою	2

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання для усного опитування.

1. Які етіологічні причини можуть привести до невропатії лицьового нерва?
2. Чим характеризується центральний парез лицьового нерва?
3. Назвіть особливості клінічного перебігу невропатії лицьового нерва, якщо ураження локалізується в місці виходу нерва з мозкового стовбура, в каналі до відходження n. pterosaurs major; після відходження n. stapedins; виходу з каналу.

Тести та типові задачі II рівня

Тести II рівня

№ пп	Тести II рівня	Еталон відповіді
1.	У хворого спостерігається наявність прозопарезу, ксеростолія, слъзотеча, порушення смакосприйняття. Де локалізується патологічний осередок? а) в каналі до відходження n. pterosaurs major б) після відходження n. pterosaurs major в) виходу з каналу г) після відходження n. stapedins д) виходу з мозкового стовбура е) в стовбурі головного мозку	d
2.	Для невропатії лицьового нерва характерно: а) зниження корнеального рефлексу б) порушення смауц на задній третині язика в) гіпалгезія у внутрішній зоні Зельдера г) гіпотрофія жувальної мускулатури д) все перелічене	b

Типові задачі II рівня

№ пп	Типові задачі II рівня	Еталон відповіді
1.	У хворого відсутні рухи правої половини обличчя, лагофтальм. Визначити характер паралічу м'язів обличчя. Які структури ураженні? Які обстеження потрібні для уточнення локалізації процесу?	Периферичний парез м'язів правої половини обличчя. Ураження лицьового нерва та його ядра. Обстежити смак, слух, слезовідділення, наявність парезу кінцівок.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Професійний алгоритм формування навичок і вмінь обстеження хворих з ураженням лицьового нерва

№ пп	Завдання	Вказівки	Примітки
1.	Оволодіти методикою обстеження хворих з невропатією лицьового нерва	Виконувати дослідження у такій послідовності: 1. Зібрати скарги, анамнез захворювання та життя. 2. Перевірити неврологічний статус, виявити синдроми ураження лицьового нерва.	Уточнити, які фактори сприяли виникненню захворювання (індекційні прояви, травми, хірургічні втручання, соматичні захворювання, наявність інтоксикацій, судинні захворювання)
2.	Обстеження хворих з синдромами ураження лицьового нерва.		Зверніть увагу на рухові, чутливі розлади та вегетативні рефлекторні порушення.
3.	На підставі виявлених даних встановити топічний та клінічний діагнози.		Згрупуйте виявлені симптоми і синдроми. Скористайтесь структурно-логічними схемами змісту заняття.
4.	Оцінити дані додаткових методів обстеження.	Проаналізуйте дані додаткових методів дослідження хворих.	
5.	На підставі клінічного обстеження та даних додаткових методів дослідження, проведіть диференційний діагноз та визначте лікування.	Складіть схему лікування.	Зверніть увагу на залежність методів терапії від форми та стадії захворювання.

3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Нетипові задачі III рівня.

№	Нетипові задачі III рівня	Еталон відповіді
1.	У хворого обмеженні мимічного рухи лівої половини обличчя, болі та пухирцеві висипи на шкірі зовнішнього слухового проходу. Не виявляються надбрівний, рогівковий та кон'юнктивальний рефлекс ліворуч. Поставити попередній діагноз.	Невропатія лицевого та колінчастого нерва.
2.	Хвора, 40 років, хворіє на гіпертонічну хворобу. Захворіла гостро, коли на фоні головного болю та артеріального тиску 200/100 мм рт.ст. звернула увагу на асиметрію обличчя: не може закрити ліве око, затруднення при жуванні їжі, порушилось смаковоспригтя. Об'єктивно: загально мозкових та менингеальних знаків не виявлено. Лагофталм, сгладжена носо-губна складка, асиметрія, посмішки. Не може зморщувати брови, чутливість збереження. Парезів кінцівок не має. При КТ: патологічних змін не виявлено. Встановити діагноз. Які чинники привели до захворювання?	Нейропатія лицевого нерва. Ішемічна нейропатія.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

Орієнтована карта самостійної роботи з літературою.

Основні завдання	Вказівки
<p style="text-align: center;">Вивчити</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анатомічні особливості лицевого нерва та його гілок. 2. Етіологію, патогенез та провідні клінічні ознаки лицевого нерва на різних рівнях. 3. Додаткові методи дослідження, що використовуються у разі уражень лицевого нерва. 4. Методи лікування, невропатії лицевого нерва. 	<p>Записати в зошиті симптомокомплекс ураження лицевого нерва на різних рівнях.</p> <p>Скласти алгоритм лікування в різні періоди захворювання.</p>

Патологія IX-XII пар черепних нервів. Синдроми ураження язикоглоткового, блукаючого та під'язичного нервів в стоматологічній практиці

I. Актуальність теми

Ознаки ураження IX, X, XI, XII пар черепних нервів можуть спостерігатись у разі різних неврологічних захворювань – кліщового і стовбурового енцефалітів, бічного аміотрофічного склерозу, поліомієліту, дифтерійної полінейропатії, пухлин, сиринобульбії, інсультів, черепно-мозкових травм. З ураженням цих нервів зустрічаються отоларингологи за наявності запальних процесів у ділянці голосових зв'язок, пухлин гортані, а також педіатри, інфекціоністи, нейрохірурги. Знання анатомії і патології цих нервів, уміння диференціювати бульбарний і псевдобульбарний синдроми необхідні лікарям різних спеціальностей для своєчасної діагностики захворювань, більшість із яких потребує невідкладної допомоги.

II. Навчальні цілі

Студент повинен **знати:**

1. Анатомію, функції та симптоми ураження IX, X, XI, XII пар черепних нервів ($\alpha=II$).
2. Прояви та диференціальну діагностику бульбарного та псевдобульбарного синдромів ($\alpha=II$).
3. Варіанти перебігу ураження вузла колінця (синдром Ганта); етіопатологія, клінічні прояви невралгії відієвого нерва ($\alpha -II$).
4. Клінічні ознаки, діагностику, лікування невралгії та нейропатії язикоглоткового нерву та окремих його гілок (барабанного нерва) ($\alpha=II$).
5. Етіопатогенез, клінічні ознаки невралгії та нейропатії блукаючого нерва та окремих його гілок (верхнього гортанного нерва) ($\alpha=II$).
6. Етіопатогенез, клінічні ознаки глосодінії, зв'язок із соматичними захворюваннями, особливості лікування та надання стоматологічної допомоги хворим на глосодінію ($\alpha=II$).
7. Клінічні прояви міофасціального больового синдрому обличчя, його диференційна діагностика з больовою дисфункцією скронево-нижньощелепного суглобу ($\alpha -II$).

Студент повинен **вміти:**

1. Дослідити функції IX, X, XI, XII пар черепних нервів ($\alpha=III$).
2. Виявити симптоми ураження цих нервів ($\alpha=III$).
3. Діагностувати ознаки бульбарного і псевдобульбарного синдромів ($\alpha=III$).
4. На підставі отриманих клінічних даних встановити топічний діагноз ($\alpha=III$).

III. Виховні цілі

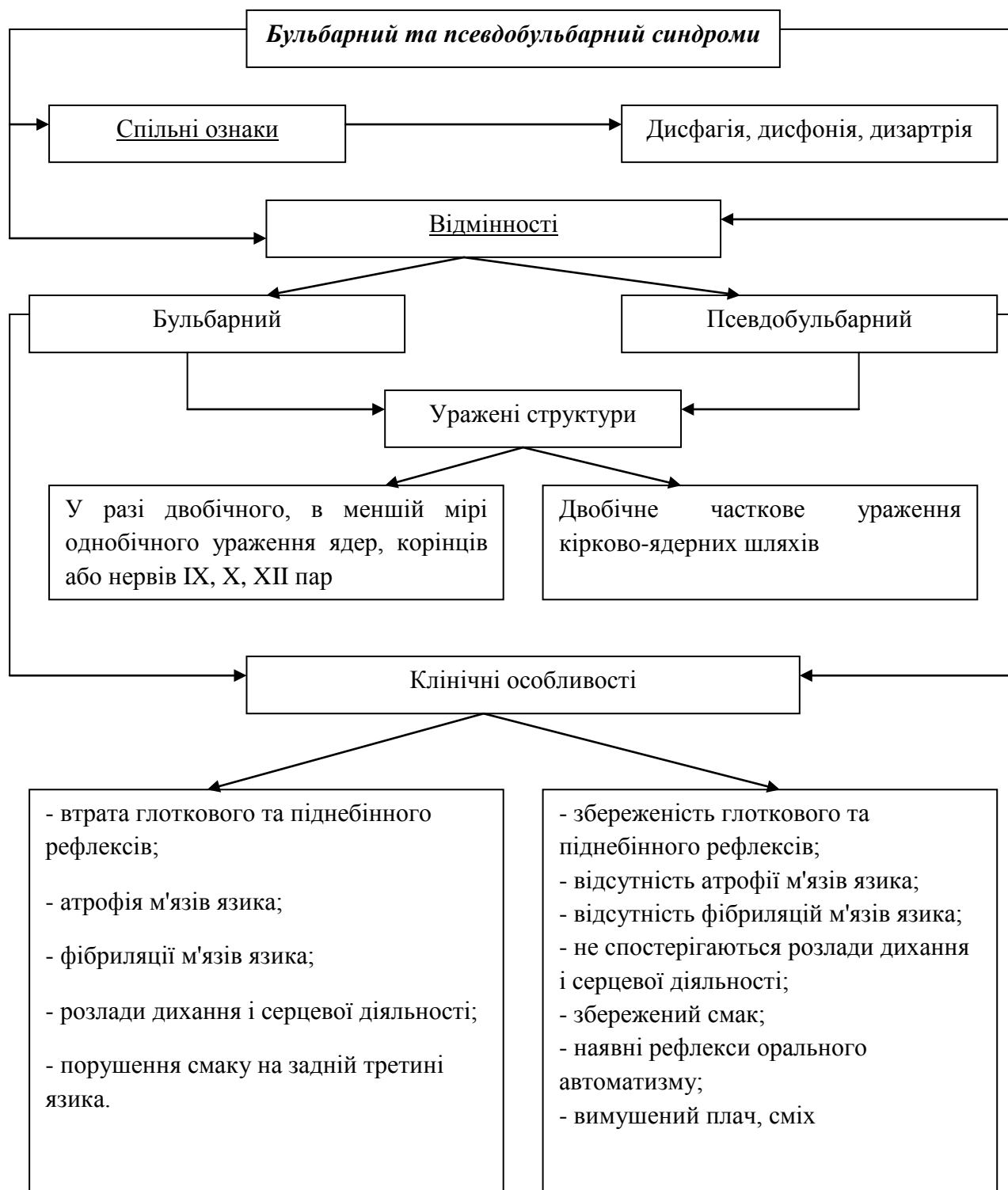
Оволодіти вмінням встановити психологічний контакт з пацієнтом, уважно і ретельно провести обстеження у разі наявності у хворого бульбарного або псевдобульбарного синдромів. Формувати співчуття до хворих з бульбарними порушеннями

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни</i>		
Нормальна анатомія	Будову стовбура головного мозку та черепних нервів бульбарної групи.	На муляж та схемах показати стовбур головного мозку, місця знаходження ядер IX, X, XI, XII пар черепних нервів та їх корінців.
Паталогічна анатомія	Патоморфологічні зміни у разі ураження черепних нервів бульбарної групи.	Мікроскопічно розрізняти патологію IX, X, XI, XII пар черепних нервів та їх ядер.
Гістологія	Гістологічні дані про будову ядер, корінців та нервів бульбарної групи, провідних шляхів мозкового стовбуру.	Мікроскопічно розрізняти рухові, чутливі, вегетативні ядра, корінці IX, X, XI, XII пар черепних нервів
<i>Наступні дисципліни (що забезпечуються)</i>		
Інфекційні хвороби	Патологію IX, X, XI, XII пар черепних нервів, ознаки бульбарного синдрому за наявності інфекційних захворювань	Виявляти симптоми ураження IX, X, XI, XII пар черепних нервів або їх ядер у разі кліщового, стовбурового енцефалітів, поліомієліту, дифтерійної полінейропатії
Нейрохірургія	Патологію IX, X, XI, XII пар черепних нервів за наявності об'ємних процесів у ділянці стовбура мозку, у разі черепно-мозкових травм.	Виявляти симптоми ураження черепних нервів у разі пухлин стовбура мозку, черепно-мозкових травм.
ЛОР-хвороби	Патологію IX, X, XI, XII пар черепних нервів у хворих ЛОР захворюваннями.	Виявляти патологію IX, X пар черепних нервів у хворих з пухлинами глотки, парезами гортані, голосових зв'язок.
<i>Внутрішньопредметна інтеграція</i>		
Пухлини головного мозку	Симптоми ураження черепних нервів бульбарної групи у хворих з пухлинами головного мозку.	Виявляти патологію IX, X, XI, XII пар черепних нервів у хворих з пухлинами головного мозку.
Сирингомієлія, боковий аміотрофічний склероз	Ознаки бульбарного синдрому у разі бокового аміотрофічного склерозу, сирингомієлії.	Диференціювати ураження IX, X, XI, XII пар черепних нервів, встановити діагноз бічного аміотрофічного склерозу, сирингомієлії.
Інфекційні ураження нервової системи	Патологію черепних нервів бульбарної групи у інфекційних хворих	Виявити симптоми ураження бульбарної групи черепних нервів за наявності кліщового енцефаліту, дифтеріної полінейропатії.
Судинні захворювання нервової системи	Патологію IX, X, XI, XII пар черепних нервів у хворих на цереброваскулярну патологію	Диференціювати бульбарний та псевдобульбарний синдроми, виявляти альтернувальні синдроми довгастого мозку у хворих с судинними порушеннями головного мозку.

V. Зміст теми заняття

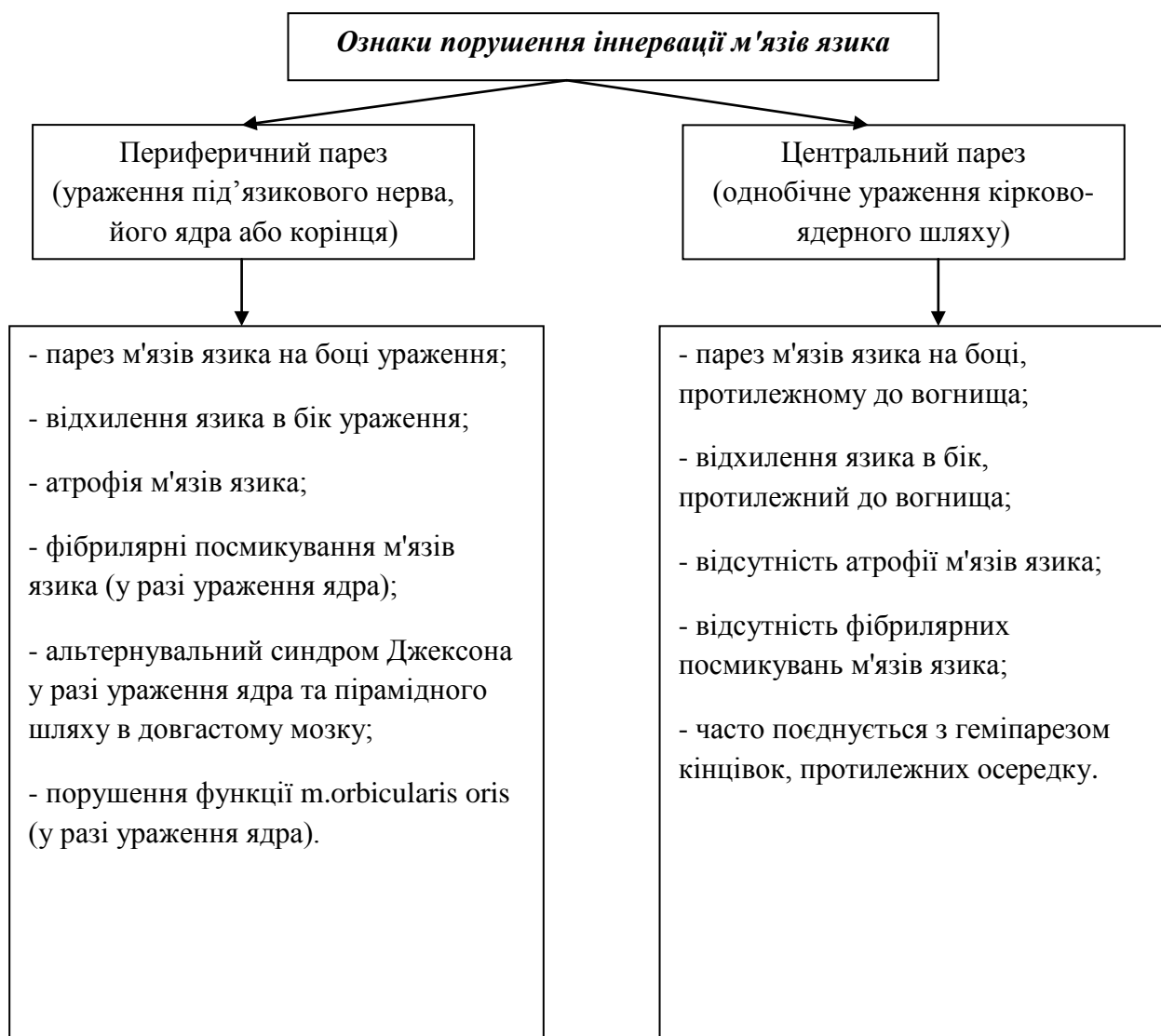
Бульбарний та псевдобульбарний синдроми



Синдроми ураження язикоглоткового та блукаючого нерва

Системи ураження язикоглоткового та блукаючого нервів тісно пов'язані між собою, тому ізольоване ураження майже не зустрічається, але існує кілька нозологічних форм з переважним ураженням язикоглоткового або блукаючого нервів.

<i>Нозологічні форми</i>	<i>Клінічні ознаки</i>	<i>Лікування</i>
Невралгія язикоглоткового нерва	Больові односторонні пароксизми по кілька хвилин, які починаються з кореня язика, поширюються на горло, вухо, в кут нижньої щелепи. Провокується розмовами, вживанням гарячої їжі, подразненням кореня язика та мигдалини. Біль супроводжується сухістю у горлі, роті, після нападу гіперсалівація.	Карбамазепін або його аналоги; нейролептики, антидепресанти, транквілізатори, фізіотерапія при неефективності – хірургічне втручання.
Невралгія барабанного нерва (синдром Рейхерта)	Напади гострого, стріляючого болю в ділянці зовнішнього слухового ходу по 5-6 разів на добу. Захворювання триває кілька місяців, після чого настає ремісія.	Ненаркотичні анальгетики, нейролептики, транквілізатори, вітаміни гр.В, фізіопроцедури.
Невралгія вушного нерва	Напади болю в ділянці зовнішнього слухового ходу та барабанної перетинки. Біль супроводжується нудотою, іноді блюванням.	Антибіотики, протизапальні препарати, вітаміни гр.В.
Невралгія верхнього гортанного нерва	Больові пароксизми у ділянці гортані. Біль односторонній, часто виникає під час їжі, ковтання. Наявність больової ділянки на боковій поверхні шиї. Під час нападу виникає кашель, загальна слабкість. Глотковий рефлекс відсутній.	Анальгетики, антигістаміні препарати, анестетики, вітаміни гр..В, діадінамічні струми



VI. План і організаційна структура заняття

№ пп	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час хв.
I. Підготовчий етап					
1.	Організація заняття.			Академ журн.	1
2.	Визначення навчальних цілей і мотивація.			Див. „Навчальні цілі” „Актуальність теми	2
3.	Контроль вихідного рівня знань: 1. Анатомія і функція IX, X, XI, XII пар черепних нервів. 2. Симптоми ураження нервів бульбарної групи. 3. Прояви та диференціальна діагностика бульбарного та псевдобульбарного синдромів. 4. Альтернувальні синдроми довгастого мозку.	II	Індивідуаль-не опитування; тестовий контроль II рівня; рішення типових задач II рівня	Таблиці, малюнки, муляжі, питання для усного опитування, тести II рівня, типові задачі II рівня	10
II. Основний етап					
4.	Формування професійних навичок та вмінь: 1. Оволодіти методикою дослідження функцій нервів бульбарного групи. 2. Виявити симптоми ураження цих нервів. 3. Виявити ознаки бульбарного та псевдобульбарного синдромів. 4. На підставі отриманих даних визначити локалізацію патологічного процесу	III	Практичний тренінг у відпрацюванні навичок; професійний тренінг у вирішення нетипових клінічних ситуацій.	Хворі, історії хвороби. Професійний алгоритм для оволодіння навичками і вмінням обстеження хворих з патологією IX, X, XI, XII пар черепних нервів.	60
III. Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня професійних навичок та вмінь.	III	Індивідуальний контроль практичних навичок, оцінка результатів клінічної роботи. Вирішення нетипових ситуаційних задач III рівня.	Хворі. Нетипові ситуаційні задачі III рівня.	13
6.	Підведення підсумків практичного			Орієнтована	3

	заняття.			карта для са- мост. роботи з літературою	
7.	Домашнє завдання				1

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання для усного опитування.

1. Де розташовані ядра IX, X, XI, XII пар черепних нервів?
2. Опишіть хід черепних нервів бульбарної групи.
3. Опишіть функції черепних нервів бульбарної групи.
4. Як досліджується функція IX, X, XI, XII пар черепних нервів?
5. Дайте характеристики периферичного і центрального парезів м'язів язика.
6. Охарактеризуйте бульбарний і псевдобульбарний синдроми.
7. Опишіть ознаки ураження XI пари черепних нервів.
8. Назвіть і дайте характеристику альтернувальних синдромів довгастого мозку.
9. Які клінічні ознаки невралгії відієвого нерва?
10. Які клінічні ознаки невралгії язикоглоткового нерва?
11. Які клінічні ознаки невралгії барабанного нерва?
12. Які клінічні ознаки вушного нерва?
13. Які клінічні ознаки невралгії верхнього гортанного нерва?
14. Які клінічні ознаки глосодинії?

Тести та типові задачі II рівня

№	Тести II рівня	Еталон відповіді
1.	Вкажіть локалізацію вогнища у разі центрального парезу м'язів язика: а) нижній відділ передцентральної звивини; б) кірково-ядерний шлях; в) ядро під'язикового нерва; г) під'язиковий нерв; д) язикоглотковий нерв.	а), б)
2.	Назвіть ознаки бульбарного синдрому: а) рефлeksi орального автоматизму б) дисфагія; в) дизартрія; г) дисфонія; д) збережений глотковий рефлекс; е) відсутній глотковий рефлекс; є) насильні сміх та плач; ж) атрофія м'язів язика; з) відсутність атрофії м'язів язика	б), в), г), е), ж)
3.	Назвіть ознаки псевдобульбарного синдрому: а) атрофія м'язів язика; б) фібрилярні посмикування м'язів язика; в) дисфагія;	в), г), е), є), з)

	г) дисфонія; д) відсутність глоткового рефлексу; е) дизартрія; е) рефлекси орального автоматизму; ж) розбіжна косоокість; з) насильні плач і сміх.	
4.	Перерахуйте ознаки альтернуального синдрому Валленберга-Захарченка: а) рефлекси орального автоматизму; б) насильні плач і сміх; в) периферичний парез м'якого піднебіння і голосової зв'язки на боці вогнища г) порушення чутливості за сегментарним типом на обличчі; д) порушення чутливості на обличчі за периферичним типом; е) синдром Бернара-Горнера; е) провідникова геміанестезія зі протилежного боку; ж) мозочкові порушення на боці вогнища; з) мозочкові порушення з протилежного боку.	в), г), е), е), ж)
5.	У хворого спостерігається наявність прозопарезу, ксеростолія, слъзотеча, порушення смакоприйняття. Де локалізується патологічний осередок? а) в каналі до відходження n.pterosaurs major б) після відходження n.pterosaurs major с) виходу з каналу д) після відходження n.stapedins е) виходу з мозкового стовбура ф) в стовбурі головного мозку	d

Типові задачі II рівня

№ пп	Типові задачі II рівня	Еталон відповіді
1.	У хворого спостерігаються атрофія правої половини язика, відхилення його при висовуванні з рота вправо і центральний геміпарез зліва. Де локалізується осередок ураження? Що уражено? Назвіть синдром ураження.	В довгастому мозку. Уражено ядро XII пари і пірамідні шляхи справа. Альтернувальний синдром Джексона
2.	У хворого спостерігаються дизартрія, дисфагія, дисфонія, атрофія і фібрилярні посіпування м'язів язика, порушення дихання та серцевої діяльності, відсутній глотковий рефлекс. Оцінити характер парезу м'язів. Як називається цей синдром?	Периферичний парез. Бульбарний синдром.
3.	У хворого виявлено порушення смаку на задній третині язика зліва. Який черепний нерв і з якого боку уражений? Які рефлекси можуть змінитися?	Уражена IX пара зліва. Знижуються глотковий та піднебінний рефлекси.
4.	Хворий скаржиться на больові пароксизми по кілька хвилин, які починаються з кореня язика і поширюється на	Невралгія язикоглоткового нерва.

горло, вухо, нижню щелепу, шию. Біль виникає під час розмови, при вживанні гарячих або холодних страв. Біль завжди у правій половині обличчя, супроводжується сухістю у роті. Іноді під час больового нападу хворий втрачає свідомість. Який нерв уражений? Призначити лікування.	Карбамазепін, нейролептики, антидепресанти, транквілізатори, діадінамічні струми, гальванічні струми.
---	---

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Професійний алгоритм формування навичок і вмінь обстеження хворих з патологією IX, X, XI, XII пар черепних нервів.

№ пп	Завдання	Вказівки	Примітки
1.	Оволодіти методикою обстеження IX, X, XI, XII пар черепних нервів. Обстежити хворих з патологією IX, X, XI, XII пар черепних нервів.	<p>Обстеження виконувати в такій послідовності:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дослідити функції IX і X пар – оцінити звучність голосу, дослідити функцію ковтання, розташування м'якого піднебіння в стані спокою і при фонації, перевірити глотковий і піднебінний рефлекс, смак на задній третині язика, частоту дихання та пульсу; 2) дослідити функцію XI пари – оцінити функцію грудинно-ключично-соскоподібного та трапецієподібного м'язів шляхом виявлення атрофій, оцінки обсягу активних рухів і м'язової сили цих м'язів; 3) дослідити функцію XII пари – звернути увагу на рухомість і відхилення язика, наявність атрофій, фібрилярних посмикувань його м'язів, дизартрії, дослідити функцію колового м'яза рота; 4) перевірити наявність симптомів орально-го автоматизму, насильних сміху чи плачу; 5) обстежити рефлекторно-рухову, чутливу функцію, функцію мозочка з метою виявлення альтернувальних синдромів; 6) зібрати скарги, анамнез, перевірити неврологічний статус; 7) обстежити хворих з невралгіями та нейропатіями язикоглоткового, блукаючого нервів; глосодінією. 	Дослідження IX і X пар черепних нервів доцільно проводити разом, так як вони мають спільні ядра, часто уражаються одночасно. Уточнити фактори, що сприяли виникненню захворювання.
2	Обстежити хворих з синдромами ураження черепних		Зверніть увагу на перебіг больових синдромів

	нервів, глосодінією.		
3	На підставі виявлених патологічних симптомів встановити топічний та клінічний діагноз	Згрупуйте виявленні симптоми, проаналізуйте їх, встановити синдром та визначити локалізацію патологічного процесу.	Зверніть увагу на необхідність диференціальної діагностики бульбарного, псевдобульбарного та альтернуючого синдромів.
4	Оцінити дані додаткових методів обстеження.	Проаналізувати дані МРТ, R-графії, електроміографії.	
5	На підставі обстеження і даних додаткових методів обстеження проведіть диференціальний діагноз та призначте лікування.		

3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Нетипові задачі III рівня.

№ пп	Нетипові задачі III рівня	Еталон відповіді
1.	У хворого, 60 років, раптово, на фоні підвищення АТ, з'явилися головний біль, блювання, порушилося ковтання, змінився голос. Виявлені зліва енофтальм, звуження очної щілини, міоз, гіпалгезію поверхневих видів чутливості на обличчі за сегментарним типом. При фонації звисає дужка м'якого піднебіння, знижений глотковий рефлекс, атаксія в лівих кінцівках. справа – провідникова больова та температурна гемігіпестезія. Визначте локалізацію патологічного процесу. Назвіть патологічний синдром. У разі, якого захворювання він виникає?	Ураження лівої половини довгастого мозку, мозочка. Синдром Валенберга-Захарченка. У разі гострого порушення мозкового кровообігу у задній нижній мозочковій артерії.
2.	У хворої, 50 років, протягом останнього року виникла слабкість в руках, змінилась мова, порушилось ковтання. Виявлено гугнявий голос, дизартричну мову, дисфагію. Дужки м'якого піднебіння при фонації звисають. Глотковий рефлекс відсутній. Відмічаються атрофії м'язів язика та фібрилярні посмикування в них. Гіпотрофія м'язів плечового поясу, плечей, передпліч, атрофія дрібних м'язів кистей з фібрилярними посмикуваннями. Рефлекси з рук та ніг підвищені, симптом Бабінського з обох боків. Який синдром виник у хворої? Вкажіть локалізацію патологічного процесу.	Бульбарний ядерний синдром; тетрапарез (за змішаним типом у руках, за центральним типом у ногах). Рухові ядра IX, X, XII пар черепних нервів у довгастому мозку та передні роги і бічні канатики в спинному мозку на рівні шийного відділу.
3.	У хворого після огляду виявлені дизартрія, дисфонія,	Бульбарний синдром.

	дисфагія, попірхування при ковтанні, влучення рідкої їжі до носу крізь носоглотку: глотковий рефлекс відсутній; при фонації дужки м'якого піднебіння звисають. Атрофія м'язів язика та фібрилярні посмикування в них. Назвіть синдром.	
4.	Хворий скаржиться на порушення ковтання, улучення їжі в ніс, зміни голосу, порушення мови. Об'єктивно: дизартрія, дисфонія, дисфагія, глотковий рефлекс високий. Атрофії м'язів язика немає. Насильницький плач та сміх. Центральний геміпарез лівих кінцівок. Назвіть синдром. Де ураження?	Псевдобульбарний синдром. Двобічне ураження кортико-нуклеарних шляхів у довгастому мозку.
5.	Хворий скаржиться на порушення ковтання, мови, слабкість правих кінцівок. Об'єктивно: дизартрія, дисфонія, глотковий рефлекс відсутній, немає фонації м'якого піднебіння, порушенні рухи в трапецієподібному та грудинно-ключично-соскоподібному м'язі ліворуч, центральний парез правих кінцівок. Назвіть синдром. При ураженні чого він виникає?	Синдром Шмідта. Ураження лівої половини довгастого мозку.
6.	У хворого при огляді парез м'якого піднебіння та голосової зв'язки праворуч, порушено ковтання (попірхується при їжі), дизартрія, дисфонія, центральний лівобічний геміпарез з високими рефlekсами та м'язовим тонусом. Назвіть синдром та рівень ураження.	Синдром Авеліса. Ураження правої половини довгастого мозку.
7.	У хворого виявлено девіацію язика вліво, фібрилярні посмикування в них, центральний спастичний парез правих кінцівок. Назвіть синдром. Де локалізується осередок ураження?	Синдром Джексона. Ураження лівої половини довгастого мозку.
8.	У хворого при артеріальному тиску 170/100 мм рт.ст. вранці виникли порушення мови, слабкість в правих кінцівках. Об'єктивно: дизартрія, дисфонія, дисфагія, правобічний геміпарез, гемігіпостезія. Назвіть локалізацію патологічного процесу. Назвіть патологічний синдром.	Ураження лівої половини довгастого мозку. Бульбарний синдром. Правобічний геміпарез.
9.	У хворого, 48 років, протягом року виникла слабкість в руках, порушення мови, ковтання. Об'єктивно: дизартрія, дисфонія, дисфагія, глотковий рефлекс відсутній. Відмічаються атрофії м'язів язика, фібриляційні посмикування в них. Гіпотрофія м'язів плечового поясу, кистей рук з фібрилярними посмикуваннями. Рефлекси з рук та ніг підвищені. С-м Бабинського з обох боків. Який синдром виник у хворого? Яка локалізація процесу?	Бульбарний ядерний синдром. Периферичний парез в руках, центральний в ногах. Ураженні рухові ядра ІХ, Х, ХІ, ХІІ пар черепних нервів, передні роги і бічні канатики в шийному відділі спинного мозку.
10.	У хворого, який четвертий раз попадає в клініку з ішемічним інсультом виявляється при огляді дисфонія, дизартрія дисфагія, насильницький плач та сміх. Глотковий рефлекс високий. Центральний спастичний тетрапарез, більш виражений в лівих кінцівках. Який синдром виник у хворого? Що уражено?	Псевдобульбарний синдром. Двобічне ураження кортико-нуклеарних шляхів внаслідок декількох осередків у головному мозку.
11.	У хворого обмеженні мимічного рухи лівої половини обличчя, болі та пухірцеві висипи на шкірі зовнішнього слухового проходу. Не виявляються надбрівний, рогівковий та кон'юнктивальний рефлекси ліворуч. Поставити попередній діагноз.	Глосодінія

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

Орієнтована карта самостійної роботи з літературою.

Основні завдання	Вказівки
Вивчити	
Анатомію IX, X, XI, XII пар черепних нервів.	Намалювати схеми розташування ядер та хід волокон IX, X, XI, XII пар черепних нервів.
Симптоми ураження IX, X, XI, XII пар черепних нервів.	Вписати у зошит симптомокомплекси уражень
Альтернуючі синдроми довгастого мозку.	Вписати у зошит симптомокомплекси уражень
Ознаки бульбарного та псевдобульбарного синдромів.	Скласти таблицю диференціальної діагностики бульбарного та псевдобульбарного синдромів.
Сучасну класифікацію нейростоматологічних захворювань.	Записати в зошиті ознаки невралгії та невропатії лицевого, язикового, під'язичного, блукаючого нервів, глосодінії, принципи лікування хворих.
Етіологію, патогенез та провідні клінічні симптоми глосодінії, невралгії та невропатії лицевого, язикового, язичного, носовий частого, блукаючого нервів.	
Додаткові методи дослідження, що використовуються у разі уражень черепних нервів.	
Методи лікування невралгій, невропатій, черепних нервів, глосодінії.	

Патологія вегетативної нервової системи. Вегетативні прозопалгії та інші нейрогенні захворювання обличчя

I. Актуальність теми

Вегетативна нервова система (ВНС) регулює всі фізіологічні процеси внутрішнього середовища організму, забезпечує різні форми психічної і фізичної діяльності до змін умов існування (ерготропна функція). З вегетативними порушеннями зустрічаються лікарі багатьох спеціальностей, у тому числі і стоматологи.

II. Навчальні цілі

Студент повинен **знати**:

1. Анатомію, фізіологію та принципи функціонування ВНС (α -II).
2. Класифікацію, патогенез та клінічні прояви сегментарних та надсегментарних вегетативних порушень (α -II).
3. Неврологічні синдроми ураження вегетативних структур обличчя і шиї (α -II).
4. Порушення вегетативної іннервації (α -II).
5. Клінічні ознаки набряку Квінке, синдромів Россолімо-Мельхерсона-Розенталя, Шегрена, Паррі-Ромберга

Оволодіти навичками:

1. Дослідження функцій вегетативної нервової системи (α -II).
2. Обстеження хворого з вегетативними розладами (α -II).

Студент повинен **вміти**:

1. 1. Виявляти, провести диференціальну діагностику вегетативних порушень (α - III).
2. Діагностувати синдроми нейрогенних захворювань обличчя.

III. Виховні цілі

Виробити у студентів спостережливість і уважність при виявленні симптомів порушення функції ВНС. Виховувати чуйне, гуманне ставлення до хворих з порушеннями функції ВНС.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни</i>		
Нормальна анатомія	Будову вегетативної нервової системи.	На таблицях показати структури ВНС.
Нормальна фізіології	Фізіологію сегментарних та надсегментарних відділів ВНС.	Намалювати схему зв'язків вегетативних структур.
Патологічна анатомія	Патоморфологічні зміни вегетативних клітин, гангліїв.	Мікроскопічно розрізняти патологію вегетативних клітин, гангліїв.
<i>Наступні дисципліни (що забезпечуються)</i>		

Внутрішні хвороби	Вегетативні порушення у разі захворювань внутрішніх органів.	Розпізнавати вегетативні порушення у разі хвороб внутрішніх органів.
Нейрохірургія	Вегетативні порушення у хворих з пухлинами, травмами голови та шиї.	Виявити ознаки ураження ВНС у нейрохірургічних хворих.
Шкірні, венеричні хвороби	Вегетативні порушення у разі шкіряних захворювань.	Виявити вегетативні порушення у хворих з шкіряними хворобами.
<i>Внутрішньопредметна інтеграція</i>		
Черепні нерви: Окорухові	Вегетативну іннервацію ока.	Виявити синдром Горнера, мідріаз, порушення акомодатії.
V, VII, IX, X	Вегетативну іннервацію обличчя, слізної, слиновидільних залоз, внутрішніх органів.	Виявити вегетативні порушення обличчя та з боку внутрішніх органів.
Невралгії, нейропатії, полінейропатії	Вегетативні порушення, що виникають за наявності невралгії, нейропатії, полінейропатії.	Виявити вегетативні порушення у хворих з захворюванням периферичних нервів.

V. Зміст теми заняття



ВЕГЕТАТИВНІ ПРОЗОПАЛГІЇ

	Етіологія	Клінічні прояви	Лікування
Гангліоніт крилопіднебенного вузла (Сладера)	Хронічні запальні процеси зубощелепної системи пара назальних синусів крилопіднебенної ямки, скронево-нижньощелепного суглобу.	Пароксизмальний пекучий біль в половині обличчя з іррадіацією у шию, потилицю. Наявність «вегетативної бурі» - почервоніння, набряк обличчя, ринорея, підвищення температури, сленорея. Нічний біль.	Гангліоблокатори. Нейролептики. Транквілізатори. Холінолітики. Фізіотерапія.
Гангліоніт вушно-скроневого вузла (Фрей)	Захворювання слинної залози, хронічні інфекції у порожнині рота, захворювання вух.	Больові напади (кілька хвилин) в скроні та попереду вуха. Триггерна точка. Під час нападу – закладення у вусі, слино відділення.	Анальгетики. Гангліоблокатори. Вегетотропні препарати. Фізіотерапія.
Гангліоніт нижньощелепного та під'язикового вузлів.		Постійний біль, посилюється під час приймання їжі, розмови, під час торкання зубів. Зона первинного болю 2/3 язика, іррадіація в нижню щелепу, губу, шию. Порушення слино відділення. Набряк язика, м'яких тканин під нижньощелепної ділянки	Анальгетики. Транквілізатори. Вегетотропні препарати. Вітаміни групи В.
Гангліоніт шийних симпатичних вузлів	Хронічні інфекції.	Больові пароксизми, що розширюються на усю половину тіла. Вегетативні порушення. Трофічні зміни у тканинах.	Анальгетики. НПВЗ. Транквілізатори Препарати кальцію Біогенні стимулятори



VI. План і організаційна структура заняття

№ пп	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час (хв.)
V. Підготовчий етап					
1	Організація заняття.			Академ журн.	1
2	Визначення навчальних цілей і мотивація.			Див. „Навчальні цілі” „Актуальність теми	2
3	Контроль вихідного рівня знань. 6. Анатомія, фізіологія та принципи функціонування ВНС. 7. Патогенез, класифікація та клінічні прояви вегетативних порушень у разі ураження сегментарного та насегментарного відділів ВНС (обличчя та шиї). 8. Порушення вегетативної іннервації ока. 9. Критерії диференційної діагностики гангліїв, невралгії та невропатії черепних нервів. 10. Принципи лікування хворих з синдромами порушення ВНС.	II	Індивідуальне опитування; тестовий контроль II рівня; рішення типових задач II рівня	Таблиці, малюнки, питання, тести II рівня, типові задачі II рівня	20
VI. Основний етап					
4.	Формування професійних навичок та вмінь. 4. Оволодіти методикою дослідження ВНС. 5. Вміти виявляти, діагностувати, лікувати вегетативні синдроми. 6. Скласти план обстеження хворих з ураженнями вегетативних	III	Практичний тренінг у відпрацюванні навичок; професійний тренінг у вирішення	Хворі, історії хвороби. Професійний алгоритм формування навичок та вмінь.	55

	структур шиї та обличчя. 7. Провести диференціальну діагностику гангліонітів, неврологічних уражень ВНС, шиї та обличчя; призначити лікування.		нетипових клінічних ситуацій.		
III. Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня професійних навичок та вмінь.	III	Індивідуальний контроль практичних навичок, оцінка результатів клінічної роботи.	Хворі. Нетипові ситуаційні задачі III рівня.	8
6.	Обговорення результатів курації.		Вирішення нетипових задач III рівня.		
7.	Підведення підсумків практичного заняття.				3
8.	Домашнє завдання			Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою	1

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

2. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання для усного опитування.

1. Перерахуйте анатомо-топографічні рівні ВНС.
2. За яким принципом функціонує ВНС?
3. Назвіть сегментарні та над сегментарні вегетативні синдроми.
4. Перерахуйте, які гангліони Ви знаєте.
5. Які етіологічні чинники приводять до вегетативних гангліонітів?
6. Назвіть синдроми ураження вегетативних структур обличчя та шиї.
7. Які порушення вегетативної іннервації ока Ви знаєте?
8. Які клінічні ознаки гангліонітів війкового, крило піднебінного, вушно-скроневого, під нижньощелепного вузлів?
9. Клініка та діагностика шийних симпатичних вузлів.
10. Назвіть принципи діагностики та лікування вегетативних гангліонітів.
11. Клінічні ознаки набряку Квінке, синдрому Шегрена, Паррі-Ромберга та Россолімо-Мелькерсона-Розенталя.

Тести та типові задачі II рівня

Тести II рівня

№ пп	Тести II рівня	Еталон відповіді
1.	Назвіть функції ВНС: а) регуляція рівноваги б) іннервація внутрішніх органів в) трофічна г) координація рухів д) забезпечення чутливої іннервації	б, в
2.	Вкажіть анатомічні утворення надсегментарного рівня ВНС: а) гіпоталамус б) симпатичні клітини в бічних рогах спинного мозку в) лімбічна система г) ретикулярна формація д) парасимпатичні ядра черепних нервів	а, в, г
3.	Вкажіть синдроми, які характерні для ураження сегментарного рівня ВНС: а) больовий б) вагоінсулярний в) судинний г) нейроендокринний д) трофічний	а, в, д

Типові задачі II рівня

№ пп	Типові задачі II рівня	Еталон відповіді
1.	У хворої пароксизм болю у ділянці очного яблука та кореня носа з сльозотечею, гіперемією кон'юктиви ока, світлобоязню. На носі герметичні висипи. Який попередній діагноз?	Гангліоніт війкового вузла
2.	У хворого больові напади по кілька хвилин в ділянці скроні та попереду від слухового проходу, іррадіюючи в зуби нижньої щелепи. Під час болю закладає у вусі, підвищується слиновиділення. Який попередній діагноз?	Невралгія вушно-скроневого вузла
3.	У хворого постійний біль пекучого характеру, який посилюється під час розмови та їжі. Біль виникає на передніх 2/3 правої половини язика і далі поширюється. Під час нападу відмічає порушення слиновиділення. Який попередній діагноз?	Гангліоніт піднижньощелепного та під'язикового вузлів.
4.	У хворої гостро виник набряк обличчя, шиї, гортані, горла, стало складно дихати, виник біль в горлі, нудота. Через 1 годину приєдналося свербіння шкіри обличчя. Розвиток пов'язує з прийомами ліків від головного болю. Встановіть	Набряк Квінке

	попередній діагнозу	
5.	Хворий на системний червоний вовчок, скржиться на сухість у порожнині рота, запальну слабкість, світобоязнь, відчуття піску в очах. Об'єктивно: підвищення температури тіла, біль в привушних слинних залозах. В крові – диспротеїнемія, підвищення ШОЕ. Встановіть попередній діагноз.	Синдром Шегрена

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Професійний алгоритм формування навичок і вмінь обстеження хворих з вегетативними розладами нервом системи.

№ пп	Завдання	Вказівки	Примітки
1.	Оволодіти методикою обстеження хворих з ураження вегетативних структур шиї та обличчя. Обстежити хворих з ураженням вегетативних структур шиї та обличчя.	Виконувати дослідження у такій послідовності: 1) зібрати скарги та анамнез захворювання та життя; 2) перевірити неврологічний статус, виявити симптоми ураження вегетативних структур обличчя та шиї.	Уточнити, які провокуючі фактори сприяли виникненню захворювання. Звернути увагу на наявність набряків м'яких тканин обличчя, слизової оболонки порожнини рота, язика, гіперемії шкіри; наявність «гніздового» характеру порушення чутливості та болісності при пальпації і ділянок проекції вегетативних вузлів.
2.	На підставі виявлених патологічних симптомів встановити топічний діагноз.	Згрупуйте виявлені ознаки ураження ВНС та скористайтесь структурно-логічними схемами змісту.	
3.	На підставі скарг, клініко-анамнестичних даних встановити клінічний діагноз та визначити план лікування.		

3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Нетипові задачі III рівня.

№	Нетипові задачі III рівня	Еталон відповіді
1.	Хворий скаржиться на пароксизм болю у правій частині обличчя з іррадіацією в шию, частіше вночі. Больовий пароксизм супроводжується набряком обличчя, слюзо- та слинотечею, ринореєю з правої половини носа. Відомо, що 2 тижні тому хворів на ГРВІ. При обстеженні очного дна змін не знайдено. На рентгенографії пазух носу: зниження прозорості правої гайморової пазухи. Під час проколу гайморової пазухи отримано гній. Про яке захворювання йдеться?	Правобічний гнійний гайморит. Ускладнення – синдром Слюдера.
2.	У жінки, яка довго страждала захворюванням слинної залози, почалися больові напади по кілька хвилин в ділянці скроні та попереду вуха зліва. Під час нападу відчуває закладання у вусі, підвищення слиновиділення. Біль зникла при введенні підшкірно 2% розчину новокаїну. Поставте клінічний діагноз та призначте лікування	Невралгія вушно-скроневого вузла. Анальгетики, гангліоблокатори, вегетотропні препарати, вітаміни групи В, фонофарез з гідрокортизоном, діадинамічні струми.
3.	У хворого спостерігається постійний пекучий біль, який посилюється під час розмов та приймання їжі, біль іррадіює в нижню щелепу, губи, скроню, шию. Під час болю спостерігається набряк язика та м'яких тканин піднижньощелепної ділянки. Об'єктивно: гіперестезія та гіперпатія слизової оболонки передніх 2/3 язика. Поставте діагноз та призначте лікування.	Гангліоніт піднижньощелепного та під'язикового вузлів. Анальгетики, транквілізатори, вегетотропні препарати, вітаміни групи В.
4.	Жінка, 30 років, скаржиться на прогресуючу атрофію м'яких тканин, обличчя. Хворіє більше 15 років. З 15-ти років відмічає на обличчі осередки гіперпігментації, а після неї вже почався розвиток атрофії. Об'єктивно: шкіра в місцях атрофії прозора, рухлива, не з'єднана з прилеглими тканинами. Встановіть ймовірний діагноз.	Прогресуюча геміатрофія обличчя (синдром Паррі-Ромберга).

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

Орієнтована карта самостійної роботи з літературою.

Основні завдання	Вказівки
<p data-bbox="240 383 360 412">Вивчити</p> <p data-bbox="240 450 852 521">2. Анатомію, фізіологію, принципи функціонування ВНС.</p> <p data-bbox="240 730 852 909">3. Класифікацію, патогенез, клінічні прояви вегетативних розладів, сегментарні та над сегментарні порушення. Особливості порушення вегетативної іннервації ока.</p>	<p data-bbox="876 450 1485 607">Повторить матеріал, що вивчався на попередніх кафедрах: нормальної та патологічної анатомії, нормальної та патологічної фізіології.</p> <p data-bbox="876 714 1485 871">Складіть таблицю клінічних проявів вегетативних порушень, що виникають у разі ураження вегетативних структур обличчя та шиї.</p>

Теми для самостійного опрацювання

Епілепсія та неепілептичні пароксизмальні стани

I. Актуальність теми

Епілепсія (грец. *epilepsia* – схоплювання, епілептичний напад) – хронічне поліетіологічне захворювання, яке проявляється нападами судом та іншими видами нападів, психічними розладами та характерними розладами особистості.

Епілепсія – одне зі стародавніх захворювань людства. Вперше описане Гіппократом, як хвороба головного мозку або «священна хвороба».

Міжнародна статистика засвідчує частоту захворювання від 5 до 8 на 1000 населення.

II. Навчальні цілі заняття

Сформувані поняття про епілепсію та неепілептичних пароксизмальних станах, принципи диференційного лікування епілепсії, надання невідкладної допомоги при епістатусі.

Студент повинен **знати**:

1. Патогенетичні механізми розвитку захворювання.
2. Класифікацію епілептичних нападів .
3. Принципи диференційного лікування епілепсії.
4. Епілептичний статус (діагностика, невідкладна допомога).
5. Диференційну діагностику епілепсії та неепілептичних пароксизмальних станів.
6. Лікування пароксизмів і лікування у міжпадний період.

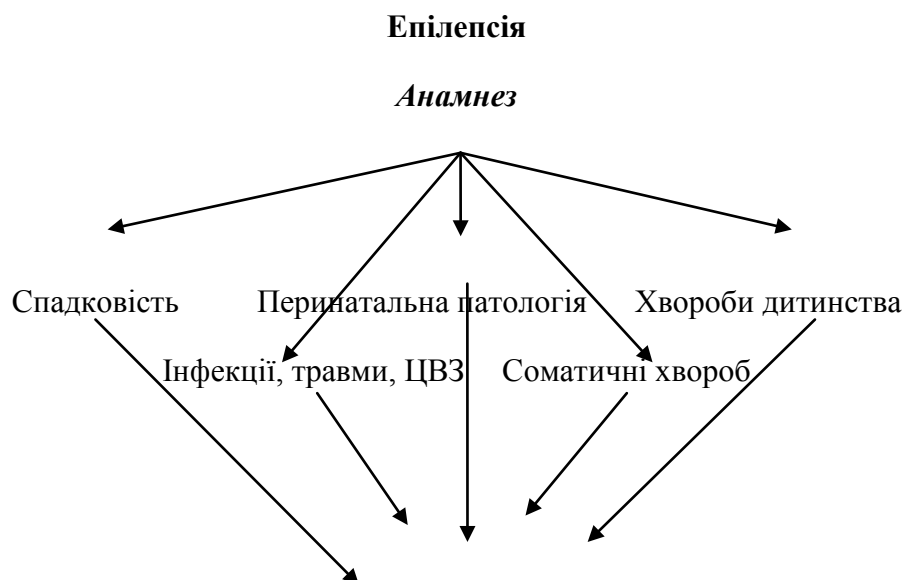
Студент повинен **вміти**:

1. Обстежити хворого з епілепсією.
2. Проводити клініко-неврологічне дослідження хворих на епілепсію.
3. Аналізувати результати клінічних і функціональних методів дослідження.
4. Визначити тактику ведення хворого з епілепсією.

III. Матеріали для позааудиторної самостійної роботи

Основні базові знання, навички, вміння, які необхідні для самостійного засвоєння теми.

3.1. Зміст теми заняття



Неврологічний статус



Методи дослідження



3.2. Тести для самоконтролю

Тест 1 – тест з множинним вибором

Пропонують лікувати епілептичний статус внутрішньовенним введенням великих доз сібазону завдяки його властивості :

1. Швидко діяти при внутрішньовенному введенні
2. Швидко виводитися із організму
3. Не впливати на центр дихання
4. Не сприяти зниженню тиску

5. Пригноблювати напади на 24 години після одноразового уведення
Відповідь: 1,2.

Тест 2 – тест, що передбачає визначення правильної послідовності дії із заданого

Визначити правильну послідовність появи симптомів, притаманних більшості скроневих парціальних нападів (у 71%):

1. Ороаліментарні автоматизми
2. Аура
3. Переривання рухової діяльності
4. Хворий озирається навкруги
5. Рухи всього тіла
6. Повторні кистеві атоматизми

Відповідь: 2, 3, 1, 6, 4, 5

Тест 3 – на підстановку або із відповіддю, що самостійно конструюється

Назвіть основні фармакологічні засоби, які використовуються для лікування епілепсії:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Відповідь:

- Топамакс
- Арбамазепін
- Вальпроати
- Ламотриджин
- Леветирацетам
- Фенітоїн та інші

Тест 4 – тест, що передбачає визначення правильної послідовності дії із заданого

Визначити правильну послідовність появи симптомів, притаманних більшості скроневих парціальних нападів (у 71%):

1. Ороаліментарні автоматизми
2. Аура
3. Переривання рухової діяльності
4. Хворий озирається навкруги
5. Рухи всього тіла
6. Повторні кистеві атоматизми

Відповідь: 2, 3, 1, 6, 4, 5.

Тест 5 – на підстановку або із відповіддю, що самостійно конструюється

Назвіть основні фармакологічні засоби, які використовуються для лікування епілепсії

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Відповідь:

- Топамакс
- Карбамазепін
- Вальпроати
- Ламотриджин
- Леветирацепам
- Фенітоїн та інші

3.3. Задачі для самоконтролю

1. У хворого, 24 роки, раптово з'явився страх, порушення свідомості, вокалізація, складні жестикуляторні автоматизми, почервоніння обличчя, мимовільне сечовипускання. На ЕЕГ, МРТ дослідженні патології не виявлено. Напади стали повторюватись до 2 разів на місяць.

Встановити:

- Клінічний діагноз
- Топічний діагноз
- Тактика ведення таких хворих
- Загальні принципи лікування

(Епілепсія, складні парціальні лобні (цингулярні) пароксизми)

2. Хлопчик, 7 років, був неуважний у класі по декілька разів за весь період уроків. Вчитель звернув увагу на періодичний відсутній погляд дитини та прицмокування губами. Падіння або судом ніколи не спостерігалось. Під час короткочасної «відсутності» він не відзивався на своє ім'я. Мати і раніше помічала ці прояви, але не надавала їм значення, вважаючи дитину мрійливою.

Встановити:

- Клінічний діагноз
- Призначити додаткові методи обстеження
- Тактика ведення
- Принципи лікування

(Абсанс)

3. Молодий чоловік скаржиться на декілька нападів, які трапилися з ним за останні 4 роки. Напади виникали раптово, без передвісників і кожен напад закінчувався травмою. Оточуючі розповідали, що раптово у нього з'являлися відсутній погляд, він змовкав, тіло напружувалося, вигиналося уперед, через декілька секунд перебування у такій позі він

починав сильно трясти руками і ногами. Кожен раз він прикушував собі язик, не тримав сечу. На ЕЕГ – патологічні комплекси реєструються у всіх відділах мозку.

Встановити:

- Клінічний діагноз
- Тактика ведення таких хворих
- Загальні принципи лікування

(Генералізовані тоніко-клонічні судоми)

4. У 37-річного чоловіка з'явилося мимовільне посмикування лівого великого пальця руки. Протягом 30 секунд посмикування розповсюджувалось на всю ліву руку. У лівому передпліччі і на чолі з'являлись вимушені рухи. Напад хворий не пам'ятає, але жінка розповіла, що далі він упав і посмикування розповсюдилося на всю ліву половину тіла. У без свідомому стані він перебував 3 хвилини, а потім 15 хвилин приходив до тями. Під час нападу він прикусив собі язик, відмічалось мимовільне сечепускання.

Встановити:

- Клінічний діагноз
- Тактика ведення таких хворих
- Загальні принципи лікування

(Джексоновський парціальний напад)

5. У жінки, 25 років, протягом декількох років відмічались епізоди несвідомих дій. Своїх дій вона не пам'ятає. Її чоловік розповідав, що вона була «відсутня» протягом 5 хвилин, а порушення свідомості продовжувалось біля години. Під час нападу хвора не падала, весь час знаходилась у русі. З частішими нападами хвора почала скаржитися на появу неприємного присмаку у роті, який нагадував смак моторного мастила і був передвісником нападу. На ЕЕГ виявляється осередок патологічної активності у скроневій долі.

Встановити:

- попередній діагноз
- тип нападу
- тактику ведення хворого
- терапевтичні заходи

(Епілепсія, складний парціальний напад)

6. Хлопець, 17 років, скаржиться на появу посмикувань у руках під час пробудження, як після денного відпочинку, так і вранці після нормального нічного сну. Через декілька місяців посмикування почали з'являтися і вдень, через багато годин після пробудження. Він не втрачав свідомості, але часом на міг втриматись на ногах. Одного разу напад призвів до падіння, в результаті якого хворий зламав кисть.

Встановити:

- попередній діагноз

- які додаткові обстеження слід призначити
- проведення диференційної діагностики
- тактику ведення хворого, терапевтичні заходи (Міоклонії)

7. Заповнити таблицю

Ознаки парціальних епілептичних нападів

<i>Ознака</i>	<i>Простий парціальний напад</i>	<i>Складний парціальний напад</i>
Стан свідомості	збережена	порушена
Дебют захворювання	любий вік	любий вік
Симптоми	залежать від локалізації патологічного фокуса	залежать від локалізації патологічного фокуса
Стан свідомості після нападу	сплутаність свідомості відсутня	виникає сплутаність свідомості
Тривалість	секунди	хвилини
Дані ЕЕГ	Контрлатеральні епілептиформні розряди. При знятті ЕЕГ поза нападом патологія не виявляється.	Однобічні білатеральні розряди, фокальні або дифузні.

Вторинно-генералізовані напади

Начальні прояви	Залежать від типу нападу (простий, складний парціальний) і локалізації патологічного вогнища
Подальші симптоми	Генералізовані тоніко-клонічні судоми

Інфекційні хвороби нервової системи

Менінгіти

I. Актуальність теми

Інфекційні захворювання нервової системи одна з важливих проблем клінічної медицини. Менінгіти – найпоширеніший та складний розділ з цих захворювань.

Менінгіт – це запалення оболонок головного і спинного мозку. У клініці під терміном „менінгіт” звичайно розуміють запалення м'яких мозкових оболонок. Менінгіт поширений у різних кліматичних зонах. Збудниками менінгіту можуть бути різноманітні патогенні мікроорганізми, віруси, бактерії і найпростіші.

Перед лікарем будь-якого профілю завжди стоїть завдання екстреного розпізнавання менінгіт, передбачення ускладнень та надання невідкладної допомоги хворим бо часто від знання та вмій лікаря залежить доля хворого.

II. Навчальні цілі

Студент повинен **знати:**

1. Клінічну класифікацію менінгітів:
 - за характером запального процесу;
 - за патогенезом;
 - за локалізацією процесу;
 - залежно від розвитку і перебігу;
 - за ступенем вираженості;
 - за етіологією
2. Особливості патогенезу і механізми розвитку різних видів менінгітів.
3. Клінічні особливості менінгітів залежно від характеру запального процесу, локалізації, етіології та методи лабораторної діагностики.
4. Диференціальну діагностику менінгітів
5. Лікування хворих з менінгітами.

Студент повинен **вміти:**

1. Зібрати анамнез захворювання.
2. Обстежити неврологічний статус хворого, провести лабораторно-інструментальне обстеження; вміти інтерпретувати дані лабораторно-інструментальних обстежень.
3. Обґрунтувати попередній діагноз.
4. Призначити додаткові методи дослідження і оцінити їх результати.

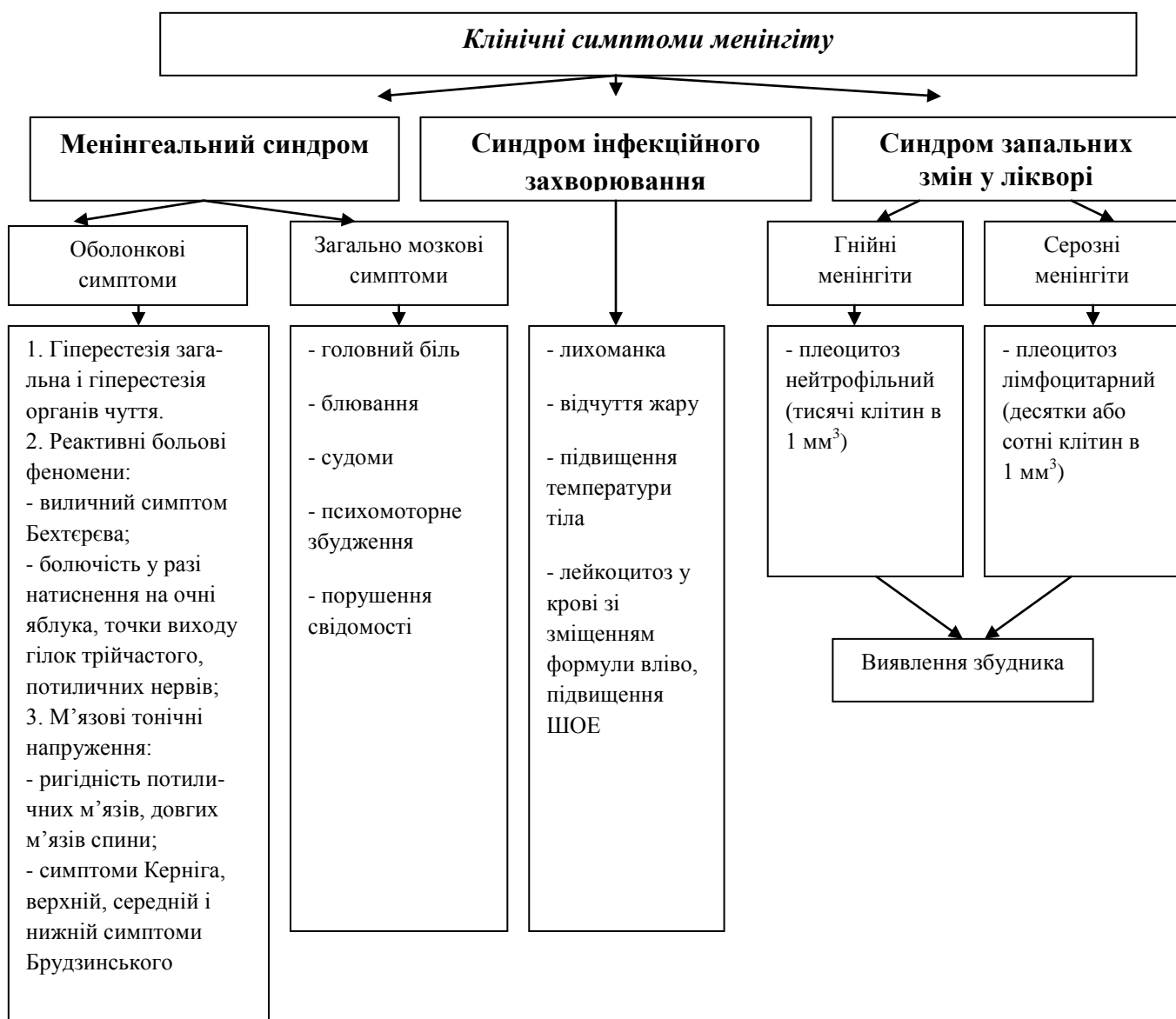
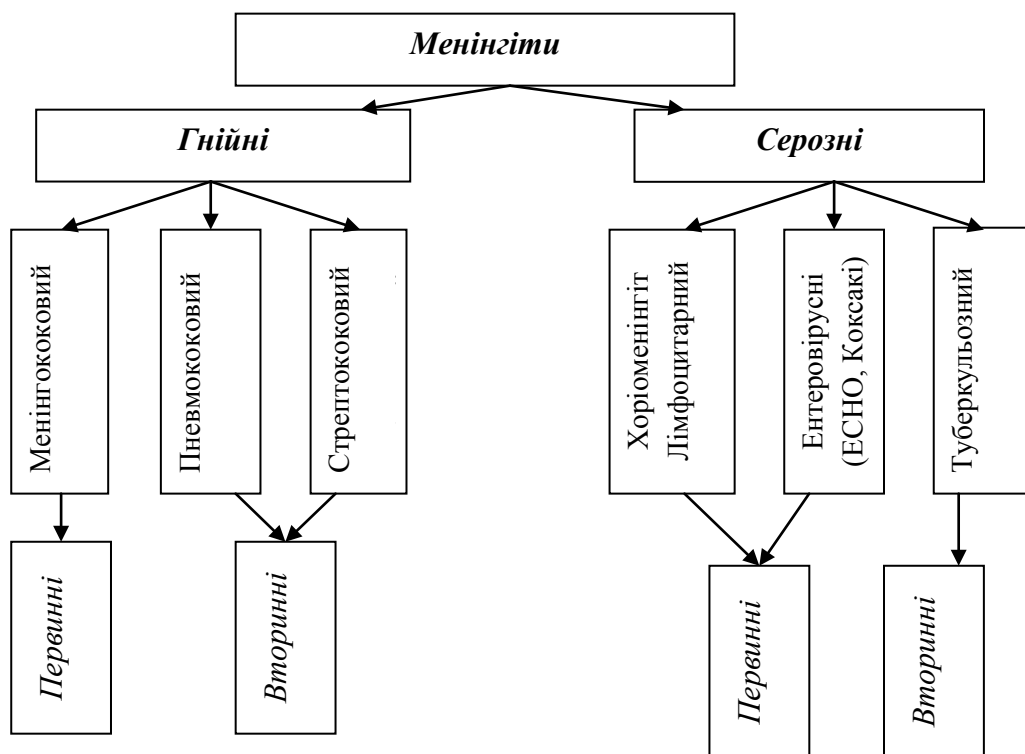
5. Обґрунтувати заключний діагноз згідно класифікації.
6. Провести диференціальну діагностику.
7. Скласти індивідуальний план лікування з урахуванням етіології, патогенезу, тяжкості захворювання.

III. Матеріали для позааудиторної самостійної роботи

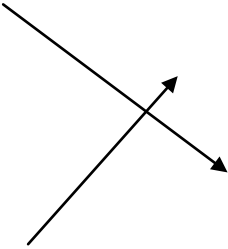
Основні базові знання, навички, вміння, які необхідні для самостійного засвоєння теми.

Дисципліни	Знати	Вміти
Нормальна анатомія	Будова головного мозку, мозкові оболонки.	Визначити місце розташування патологічного осередку в ЦНС.
Нормальна фізіологія	Функцію різних частин головного мозку, мозкових оболонок.	Визначити нормальну функцію частин головного мозку.
Патологічна анатомія	Патоморфологічні зміни в мозковій тканині.	Патологоанатомічні зміни в мозковій тканині, оболонках мозку.
Патологічна фізіологія	Зміни в діяльності головного і спинного мозку при менінгітах.	Визначити симптоми порушень головного та спинного мозку при менінгітах.
Мікробіологія	Збудники інфекційних хвороб нервової системи.	Розрізняти різні види мікроорганізмів.
Інфекційні хвороби	Класифікацію, етіологію, патогенез, початкові ознаки і клінічні особливості первинних менінгітів. Лікування, прогноз.	Виставити діагноз по клінічним ознакам, лабораторно-інструментальні обстеження менінгіту, визначити показання до лікування в інфекційній лікарні.
Фтізіатрія	Клінічні особливості туберкульозних менінгітів.	Виставити діагноз, призначити лікування.
ЛОР хвороби	Вторинні гнійні менінгіти, які виникли на тлі патології ЛОР органів.	Виявити менінгіальні знаки, оцінити зміни в лікворі, встановити клінічний діагноз.

3.1. Зміст теми заняття



3.2. Тести для самоконтролю

№ пп	Тести II рівня	Еталон відповіді
1.	Менінгококовий менінгіт відрізняється від туберкульозного: а) гострий початок захворювання; б) наявність менінгеального синдрому у перші години захворювання; в) зниження хлоридів і рівня цукру у спинномозковій рідині; г) шкірні висипання геморагічного характеру; д) спинномозкова рідина прозора, безбарвна.	а, б, г
2.	Вибрати для кожного захворювання лікарський препарат етіотропної дії: менінгококовий менінгіт німотоп субарахноїдальний крововилив бензилпеніцилін туберкульозний менінгіт амфотерицин грибковий менінгіт римфапицин пухлина головного мозку кортикостероїди	Менінгококовий менінгіт римфапицин  Туберкульозний менінгіт бензилпеніцилін
3.	Назвіть основні симптоми туберкульозного менінгіту: а) розвивається повільно; б) ураження околорухових нервів; в) блідий носо-губний трикутний; г) герпетичні висипання; д) геміплегія	а, б
4.	Назвіть послідовність дій лікаря при обстеженні хворих на менінгіт: 1) клінічне обстеження	2, 1, 6, 4, 5, 3

2) збирання скарг та анамнезу 3) призначення лікування 4) додаткове обстеження 5) постановка діагнозу 6) складання плану обстеження	
---	--

Захворювання Симптоми	Менінгокок- ковий менінгіт	Туберкульоз ний менінгіт	Субарахної- дальний крововилив	Абсцес головно го мозку
Придвісники захворювання				
1. Гіпертонія			+	
2. Туберкульозний процес у легенях		+		
3. Запальні захворювання	+			+
4. Аневризма			+	
Виникнення захворювання				
5. Вдень після фізичного навантаження	-	-	+	-
6. Уночі, вранці	-	-	-	-
Темп розвитку захворювання				
7. Швидко	+	-	+	-
8. Повільно		+	-	+
9. Свідомість	+	+	+	+
10. Зміна вітальних функцій	+	+	+	+
Клінічні прояви				
11. Головний біль				
12. Епіпади				
13. Психомоторне збудження				
14. Осередкові				
15. Оболонковий с-м				
Дані додаткових методів				
16. КТ – гіпотензивний осередок	-	-	-	+
17. КТ – гіперденсивний осередок	-			

18. Кліточно-білкова дисоціація	+	+	-	+
19. Зміна крові	+	-	+	+

Основні диференціально-діагностичні ознаки менінгітів.

Заповніть таблицю.

Диференціально-діагностичні ознаки	Менінгококовий менінгіт	Туберкульозний менінгіт	Грибковий менінгіт
Вік (молодий)			
Швидкість розвитку захворювання			
Підвищення температури тіла			
Гіперемія обличчя			
Наявність порушення свідомості			
Шкірні висипання			
Наявність оболонкового с-му			
Наявність клітинно-білкової дисоціації			
Наявність порушення чутливості			
Наявність фібринової плівки в лікові			

3.3. Задачі для самоконтроля

1. Пацієнтка, 15-ти років, скаржиться на головний біль, блювоту, нудоту, підвищення температури тіла до 40⁰С. При об'єктивному обстеженні: оболонковий синдром, шкірні висипання геморагічного характеру, через 6 годин судоми, втрата свідомості.

Вкажіть попередній діагноз. Призначте обстеження хворого.

(Менінгококовий менінгіт. Загальний аналіз крові, люмбальна пункція, консультація інфекціоніста).

2. Хворий скаржиться на головний біль, блювоту, нудоту, слабкість. Хворіє 2 доби. Об'єктивно: обличчя гіперемійоване, блідий носо-губний трикутник, оболонковий синдром.

Вкажіть попередній діагноз. Призначте обстеження хворого.

3. Хворий, 40 років, доставлений у прийомний покій зі скаргами на різку головну біль, блювоту, підйом температури до 39⁰С. З анамнезу в'яснено, що на протязі 2 років хворіє хронічним лівостороннім гнійним отитом. Тиждень назад виникла біль у лівому усі. Об'єктивно: позитивний с-м Керніга, ригідність м'язів потилиці, дезорієнтований, на запитання відповідає однозначно.

Поставити топічний та клінічний діагноз. Який ведучий синдром? Які додаткові методи діагностики? Яке лікування?

(Оболонки головного мозку. Вторинний гнійний менінгіт. Клінічне обстеження: загальний аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз, офтальмоскопія, люмбальна пункція. МРТ, R-графія черепа, консультація ЛОР. Дегідратація, антибактеріальна симптоматична терапія.

4. Хвора, 25 років, протягом 2 тижнів скаржилась на головний біль, нудоту, знеомленість. Стан поступово погіршувався, зростав головний біль, загальна слабкість, підвищення температури до 37,6⁰С, порушення зору. Об'єктивно: позитивний оболонковий синдром, частковий птоз правого віку, зовнішня косоокість праворуч, права зіниця розширена, реакція на світло в'яла. Загальна гіпералгезія, патологічні рефлекс не виявлені. Хвора працює в протитуберкульозному диспансері. Який попередній діагноз? Яка повинна бути тактика лікаря у даному випадку.

(Туберкульозний менінгіт. Провести люмбальну пункцію, пробірку з ліквором залишити на 12-24 години в холодильнику (для контролю „фібринової плівки”). R-графія легень, загальний аналіз крові. У випадку туберкульозного менінгіту. Хвору перевести у неврологічне відділення тубдиспансеру).

3.4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

Орієнтована карта самостійної роботи з літературою.

Основні завдання	Вказівки
Вивчити	
Етіологічні фактори, та патогенетичні аспекти менінгітів (гнійні серозні, первинні, вторинні).	Назвати основні етіологічні фактори та патогенетичні зміни при різних формах менінгіту.
Особливості діагностики менінгітів.	Перечислити основні діагностичні ознаки менінгітів.
Клінічні особливості гнійних та серозних менінгітів та лабораторна діагностика.	Провести диференціальну діагностику між гнійним та серозним (наприклад, менінгококовий та туберкульозний менінгіт) по клініці, перелічити основні діагностичні критерії з методів лабораторної діагностики.

Диференціальну діагностику менінгітів з іншими захворюваннями.	Заповнити таблицю.
Лікування менінгітів (гнійні, серозні).	Скласти план лікування хворих на менінгіт з ураженням характеру загального процесу, патогенез (первинні, вторинні)
Методи профілактики менінгітів.	

Інфекційні хвороби нервової системи

Арахноїдити. Енцефаліти

I. Актуальність теми.

Запалення павутинної і частково м'якої оболонки (арахноїдит), як і запалення тканин мозку – в зв'язку з загальновідомою надзвичайною важливістю ЦНС для життя і нормального функціонування органів і систем організму обумовлює високу актуальність даної теми для лікаря. Своєчасна діагностика, диф.діагностика, і правильне лікування знижують летальність та ступінь інвалідності хворих.

II. Навчальні цілі заняття:

Студент повинен **знати**:

1. Етіологію і патогенез арахноїдитів.
2. Патоморфологію (змінливий, кистозний)
3. Класифікацію за локалізацією (арахноїдити задньої черепної ямки, базальний, конвекситальний).
4. Клінічні особливості перебігу
5. Критерії діагностики диференційної діагностики арахноїдитів.
6. Сучасне лікування і профілактика арахноїдитів.
7. Етіологію і патогенез енцефалітів.
8. Класифікацію: первинний енцефаліт (епідемічний, кліщовий, весняно-літній, герметичний), вторинні енцефаліти і ревматичний (мала хорія), поствакцинальний, при вітряній віспі, корі, краснусі.
9. Клініку, перебіг, форми захворювання.
10. Діагностику.
11. Ураження нервової системи при грипі (грипозний, геморагічний енцефаліт, енцефалопатія).
12. Інфекційна енцефалопатія – дисциркуляторно-дистрофічні зміни головного мозку без виражених вогнищевих уражень з переважанням в клініці астеничних проявів, вегетативної дистонії, інтракраніальної гіпертензії. Перебіг, діагностика, диф. діагностика, лікування, профілактика.

Студент повинен **вміти**:

1. Зібрати скарги і анамнез захворювання.
2. Обстежити неврологічний статус хворого; провести лабораторно-інструментальне обстеження; вміти інтерпретувати дані .
3. Обґрунтувати попередній діагноз.
4. Призначити додаткові методи дослідження та оцінити їх результати.
5. Обґрунтувати заключний діагноз згідно клінічної класифікації.
6. Провести диференціальну діагностику.
7. Скласти індивідуальний план лікування з урахуванням етіології, патогенезу, тяжкості захворювання.
8. Визначити тактику при різних перебігах захворювання.

Розвивати творчі здібності в процесі лабораторного та клінічного дослідження принципів діагностики та терапії арахноїдитів, енцефалітів (первинних та вторинних), уражень нервової системи при грипі (α -IV)

III. Матеріали для позааудиторної самостійної роботи

Основні базові знання, навички, вміння, які необхідні для самостійного засвоєння теми.

Дисципліна	Знати	Вміти
<p>Нормальна анатомія</p> <p>Нормальна фізіологія</p> <p>Патанатомія</p> <p>Патфізіологія</p>	<p>Будову оболонки і речовини головного мозку.</p> <p>Будову судинної системи головного мозку.</p> <p>Знати функцію різних частин головного мозку і механізми ауторегуляції мозкового кровообігу.</p> <p>Патоморфологічні зміни в оболонках головного мозку і мозкових тканин</p> <p>Зміни в діяльності головного мозку.</p>	<p>Визначити місце розташування патологічного осередку в ЦНС.</p> <p>Визначити басейн ураженої судини мозку.</p> <p>Визначити нормальне функціонування різних частин головного мозку.</p> <p>Виявити патоморфологічні зміни в оболонках і тканині мозку.</p> <p>Визначити симптоми порушень мозкового кровообігу.</p>
<p>Нейрохірургія</p> <p>Дитячі хвороби (дитяча невралгія)</p> <p>Інфекційні хвороби</p>	<p>Початкові ознаки і клінічні особливості перебігу арахноїдитів, енцефалітів та уражень нервової системи при грипі які вимагають нейрохірургічного втручання.</p> <p>Особливості клінічних ознак арахноїдитів та енцефалітів у дітей та ураження нервової системи при гриппі.</p> <p>Клінічні ознаки ураження мозкових оболонки і тканин мозку при інфекційних хворобах.</p>	<p>Виставити діагноз по клінічних ознакам, порушення ліквороциркуляції та набряку й набуханню мозку.</p> <p>Виставити діагноз та призначити лікування.</p> <p>Виставити діагноз інфекційних хвороб та призначити лікування.</p>

3.1. Зміст теми заняття.

Арахноїдит – це хронічне серозне продуктивне запальне захворювання павутинної і частково м'якої мозкової оболонки із прогресуючою гіперплазією.

Етіологія і патогенез: грип, риносинусит, отит, тонзилит, загальні інфекції (здебільшого дитячі), перенесені раніше менінгіт, черепно-мозкова травма і т. ін.

Виникають неспецифічні автоімунні та автоалергійні реакції мозкових оболонок, судинних сплетінь, епендими шлуночків мозку з проліферативними змінами в них.

Патоморфологія: потовщення мозкових оболонок, сполучнотканинні спайки, кісти з рідинним вмістом.

Класифікація церебральних арахноїдитів



Клініка

Найчастіше хронічний
прогресивний та
інтермітентний перебіг

Рідше гострий

Поєднання
загально мозкових і
осередкових
симптомів

- постійний головний біль дифузний або локальний (лоб, потилиця) /інтенсивність його наростає під ранок/
- характерний симптом стрибка: виникнення головного болю під час підстрибування та опускання на п'ятки.

- нудота
- блювання
- запаморочення
- загальна слабкість
- апатія або дратівливість
- швидка стомлюваність
- порушення сну
- можуть спостерігатися епілептичні напади різного характеру

Осередкові симптоми залежать від локалізації процес

Конвексимальний арахноїдит – характеризується переважанням явищ подразнення над ознаками випадіння функцій:

- фокальні (Джексоновські) епілептичні напади (частіше)
- генералізовані епілептичні напади (рідше)
- асиметрія поверхневих та глибоких рефлексів
- можливе зникнення черевних, підошовних рефлексів
- поява патологічних стопних знаків
- легкий парез кінцівок (рідше)

Базальний арахноїдит – характеризується поєднанням загально мозкових і вогнищевих симптомів, останні складаються з ознак порушення відповідних черепних нервів.

Оптико-хіазмальний арахноїдит:

- головний біль у ділянці лоба очних ямках, переніссі
- зниження гостроти зору
- відчуття сітки перед очима
- випадіння полів зору
- концентричне звуження полів зору
- на очному дні іноді застійні диски
- аносмія (зміни нюху)
- вегетативні розлади (гіпергідроз, акроціаноз, різкий дермографізм)
- гіпоталамічні розлади (порушення сну, адипозогенітальне ожиріння)
- головний біль у потиличній ділянці
- стріляючий біль у ділянці лица
- шум у вусі
- зниження слуху
- напади запаморочення системного характеру

- іноді блювання і хиткість ходи

При неврологічному обстеженні виявляють:

- ознаки ураження черепних нервів:
 - V п. – тригемінальна невралгія
 - VI п. – збіжна косоокість
 - VII п. – периферичний парез м'язів
 - VIII п. – зниження слуху
- мозочкові розлади
 - хворий похитується
 - падає в бік ураження
 - горизонтальний ністагм, атаксична хода
- характерними є легкі пірамідні порушення
 - на боці протилежному щодо осередку ураження

Арахноїдит мосто-мозочкового кута

- головний біль у потиличній ділянці
- стріляючий біль у ділянці лица
- шум у вусі
- зниження слуху
- напади запаморочення системного характеру
- іноді блювання і хиткість ходи

При неврологічному обстеженні виявляють:

- ознаки ураження черепних нервів:
 - V п. – тригемінальна невралгія
 - VI п. – збіжна косоокість
 - VII п. – периферичний парез м'язів
 - VIII п. – зниження слуху
- мозочкові розлади
 - хворий похитується
 - падає в бік ураження
 - горизонтальний ністагм, атаксична хода
- характерними є легкі пірамідні порушення
 - на боці протилежному щодо осередку ураження

Класифікація енцефалітів



Від первинного ураження тканин мозку розрізняють:

- лейкоенцефаліт – ураження білої речовини (рідше)
- поліоенцефаліт – ураження сірої речовини (частіше)
- паненцефаліт – ураження сірої та білої речовини головного мозку (частіше)

Залежно від збудника розрізняють



За локалізацією:

стовбуровий
кірковий
мезенцефальний
діенцефальний

За перебігом:

гострий
підгострий
хронічний
прогресивно-ремісивний

З урахуванням неврологічної клініки:

типовий
асимптомний
абортивний

блискавичний (рідше)

Летаргічний енцефаліт (поліоенцефаліт)

Припускають, що збудником є вірус що міститься в слині і слизу носової оболонки і глотки і проникає в ЦНС гематогенним та лімфогенним шляхом.

Гостра стадія: судинно-запальний та інфільтративний процес.

Вражається:

діенцефальна ділянка (гіпоталамус)

підкіркові ядра

ніжки мозку (ядра III п.ч.м.н.)

чорна речовина (незворотні зміни)

Клініка:

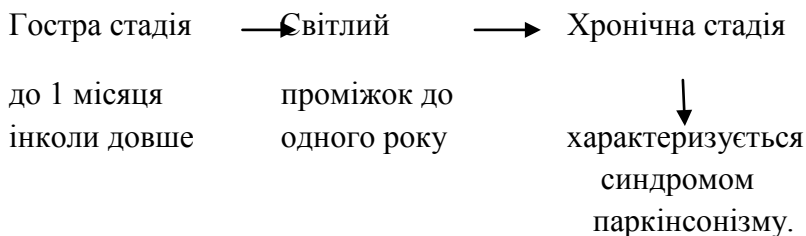
- t-38⁰ С
- грипоподібні явища +
- окуло летаргічний синдром (найтипівіші ознаки)
- хворий вдень спить, а вночі безсоння
- диплопія, птоз, розбіжна косоокість
- парез конвергенції і погляду догори
- зворотній синдром Аргайла-Робертсона
- інколи однобічний парез VI або VII п.ч.м.н.

Тріада Економо (порушення сну, окорухових розладів, температура)

- вегетативні розлади (гіперсаливація, гіпергідроз, сальність і гіперемія обличчя)
- через 1-2 тижня + напади гикавки
- можливі хорейчні, міоклонічні, атетозні гіперкінези, торзійна дистонія
- часті вестибулярні розлади і
- статична атаксія

! Крім окулолетаргічного епідемічного енцефаліту розрізняють:

- гіперкінетичну
- аттаксичну
- вестибулярну
- нарколептичну
- психосенсорну (галюцинації, марення)
- епілептичну
- ендокринну
- абортивну



Лікування.

У гострій стадії специфічного лікування немає.

Використовують:

- дегідратаційні
- детоксикаційні
- симптоматичні засоби
- за наявності синдрому паркінсонізму – протипаркінсомічні засоби

Прогноз для життя сприятливий.

Повне видужування.

3.2. Тести для самоконтролю

1. Хвора, 32 роки, скаржиться на головний біль у ділянці лоба, очних ямках, переніссі, зниження гостроти зору, випадіння полів зору, які з'явилися через 2 тижня після грипу. На очному дні: неврит зорових нервів. В неврологічному статусі: гіпергідроз, різкий дермографізм, розлади сну. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Базальний арахноїдит оптико-хіазмальний
- B. Конвексимальний арахноїдит
- C. Головний біль напруження
- D. Абсцес головного мозку
- E. Епідемічний енцефаліт

2. Мала хорія представляє собою захворювання розвинувшееся в результаті:

- A. Ревматизм
- B. Спадкової дегенерації хвостатого ядра
- C. Після травматичної дегенерації чорної субстанції
- D. Підострого бактеріального ендокардита

3. У хворого, 29 років, на фоні гострої герметичної вірусної інфекції з герметичними висипаннями на слизових оболонках розвився генералізований судомний напад. Зі сторони нервової системи: помірно-виражений менінгеальний синдром. Дослідження спинномозкової рідини – лімфоцитарно-нейтрофільний плеоцитоз, помірне збільшення кількості білка; зміст глюкози – нормальний. Призначте лікування.

- A. Ацикловір, детоксикаційна терапія, дегідратаційні та симптоматичні засоби.
- B. Детоксикаційна, дегідратаційні та симптоматичні засоби.
- C. Вітамінотерапія, протизапальні, вазоактивні препарати.
- D. Біостимулятори, вазоактивні, нейропротекторні препарати.
- E. Загальнозміцнювальні, нейропротекторні препарати.

4. Хворий, 28 років, після перенесеного грипу скаржиться на головний біль, шум у вусі, зниження слуху, напади запаморочення системного характеру. Під час неврологічного обстеження виявляються ураження черепних нервів: V пари (тригемінальна невралгія), VI пари (збіжна косоокість, диплопія), VII пари (периферічний парез м'язів), VIII пари (зниження слуху).

Призначте лікування.

- A. Протизапальні, десенсибілізуючі, дегідратаційні, розсмоктувальні, біопрепарати.
- B. Нейропротектори, вазоактивні препарати, вітамінотерапія
- C. Розсмоктувальні, вазоактивні, нейропротектори
- D. Дегідратаційні, нейропротектори, вітамінотерапія
- E. Седативні, біостимулятори, вітамінотерапія

5. У випадках герпетичного енцефаліту ще до люмбальної пункції рекомендовано зробити комп'ютерну й магнітно-резонансну томограми мозку, тому що:

- А. Масивний набряк вісочної області приводить за собою формування мозкової грижі
- В. Діагноз може бути виставлений тільки на основі даних магнітно-резонансної томографії
- С. Комп'ютерна томографія може потребувати необхідності біопсії
- Д. Може знадобитись шлункове шунтування, а томограма підкаже місце накладання шунта
- Е. Вона допоможе установити, маємо діло з I-м чи II-м типом віруса герпеса

6. Найбільш виражені неврологічні ускладнення летаргічного енцефаліту Економо:

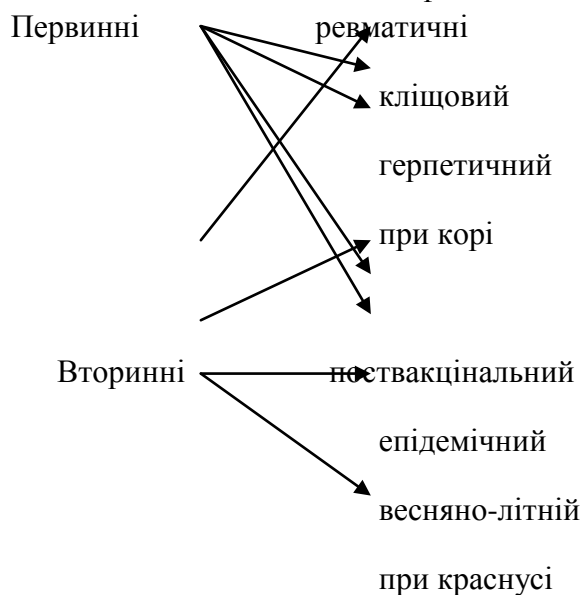
- А. Паркінсонізм
- В. Сліпота
- С. Глухота
- Д. Параплетія
- Е. Нетримання сечі та калу

7. Для конвексимального арахноїдиту характерно:

- а). фокальні (Джексоновські) епілептичні напади
- б). асиметрія поверхневих чи глибоких рефлексів
- в). можливе зникнення черевних, підошовних рефлексів
- г). геміпарези
- д). випадіння полів зору
- е). аносія

Відповідь: а,б,в.

8. Скласти співвідношення класифікації енцефалітів:



9. В якій послідовності проводять обстеження хворих з герпетичним енцефалітом:

- а). зовнішній огляд
- б). збір анамнезу
- в). люмбальна пункція

- г). дослідження очного дна
- д). КТ-головного мозку, ЯМР
- е). артеріальний тиск, пульс, ЧДД.

Відповідь: б,а,е,г,д,в.

3.3. Задачі для самоконтролю

1. У хворої, 25 років, на 4 день від початку грипозної інфекції підвищилась температура до 39,2⁰С, виражений головний біль, запаморочення, блювота; на 5 день – психомоторне збудження, втрата свідомості, судоми. В неврологічному статусі – ураження ядра III, IV, VII пар черепних нервів, легкий правосторонній гемипарез, с-м Бабінського з 2-х сторін, с-м Керніга з 2-х сторін, ригідність м'язів потилиці – 2 см. Спинномозкова рідина кров'яниста, витікає під високим тиском, містить підвищену кількість білка.

Встановити: Клінічний діагноз. Тактика ведення. Лікування.

(Грипозний геморагічний менінгоенцефаліт).

2. У хворого, 26 років, на фоні грипподібних явищ з підвищенням температури до 38⁰С з'явилась підвищена сонливість; диплопія, розбіжна косоокість, парез конвергенції й погляду догори, зворотній синдром Аргайла-Робертсона. Встановити: Клінічний діагноз. Тактика ведення. Лікування. (Летаргічний енцефаліт).

3. Після повернення з відрядження (Далекий Схід) у хворого різко піднялась температура до 39,2⁰С; з'явилися: сильна цефалгія, блювота, почервоніння обличчя, шиї, виражений менінгеальний комплекс, приєднався в'ялий параліч м'язів, проксимальних відділів верхніх кінцівок, “звисяюча шия”.

У лікворі: помірний лімфоцитарний плеоцитоз, високий зміст білка, серологічна реакція РЗК – позитивна. Встановити: Клінічний діагноз. Тактика ведення. Лікування.

(Кліщовий енцефаліт).

4. У хворої, 38 років, гостро розвинулись лихоманка (38-40⁰С), головний біль, нежить, блювота, генералізований судомний напад, порушення вищих кіркових функцій: афазія, амнезія, зміна поведінки, галюцинації; менінгеальний синдром. В лікворі: нейтрофільний плеоцитоз, підвищення білку, зниження рівня глюкози. ПУР – позитивна. ДНК вірусу ВПГ1. Встановити: Клінічний діагноз. Тактика ведення. Лікування.

(Герпетичний енцефаліт).

5. Після 2-х недільної субфебрильної температури з'явилась виражена астения, патологічна сонливість, потім приєднався акінетико-ригідний синдром. У лікворі – помірний лімфоцитарний плеоцитоз. Встановити: Клінічний діагноз. Тактика ведення. Лікування.

(Епідемічний енцефаліт).

6. У дитини, 8 років, що перенесла кір 3 роки тому, розвинулись, на фоні проявів астенії, з агресивною поведінкою – дизартрія, порушення координації, почерка, міоклонії, атрофія зорових нервів, вегетативна нестабільність і генералізовані судомні напади і паралічі. На МРТ – генералізована атрофія кори.

Поставте клінічний діагноз.

Який ведучий клінічний синдром?

Які додаткові методи діагностики?

Призначте лікування.

Еталон відповіді:

Клінічний діагноз: “Паненцефаліт”

Топічний діагноз: ураження кори великого мозку підкоркових вузлів проміжного мозку і стовбура мозку

Додаткові методи обстеження: ЕЕГ, LP, дослідження ЦСР, ЗАК, аналіз крові на ревмокомплекс, серологічні та вірусологічні дослідження.

Лікування: гормони, церебропротектори, судинні, дегідратанти.

7. У хворого, 51 рік, гостро розвинулись головний біль, запаморочення, астения, порушення сну, пізніше приєдналися порушення зору і мозочкові атаксія з швидко прогресуючою кірково-підкіркового деменцією і міоклонією. В крові: ШОЕ – 58 мм/год. На ЕЕГ: високоамплітудні трифазні гострі хвилі на фоні уповільнення (зменшення) електричної активності. Через 9 тижнів наступив exitus. При біопсії мозку: присутність PrP в бляшках.

Поставте клінічний діагноз?

Поставте топічний діагноз?

Які додаткові методи дослідження?

Призначте лікування.

Еталон відповіді:

Клінічний діагноз: “Хвороба Крейцфельда-Якоба”

Топічний діагноз: ураження кори великого мозку підкіркових структур, мозочка, стовбура мозку.

Додаткові методи дослідження: МРТ, дослідження LP, ЦСР

Лікування: симптоматичне.

8. У дівчинки, 9 років, після ангіни з'явився головний біль, втома, стала капризна, дратівлива. Потім розвинулись насильницькі рухи, гримаси, часте мигання. В неврологічному обстеженні низький м'язовий тонус. Симптом Гордон-2 (застивання гомілки в розігнутому положенні при викликанні колінного рефлексу). Також є субфебрильна температура, ревмокардит. У крові виявляють лейкоцитоз з лімфоцитом, специфічні ревмопроби. В лікворі: лімфоцитарний плеоцитоз, підвищення лікворного тиску.

Який ведучий клінічний синдром?

Які додаткові методи діагностики?

Призначте лікування.

Еталон відповіді:

Клінічний діагноз: Дифузне ураження кори великого мозку підкіркових вузлів, мозкового стовбура і оболонки мозку. Мала хорея.

Додаткові методи діагностики: аналіз ЦСР, ревмопроби, МРТ, ЕКГ.

Лікування: специфічна терапія ревматизму

седативні препарати

нейрометаболіки

дегідратація

протівосудинні препарати

3.4. Орієнтована карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.

Навчальні завдання	Вказівки до завдання	Відповідь
1. Вивчити етіологічні фактори та патогенетичні аспекти розвитку арахноїдитів, енцефалітів.	Назвати основні етіологічні фактори та патогенетичні зміни при арахноїдитах та енцефалітах	
2. Особливості діагностики синдромів арахноїдитів, енцефалітів	Перелічити основні діагностичні ознаки арахноїдитів, енцефалітів	
3. Клінічні особливості арахноїдитів, енцефалітів залежно від характеру етіології, епідеміології, патоморфології.	Провести диференційну діагностику між арахноїдитами, первинними і вторинними енцефалітами. Перелічити основні діагностичні критерії з методів лабораторної діагностики	
4. Диференціальна діагностика арахноїдитів та енцефалітів	Заповнити таблиці диференційної діагностики	
5. Лікування хворих з арахноїдитами та енцефалітами	Скласти план лікування хворих з арахноїдитами, енцефалітами	
6. Методи профілактики інсультів	Скласти план профілактики заходів для запобігання мозкових інсультів	

**Демієлізуючі захворювання нервової системи
Розсіяний склероз. Гострий розсіяний енцефаломієліт.
Боковий аміотрофічний склероз.**

I. Актуальність теми

Демієлізуючі захворювання мають значну поширеність серед працездатного населення і часто призводять до інвалідизації осіб молодого віку. Боковий аміотрофічний склероз веде до прогресуючої дегенерації рухового нейрону і супроводжується глибокими паралічами та смертельним наслідком. Лікування таких захворювань є ефективним на ранніх стадіях перебігу хвороби, тому рання діагностика і своєчасна терапія мають особливе значення. З першими симптомами розсіяного склерозу можуть зустрітись окулісти, педіатри, урологи, нейрохірурги, і від їх обізнаності залежатиме своєчасність діагностики та кваліфікованої допомоги хворим.

II. Навчальні цілі

Студент повинен **знати**:

1. Сучасні погляди на етіологію та патогенез розсіяного склерозу (РС), гострого розсіяного енцефаломієліту (ГРЕМ), бокового аміотрофічного склерозу (БАС).
2. Клінічні прояви та перебіг цих захворювань.
3. Методи діагностики та лікування РС, ГРЕМ, БАС.

Студент повинен **вміти**:

1. Обстежити хворих з РС, ГРЕМ, БАС;
2. На підставі виявлених симптомів встановити топічний діагноз;
3. Проаналізувати дані додаткових методів дослідження, провести диференціальну діагностику і виставити клінічний діагноз;
4. Призначити лікування у разі цих захворювань.

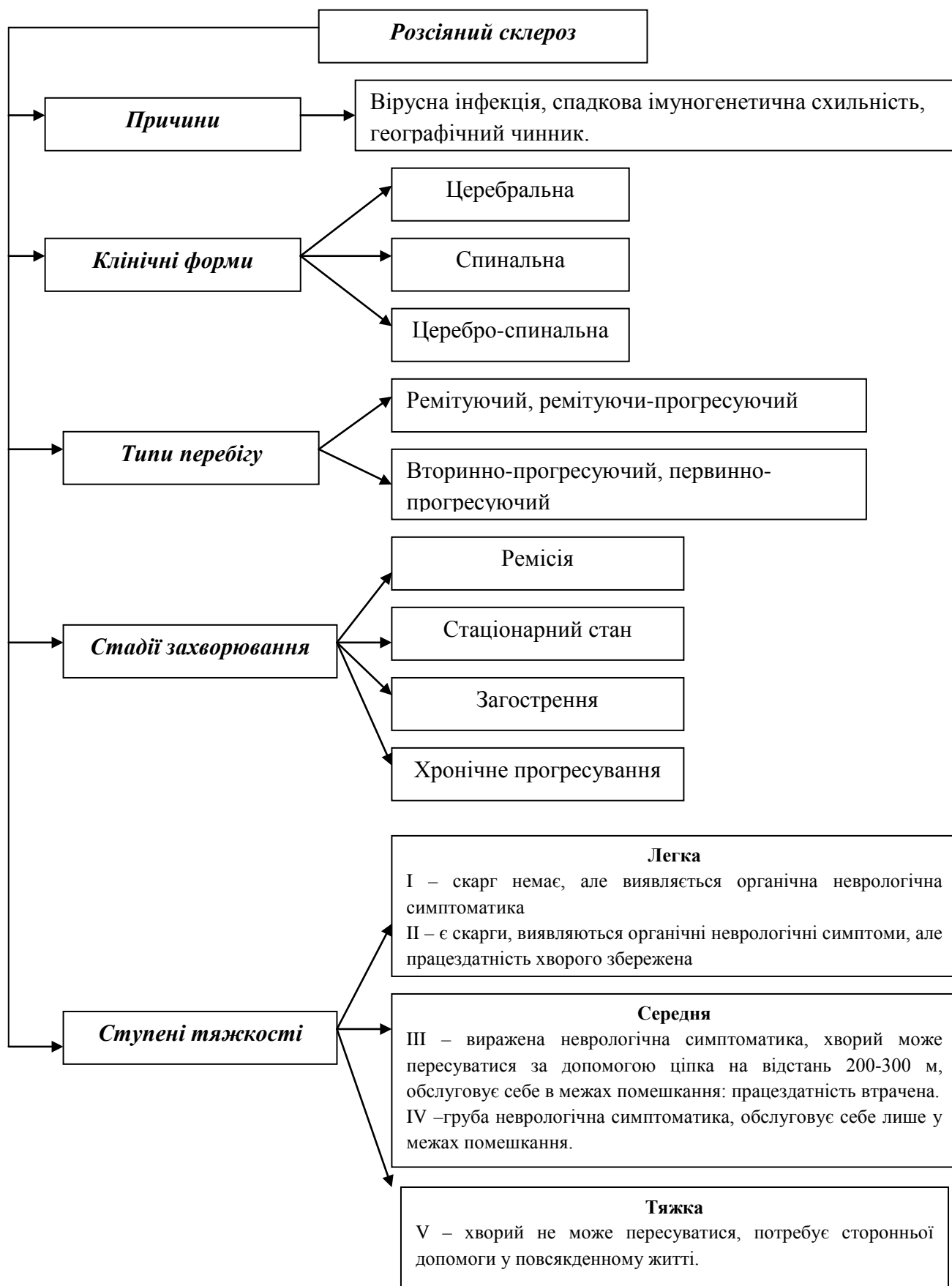
III. Матеріали для позааудиторної самостійної роботи

Основні базові знання, навички, вміння, які необхідні для самостійного засвоєння теми.

Дисципліни	Знати	Вміти
Нормальна анатомія	Будову головного, спинного мозку, периферичної нервової системи.	Показати на таблицях будову головного та спинного мозку, хід рухових та чутливих шляхів.
Патологічна анатомія	Стадії утворення склеротичної бляшки у разі РС, запальні та дегенеративні зміни за наявності ГРЕМ та БАС.	Макро- і мікроскопічно виявляти запальні, дегенеративні зміни головного та спинного мозку.
Патологічна фізіологія	Патофізіологічні основи запалення, демієлінізації.	

Фармакологія	Фармакокінетику імуномодельючих, протизапальних, вазоактивних препаратів, нейрометаболітів, які використовуються для лікування неврологічних хворих.	Призначити необхідну терапію у разі РС, ГРЕМ.
Очні хвороби	Зміни зорового аналізатора за умови РС, ГРЕМ.	За результатами обстеження зорової функції запідозрити РС, ГРЕМ.
Урологія	Нейрогенні форми порушення сечовипускання.	За даними обстеження сечовидільної та статеві функцій запідозрити РС.
Анестезіологія і реаніматологія	Бульварні розлади, що можуть виникнути у хворих з БАС та РС.	Надати невідкладну допомогу хворим на БАС та бульварну форму РС у разі дихальних та бульварних порушень.
Педіатрія	Ранні ознаки РС, ГРЕМ, що можуть виникнути у дитячому віці.	Запідозрити РС, ГРЕМ у дітей, призначити необхідне обстеження

3.1. Зміст теми заняття



Лікування: бета-інтерферони (Ребіф, бетаферон), копаксон, імуноглобулін, аміксін, флогензим, кортикостероїди, ноотропні, антиагреганти, солкосерил, ербісол, лецетин та інші.

Терапія повинна бути диференційованою залежно від стадії, клінічної форми, перебігу захворювання, імунного статусу хворого.

Типові клінічні симптоми РС

Рухові розлади: центральні гемі-, пара-, тетрапарези.

Тазові розлади: імперативні поклики до сечовипускання, періодичне нетримання сечі, закрепи.

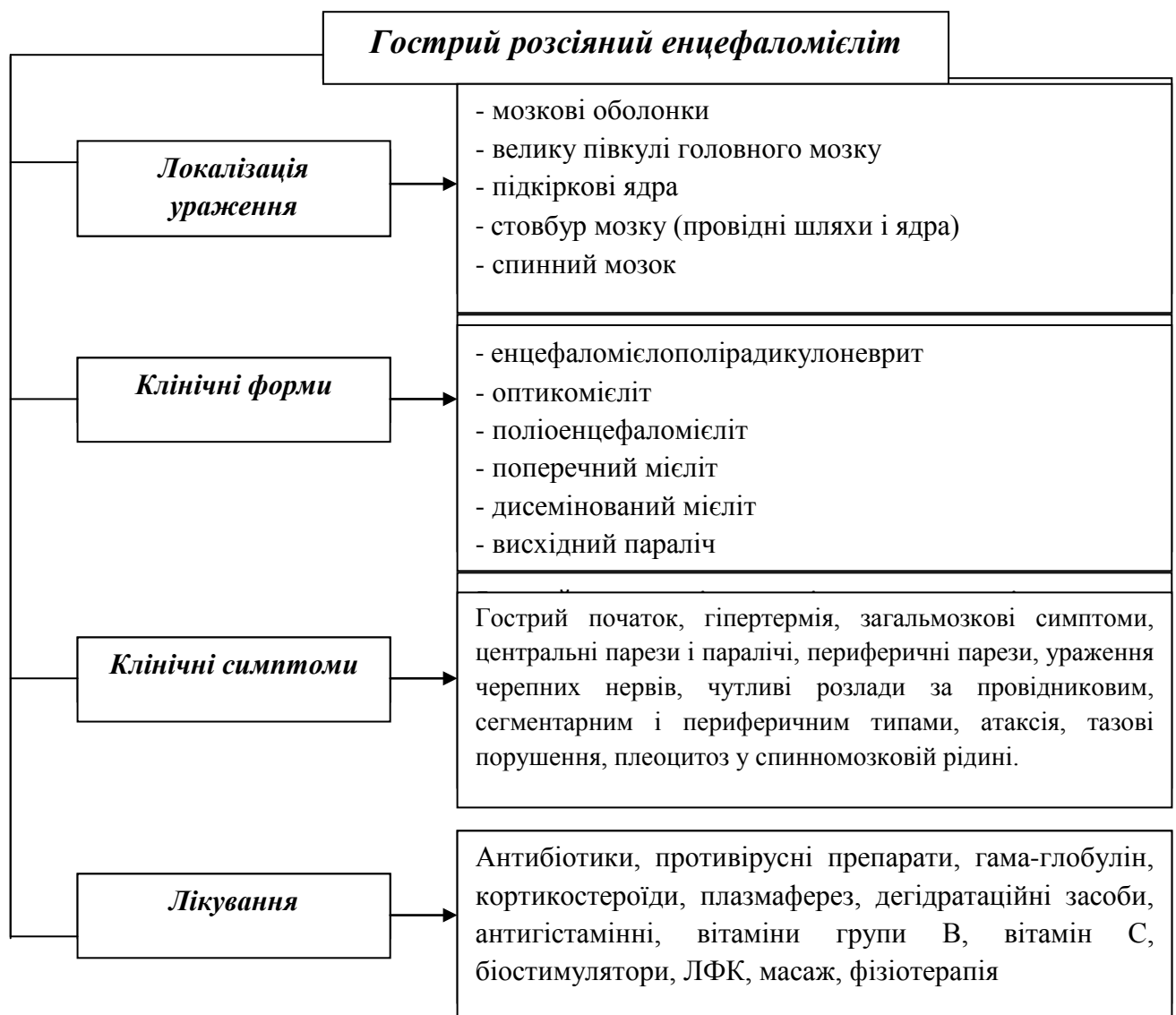
Мозочкові розлади: прояви статистичної та динамічної атаксії.

Чутливі розлади: парестезії, зниження вібраційної і м'язово-суглобової чутливості.

Ураження черепних нервів: зоровий нерв, лицьовий нерв.

Нейропсихологічні порушення: ейфорія, депресивний синдром, зниження пам'яті, інтелекту.

Гострий розсіяний енцефаломієліт



3.2. Тести для самоконтролю

1. У хворого скарги на слабкість у нижніх кінцівках. Хворіє 3 роки, після грипу з'явилась слабкість у ногах. Об'єктивно: атрофії м'язів плечового поясу, міжкостних м'язів на ногах, сухожильні рефлекси на ногах і руках підвищенні, фібрилярні посмикування у м'язах. Який найбільш вірогідний діагноз?
 - A. БАС, поперекова форма.
 - B. Мієліт.
 - C. Розсіяний склероз.
 - D. Пухлина спинного мозку.
 - E. Поліомієліт.

2. Хвора скаржиться на інтенсивний головний біль, запаморочення, слабкість в ногах. Протягом тижня було нездужання з підвищенням температури до 37,5-38⁰С, загальна слабкість, катаральні явища. Об'єктивно: нижній центральний парапарез, атаксія, гіпестезія по провідниковому типу. Оболонковий с-м позитивний. СМР: підвищений білок, лімфоцитарний плеоцитоз. Який найбільш вірогідний діагноз?
 - A. ГРЕМ.
 - B. Гнійний менінгіт.
 - C. Розсіяний склероз.
 - D. Епідемічний енцефаліт.
 - E. Гострий мієліт.

3. У хворої, якої поставили діагноз "Розсіяний склероз", Ви знайшли відхилення від норми, які указані нижче. Які з них не характерні для розсіяного склерозу?
 - A. Атрофія вискових половин дисків зорових нервів.
 - B. Синдром клінічних дисоціацій.
 - C. Паркінсонізм.
 - D. Тріада Шарко.
 - E. Відсутність поверхневих черевних рефлексів (при підвищенні сухожильних)

4. При установленні черговості додаткових методів дослідження хворого, у якого Ви припускаєте розсіяний склероз, найбільш інформативний метод діагностики розсіяного склерозу є:
 - A. ЯМР.
 - B. КТ з контрастуванням.
 - C. Дослідження визваних потенціалів.
 - D. Дослідження імунного статусу.
 - E. Дослідження СМР.

3.3. Задачі для самоконтролю

1. У хворої нижній спастичний парапарез, не викликаються черевні рефлекси, випала вібраційна чутливість в ногах, є періодичне нетримання сечі. Вкажіть осередок ураження. Для якого захворювання характерна така симптоматика? Поставити клінічний діагноз, назначити лікування.
(У верхньогрудному відділі спинного мозку. Уражені пірамідні шляхи і задні канатики з обох боків, що характерне для розсіяного склерозу. Розсіяний склероз, спінальна форма).

2. На фоні катару верхніх дихальних шляхів, підвищеної температури гостро виникли блювання, менінгеальні знаки, парези кінцівок, бульварні порушення. Яке захворювання можна запідозрити? Тактика ведення, лікування.

(Гострий розсіяний енцефаломієліт).

3. Хвора жінка, 22 роки, скаржиться на значне зниження зору на праве око, яке виникло раптово. Жодних ознак органічного ураження ока не виявлено. З боку нервової системи знайдено зниження вібраційної чутливості у нижніх кінцівках відсутність черевних рефлексів. Встановити клінічний діагноз, тактику ведення, лікування.

4. Хвора, 25 років, скаржиться на порушення зору, слабкість в ногах, запаморочення. Порушення зору протягом 2 років, лікувалась у окуліста. Після ГРВІ приєдналася слабкість у ногах, запаморочення. При огляді: ністагм, горизонтальний в обі сторони, сухожилкові рефлекси високі, черевні рефлекси не викликаються. Нижній спастичний пара парез, вібраційна чутливість випала у ногах. Встановити клінічний і топічний діагнози, тактику ведення, лікування.

5. Молодий чоловік скаржиться на болі і слабкість в нижніх кінцівках, двоїння в очах, порушення ходи „нестійкість”. На протязі тижня у хворого були катаральні явища: кволість, запалення верхніх дихальних шляхів, помірне підвищення температури. При огляді: атаксія при виконання координатних проб, чутливі розлади за провідниковим типом, нижній центральний пара парез, порушення околорухового нерва: птоз, анізокорія, диплопія. Встановити клінічний і топічний діагнози, тактику ведення, лікування.

3.4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

Орієнтована карта самостійної роботи з літературою.

Основні завдання	Вказівки
Вивчити	
Клінічні форми, етіологію, патогенез, клінічні прояви, діагностику, лікування розсіяного склерозу (РС),	Скласти таблицю клінічних проявів РС різних клінічних форм.
Етіологію, патогенез, клініку, діагностику, лікування, прогноз гострого енцефаломієліта (ГРЕМ).	Провести диференціальну діагностику РС та ГРЕМ
Етіологію, патогенез, клінічні форми, діагностику, лікування, прогноз бокового аміотрофічного склерозу (БАС).	Вписати в зошит характерні клінічні форми БАС.

Судинні захворювання головного та спинного мозку.

I. Актуальність теми.

Гострі порушення мозкового кровообігу (ішемічні та геморагічні) – ГПМК посідають домінуючі позиції серед захворювань нервової системи і є однією з найбільш поширених причин інвалідності та летальності. Діагноз та диференційний діагноз ГПМК має труднощі, тому що клінічна симптоматика цих захворювань та їх перебіг характеризується подібними проявами.

Однак, від своєчасності та адекватності діагнозу та призначеної диференційної терапії залежать тривалість та тяжкість захворювання, наявність ускладнень. Своєчасність проведення обстеження, постановка діагнозу та призначення диференційної терапії значно знижують летальність та ступінь інвалідності хворих.

II. Навчальні цілі заняття

Студент повинен **знати:**

1. Механізм розвитку і особливості патогенезу різних видів мозкових інсультів.
2. Особливості діагностики синдромів ГПМК (осередкові, загально мозкові) і їх відповідність нозологічним формам.
3. Клінічні особливості ГПМК залежно від характеру осередку та методи лабораторної діагностики ПМК.
4. Диференціальна діагностика ГПМК (геморагічні і ішемічні інсульти).
5. Нагляд та лікування ГПМК в умовах поліклініки. Показання до госпіталізації.
6. Показання до тромболітичної, антиагрегаційної та інших видів патогенетичної терапії.

Студент повинен **вміти:**

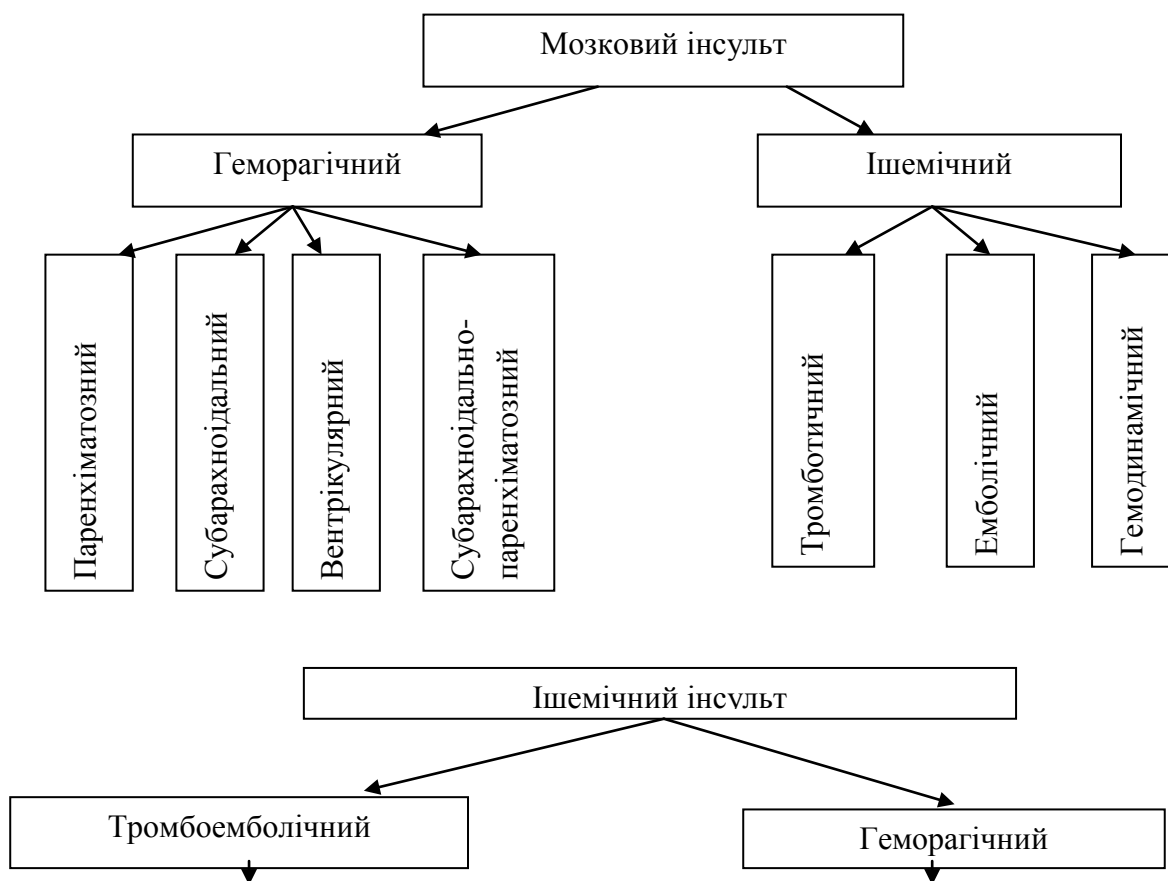
1. Зібрати анамнез захворювання.
2. Обстежити неврологічний статус хворого, провести лабораторно-інструментальне обстеження; вміти інтерпретувати їх дані обстеження.
3. Обґрунтувати попередній діагноз.
4. Призначити додаткові методи дослідження та оцінити їх результати.
5. Обґрунтувати заключний діагноз згідно клінічної класифікації.
6. Провести диференціальну діагностику ГПМК.
7. Скласти індивідуальний план лікування з урахування етіології, патогенезу ГПМК, тяжкості захворювання.
8. Визначити тактику при ускладненому перебігу ГПМК.

III. Матеріали для позааудиторної самостійної роботи

Основні базові знання, навички, вміння, які необхідні для самостійного засвоєння теми.

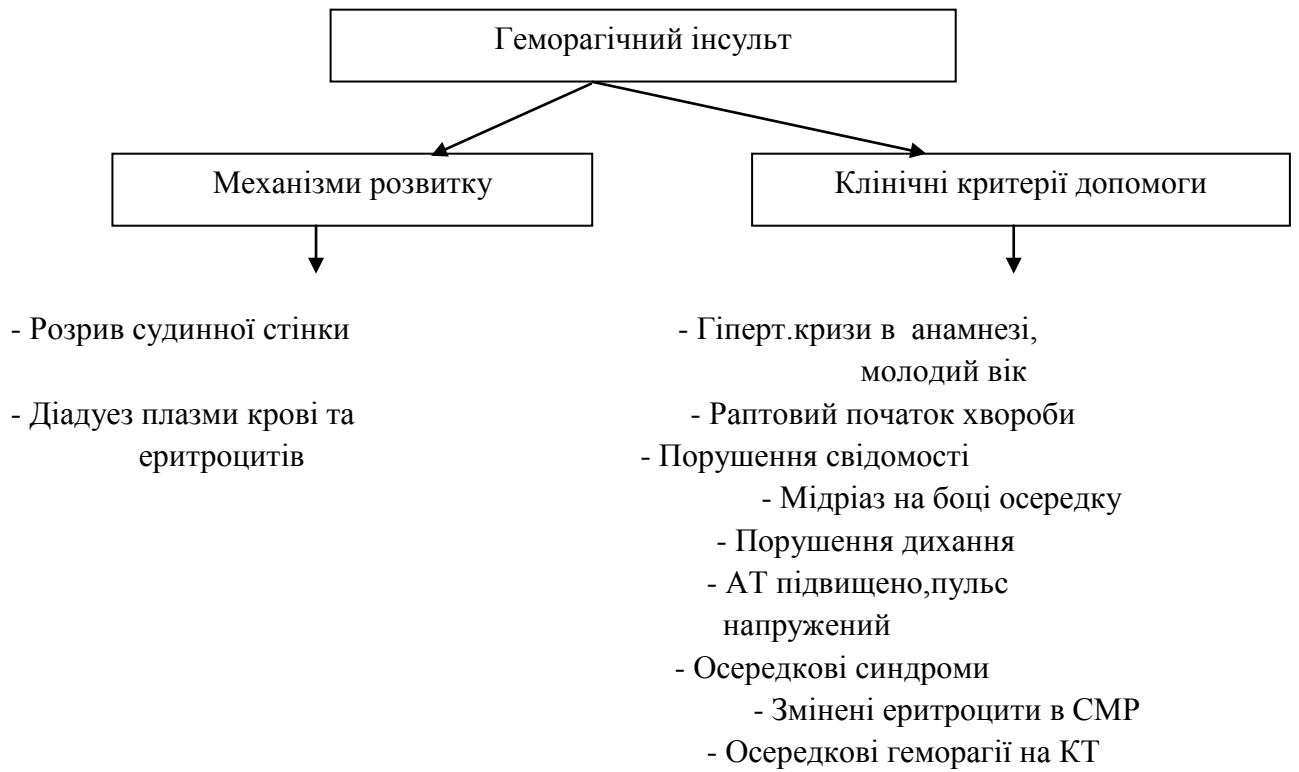
Дисципліни	Знати	Вміти
Нормальна анатомія	Будову кори великих півкуль головного мозку.	Визначити місце розташування патологічного осередку в ЦНС.
Нормальна фізіологія	Будову судинної системи головного мозку Функцію різних частин головного мозку, мех. і авторегуляції мозкового кровообігу	Визначити басейн ураженої судини мозку. Визначити нормальну функцію частин головного мозку
Патанатомія	Патоморфологічні зміни в судинній системі і мозковій тканині при ГПМК	Патологоанатомічні зміни в мозковій тканині і судинах при ПМК
Патфізіологія	Зміни в діяльності головного мозку при ПМК	Визначити симптоми порушень мозкового кровообігу
Нейрохірургія	Початкові ознаки і клінічні особливості перебігу геморагічних інсультів, які вимагають нейрохірургічного втручання. Клінічні ознаки порушення розвитку рухової системи та мовлення у дітей раннього віку	Виставити діагноз по клінічним ознакам геморагічного інсульту, визначити показання до нейрохірургічного лікування. Провести оперативне втручання по висмоктуванню гематоми.
Дитячі хвороби (дитяча неврологія)		Виставити діагноз наслідкових хвороб та призначити лікування

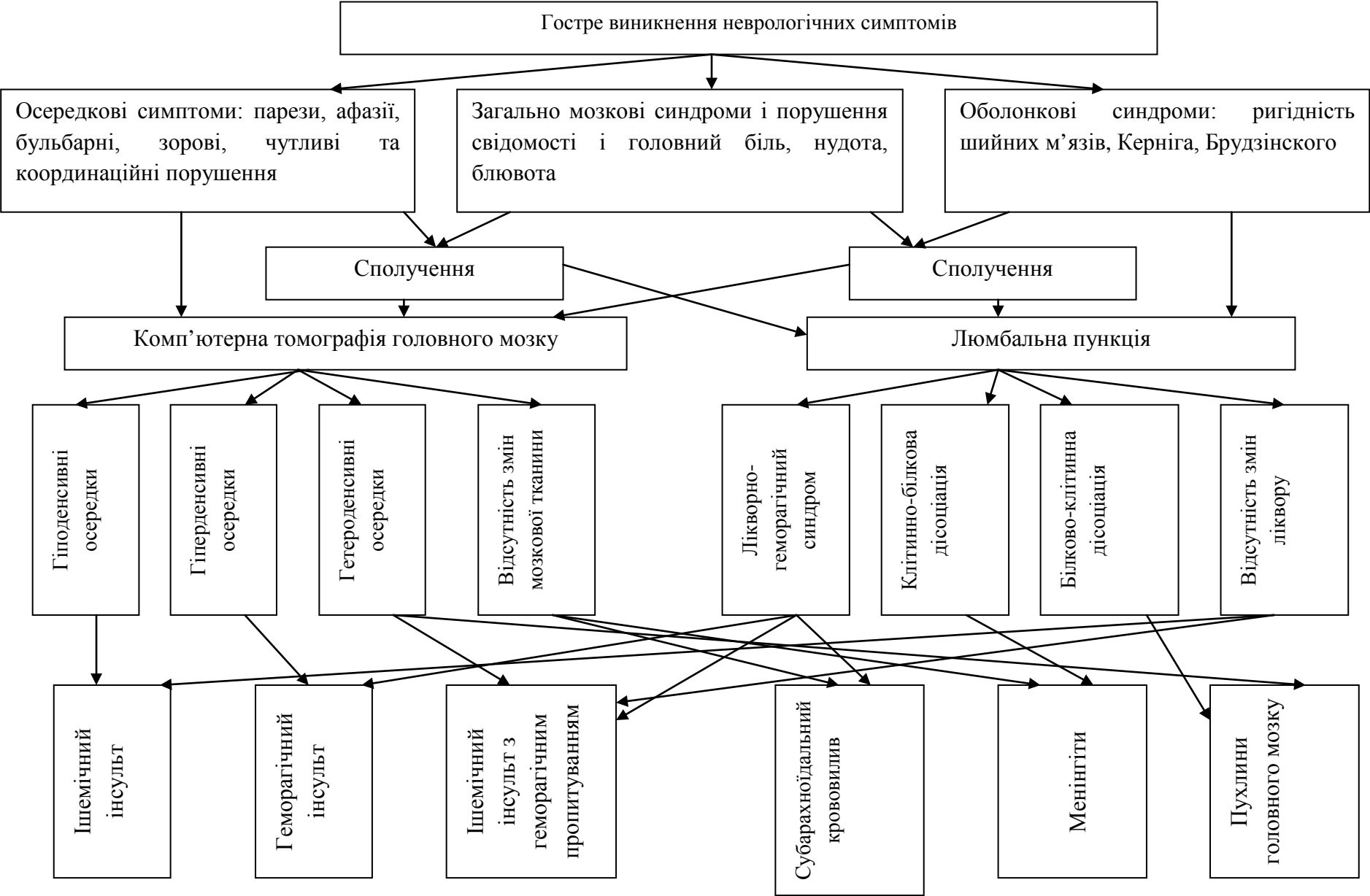
3.1. Зміст теми заняття



- тромбоз інтракраніальних судин
- закупорка судин голови
- артеріоартеріальні тромбол.
- порушення реологічних обкранданя

- зрив авторегуляції мозкового кровотоку
- судинна мозкова недостатність
- дистонічні порушення
- церебральні синдроми властивостей крові





2. Складання плану обстеження
3. Збирання скарг та анамнезу.
4. Призначення додаткового обстеження.
5. Постановка діагнозу.
6. Призначення лікування.

Відповідь: 3, 1, 2, 4, 5, 6

Тест 4 – тест „на підстановку» або із відповіддю, що самостійно конструється.

Назвіть клінічні ознаки геморагічного інсульту.

1.
2.
3.
4.
5.

Відповідь: 1. Гіпертермія. 2. Загально мозковий синдром (нудота, блювання, головний біль, порушення вітальних функцій та свідомості). 3. Осередковий синдром. 4. Оболонковий синдром. 5. Визначення змінених еритроцитів у лікворі.

Основні диференціально-діагностичні ознаки гострих порушень мозкового кровообігу. Заповніть таблицю.

Диференціально-діагностичні ознаки	Ішемічний інсульт	Геморагічний інсульт	Субарахноїдальний інсульт
Вік (молодий)			
Швидкість наростання початкових ознак захворювання			
Час розпочатку хвороби			
Підвищення температури тіла			
Підвищення артеріального тиску та кількості серцевих скорочень			
Гіперемія обличчя			
Порушення дихання			
Наявність порушення свідомості			
Ведучий синдром, що обумовлює тяжкість захворювання			
Наявність порушень рухової та чутливої системи			
Наявність оболонкового синдрому			
Наявність підвищення білків та змінних еритроцитів у лікворі			
При КТ-обстеженні визначен гіподенсивний осередок в мозковій тканині.			
При КТ-обстеженні визначен гіперденсивний осередок у мозковій тканині			

Тест кваліфікаційного типу

Захворювання Симптоми	Ішемічний інсульт	Геморагічний інсульт	Субарахноїдальний інсульт	Менінгіти	Пухлина головного мозку
Придвісники захворювання:					
1. Гіпертонія	-	+	+	-	-
2. Атеросклероз	+	-	-	-	-
3. Захворювання серця	+	-	-	+	-
4. Запальні захворювання					
Виникнення захворювання:					
5. Вдень після фіз. навантаження	-	+	+	-	-
6. У ночі або вранці	+				
Темп розвитку захворювання					
7. Швидко	-	+	+	+	-
8. Повільно	+	-	-	-	+
9. Свідомість	-	+	+	-	+
10. Зміна вітальних функцій	-	+	+	+	-
Клінічні прояви					
11. Головний біль	-	+	+	+	+
12. Епіпади	-	+	+	+	+
13. Психомоторне збудження	-	+	+	+	-
14. Осередкові порушення	+	+	-	-	+
Дані додаткових методів дослідження					
15. КТ-гіподенсивний осередок	+	-	-	-	+
16. КТ-гіперденсивний осередок	-	+	+	+	-
17. Лікворно-геморагічний синдром	-	-	-	-	+
18. Кліточно-білкова дисоціація	-	-	-	-	+
19. Зміна крові	-	-	-	-	+
	-	+	+	+	+

Відповідь: Ішемічний інсульт – 2,3,6,8,14,15

Геморагічний інсульт – 1,5,7, 10,11,12,13,14,16,19

Субарахноїдальний крововилив – 1,5,7,9,10,11,12,13,16,19

Менінгіти – 3,7,10,11,14,17,18,19

3.3. Задачі для самоконтролю

1. У пацієнта, 55-ти років, на тлі артеріальної гіпертонії й емоційної напруги розвилися: раптовий головний біль, блювота, гіперімія обличчя, психомоторне порушення, протягом 10 хвилин приєдналися порушення свідомості, центральна плегія правих кінцівок. Через 3 години приєднався менінгеальний синдром.

1. Вкажіть попередній діагноз.
2. Призначте обстеження хворого.

Відповідь:

1. Внутрішньо мозковий крововилив.
2. Загальний аналіз крові, люмбальна пункція, КТ головного мозку, консультація окуліста.

2. У пацієнта, 68-ми років, ранком, після сну на тлі АТ 140/80 мм рт.ст. поступово, протягом декількох годин розвилася слабкість у правих кінцівках, оніміння в них, розлад свідомості - сомноленція. Загальномозкових явищ не спостерігалось. В анамнезі в хворого ТІН. При КТ голови, через 12 годин з моменту захворювання визначається область зниженої густини речовини головного мозку.

1. Вкажіть попередній діагноз.
2. Призначте обстеження хворого.

Відповідь:

1. Ішемічний атеротромботичний інсульт.
2. Загальний аналіз крові, ліпідограма, коагулограма, люмбальна пункція, доплерографія.

3. У жінки, 48-ми років, із ДДП-хребта на тлі підвищеного АТ до 160/100 мм рт.ст. після сну розвилися: диплопія і слабкість у лівих кінцівках. У неврологічному статусі визначається: птоз правої повіки, що розходяться косоокість і мідріаз праворуч. Контрлатерально (ліворуч) визначається центральний геміпарез, центральне ураження VII, XII пар черепних нервів.

1. Вкажіть попередній діагноз.
2. Призначте обстеження хворого.

Відповідь:

1. Ішемічний інсульт у вертебробазиллярній системі.
2. Аналіз крові, ліпідограма, доплерографія, КТ головного мозку.

4. У хворого, 52 роки, з'явилися затруднення при ковтанні їжі, похитування при ході, запаморочення. В минулому були епізоди минучого запаморочення. При огляді — свідомість не порушена, менінгеальних знаків немає, ліва очна щілина вужча, анізокорія $S < D$, сегментарна гіпестезія на обличчі зліва. Ліва половина м'якого піднебіння звисає. Голос сиплий з носовим відтінком. Глотковий, піднебний рефлекс не викликаються, при ковтанні попірхується. Правобічна гемігіпестезія з підвищеними рефlekсами на правих кінцівках. Координація в лівій руці і нозі порушена. Поставте топічний та клінічний діагноз. Який ведучий клінічний синдром? Які додадкові методи діагностики? Яке лікування?

Еталон відповіді. Ураження лівої половини довгастого мозку і лівої півкулі мозочка. Ішемічний інсульт у лівій загальній низькій мозочковій артерії. Синдром Валенберга-Захарченка. Коагулограма, офтальмоскопія, УЗДГ, МРТ або КТ головного мозку. Антикоагулянти, антигіпоксанти, кардіальна терапія, дегідратація, ноотропні засоби.

5. Хворого, 40 років, доставили у клініку у тяжкому стані. До цього був здоровий. Під час підняття важкої шафи раптово з'явився головний біль з блюванням. Виявлена збіжна

косоокість, ригідність м'язів потилиці, синдром Керніга з двох боків. Паралічів і порушень чутливості немає. Який попередній діагноз? Яка повинна бути тактика лікаря у даному випадку?

Еталон відповіді. Субархноїдальний крововилив. Провести люмбальну пункцію. В випадку кров'янистого ліквору терміново перевести у нейрохірургічне відділення для дослідження і виключення можливої аневризми головного мозку

3.4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

Орієнтована карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою

Навчальні завдання	Вказівки до завдання	Відповідь
Вивчити 1. Етіологічні фактори та патогенетичні аспекти розвитку мозкових інсультів.	Назвати основні етіологічні фактори та патогенетичні зміни при гострих мозкових інсультах (ішемічних та геморагічних)	
2. Особливості діагностики синдромів ГПМК.	Перелічити основні діагностичні ознаки мозкових інсультів (ішемічних та геморагічних)	
3. Клінічні особливості ГПМК залежно від характеру патологічного осередку (вогнища) та методи лабораторної діагностики.	Провести диференційну діагностику між ішемічним та геморагічним інсультом по клініці, перелічити основні діагностичні критерії з методів лабораторної діагностики.	
4. Диференціальну діагностику ГПМК з іншими захворюваннями.	Заповнити таблицю диференціальної діагностики	
5. Диференційне лікування хворих з ішемічними та геморагічними інсультами.	Скласти план лікування хворих на ішемічний та геморагічний інсульт з урахуванням часу від початку ГПМК	
6. Методи профілактики інсультів	Скласти план профілактики заходів для запобігання мозкових інсультів.	

**Головний біль. Пучковий головний біль.
Головний біль напруги. Мігрень. Порушення сну**

I. Актуальність теми

В розвинутих країнах біля 80% дорослого населення відчувають періодично виникаючий головний біль. Клініцисти будь-якого профілю постійно зустрічаються зі скаргами на різноманітні головні болі. Ці скарги можуть з'являтися не тільки за наявності патологічних процесів в ділянці голови, але й у разі різних соматичних та психогенних захворювань. Це не тільки широка медична, але й соціально-економічна проблема.

Біля 25% населення має скарги на порушення сну. Мільйони людей у світі щоденно чи періодично користуються різними снодійними засобами і попит на ці препарати зростає. Порушення сну може супроводжувати розлади мозкового кровообігу, неврастенію чи неврастенічні синдроми у разі різних соматичних захворювань.

II. Навчальні цілі

Студент повинен **знати:**

1. Механізми виникнення больового відчуття, роль ноцицептивних та антиноцицептивних систем у формуванні та перебігу больового синдрому.
2. Фактори, що сприяють виникненню головного болю, класифікацію типів головного болю.
3. Епідеміологію, класифікацію, патогенез, клініку, лікування мігрені та мігренозного статусу.
4. Патогенез, клінічні прояви та лікування пучкового головного болю.
5. Патогенез, клініку, діагностичні критерії та лікування головного болю напруги.
6. Класифікацію форм порушення сну
7. Клінічну симптоматику різних форм порушення сну.

Студент повинен **вміти:**

1. Розрізнити характер головного болю за походженням.
2. Діагностувати мігрень, пучковий головний біль та головний біль напруги.
3. Вибрати тактику лікування хворих на мігрень та мігренозний статус, пучковий головний біль та головний біль напруги.
4. Обстежити хворих з різними формами порушення сну.
5. Діагностувати різні форми дисомній.
6. Призначити план лікування хворим на порушення сну.

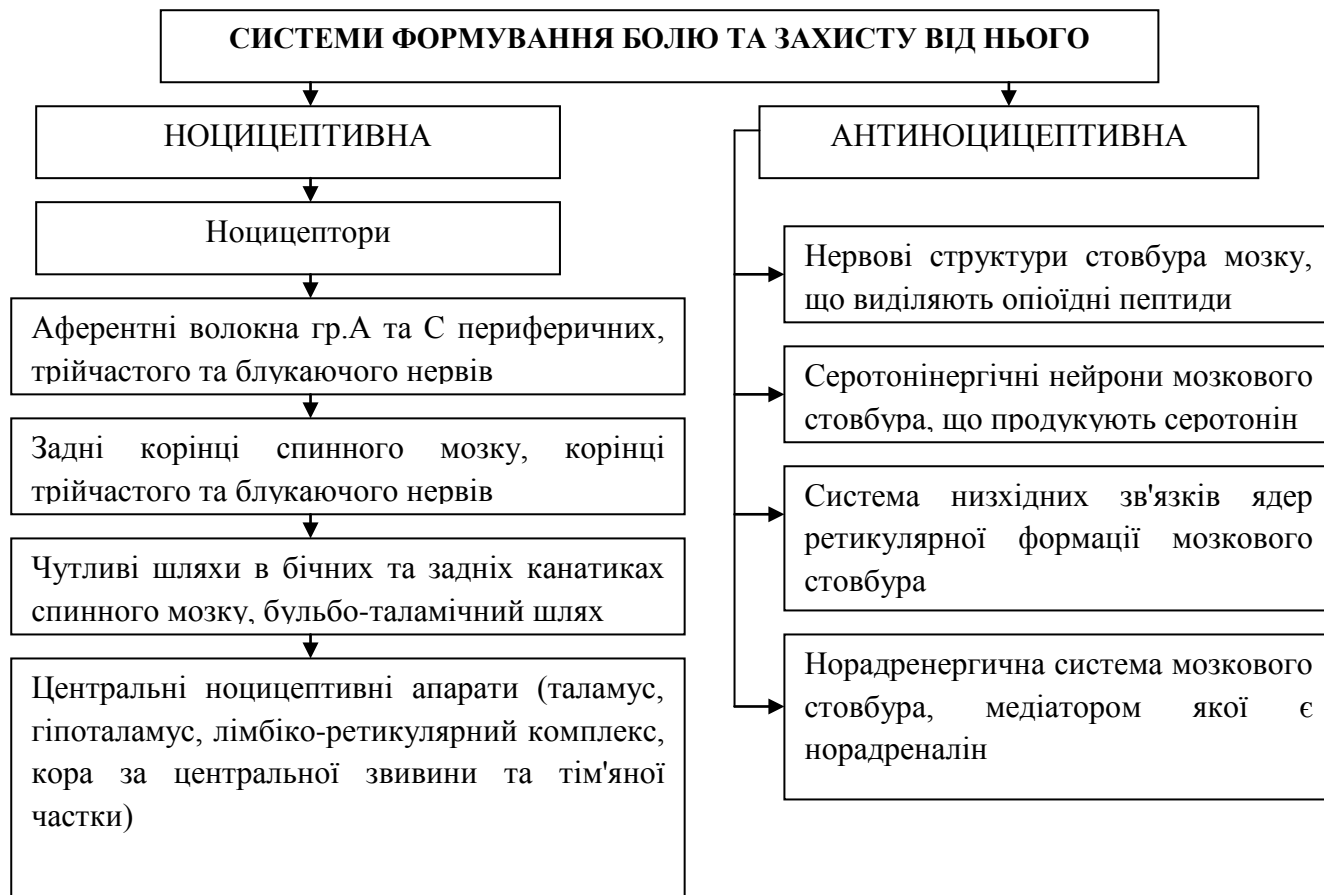
III. Матеріали для позааудиторної самостійної роботи

Основні базові знання, навички, вміння, які необхідні для самостійного засвоєння теми.

Дисципліни	Знати	Вміти
Нормальна анатомія	Будову, інервацію, кровопостачання структур, які безпосередньо відповідають за виникнення головного болю.	На таблицях, схемах показати структури, що відповідають за виникнення головного

		болю.
Гістологія	Будову рецепторів та нервових волокон, що проводять ноцицептивні відчуття. Будову клітин кори головного мозку.	Мікроскопічно розрізняти клітини кори головного мозку.
Нормальна фізіологія	Фізіологічні механізми виникнення больового синдрому. Ноцицептивні та антиноцицептивні системи мозку.	Пояснити фізіологічні основи болю та знеболювання.
Біохімія	Роль біологічно активних речовин у формуванні больового відчуття та захисту від болю.	
Внутрішні хвороби	Функціональні нервово-психічні порушення у разі соматичних захворювань.	Виявляти форми головного болю у хворих з гіпертонічною хворобою, при прийомі нітратів, гормональних засобів, отруєння оксидом вуглецю, при цукровому діабеті.
Нейрохірургія	Диференціально-діагностичні ознаки головного болю при пухлинах головного мозку.	Діагностувати пухлини головного мозку лікворно-гіпертензійного та гіпотензійного синдромів.
Очні та ЛОР хвороби	Ознаки головного болю при очних хворобах та патології ЛОР-органів	Діагностувати первинні головні болі та головний біль при патології ока, носу, вуха. оцінювати стан очного дна при різних захворюваннях.
Стоматологія	Іннервацію зубів, обличчя, щелепів.	Діагностувати головний біль при захворюваннях зубів, щелепів.

3.1. Зміст теми заняття.



ПРИЧИНИ ЦЕФАЛГІЙ

Основні фактори, що сприяють виникненню симптоматичного головного болю

- Черепно-мозкові травми.
- Захворювання серцево-судинної системи.
- Внутрішньочерепні процеси (підвищення або зниження внутрішньочерепного тиску, оклюзій- на гідроцефалія).
- Інфекції (менінгіт, енцефаліт, остеомієліт кісток черепа, позамозкові інфекційні захворювання).
- Метаболічні порушення (гіпоксія, гіперкапнія).
- Ендокринні порушення.
- Захворювання очей, вух, скронево-нижньощелепного суглоба, навколоносових пазух.
- Ураження черепних нервів (невралгії V, IX пар).
- Інтоксикації та прийом різких хімічних речовин, лікарських препаратів.
- Головний біль, що непов'язаний із структурними ураженнями, які зникають після припинення дії причинного фактору.

Самостійні патологічні форми головного болю

- Мігрень
- Пучковий головний біль

ТИПИ ГОЛОВНОГО БОЛЮ

Судинний:
- ангіогіпотонічний,
- ангіоспастичний
- венозний

Ліквородинамічний:
у разі підвищення або зниження внутрішньо-черепного тиску (пухлини, інші об'ємні процеси головного мозку та оболонок, набряки мозку, гідроцефалія)

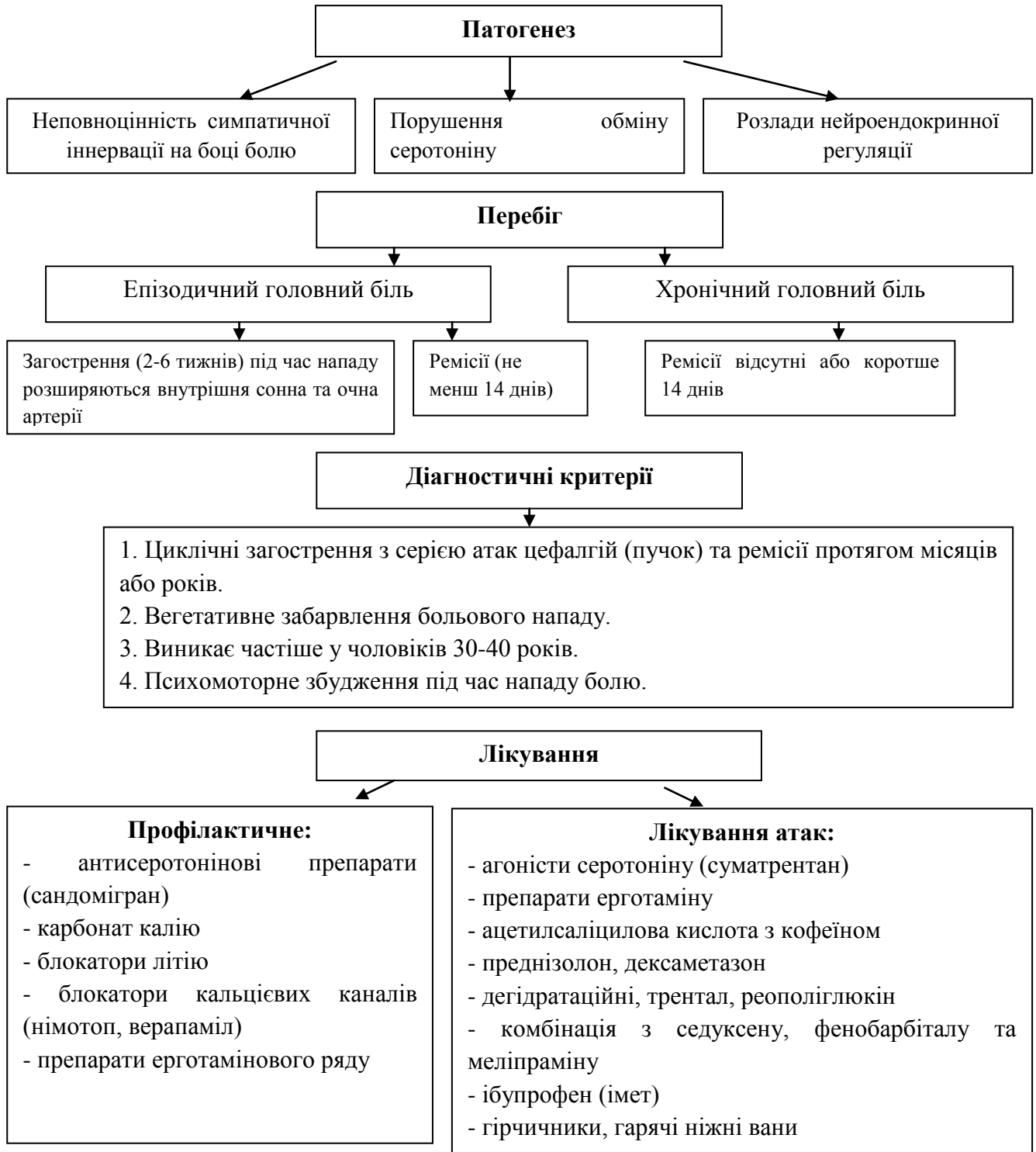
Невралгічний:
при подразненні язико-глоткового, трійчастого та потиличного нервів

Психалгічний
за наявності неврозів, прихованої депресії

М'язової напруги

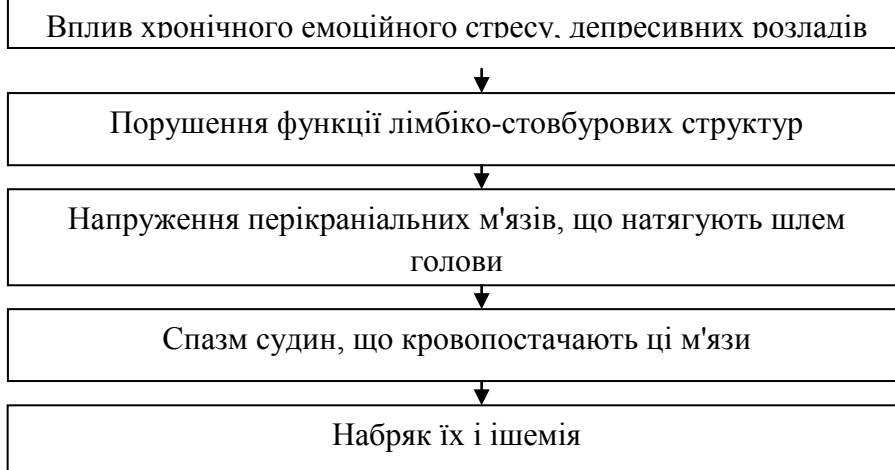
Змішаний

ПУЧКОВИЙ ГОЛОВНИЙ БІЛЬ

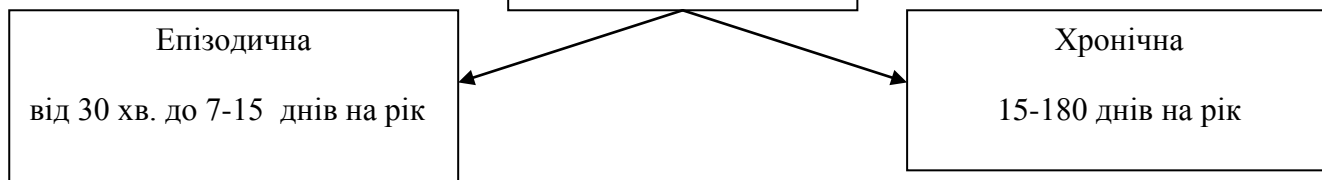


ГОЛОВНИЙ БІЛЬ НАПРУГИ

Патогенез



Форми



Діагностичні критерії

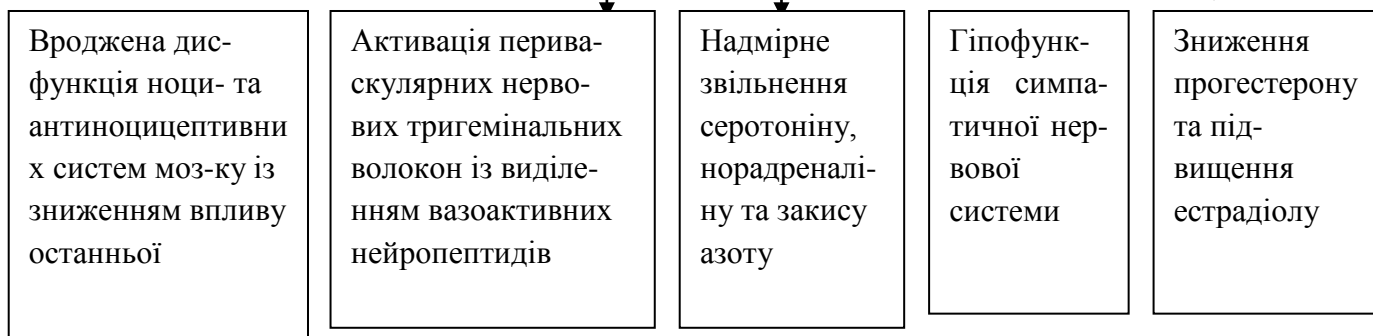
1. Локалізація болю: двобічний, дифузний.
2. Характер болю: монотонний, давлючий, ниючий, не буває пульсуючим.
3. Інтенсивність: помірний, не порушає фізичної активності.
4. Супутні симптоми: нудота, фотофобія, фонофобія, кардалгії, артралгії без об'єктивних ознак; тремтіння пальців, болочість при пальпації, напруження скроневих, потиличних м'язів шиї, іпохондричний, депресивний настрій, прояви ВСД.
5. Початок частіше у віці 20-30 років.
6. Чіткий зв'язок із стресогенними факторами.

Лікування

1. Антидепресанти, у разі астенії меліпрамін, іпохондрії, соннапакс.
2. Ацетилсаліцилова кислота.
3. Нестероїдні протизапальні засоби.
4. Міорелаксанти (сирдалуд)
5. Бензодіазепіни (клоназепам).
6. Масаж, ЛФК, психотерапія.

МІГРЕНЬ

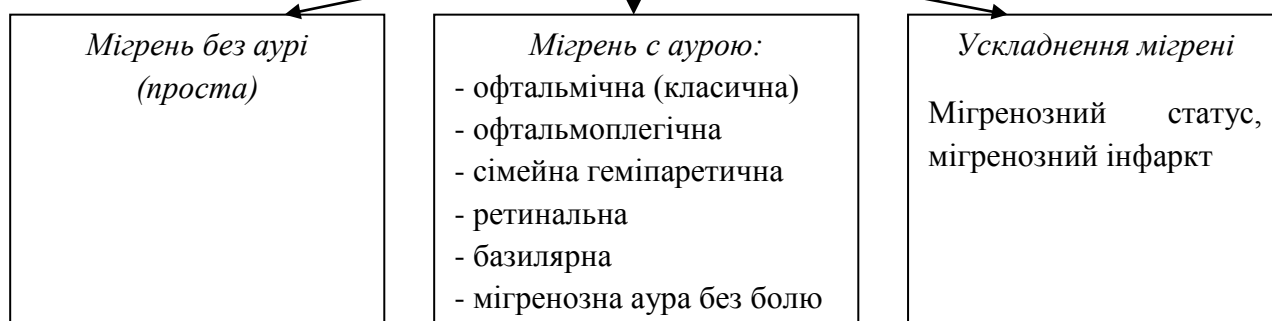
Патогенез



Перебіг мігренозного нападу



Класифікація мігрені та її ускладнення



МІГРЕНЬ

Діагностичні критерії

- Однобічна локалізація головного бою.
- Пульсуючий характер болю.
- Інтенсивність болю, що знижує фізичну активність хворого і підсилюється у разі монотонної фізичної роботи та ходьби.
- Наявність хоча б одного з таких симптомів: нудота, блювання, світло - та звукобоязнь.
- Тривалість нападу від 4 до 72 год.
- Не менше 5-ти нападів в анамнезі.

Для мігрені з аурою ще такі ознаки:

- Тривалість симптомів аури не більше 60 хв.
- Повна зворотність одного або декількох симптомів аури.
- Тривалість світлого проміжку між аурою і початком головного болю менше 60 хв.

Лікування

Мігренозного нападу

- ацетилсаліцилова кислота та її похідні у поєднанні з кофеїном
- селективні агоністи серотоніну (суматриптан)
- препарати ерготамінового ряду
- нестероїдні протизапальні засоби

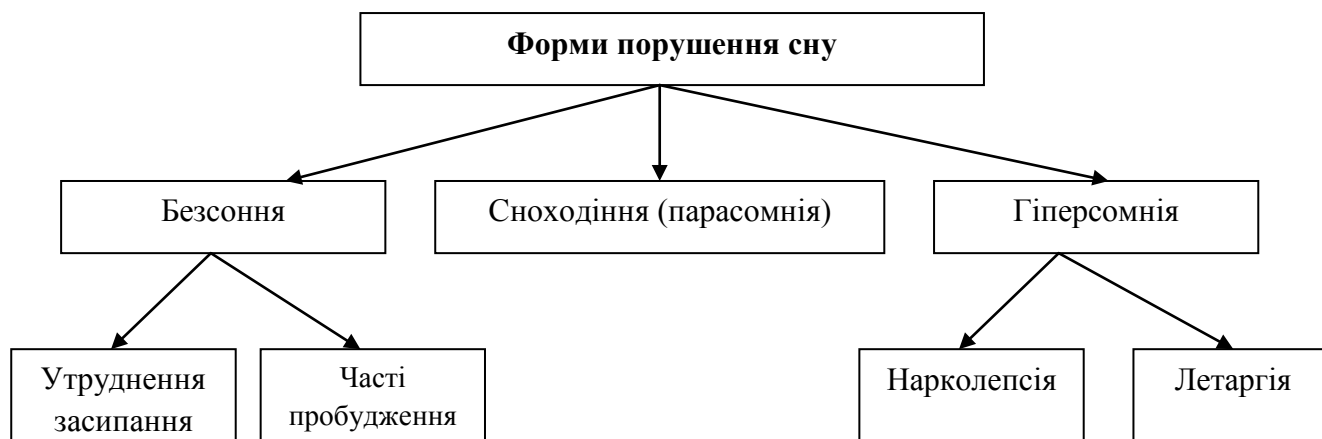
Мігренозного статусу

- седуксен внутрішньовенно, меліпраміл, лазікс
- еуфілін внутрішньовенно
- преднізолон внутрішньовенно крапельно
- антигістамінні препарати

Профілактичне

- антигоністи серотоніну (сандомігран)
- β-адреноблокатори (анаприлін)
- блокатори кальцієвих каналів (німотоп, верапаміл)
- антидепресанти
- фізметоди

ФОРМИ ПОРУШЕННЯ СНУ (ДИСОМНІЯ)



3.2. Тести для самоконтролю

№ пп	Тести	Еталон відповіді
1.	Назвіть типи головного болю: а) лікворо-динамічний; б) лицьовий; в) нічний; г) денний; д) судинний	а); д)
2.	Назвіть ознаки мігрені: а) пульсуючий характер болю; б) двобічний, дифузний біль; в) нудота, блювота; г) фізична активність не порушена	а); в)
3.	Перечисліть форми порушення сну: а) безсоння; б) гіперсомнія; в) сноходіння; г) істерія; д) наркоманія	а); б); в)
4.	Назвіть критерії діагностики пучкового головного болю: а) циклічні загострення з серією атак цефалгій; б) двобічний, дифузний головний біль; в) виникає частіше у жінок; г) психомоторне збудження під час нападу; д) головний біль не порушує фізичної активності.	а); г)
5.	Для головної болі напруги характерно: а) локалізація болю – двобічний, дифузний;	а); в); д)

б) локалізація болю – однобічний; в) фото-, фонофобія, кардалгії, тремор пальців, депресія; г) напади болю часто виникають вночі; д) характер болю – монотонний, давлючий, ниючий; е) характер болю пульсуючий	
--	--

Захворювання / Ознаки	Мігрень	Пучковий головний біль	Головний біль напруги
Локалізація головного болю (ГБ)			
Характер ГБ			
Інтенсивність ГБ			
Тривалість ГБ			
Наявність аури			
Світло- та звукофобія			
Нудота, блювота			
Вогнищеві неврологічні симптоми			
Вегетативний синдром на боці болю			
Після сну головний біль			
Може супроводжувати напад			
Анамнез головного болю			
Поведінка під час болю			
Порушення фізичної активності			
Частіше хворіють			

Еталон відповіді

Захворювання / Ознаки	Мігрень	Пучковий головний біль	Головний біль напруги
Локалізація головного болю (ГБ)	Однобічний	Однобічний	Двобічна
Характер ГБ	Пульсуючий	Жгучий, ріжучий, рвучий	Монотонний, давлючий, ниючий
Інтенсивність ГБ	Дуже інтенсивна	Дуже інтенсивна	Помірна
Тривалість ГБ	4-72 години	15-180 хвилин	Різноманітна, але не менш 4 часів
Наявність аури	Буває з аурою та без неї	Не характерна	Не характерна

Світло- та звукофобія	Присутні	Можуть бути	Характерні
Нудота, блювота	Присутні	Не характерні	Часто бувають
Вогнищеві неврологічні симптоми	В період аури	Птоз чи міоз на боці болю	Не характерні
Вегетативний синдром на боці болю	Не характерне	Присутній (ринорея, сльозотечія, спітнілість обличчя та лоба)	Не типово
Після сну головний біль	Мігрень з ауруо не зникає Мігрень без аури зникає	Не може заснути під час нападу (іноді виникає після засипання)	Частіше зникає
Може супроводжувати напад	Вживання їжи, що підвищує рівень серотоніну; алкоголь	Вживання алкоголю, нітрогліцерину	Залежить від багатьох факторів – стрес, зміни погоди, недосипання, фізичне перевантаження
Анамнез головного болю	Наявність сімейного анамнезу; не менш 5 нападів в минулому	Циклічне загострення з серією атак цефалгії, ремісії протягом місяців або років	Тривалий анамнез: наявність сімейного анамнезу
Поведінка під час болю	Лежить в темній кімнаті	Психомоторне збудження, ажиотація	Не змінює повсякденне життя
Порушення фізичної активності	Присутне	Присутне	Немає
Частіше хворіють	Жінки	Чоловіки	Однаково жінки, чоловіки

3.3. Задачі для самоконтролю

1. Хвора, 18 років, скаржиться на головний біль пульсуючого характеру у правій половині голови, нудоту, блювоту, світлобоязнь. Напад триває 8 годин. Протягом останніх 3 років напади бувають 1-2 рази на рік. Напади закінчуються після сну. Під час нападу в неврологічному статусі: осередкових симптомів немає. Встановить діагноз та призначте лікування.

(Мігрень без аури. Суматриптан, препарати ерготамінового ряду, нестероїдні, протизапальні засоби).

2. Хворий, 37 років, відмічає, що в нього один раз на рік, восени, протягом тижня кожного дня бувають напади головного болю у лівій половині голови. Під час нападу він відмічає сльозотечію з лівого ока, закладає ніс зліва, ліве око стає червоного кольору. Під час болю не може сидіти та лежати, стає збудженим. Встановить тип головного болю.

(Пучковий головний біль).

3. Хвора скаржиться на двобічний дифузний головний біль давлючого характеру, помірну, яка супроводжується нудотою, зниженням фону настрою, болями у серці, болісністю м'язів в потилиці. Біль виникає частіше після стресу. Об'єктивно: болісність при пальпації скроневих та потиличних м'язів. Найчастіше головний біль виникає після стресів. Встановіть діагноз та призначте лікування.

(Головний біль напруги. Антидепресанти, нестероїдні протиза-пальні засоби, сирдалуд, клоназепам, масаж, ЛФК, психотерапія).

4. Хвора, 48 років, скаржиться на частий головний біль (майже кожного дня), який має дифузний, монотонний характер, супроводжується нудотою, посилюється від різких звуків, світла. Головний біль виникає після стресу, змін погоди, фізичного перевтомлення. В молодому віці мала напади мігрені, але після стресу 8 років тому головний біль змінився. Об'єктивно: неврологічних осередкових симптомів не виявляється. Встановіть діагноз. З якими захворюваннями треба проводити диференційну діагностику? Які додаткові обстеження треба провести?

(Хронічний головний біль напруги (трансформована мігрень). З мігренню, пухлиною головного мозку, судинними захворюваннями головного мозку. КТ або МРТ головного мозку, УЗДГ, очне дно)

5. Хвора, 28 років, поступила до неврологічного відділення на 4 добу від початку захворювання зі скаргами на пульсуючий інтенсивний головний біль у правій половині голови, який супроводжується нудотою, частими блювотами, посилюється від ризьких звуків. Протягом 20 годин відчувала слабкість в лівих кінцівках, які з'явилися за 30 хвилин до нападу болі. Хвора відмічала декілька годин, коли головний біль не турбував. Після сну характер головного болю не змінився. Хвора не може вживати їжу та жидкості через блювоту. На КТ та очну дні без змін. Про які захворювання можна думати? Яке ускладнення спостерігається? Яке треба призначити лікування?

(Мігрень. Мігренозний статус. Седуксен)

3.4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

Орієнтована карта самостійної роботи з літературою.

Основні завдання	Вказівки
Вивчити	
1. Механізми формування болю. Ноцицептивні та антиноцицептивні системи мозку.	Необхідно знати, які структури безпосередньо відповідають за виникнення головного болю.
2. Фактори, що сприяють виникненню головного болю, класифікацію типів головного болю.	Необхідно знати особливості симптоматичних головних болей за наявності різних захворювань.
3. Епідеміологію, патогенез, діагностику та принципи лікування мігрені, головного болю напруги, пучкового головного болю.	Звернути увагу на діагностичні критерії мігренозний цефалгій, пучкового головного болю та головного болю напруги. Скласти схеми лікування хворих на ці захворювання під час нападу головного болю та в період між

	нападами.
4. Форми порушення сну.	Написати в зошит форми порушення сну.
5. Лікування дисомній	Виписати медикаменти, що застосовуються у разі дисомній, їх доза, показання та протипоказання до їх використання.

Захворювання периферичної нервової системи

I. Актуальність теми

Захворювання периферичної нервової системи серед дорослого населення складають 50% усіх захворювань, тобто посідають перше місце за поширеністю. м також належить одне с перших місць серед захворювань з тимчасовою втратою працездатності.

II. Навчальні цілі

Студент повинен **знати**:

1. Клінічну класифікацію захворювань периферичної нервової системи (ПНС).
2. Вертеброгенні ураження периферичної нервової системи:
 - а. шийний рівень: рефлекторні, корінцеві, корінцево-судинні синдроми;
 - б. грудний рівень: рефлекторні синдроми, корінцеві синдроми;
 - с. попереково-крижовий рівень: рефлекторні, корінцеві, корінцево-судинні синдроми.
3. Ураження черепних нервів.
4. Ураження окремих спинномозкових нервів (травматичні, плексопатії, компресійно ішемічні мононевропатії).
5. Множинні ураження корінців нервів.
6. Функціональні методи дослідження периферичної нервової системи.
7. Лікування захворювань периферичної нервової системи.

Студент повинен **вміти**:

1. Проводити клініко-неврологічне обстеження хворого.
2. Аналізувати результати клінічних та функціональних методів дослідження.
3. Обґрунтувати клінічний діагноз згідно класифікації.
4. Провести диференціальну діагностику.
5. Призначити лікування хворим з урахуванням етіології, патогенезу захворювань периферичної нервової системи.

III. Матеріали для позааудиторної самостійної роботи

Основні базові знання, навички, вміння, які необхідні для самостійного засвоєння теми.

Дисципліни	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомію периферичної нервової системи.	Визначити місце патологічного осередку в ПНС
Фізіологія	Функції різних частин ПНС.	Визначити нормальну функцію ПНС.
Паталогічна	Патоморфологічні зміни в ПНС.	Патоморфологічні зміни в

анатомія		оболонках нервових волокон.
Патологічна фізіологія	Зміни в діяльності ПНС при захворюваннях (вертеброгенні невропатії та інш.)	Визначити симптоми порушень ПНС.
Нейрохірургія	Початкові ознаки та клінічні особливості вертеброгенних синдромів, мононевропатій, ураження спинномозкових нервів, які вимагають нейрохірургічне втручання.	Виставити діагноз по клінічним та пара клінічним ознакам, визначити показання для нейрохірургічного лікування.
Стоматологія	Клінічні ознаки невритів та невропатій черепних нервів.	Виставити діагноз та призначити лікування
Дитячі хвороби	Клініку акушерського плечового плекситу (паралічу Ерба), пологового ураження лицьового нерва.	Виявити парези, симптоми ураження периферичних нервів у дітей.

3.1. Зміст теми заняття





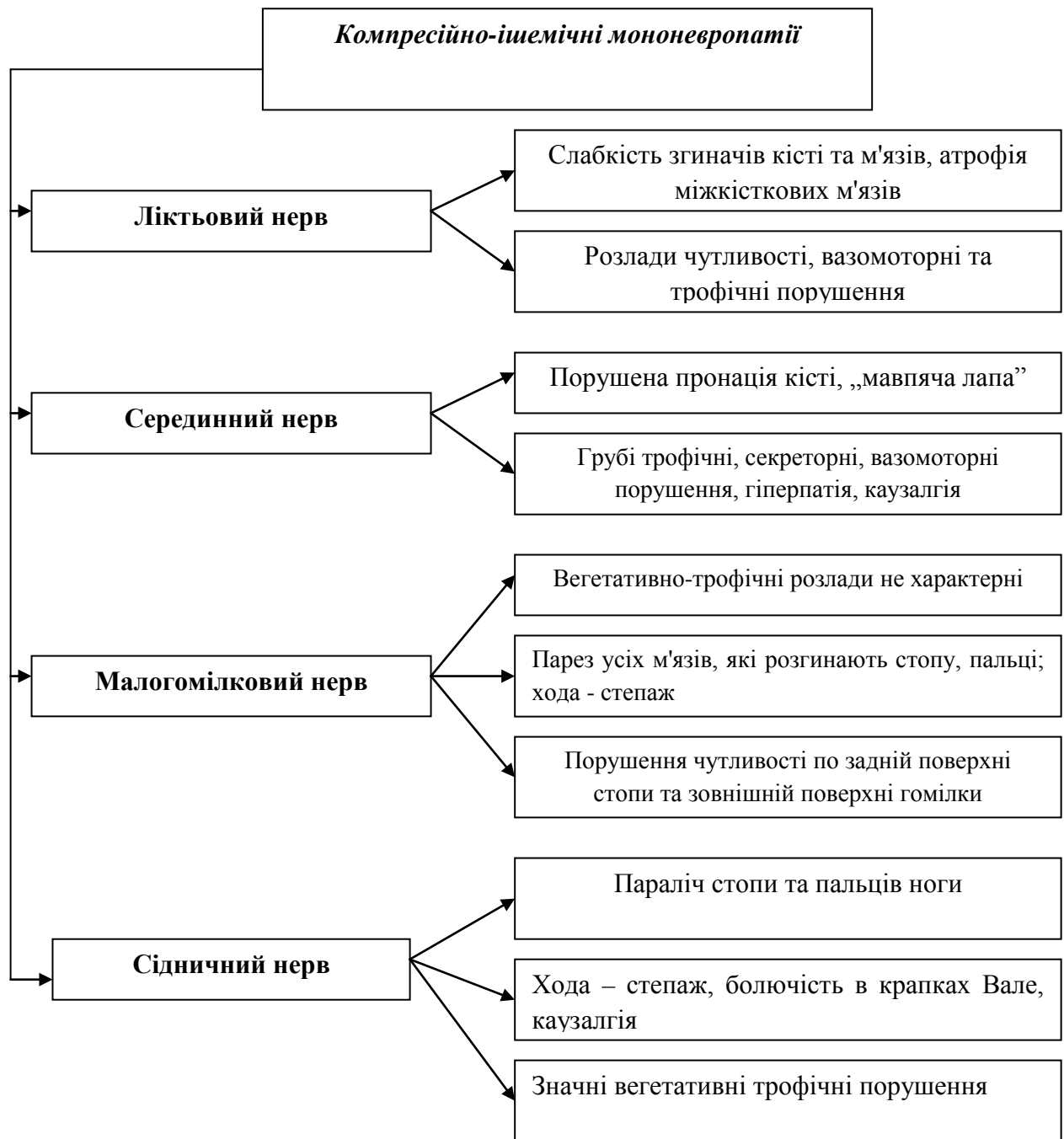
Ураження окремих спинномозкових нервів, сплетінь

Ураження окремих спинномозкових нервів, сплетінь

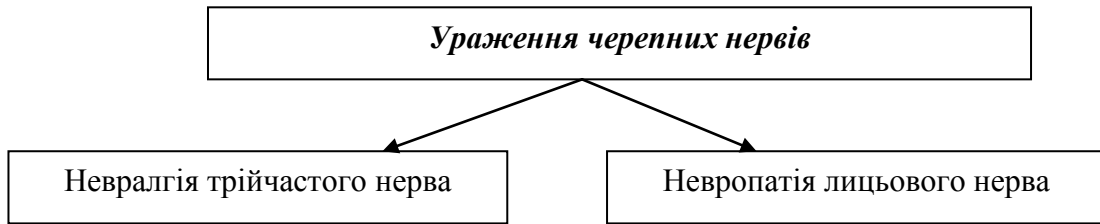
Плексопатії

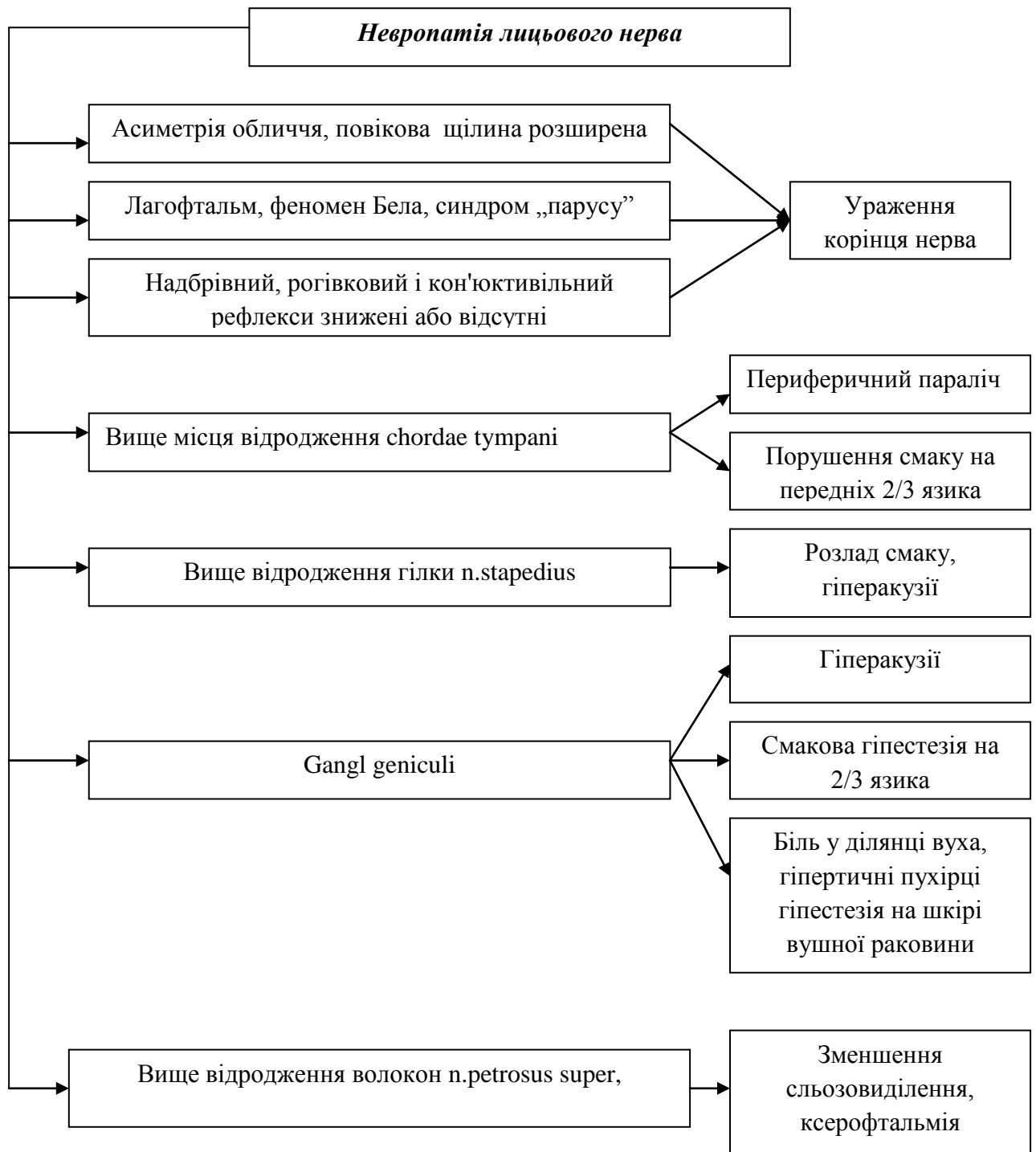
Компресійно-ішемічні мононевропатії





Ураження черепних нервів





Поліневропатії

Гостра полірадікулопатія Гієна-Барре

Загальна слабкість

Підвищення температури

Парастезії

Парези в ногах, висхідний характер

Синдром натягу

Ураження черепних нервів

Розлади чутливості незначні

Вегетативні порушення

Білкова-клітинна дисоціація у СМП/Р

Клінічна форма параліча Ланді

М'яві паралічі м'язів тулуба, кінцівок,
бульварна група м'язів

Токсичні поліневропатії

Алкогільна

Чутливість страждає слабше ніж рухова сфера; поєднання її з амнестичним синдромом

Свинцева

Переважає ураження рухових волокон периферичних нервів, головним чином у руках вегетативні порушення

Хлорофосна

Головний біль, звуження зіниць, дизартрія, посмикування м'язів, атрофії, підвищуються колінні рефлекси

Ботулінічна

Супроводжується розладами моторних функцій з ураженням черепних нервів. Чутлива сфера не порушується.

Дисметаболічні поліневропатії

Діабетична

Зниження вібраційної чутливості; біль; ураження стегового, сідничного, ліктьового нервів; ураження черепних нервів V, VIII, VI; вегетативні порушення

Вузликовий періартрит

Послідовний розвиток невропатії; спинномозкових и черепних нервів (рухові, чутливі, вегетативні). Супроводжуються ознаками

Спадкові форми

Розвиваються у разі гострої порфірії; парестезія; біль; слабкість м'язів рух, а згодом ніг; порушення обміну порфіринів.

Вертеброгенні ураження периферичної нервової системи

Шийні вертеброгенні синдроми

Рефлекторні

Цервікалгія

Цервікокраніалгія

Цервікобрахіалгія
(задній шийний
симпатичний)

Цервікобрахіалгії з
м'язово-тонічним,
вегетативно-
судинним чи
трофічним

Компресійні
(корінцеві,

Радікулопатії

Радікулоішемія

Грудні вертеброгенні синдроми

Рефлекторні

Торакалгія

Компресійні

Радікулопатія

Попереково-крижані синдроми

Рефлекторні

Люмбаго

Люмбалгія

Люмбаішалгія

Компресійні

Радікулопатія

3.2. Тести для самоконтролю

№ пп	Тести II рівня	Еталон відповіді
1.	До шийних вертеброгенних рефлекторних синдромів відносяться: а) цервікалгія; б) цервікокраніалгія; в) торакалгія; г) цервікобрахіалгія; д) люмбаго.	а, б, г
2.	Укажіть співвідношення між елементами двох рядів даних: а) спінальний інсульт - німотоп б) цервікалгія - гепарин в) люмбаго - фінлепсин г) невралгія трійчастого нерва - пірацетам д) невропатія лицьового нерва - дексаметазон	г, д

3.3. Задачі для самоконтролю

1. Хворий А. скаржиться на гострий поперековий біль по типу „прострілу”, який виник під час фізичного навантаження. Осередкових явищ не спостерігалось, крім обмеження рухів поперекової ділянки, помірне напруження та болісність м'язів. Встановіть клінічний діагноз. Тактика ведення та лікування.

(Люмбаго)

2. Хворий Н. скаржиться на гострий біль в поперековому відділі, який поширюється на обидві кінцівки. Об'єктивно: двобічний периферичний парез ступнів, анестезія промежини, порушення функцій сечовипускання. Встановіть клінічний діагноз. Тактика ведення та лікування.

(Компресія кінського хвоста).

3. У молодій жінки після ДТП виникли болі в правій верхній кінцівки – не може відвести руку від тулуба, зігнути в ліктьовому суглобі. Об'єктивно: випав згинально-ліктьовий та знижується карпорадіальний рефлекс. Розлади чутливості на зовнішній поверхні плеча та передпліччя. Встановіть клінічний діагноз. Тактика ведення та лікування.

(Плексит Дюшена-Ерба).

4. Молодий чоловік працює каменярем, скаржиться на оніміння I, II, III пальців, яке посилюється в нічний період. Об'єктивно: гіпалгезія пальців, парестезії в пальцях кисті підсилюється під час перкузії поперечної зв'язки. Встановіть клінічний діагноз. Тактика ведення та лікування.

(Синдром Тінеля).

5. Хворого, 58 років, доставили у клініку у тяжкому стані. Захворювання почалось 3 дні назад із загальної слабкості, підвищення температури тіла, оніміння в пальцях ніг, біль в кінцівках. При огляді: периферичний параліч лицьового нерва, при ковтанні попірхується, голос сиплий, глотковий рефлекс не викликається. Рухові розлади в

дистальних і проксимальних відділах кінцівок. Синдроми натягу (Ласега) тонічні. Встановіть клінічний діагноз. Тактика ведення та лікування.

(Двохстороннє множинне ураження корінців спинного мозку і каудальної групи черепних нервів. Гостра полірадікулоневропатія Гієна-Барре. Загальний аналіз крові, дослідження спинномозкової рідини, плазмаферез, антихолінестеразні препарати, вітаміни групи В, імуноглобулін).

6. Жінка 25-ти років тривалий час перебувала на холоді. На другий день вранці звернула увагу, що ліве око не заплющується, спостерігається сльозотеча, гіперакузія, порушення смаку на передніх 2/3 частин язика. При огляді: лагофтальм, згладжена ліва носо-губна складка, припущенність лівого кута рота та його нерухомість, синдром „паруса”, відсутність кореального рефлексу. Встановіть клінічний діагноз. Тактика ведення та лікування.

(Ураження VII пари черепних нервів. Гостра нейропатія лівого лицьового нерва. ЕМГ, глюкокортикоїди, дегідратація, вазоактивні препарати, антихоліестекразні препарати, ІРТ, фізіопроцедури).

3.4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

Орієнтована карта самостійної роботи з літературою.

Основні завдання	Вказівки
Вивчити	
Етіологічні фактори та патогенетичні аспекти захворювання периферичної нервової системи.	Назвати етіологічні фактори та патогенетичні зміни при захворюваннях ПНС.
Синдроми, які спостерігаються при ураження різних структур ПНС.	Перечислити основні діагностичні ознаки захворювань ПНС (вертеброгенні, поліневропатії, плексити та інш.)
Обстеження хворих з патологією ПНС.	Перечислити основні діагностичні критерії.
Принципи лікування хворих з захворюваннями ПНС.	Загальні принципи лікування.
Диференціальна діагностика захворювань ПНС.	
Методи профілактики захворювань ПНС.	Скласти план профілактичних закладів.

Тести для самопідготовки

1. Функцією трійчастого нерва не є:
 - A. Інервація задньої третини язика
 - B. Інервація шкіри обличчя нижче під'язикової кістки
 - C. Інервація зубів
 - D. Інервація передніх 2/3 язика
 - C. Інервація очних яблук

2. В патогенезі невралгії трійчастого нерву найбільш розробленою теорією є:
 - A. Судинне ураження
 - B. Вірусне ураження нерву
 - C. Інтоксикація
 - D. Переохолодження
 - E. Локальна демієлізація

3. Хворий, 40 років, переніс гострий пульпіт. Після лікування спостерігається біль в обличчі постійного характеру в ділянці щоки, часто вночі. Лікування протиепілептичними засобами не ефективне. Біль зникає при прийомі аналгіну. Визначити діагноз.
 - A. Вегетативна прозопалгія
 - B. Невропатія лицьового нерву
 - C. Озонтогенна невралгія трійчастого нерву
 - D. Міофасціальний больовий дисфункціональний синдром
 - E. Невралгія вушно-скроневого вузла

4. Для диференційної діагностики невралгії трійчастого нерву від інших прозопалгій важливішим є:
 - A. Наявність тригерних ділянок
 - B. Дуже інтенсивний біль обличчя
 - C. Наявність нападів болю під час їжі
 - D. Наявність вегетативних симптомів під час болю
 - E. Наявність вегетативного синдрому

5. У пацієнта хиткість у позі Ромберга при заплющуванні очей значно посилюється, коли має місце атаксія:
 - A. Мозочкова і кіркова
 - B. Мозочкова
 - C. Вестибулярна
 - D. Сенситивна
 - E. Паркінсонічна

6. У пацієнта в клініці присутній менінгеальний синдром. Який симптом для нього не характерний?
 - A. Симптом Бабінського
 - B. Ригідність м'язів потилиці
 - C. Симптом Брудзинського верхній

- D. Симптом Брудзинського нижній
- E. Симптом Керніга

7. При гемарогічному інсульті свідомість хворого частіш:

- A. Втрачене на тривалий час
- B. Не змінено
- C. Втрачене на короткий час
- D. Змінено по типу сутінкового
- E. Ступор

8. Приступообразні болі в одній половині обличчя, іноді зі сльозотечею, слинотечею, виділеннями з носу виникає частіше при:

- A. Невриті лицьового нерву
- B. Невралгії трійчастого нерву
- C. Вертеброгенної цервікалгії
- D. Гангліоніті вушного вузла
- E. Пухлини мосто-мозочкового вузла

9. Хворий з моторною афазією:

- A. Розуміє звернену мову, але не може говорити
- B. Не розуміє звернену мову і не може говорити
- C. Може говорити, але не розуміє звернену мову
- D. Говорить, але мова змазана
- E. Говорить, але мова скандована

10. Хапальні рефлекси відмічаються при ураженні:

- A. Скрової частки
- B. Домінантної півкулі
- C. Тім'яної частки
- D. Лобної частки
- E. Потиличної частки

11. Характерним для хворих з невралгією трійчастого нерву виникають скарги на:

- A. Приступи блі в області половині обличчя в нічний час
- B. Постійні ниючі болі, які захватують половину обличчя
- C. Приступи болі, які нарастають в області очей, щелепи, зубів та супроводжуються сльозотечею
- D. Тривалі болі в області орбіти вугла ока з порушенням гостроти зору
- E. Короткі пароксизми інтенсивної болі, які провокуються доторненням до обличчя

12. Які зміни в спинномозковій рідині частіше всього спостерігаються при гнойному менінгіті?

- A. Наявність змінних еритроцитів
- B. Різке зниження рівня глюкози
- C. Лімфоцитарний плеоцитоз

- D. Високий нейтрофільний плеоцитоз
- E. Зниження рівня глюкози і хлоридів

13. Молодому чоловіку був виставлений діагноз: Субарахноїдальний крововилив. Що не характерно для данної патології?

- A. Наявність геміпарезу лівих кінцівок
- B. Наявність змінних еритроцитів у лікворі
- C. Раптовий різкий головний біль
- D. Наявність менінгеальних симптомів
- E. Втрата свідомості

14. У жінки, 47 років, після стресу з'явився паренхиматозний крововилив. Що не характерно для данної патології?

- A. Порушення свідомості - сопор
- B. Правобічний геміпарез
- C. Правобічна розширена зіниця
- D. Наявність змінних еритроцитів у лікворі
- E. Мерехтіння симптомів

15. Які із змін у лікворі характерні для ішемічного інсульту?

- A. Опалісценція
- B. Лімфоцитарний плеоцитоз
- C. Кількість лімфоцитів 2-4 в 1 мкл
- D. Кількість білка 0,9-1,2 г/л
- E. Кількість нейтрофілів 80%

16. Для лікування геморагічного інсульту показано призначення:

- A. Антикоагулянтів
- B. Антибіотиків
- C. Гепарину
- D. Ацетилсаліцилової кислоти
- E. Етамцилату натрія

17. При тромботичному ішемічному інсульті тромболітичну терапію призначають у:

- A. Протягом першої доби
- B. Перші 6 годин
- C. Перші 3 години
- D. Перші 3-6 години
- E. Перші 12 годин

18. При невралгії трійчастого нерву провокуючим фактором є:

- A. Доторкнення до шкіри обличчя
- B. Вживання смаженої їжі
- C. Яскраве світло
- D. Гучний звук

Е.Вживання гострої їжи

19. Який характер носить біль при невралгії трійчастого нерву?

- А. Приступоподібний
- В. Ниючий
- С. Різучий
- Д. Колючий
- Е. Пекучий

20. Хвора, 61 рік, скаржиться на напади пекучого болю в ділянці лівого очного яблука, який носить хвилеподібний характер. Напади почалися після герпетичного ураження обличчя. При обстеженні відсутні тригерні ділянки на обличчі, гіперестезія в ділянці лівого ока, лоба. Визначити діагноз.

- А. Синдром Толоси-Ханта
- В. Гангліоніт війкового вузла
- С. Невралгія носовійкого вузла
- Д. Післягерпетичне ураження трійчастого нерва
- Е. Невралгія I гілки трійчастого нерва

21. Хвора скаржиться на больові пароксизми в ділянці очного яблука ліворуч, крил носа, слезотечею, світлобоязнь. На шкірі носа - герпетичний висип. При обстеженні: виникає біль при пальпації супраорбітальної точки, латерального краю очної ямки, медіального краю очного яблука; гіперплазія рогової оболонки. Визначити діагноз.

- А. Синдром Толоса-Ханта
- В. Гангліоніт війкового вузла
- С. Невралгія I гілки трійчастого нерва
- Д. Гангліоніт вушно-скроневого вузла
- Е. Невропатія лицьового нерва

22. При гангліоніті війкового вузла призначають:

- А. Каплі 0,25% розчину лідокаїну з адреналіном, вітаміном В12
- В. Золінолітичні засоби, нестероїдні протизапальні препарати
- С. Нейролептики, тіамін, транквілізатори
- Д. Антихолінестеразні препарати, глюкокортикоїди
- Е. Сечогінні препарати, глюкокортикоїди, аналгетики

23. До вегетативних прозопалгій не відноситься:

- А. Синдром Слюдера
- В. Синдром Оппенгейма
- С. Синдром Толоси-Ханта
- Д. Синдром Фрея
- Е. Синдром шийних симпатичних вузлів

24. У хворого спостерігаються пароксизми пекучого болю в лівій половині обличчя, частіше вночі. Приступи тривають від 30 хвилин до 3-4 годин. Біль супроводжується слезотечею, ринореєю та виділяється дуже багато слини. Визначити діагноз.

- A. Гангліоніт піднижньощелепного вузла
- B. Гангліоніт під'язикового вузла
- C. Гангліоніт війкового вузла
- D. Гангліоніт вушно-скроневого вузла
- E. Гангліоніт крило-піднебінного вузла

25. Для лікування гангліоніту крилопіднебіного вузла не ефективним є застосування:

- A. Вегетативних засобів
- B. Аналгетиків
- C. Гангліоблокаторів
- D. Ціанкоболаміну
- E. Антихолінергічних засобів

26. Діагностичною ознакою невралгії вушного вузла є припинення нападу за умови введення:

- A. 2% розчину новокаїну внутрішньошкірно
- B. Таблетку 2,0 внутрішньом'язово
- C. Ціанкоболаміну - 1000 мкг внутрішньом'язово
- D. 4 мг дексона внутрішньом'язово
- E. 2% розчин аналгіну внутрішньошкірно

27. Хвора скаржить на напади болю по 10-20 хвилин в ділянці скроні та зовнішнього слухового ходу, що іррадіює в зуби нижньої щелепи. Під час нападу виникає відчуття закладення у вусі. Встановити діагноз.

- A. Гангліоніт крило-піднебінного вузла
- B. Невралгія вушно-скроневого вузла
- C. Гангліоніт піднижньощелепного вузла
- D. Невралгія II гілки трійчастого нерву
- E. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів

28. У хворі після лікування зубів нижньої щелепи виник тупий постійний біль та затерплість нижньої щелепи, підборіддя, нижньої губи. Об'єктивно: зниження чутливості на шкірі ті слизовій оболонці нижньої щелепи, болісне зведення щелеп, парез жувальних м'язів. Визначити діагноз.

- A. Невропатія нижнього альвеолярного нерва
- B. Невропатія щічного нерва
- C. Невропатія язикового нерва
- D. Невропатія лицьового нерва
- E. Невропатія верхнього альвеолярного нерва

29. При невропатіях щічного нерва не є характерним:

- A. Постійний біль ниючого характеру

- В. Слинотечія, ринорея
- С. Біль по передній поверхні зубів нижньої щелепи
- Д. Хвильоподібні больві напади в ділянці нижньої щелепи
- Е. Зниження чутливості у ділянці нижніх премолярів та молярів

30. Хвора скаржиться на постійний біль на передніх 2/3 половини язика, гіперестезію в цій ділянці. При обстеженні на слъзовій поверхні язика зміни відсутні. Визначити діагноз.

- А. Невралгія ІІІ гілки трійчастого нерва
- В. Невропатія верхнього альвеолярного нерву
- С. Невропатія лицьового нерву
- Д. Невропатія язикового нерву
- Е. Невралгія ІІ гілки трійчастого нерва

31. У хворого під час вживання твердої їжі виникає пароксизмальний біль пекучого характеру в ділянці скроні, вуха, скронево-нижньощелепного суглоба. Під час нападу виражені вегетативні симптоми. Визначити діагноз.

- А. Невралгія ІІІ гілки трійчастого нерва
- В. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів
- С. Невралгія язикового нерва
- Д. Невралгія вушно-скроневого нерва
- Е. Гангліоніт крилопіднебінного вузла

32. Прогресуюча геміатрофія обличчя частіше починається у жінок у віці:

- А. 50-60 років
- В. 20-30 років
- С. 3-17 років
- Д. 30-50 років
- Е. Більш 60 років

33. Хвора, 15 років, скаржиться на зменшення м'язів правої половини обличчя. Перед цим в цій ділянці спостерігалась депігментація. Об'єктивно: шкіра правої половини обличчя прозора, рухлива, не з'єднана з прилеглими тканинами. Визначити діагноз.

- А. Синдром Шегрена
- В. Розсіяний склероз
- С. Невропатія лицьового нерва праворуч
- Д. Синдром Россолімо-Мелькерссона-Розенталя
- Е. Прогресуюча геміатрофія обличчя

34. Хвора скаржиться на сухість в ротовій порожнині, запалення слиних залоз, загальну слабкість, підвищення температури, відчуття "піску" в очах. В анамнезі: хронічний поліартрит. Об'єктивно: світлобоязнь, ксерофтальмія, болісність в слиних залозах, збільшені в розмірах. Визначити діагноз.

- А. Синдром Шегрена
- В. Невропатія лицьового нерва
- С. набряк Квінке

D. Глосодинія

E. Міофасціальний больовий дисфункціональний синдром

35. У хворого, 30 років, спостерігається набряк губ, "географічний" язик, гранулематозні зміни на губах, обличчі, голосових зв'язках, погіршення рухів язика та болі в ньому. Хворий гірше почуває себе вранці, ввечері краще. Об'єктивно: периферичний парез лицьового нерву. Хворий відмічає, що це вже восьмий раз за останні 15 років. Визначте діагноз.

A. Синдром Россолімо-Мелькерссона-Розенталя

B. Синдром Шегрена

C. Міофасціальний больовий дисфункціональний синдром

D. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів

E. Ангіоневротичний набряк

36. Для визначення наявності ураження лицьового нерва не досліджують:

A. Відчуття смаку на язичку

B. Функцію м'язів

C. Чутливість на обличчі

D. Виділення слюни

E. Виділення сльози

37. Хворий, 40 років, скаржиться на біль в ділянці лівого зовнішнього слухового проходу, м'якого піднебіння. В ділянці слухового проходу герпетичний висип. Об'єктивно: гіпестезія в ділянці слухового проходу, порушення смакосприйняття на 2/3 язика ліворуч, периферичний парез м'язів обличчя ліворуч. Визначити діагноз.

A. Невралгія відієвого нерва

B. Синдром ураження вузла колінця лицьового нерву

C. Невралгія язикоглоткового нерва

D. Ядерне ураження лицьового нерва

E. Невралгія вушного вузла

38. Хвора, 50 років, скаржиться на напади гострого стріляючого болю в ділянці слухового проходу, які виникають 5-6 разів на добу. Біль триває понад 3-х місяців. Подібні епізоди були 8 років та 5 років тому. Об'єктивно: неврологічної симптоматики не виявлено. Визначити діагноз.

A. Невралгія вушного нерва

B. Глосодинія

C. Синдром Ганта

D. Невралгія барабанного нерва

E. Синдром Файля

39. У хворої після укусу бджоли виник набряк обличчя шиї, гортані, що супровожувався білью, нудотою, блюванням, порушенням дихання. Після введенні 40 мг преднізолону стан поліпшився. Який стан мав місце?

A. Невралгія гортанного нерва

- В. Синдром Россоліми-Мількерссона-Розенталя
- С. Синдром Шегрена
- Д. Глосодинія
- Е. набряк Квінке

40. Хворий вранці виявив, що в нього не закривається ліве око, кава виливається з рота під час сніданку, а при спробі поголитися не зміг рухата лівою половиною обличчя. Інших розладів не відмічає. Визначити діагноз

- А. Гостра нейропатія лівого лицьового нерва
- В. Синдром Ганта
- С. Ішемічний інсульт в стовбурі мозку
- Д. Понтійна форма поліомієліту
- Е. Синдром мосто-мозочкового кута

41. У жінки, 40 років, 2 доби тому встановлений діагноз гострої нейропатії лівого лицьового нерву. Який із приведених методів лікування не можна призначати?

- А. Антихоїєстеразні засоби
- В. Голкорексотерапію
- С. Внутрішньовенне введення глюкокортикоїдів
- Д. Вітамінотерапію
- Е. Сечогінні препарати

42. При нейропатії лицьового нерву виникла ксерофтальмія, гіперакузія, порушення смакосприйняття, ксеростомія. Назвіть рівень ураження.

- А. Після відходження n. petrosus major
- В. Ядерне ураження лицьового нерва
- С. В каналі до відходження n. petrosus major
- Д. Ураження корінця в ділянці виходу з мозкового стовбура
- Е. Ураження нерва в разі виходу з каналу

43. Для етіологічних чинників невротії під'язикового нерва не є характерними:

- А. Ангїна, менінгіт, енцефалїт
- В. Патологія травневого каналу
- С. Запальні процеси зубощелепної системи
- Д. Травми (операції) порожнини рота
- Е. Інтотоксикації

44. Хвора скаржитья на порушення рухів язика, мови, ковтання. При огляді: девіація язика вліво, атрофія язика, фібрилярні посмикування зліва, язик має складчастий вигляд. Визначити діагноз.

- А. Глосодинія
- В. Ішемічний інсульт в стовбурі мозку
- С. Прогресуюча геміатрофія обличчя
- Д. Невротія під'язикового нерва
- Е. Невралгія верхнього гортанного нерва

45. У хворої завжди після стресів виникають парестезії на язиці, які зникають під час їжі. Парестезії супроводжуються гіперсаливацією. При обстеженні: на слизовій оболонці порожнини рота змін не виявлено. Має місце зниження глоткового рефлексу, легка дизартрія. Визначити діагноз.

- A. Невралгія язикового нерва
- B. Травмування язика гострим краєм зубів
- C. Цукровий діабет
- D. Невропатія під'язикового нерва
- E. Глосодинія

46. При якому захворюванні не виникає ураження лицьового нерву?

- A. Міофасціальний больовий дисфункціональний синдром
- B. Ішемічний інсульт в півкулі мозку
- C. Понтінна форма поліомієліту
- D. Пухлина мосто-мозочкового кута
- E. Ішемічний інсульт в стовбурі мозку

47. Яке з наведених захворювань не є гангліонітом?

- A. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів
- B. Синдром Оппенгейма
- C. Синдром Слюдера
- D. Синдром Фрея
- E. Синдром Рейхерта

48. Хворий скаржиться на напади болю в ділянці нижньої щелепи. Біль може спричинити розмова, жування, дотик до шкіри на підборідді. Захворів після травми обличчя. Назвіть препарати вибору для купірування болю.

- A. Анальгін
- B. Морфій
- C. Карбамазепін
- D. Тіопентал натрію
- E. Сибазон

49. Хворий скаржиться на напади болю в ділянці нижньої щелепи. Біль може спричинити розмова, жування, дотик до шкіри на підборідді. Захворів після травми обличчя. Визначити діагноз.

- A. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів
- B. Невралгія трійчастого нерву
- C. Нейропатія лицьового нерву
- D. Вегетативні прозопалгії
- E. Гангліоніт війкового вузла

50. Яке з перерахованих захворювань не може викликати одонтогену невралгію трійчастого нерву?

- A. Ішемічний інсульт в стовбурі мозку
- B. Парадонтит
- C. Остеомієліт щелепи
- D. Вади стоматологічного лікування
- E. Пульпіт

Правильні відповіді:

№	Відповідь	№	Відповідь
1	A	26	A
2	E	27	B
3	C	28	A
4	A	29	B
5	Д	30	Д
6	A	31	Д
7	A	32	C
8	B	33	E
9	A	34	A
10	Д	35	A
11	E	36	C
12	Д	37	B
13	A	38	Д
14	E	39	E
15	C	40	A
16	E	41	A
17	C	42	C
18	A	43	B
19	A	44	Д
20	Д	45	E
21	B	46	A
22	A	47	E
23	C	48	C
24	E	49	B
25	E	50	A

ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРИ

Базова література

1. Брильман Д. Неврология / Д. Брильман, С. Коэн. – Москва: МЕДпресс-информ, 2007. – 224 с. – (МЕДпресс-информ).
2. Виленский Б. С. Геморрагические формы инсульта / Б. С. Виленский. - С.-П. : Фолиант, 2008. - 72 с.
3. Грігорова І.А. Неврологія / Грігорова І.А., Соколова Л.І., Козьолкін О.А. – Київ: ВСВ «Медицина», 2014. – 552 с.
4. Зенков Л. Р. Эпилепсия: диагноз и лечение. Руководство для врачей / Л. Р. Зенков. - М.: МИА, 2012. - 176 с.
5. Лобзин Ю. В. Менингиты и энцефалиты / Ю. В. Лобзин, В. В. Пилипенко, Ю. Н. Громыко. - С.-П. : Фолиант, 2006. - 128 с.
6. Назаров В.М. Нейростоматология / В.Д.Трошин, А.В.Степанченко. – М.Академия, 2008.
7. Пузин М.Н. Вегетативные лицевые боли – 1999. – 158 с.
8. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы/А.В.Триумфов. -"МЕДпресс-информ" , 2014.- 264 с.

Додаткова література

1. Агафонов Б.В. Миастения и врожденные миастенические синдромы/Б.В. Агафонов.- МИА, 2013.-224 с.
2. Амелин А. В. Мигрень. Патогенез, клиника, фармакотерапия / А. В. Амелин. - М. : МЕДпресс-информ, 2014. - 256 с.
3. Бабак О. Я. Клінічна фармакологія: підручник / О. Я. Бабак, О. М. Біловіл, І. С. Чекман. - М. : Медицина, 2008. - 768 с.
4. Блаженков В. В. Маски остеохондроза / В. В. Блаженков. - М. : Триада-Х, 2012. - 208 с.
5. Брандт Т. Головокружение / Т. Брандт. - М. : Практика, 2009. - 200 с.
6. Вещагин Д.А. Невралгия тройничного нерва / Д.А.Вещагин – М.Медицина, 1970. – 123 с.
7. Герасимова М.М. Лицевые боли / М.М.Герасимова, О.К.Платонова. – Тверь, 1997 – 143 с.
8. Грачев Ю.В. Патогенетические механизмы и клинические особенности болей / Ю.В.Грачев / Журнал неврологии и психиатрии. – 1995. №. – С.20-24.
9. Грицай Н.М. Нейростоматология / Н.М.Грицай, Н.О.Кобзиста. – К.: Здоров'я, 2001 – 142 с.
10. Живолупов С. А. Рациональная нейропротекция при травматической болезни головного и спинного мозга / С. А. Живолупов. - М. : МЕДпресс-информ, 2014. - 176 с.
11. Захаров В. В. Нарушения памяти / В. В. Захаров, Н. Н. Яхно.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2003. - 157 с.
12. Егоров П.М. Миофасциальный болевой синдром лица / П.М.Егоров, Н.Е. Кушлинский // Неврология. 1991. № 3 – С.23-26.

13. Козелкин А. А., Ревенько А. В., Визир И. В., Медведкова С. А., Нерянова Ю. Н., Сикорская М.В. Актуальные вопросы клинической неврологии. Учебное пособие // Запорожье - 2010. - 157 с.
14. Козелкин А. А., Ревенько А. В., Визир И. В., Медведкова С. А., Нерянова Ю. Н., Сикорская М.В. Вертеброгенные заболевания нервной системы // Запорожье - 2010. - 61 с.
15. Козелкин А. А., Ревенько А. В., Визир И. В., Сикорская М. В., Дарий В. И. Мозговые инсульты. Методическое пособие // Запорожье - 2002. - 88 с.
16. Козелкин А. А., Ревенько А. В., Медведкова С. А. Диагностика неотложных состояний в неврологии (в таблицах). Учебно-методическое пособие // Запорожье - 2008. - 119 с.
17. Козелкин А. А., Ревенько А. В., Медведкова С. А. Методы диагностики в неврологии и усредненные величины физиологических функций. Пособие // Запорожье - 2008. - 53 с.
18. Козелкин А. А., Шевченко Л. А., Дарий В. И., Ревенько А. В., Сикорская М.В., Визир И.В., Гуйтур М.М., Нерянова Ю.Н. Диагностика, лечение и профилактика мозговых инсультов. Методическое пособие // Запорожье - 2006. - 152 с.
19. Козьолкін О. А., Візір І. В., Гуйтур М. М., Нерянова Ю. М., Сікорська М. В. Загальна неврологія (модуль 1) // Запоріжжя, ЗДМУ - 2010. - 109 с.
20. Козьолкін О. А., Візір І. В., Гуйтур М. М., Нерянова Ю. М., Сікорська М. В. Спеціальна неврологія (модуль 2) // Запоріжжя, ЗДМУ - 2010. - 132 с.
21. Козьолкін О. А., Ревенько А. В., Медведкова С. О., Нерянова Ю. М. Навчальний посібник «Клінічна неврологія (методика курації неврологічного хворого, семіотика уражень та принципи формулювання клінічного діагнозу хвороб нервової системи)» // Запоріжжя, ЗДМУ - 2012. - 131 с.
22. Козьолкін О. А., Ревенько А. В., Медведкова С. О., Нерянова Ю. М. Навчальний посібник для студентів IV курсу медичного факультету, лікарів-неврологів по спеціальності «Неврологія», лікарів-неврологів та сімейних лікарів «Діагностика і лікування хвороби Паркінсона» // Запоріжжя - 2012. - 73 с.
23. Кремер Ю. Заболевания межпозвонковых дисков / Ю. Кремер. - М. : МЕДпресс-информ, 2013. - 472 с.
24. Мерхольц Я. Ранняя реабилитация после инсульта/Я.Мерхольц.- МЕДпресс-информ, 2014.-248 с.
25. Новосельцев С. В. Вертебрально-базиллярная недостаточность / С. В. Новосельцев. - С.- П. : Фолиант, 2007. - 208 с.
26. Осипова В. В. Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия / В. В. Осипова. - М. : МИА, 2014. - 336 с.
27. Пальчик А.Б. Лекции по неврологии развития/А.Б. Пальчик.- "МЕДпресс-информ",2013.- 368 с.
28. Пономарев В В. Нейродегенеративные заболевания/В.В. Пономарев.- Фолиант, 2013.- 200 с.
29. Рассел С. М. Диагностика повреждения периферических нервов / С. М. Рассел. - М. : БИНОМ-Пресс, 2013. - 251 с.
30. Суслина З. А. Неврологические проявления опоясывающего герпеса / З. А. Суслина. - М. : Практика, 2014. - 72 с.
31. Табеева Г. Р. Головная боль : руководство для врачей / Г. Р. Табеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с.

32. Хабилов Ф. А. Профилактика и лечение болей в спине: руководство для врачей / Ф. А. Хабилов. - М. : Медицина, 2010. - 208 с.
33. Цегла Т. И. .Лечение боли: справочник / Т. И. Цегла., 2011. – 284 с.
34. Цинзерлинг В. А. Инфекционные поражения нервной системы / В. А. Цинзерлинг, М. Л. Чухловина. - С.-П. : ЭЛБИ-СПб, 2011. - 448 с.

Інформаційні ресурси

1. Кафедра нервових хвороб – <http://www.doc.zsmu.edu.ua>
2. Standards of medical care in neurology - <http://neurology.com.ua/standarty-okazaniya-medicinskoj-pomoshhi-po-specia>
3. International Neurological Journal - admin@mednews.finfort.com