

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра нервових хвороб

**Неврологічні захворювання в практиці
лікаря-стоматолога**

навчально-методичний посібник

для аудиторної та самостійної роботи

студентів IV курсу медичного факультету вищих навчальних закладів

III-IV рівня акредитації

Запоріжжя, 2020

*Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ
(протокол № 3 від «27» лютого 2020 р.)
та рекомендовано для використання у освітньому процесі*

Автори:

Козьолкін О. А., д.мед.н., професор;

Дарій В.І., 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;

Макуріна Г.І., доктор медичних наук, завідувач кафедрою дерматоневрології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини ФПО Запорізького державного медичного університету;

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, В.І.Дарій - Запоріжжя : [ЗДМУ], 2020.– 231 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 точний 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
Тематичний план практичного заняття	6
Класифікація нейростоматологічних захворювань	7
Принципи будови та функціонування нервової системи. Довільні рухи та їх порушення. Пірамідна система. Симптоми центрального і периферичного парезів. Екстрапірамідна система та синдроми її ураження. Мозочок	8
Патологія I, II, III, IV, VI, VIII пар черепних нервів. Методика обстеження. Синдроми ураження. Патологія IX-XII пар черепних нервів. Бульбарний та псевдобульбарний синдром. Синдроми ураження язикоглоткового, блукаючого та під'язикового нервів. Локалізація функцій у корі головного мозку. Функціональні методи обстеження хворих. Курація хворих. Розбір хворих.	55
Трійчастий нерв. Методика обстеження. Синдроми ураження. Невралгія трійчастого нерва. Нейропатія трійчастого нерва та його окремих гілок. Ятрогенні невропатії трійчастого нерву.	80
Лицьовий нерв. Методика обстеження. Синдроми ураження.	90
Патологія вегетативної нервової системи. Вегетативні прозопагії та інші нейрогенні захворювання обличчя.	99
Теми для самостійного опрацювання	110
Епілепсія та неепілептичні пароксизмальні стани.	110
Менінгіти.	117
Арахноїдити. Енцефаліти.	125
Демілінізуючі захворювання нервової системи. Розсіяний склероз. Гострий розсіяний енцефаломієліт. Боковий аміотрофічний склероз	137
Судинні захворювання головного та спинного мозку.	143
Головний біль. Пучковий головний біль. Головний біль напруги. Мігрень порушення сну	153
Захворювання периферичної нервової системи	166
Підсумковий модульний контроль.	177
Відповіді на тести	215
Ситуаційні задачі	217
Перелік літератури.	230

ПЕРЕДМОВА

Складно переоцінити глибину та складність взає́мозв'язку неврології та стоматології. Діагностика порушень надскладна і різноманітна, характеризується, як неврологічною так і стоматологічною симптоматикою. Хворі роками лікуються у різних фахівців – стоматологів, неврологів, отолярінгологів і іноді це веде до психологічної, а потім і фізіологічної дезадаптації, депресії, втрати працездатності, зниженню якості життя.

Клінічну картину обумовлює, як вплив стоматологічної патології на виникнення, загострення і перебіг неврологічних захворювань і станів, так вплив неврологічної патології на стоматологічний статус. Неврологічні ускладнення, що виникають при наданні стоматологічної допомоги мають декілька причин. Найпоширені – помилики лікарів.

Діагностичні помилки. Несвоєчасна діагностика з-за некомпетенції лікаря, недооцінки неврологічних скарг у стоматологічних хворих; бажання лікаря сховати свої помилки від хворого та керівництва лікувального закладу; невірна діагностика, що пов'язана з низькою кваліфікацією лікаря, незнання схеми обстеження неврологічних хворих, неуважне обстеження хворого, недоведення застосування допоміжних методів обстеження.

Помилки лікувального характеру. Надмірне введення пломбувального матеріалу за поверхню зуба; ускладнення від месної анестезії; виділення зуба; довготривале стоматологічне втручання без застосування роторозширювача; необґрунтоване оперативне втручання; ускладнення після операцій, не раціональне протезування, ускладнення ортодонтичного лікування, неадекватне лікування неврологічних ускладнень.

Організаційні помилки. Недооцінка неврологічних ускладнень, недостатнє використання консультацій фахівців суміжних спеціальностей; несвоєчасне відправлення хворих стоматоневрологічними захворюваннями на консультацію і лікування к спеціалісту; відсутність в містах нейростоматологічних відділень та медичних центрів.

Серед неврологічних ускладнень найпоширені невропатії Seddon у 1943 році виділив три типи ураження периферичних нервів: невропраксія, аксонотлезис та нейротмезис. Також порушується іннервація підщелепної та під'язичної слинної залози, слизової оболонки язика та ротової порожнини з формуванням важкого нейропатичного або змішаного больового синдрому.

Внаслідок тривалої фіксації, не оптимального положення хворого часто розвиваються різні міофасціальні синдроми (часто з формуванням тригерних точок), що проявляються, як локальним спазмом та болем так і відображеними феноменами.

Ще одним наслідком біомеханічних проблем є ризик виникнення екстравазальної компресії магістральних судин з виникненням головного болю, запаморочення, нудоти, блювоти, а іноді і розвитком порушенню мозкового кровообігу.

Все вищезначене обумовлює важливість профілактики можливих помилок лікаря та клінічно значущих ускладнень і є важливим напрямком організації стоматологічної допомоги населенню.

Іншим важливим напрямком є оцінка впливу неврологічної патології на клінічну картину і диференційну діагностику стоматологічних захворювань.

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.

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН
практичних занять з нервових хвороб для студентів IV курсу
III медичного факультету по спеціальності «Нейростоматологія»

№пп	Назва теми	Кількість годин
1	Принципи будови та функціонування нервової системи. Довільні рухи та їх порушення. Пірамідна система. Симптоми центрального і периферичного парезів. Екстрапірамідна система та синдроми її ураження. Мозочок	4
2	Патологія I, II, III, IV, VI, VIII пар черепних нервів. Методика обстеження. Синдроми ураження. Патологія IX-XII пар черепних нервів. Бульбарний та псевдобульбарний синдром. Синдроми ураження язикоглоткового, блукаючого та під'язикового нервів. Локалізація функцій у корі головного мозку. Функціональні методи обстеження хворих. Курація хворих. Розбір хворих.	4
3	Трійчастий нерв. Методика обстеження. Синдроми ураження. Невралгія трійчастого нерва. Нейропатія трійчастого нерва та його окремих гілок. Ятрогенні невропатії трійчастого нерву.	4
4	Лицьовий нерв. Методика обстеження. Синдроми ураження.	4
5	Патологія вегетативної нервової системи. Вегетативні прозопалгії та інші нейрогенні захворювання обличчя. Підсумковий модульний контроль.	4
	Всього	20 год.

Класифікація нейростоматологічних захворювань

I. Больові феномени

1. Лицевий біль, зумовлений ураженням системи трійчастого нерва
 - 1.1. Невралгія трійчастого нерва
 - 1.1.1. Невралгія трійчастого нерва переважно центрального генезу. Класична невралгія
 - 1.1.2. Післягерпетичне ураження гілок трійчастого нерва
 - 1.1.3. Невралгія трійчастого нерва переважно периферичного генезу. Одонтогенна невралгія трійчастого нерва
 - 1.1.4. Невралгія носовийкового нерва (синдром Чарліна)
 - 1.1.5. Невралгія вушно-скроневого нерва (синдром Фрей)
 - 1.2. Нейропатія трійчастого нерва і його окремих гілок
 - 1.2.1. Нейропатія нижнього альвеолярного нерва
 - 1.2.2. Нейропатія щокового нерва
 - 1.2.3. Нейропатія мовного нерва (глосалгія)
 - 1.2.4. Нейропатія верхнього альвеолярного нерва
 - 1.3. Травматичні нейропатії
 - 1.4. Ятрогенні нейропатії трійчастого нерва
 - 1.5. Дентальна плексалгія
2. Вегетативні прозопалгії
 - 2.1. Гангліоніт війкового вузла (синдром Оппенгейма)
 - 2.2. Гангліоніт крилопіднебінного вузла (синдром Слюдера)
 - 2.3. Гангліоніт вушного вузла
 - 2.4. Гангліоніт піднижнечелепного і під'язикового вузлів
 - 2.5. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів
3. Міофасціальній больовий синдром

II. Синдроми ураження лицевого, язикоглоткового, блукаючого та під'язикового нервів

1. Синдроми ураження лицевого нерва
 - 1.1. Нейропатія лицевого нерва
 - 1.2. Синдром ураження вузла колінця (синдром Ганта)
 - 1.3. Невралгія відієвого нерва (синдром Файля)
2. Синдроми ураження язикоглоткового нерва
 - 2.1. Невралгія язикоглоткового нерва
 - 2.2. Невралгія барабанного нерва (синдром Рейхерта)
3. Синдроми ураження блукаючого нерва
 - 3.1. Невралгія вушного нерва
 - 3.2. Невралгія верхнього гортанного нерва
4. Ураження під'язикового нерва
 - 4.1. Нейропатія під'язикового нерва
5. Бульбарній і псевдобульбарний синдроми

III. Парестетичний синдром (глосодінія)

IV. Інші неврогенні захворювання обличчя

1. Ангіоневротичний набряк (набряк Квінке)
2. Синдром Россолімо–Мелькерсона–Розенталя
3. Синдром Шегрена
4. Прогресуюча геміатрофія обличчя(синдром Паррі–Ромберга)

**Принципи будови та функціонування нервової системи. Довільні рухи та їх порушення.
Синдроми ураження рухової чутливої системи. Пірамідна система. Симптоми
центрального і периферичного парезів. Екстрапірамідна система та синдроми її
ураження. Мозочок.
(4 години)**

I. Актуальність теми

Нервова система проходить тривалий шлях розвитку, являючи собою найскладнішу систему, що створена еволюцією. Еволюційне вчення про нервову систему в нормі і патології необхідне для розуміння багатьох симптомів, що спостерігаються в клініці нервових хвороб. Дуже важливий рефлекторний принцип роботи нервової системи, оскільки рефлекс – реакція організму у відповідь на подразнення, здійснювана і контрольована центральною нервовою системою.

Тема, що вивчається, є важливим розділом невропатології. З парезами м'язів зустрічаються не тільки неврологи, а й лікарі інших спеціальностей, бо парези бувають у разі цукрового діабету, алкоголізму, травм, інфекційних та інших захворювань. Будь-який лікар загального профілю зобов'язаний вміти виявляти парези та паралічі, вміти розпізнати їх характер, що необхідно для своєчасної діагностики захворювання.

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.

Значне місце в розумінні вчення про регулюючу роль нервової системи належить чутливому аналізатору. Лікар будь-якої спеціальності повинен вміти досліджувати чутливу функцію, орієнтуватися серед основних симптомів і синдромів ураження чутливого аналізатора, для того, щоб правильно провести диференційну діагностику та своєчасно надати хворому необхідну допомогу.

Екстрапірамідна система (ЕПС) відіграє важливу роль у виконанні рухових актів. Для виконання руху необхідно підключення механізмів, що регулюють послідовність, силу і тривалість м'язових скорочень та регламентують вибір необхідних м'язів. Тобто руховий акт формується в результаті послідовного, узгодженого за силою та тривалістю включення окремих нейронів кірково-м'язового шляху та великого комплексу нервових структур інших систем, що об'єднуються в екстрапірамідну систему.

Вчасно розпізнати симптоми ураження ЕПС дозволять правильно визначити рівень пошкодження нервової системи, встановити точний діагноз, призначити необхідне лікування.

Важливою умовою моторики людини є система статики і координації, що контролює рівновагу тіла, стабілізує центр ваги, регулює тонус та узгодженість діяльності м'язів. Провідним органом системи статики, координації рухів і м'язового тонусу є мозочок та його зв'язок з іншими відділами нервової системи.

II. Навчальні цілі

Студент повинен **знати:**

1. Основні етапи онто- і філогенезу нервової системи (α -I).
2. Структурну і функціональну одиницю нервової системи (α -I).
3. Головні анатомо-топографічні відділи нервової системи, півкулі мозку, корінці, спинальні ганглії, сплетіння, периферичні нерви (α -I)..
4. Вегетативна нервова система, її надсегментарний і сегментарний відділи. Лімбіко-ретикулярний комплекс(α -I).
5. Кора головного мозку. Цитоархитектонічні поля. Локалізація функцій в корі великих півкуль. Поняття про функціональну систему(α -I).
6. Кровообіг головного і спинного мозку. Спинномозкова рідина(α -I).
7. Анатомічні особливості і нейрофізіологія системи довільних рухів, екстрапірамідної системи і мозочка (α -I).
8. Анатомічні особливості і нейрофізіологію довільних рухів, екстрапірамідної системи, мозочка, чутливості (α -I).
9. Ознаки периферичного та центрального паралічів (α -I).
10. Механізм забезпечення м'язового тону (α -II).
11. Типи чутливих порушень (α -II).
12. Види атаксій, диференційну діагностику між ними (α -II).
13. Клінічні прояви ураження екстрапірамідної системи (α -II).
14. Ознаки периферичного та центрального паралічів (α -II).
15. Механізми забезпечення м'язового тону (α -II).
16. Клінічні прояви ураження екстрапірамідної системи (α -II).
17. Анатомо-фізіологічні особливості мозочка. Функції мозочка (α -II).
18. Методику дослідження функцій мозочка (α -II).
19. Розлади черв'яка мозочка та півкуль (α -II).
20. Диференційну діагностику різних видів атаксій. (α -II).
21. Поняття про рецепцію та чутливість (α -II).
22. Класифікацію чутливості (α -II).
23. Будову аналізаторів загальної чутливості (α -II).
24. Хід провідних шляхів окремих видів чутливості (α -II).
25. Види і типи чутливих порушень (α -II).

Студент повинен **вміти:**

1. Досліджувати види поверхневої та глибокої чутливості (α =III)
2. досліджувати складні види чутливості (α =III)
3. Виявити вид та тип чутливих порушень (α =III)
4. Проводити клініко-неврологічні обстеження хворих з руховими, чутливими, координаторними та рефлекторними розладами (α =III).
5. Вміти на підставі виявлених симптомів визначити локалізацію патологічного осередку (α =III).
6. Аналізувати результати клінічних і функціональних методів обстеження (α =III)
7. На підставі виявлених патологічних симптомів встановити характер паралічу м'язів (α =III)
8. Дослідити функції екстрапірамідної системи (α =III)

9. Виявити порушення екстрапірамідної системи, визначити їх характерний рівень: акінето-ригідний синдром, гіперкінетичні синдроми ($\alpha = III$)
10. Проводити клініко-неврологічне обстеження хворих з мозочковими розладами ($\alpha = III$)
11. Аналізувати результати клінічних і функціональних методів дослідження ($\alpha = III$)
12. Визначити (рівень) локалізацію патологічного вогнища ($\alpha = III$)

III. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліна	Знати	Уміти
Попередні дисципліни		
Нормальна анатомія	Анатомію нервової системи. Анатомію головного та спинного мозку, периферичної та ЕПС. Анатомію мозочка (будова та хід його шляхів)	Схематично відобразити структуру нервової системи. На таблицях і муляжах показати різні відділи нервової системи. На тілі пацієнта показати розташування дерматомів, точок виходу периферичних нервів. Намалювати схему головного та спинного мозку та ходу рухового шляху. На таблицях і муляжах показати структури ЕПС. Схематично відобразити розташування, відділи, провідні шляхи мозочка.
Паталогічна анатомія	Патоморфологічні зміни нейронів та провідних шляхів. Патоморфологічні зміни рухових нейронів. Патоморфологічні зміни у разі ураження ЕПС.	Мікроскопічно розрізняти патологію нейронів та провідних шляхів. Мікроскопічно розрізняти патологію ЕПС
Нормальна фізіологія	Функції нервової системи Будову рухових нейронів, рецепторів, фізіологію екстра пірамідної системи, мозочка; будову аналізаторів загальних видів чутливості; будову та функцію ноцицептивної системи мозку. Фізіологію рецепторів, їх загальні властивості, будову аналізаторів загальних видів чутливості, будову та функціонування ноцицептивної та антиноцицептивної систем мозку. Функцію α -малих та γ -мотонейронів передніх рогів спинного мозку в підтриманні м'язового тону	Схематично відобразити рефлекторні дуги. Досліджувати функції мозочка. Намалювати схему взаємозв'язків між структурами ЕПС. Мікроскопічно розрізняти нерви, клітини, волокна нервової системи. Намалювати рефлекторну схему зв'язків α - та γ -мотонейронів спинного мозку, що підтримують м'язовий тонус.
Гістологія	Гістологічна будова нервової системи Будову рухових	Схематично відображувати основну структурно-функціональну одиницю

	нейронів.Будову мотонейронів, рухових шляхів, периферичних нервів, мозочка, основних ядерних утворень ЕПС. Будову клітин Беца, мотонейронів передніх рогів спинного мозку, еферентних рухових шляхів і периферичних нервів. Гістологічну будову мозочка, ядер, онтогенез, філогенез мозочка.	нервової системи. Розрізняти мікроскопічно клітини нервової системи на різних рівнях рухового шляху. Мікроскопічно розрізняти рухові нервові клітини, нервові волокна центральної та периферичної нервової системи. Мікроскопічно розрізняти структури мозочка.
Біохімія	Обмін циклічних нейрохоламінів, основні нейромедіатори.	Пояснити вплив нейромедіаторів на нервову систему.
Фармакологія	Механізм дії різних фармацевтичних препаратів	Проводити фармакологічні діагностичні проби.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Методи обстеження органів і систем організму	Провести обстеження органів і систем.
Фізіологія	Функції мозочка, значення мозочка у ставленні моторних функцій.	Досліджувати функції мозочка.
Наступні дисципліни (що забезпечуються)		
Нейрохірургія	Види і типи порушення чутливості у нейрохірургічних хворих Парези, паралічі, порушення чутливості, координації у хворих з травмами та пухлинами головного та спинного мозку. Екстрапірамідні порушення у разі травм нервової системи, пухлин головного мозку. Початкові ознаки та розлади мозочка (черв'яка та півкуль при наявності пухлин, травм нервової системи).	Досліджувати всі види чутливості, встановлювати види і типи їх порушень у нейрохірургічних хворих Виявляти синдроми рухових розладів, порушень чутливості та координації у нейрохірургічних хворих. Виявляти екстрапірамідні порушення у нейрохірургічних хворих . Поставити топічний діагноз, виявити координаційні порушення.
Інфекційні хвороби	Рухові, чутливі розлади, мозочкові порушення у разі гострого поліомієліту, дифтерії,	Виявляти рухові, чутливі, рефлекторні та координаторні порушення у хворих з інфекційними

	енцефалітів, лептоменінгітів. Екстрапірамідні порушення у хворих на енцефаліти.	захворюваннями нервової системи. Виявляти екстрапірамідні порушення у хворих на енцефаліти
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 хворими нервової системи.
Психіатрія	Функціональні рухові, чутливі та координаторні порушення, істеричні гіперкінези та паралічі. Ускладнення за умови призначення нейролептиків; „істеричних” гіперкінезів	Диференціювати органічні та функціональні чутливі, рухові та координаторні порушення. Виявляти екстрапірамідні порушення у хворих, що тривало лікуються нейролептиками, провести корекцію лікування; розрізнити функціональні та органічні гіперкінези.
Кардіологія	Механізм вегетативної регуляції діяльності серця, судин.	Виявити вегетативні порушення з боку серцево-судинної системи.
Хірургія	Механізм вегетативної регуляції діяльності судин кінцівок.	Виявити вегетативно-трофічні порушення в кінцівках.
Ендокринологія	Гіпоталамо-гіпофізарна регуляція ендокринних залоз. Екстрапірамідні розлади у хворих з ендокринною патологією.	Виявити нейроендокринні синдроми. Виявляти екстрапірамідні порушення у хворих на ендокринну патологією.
Очні хвороби	Іннервація ока	Виявити синдроми ураження іннервації ока
ЛОР хвороби	Іннервація вуха, горла, носа	Виявити синдроми ураження вуха, горла, носа
Внутрішні хвороби (ревматологія)	Ревматичну хорею.	Визначити на підставі клінічних симптомів та додаткових обстежень етіологію екстрапірамідних розладів.
Отоларингологія	Розлади мозочка та вестибулярних нервів.	Поставити топічний діагноз, провести диференціальну діагностику між різними видами атаксій та вестибулярними розладами VIII пари черепних нервів.
Внутрішньопредметна інтеграція		
Синдроми порушення чутливості	Види і типи порушення чутливості	На підставі виявлених симптомів вказати рівень ураження нервової системи
Синдроми рухових	Порушення чутливості у разі ураження різних рівнів нервової	Проаналізувати поєднане порушення чутливості та рухової функції у

розладів	системи	хворих для встановлення топічного діагнозу
Захворювання периферичної нервової системи	<p>Ознаки периферичного паралічу.</p> <p>Рівні замикання шкірних, сухожильних і періостальних рефлексів. Особливості периферичних парезів у разі нефропатій; чутливі розлади у разі ураження корінців, сплетінь, вузлів.</p>	<p>Диференціювати з центральним ураженням рухового нейрона.</p> <p>Досліджувати глибокі і шкірні рефлекси. На підставі виявлених симптомів вказати рівень ураження периферичної нервової системи, розрізнити центральні та периферичні ураження.</p>
Судинні захворювання головного мозку	<p>Ознаки парезів (паралічів) за наявності гострих порушень мозкового кровообігу.</p> <p>Різновидності парезів та порушень чутливості і координації в разі інсультів та дисциркуляторної енцефалопатії. Різновидності парезів (паралічів) у разі гострих порушень мозкового та спинального кровообігу</p> <p>Особливості екстрапірамідної недостатності у разі дисциркуляторної енцефалопатії.</p>	<p>Виявляти парези, чутливі розлади, екстрапірамідні та мозочкові синдроми у хворих на цереброваскулярну патологію.</p> <p>Диференціювати різні види паралічів і на підставі цього вказати басейн ураженої судини. Виявити екстрапірамідні симптоми у хворих на цереброваскулярну патологію, призначити лікування.</p>
Спадкові захворювання нервової системи	<p>Екстрапірамідні захворювання з ураження екстрапірамідної системи, руховими розладами.</p> <p>Особливості захворювань з переважним ураженням ЕПС (хорея Гентінгтона, гепатоцеребральна дегенерація, хвороба Паркінсона).</p> <p>Координаційні порушення у разі сімейних атаксій.</p>	<p>Виявляти парези, екстрапірамідної порушення, атаксії, мязові порушення у хворих за спадковими захворюваннями нервової системи.</p> <p>Виявити екстрапірамідні порушення, призначити необхідні обстеження та лікування. Виявити симптоми ураження мозочка у хворих на атаксію Фрідрейха та атаксію П'єра-Марі.</p>
Захворювання центральної нервової системи	<p>Ознаки центрального паралічу</p> <p>Ознаки ураження пірамідного тракту на різних рівнях</p>	<p>Диференціювати з периферичним паралічем.</p> <p>Диференціювати ураження пірамідного тракту на різних рівнях.</p>
Мозочок, захворювання мозочка	<p>Методика проведення координаторних проб</p>	<p>Досліджувати координаторні проби</p>
Демієлінізуючі	<p>Ознаки центрального парезу</p>	<p>Виявляти паралічі чи парези у хворих</p>

захворювання нервової системи	(паралічу) у разі демієлінізуючих захворювань Синдрому ураження пірамідного шляху на різних рівнях Клінічні прояви ураження мозочка у хворих у разі демієлінізуючих захворювань нервової системи.	з демієлінізуючими захворюваннями. На підставі виявлених симптомів вказати рівень ураження центрального нейрону. Виявити симптоми ураження мозочка у хворих на розсіяний склероз, енцефаломієлію.
Закрита черепно-мозкова травма	Характеристику пост травматичного паркінсонізму.	Виявити екстрапірамідні порушення у хворих, що перенесли ЧМТ, провести корекцію лікування.
Інфекційні захворювання	Характеристику постенцефалітичного паркінсонізму.	Виявити екстрапірамідні порушення у хворих, що перенесли енцефаліт
Ураження нервової системи у разі екзогенних інтоксикацій	Екстрапірамідні порушення у разі хронічної інтоксикації окисом вуглецю, марганцем, нейролептиками.	Виявити зв'язок екстрапірамідних порушень з екзогенними токсичними агентами, призначити лікування.
Хронічні судинні хвороби, гострі порушення мозкового кровообігу	Клінічні прояви ураження мозочка у хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу.	Виявити симптоми ураження мозочка у хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу.

IV. Зміст теми заняття

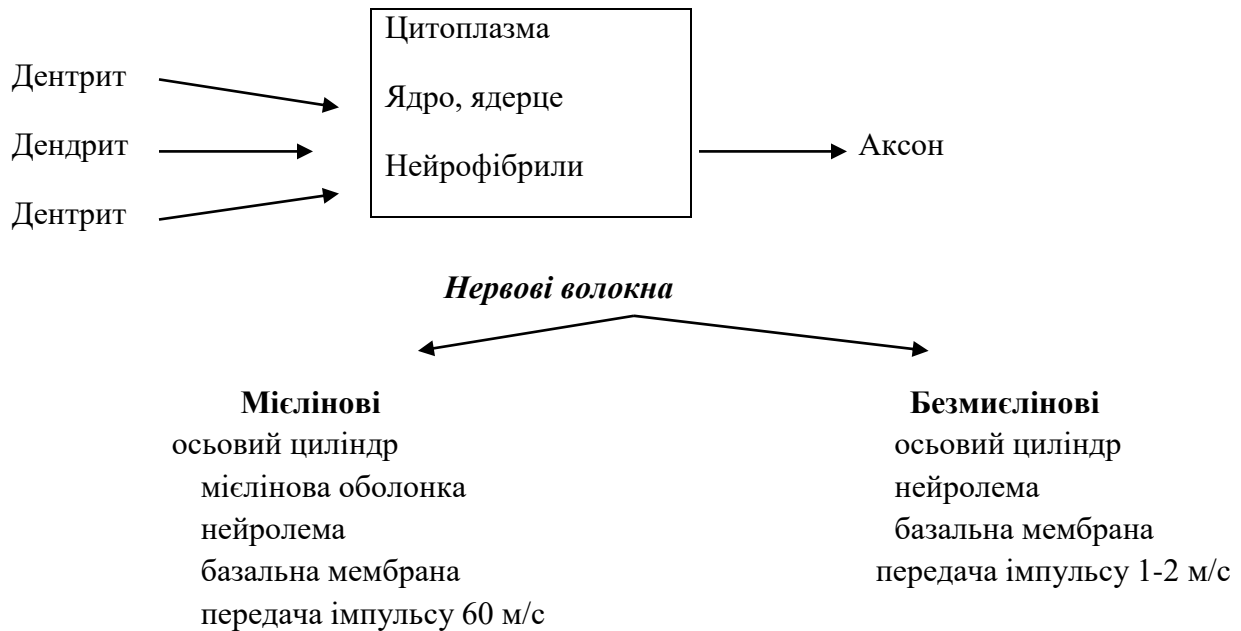
- I. Асинаптична – гідра
- II. Синаптична (гангліонозна) – червоподібні
- III. Трубочаста – хребетні

Морфологічні етапи еволюції нервової системи

- I. Централізація
- II. Кефалізація
- III. Кортикалізація

Структурна і функціональна одиниця нервової системи.

Нейрон



Функція нейрона

- ✓ сприйняття і переробка інформації
- ✓ проведення інформації до інших клітин
- ✓ трофічна

Види нейронів

Аферентні (чутливі) – передають імпульси від органів чуття в спинний і головний мозок.

Асоціативні (вставні) – здійснюють зв'язок між чутливими і руховими нейронами.

Еферентні (рухові) – передають імпульс від спинного і головного мозку до м'язів і внутрішніх органів.

Нейроглія

Окрім нейронів існують гліальні клітини (астроцити, олігодендріти, мікрогліоцити), які в 10-15 разів більше нейронів і які формують нейроглію.

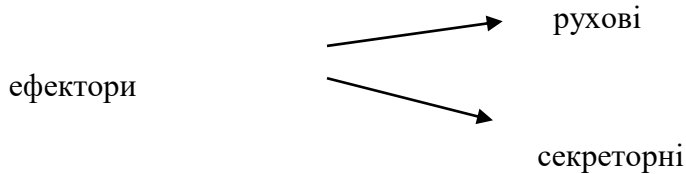
Функціональне значення нейроглії:

1. Опорна
2. Трофічна
3. Секреторна
4. Захисна

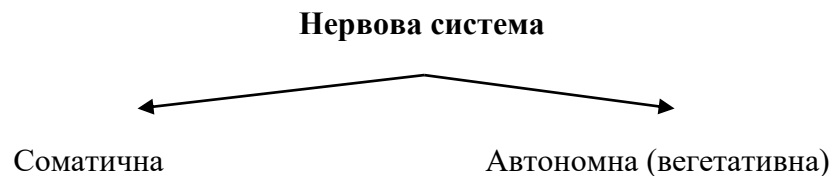
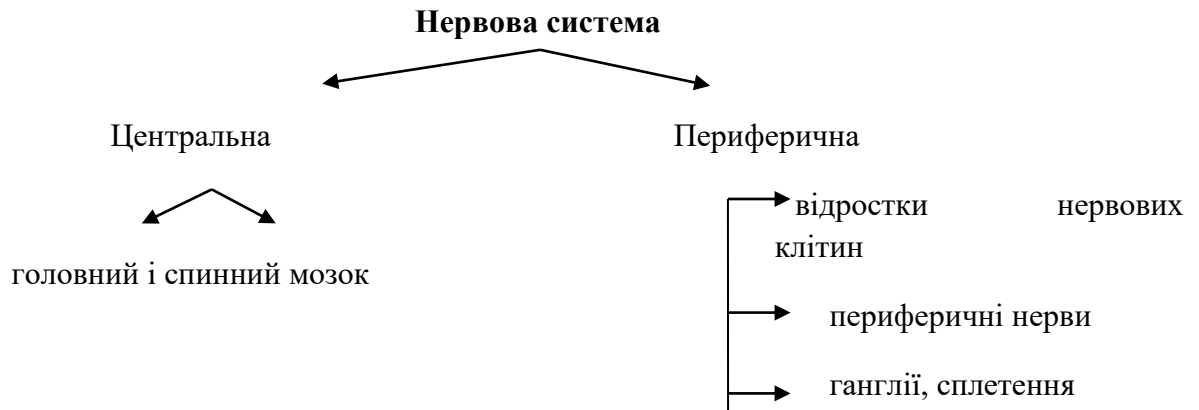
Головні анатомо-топографічні відділи нервової системи.

4 рівня анатомо-топографічних відділів нервової системи.

1. Рецепторно-ефекторний відділ.
рецептори шкірного аналізатора



2. Сегментарний відділ спинного мозку і головного мозку:
передні і задні роги спинного мозку
передні і задні корінці
ядра черепних нервів в їх корінці
3. Підкірковий інтеграційний відділ.
Базальні ядра
Таламус
4. Кірковий відділ головного мозку.



Головний мозок

- 1) Великий мозок (cerebrum) має 2 півкулі і включає:
 - Плащ (pallidum) – кора великого мозку і біла речовина півкулі.
 - Підкіркові базальні ядра (pars basalis telencephali):
 - ◆ хвостате ядро (nucleus caudatus)
 - ◆ сочевицеподібне ядро (nucleus lentiformis)

- ◆ огорожа (claustrum)
 - ◆ мигдалеподібне тіло (corpus amygdaloideum).
 - Внутрішня капсула (capsula interna).
 - Нюховий мозок (rhinencephalon).
 - ◆ нюхова цибулина
 - ◆ нюховий тракт
 - ◆ присередня і бічна нюхова звивина
 - ◆ нюховий трикутник
 - ◆ мигдалеподібне тіло
 - ◆ морський коник (hippocampus).
- 2) Проміжний мозок – diencephalon:
- Верхній відділ – епіталамус.
 - Середній відділ – таламус.
 - Нижній відділ – гіпоталамус.
 - Задній відділ – метаталамус.
- 3) З мозку:
- Середній мозок.
 - ◆ 2 ніжки мозку – pedunculi cerebri
 - ◆ пластинки даху (lamina tecti)
 - ◆ корінці 3 і 4 п. черепних нервів
 - ◆ ядро Даршкевіча
 - ◆ ядро Кахалія – проміжне ядро
 - ◆ червоне ядро – nucleus ruber
 - ◆ чорна субстанція – substantia nigra
 - ◆ дах середнього мозку (tectum mesencephali)
 - ◆ tractus tectospinalis
 - ◆ tractus tectobulbaris
 - Міст (pons).
 - ◆ ядра 6, 7, 8 пара черепних нервів
 - ◆ ядра 5 пар
 - ◆ медіальна петля (lemniscus medialis)
 - ◆ латеральна петля (lemniscus lateralis)
 - ◆ передній спинномозковий тракт (tractus spinocerebellaris anterior) мозочка
 - ◆ медіальний подовжній пучок
 - ◆ задній подовжній пучок
 - ◆ круглий пучок
 - Довгастий мозок – medulla oblongata
 - ◆ передня серединна щілина (fissura mediana anterior)
 - ◆ піраміди (pyramides)
 - ◆ перехрещення пірамід (decussatio pyramidum)
 - ◆ передня бічна борозна (sulcus lateralis) (з неї виходять передні корінці спинного мозку і корінці під'язикового нерва 12п.)
 - ◆ задня бічна борозна (sulcus lateralis posterior) (з неї виходять корінці блукаючого, язикоглоткового і додаткового нервів)
 - ◆ олива (oliva)
 - ◆ ромбоподібна ямка

- ◆ горбки тонкий і клиновидний (*tuberculum gracile et cuneatum*)
 - ◆ задній подовжній пучок (*fasciculus longitudinalis posterior*)
 - ◆ медіальний подовжній пучок (*fasciculus longitudinalis medialis*)
 - Ретикулярна формація.
 - Сіра речовина горбків.
 - Ядра нижніх горбків.
- 4) Мозочок (*cerebellum*) ділиться на:
- Тіло
 - ◆ 2 півкулі – *hemisphaerum cerebelli*
 - ◆ 3 пари ніжок *pedunculi cerebelli*
 - ◆ Черв'як – *vermis cerebelli*
 - Клаптиково-вузликова - *flocculus-nodulus*
 - Ядра мозочка
 - ◆ Зубчасте ядро (*nucleus dentatus*)
 - ◆ Пробкоподібне (*nucleus emboliformis*)
 - ◆ К (*nucleus globosus*)

Спинний мозок

Сегменти спинного мозку:

- 8 шийних
- 12 грудних
- 5 поперекових
- 5 сакральних
- 1-3 копчикових

Потовщення спинного мозку:

Шийне – 5-7 шийні і 1-2 грудні сегменти.

Попереково-крижове – 1-5 поперекові і 1-2 крижові сегменти

Сегмент спинного мозку – ділянка спинного мозку з двома парами спинномозкових корінців: передніх (рухових, еферентних) і задніх (чутливих, аферентних).

Спинний мозок

Сіра речовина: тіла нейронів, гліальні елементи, нервові волокна

Біла речовина: мієлінові волокна, висхідні системи, низхідні системи

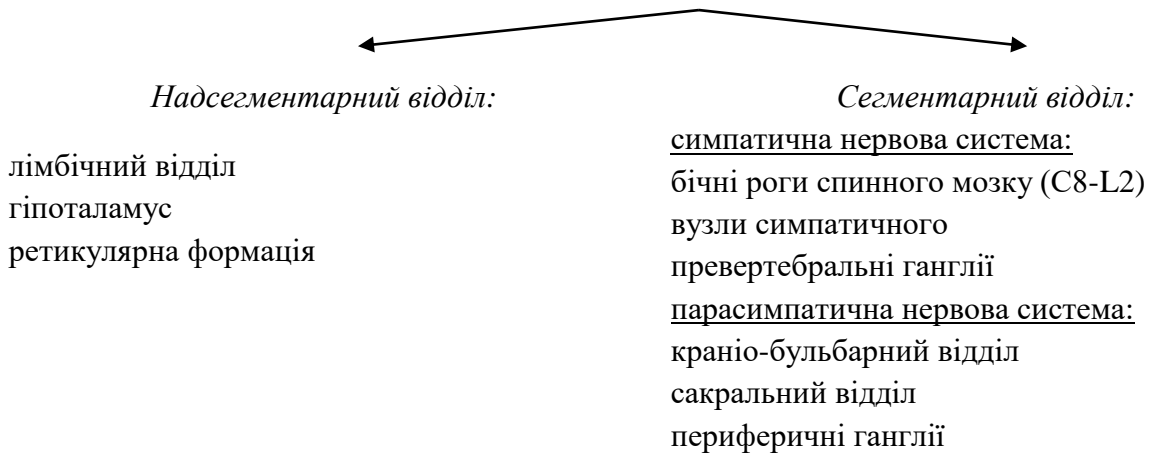
Від спинного мозку відходять 31 пара змішаних спинномозкових нервів, кожен з яких складається з переднього і заднього корінців, що злилися.

Нервові сплетення.

- ✓ Шийне – передні гілки C1-C4 сегментів.
- ✓ Плечове – передні гілки C5-Th2 сегментів.
- ✓ Поперекове – передні гілки L1-L3, частково Th12 і L4 сегментів.
- ✓ Крижові – передні гілки L5-S2, частково L4 і S3 сегментів.

Периферичні нерви – в більшості змішані, складаються з пучків мієлінових і безмієлінових рухових, чутливих і вегетативних нервових волокон.

Вегетативна нервова система



Лімбіко-ретикулярний комплекс

Кора задньої поверхні лобної .

Нюховий мозок (нюхові цибулини, нюхові тракти і нюховий горб).

Гиппокам – зубчаста і поясна звивина, прозора перегородка, передні ядра таламуса, гіпоталамус.

Мигдалеподібне тіло

Роль: синтез всіх видів чутливості, аналіз стану внутрішньої середи, формування елементарних потреб, мотивації, емоції, взаємодія вегетативних, вісцеральних систем, сенсомоторних і емоційних систем, рівень свідомості, уваги, пам'яті, здатність орієнтуватися в просторі, рухова і психічна активність, мова, стан сну або неспанья.

Кора великого мозку

1. Нова кора (neocortex) – 96%

Потилична, нижня тім'яна, верхня тім'яна, прецентральна, лобова, скронева, островкова, лімбічна області.

Шестислойна:

1 куля – молекулярна пластина (lamina molecularis)

2 куля – зовнішня зерниста пластина (lamina granularis externa)

3 куля – зовнішня пірамідна пластина (lamina pyramidalis externa)

4 куля – внутрішня зерниста пластина (lamina granularis interna)

5 куля – внутрішня пірамідна пластина (lamina pyramidalis interna)

6 куля – мультиформна пластина (lamina multiformis)

2. Древня кора (paleocortex)

Нюховий горбок, діагональна область, прозора перегородка, периамигдалярна область, препириформна область.

3. Стара кора (archiocortex)

Амнонов ріг, зубчаста звивина, taenia tecta.

Древня і стара кора – 4%, три або одношарові.

Цитоархитектонічні поля (по Бродману) – 11 ділянок кори складаються з 52 полів, які відрізняються клітинним складом, будовою і виконуваними функціями.

Функції

Типи кіркової діяльності.

- 1 тип – 1 сигнальна система, діяльність окремих аналізаторів і забезпечення найбільш простих форм пізнання.
- 2 тип – 2 сигнальна система, функція всіх аналізаторів, мова.
- 3 тип – цілеспрямованість дій, перспектива планування.

Спинномозкова рідина

Кількість 50-100 мл у дітей, 100-150 мл у дорослих.

Повністю відновлюється 3-7 раз на добу.

Функції – механічний захист мозку, регуляція внутрічерепного тиску, екскреторна і транспортна, імунологічний бар'єр.

Рефлекс – здійснювана за участю нервової системи у відповідь реакція організму на роздратування, витікаючі із зовнішньої або внутрішньої середина.

Безумовні рефлекси діляться на:

1. Поверхневі, екстероцептивні (шкіряні, рефлекси із слизистих оболонок).
2. Глибокі, пропріорецептивні (сухожильні, періостальні, суглобові рефлекси)

Рівні замикання рефлексорних дуг

Вигляд рефлексу	Рефлекс	Рефлекторна дуга	Рівень замикання
З слизистих оболонок	Рогівка	Очний і лицьовий нерв	Міст мозку
	Кон'юнктивальний	Очний і лицьовий нер	Міст мозку
	Глотковий	Язикоглотковий і блукаючий нерв	Довгастий мозок
	Піднебінний	Язикоглотковий і блукаючий нерв	Довгастий мозок
Шкірні рефлекси	Черевні: верхній середній нижній	Міжреберні нерви Th ₇ -Th ₈ Th ₉ -Th ₁₀ Th ₁₁ -Th ₁₂	Грудні сегменти спинного мозку
	Кремастерни	nn.genitofemorales	Сегменти спинного мозку L ₅ -S ₁
	Підошовний	n. ischiadicus	Сегменти спинного мозку L ₅ -S ₁
	Анальний	nn. anococcygei	Сегменти спинного

			мозку S ₄ -S ₅
Сухожильні рефлекси	Згібально- ліктьовий	n. musculocutaneus	Сегменти спинного мозку C ₅ -C ₆
	Розгинально- ліктьовий	n. radialis	Сегменти спинного мозку C ₇ -C ₈
	Колінний	n. femoralis	Сегменти спинного мозку L ₃ -L ₄
	Ахілов	n. tibialis	Сегменти спинного мозку S ₁ -S ₂
Періостальні рефлекси	Надбрівний	Очний і лицьовий н	Міст мозку
	П'ясно-променевиий	nn. medianus, radialis, musculocutaneus	Сегменти спинного мозку C ₅ -C ₈
	Плечовий для лопатки	n. subscapularis	Сегменти спинного мозку C ₅ -C ₆
	Нижньощелеповий	Нижньощелеповий нерв	Міст мозку

Рух

Мимовільні:

проті автоматичні рухи здійснюються сегментарним апаратом спинного мозку, мозковим стоволом

Довільні:

акти рухової поведінки здійснюються за допомогою кори головного мозку, екстрапірамідної системи, апарату спинного мозку

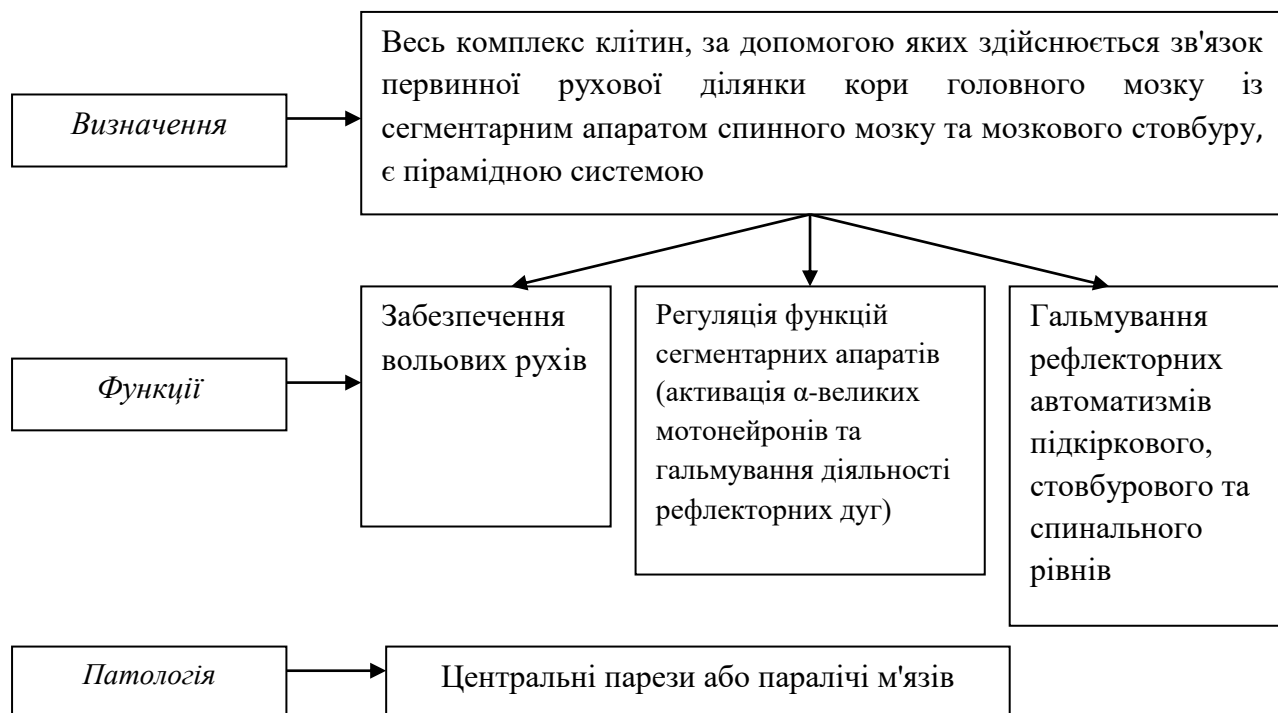
Функції пірамідної системи

1. Бере участь у виконанні довільних рухів, які посиляють імпульси до стовбурових та спинальних сегментарних апаратів.
2. Регулює функції сегментарних апаратів:
 - активує великі α -мотонейрони передніх рогів спинного мозку
 - гальмує діяльність рефлекторних дуг
3. Обмежує поширення імпульсів збудження по нейронах спинного мозку
4. Гальмує рефлекторні автоматизми підкіркового, ствольового і спинного рівнів.

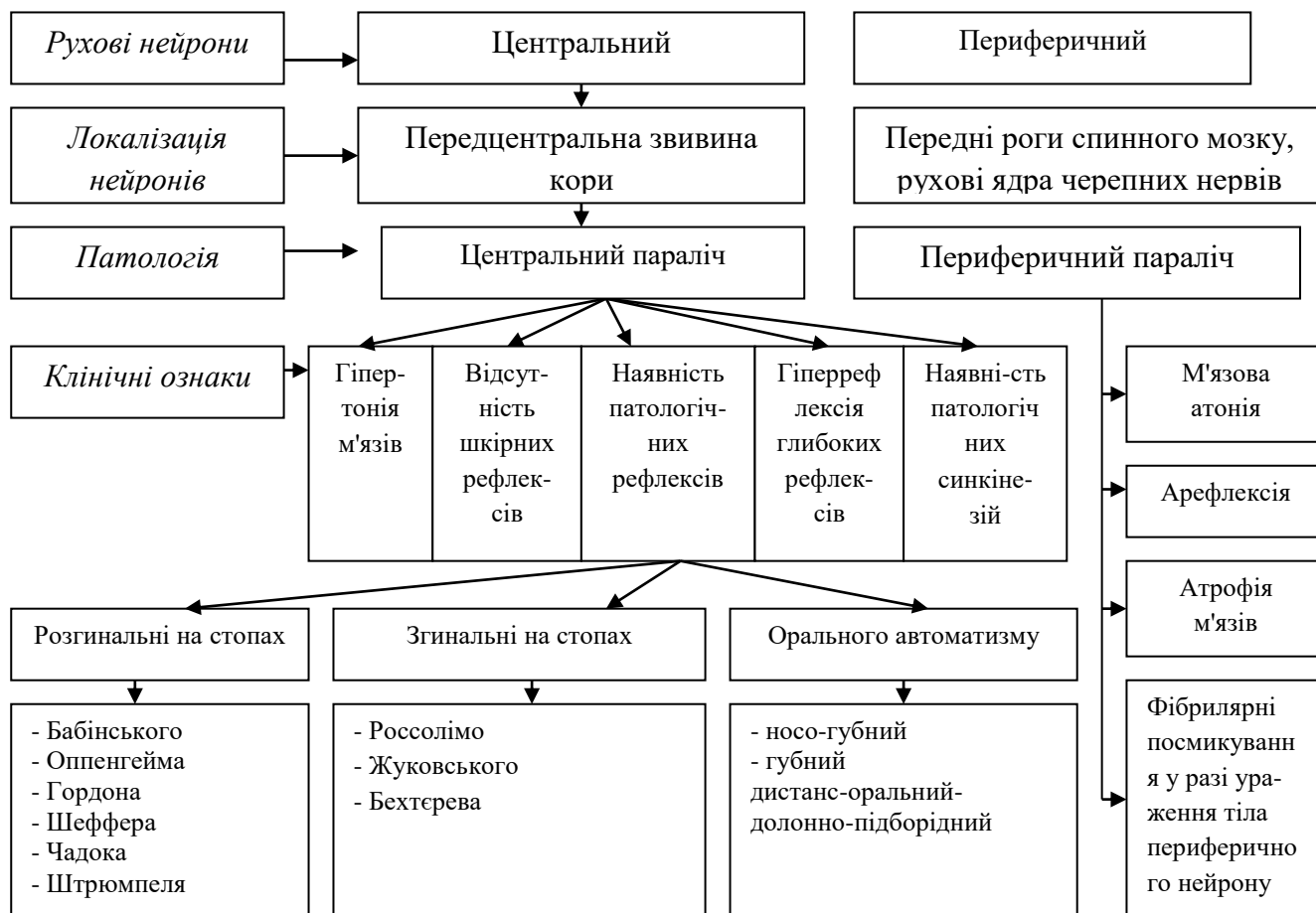
Методика дослідження рухової системи.

1. Огляд, пальпація, вимір м'язів.
2. Визначають об'єму активних і пасивних рухів
3. Визначають м'язову силу.
4. Визначають м'язовий тонус.
5. Дослідження рефлексів: фізіологічні, патологічні (згинальні, розгинальні), орального автоматизму.
6. Дослідження координації рухів.

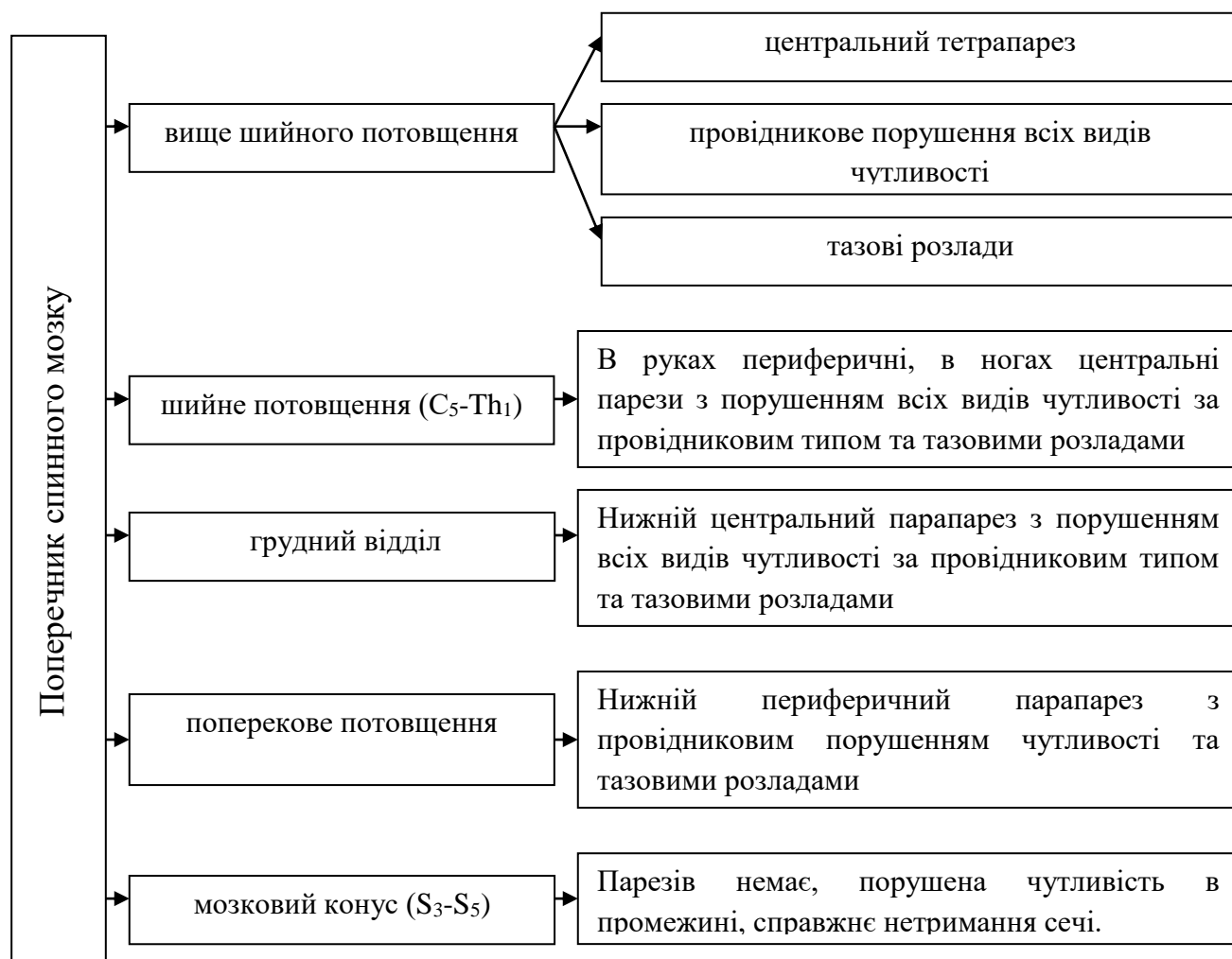
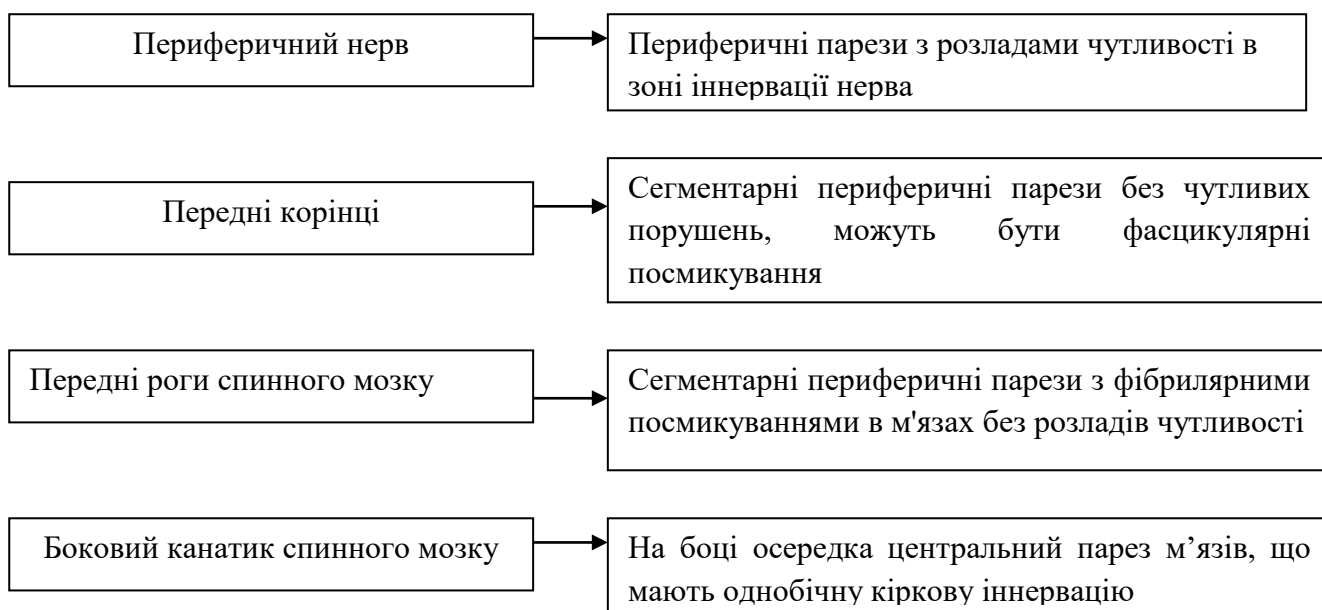
Пірамідна система

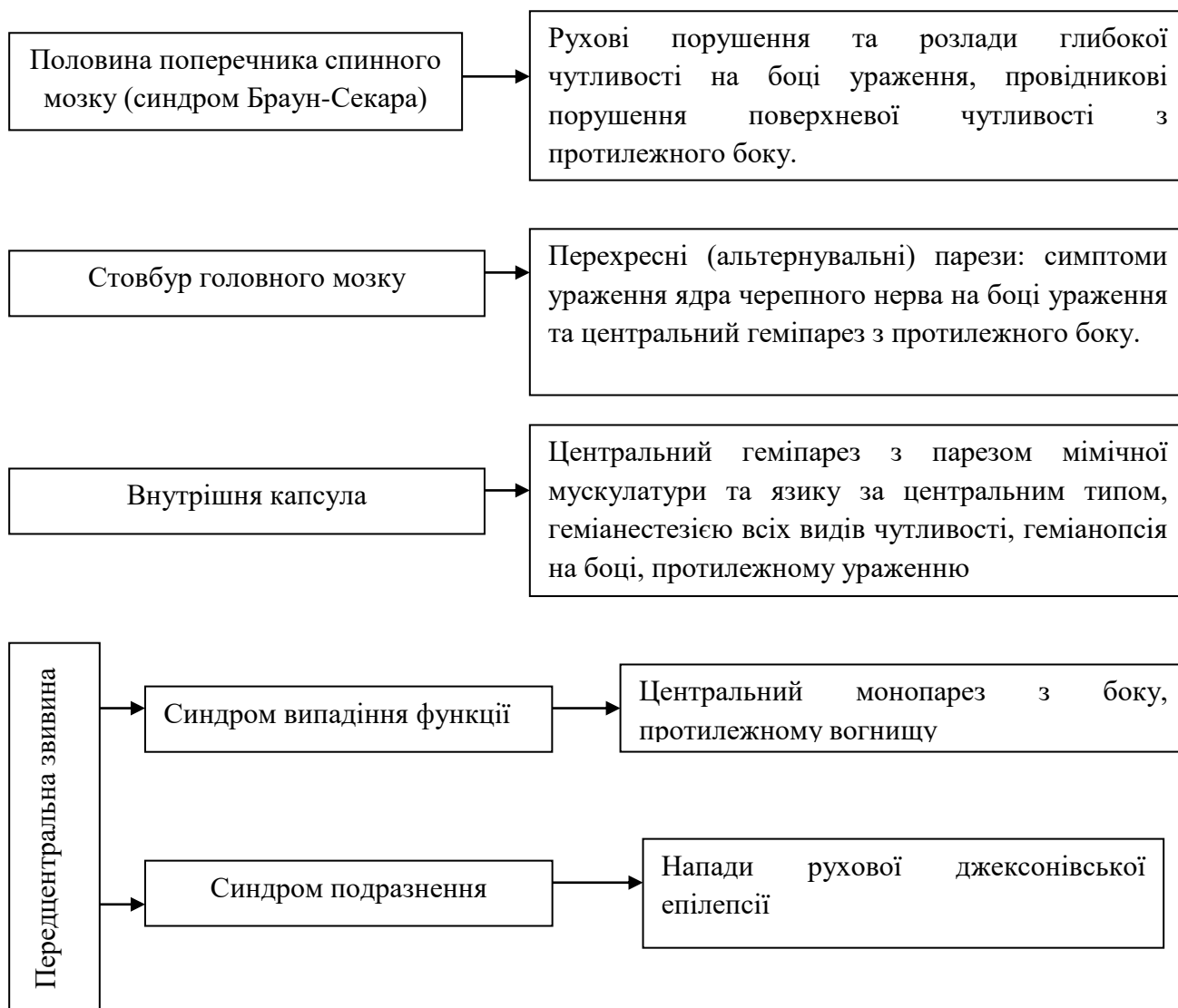


Види паралічів

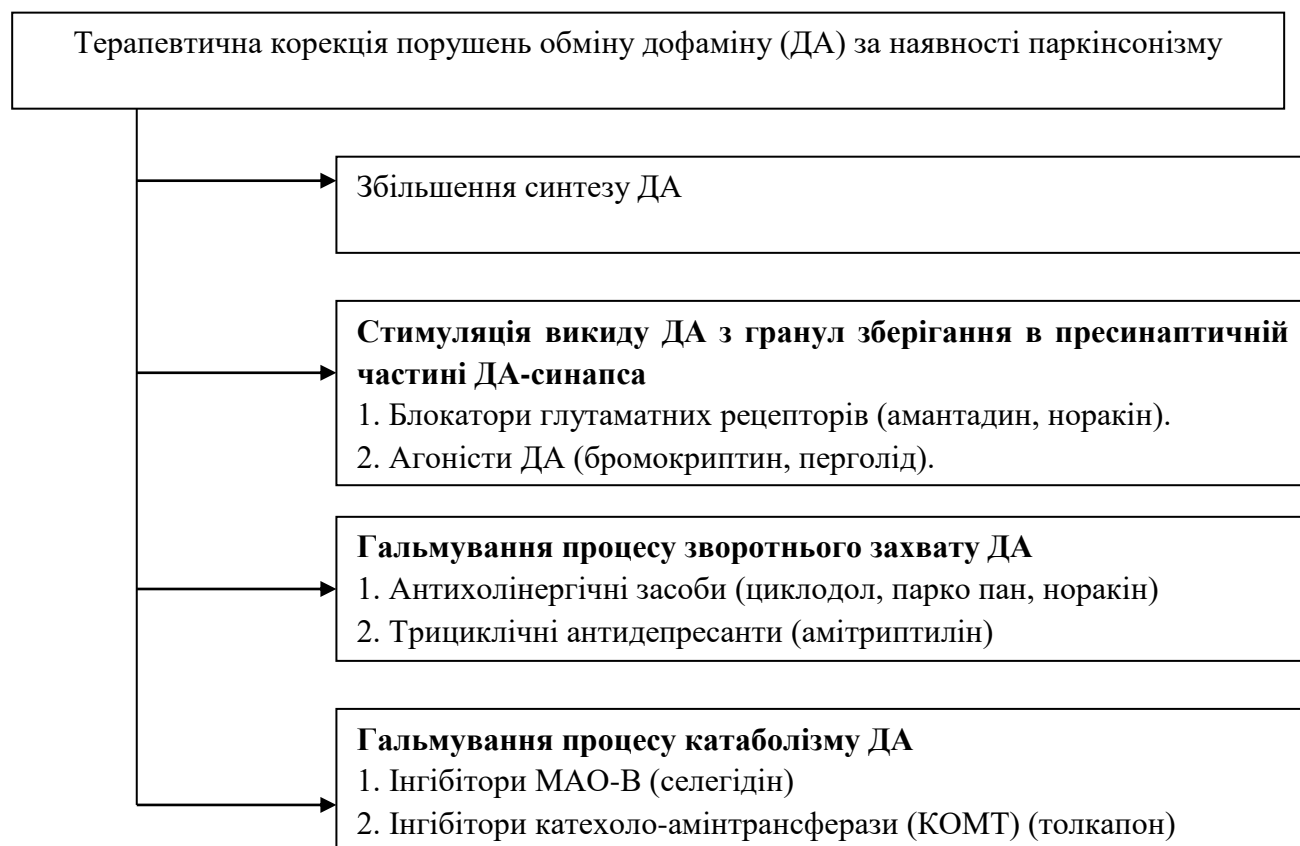
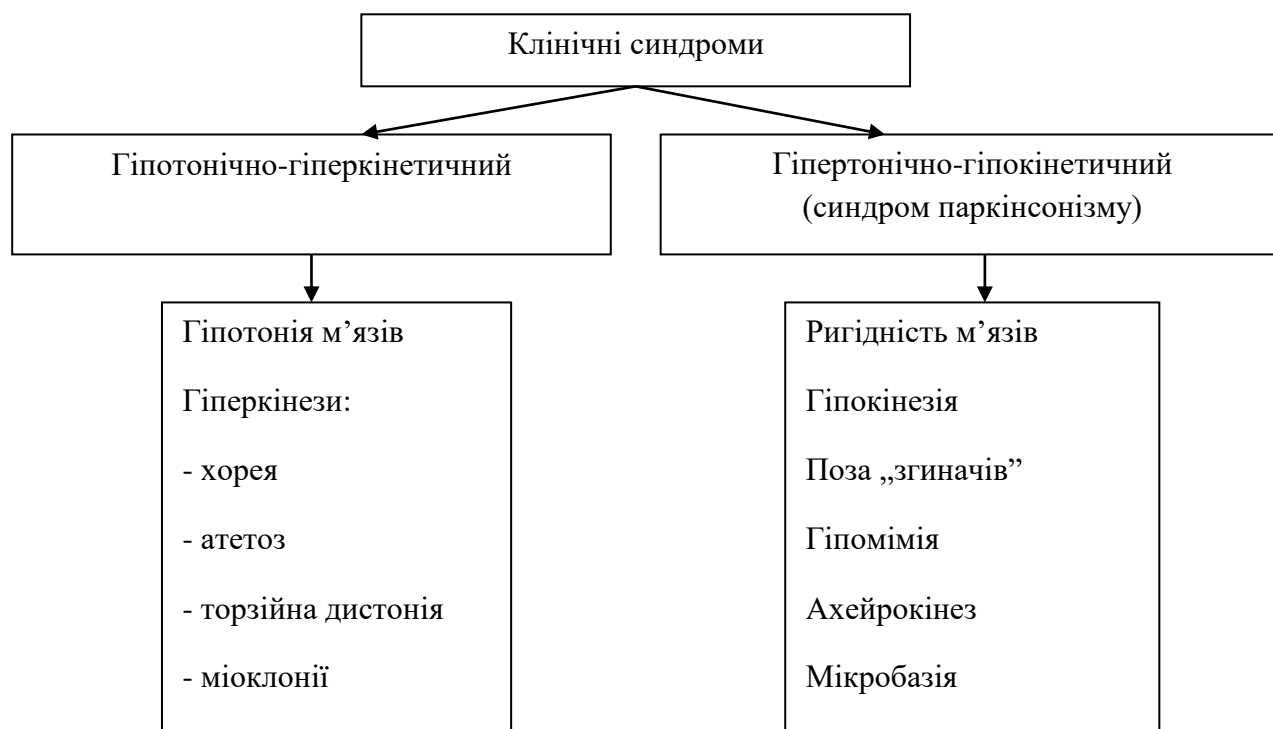


Синдроми рухових розладів

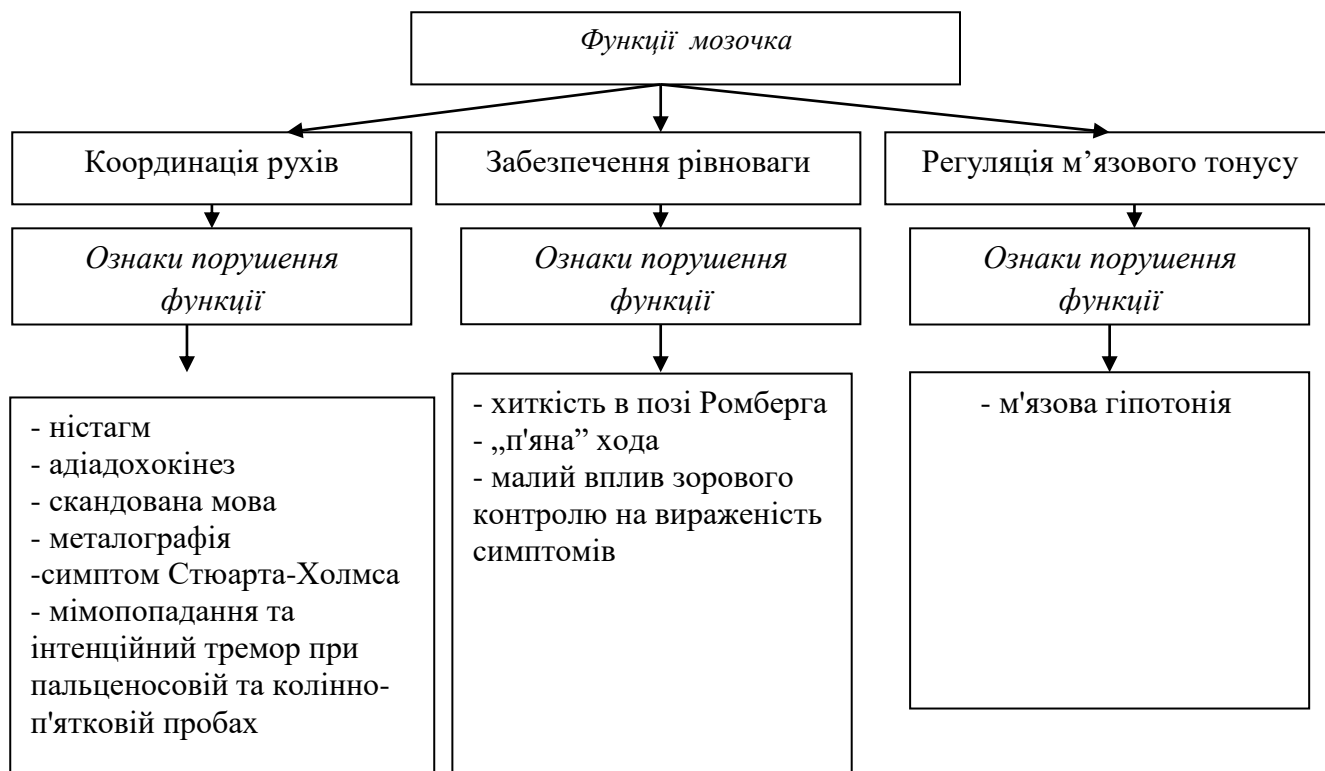


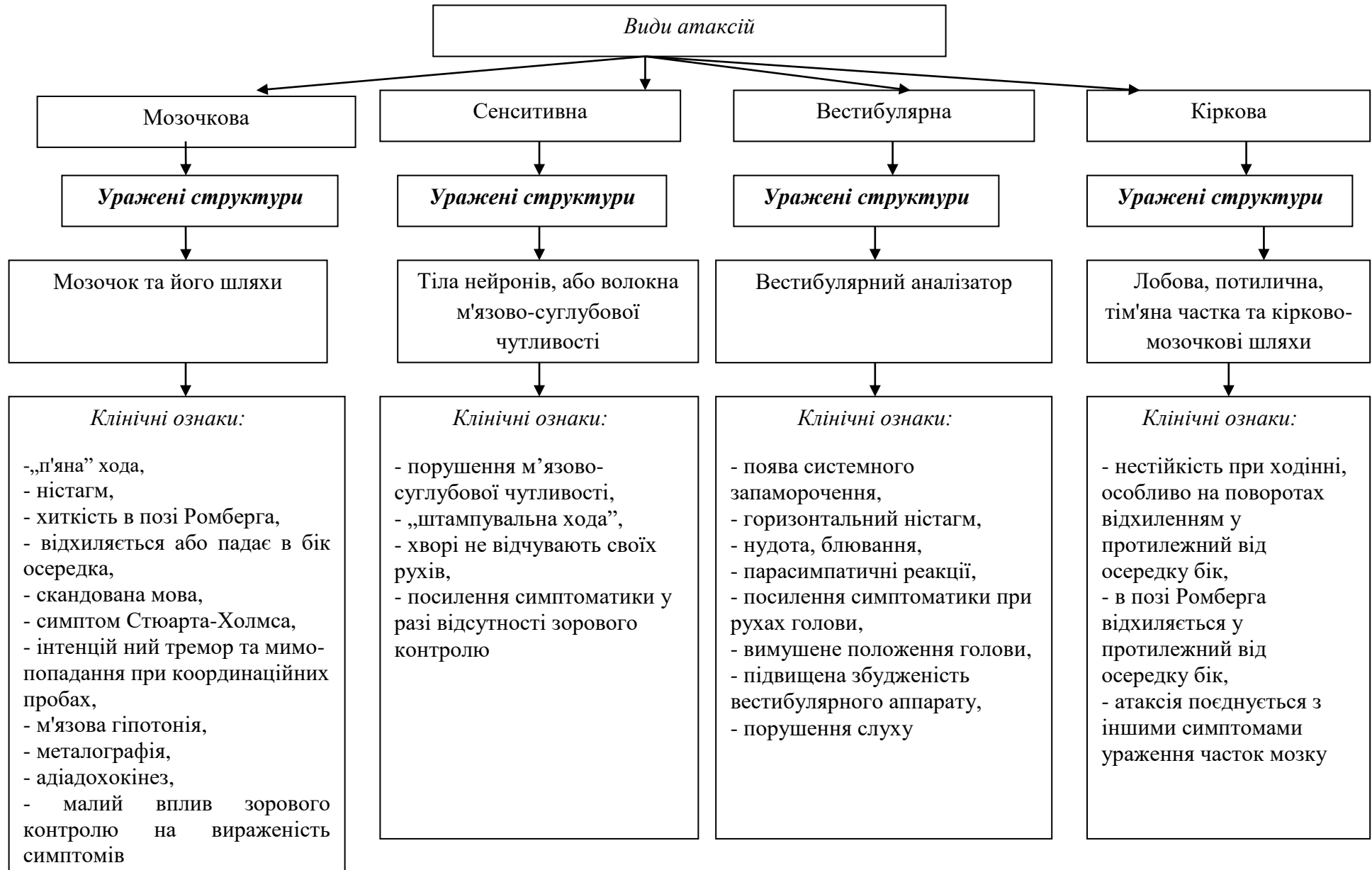


Екстрапірамідна система (ЕПС)



Мозочок та його патологія



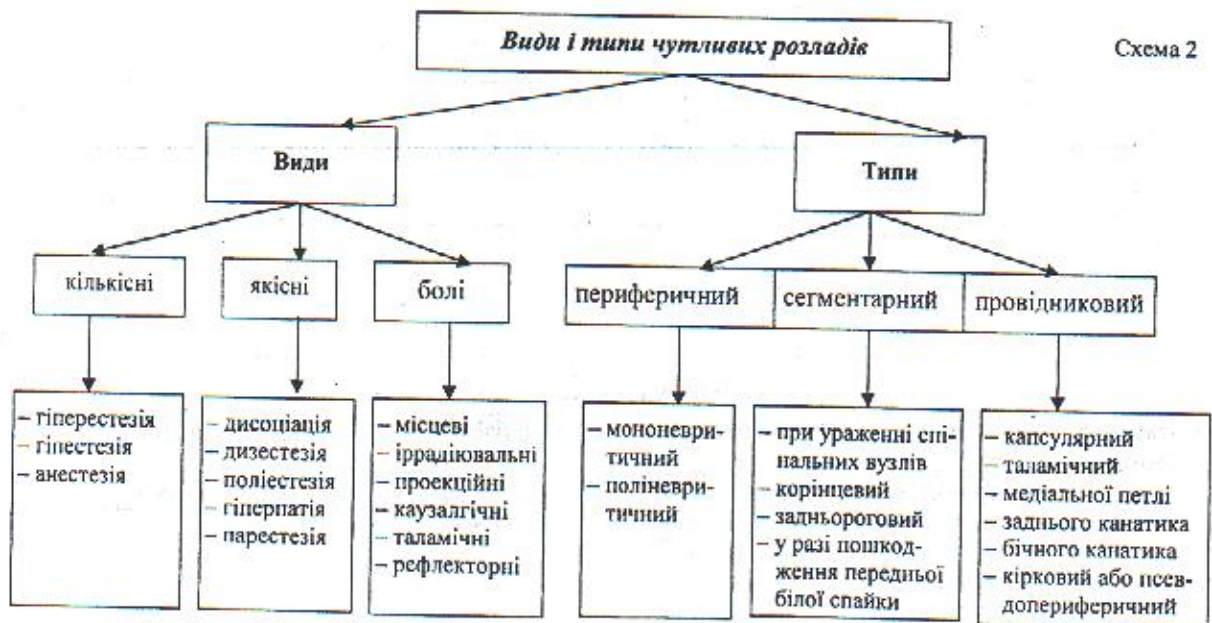
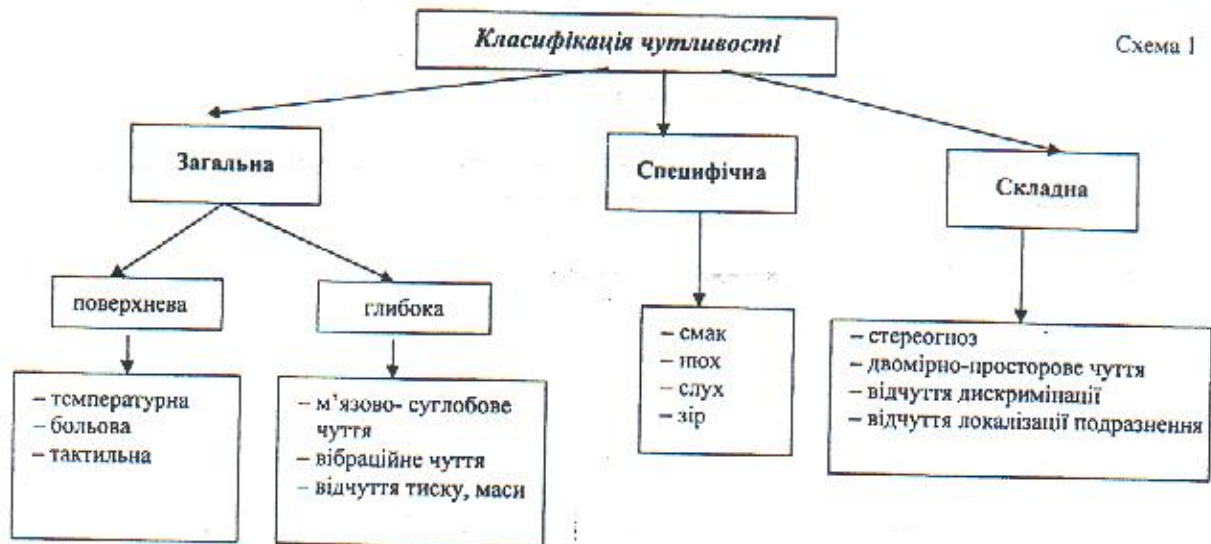


Диференційні ознаки периферичного і центрального паралічу

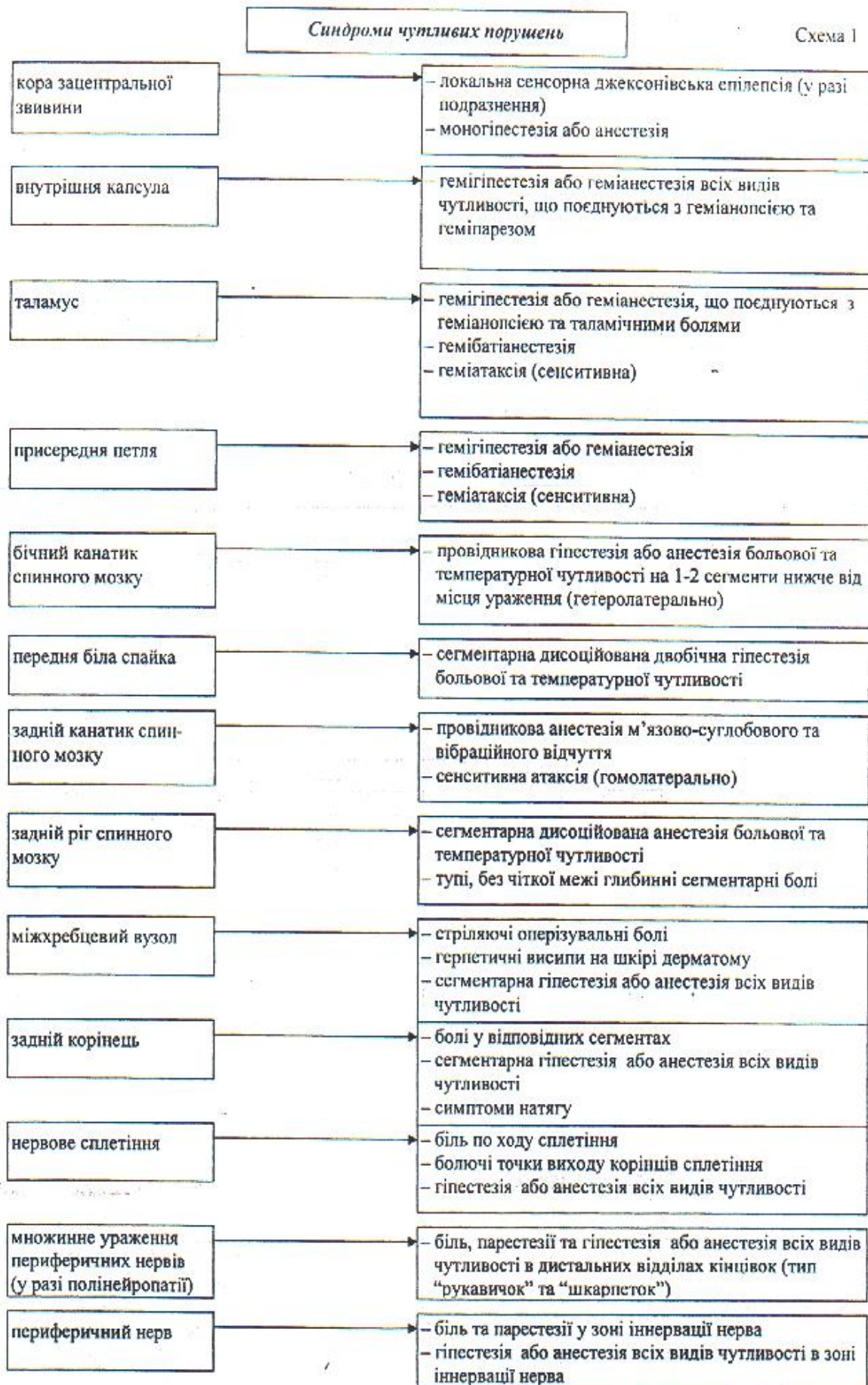
Ознака	Вигляд паралічу	
	Периферичний	Центральний
Трофіка м'язів	Атрофія (гіпотрофія)	Атрофії немає (можливо дифузна нерідко виражена гіпотрофія)
Тонус м'язів	Атонія (гіпотонія)	Спастична гіпертонія (симптом «доладного ножа»)
Глибокі рефлекси	Відсутні (або знижуються)	Підвищені, розширення рефлексогенних зон (гіперрефлексія)
Клонуси	Відсутні	Можуть викликатися
Патологічні рефлекси	Відсутні	Викликаються
Захисні рефлекси	Відсутні	Можуть викликатися
Патологічні синкінезії	Відсутні	Можуть викликатися
Електрозбудливість нервів і м'язів	Змінена (реакція дегенерації)	Не порушена
Поширеність паралічу	Зазвичай обмежена (сегментарна або невральна)	Дифузна (моно- або геміпарез)

Методи дослідження		
Зовнішній вигляд	Клінічні проби	Інструментальні методи
М'язова атрофія, гіпертрофії і псевдогіпертрофії	Дослідження ходи	Динамометри Сантиметри
Фіблярні і фасцикулярні посмикування	Дослідження тону м'язів	Електроміографія
Дослідження ходи	Проба Барре. Проба Будди-Панченко	Електрозбудливість нервів
Наявність парезів і паралічу	Дослідження рефлексів	
Наявність гіперкінезів	Координаторні проби	

V. Зміст теми заняття



V. Зміст теми заняття



V. 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. Підготовчий етап					
1. 2.	Організація заняття Визначення навчальних цілей і мотивація			Академічний журнал Див. «Навчальні цілі » та «Актуальність теми»	1
3.	Контроль вихідного рівня знань: <ol style="list-style-type: none"> 1. Основні етапи онто- і філогенезу нервової системи. 2. Функціональну одиницю нервової системи. 3. Головні анатомо-топографіческие відділи нервової системи. 4. Вегетативна нервова система. 5. Кора головного мозку. 6. Кровообіг головного і спинного мозку. 7. Рефлекс і рефлекторна дуга. 8. Будова центрального та периферичного відділів нервової системи. 9. Поняття про рецепцію та чутливість. 10. Класифікація чутливості. 11. Будова аналізаторів загальної чутливості. 12. Хід провідних шляхів окремих видів чутливості. 13. Види і типи порушення чутливості. 14. Будова та хід рухового та чутливих шляхів. 15. Знати системи ураження центрального та периферичного нейронів на 	II	Індивідуальне усне опитування, тестовий контроль II рівня, рішення типових задач II рівня .	Таблиці, малюнки, муляжі, питання, тести II рівня , типові задачі II рівня.	10

	<p>різних рівнях.</p> <p>16. Будову ЕПС та мозочка.</p> <p>17. Ознаки ураження ЕПС.</p> <p>18. Синдроми ураження ЕПС.</p> <p>19. Знати симптоми ураження центрального та периферичного рухових нейронів на різних рівнях;</p> <p>20. Знати симптоми, що виникають у разі подразнення центрального та периферичного рухових нейронів.</p> <p>21. Анатомічні структури мозочка.</p> <p>22. Функції мозочка.</p> <p>23. Клінічні прояви розладів функції мозочка.</p> <p>24. Методика дослідження функцій мозочка.</p>				
II. Основний етап					
4.	<p>Формування професійних навичок та вмінь:</p> <p>1. Оволодіти методикою дослідження загальних та складних видів чутливості;</p> <p>2. Оволодіти вмінням виявляти види та типи порушення чутливості.</p> <p>3. Оволодіти методикою клінічного обстеження хворих з руховими, чутливими, координатор-ними розладами;</p> <p>4. Діагностувати розлади функції окремих відділів ЦНС на підставі огляду, скарг, анамнезу;</p> <p>5. Навчитися узагальнювати виявлені порушення, встановити рівень ураження нервової системи.</p> <p>6. Оволодіти методикою проведення клінічного обстеження хворих з мозочковими розладами.</p> <p>7. Діагностувати розлади</p>	III	<p>Практичний тренінг у відпрацюванні навичок; професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій.</p>	<p>Хворі. Професійний алгоритм для оволодіння навичок та вмінь.</p>	160

	<p>функції мозочка на основі збору, анамнез, скарг, клініко-неврологічного огляду</p> <p>8. Провести диференційну діагностику атаксій.</p> <p>9. Провести клініко-неврологічне обстеження хворого з розладом мозочкової сфери.</p> <p>10. Зібрати анамнез захворювання</p> <p>11. Опанувати методику використання неврологічного молоточка при обстеженні хворого.</p> <p>12. Ознайомлення з методикою проведення люмбальної пункції.</p> <p>13. Дослідження сухожильних і суглобових рефлексів.</p> <p>14. Дослідження шкірних рефлексів</p> <p>15. Дослідження рефлексів із слизистих оболонок.</p> <p>16. Дослідження пасивних і активних рухів</p> <p>17. Дослідження м'язового тону. Оволодіти методикою обстеження рухової функції у хворого. На підставі виявлених патологічних симптомів встановити у хворого характер паралічу м'язів.</p> <p>18. На підставі виявлених патологічних симптомів встановити рівень ураження рухових нейронів (топічний діагноз).</p>				
III. Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня професійних навичок та вмій. Обговорення результатів курації.	III	Індивідуальний контроль навичок; вирішення нетипових	Хворі. Нетипові задачі III рівня. Орієнтовна карта самостійної роботи з літературою.	9
6.	Підведення підсумків практичного заняття.				
7.	Домашнє завдання.				

8		задач III рівня.		
---	--	---------------------	--	--

VI. Матеріали методичного забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання для усного опитування.

1. Які головні етапи філо- і онтогенезу?
2. Які головні анатомо-топографіческие відділи нервової системи?
3. Які утворення входять до складу заднього, середнього, проміжного і кінцевого мозку?
4. З яких утворень складається периферична нервова система?
5. Що таке сегмент спинного мозку?
6. Які існують потовщення спинного мозку, яке їх функціональне значення?
7. Які відділи вегетативної нервової системи виділяють?
8. Що таке лимбіко-ретикулярний комплекс і його значення?
9. Які є оболонки спинного мозку?
10. Спинномозкова рідина, її склад.
11. Що таке рефлекс?
12. Яка будова рефлекторної дуги (простій, складною)?
13. Які поверхневі рефлекси ви знаєте? Де замикаються їх дуги?
14. Які глибокі рефлекси ви знаєте? Де замикаються їх дуги?
15. Чому при периферичному паралічі глибокі рефлекси згасають?
16. Чому при центральному паралічі глибокі рефлекси підвищуються?
17. У чому значення дослідження рефлекторної сфери?
18. Якою кількістю нейронів здійснюється реалізація довільних рухів м'язів, і як вони зветься?
19. Де містяться тіла центральних нейронів?
20. Де містяться тіла периферичних нейронів?
21. Де відбувається перехрестя волокон кірково-спинального та кірково-ядерного шляхів і яка особливість його?
22. Які м'язи мають двобічну кіркову іннервацію?
23. Дайте визначення „пірамідної системи”, назвіть її функції.
24. Що таке „м'язовий тонус”, який механізм його підтримання?
25. Що означає поняття „центральна геміплегія”?
26. Перерахуйте анатомо-топографічні рівні нервової системи.
27. Що таке рецепція?
28. Що таке чутливість?
29. Яка класифікація чутливості?
30. Де знаходиться тіло першого нейрону поверхневих видів чутливості?
31. Де знаходиться тіло другого нейрону поверхневих видів чутливості?
32. Де в спинному мозку проходить шлях поверхневих видів чутливості?
33. Де знаходиться тіло третього нейрону поверхневих видів чутливості?
34. Як називається шлях провідників поверхневих видів чутливості в спинному мозку?
35. Назвіть спільні риси ходу провідників поверхневої та глибокої чутливості.
36. Назвіть відмінні риси ходу провідників поверхневої та глибокої чутливості.
37. Які є види порушення чутливості?
38. Які є типи порушення чутливості?
39. Дати визначення пірамідної системи, назвати її функції.
40. Механізм підтримки м'язового тонусу.
41. Провести диференційний діагноз між центральним та периферичними парезами.

42. Назвіть синдроми ураження, що виникають при ураженні різних рівней пірамідного шляху.
43. Назвіть утворення та функції екстра пірамідної системи.
44. Охарактеризуйте синдроми ураження ЕПС.
45. Дайте характеристику видам та типам порушення чутливості.
46. Які розлади чутливості виникають при ураженні шляхів поверхневої та глибокої чутливості на різних рівнях?
47. Які розлади виникають у разі ураження півкуль та черв'я мозочка.
48. Вкажіть види атаксій та їх відмінності.
49. Назвіть еволюційні рівні екстрапірамідної системи. Які анатомічні утворення входять до старого та нового відділів екстрапірамідної системи?
50. Назвіть функції екстрапірамідної системи.
51. Як змінюється м'язовий тонус при ураженнях екстрапірамідної системи? Чим клінічно відрізняється екстрапірамідна ригідність від пірамідної спастичності?
52. Чим клінічно відрізняється тремор при паркінсонізмі від тремору у разі ураження мозочка?
53. Які симптоми паркінсонізму означаються термінами: ахейрокінез, брадилалія, мікрографія, пропульсія, парадоксальні акінезії?
54. Назвіть синдроми ураження нового відділу екстрапірамідної системи.
55. Назвіть основні види гіперкінезів.
56. Розтушування та будова мозочка.
57. Які і скільки ядер мають півкулі мозочка?
58. Назвіть аферентні та еферентні шляхи мозочка.
59. Ураження яких структур нервової системи спричинить зниження м'язового тонусу?
60. Які розлади виникають у разі ураження мозочка?
61. Вкажіть види атаксій та їх відмінності.

Матеріали для тестового контролю (І а):

1. Підвищення сухожильних рефлексів часто є свідченням пошкодження:
 - A. *Спинного мозку.
 - B. Периферичних нервів.
 - C. Мозочка.
 - D. Тензорецепторів сухожиль.
 - E. М'язи.
2. Зниження ахіллових рефлексів вказує на все нижчеперераховані, окрім:
 - A. *Пошкодження корково-спинального тракту, що виник за місяць до обстеження.
 - B. Пошкодження чутливих нервів від сухожильних рецепторів розтягування.
 - C. Гострої поперечної перерви спинного мозку на рівні С5.
 - D. Гіпотиреозу.
 - E. Цукрового діабету.
3. Тремор рук спокою, особливо помітний при розсипах хворого, зазвичай розвивається при ураженні:
 - A. Зорового горба.
 - B. *Чорній субстанції.
 - C. Хвостатого ядра.
 - D. Спинного мозку.
 - E. Внутрішньої капсули мозку.
4. Адіадохокінез свідчить про порушення:
 - A. Послідовного руху пальців.
 - B. Ходьба з п'яти на шкарпетку.
 - C. *Швидкої зміни рухів.

- D. Придушення тремора.
 E. Конвергірування очних яблук.
5. Вертикальний ністагм з швидким компонентом вниз, необумовлений фіксацією погляду на якомусь предметі, найчастіше пов'язаний з пошкодженням:
- A. Моста мозку.
 B. *Області цервіко-медиллярного з'єднання.
 C. Середнього мозку.
 D. Зорового горба.
 E. Гіпоталамуса.

Тести та типові задачі II рівня

Тести II рівня

№	Тести II рівня	Еталон відповіді
1.	Перерахуйте якісні види чутливості: а) гіперестезія б) поліестезія в) гіперпатія г) дизестезія д) гіпестезія ж) анестезія	б) в) г)
2.	Перерахуйте загальні види чутливості: а) больова б) температурна в) відчуття локалізації г) вібраційна д) м'язово-суглобова ж) двомірно-просторова з) стереогноз	а) б) г) д)
3	Вкажіть ознаки центрального паралічу: а) атрофії м'язів; б) гіпертонія м'язів; в) патологічні рефлекси; г) арефлексія глибоких рефлексів; д) гіперрефлексія глибоких рефлексів	б, в, г
4	Вкажіть ознаки периферичного паралічу: а) атрофії м'язів; б) патологічні рефлекси; в) арефлексія; г) м'язова атонія; д) гіперрефлексія глибоких рефлексів	а, в, г
5	Вкажіть симптоми ураження стріарної системи: а) гіпомімія б) тиха монотонна мова в) гіперкінези г) м'язова гіпотонія д) пропульсія	в, г

6	<p>Назвіть симптоми, характерні для ураження палідарної системи:</p> <p>а) м'язова гіпотонія б) гіперкінези 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>	в, г, е, є, ж
7	<p>Назвіть шляхи, що проходять через верхню ніжку мозочка:</p> <p>а) оліво-мозочковий; б) ретикуло-мозочковий; в) денто-рубральний; г) спинно-мозочковий Говерла; д) вестибуло-мозочковий.</p>	в, г
8	<p>Назвіть методи дослідження функцій мозочка:</p> <p>а) пальце-носова проба; б) проба на діадохокінез; в) п'яtkово-колінна проба; г) проба Барре; д) дослідження очного дна; е) проба Вебера.</p>	а, б, в
9	<p>Перерахуйте якісні види чутливості:</p> <p>а) гіперестезія б) поліестезія в) гіперпатія г) дизестезія д) гіпестезія ж) анестезія</p>	б, в, г
10	<p>Перерахуйте загальні види чутливості:</p> <p>а) больова б) температурна в) відчуття локалізації г) вібраційна д) м'язово-суглобова ж) двомірно-просторова з) стереогноз</p>	а, б, г, д
11	<p>Вкажіть симптоми ураження периферичного нерва:</p> <p>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

12	Перерахуйте ознаки ураження заднього канатика спинного мозку: а) провідникова анестезія глибоких видів чутливості з боку ураження б) сенситивна атаксія в) стріляючі болі г) герпетичні висипання на шкірі д) дисоціація поверхневих видів чутливості	а, б
13	Назвіть шляхи, що проходять через верхню ніжку мозочка: а) оливо-мозочковий; б) ретикуло-мозочковий; в) денто-рубральний; г) спинно-мозочковий Говерса; д) вестибуло-мозочковий.	в, г
14	Назвіть методи дослідження функцій мозочка: а) пальце-носова проба; б) проба на діадохокінез; в) п'яtkово-колінна проба; г) проба Барре; д) дослідження очного дна; е) проба Вебера.	а, б, в
15	Вкажіть симптоми ураження стріарної системи: а) гіпомімія б) тиха монотонна мова в) гіперкінези г) м'язова гіпотонія д) пропульсія	в), г)
16	Назвіть симптоми, характерні для ураження палідарної системи: а) м'язова гіпотонія б) гіперкінези в) гіпомімія г) мікрографія д) центральні парези кінцівок е) брадикінезія є) м'язова гіпертонія за пластичним типом ж) тиха монотонная мова з) периферичні парези м'язів	в), г), е), є), ж)

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	Центральна правобічна

	лівих кінцівках. М'язовий тонус та рефлекси підвищені. Назвіть порушення.	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 лобної долі.	Спостерігаються на боці протилежному ураженню.
11.	У хворої спостерігається похитування при ходьбі, промазування при пальце-носовій та п'яtkово-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	Стереогноз

	порушений?	
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.
17	У хворого периферичний парез рук та центральний ніг. Вкажіть локалізацію процесу.	Передні роги та бічні канатики спинного мозку на рівні C ₅ -Th ₁ сегментів.
18	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.
19	У хворого правобічний спастичний геміпарез, рівномірно виражений в руці та нозі, що поєднується з геміанестезією всіх видів чутливості. що уражено?	Внутрішня капсула лівої півкулі мозку.
20	Хворого турбують напади клонічних судом у правій стопі, що тривають протягом хвилини. Як зветься ці напади? Що уражено?	Рухова джексо́нівська епіле́сія. Подразнюється верхній відділ лівої передцентральної звивини.
21	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)
22	У дитини спостерігаються швидкі, розмашисті мимовільні, нестереотипні рухи в м'язах обличчя та кінцівок. М'язовий тонус знижений. Як зветься наведений синдром? Які структури уражені?	Гіпотонічно-гіперкінетичний синдром (хорея). Хвостате ядро, лушпина.
23	У хворого пухлина черв'я мозочка. Як проявиться така патологія, з якої сторони?	Тулубова атаксія; при ходьбі хиткість у бік ураження.

24	Чи спостерігаються координаційні розлади при ураженні лобної долі.	Спостерігаються на боці протилежному ураженню.
25	У хворої спостерігається похитування при ходьбі, промазування при пальце-носовій та п'ятково-колінних пробах. Де вогнище ураження? Як буде змінений тонус м'язів.	Уражений мозочок. Спостерігається м'язова гіпотонія

Матеріали для тестового контролю (Па)

Тест 1 – тест з декількома варіантами відповідей.

1. Які утворення входять до складу проміжного мозку:

- A. Таламус.
- B. Епіталамус.
- C. Гіпоталамус.
- D. Базальні ганглії
- E. Мегаталамус.
- F. Покришка.

Відповідь :

2. Які ознаки центрального паралічу?

- A. Підвищення сухожильних рефлексів.
- B. Зниження черевних рефлексів.
- C. Гіпотонія м'язів.
- D. Фасцикулярні сіпання.
- E. Підвищення м'язового тону.

Відповідь:

3. Для геморагічного інсульту в СМР характерна наявність:

- A. Еритроцитів.
- B. Зниження хлоридів.
- C. Позитивна бензидинова проба.
- D. Підвищення лікворного тиску.
- E. Підвищення цукру.

Відповідь:

Типові завдання (Па):

1. У хворого, через деякий час після перенесеної травми голови, поступово розвинулася скутість і сповільненість рухів в правій руці і нозі, з'явилося тремтіння руки у спокої за типом «катання» пілюль.

Визначити:

- Локалізацію патологічного процесу
- Тактика ведення
- Лікування

(Екстрапірамідна система)

2. Хворий, 72 роки, поступив в приймальне відділення у комі. Температура тіла підвищена. Незадовго до поступління у нього наголошувався напад генералізованих тоніко-клонічних судом. Із слів родичів, останній тиждень перед нападами, він скаржився на сонливість і кашель. З ранку, в день нападу, поскаржився на головний біль і розпливчате бачення предметів. Того ж дня була блювота. Протягом дня розлад свідомості досяг рівня коми. Алкогольні і лікарські отруєння виключаються.

Визначити:

- Можливий діагноз
- Тактика ведення
- Лікування

(Гострий бактеріологічний менінгіт)

3. У хворого унаслідок розвитку екстремедулярної пухлини спинного мозку виник центральний парез правої нижньої кінцівки з порушенням глибокої чутливості від Th10 сегменту справа. Зліва виявлено зниження больової і температурної чутливості донизу від Th12 сегменту.

Визначити:

- Локалізацію патологічного осередку
- Тактика ведення
- Лікування

(Спинний мозок – рівень Th12)

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Професійний алгоритм формування практичних навичок та вмінь.

№	Завдання	Вказівки	Примітки
Послідовність			
1	Оволодіти методикою дослідження поверхневих видів чутливості	1. Больова чутливість. 2. Температурна чутливість 3. Тактильна чутливість	Врахуйте, що при перевірці больової чутливості за допомогою голочки сила уколу повинна бути однаковою, але частота уколів різна. Пробірка з гарячою водою повинна мати температуру не вище 40 С. Допускається різниця при впізнаванні температури в 3-5 градусів С.
2	Оволодіти методикою дослідження глибоких видів чутливості	1. М'язово-суглобове відчуття 2. Вібраційне відчуття	Дослідження розпочинається з дистальних фаланг кінцівок. В нормі воно становить 16-20 сек для камертона з частотою 128 коливань за хв.
3	Оволодіти методикою дослідження складних видів чутливості	1. Відчуття локалізації 2. Відчуття дискримінації. 3. Двомірно-просторове.	Зверніть увагу, що в нормі це відчуття різне на різних ділянках тіла, найменше (1-2 мм) на пучках пальців рук і найбільше (1-2 см) на спині. «Малювати» треба на тілі прості

		4. Стереогноз (тримірно-просторове)	фігури або цифри до 10. Пам'ятайте, що порушення цього відчуття виникає за умови збереження в руці загальних видів чутливості.
4	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.
5	Оволодіти методикою обстеження функцій екстрапірамідної системи у хворого	1. Оглянути позу, міміку, кількість та темп рухів, ходу. 2. Перевірити об'єм активних та пасивних рухів. 3. Дослідити стан м'язового тонусу: виявити підвищення тонусу (за типом „зубчатого колеса”, пробу Нойка-Ганева), або зниження його. 4. Дослідити симптом Гордона II. 5. Виявити тремор, гіперкінези, встановити їх види. 6. Виявити зміни мови (тиха, повільна, мало модульована, з повторенням останнього слова), письма (мікрографії). 7. Встановити порушення психоемоційної сфери	Виключити патологію суглобів, яка може спричинити обмеження рухів, інші больові феномени з боку м'язів. Виключити парези м'язів обличчя та кінцівок. Хворий повинен лежати і максимально розслабитись. Звернути увагу, що підвищення тонусу може відбуватись у разі ураження пірамідних шляхів (симптом „складного ножа”); зниження тонусу може бути ознакою периферичного парезу і супроводжуватись атрофіями і арефлексією глибоких рефлексів, а також свідчити про патологію мозочка. Пам'ятати, що тремор може спостерігатись за наявності тиреотоксикозу, алкогольної абстиненції і інш. Зверніть увагу на можливість істеричних гіперкінезів. Потрібно оцінювати зміни мови разом з іншими проявами паркінсонізму (гіпомія, брадикінезія, м'язова ригідність, тремор) Необхідно встановити доброзичливий контакт з хворими.

		(акаїрія, хореїчна психіка, депресія).	
6	На підставі виявлених патологічних симптомів встановити екстра пірамідний синдром та рівень уражень екстрапірамідної системи.	Згрупуйте виявлені ознаки, визначте синдром та рівень уражень екстрапірамідної системи.	Зверніть увагу на можливість поєднання різних екстрапірамідних порушень та інших комбінацій органічних уражень головного мозку.
7	Оволодіти методикою обстеження мозочкових функцій.	1. Хода 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.
8	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.
9	На підставі отриманих даних визначити вид порушення, рівень ураження, встановити топічний діагноз.		Звернути увагу на поєднування різних типів порушень та інших комбінацій органічних уражень нервової системи.
10	Обстеження хворих з різними ураженнями нервової системи.	1. Ретельний збір скарг і анамнезу пацієнта. 2. Провести зовнішній огляд хворого. 3. Визначити симетричність сухожильних рефлексів і суглобових рефлексів. 4. Досліджувати рефлекси із слизистих оболонки. 5. Дослідження клонусів стоп і колінних чашок. 6. Вимір об'єму кінцівок сантиметром. 7. Дослідження сили м'язів шляхом активного опору з боку хворого і динамометром. 8. Дослідження тону	- при зовнішньому огляді звернете увагу на м'язи кінцівок, об'єм активних і пасивних рухів. - визначити чи немає атрофії, контрактур м'язів, фіблярних і фасцикулярних сіпань. Гіпертонус: • спастичний • пластичний. Дослідження електрозбудливості. Ознайомлення з основами електро-міографії.

		<p>м'язів.</p> <p>9. Визначити необхідність і призначити додаткові методи дослідження.</p> <p>10. Керуючись результатами отриманих спостережень призначити диференційне лікування пацієнтові.</p>	
11	Встановити клінічний і топичний діагноз, визначити план лікування	На підставі виявлених симптомів обґрунтувати топичний діагноз, сформулювати клінічний діагноз	
12	Оволодіти методикою обстеження рухової функції у хворого.	<p>1. Об'єм пасивних рухів в суглобах кінцівок.</p> <p>2. Об'єм активних рухів в суглобах кінцівок, в тому числі проби Барре (верхня і нижня), пози „Будди”.</p> <p>3. Сила м'язів проксимальних та дистальних відділів кінцівок.</p> <p>4. Стан тону м'язів кінцівок.</p> <p>5. Стан фізіологічних рефлексів.</p> <p>6. Наявність патологічних рефлексів, клонусів, патологічних синкінезій.</p> <p>7. Наявність атрофій і фібрилярних посмикувань.</p>	<p>Зверніть увагу на відсутність патології суглобів, яка може спричинити обмеження їх рухомості.</p> <p>Пам'ятайте, що дослідження починають з великих і закінчують дрібними суглобами.</p> <p>Хворий повинен лежати і максимально розслабитись.</p> <p>При дослідженні рефлексів намагайтесь відволікати увагу хворого.</p> <p>Сила подразнень повинна бути однаковою.</p> <p>Пам'ятайте, що у дітей до року патологічні рефлекси розгинатального типу фізіологічно нормальні.</p>
13	На підставі виявлених патологічних симптомів встановити характер паралічу м'язів.	Згрупуйте виявлені ознаки парезу чи паралічу та скористайтесь структурно-логічною схемою змісту.	Зверніть увагу, що параліч або парез у разі нормальних глибоких та шкірних рефлексів дає підставі запідозрити його істеричний характер.
14	Провести курацію хворого з руховими розладами	<p>1. Скарги хворого.</p> <p>2. Анамнез захворювання.</p> <p>3. Наявність парезів чи паралічів.</p> <p>встановити характер парезу (центрального чи периферичний) та</p>	Скористайтесь професійними алгоритмами з попередніх занять для оволодіння методиками обстеження чутливої та рухової функцій хворого та схемою змісту даного заняття.

		неврологічний руховий синдром. 4. Чи супроводжується парез чутливими та тазовими порушеннями? 5. Встановити топічний діагноз	
15	Оволодіти методикою обстеження мозочкових функцій.	1. Хода хворого по прямій лінії з відкритими та закритими очима. 2. Стійкість хворого у позі Ромберга. 3. Наявність асинергії при пробі Бабінського. 4. Наявність симптому Стюарта-Холмса. 5. Наявність ністагму, скандованої мови, металографії. 6. Виконання хворим пальце-носової, п'ятково-колінної проб, проби на діадохокінез, дисметрію. 7. Стан м'язового тону.	У разі виявлення атаксії перевірити вплив контролю зору на її вираженість. За наявності м'язової гіпотонії вміти диференціювати її причини, для чого перевірити рефлекторно-рухову функцію та виключити наявність гіпотонічно-гіперкінетичного симптому.
16	На підставі виявлених симптомів встановити локалізацію патологічного процесу.	Для визначення рівня ураження врахуйте напрямок похитування хворого, в яких кінцівках спостерігається атаксія, при погляді у який бік з'являється ністагм.	При встановленні топічного діагнозу необхідно враховувати наявність рефлекторно-рухових та чутливих розладі.

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 верхньогрудному відділі спинного мозку. Чи зміняться глибокі та шкірні рефлекси? Якщо зміняться, то як?	Виникне гіперрефлексія глибоких рефлексів на ногах, шкірні та підошові зникнуть. З'являється патологічні рефлекси на стопах.
3.	У хворою виник крововилив у праву внутрішню	Центральний. 3

	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?	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, рефлеksi 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 синдром? Де локалізується осередок ураження?	Периферичний парез правої нижньої кінцівки. Осередок в периферійних нервах.
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, сухожильні рефлеksi з верхніх кінцівок	Центральний спастичний монопарез верхньої кінцівки. Осередок в перцентральній звивині правої лобної

	вище зліва, атрофія м'язів відсутня, позитивні патологічні рефлексії. Назвіть синдром. Де локалізується осередок ураження?	півкулі мозку.
9	У хворого субдуральна гематома на конвексимальній 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
10.	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.
11.	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.
12.	У хворого поступового нароста слабкість правої руки, глибокі рефлексії 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.
13.	Хвора отруїлася грибами. В неї виникли слабкість та парастезії в кистях та стопах. Об'єктивно: знижена сила в м'язах дистальних відділів ніг, рефлексії 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.
14.	У хворого внаслідок крововиливу в мозок у ділянці 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?	Рухові розлади – спастичний парез лівих кінцівок. Бульбарний синдром. Альтернуючий синдром Авеліса.
15.	Хворий, 50 років, скаржиться на загальну слабкість, скутість: тремтіння правої руки. Об'єктивно: у	Синдром паркінсонізму. Осередок у нігропалідарних

	хворого флексорна поза, гіпомімія, загальна оліго- і гіпокінезія. Статичний тремор правої верхньої кінцівок, нагадує „катання пілюль”. Назвіть синдром. Визначити осередок ураження.	утвореннях переважно праворуч.
16.	У хворого виникли різноманітні за силою й локалізацією скороченнями м'язів обличчя, кінцівок. Емоційно-мімічні та реактивні рухи різко посиленні. Тонус м'язів знижений, у суглобах спостерігається пере розгинання, обсяг пасивних рухів з них збільшений. Назвіть синдром. Визначити осередок ураження.	Хореїчний гіперкінез. Осередок ураження – стріарна система.
17.	У хворої з'явилися черв'якоподібні безперервні скорочення пальців кистей і стоп, які збільшуються під час довільних рухів. Назвіть синдром. Визначити осередок ураження.	Атетоз. Підкоркові ганглії: лупшина, бліді кулі.
18.	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'яткової пробах виявляється атаксія зліва, ададохокінез, дифтерія зліва. Вкажіть патологічні синдроми, визначте локалізацію процесу.	Центральний нижній парапарез. Статична, динамічна атаксії. Ураження пірамідних шляхів в бічних канатиках грудного відділу спинного мозку лівої половини мозочка.
19.	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?	Батіанестезія та поверхнева анестезія за провідниковим типом. У хворого через порушення м'язово-суглобового чуття виникла сенситивна атаксія.
20.	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 звуться відчуття затерпання? Який тип порушення чутливості у хворого? Які структури нервової системи уражені?	Парестезії. Периферичний (поліневритичний). Периферичні нерви в дистальних відділах кінцівок.
21.	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.
22.	У хворого здавлений пухлиною задній канатик	Провідникова анестезія з

	спинного мозку на рівні Th8 справа. Які порушення чутливості будуть у хворого і в яких кінцівках? Назвіть тип порушення чутливості. Як називається така патологія?	рівня Th8 справа (в правій нозі). Сенситивна атаксія в правій нозі.
23.	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.
24	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?	Батіанестезія та поверхнева анестезія за провідниковим типом. У хворого через порушення м'язово-суглобового чуття виникла сенситивна атаксія.
25	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 звуться відчуття затерпання? Який тип порушення чутливості у хворого? Які структури нервової системи уражені?	Парестезії. Периферичний (поліневритичний). Периферичні нерви в дистальних відділах кінцівок.
26	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 рефлексі відсутні, сухожильні рефлексі 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.	Центральний нижній парапарез. Статична, динамічна атаксії. Ураження пірамідних шляхів в бічних канатиках грудного відділу спинного мозку лівої половини мозочка.
27	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.	Синдром паркінсонізму. Осередок у нігропалідарних утвореннях переважно праворуч.
28	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.	Хореїчний гіперкінез. Осередок ураження – стріарна система.
29	У хворої з'явилися черв'якоподібні безперервні скорочення пальців кистей і стоп, які збільшуються	Атетоз. Підкоркові ганглії: лупшина, бліді кулі.

	під час довільних рухів. Назвіть синдром. Визначити осередок ураження.	
30	У хворого пухлина здавила праву половину шийного потовщення спинного мозку. Які сегменти ушкоджено? Як зветься цей 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
31	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, рефлекс 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.
32	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.
33	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 синдром? Де локалізація осередку ураження?	Периферичний парез правої нижньої кінцівки. Осередок в периферійних нервах.
34	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, сухожильні рефлекс з верхніх кінцівок вище зліва, атрофія м'язів відсутня, позитивні патологічні рефлекс. Який це синдром? Де локалізується осередок ураження?	Центральний спастичний монопарез верхньої кінцівки. Осередок в перецентральному звивини правої лобної півкулі мозку.
35	У хворого пухлина кінського хвоста. Які порушення рухів та чутливості розвиваються?	
36	У хворого субдуральна гематома на конвексимальній 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 джексонівської епілепсії
37	Хворий поранений у ліву половину поперекового потовщення спинного мозку. Які розлади чутливості рефлексів і рухів розів'ються? Який синдром спостерігається? Який рівень ураження спинного мозку?	Периферійний парез лівої ноги з ураженням глибокої чутливості нижче рівня ураження. Поверхова чутливість праворуч нижче рівня ураження на 3 сегмента. Синдром Браун-Секара.
38	У хворого пошкоджені пірамідні шляхи в шийному потовщенні спинного мозку. Які зміни чутливості та рухів відбудуться? Який синдром спостерігається? Який рівень ураження спинного мозку?	Периферійний парез верхніх кінцівок, центральний парез нижніх кінцівок. Зниження всіх видів чутливості у рівня Th ₂ . Порушення функції тазових органів. Трофічні розлади.
39	У хворого поступового нароста слабкість правої руки, глибокі рефлекси на руці не викликаються. Чутливість збережена. Як називається це порушення? Ураження яких структур Можна запідозрити?	Периферійний монопарез. Передні роги або передні корінці на рівні C ₅ -Th ₂ сегментів.
40	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 зниженні, з ніг відсутні. Гіпестезія всіх видів чутливості на кистях та стопах. Який парез виник у хворої? а яким типом порушена чутливість? Який неврологічний синдром у хворої? Що уражено?	Периферичний тетрапарез м'язів в дистальних відділах кінцівок. За периферійним типом. Поліневритичний синдром. Периферичні нерви і дистальних відділах кінцівок.
41	У хворого в наслідок крововиливу в мозок у ділянці 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?	Рухові розлади – спастичний парез лівих кінцівок. Бульбарний синдром. Альтерніруючий синдром Авеліса.
42	У хворого поступово нароста слабкість лівої руки, глибокі рефлекси на руці не викликаються. Чутливість збережена. Як називається таке 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.
43	У хворого пошкоджені пірамідні шляхи в верхньогрудному відділі спинного мозку. Чи зміняться глибокі та шкірні рефлекси? Якщо зміняться, то як?	Виникне гіперрефлексія глибоких рефлексів на ногах, шкірні та підшвові зникнуть. З'являється патологічні рефлекси на стопах.
44	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. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів.

Орієнтовна карта самостійної роботи з літературою по темі «Принципи будови та функціонування нервової системи. Довільні рухи та їх порушення. Синдроми ураження рухової чутливої системи. Пірамідна система. Симптоми центрального і периферичного парезів. Екстрапірамідна система та синдроми її ураження. Мозочок».

Основні завдання	Вказівки
Вивчити. Синдроми рухових, чутливих рефлекторних та координаторних розладів у разі ураження різних частин нервової системи.	Скласти таблицю рухових, чутливих, екстрапірамідних, мозочкових розладів, що виникають у разі ураження різних відділів нервової системи.
Будову рухового шляху.	Намалювати в зошиті хід рухового шляху.
Функції пірамідної системи.	Перелічити в зошиті функції пірамідної системи
Механізми забезпечення м'язового тону на рівні рефлекторних дуг.	Намалювати схему підтримання м'язового тону на рівні рефлекторної дуги.
Ознаки центрального та периферичного паралічів та патомеханізм їх виникнення.	Скласти таблицю відмінностей центрального та периферичного паралічів
Синдроми порушення чутливості	Вивчити клінічні особливості порушення чутливості у разі ушкодження нерва, за наявності поліневриту, у разі пошкодження спінального і черепного вузлів, заднього рогу, передньої білої спайки, заднього і бічного канатиків спинного мозку, при середньої петлі, таламуса, внутрішньої капсули, зацентральної звивини. Вписати в зошиті синдроми чутливих порушень.
Синдроми рухових розладів у разі ураження різних рівнів центрального та периферичного рухових нейронів.	Скласти таблицю рухових розладів у поєднанні з чутливими порушеннями, що виникають у разі ураження різних відділів нервової системи.
Анатомію, фізіологію мозочка; його функції, хід мозочкових шляхів.	Намалювати, написати афентні, ефентні шляхи та функції мозочка.
Клінічні прояви ураження мозочка.	Вписати в зошит синдроми порушення функцій мозочка.
Види атаксій та їх основні діагностичні критерії.	Знати види атаксій, їх відмінності.
Анатомо-фізіологічні особливості	Назвати та зобразити схематично анатомічні структурні рівні ЕПС та основні зв'язки функції ЕПС.

екстрапірамідної системи	
Синдроми, котрі спостерігаються при ураженні ЕПС.	Вписати у зошит синдроми ураження ЕПС.
Методику обстеження хворих з патологією ЕПС.	Неврологічний огляд, використання додаткових методів дослідження ЕМГ, ЕЕГ, вегетативні проби.
Диференціальна діагностика типів м'язового гіпертонічного тону (спастичний, пластичний)	Вписати у зошит диференціальну діагностику типів м'язового гіпертонічного тону (спастичний, пластичний).

**Патологія I, II, III, IV, VI, VIII, IX-XII пар черепних нервів. Методика обстеження. Синдроми ураження. Бульбарний та псевдобульбарний синдром. Синдроми ураження язикоглоткового, блукаючого та під'язикового нервів. Локалізація функцій у корі головного мозку. Функціональні методи обстеження хворих.
(4 години)**

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 стовбурі мозку.

III, IV, VI пари черепних нервів є руховими та мають ядра, розташовані в стовбурі 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.

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, сирингобульбії, 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 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), *центральный 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 акомодатції, офтальмоплегія (часткова і повна); зіничні реакції, рефлекторну дугу зіничного рефлексу, порушення зіничних реакцій (синдром Аргайла-Робертсона), міоз, мідріаз, анізокорія (а-II).
7. Анатомію, функції та симптоми ураження IX, X, XI, XII пар черепних нервів (а=II).
8. Прояви та диференціальну діагностику бульбарного та псевдобульбарного синдромів (а=II).
9. Синдроми ураження окремих часток великих півкуль:
 - лобної долі;
 - скроневої долі;
 - тім'яної долі;
 - потиличної долі

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).
6. Дослідити функції IX, X, XI, XII пар черепних нервів (а=III).
7. Виявити симптоми ураження цих нервів (а=III).
8. Діагностувати ознаки бульбарного і псевдобульбарного синдромів (а=III).
9. На підставі отриманих клінічних даних встановити топічний діагноз (а=III).
10. Огляд хворих з патологією кори головного мозку.
 - проведення лікворної пункції.
 - обстеження гнозису, праксису, мови
 - визначення менінгеальних симптомів
11. Проводити клініко-неврологічне обстеження хворих з ураженням кори головного мозку;
12. Визначати види апраксії
13. Визначати вид порушення гностичних функцій.
14. Визначити вид розладу мови

III. 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.	Визначити місце розташування патологічного осередку в ЦНС. На муляжах та схемах показати стовбур головного мозку, місця

	Підкіркові центри нюхового та зорового аналізаторів. Будову стовбура головного мозку та черепних нервів бульбарної групи.	знаходження ядер IX, X, XI, XII пар черепних нервів та їх корінців.
Анатомія	Анатомію кори головного мозку. Анатомія оболонки 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.
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. Патоморфологічні зміни у разі ураження черепних нервів бульбарної групи.	Прогнозувати можливі патоморфологічні зміни в нейронах та їх аксонах при враженні I, II, III, IV, VI, VIII пари черепних нервів. Мікроскопічно розрізняти патологію IX, X, XI, XII пар черепних нервів та їх ядер.
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. Патологію IX, X, XI, XII пар черепних нервів за наявності об'ємних процесів у ділянці стовбура мозку, у разі черепно-мозкових травм.	Визначити топічний діагноз по клінічним ознакам ураження I, II, III, IV, VI, VIII пари черепних нервів та визначити показання до нейрохірургічного обстеження та лікування. 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.
Інфекційні хвороби	Клінічні ознаки порушення функції I, II, III, IV, VI пари черепних нервів при	Визначити тактику додаткового обстеження і лікування. Виявляти симптоми ураження IX,

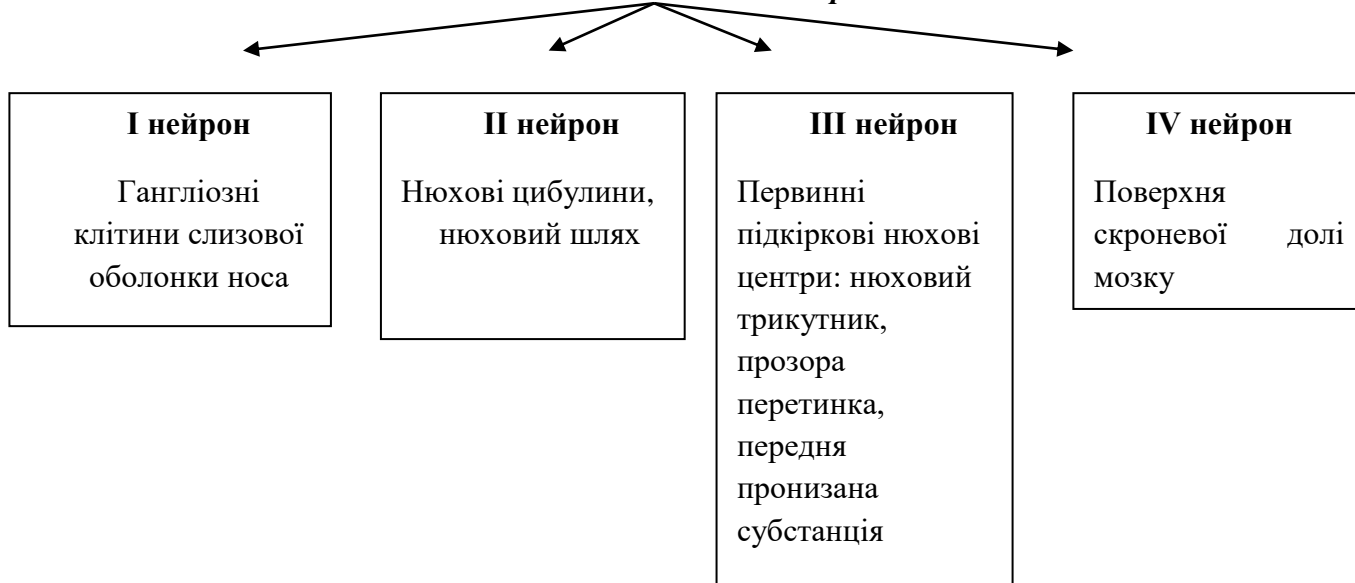
	лікуванні антибіотиками, інтоксикаціях. Патологію IX, X, XI, XII пар черепних нервів, ознаки бульбарного синдрому за наявності інфекційних захворювань. Менінгеальні симптоми, показники ліквору у нормі та при патології, клітинно-білкову дисоціація, білково-клітинна дисоціація, геморагічний синдром	X, XI, XII пар черепних нервів або їх ядер у разі кліщового, стовбу-рового енцефалітів, поліомієліту, дифтерійної полінейропатії. Скласти алгоритм проведення лікворної пункції. Оцінити результати ліквору та ліквородинамічних проб.
Психіатрія	Психічні розлади при розладах різних відділів кори головного мозку.	
Внутрішньопредметна інтеграція		
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, дифтерійної полінейропатії.
Судинні захворювання нервової системи	Патологію IX, X, XI, XII пар черепних нервів у хворих на цереброваскулярну патологію Синдроми подразнення різних відділів кори головного мозку. Синдроми випадіння.	Диференціювати бульбарний та псевдобульбарний синдроми, виявляти альтернуючі синдроми довгастого мозку у хворих с судинними порушеннями головного мозку. Диференціювати ураження різних відділів кори головного мозку у залежності від симптоматики.
Травматичні, судинні, демієлінізуючі, інфекційні	Етіологічні та клінічні особливості перебігу	Визначити провідні клінічні симптоми і синдроми та

(менінгіти, менінгоенцефаліти), онкологічні (пухлини ЦНС) захворювання ЦНС	захворювань	принципи тактики.
	Діагностичні та терапевтичні заходи при виявленні травматичного анамнезу за наявності синдромів ураження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів	Діагностувати ЗЧМТ – струс, забій головного мозку, субдуральна гематома, субарахноїдальний крововилив, внутрішньомозкова гематома
	Діагностичні та терапевтичні заходи при виявленні інфекційного анамнезу за наявності синдромів ураження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів	Діагностувати менінгіти, менінгоенцефаліти. Визначати менінгеальні ознаки, аналізувати дані додаткових методів обстеження (ЗАК, аналіз ЦСР)
	Діагностичні та терапевтичні заходи при виявленні інтоксикаційного анамнезу за наявності синдромів ураження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів	Знати ознаки враження нервової системи при різноманітних інтоксикаціях.
Діагностичні та терапевтичні заходи при виявленні онкологічного анамнезу.	Призначати додаткові методи дослідження.	

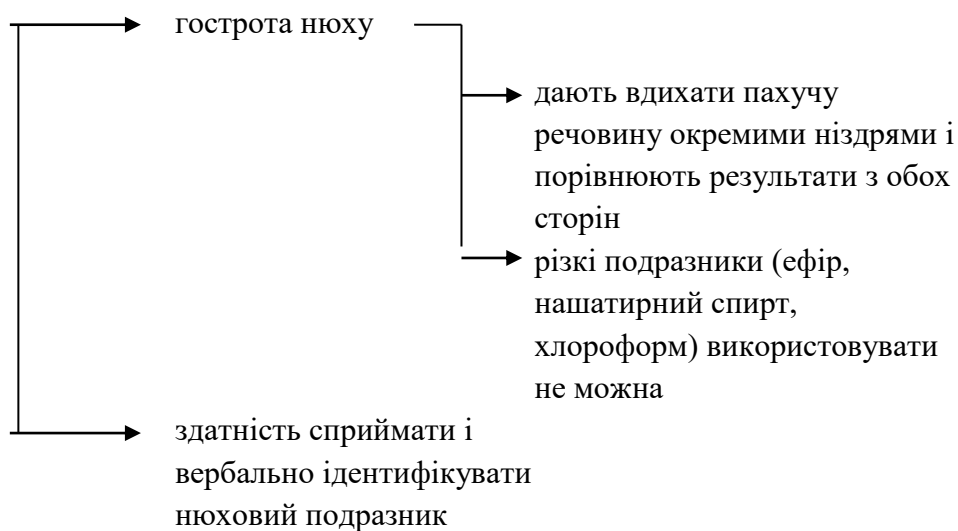
IV. Зміст теми заняття

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)

Зоровий аналізатор

Зоровий аналізатор



Периферичний відділ

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

Центральний відділ

- ✓ підкоркові центри:
 - латеральні колінчаті тіла
 - верхні бугри
 - подушка зорового бугра
- ✓ пучок Граціоле
- ✓ кірковий центр аналізатора
 - шпорна борозна потиличної долі

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 нерозуміння кольору.
Дисхроматопсія – впізнавання лише конкретного кольору.
Дальтонізм – вроджене нерозуміння 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*.
 - співдружнтя – 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

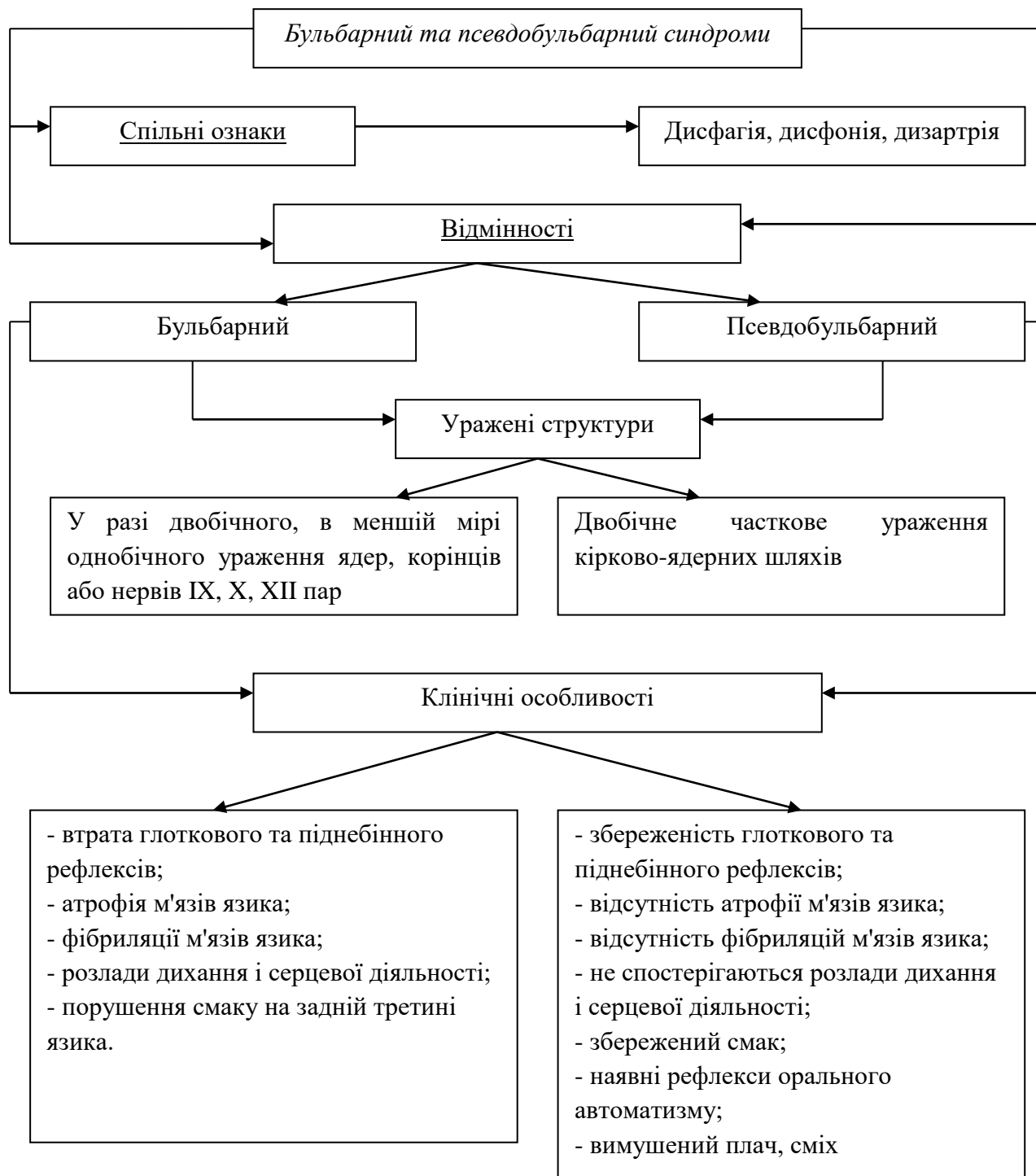
Вид дослідження – об'єм рухів очного яблука при погляді назовні.

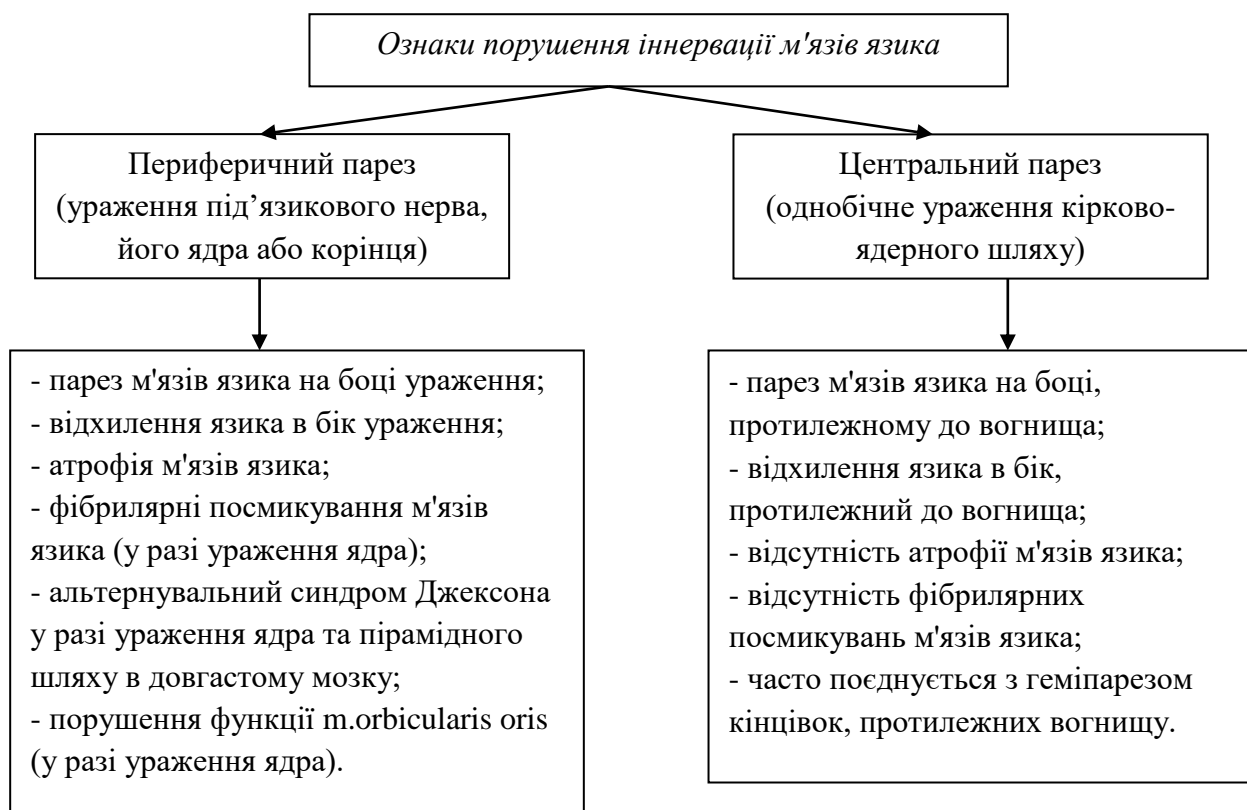
Методика дослідження – хворому пропонують дивитися на молоточок, який пересувають назовні.

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.

Бульбарний та псевдобульбарний синдроми





Синдроми ураження язикоглоткового та блукаючого нервів

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.

Нозологічні форми	Клінічні ознаки	Лікування
Невралгія язикоглоткового нерва	Больові однобічні пароксизми по кілька хвилин, які починаються з кориня язика, поширюються на горло, вухо, в кут нижньої щелепи. Провокується розмовами, вживанням горячої їжі, подразненням кореня язика та мигдалин. Біль супроводжується сухістю у горлі, роті, після нападу гіперсалівації.	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. Захворення триває кілька місяців, після чого настає ремісія.	Ненаркотичні анальгетики, нейролептики, транквілізатори, вітаміни групи В, фізіопроцедури.
Невралгія вушного нерва	Напади болю в ділянці	Антибіотики, протизапальні

<p>діагнозу враження НС при виявленні синдромів ураження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів.</p> <p>8. Анатомія і функція IX, X, XI, XII пар черепних нервів.</p> <p>9. Симптоми ураження нервів бульбарної групи.</p> <p>10. Прояви та диференціальна діагностика бульбарного та псевдобульбарного синдромів.</p> <p>11. Альтернуючі синдроми довгастого мозку.</p> <p>12. Функції різних відділів кори головного мозку.</p> <p>13. Синдроми випадіння та подразнення кори.</p> <p>14. Джексонівська епілепсія.</p> <p>15. Методи діагностики вищих коркових функцій.</p> <p>15. Первинні, вторинні, третинні поля, теорія Павлова, теорія субдомінантності півкуль головного мозку.</p>		задач II рівня		
II. Основний етап				
<p>4. Формування професійних навичок та вмінь:</p> <p>1. Оволодіти методикою проведення збору скарг та анамнестичних даних щодо 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</p>	<p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>III</p>	<p>Методи формування навичок: професійний тренінг,</p> <p>рішення тестів II рівня, типових задач II рівня</p> <p>Методи формування вмінь: професійний</p>	<p>Алгоритми для формування практичних навичок</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</p>	<p>160</p>

	<p>діагноз згідно клінічних класифікацій.</p> <p>6. Визначити тактику при виявленні синдромів ураження I, II, III, IV, VI пари черепних нервів.</p> <p>6. Оволодіти методикою дослідження функцій нервів бульбарного групи;</p> <p>7. Виявити симптоми ураження цих нервів.</p> <p>8. Виявити ознаки бульбарного та псевдобульбарного синдромів.</p> <p>9. На підставі отриманих даних визначити локалізацію.</p> <p>10. Оволодіти методикою проведення клінічного обстеження хворих з розладами вищих коркових функцій.</p> <p>11. Діагностувати апраксію, агнозію та афазію на основі збору анамнезу, скарг, клініко-невроло гічного огляду.</p> <p>12. Провести курацію хворого з ураженнями різних відділів кори головного мозку</p>		<p>тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій, задачі III рівня</p>	<p>задачі.</p> <p>Імітаційні ігри.</p> <p>Обладнання.</p> <p>Дані люмбальної пункції, КТ, ЯМР-дослідження</p> <p>Професійний алгоритм для оволодіння навичками і вмінням обстеження хворих з патологією IX, X, XI, XII пар черепних нервів.</p>	
III. Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня професійних вмінь та навичок	III	Методи контролю навичок:	Обладнання	9
6.	Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного)		індивідуальний контроль практичних навичок та їх результатів.	Результати клінічного обстеження.	
7.	Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)		Аналіз та оцінка результатів роботи.	Задачі III рівня Тестові завдання III рівня Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою	

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 IV 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 IV пари черепних нервів?
18. Які види дослідження необхідно провести для вивчення стану VI пари черепних нервів?
19. Де розташовані ядра IX, X, XI, XII пар черепних нервів?
20. Опишіть хід черепних нервів бульбарної групи.
21. Опишіть функції черепних нервів бульбарної групи.
22. Як досліджується функція IX, X, XI, XII пар черепних нервів?
23. Дайте характеристику периферичного і центрального парезів м'язів язика.
24. Охарактеризуйте бульбарний і псевдобульбарний синдроми.
25. Опишіть ознаки ураження XI пари черепних нервів.
26. Назвіть і дайте характеристику альтернувальних синдромів довгастого мозку.
27. Локалізація функцій у корі головного мозку.
28. Гностичні функції, види порушення гностичних функцій: зорова, нюхова, смакова, слухова агнозії, астерегноз, аутоагнозія, анозогнозія.
29. Праксис, види апраксій: конструктивна, ідеаторна, моторна.
30. Мова, її розлади: моторна, сенсорна, амнестична афазії.
31. Синдроми ураження окремих часток великих півкуль.
32. Синдроми ураження правої та лівої півкуль.
33. Спинномозкова пункція.
34. Оболонки спинного та головного мозку.
35. Менінгеальні симптоми.

Матеріали для тестового контролю (Па):

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

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 трак

Тести 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.	<p>Назвіть ознаки псевдобульбарного синдрому:</p> <p>а) атрофія м'язів язика; б) фібрилярні посмикування м'язів язика; в) дисфагія; г) дисфонія; д) відсутність глоткового рефлексу; е) дизартрія; є) рефлeksi орального автоматизму; ж) розбіжна косоокість; з) насильні плач і сміх.</p>	в), г), є), є), з)
4.	<p>Перерахуйте ознаки альтернуального синдрому Валленберга-Захарченка:</p> <p>а) рефлeksi 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; є) провідникова геміанестезія зі протилежного боку; ж) мозочкові порушення на боці вогнища; з) мозочкові порушення з протилежного боку.</p>	в), г), є), є), ж)

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 Бенедікта, 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
4	У хворого спостерігаються атрофія правої половини язика, відхилення його при висовуванні з рота вправо і центральний геміпарез зліва. Де знаходиться вогнище ураження? Що уражено? Як зветься синдром?	В довгастому мозку. Уражено ядро XII пари і пірамідні шляхи справа. Альтернуючий синдром Джексона
5	У хворого спостерігаються дизартрія, дисфагія, дисфонія, атрофія і фібрилярні посипування м'язів язика, порушення дихання та серцевої діяльності, відсутній глотковий рефлекс. Оцінити характер парезу м'язів. Як називається цей синдром?	Периферичний парез. Бульбарний синдром.

6	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.
---	--	--

Тести III рівня

Заповніть таблицю: основні диференційно-діагностичні ознаки ураження нюхового, зорового аналізаторів та дисфункції очорухових 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				
Квадрантна 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'язу				
-------------------------	--	--	--	--

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.	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 вогнищевого ураження нервової системи. Згрупуйте виявлені ознаки з формулюванням провідних клінічних синдромів. Звернути увагу на дані загально клінічних і додаткових методів дослідження
	Оволодіти методикою обстеження IX, X, XI, XII пар черепних нервів. Обстежити хворих з патологією IX, X, XI, XII пар черепних нервів	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 –	Дослідження IX і X пар доцільно проводити разом, так як вони мають спільні ядра, часто уражаються одночасно.

		<p>оцінити функцію грудинно-ключично-соскоподібного та трапецієподібного м'язів шляхом виявлення атрофій, оцінки обсягу актив-них рухів і м'язової сили цих м'язів.</p> <p>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.</p> <p>4. Перевірити наявність симптомів орального автоматизму, насильних сміху чи плачу.</p> <p>5. Обстежити рефлекторно-рухову, чутливу функцію, функцію мозочка з метою виявлення альтернуючих синдромів.</p>	
	На підставі виявлених патологічних симптомів встановити топічний діагноз	Згрупуйте виявленні симптоми, проаналізувати їх, встановити синдром та визначити локалізацію патологічного процесу.	Зверніть увагу на необхідність диференціальної діагностики бульбарного, псевдобульбарного та альтернуючих синдромів.

3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Нетипові задачі (рівень III)

№ пп	Нетипові задачі III рівня	Еталон відповіді
1.	У хворого з nelaкованим 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:	Ураження VI пари черепних нервів, менингеальний синдром. Люмбальна пункція, ангіографія, консультація нейрохірурга при необхідності.

	топічний та синдромологічний діагноз, додаткові методи обстеження, проведення диференційної діагностики, тактику ведення хворого, терапевтичні заходи.	
3	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.
4	У хворой 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 хворой? 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.
5	У хворого після огляду виявлені дизартрія, дисфонія, 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.	Бульбарний синдром.
6	Хворий скаржить 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.
7	Хворий скаржить на порушення ковтання, мови, слабкість правих кінцівок. Об'єктивно: дизартрія, дисфонія, глотковий рефлекс відсутній, немає фонації м'якого піднебіння,	Синдром Шмідта. Ураження лівої половини довгастого мозку.

	порушенні рухи в трапецієподібному та грудинно-ключично-соскоподібному м'язі ліворуч, центральний парез правих кінцівок. Назвіть синдром. При ураженні чого він виникає?	
8	У хворого при огляді парез м'якого піднебіння та голосової зв'язки праворуч, порушено ковтання (попирхується 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.
9	У хворого виявлено девіацію язика вліво, фібрилярні посмикування в них, центральний спастичний парез правих кінцівок. Назвіть синдром. Де осередок ураження?	Синдром Джексона. Ураження лівої половини довгастого мозку.
10	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.
11	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.
12	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 у хворого? Що уражено?	Псевдобульбарний синдром. Двобічне ураження кортико-нуклеарних шляхів внаслідок декількох осередків у головному мозку.

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 враження m. levator palpebre superior, верхнього, внутрішнього, нижнього прямих очорухових м'язів і нижнього косоного, порушення акомодациї 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 I, II, III, IV, VI, VIII пар черепних нервів. Методика обстеження. Синдроми ураження. Патологія IX-XII пар черепних нервів. Бульбарний та псевдобульбарний синдром. Синдроми ураження язикоглоткового, блукаючого та під'язикового нервів. Локалізація функцій у корі головного мозку. Функціональні методи обстеження хворих».

№ 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 очорухових нервів	Перелічити основні діагностичні ознаки ураження III, IV, VI пари черепних нервів
4.	Які альтернуючі синдроми супроводжуються ураженням III, VI пари черепних нервів?	Перелічити альтернуючи 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 топикою вогнищ ураження нервової системи	Вміти встановлювати топічний і синдромологічний діагноз

7	Анатомію IX, X, XI, XII пар черепних нервів.	Намалювати схеми розташування ядер та хід волокон IX, X, XI, XII пар черепних нервів.
8	Симптоми ураження IX, X, XI, XII пар черепних нервів.	Вписати у зошит симптомокомплекси уражень
9	Альтернуючі синдроми довгастого мозку.	Вписати у зошит симптомокомплекси уражень
10	Ознаки бульбарного та псевдобульбарного синдромів.	Скласти таблицю диференціальної діагностики бульбарного та псевдобульбарного синдромів.

Тема «Ураження трійчастого нерва»

(4 години)

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).

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. 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 розрізнити рухові, чутливі ядра, корінці, нерви, провідні шляхи.
Патологічна анатомія	Патоморфологічні зміни у разі ураження ядер та корінців V пари черепних нервів.	Мікроскопічно розрізнити 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 –	Виявити ураження V пари черепних нервів у хворих з

	пухлин, черепно-мозкові травми.	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 нейропатії.

V. Зміст теми заняття

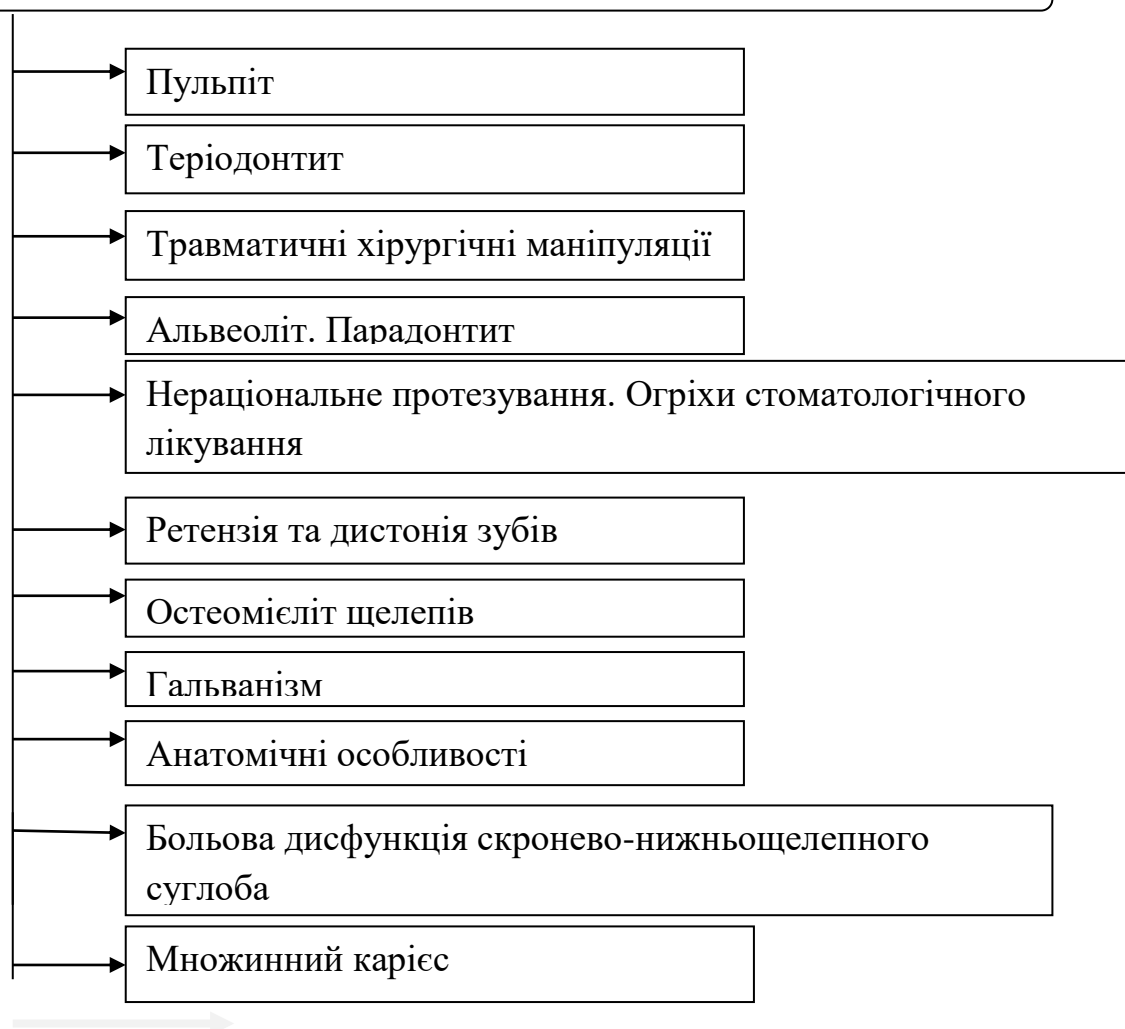
Ознаки ураження системи трійчастого нерва



Клінічні прояви ондонтогенної 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 зубощелепної системи 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.

Причини розвитку ондонтогенної невралгії трійчастого нерва



Ондонтогенний лицевий біль

Ураження зуба мудрості	Ірадіація болі у вуха
Ураження корінних зубів верхньої	Біль розповсюджується у скроневу ділянку (1 моляр),

щелепи	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	
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	10
II. Основний етап					
4.	Формування професійних навичок та вмінь. 1. Оволодіти методикою	III	Практичний тренінг у відпрацюванні	Хворі, історії хвороби. Професійний	160

	<p>обстеження трійчастого нерва.</p> <p>2. Обстеження хворих з патологією трійчастого нерва.</p> <p>3. На підставі виявлення симптомів провести диференціальну діагностику і вказати рівень ураження.</p>		<p>навичок; професійний тренінг у вирішення нетипових клінічних ситуацій.</p>	<p>алгоритм формування навичок та вмінь обстеження хворих з патологією V пари черепних нервів.</p>	
III. Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня професійних навичок та вмінь.	III	<p>Індивідуальний контроль практичних навичок, оцінка результатів клінічної роботи. Вирішення нетипових задач III рівня.</p>	<p>Хворі. Нетипові ситуаційні задачі III рівня.</p>	9
6.	Обговорення результатів курації.				
7.	Підведення підсумків практичного заняття.				
8.	Домашнє завдання				
				<p>Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою</p>	

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	Невралгія III

щоці, нижніх зубів, нижній щелепі зліва. Біль гострий, інтенсивний, продовжується до 30 секунд, не зникає після прийому анальгетиків. Стоматолог не виявив патологію зубів. Встановіть діагноз та призначте обстеження.	трійчастого нерва зліва. МРТ головного 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 рефлекс, 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 Іглки трійчастого нерву. Прийом антиконвульсантів (габапентін, прегабалін, карбатазепін).

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

Орієнтована карта самостійної роботи з літературою.

Основні завдання	Вказівки
<p>Повторити</p> <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>

**Тема: «Лицьовий нерв. Синдроми ураження. Захворювання лицьового нерва»
(4 години)**

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. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
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.	
Наступні дисципліни (що забезпечуються)		
Черепно-лицьова хірургія	Патологію лицьового нерва у хворих з травмами, пухлинами, інфекційними ураженнями обличчя та головного мозку, черепа.	Виявити ураження лицьового нерва у хворих з травматичними ураженнями черепа та 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 невропатії 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

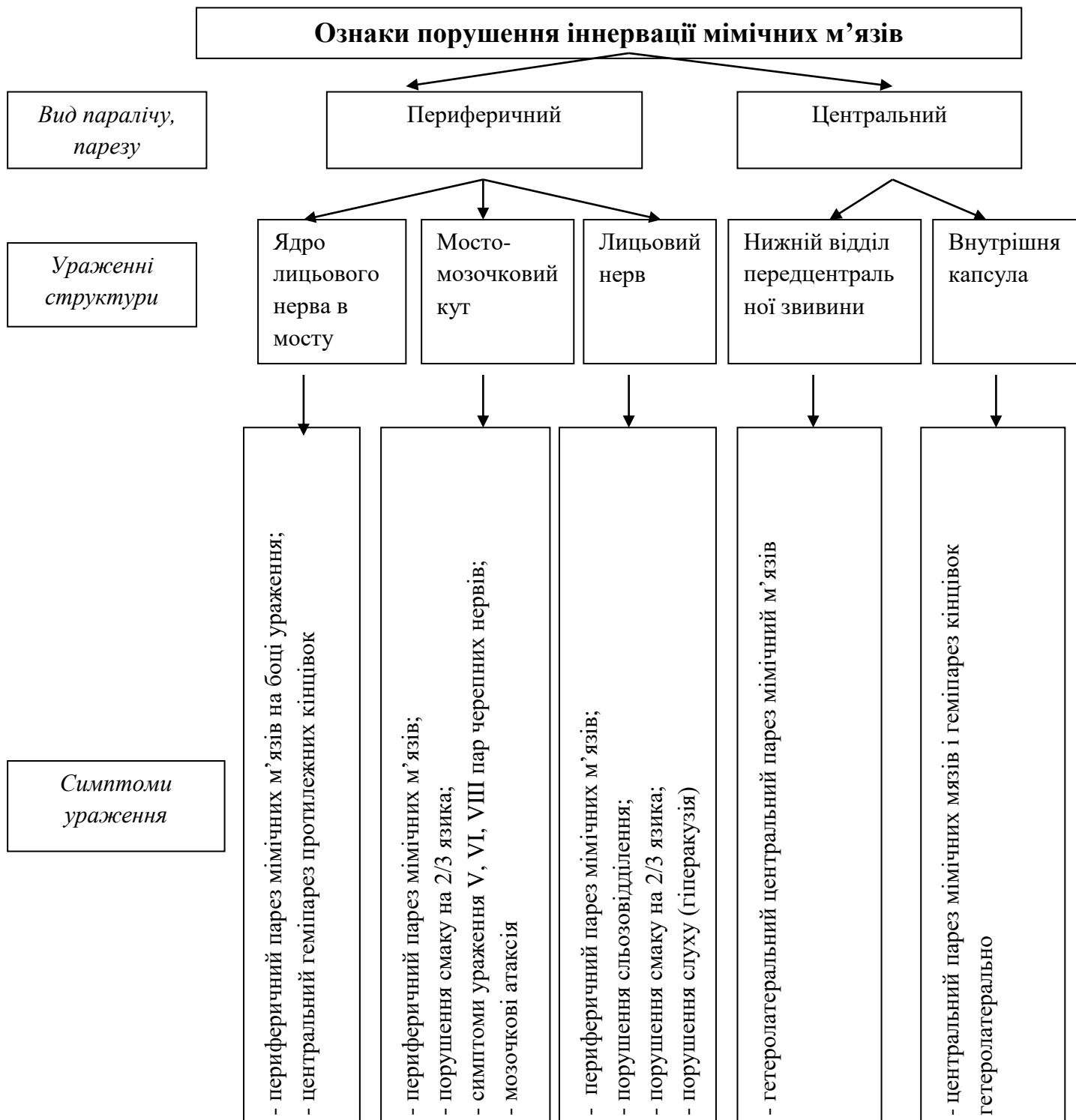
Синдроми ураження язикоглоткового та блукаючого нерва

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 нерва	Напади болю в ділянці зовнішнього слухового ходу та барабанної перетинки. Біль супроводжується	Антибіотики, протизапальні препарати, вітаміни гр.В.

	нудотою, іноді блюванням.	
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	
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 невропатії 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	10
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 черепа). 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 лицевого, язикоглоткового, під'язичного, носовій-частого та блукаючого нервів.	160
III. Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня професійних навичок та вмінь.	III	Індивідуальний контроль практичних	Хворі. Нетипові ситуаційні	9

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

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 перелічуване	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>

Тема: «Патологія вегетативної нервової системи. Вегетативні прозопалгії та інші нейрогенні захворювання»

(4 години)

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).

Студент повинен **вміти**:

1. Виявляти, провести диференціальну діагностику вегетативних порушень (α -III).

III. 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	Вегетативні порушення у разі шкіряних захворювань.	Виявити вегетативні порушення у хворих з

хвороби		шкіряними хворобами.
<i>Внутрішньопредметна інтеграція</i>		
Черепні нерви: Окорухові V, VII, IX, X	<p>Вегетативну іннервацію ока.</p> <p>Вегетативну іннервацію обличчя, слізної, слиновидільних залоз, внутрішніх органів.</p>	<p>Виявити синдром Горнера, мідріаз, порушення акомодатції.</p> <p>Виявити вегетативні порушення обличчя та з боку внутрішніх органів.</p>
Невралгії, нейропатії, полінейропатії	Вегетативні порушення, що виникають за наявності невралгії, нейропатії, полінейропатії.	Виявити вегетативні порушення у хворих з захворюванням периферичних нервів.

IV. Зміст теми заняття



ВЕГЕТАТИВНІ ПРОЗОПАЛГІЇ

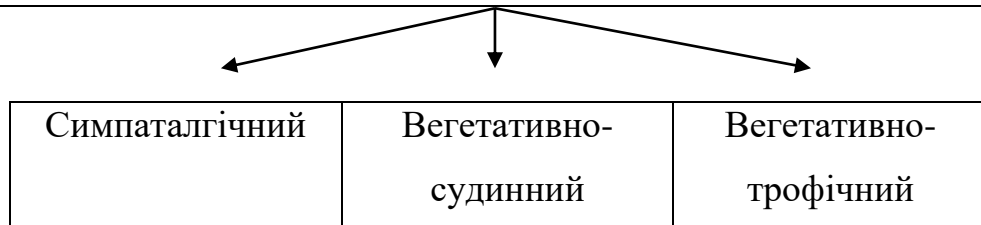
	Етіологія	Клінічні прояви	Лікування
Гангліоніт крилопіднебенного вузла (Сладера)	Хронічні запальні процеси зубощелепної системи пара назальних синусів крилопіднебенної ямки, скронево-нижньощелепного суглобу.	Пароксизмальний пекучий біль в половині обличчя з іррадіацією у шию, потилицю. Наявність «вегетативних 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. Тригерна 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 кальція Біогенні стимулятори



Патологія вегетативної нервової системи



Сегментарні вегетативні синдроми



Етіологія	сирингомієлія, гематомієлія, ішемічна мієлопатія, інфекції, інтоксикації, пухлини спинного мозку, захворювання органів черевної порожнини, вертеброгенні причини
-----------	--

Клініка	Пекучий біль в ділянці інервації, сенестопатії, парестезії.	Зміна кольору шкіри (блідість, почервоніння, синюшність), набряк тканин у зоні ураження; затерпання, замерзання пальців рук і ніг.	Сухість, злушення шкіри, пігментація її, випадання волосся, гіпертрихоз, утворення виразок, гіперкератоз, ламкість нігтів, артропатії.
Лікування	Спазмолітини, гангліоблокатори, анальгетики,	Седативні, антигістамінні препарати,	Вітаміни групи В, АТФ, спазмолітини, ЛФК, масаж,

	карбамазепін, седативні засоби, фізіотерапія.	спазмолітини, дегідратанти, ЛФК, фізіотерапія.	фізіотерапія.
--	---	--	---------------

Клінічні ознаки	Вегетативні вузли					
	Крилонебний	Вушний	Колінчастий	Під'язиковий і піднижньощелепний	Носовий	Верхньошийний та симптоматичний
Характер болю	Стріляючий рве, пульсуючий	Пекучий	Постійний або періодичний, стріляючий або рве	Ниючий постійний, на його тлі виникають різкі пароксизми	Інтенсивний, пекучий	Постійний, пекучий, з загостреннями
Місце виникнення	Ніс, очниця, верхня щелепа	Скронева область	Вушна раковина, небо	Піднижньощелепна область, язик	Очне яблуко	Шия, нижня щелепа, без чіткої локалізації.
Іррадіація болю	Вуха, язик, мигдалина, скроня, плече, кисть, потилиця.	Нижня щелепа	Обличчя, волосиста частина голови, шия	Іноді нижня щелепа, губи, скроня, шия, потилиця	Відсутні	Половина обличчя, половина тулуба
Провокуючі фактори	Алкоголь, перевтома, емоції	Переохолодження, гаряча їжа	Відсутні	Рясний прийом їжі	Відсутні	переохолодження
Больові точки	Внутрішній кут очниці	Між зовнішнім слуховим проходом і скронево-нижньощелепним суглобом	Відсутні	В піднижньочелюстному трикутнику	Очне яблуко	Відсутні
Характерні ознаки	Змазування дикаїном задніх відділів носової порожнини усуває напади	Закладеність вуха; новокаїнізація больової точки купірує напад	Герпетичні висипання в області вушної раковини, слухового проходу	Відсутні	Герпетичні висипання на шкірі носа і чола, кератит, кон'юнктивіт	Синдром Горнера, трофічні сегментарні розлади
Тривалість	Години-доба	Хвилини-	Кілька	Кілька хвилин-	Півгодини-	Кілька

атаки		години	секунд-хвилини	години	кілька годин	годин
Час доби	найчастіше ввечері	Будь яке	Будь яке	вдень	Будь яке	Посилення вночі
Супутні симптоми	Сльозотечення, епінорея, слиновиділення	Гіперсалівація, закладеність вуха.	Часто порушення смаку на передніх 2/3 язика парез лицьової мускулатури	Слиноотеча або ксеростомія	Світлобоязнь, гіперемія кон'юнктиви	Сегментарна гіперестезія, гіперрефлексія м'язів на стороні болю, зміни емоційної сфери

V. 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.)
1. Підготовчий етап					
1	Організація заняття.			Академ журн. Див.	1
2	Визначення навчальних цілей і мотивація.			„Навчальні цілі” „Актуальність теми	9
3	Контроль вихідного рівня знань. 1. Анатомія, фізіологія та принципи функціонування ВНС. 2. Патогенез, класифікація та клінічні прояви вегетативних порушень у разі ураження сегментарного та насегментарного відділів ВНС (обличчя та шия). 3. Порушення вегетативної іннервації ока. 4. Критерії диференційної діагностики гангліїв, невралгії та невропатії черепних нервів. 5. 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	

2. Основний етап					
4.	Формування професійних навичок та вмінь. 1. Оволодіти методикою дослідження ВНС. 2. Вміти виявляти, діагностувати, лікувати вегетативні синдроми. 3. Скласти план обстеження хворих з ураженнями вегетативних структур шиї та обличчя. 4. Провести диференціальну діагностику гангліонітів, неврологічних уражень ВНС, шиї та обличчя; призначити лікування.	III	Практичний тренінг у відпрацюванні навичок; професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій.	Хворі, історії хвороби. Професійний алгоритм формування навичок та вмінь.	160
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.	9
6.	Обговорення результатів курації.				
7.	Підведення підсумків практичного заняття.				
8.	Домашнє завдання			Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою	1

VI. Матеріали методичного забезпечення заняття

1. 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 гангліоніти 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.

Тести та типові задачі II рівня

Тести II рівня

№	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

№	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 піднижньо-щелепного та під'язикового вузлів.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Професійний алгоритм формування навичок і вмінь обстеження хворих з вегетативними розладами нервової 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.	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, слъзо- та слинотечею, ринореєю з правої	Правобічний гнійний гайморит. Ускладнення – синдром Слюдера.

	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?	
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.

3. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

Орієнтована карта самостійної роботи з літературою.

Основні завдання	Вказівки
<p>Вивчити</p> <p>2. Анатомію, фізіологію, принципи функціонування ВНС.</p> <p>3. Класифікацію, патогенез, клінічні прояви вегетативних розладів, сегментарні та над сегментарні порушення. Особливості порушення вегетативної іннервації ока.</p>	<p>Повторить матеріал, що вивчався на попередніх кафедрах: нормальної та патологічної анатомії, нормальної та патологічної фізіології.</p> <p>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* – захоплювання, 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

Сформувати 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 міжнападний період.

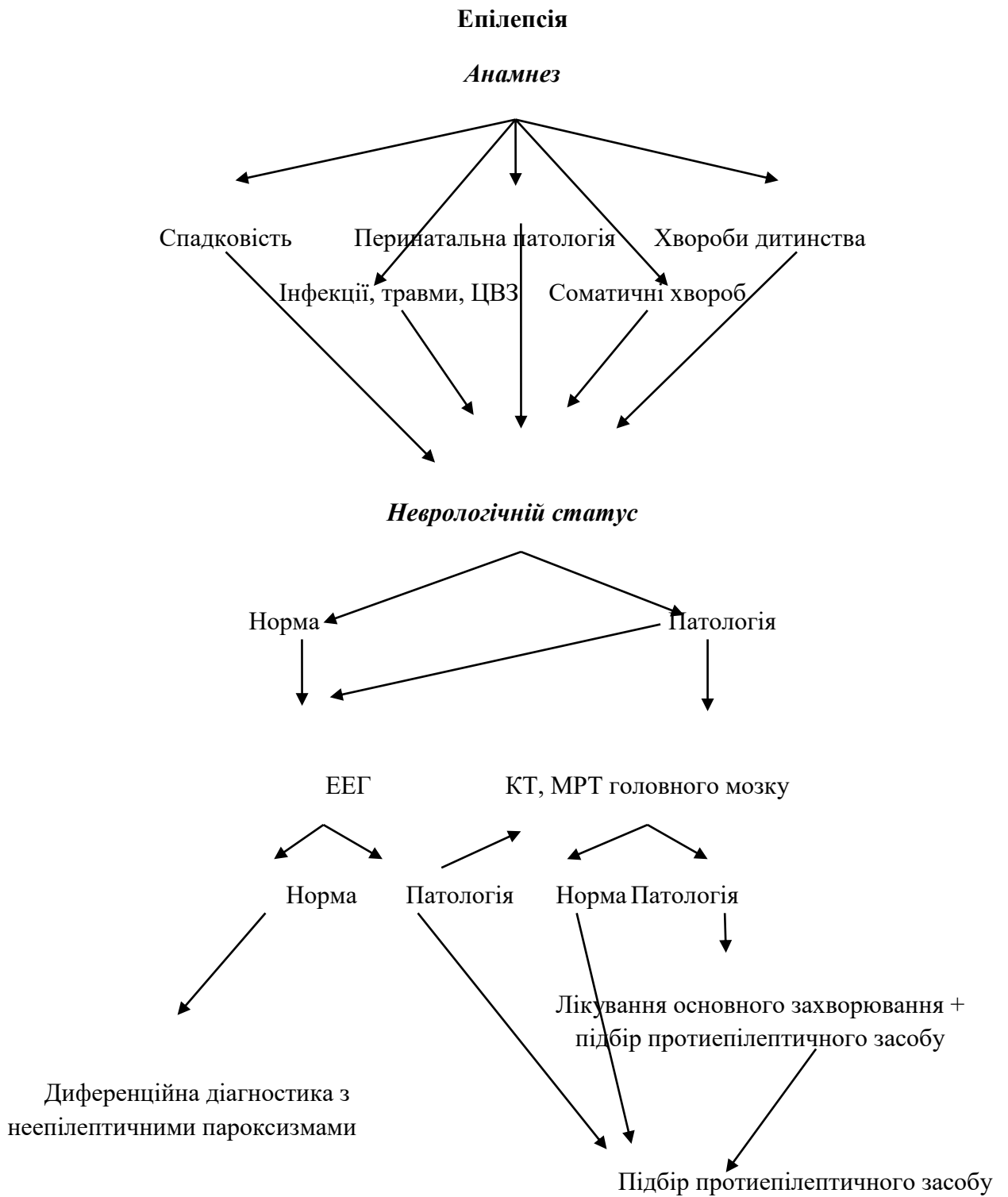
Студент повинен **вміти**:

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.

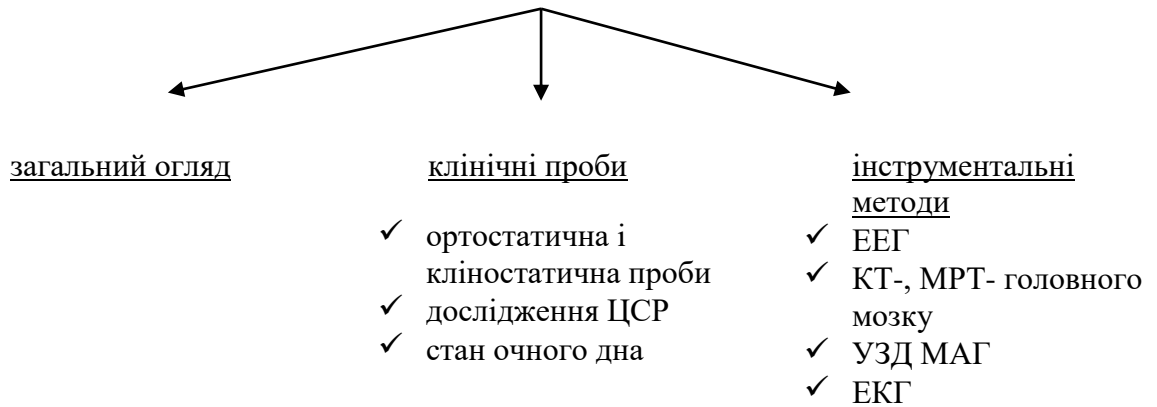
III. Матеріали для позааудиторної самостійної роботи

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

1. Зміст теми заняття



Методи дослідження



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
Леветирацепам
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. 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
(Епілесія, складні парціальні лобні (цигулярні) 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 почастишенням нападів 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 вмінь 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**:

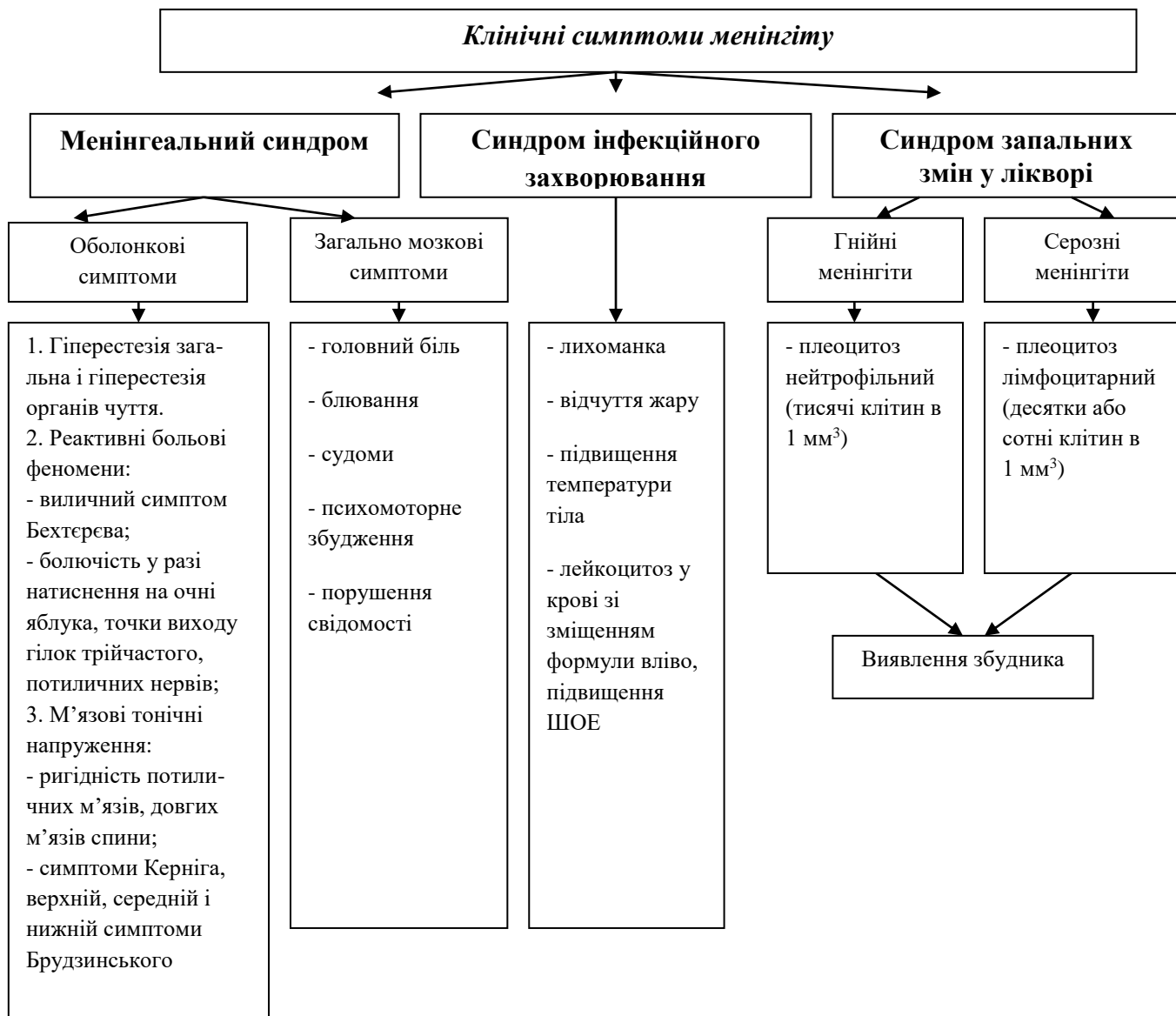
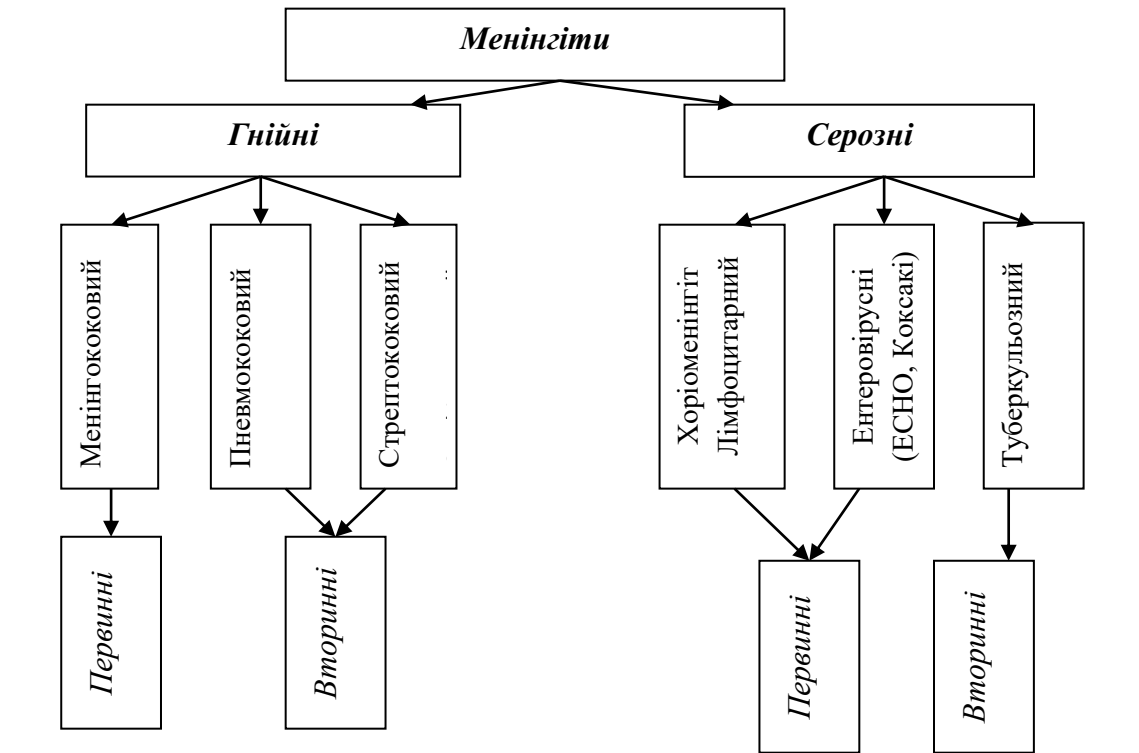
1. Зібрати анамнез захворювання.
2. Обстежити неврологічний статус хворого, провести лабораторно-інструментальне обстеження; вміти інтерпретувати дані лабораторно-інструментальних обстежень.
3. Обґрунтувати попередній діагноз.
4. Призначити додаткові методи дослідження і оцінити їх результати.
5. Обґрунтувати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

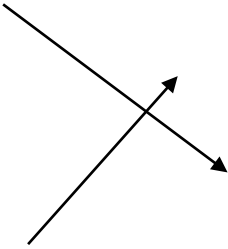
Основні базові знання, навички, вміння, які необхідні для самостійного засвоєння теми.

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.

1. Зміст теми заняття



2. Тести для самоконтролю

№ пп	Тести II рівня	Еталон відповіді
1.	<p>Менінгококовий менінгіт відрізняється від туберкульозного:</p> <p>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.</p>	а, б, г
2.	<p>Вибрати для кожного захворювання лікарський препарат етіотропної дії:</p> <p>менінгококовий менінгіт німотоп</p> <p>субарахноїдальний крововилив бензилпеніцилін</p> <p>туберкульозний менінгіт амфотерицин грибковий менінгіт римфапицин</p> <p>пухлина головного мозку кортикостероїди</p>	<p>Менінгококовий менінгіт римфапицин</p>  <p>Туберкульозний менінгіт бензилпеніцилін</p>
3.	<p>Назвіть основні симптоми туберкульозного менінгіту:</p> <p>а) розвивається повільно; б) ураження околорухових нервів; в) блідий носо-губний трикутний; г) герпетичні висипання; д) геміплегія</p>	а, б
4.	<p>Назвіть послідовність дій лікаря при обстеженні хворих на менінгіт:</p> <p>1) клінічне обстеження</p>	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 лікві			

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 віділення тубдиспансеру.)

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>

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.

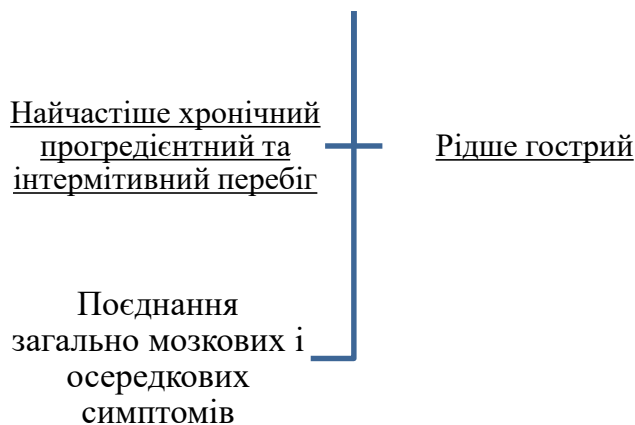
Виникають неспецифічні автоімунні та автоалергійні реакції мозкових оболонок, судинних сплетінь, епендими шлуночків мозку з проліферативними змінами в них.

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

Класифікація церебральних арахноїдитів



Клініка



- 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-хiazмальний 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

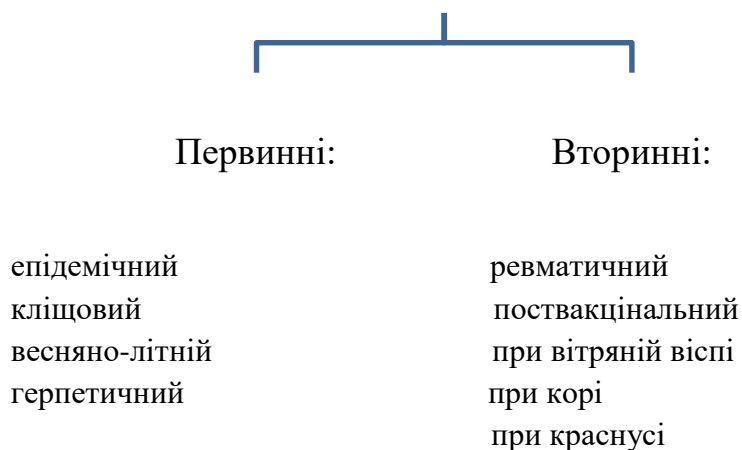
Арахноїдит мосто-мозочкового кута

- 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:

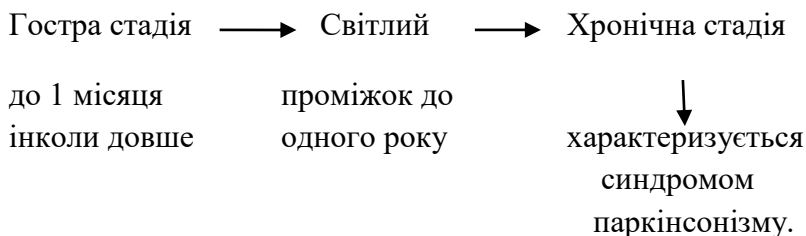
- t-38⁰ C
- грипоподібні явища +
- окуло летаргічний синдром (найтипівіші ознаки)
- хворий вдень спить, а вночі безсоння
- диплопія, птоз, розбіжна косоокість
- парез конвергенції і погляду догори
- зворотній синдром Аргайла-Робертсона
- інколи однобічний парез VI або VII п.ч.м.н.

Тріада Економо (порушення сну, окорухових розладів, температура)

- вегетативні розлади (гіперсаливація, гіпергідроз, сальність і гіперемія обличчя)
- через 1-2 тижня + напади гикавки
- можливі хореїчні, 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.

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. Конвексیتالний арахноїдит
- C. Головний біль напруження
- D. Абсцес головного мозку
- E. Епідемічний енцефаліт

2. Мала хорія представляє собою захворювання розвинувшеся 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.

- В. Нейропротектори, вазоактивні препарати, вітамінотерапія
- С. Розсмоктувальні, вазоактивні, нейропротектори
- Д. Дегідратаційні, нейропротектори, вітамінотерапія
- Е. 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 шунтировання, а томограма підскаже 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
- В. Асиметрія поверхневих чи глибоких рефлексів
- С. Можливе зникнення черевних, підошовних рефлексів
- Д. Геміпарези
- Е. Випадіння полів зору
- Ф. Аносмія

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

- А. Зовнішній огляд
- В. Збір анамнезу
- С. Люмбальна пункція
- Д. Дослідження очного дна
- Е. КТ-головного мозку, ЯМР
- Ф. Артеріальний тиск, пульс, ЧДД.

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 геміпарез, 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, "звисаюча 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 Крейнцфельда-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 оболонок мозку. Мала хорія.

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

Лікування: специфічна терапія ревматизму

седативні препарати

нейрометаболіки

дегідратація

протівосудинні препарати

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.

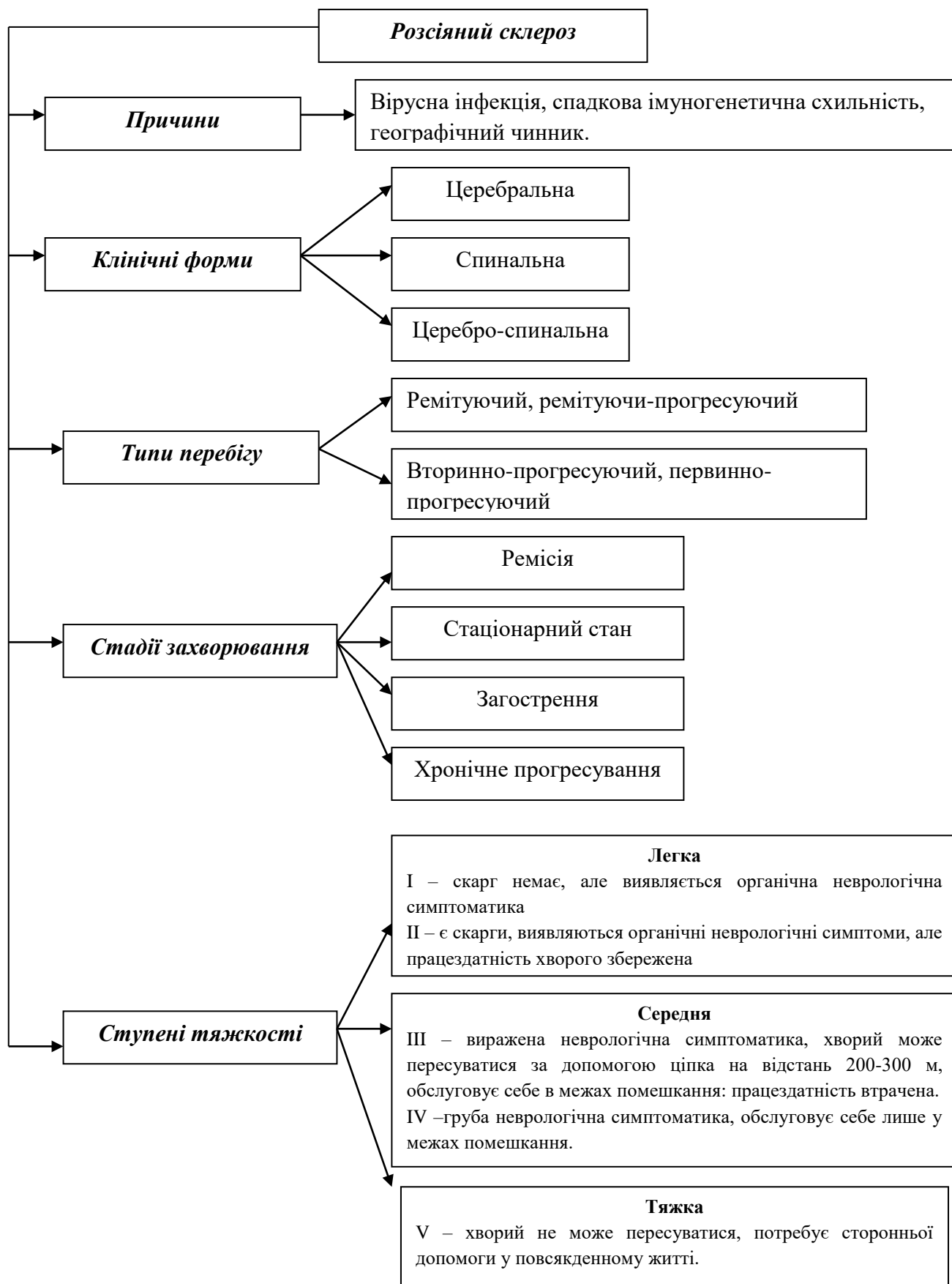
III. Матеріали для позааудиторної самостійної роботи

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, демієлізації.	

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

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.

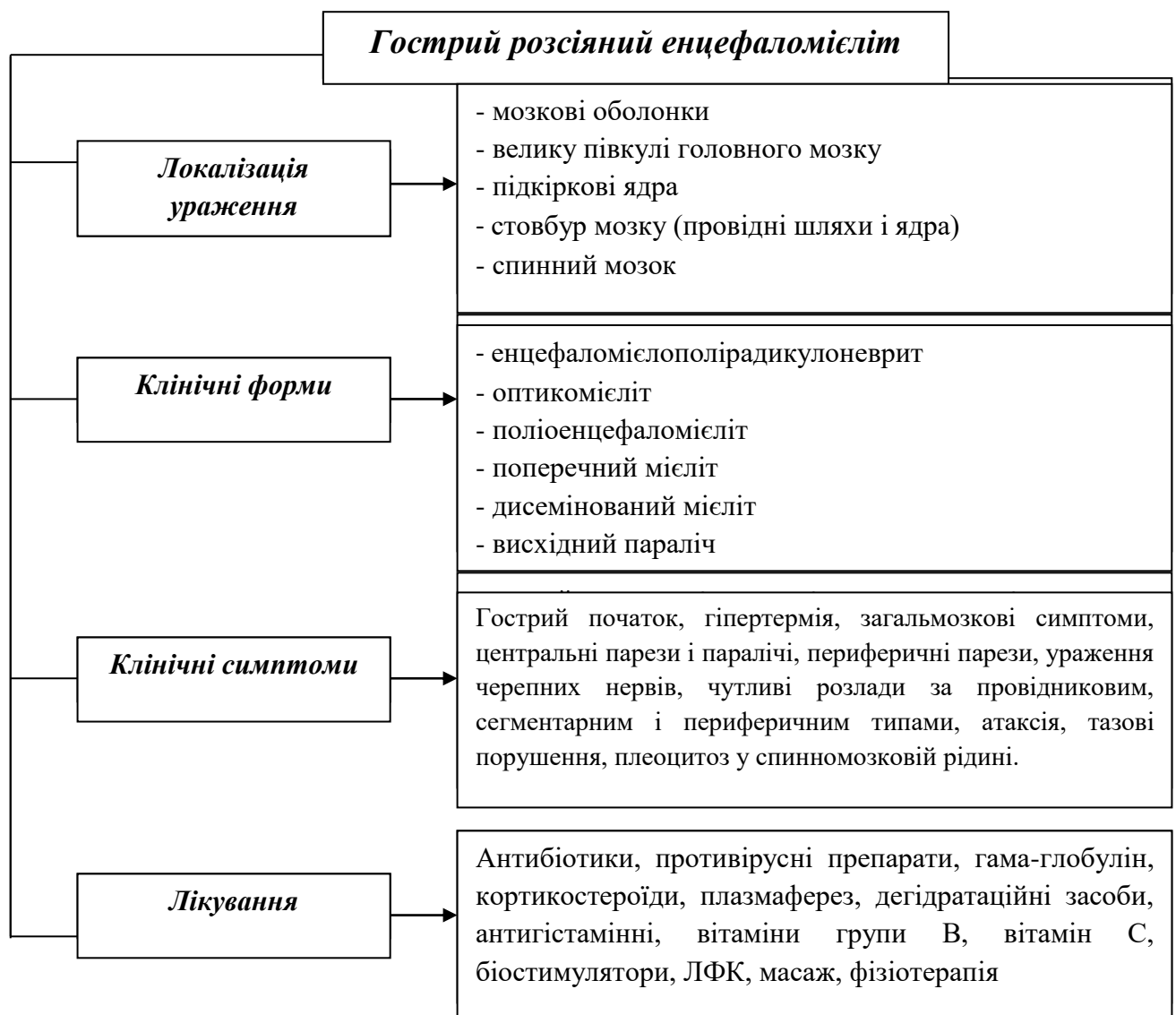
Мозочкові розлади: прояви статистичної та динамічної атаксії.

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



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. 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 обидві сторони, сухожилкові рефлекси високі, черевні рефлекси не викликаються. Нижній спастичний парапарез, 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 виконанні координатних проб, чутливі розлади за провідниковим типом, нижній центральний парапарез, порушення околорухового нерва: птоз, анізокорія, диплопія. Встановити клінічний і топічний діагнози, тактику ведення, лікування.

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**:

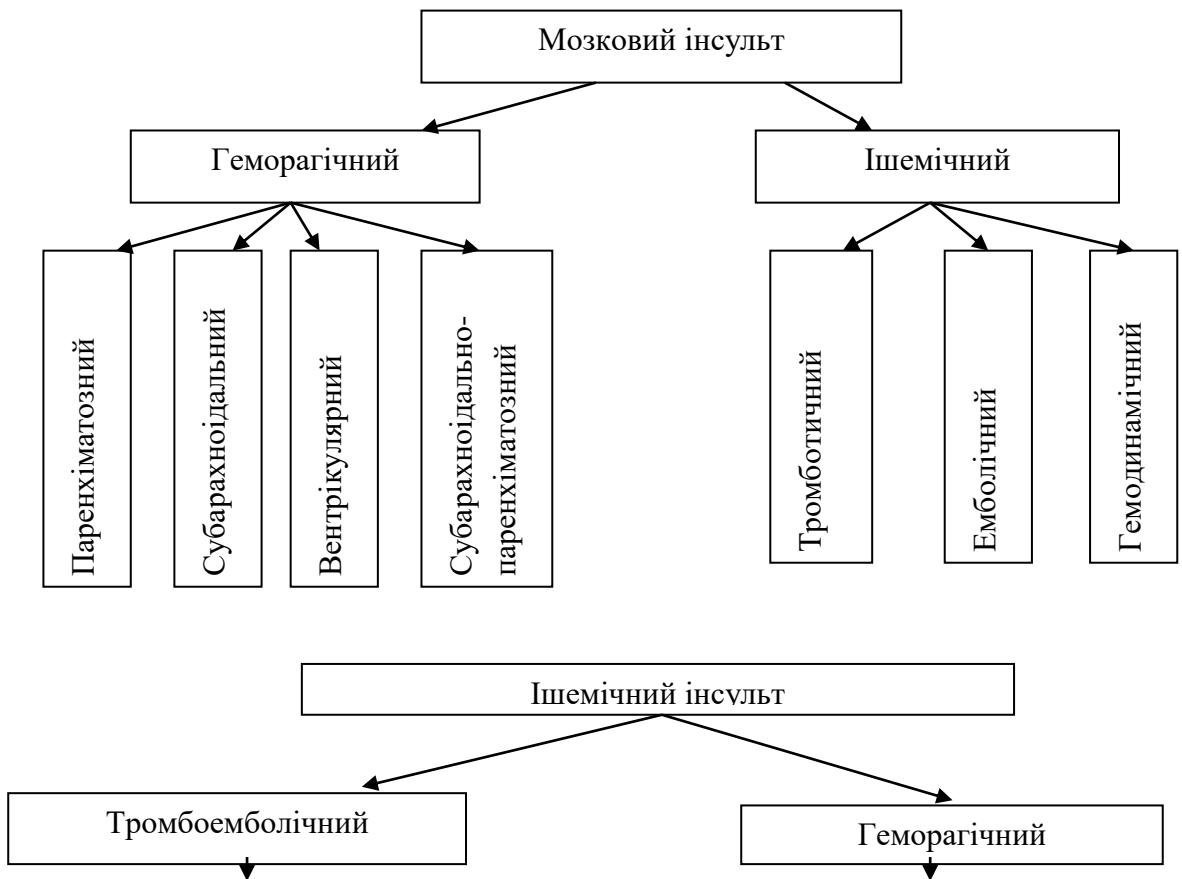
1. Зібрати анамнез захворювання.
2. Обстежити неврологічний статус хворого, провести лабораторно-інструментальне обстеження; вміти інтерпретувати їх дані обстеження.
3. Обґрунтувати попередній діагноз.
4. Призначити додаткові методи дослідження та оцінити їх результати.
5. Обґрунтувати заключний діагноз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

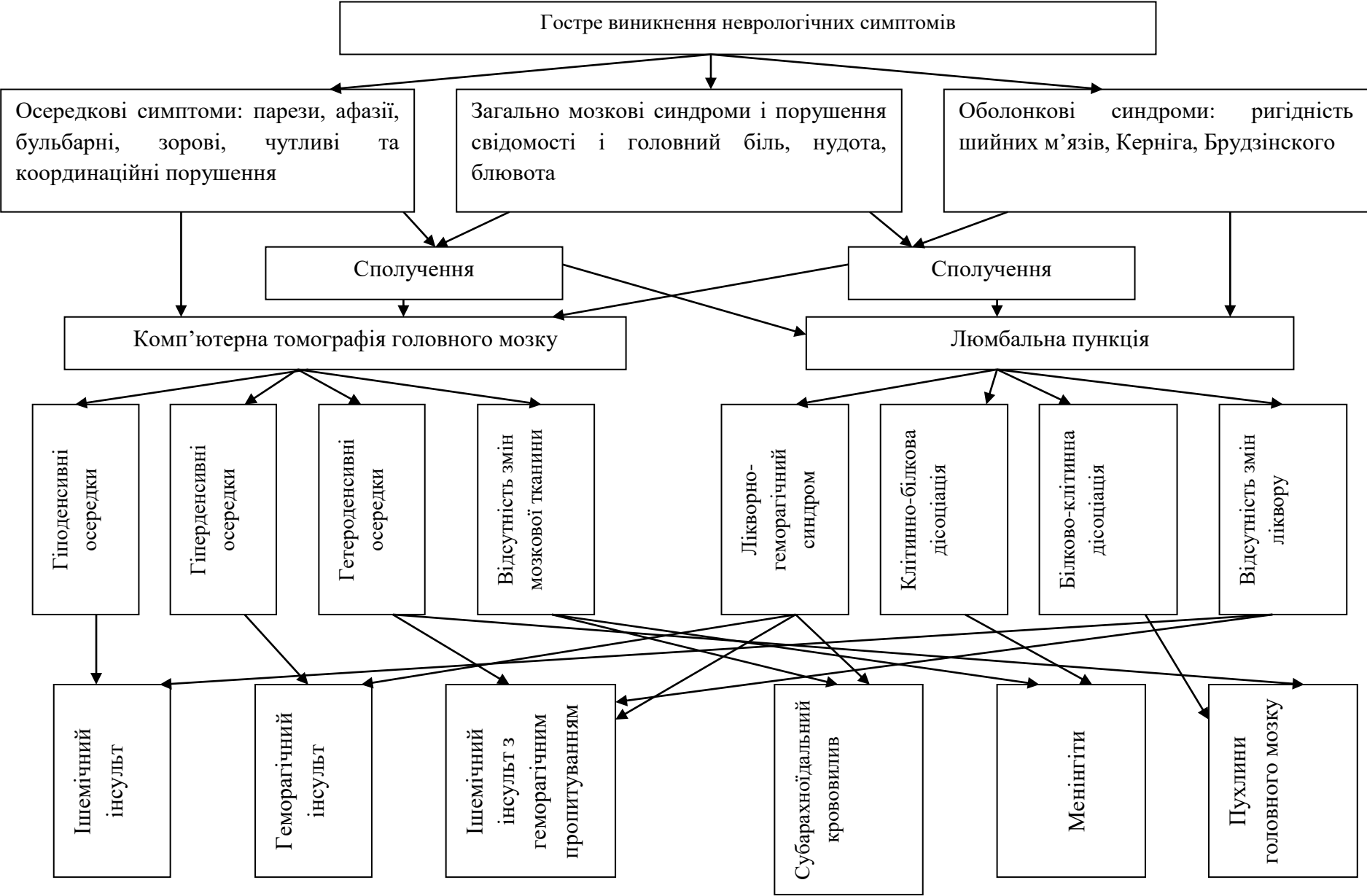
1. Зміст теми заняття



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

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





2. Тести для самоконтролю

Тест 1 – тест з множинним вибором

Ішемічний інсульт відрізняється від геморагічного:

1. Віком хворого.
2. Наявність осередкового синдрому.
3. Відсутністю еритроцитів та білків у лікворі.
4. Повільним початком захворювання.
5. Відсутність оболонкового синдрому.

Відповідь – 3, 4, 5

Тест 2 – на знаходження співвідношення між елементами двох рядів даних

Вибрати для кожного захворювання лікарський препарат етіотропної дії:

Ішемічний інсульт (тромболітичний)	Антибактеріальна терапія
Ішемічний інсульт (нетрамботичний)	Агапурін
Геморагічний інсульт	Німотоп
Менінгококова інфекція	Гепарин
Субарахноїдальний крововилив	Актілізе
Відповідь: Ішемічний інсульт	Німотоп
Субарахноїдальний крововилив	Актілізе

Назвіть види мозкового інсульту:

1. Минучі порушення мозкового кровообігу.
2. Дисциркуляторная енцефалопатія.
3. Геморагічний.
4. Ішемічний.
5. Початкові прояви порушень мозкового кровообігу.

Відповідь — 3, 4.

Назвіть основні симптоми тромбозу внутрішньої сонної артерії:

1. Сліпота або зникнення зору на боці тромбозу.
2. Сліпота або зникнення зору з порожнього боку.
3. Геміплегія або геміпарез на боці тромбозу.
4. Геміплегія або геміпарез з протилежного боку.
5. Ністагм.

Відповідь — 1, 4

Тест 3 – тест, що передбачає визначення правильної послідовності дії із заданого

Назвіть послідовність дій лікаря при обстеженні хворих на гострі порушення мозкового кровообігу:

1. Клінічне обстеження.

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. Задачі для самоконтролю

1. У пацієнта, 55-ти років, на тлі артеріальної гіпертонії й емоційної напруги розвилися: раптовий головний біль, блювота, гіперемія 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

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.

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 внутрішньочерепного тиску (пухлини, інші об'ємні процеси головного мозку та оболонки, набряки мозку, гідроцефалія)

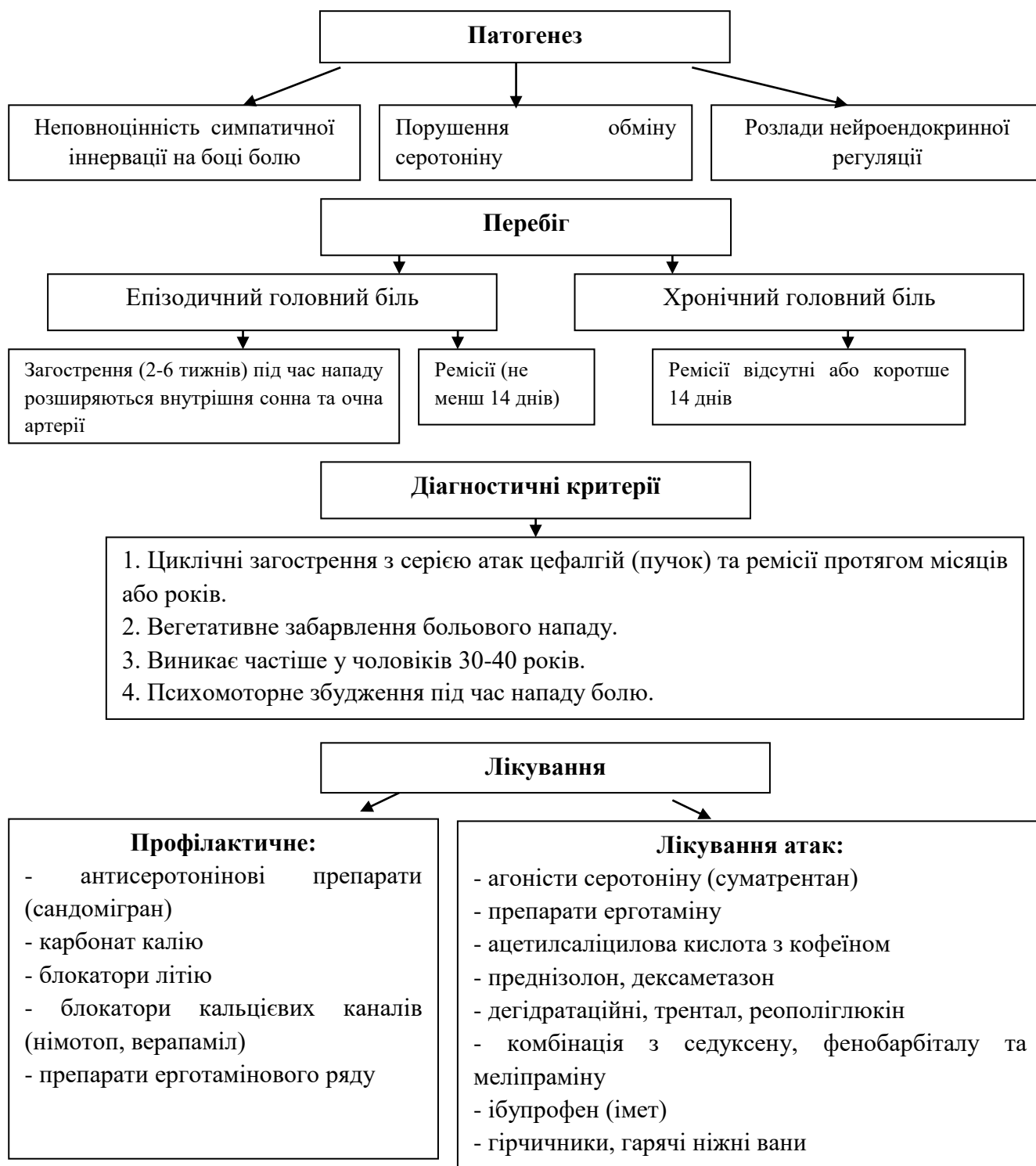
Невралгічний:
при подразненні язико-глоткового, трійчастого та потиличного нервів

Психалгічний
за наявності неврозів, прихованої депресії

М'язової напруги

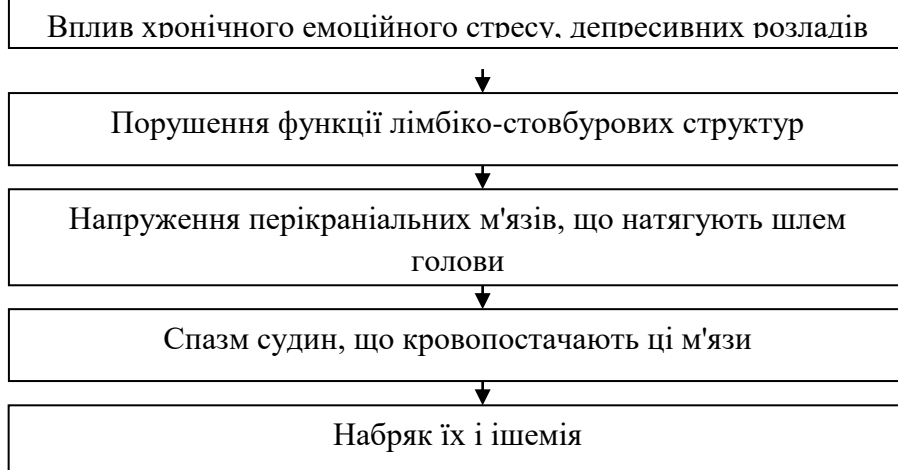
Змішаний

ПУЧКОВИЙ ГОЛОВНИЙ БІЛЬ

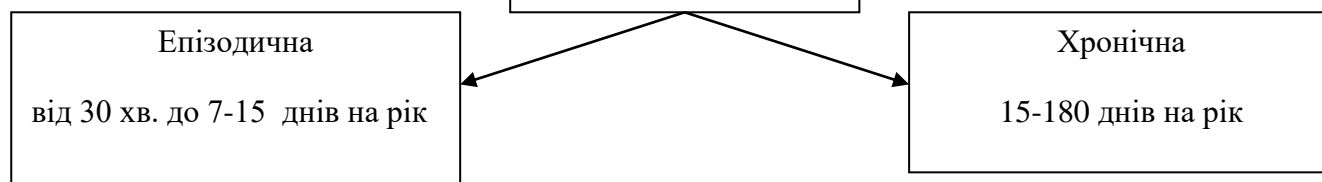


ГОЛОВНИЙ БІЛЬ НАПРУГИ

Патогенез



Форми



Діагностичні критерії

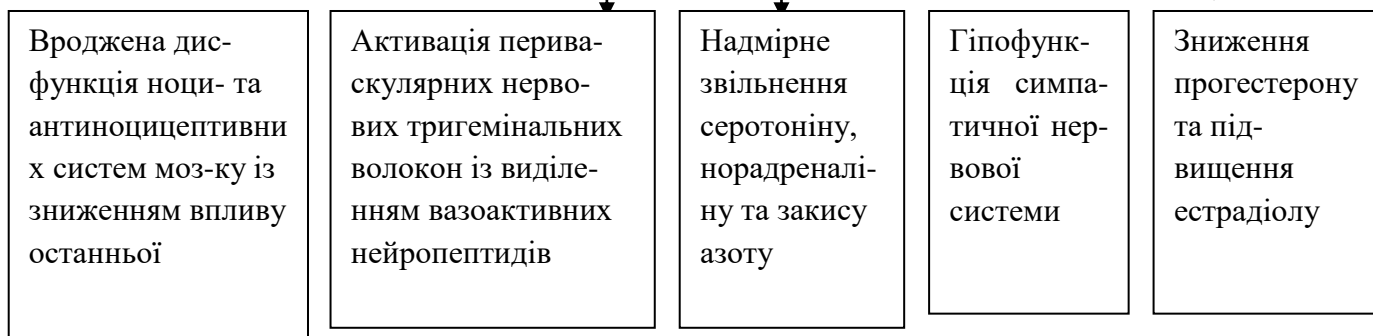
1. Локалізація болю: двобічний, дифузний.
2. Характер болю: монотонний, давлючий, ниючий, не буває пульсуючим.
3. Інтенсивність: помірний, не порушає фізичної активності.
4. Супутні симптоми: нудота, фотофобія, фонофобія, кардалгії, артралгії без об'єктивних ознак; тремтіння пальців, болючість при пальпації, 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

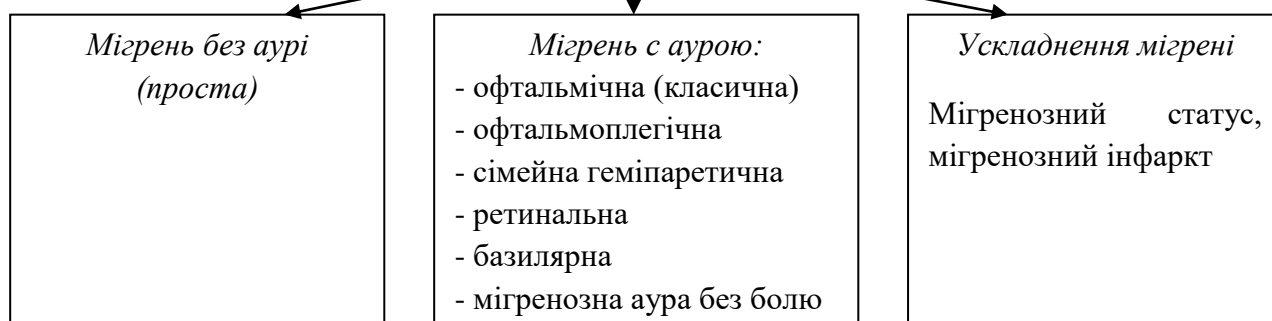
Патогенез



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

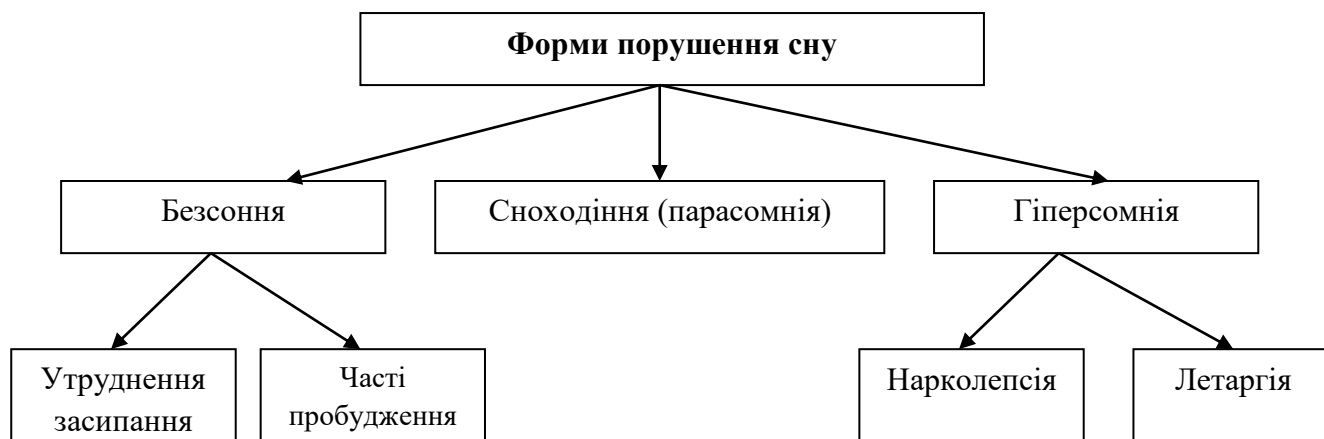
Мігренозного статусу

- 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)



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	Присутнє	Присутнє	Немає
Частіше хворіють	Жінки	Чоловіки	Однаково жінки, чоловіки

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 сльозотечі 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 різких 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)

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	Звернути увагу на діагностичні критерії

принципи лікування мігрені, головного болю напруги, пучкового головного болю.	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

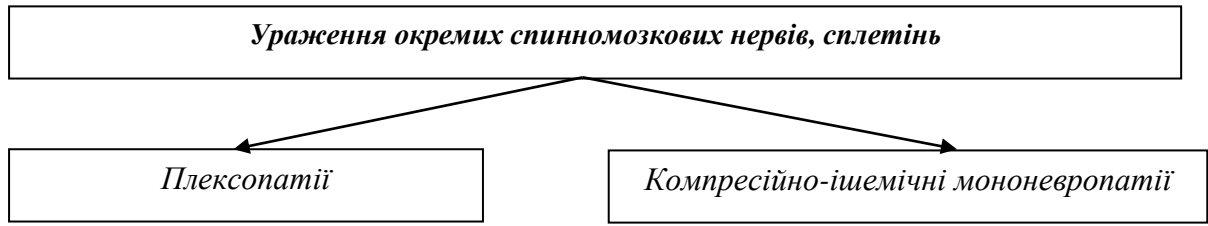
анатомія		оболонках нервових волокон.
Патологічна фізіологія	Зміни в діяльності ПНС при захворюваннях (вертеброгенні невропатії та інш.)	Визначити симптоми порушень ПНС.
Нейрохірургія	Початкові ознаки та клінічні особливості вертеброгенних синдромів, мононевропатій, ураження спинномозкових нервів, які 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.

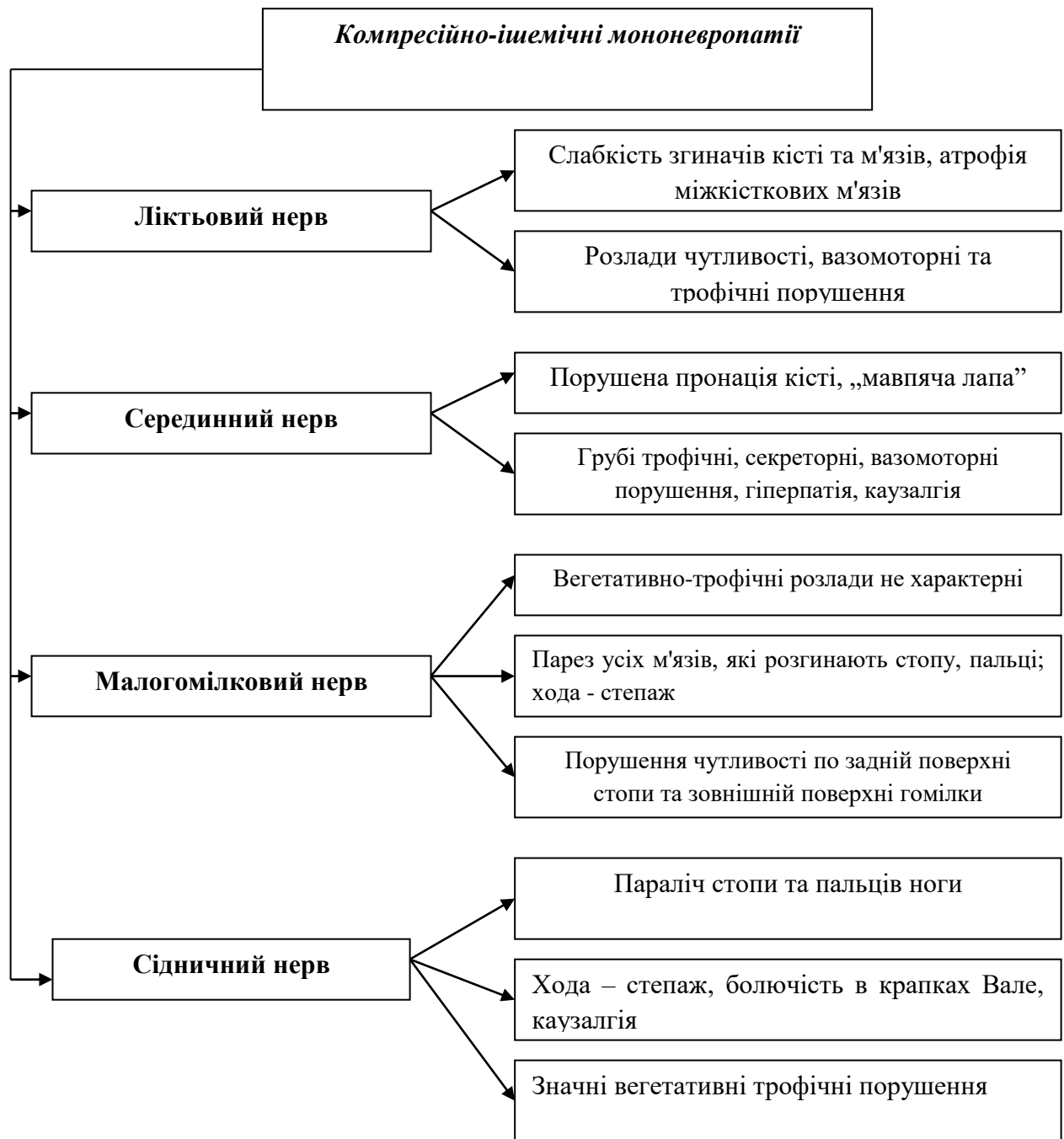
1. Зміст теми заняття



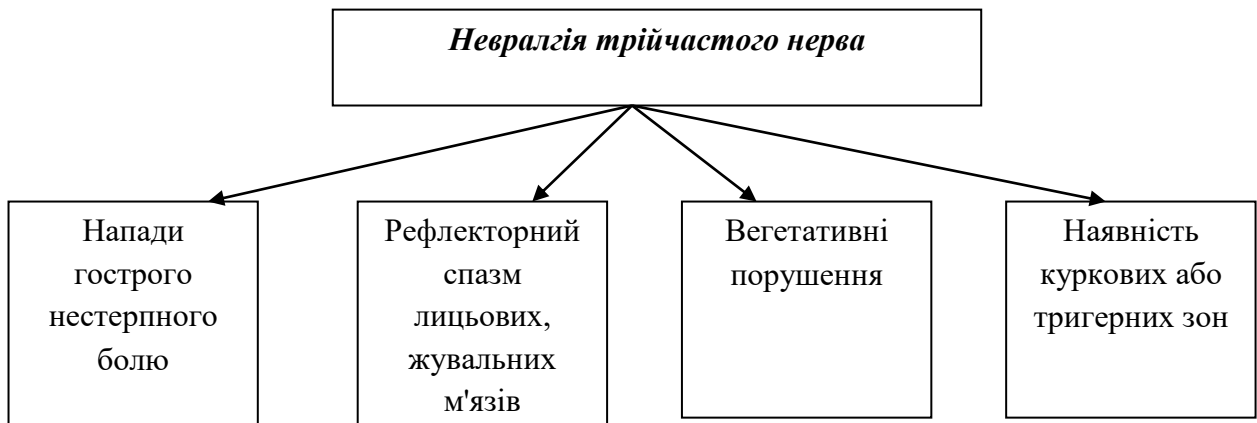
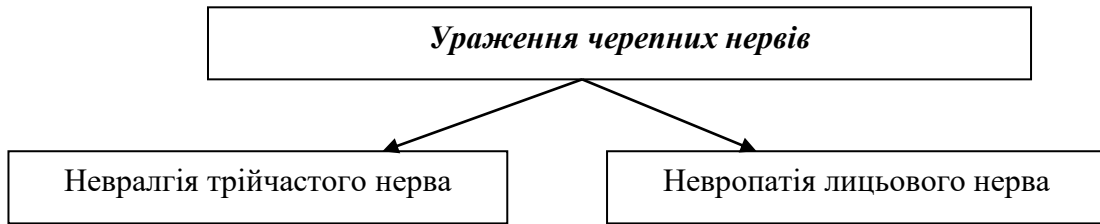


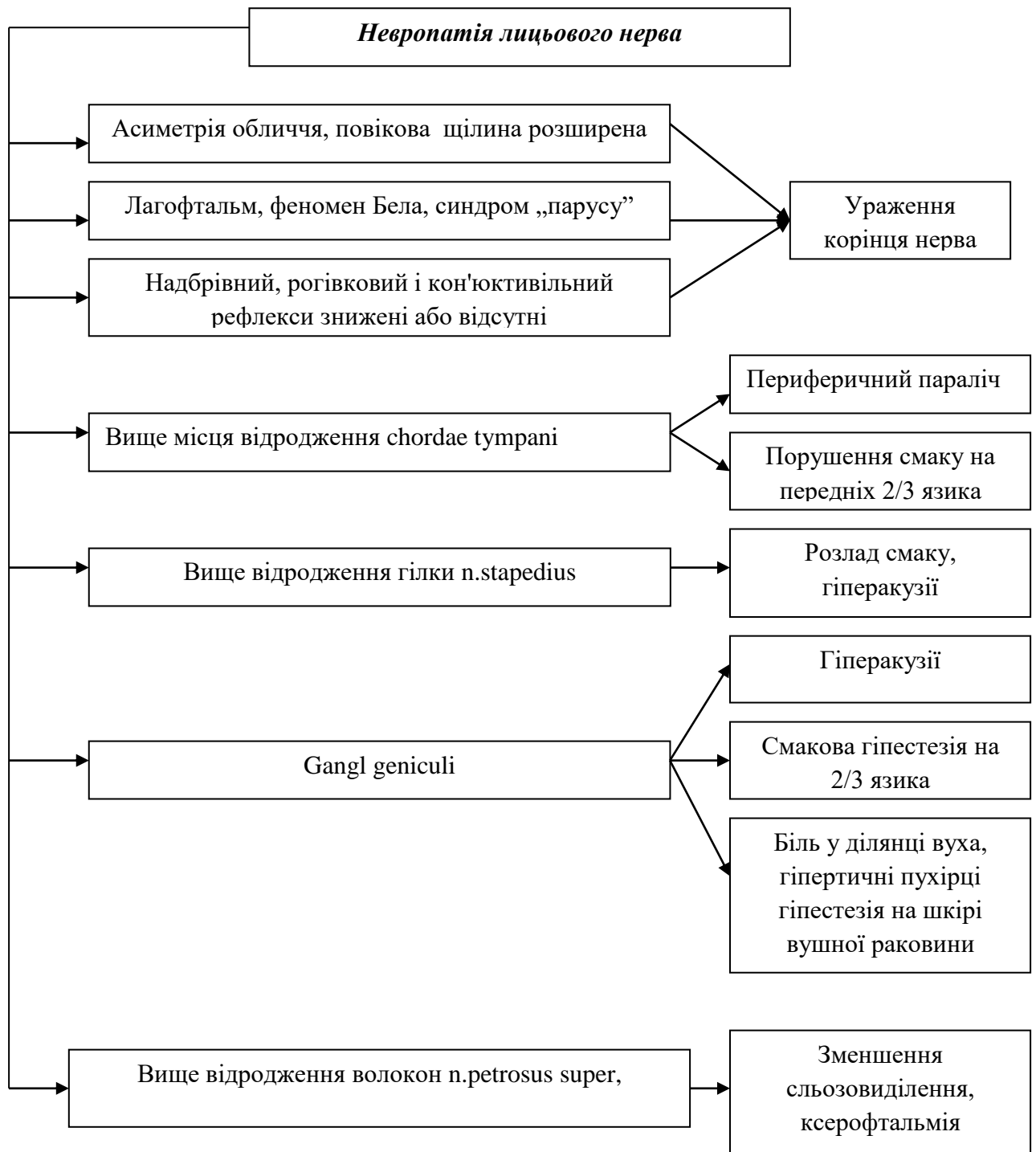
Ураження окремих спинномозкових нервів, сплетінь

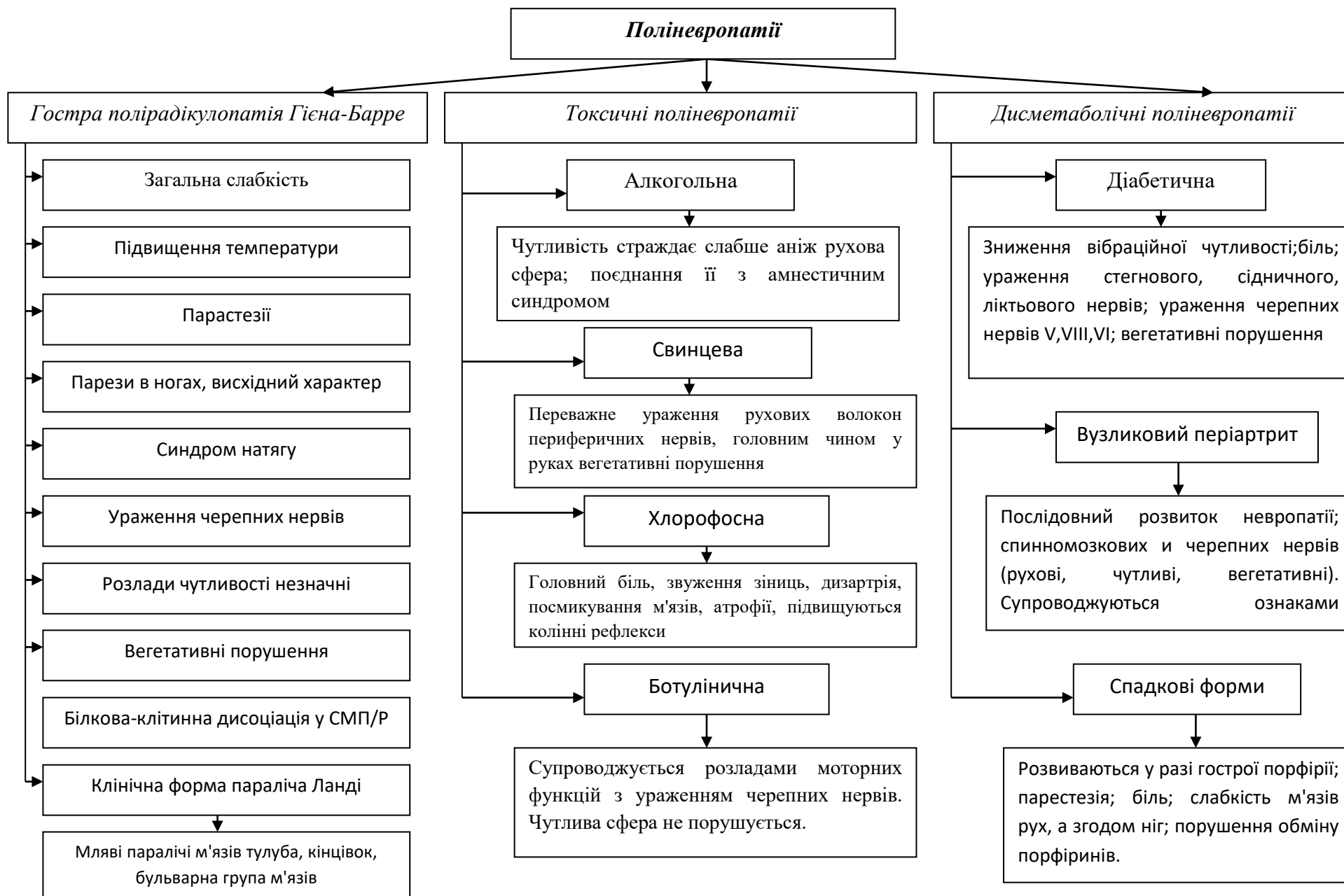


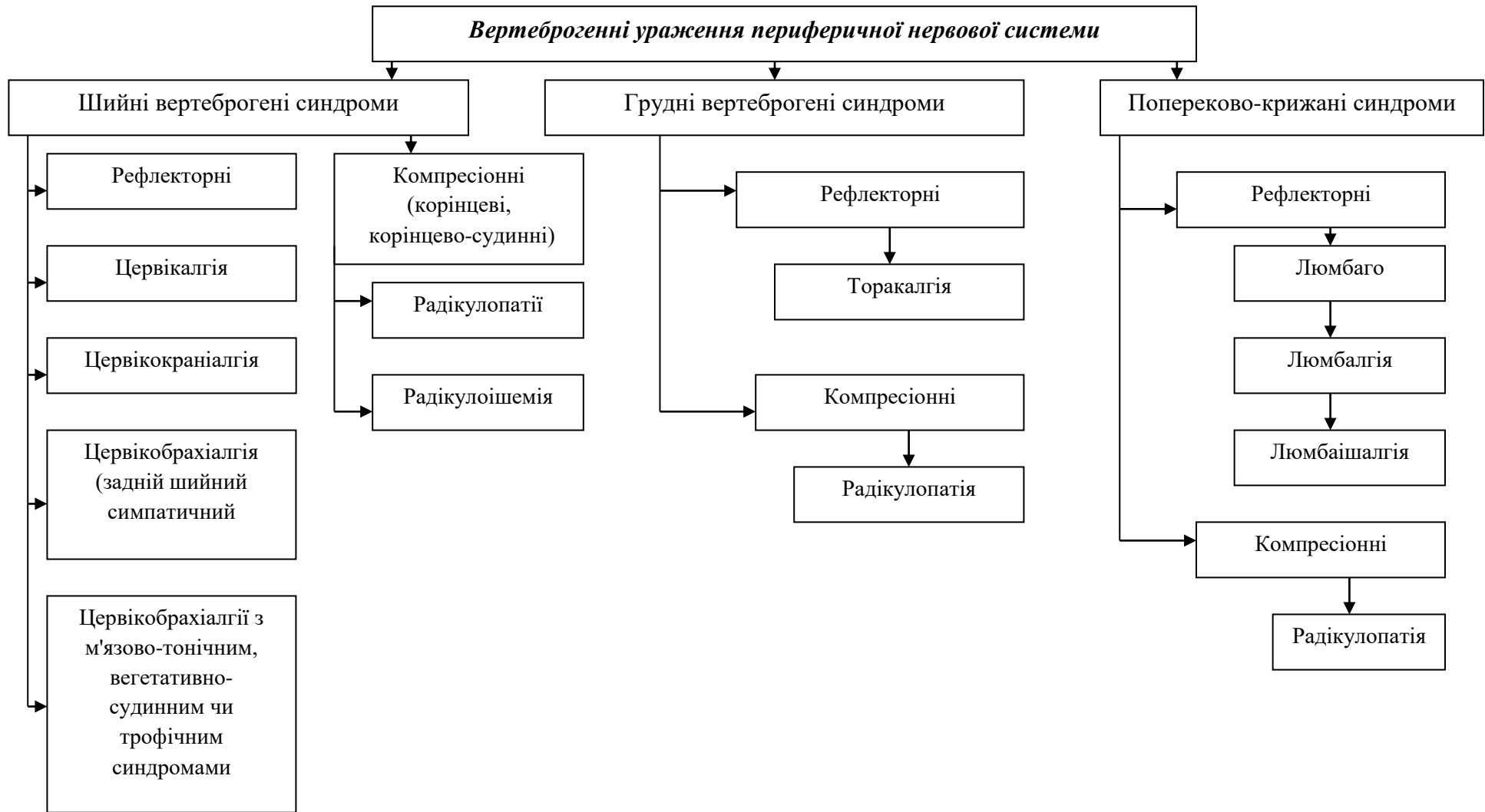


Ураження черепних нервів









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. 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 кінцівці – 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, плазмозферез, 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).

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.

ПІДСУМКОВИЙ МОДУЛЬНИЙ КОНТРОЛЬ**Тести для самопідготовки**

1. Найбільш поширена етіологічна форма паркінсонізма:
 - A. Атеросклеротична
 - B. Нейролептична
 - C. Постенцефалітична
 - D. Діопатична
 - E. Посттравматична
2. Атаксія – це:
 - A. Зниження м'язової сили
 - B. Порушення тону м'язів
 - C. Порушення координації
 - D. Підвищення сили м'язів
 - E. Порушення рівноваги
3. При ураженні бічного канатика спинного мозку виникає:
 - A. Периферичний парез
 - B. Центральний парез
 - C. Геміпарез
 - D. Атаксія
 - E. Тетрапарез
4. При ураженні передніх рогів спинного мозку виникає синдром:
 - A. Периферичний парез
 - B. Центральний парез
 - C. Атаксія
 - D. Брадікінезія
 - E. Гіперкінези
5. Найбільш поширена причина геморагічного інсульту:
 - A. Гіпертонічна хвороба
 - B. Цукровий діабет
 - C. Вертеброгенні захворювання

- D. Симптоматична артеріальна гіпертензія
 - E. Захворювання крові
6. Менінгеальний синдром:
- A. Симптом звисаючої голови
 - B. Ригідність м'язів потилиці
 - C. Симптом Бабінського
 - D. Симптом Ласега
 - E. Симптом Авеліса
7. Свідомість хворого при геморагічному інсульті частіше:
- A. Збережена
 - B. Втрачена на короткий час
 - C. Втрачена на довгий час
 - D. Змінена по типу сутінок
 - E. Змінена по типу ступору
8. При транспортуванні хворого з геморагічним інсультом необхідно:
- A. Приподняти голову
 - B. Приподняти ноги
 - C. Не ворушити хворого
 - D. Часто змінювати положення голови та тулуба
 - E. Перевезення неможливе
9. Больові напади в одній половині обличчя, іноді зі сльозотечею, слинотечею та виділенням слизу з носа виникає при:
- A. Невралгії трійчастого нерва
 - B. Невропатії лицьового нерва
 - C. Пухлини головного мозку
 - D. Цервікокраніалгії
 - E. Мігрені
10. Симптом «заяче око», сглаженість лобових, носогубних складок на ураженому боці, перекося рот в здорову сторону характерні для:
- A. Пухлини головного мозку

- В. Енцефаліту
- С. Невропатії лицьового нерва
- Д. Гострого порушення мозкового кровообігу
- Е. Синдромі Толоса-Ханта

11. Невралгія – це:

- А. Запалення нерва
- В. Ураження нерва
- С. Біль по ходу нерва
- Д. Атрофія нерва
- Е. Ішемія нерва

12. Невріт – це:

- А. Запалення нерва
- В. Ураження нерва
- С. Біль по ходу нерва
- Д. Атрофія нерва
- Е. Демієлінізація нерва

13. Наявність аури характерна для:

- А. Геморагічного інсульту
- В. Менінгіта
- С. Енцефаліта
- Д. Епілепсії
- Е. Головного болю напруги

14. Жінка 30 років скаржиться на те, що м'язи обличчя стали атрофічними. Захворювання почалося 15 років тому, коли виникли осередки гіперпігментації, а потім стали в'ялими м'язи. При огляді шкіра на обличчі прозора, м'язи атрофічна. Призначити лікування:

- А. Глюкокортикоїди
- В. Антихолінестеразні препарати
- С. Судинні препарати
- Д. Косметологічні операції

Е. Метаболічна терапія

15. Для прогресуючої геміатрофії обличчя не характерні:

- А. Зниження м'язового тону
- В. Фібрилярні посмикування м'язів
- С. Гіперпигментація шкіри
- Д. Алопеція
- Е. Депігментація шкіри

16. Етіологічними чинниками синдрому Шегрена є:

- А. Ревматоїдний артрит
- В. Травма голови
- С. Патологія судин головного мозку
- Д. Запальне ураження нервів обличчя
- Е. Спадковість

17. Хворий скаржиться на сухість у ротовій порожнині, слабкість, відчуття піску в очах, світлобоязнь. При огляді: припухання слинних залоз, ксерофтальмія, підвищення температури тіла. Встановіть попередній діагноз:

- А. Паротит
- В. Глосодінія
- С. Синдром Шегрена
- Д. Синдром Слюдера
- Е. Синдром Ханта

18. У хворого запідозрили синдром Шегрена. Призначити найбільш інформативне обстеження.

- А. Магнітно-резонансна томографія
- В. Електроміографія
- С. Пневмоенцефалографія
- Д. Сіалографія
- Е. Люмбальна пункція

19. Для синдрому Россолімо-Мелькерсона-Розенталя не характерні:

- А. набряк губ, обличчя

- В. Напади судом в м'язах обличчя
- С. Зміни поверхні язика
- Д. Периферичний парез лицьового нерву
- Е. Наявність гіпоталамічних розладів
20. Для лікування синдрому Россолімо-Мелькерсона-Розенталя не слід застосовувати:
- А. Атропін
- В. Супрастін
- С. Фуросемід
- Д. Глюкокортикоїди
- Е. Карбамазепін
21. Розвиток набряку Квінке пов'язаний з:
- А. Підвищенням тонузу парасимпатичної нервової системи
- В. Зниженням тонузу парасимпатичної нервової системи
- С. Підвищенням тонузу симпатичної нервової системи
- Д. Зниженням тонузу симпатичної нервової системи
- Е. Зміною тонузу парасимпатичної та симпатичної нервової системи
22. До клініки привезли хворого, у якого під час стоматологічного втручання гостро виник твердий набряк шкіри обличчя, який поширився на шию, гортань, на протязі кількох хвилин приєдналися блювання, головний біль, судоми. Встановіть попередній діагноз.
- А. Напад епілепсії
- В. Мозковий інсульт
- С. набряк Квінке
- Д. Синдром Шегрена
- Е. Глосодінія
23. До засобів боротьби з набряком Квінке не відносять:
- А. Атропін
- В. Аскорбінова кислота

С. Дімедрол

Д. Глюкокортикоїди

Е. Прозерин

24. Жінка 50 років скаржиться на наявність парестезій на обличчі, які носять постійний характер та зникають лише під час їжі. При огляді: комірний, бульбарний синдром, порушення смакоприйняття, гіперсалівація. Який можна запідозрити діагноз?

А. Прогресуюча геміатрофія обличчя

В. Синдром Россолімо-Мелькерсона-Розенталя

С. Синдром Паррі-Ромберга

Д. Глосодінія

Е – синдром Шегрена

25. Для лікування глосодінії не використовують:

А. Транквілізатори

В. Ретінол

С. Трентал

Д. Глюкокортикоїди

Е. Вітаміни

26. Найбільш характерний симптом у хворих з глосодінією є:

А. Наявність парестезій в обличчі

В. Зменшення парестезій під час їжі

С. Наявність змін на слизовій оболонці рота

Д. Зміна чутливості на обличчі

Е. набряк ділянок обличчя

27. Причинами невропатії під'язикового нерву можуть бути:

А. Мозкові інсульти

В. Пухлини ротової порожнини

С – вертеброгенна патологія

Д – міастенія

Е – розсіяний склероз

28. Хвора скаржиться на порушення мови, ковтання. При огляді виявлений периферичний парез лівої половини язика з наявністю фібрилярних посмикувань. Встановіть діагноз.

- A. Невропатія під'язикового нерву
- B. Ішемічний інсульт в стовбурі мозку
- C. Алергічна реакція
- D. Міастенічний синдром
- E. Істеричний напад

29. Хвора скаржиться на напади болю в правій ділянці гортані, що виникає під час їжі та ірадіює в нижню щелепу. Під час нападу виникає кашель, слабкість. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A. Невралгія верхнього гортанного нерва
- B. Невралгія під'язикового нерва
- C. Глосодінія
- D. Невралгія язикоглоткового нерва
- E. Гангліоніт шийних симптоматичних вузлів

30. У хворого запідозрили невралгію верхнього гортанного нерва. Яке обстеження слід призначити?

- A. КТ/МРТ гортані
- B. Електроміографію
- C. Доплерографію
- D. Ларингоскопію
- E. Загальноклінічні аналізи

31. При невралгії верхнього гортанного нерва призначають фізіотерапевтичне лікування. Який з методів найбільш ефективний?

- A. Магнітотерапія
- B. Електрофорез з анальгіном
- C. Діадінамічні струми
- D. Електроміостимуляція
- E. Фонофорез

32. Які з етіологічних чинників частіше є причиною невралгії вушного нерву?

- A. Сифіліс
- B. Гіпертонічна хвороба
- C. Цукровий діабет
- D. Травми головного мозку
- E. Судинні захворювання головного мозку

33. Жінка 30 років скаржиться на напади інтенсивного болю в ділянці зовнішнього слухового ходу на барабанній перегородці, що супроводжуються нудотою. Напади виникли після перенесеного грипу. Який діагноз можна запідозрити?

- A. Гангліоніт язикоглоткового нерва
- B. Невралгія вушного нерва
- C. Невралгія барабанного нерва
- D. Невралгія відієвого нерва
- E. Синдром Ханта

34. Для лікування невралгії вушного нерва не використовують:

- A. Антибіотики
- B. Протизапальні препарати
- C. Вітаміни групи B
- D. Гангліоблокатори
- E. Глюкокортикоїди

35. Хворий скаржиться на напади гострого, стріляючого болю в ділянці зовнішнього слухового ходу, які виникають 5-6 разів на добу вже на протязі 3-х місяців. Подібний стан спостерігається 1 раз на рік. Між нападами хворого нічого не турбує. Який можна запідозрити діагноз?

- A. Невралгія вушного нерва
- B. Невралгія язикоглоткового нерва
- C. Кластерний головний біль
- D. Невралгія барабанного нерва

Е. Глосодінія

36. Для знеболювання при невралгії барабанного нерва використовують:

- А. Протиепілептичні препарати
- В. Ненаркотичні анальгетики
- С. Нестероїдні протизапальні препарати
- Д. Вітаміни групи D
- Е. Опіати

37. Хвора скаржиться на напади болю, які тривають до 10 хвилин. Біль починається при вживанні холодних страв та поширюється від кореня язика на горло та вухо. Двічі втрачала свідомість під час нападу. При огляді: гіперсалівація після нападу, а під час пароксизму – сухість в роті. Встановіть попередній діагноз:

- А. Невралгія трійчастого нерва
- В. Синдром Ханта
- С. Невралгія відієвого нерва
- Д. Невралгія язикоглоткового нерва
- Е. Синдром Слюдера

38. З якими захворюваннями треба проводити диференційну діагностику при підозрі у хворих невралгії язикоглоткового нерва?

- А. Невралгією відієвого нерва
- В. Глосодінією
- С. Невралгією гортанного нерва
- Д. Невралгією вушного нерва
- Е. Невралгією трійчастого нерва

39. Жінка скаржиться на постійний біль в корені язика зліва, що поширюється на горло та вухо. Біль посилюється при їжі та мовленні. Хворіє кілька років. Спочатку больові напади були більш інтенсивними, але виникали рідко. При огляді виявлені тригерні ділянки на слизовій оболонці кореня язика, зниження глоткового рефлексу. Встановіть діагноз:

- А. Невралгія язикоглоткового нерва

В. Невралгія ІІІ гілки трійчастого нерва

С. Синдром Ханта

Д. Синдром Слюдера

Е. Гангліоніти шийних симпатичних вузлів

40. Для невралгій язикоглоткового нерва характерно:

А. Зменшення болю під час їжі

В. Відсутність тригерних точок

С. Повний бульварний синдром

Д. Відсутність ефекту від карбамазепіну

Е. Наявність тригерних зон

41. Хворим з невралгією язикоглоткового нерва призначають:

А. Карбамазепін

В. Анальгін

С. Нестероїдні протизапальні препарати

Д. Паравертебральні блокади

Е. Гангліоблокатори

42. Хворий з пухлиною гортані звернувся до лікаря зі скаргами на напади болю в корені язика, що виникають при вживанні гарячих страв і поширюються на горло, вухо, нижню щелепу, око. Біль триває кілька хвилин, після чого виділяється багато слини. Які ускладнення виникло?

А. Невралгія трійчастого нерва

В. Невралгія язикоглоткового нерва

С. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів

Д. Глосодінія

Е. Невралгія гортанного нерва

43. Больовий напад при невралгії язикоглоткового нерва найчастіше триває:

А. Кілька годин

В. До 30 секунд

С. До однієї години

D. Кілька хвилин

E. Триває постійно

44. У хворого, що має аневризму внутрішньосонної артерії виникають пароксизми болю в корені язика під час вживання холодних та гарячих страв. Біль триває до 5-10 хвилин. Під час нападу відмічає сухість в роті, а після нападу виділяється багато слини. При огляді: тригерні ділянки в зоні кореня язика. Яке захворювання виникло?

A. Гангліоніт крилопіднебінного нерва

B. Невралгія язикоглоткового нерва

C. Невралгія трійчастого нерва

D. Невралгія відієвого нерва

E. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів

45. Для встановлення діагнозу невралгії язикоглоткового нерва основою є:

A. Зміни при МРТ дослідженні

B. Загальноклінічні аналізи крові

C. Дослідження неврологічного статусу та анамнез

D. Електронейроміографія

E. Анамнез захворювання

46. В етіології невралгії відієвого нерва найбільш поширеними є:

A. Запальні процеси носових пазух

B. Захворювання очей

C. Вертеброгенна патологія

D. Патологія судин

E. Спадковість

47. Хворий 47 років скаржиться на напади болю в правому оці та носі, що поширюється на зуби, вухо, плече. Біль частіше виникає вночі та триває 1-2 годин. Який попередній діагноз?

A. Невралгія відієвого нерва

- V. Невралгія трійчастого нерва
- C. Кластерний головний біль
- D. Невралгія язикоглоткового нерва
- E. Невралгія верхнього гортанного нерва

48. Який з наведених препаратів не призначають на початку невропатії лицьового нерва?

- A. Прозерін
- B. Трентал
- C. Преднізолон
- D. Вітамінотерапія
- E. Нікотинова кислота

49. У хворої спостерігаються пароксизми болю по 1-3 годин, що виникають в ділянці лівого ока та носа, поширюються на обличчя, шию, плече та потиличну ділянку. Частіше виникають напади вночі. Про яке захворювання можна думати?

- A. Шийна мігрень
- B. Кластерний головний біль
- C. Невралгія барабанного нерва
- D. Невралгія відієвого нерва
- E. Синдром ураження вузла колінця (синдром Ханта)

50. При невралгії відієвого нерва больові пароксизми частіше виникають:

- A. Під час їжі
- B. Після фізичного навантаження
- C. Після стресу
- D. Вночі
- E – при розмові

51. Який перебіг захворювання не характерний для синдрому Ханта?

- A. Герпетичний висип без неврологічних проявів
- B. Герпетичний висип разом з прозомонопарезом

- C. Поєднання герметичного висипу, прозопареза, порушенням слуху
- D. Усі наведене з вестибулярними порушеннями
- E. Прозомонопарез з вестибулярними порушеннями

52. Диференційно-діагностичними відмінностями невралгії трійчастого нерва та синдрому Слюдера є:

- A. Тривалість больових нападів
- B. Інтенсивність больових пароксизмів
- C. Зміни чутливості на обличчі
- D. Виникнення больових нападів вночі
- E. Відсутність тригерних точок

53. У хворої під час лікування від герпесу виникли різкі болі в ділянці зовнішнього слухового ходу. При огляді: прозомонопарез на стороні болю, порушення смакосприйняття на передніх $\frac{2}{3}$ язика. Яке ускладнення виникло?

- A. Синдром ураження вузла колінця
- B. Ядерне ураження лицьового нерва
- C. Невралгія трійчастого нерва
- D. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів
- E. Гангліоніт вушного вузла

54. Хворому з синдромом ураження вузла колінця треба призначити наступне лікування:

- A. Дибазол, нестероїдні протизапальні препарати
- B. Карбамазепін, вітамінотерапія
- C. Противовірусні препарати, анальгетики, вітаміни групи B
- D. Транквілізатори, анальгетики, вітаміни групи B
- E. Нестероїдні протизапальні препарати, карбамазепін

55. У хворої скарги на болі в ділянці зовнішнього слухового проходу, запаморочення, дзвін у вусі на стороні болю. При обстеженні виявляється прозомонопарез правого лицьового нерву, порушення смакосприйняття на

передніх $\frac{2}{3}$ язика, набряк правої щоки. В анамнезі – герпес. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A. Синдром Ханта
- B. Синдром Слюдера
- C. Синдром Черлена
- D. Синдром Файля
- E. Синдром Рейхерта

56. Який з наведених симптомів не характерний для синдрому Ханта?

- A. Біль в ділянці зовнішнього слухового ходу
- B. Порушення свідомості
- C. Порушення смакосприйняття
- D. Вестибулярні розлади
- E. Порушення слуху

57. У хворої скарги на напади болю у зовнішньому слуховому ході. На обличчі герметичний висип. Для якого захворювання це характерно?

- A. Синдром ураження вузла колінця
- B. Невралгія відієвого нерва
- C. Гангліоніт вушного нерва
- D. Невралгія барабанного нерва
- E. Гангліоніт війкового вузла

58. Тривалість захворювання ураження вузла колінця (синдром Ханта) складає:

- A. Кілька днів
- B. Кілька тижнів
- C. Кілька років
- D. Протягом життя
- E. Кілька годин

59. Який з наведених препаратів не призначають на початку невропатії лицьового нерва?

- A. Прозерін

В. Трентал

С. Преднізолон

Д. Вітамінотерапія

Е. Нікотинова кислота

60. При периферичному ураженні лицьового нерва методи фізіотерапевтичного лікування починають:

А. З першого дня захворювання

В. З 15 доби

С. Через місяць після початку захворювання

Д. Не призначають взагалі

Е. На 2 тиждень захворювання

61. Встановіть рівень ураження лицьового нерву, якщо у хворого спостерігається тільки прозомонопарез із слъзотечею.

А. Ураження нерву в каналі

В. Ураження нерву при виході з каналу

С. Ядерне ураження нерву

Д. В ділянці стовбуру мозку

Е. Після відходження великого кам'янистого нерва

62. До гангліоніту шийних симпатичних вузлів найчастіше призводять:

А. Хронічні інфекції

В. Алергічні реакції

С. Травми щелепи

Д. Патологія судин

Е. Вертеброгенна патологія

63. Який з наведених синдромів не зустрічається в клініці гангліоніту шийних симпатичних вузлів?

А. Наявність больових пароксизмів

В. Вегетативні порушення

С. Синдром Клода-Бернара-Горнера

Д. Трофічні зміни у тканинах

Е. Прозомонопарез на боці болю

64. У хворої скарги на напади болю пекучого характеру в правій половині обличчя, які поширюються на половину тіла, які тривають до 3 годин. При огляді виявлена гіперпігментація шкіри, синдром Клода-Бернара-Горнера, на правій половині обличчя кількість зморшок збільшена, птоз правої повіки. Яке захворювання можна запідозрити?

А. Синдром Шегрена

В. Дентальна плексалгія

С. Прогресуюча геміатрофія обличчя

Д. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів

Е. Глосодінія

65. При гангліоніті шийних симпатичних вузлів під час больового нападу виявляють зміни на:

А. Електроенцефалографії

В. Комп'ютерній томографії

С. Електроміографії

Д. Ехоенцефалографії

Е. Реоенцефалографії

66. Пароксизми болі при гангліоніті шийних симпатичних вузлів тривають:

А. Кілька секунд

В. До хвилини

С. До 4 годин

Д. До доби

Е. 6-12 годин

67. Хворий скаржиться на постійний пекучий біль в передній частині язика, під'язиковій та піднижньощелепній ділянці. Біль посилюється при розмові, під час їжі, супроводжується порушенням слиновиділення. При огляді спостерігається набряк язика та тканин нижньощелепної ділянки. Встановіть діагноз.

А. Гангліоніт під'язикового та піднижньощелепного вузлів

В. Гангліоніт крилопіднебінного нерва

С. Невралгія язиковоглоткового нерва

Д. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів

Е. Гангліоніт війкового вузла

68. Пекучі постійні болі, що посилюються під час їжі та при торканні до язика та ірадіюють в губі, нижню щелепу, скроню, потилицю та супроводжуються порушенням слиновиділення виникають при:

А. Гангліоніті шийних симпатичних вузлів

В. Гангліоніті крилопіднебінного нерва

С. Гангліоніті під'язикового та піднижньощелепного вузлів

Д. Гангліоніті вушного вузла

Е. Гангліоніті війкового вузла

69. Гангліоніт вушного вузла не виникає у разі:

А. Хронічній інфекції в ротовій порожнині

В. При захворюванні слинної залози

С. При тривалому подразненні слинних залоз

Д. При захворюванні вух

Е. При захворюванні носу

70. Хвора скаржиться на больові напади на ділянці скроні та попереду зовнішнього слухового ходу, які тривають кілька хвилин. Під час болю підвищується слиновиділення. Який ймовірний діагноз?

А. Мігрень без аури

В. Гангліоніті вушного вузла

С. Невралгія барабанного нерва

Д. Невралгія відієвого нерва

Е. Невралгія вушного вузла

71. При гангліоніті вушного вузла найбільш ефективним може бути застосування:

А. Гангліоблокаторів

В. Нестероїдних протизапальних препаратів

С. Судиннорозширюючих препаратів

Д. Транквілізаторів

Е. Антидепресантів

72. Хворий, що кілька років страждає сіалоаденітом, скаржиться, що останніми днями в нього з'явилися больові напади тривалістю кілька хвилин. Болі локалізуються в лівій скроневій частині та попереду зовнішнього слухового ходу. Під час нападу чоловік відчуває ляскіт та закладення у лівому вусі. Встановіть попередній діагноз.

А. Невралгія трійчастого нерва

В. Гангліоніт війкового вузла

С. Гангліоніт вушного вузла

Д. Гангліоніт крилопіднебінного нерва

Е. Невралгія барабанного нерва

73. Який з наведених етіологічних чинників не виключає гангліоніту крилопіднебінного вузла?

А. Хронічні запальні процеси зубощелепної системи

В. Запальні процеси при носових пазух

С. Запальні процеси очей

Д. Запальні процеси крилопіднебінної ямки

Е. Запальні процеси скронево-нижньощелепного суглоба

74. Хвора скаржиться на наявність больових пароксизмі високої інтенсивності в правій половині обличчя з ірадіацією в потилицю, шию. Біль має виражене вегетативне забарвлення. Частіше пароксизми виникають вночі, тривалість нападів від хвилини до декількох діб. З анамнезу відомо, що пароксизми тривають вже кілька років. Про яке захворювання можна думати?

А. Гангліоніт крилопіднебінного нерва

В. Гангліоніт вушного вузла

С. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів

Д. Гангліоніт піднижньощелепного вузла

Е. Гангліоніт війкового вузла

75. У хворого напади пекучого болю в правій половині обличчя, що супроводжуються набряком, слъозо- та слинотечею, ринореєю справа. При огляді – гіперстезія та гіперпатія шкіри обличчя, потилиці, шії. Болючість при пальпації супра- та інтраорбітальних точок, ділянки проекції верхнього шийного та зірчастого вузлів. Про яке захворювання можна думати?

А. Синдром Слюдера

В. Синдром Опенгейма

С. Синдром Ханта

Д. Синдром Файля

Е. Синдром Рейхарта

76. З якими захворюваннями слід проводити диференціальну діагностику в разі підозри у хворого гангліоніту крилопіднебінного вузла?

А. Невралгією трійчастого нерва

В. Невралгією барабанного нерва

С. Вертеброгенною цервікокраніалгією

Д. Дентальною плексалгією

Е. Мігренню

77. Диференційно-діагностичними відмінностями невралгії трійчастого нерва та синдрому Слюдера є:

А. Тривалість больових нападів

В. Інтенсивність больових пароксизмів

С. Зміни чутливості на обличчі

Д. Виникнення больових нападів вночі

Е. Відсутність тригерних точок

78. До розвитку гангліоніту війкового вузла можуть привести:

А. Захворювання приносних пазух

В. Судинна патологія

С. Аутоімунні захворювання

Д. Спадкові захворювання

Е. Захворювання внутрішніх органів

79. Для лікування гангліоніту війкового вузла найбільш ефективним є:

А. Закапування ока лідокаїном та адреналіном

В. Вегетотропні препарати

С. Вітамінотерапія

Д. Карбамазепін

Е. Нестероїдні протизапальні препарати

80. У жінки скарги на больові пароксизми в ділянці лівого ока та крила носа зі слезотечею, гіперемією ока, світлобоязню. При огляді виявлений синдром Пюрфюр Дю Пті. Визначити клінічний діагноз.

А. Офтальмічна мігрень

В. Синдром Толоси-Ханта

С. Гангліоніт війкового вузла

Д. Невралгія I гілки трійчастого нерву

Е. Синдром Ханта

81. Дентальна плексалгія – це ураження:

А. Зубного сплетіння

В. Верхнього гортанного нерва

С. Ядерне ураження лицьового нерва

Д. Верхнього альвеолярного нерва

Е. Невропатія нижнього альвеолярного нерва

82. У жінки після протезування зубів виникла постійна, ниюча, пекуча біль з парестетичним компонентом в зубах та яснах верхньої щелепи. Біль носить хвильоподібний характер та супроводжується почервонінням шкіри обличчя на боці болю. При огляді: знижена чутливість в ділянці перехідної складки ясен. Про яку патологію слід думати?

А. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів

В. Дентальна плексалгія

С. Глосодінія

Д. Невропатія верхнього альвеолярного нерва

Е. Гангліоніт крилопіднебінного вузла

83. Для лікування дентальної плексалгії використовують:

А. Нестероїдні протизапальні препарати

В. Прозерін

С. Трентал

Д. Карбамазепін

Е. Глюкокортикоїди

84. Для лікування невралгії трійчастого нерва сучасним методом лікування вважають:

А. Алкоголізація нерва

В. Застосування карбамазепіну

С. Хірургічне лікування

Д. Використання наркотичних анальгетиків

Е. Використання нестероїдних протизапальних препаратів

85. Хвора скаржиться на біль в зубах та яснах верхньої щелепи, затерплість в цих ділянках. При огляді виявляється відсутність чутливості на яснах вестибулярної поверхні. Знижена електрозбудливість пульпи в зубах верхньої щелепи. Встановіть клінічний діагноз.

А. Дентальна плексалгія

В. Невропатія лицьового нерва

С. Невралгія II гілки трійчастого нерва

Д. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів

Е. Невропатія верхнього альвеолярного нерва

86. У хворого після видалення гранульоми верхньої щелепи виник біль в усіх зубах верхньої щелепи справа, який іноді поширюється на лівий бік щелепи, що супроводжується відчуттям затерпlosti. При огляді знижена чутливість на яснах верхньої щелепи справа. Про яке захворювання можна думати?

А. Невропатія щічного нерва

В. Невропатія верхнього альвеолярного нерва

С. Дентальна плексалгія

D. Невралгія II гілки трійчастого нерва

E. Синдром Слюдера

87. Хвора скаржиться на постійний біль на передніх $\frac{2}{3}$ язика та сухість у роті.

Об'єктивно: гіперстезія передніх $\frac{2}{3}$ язика. Про яке захворювання можна думати?

A. Глосодінія

B. Дентальна плексалгія

C. Невропатія язикового нерва

D. Невралгія трійчастого нерва

E. Гангліоніт під'язикового нерва

88. До розвитку невропатії щічного нерва не може привести:

A. Стоматологічне втручання на нижніх щелепах

B. Виділення ангіоми на щоці

C. Травма щічної ділянки

D. Запальні захворювання нижніх премолярів

E. Запальні захворювання гортані

89. Хвора скаржиться на постійний біль ниючого характеру, що виникає на

поверхні ясен, здебільшого в ділянці премолярів та молярів зліва, а потім

поширюється на всю праву щоку. Біль носить хвилюподібний характер.

Об'єктивно: зниження чутливості на правій щоці та яснах у ділянці молярів та пре молярів. Визначити клінічний діагноз.

A. Невропатія щічного нерва

B. Дентальна плексалгія

C. Глосодінія

D. Невропатія верхнього альвеолярного нерва

E. Невропатія нижнього альвеолярного нерва

90. У хворого після пломбування премоляра зліва на нижній щелепі виникли

скарги на тупий, постійний біль та отерплість слизової оболонки

альвеолярного відростка нижньої щелепи, нижньої губи. При огляді – ознаки

зниження всіх видів чутливості на шкірі та слизовій оболонці нижньої щелепи. Встановіть клінічний діагноз.

- A. Дентальна плексалгія
- B. Невропатія нижнього альвеолярного нерва
- C. Глосодінія
- D. Гангліоніт під'язикового вузла
- E. Гангліоніт крилопіднебінного вузла

91. Для невропатії трійчастого нерва не характерні:

- A. Тупий біль
- B. Постійний біль
- C. Розлад функції жувальних м'язів
- D. порушення трофіки м'язів
- E. наявність куркових зон

92. У хворої скарги на інтенсивний пароксизмальний больовий синдром з ознаками вегетативної дисфункції під час вживання твердої та гострої їжі. Біль локалізується у ділянці скроні, вуха, скронево-нижньощелепного суглоба, супроводжується підвищенням слиновиділення. Про яке захворювання слід думати?

- A. Невралгія вушно-скроневого нерва
- B. Дентальна плексалгія
- C. Гангліоніт вушного вузла
- D. Гангліоніт крилопіднебінного вузла
- E. Синдром Ханта

93. У хворого після паротиту виникли скарги на пароксизми болю в ділянці щоки, скроні, вуха справа з іррадіацією у нижню щелепу. Біль супроводжується гіперемією шкіри у привушній ділянці, гіпергідрозом в вушно-скроневої ділянці, підвищенням слиновиділення. Встановіть попередній діагноз.

- A. Гангліоніт вушного вузла
- B. Невралгія вушно-скроневого нерва

С. Невралгія нижньощелепного нерва

Д. Дентальна плексалгія

Е. Невропатія щічного нерва

94. Хворий скаржиться на напади інтенсивного болю в ділянці очного яблука, брови та половини носа зліва, який триває близько години та супроводжується світлобоязню, слъзотечею, набрякам слизової оболонки носа зліва. При огляді кератит, помутніння в передньому відділі лівого ока. Напади виникли після перенесеного етмоїдита. Який діагноз найбільш ймовірний?

А. Невралгія трійчастого нерва

В. Дентальна плексалгія

С. Невралгія носовійкового нерва

Д. Гангліоніт війкового вузла

Е. Гевропатія лицьового нерва

95. Для невралгії трійчастого нерва характерною ознакою є:

А. Напади на протязі доби

В. Наявність тригерних зон

С. Втрата свідомості під час болю

Д. Хвилеподібний характер болю

Е. Нічні напади болю

96. Який з наведених симптомів не характерний для невралгії трійчастого нерва?

А. Тики

В. Вегетативний синдром

С. Короткочасні больові напади

Д. Парез м'язів на боці болю

Е. Психопатологічний синдром

97. Для ураження лицьового нерву не характерна наявність:

А. Біль в обличчі

В. Парез м'язів половини обличчя

С. Больові відчуття в області вуха

Д. Сльозотеча

Е. Порушення смакосприйняття

98. Для синдрому Чарліна характерна наявність:

А. Герпетичного висипу в ділянці болю

В. Тривалість нападів болю до 30 секунд

С. Нейротонічна реакція зіниці на боці болю

Д. Наявність офтальмоплегії на боці болю

Е. набряк пері очноямкових тканин

99. Яка з наведених функцій відноситься до вегетативної нервової системи?

А. Регуляція рівноваги

В. Трофічна

С. Координація рухів

Д. Забезпечення чутливої інервації

Е. Забезпечення рухів кінцівок

100. У хворої обмежені рухи правої половини обличчя, болі та пухирцеві висипи на шкірі зовнішнього слухового ходу. При огляді не викликаються надбрівний, рогівковий та кон'юнктивальний рефлекс справа. Поставити клінічний діагноз.

А. Невропатія лицьового та колінчастого нерва

В. Синдром Ханта

С. Глосодінія

Д. Пухлина головного мозку

Е. Арахноідит мосто-мозочкового кута

101. Функцією трійчастого нерва не є:

А. Іннервація задньої третини язика

В. Іннервація шкіри обличчя нижче під'язикової кістки

С. Іннервація зубів

Д. Іннервація передніх 2/3 язика

С. Іннервація очних яблук

102. В патогенезі невралгії трійчастого нерву найбільш розробленою теорією є:

- A. Судинне ураження
- B. Вірусне ураження нерву
- C. Інтоксикація
- D. Переохолодження
- E. Локальна демієлізація

103. 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

104. Для диференціаній 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

105. 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

106. 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

107. 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

108. Приступообразні болі в одній половині обличчя, іноді зі слъзотечею, 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

109. 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

110. Хапальні рефлекси відмічаються при ураженні:

- A. Скроневої частки
- B. Домінантної півкулі
- C. Тім'яної частки

Д. Лобної частки

Е.Потиличної частки

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

А. Приступи блі в області половині обличчя в нічний час

В. Постійні ниючі болі, які захватують половину обличчя

С. Приступи болі, які нарастають в області очей, щелепи, зубів та супроводжуються сльозо- та слинотечею

Д. Тривалі болі в області орбіти вугла ока з порушенням гостроти зору

Е. Короткі пароксизми інтенсивної болі, які провокуються доторненням до обличчя

112. Які зміни в спинномозковій рідині частіше всього спостерігаються при гнійному менінгіті?

А. Наявність змінних еритроцитів

В. Різке зниження рівня глюкози

С. Лімфоцитарний плеоцитоз

Д. Високий нейтрофільний плеоцитоз

Е. Зниження рівня глюкози і хлоридів

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

А. Наявність геміпарезу лівих кінцівок

В. Наявність змінних еритроцитів у лікворі

С. Раптовий різкий головний біль

Д. Наявність менінгеальних симптомів

Е. Втрата свідомості

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

А. Порушення свідомості - сопор

В. Правобічний геміпарез

- С. Правобічна розширена зіниця
 - Д. Наявність змінних еритроцитів у лікворі
 - Е. Мерехтиння симптомів
115. Які із змін у лікворі характерні для ішемічного інсульту?
- А. Опалісценція
 - В. Лімфоцитарний плеоцитоз
 - С. Кількість лімфоцитів 2-4 в 1 мкл
 - Д. Кількість білка 0,9-1,2 г/л
 - Е. Кількість нейтрофілів 80%
116. Для лікування геморагічного інсульту показано призначення:
- А. Антикоагулянтів
 - В. Антибіотиків
 - С. Гепарину
 - Д. Ацетилсаліцилової кислоти
 - Е. Етамцилату натрія
117. При тромботичному ішемічному інсульті тромболітичну терапію призначають у:
- А. Протягом першої доби
 - В. Перші 6 годин
 - С. Перші 3 години
 - Д. Перші 3-6 години
 - Е. Перші 12 годин
118. При невралгії трійчастого нерву провокуючим фактором є:
- А. Доторкнення до шкіри обличчя
 - В. Вживання смаженої їжі
 - С. Яскраве світло
 - Д. Гучний звук
 - Е. Вживання гострої їжі
119. Який характер носить біль при невралгії трійчастого нерву?
- А. Приступоподібний

В. Ниючий

С.Ріжучій

Д.Колючий

Е.Пекучий

120. 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 носовійкового вузла

Д. Післягерпетичне ураження трійчастого нерва

Е.Невралгія I гілки трійчастого нерва

121. 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

122. 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

123. До вегетативних прозопалгій не відноситься:

- A. Синдром Слюдера
- B. Синдром Оппенгейма
- C. Синдром Толоси-Ханта
- D. Синдром Фрея
- E. Синдром шийних симпатичних вузлів

124. У хворого спостерігаються пароксизми печучого 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 підніжньощелепного вузла
- B. Гангліоніт під'язикового вузла
- C. Гангліоніт війкового вузла
- D. Гангліоніт вушно-скроневого вузла
- E. Гангліоніт крило-піднебінного вузла

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

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

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

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

127. Хвора скаржиться 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 вузлі
- C. Гангліоніт піднижньощелепного вузла
- D. Невралгія II гілки трійчастого нерву
- E. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів

128. У хворой 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

129. При невропатіях щічного нерва не є характерним:

- A. Постійний біль ниючого характеру
- B. Слинотечія, ринорея
- C. Біль по передній поверхні зубів нижньої щелепи
- D. Хвильоподібні больві напади в ділянці нижньої щелепи
- E. Зниження чутливості у ділянці нижніх премолярів та молярів

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

- A. Невралгія III гілки трійчастого нерва
- B. Невропатія верхнього альвеолярного нерву
- C. Невропатія лицьового нерву
- D. Невропатія язикового нерву

Е. Невралгія II гілки трійчастого нерва

131. 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 III гілки трійчастого нерва

В. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів

С. Невралгія язикового нерва

Д. Невралгія вушно-скроневого нерва

Е. Гангліоніт крилопіднебінного вузла

132. 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

133. 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

134. 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. Нейропатія лицьового нерва

С. набряк Квінке

Д. Глосодинія

Е. Міофасціальний больовий дисфункціональний синдром

135. 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.

А. Синдром Россолімо-Мелькерссона-Розенталя

В. Синдром Шегрена

С. Міофасціальний больовий дисфункціональний синдром

Д. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів

Е. Ангіоневротичний набряк

136. Для визначення наявності ураження лицьового нерва не досліджують:

А. Відчуття смаку на язика

В. Функцію м'язів

С. Чутливість на обличчі

Д. Виділення слини

Е. Виділення сльози

137. 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.

А. Невралгія відієвого нерва

В. Синдром ураження вузла колінця лицьового нерву

С. Невралгія язикоглоткового нерва

Д. Ядерне ураження лицьового нерва

Е. Невралгія вушного вузла

138. 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

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

- A. Невралгія гортанного нерва
- B. Синдром Россоліми-Мількерссона-Розенталя
- C. Синдром Шегрена
- D. Глосодинія
- E. Набряк Квінке

140. 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

- A. Гостра нейропатія лівого лицьового нерва
- B. Синдром Ганта
- C. Ішемічний інсульт в стовбурі мозку
- D. Понтійна форма поліомієліту
- E. Синдром мосто-мозочкового кута

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

- A. Антихоїєстеразні засоби
- B. Голкорексфлексотерапію

С. Внутрішньовенне введення глюкокортикоїдів

Д. Вітамінотерапію

Е. Сечогінні препарати

142. 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

143. Для етіологічних чинників невропатії під'язикового нерва не є характерними:

А. Ангіна, менінгіт, енцефаліт

В. Патологія травневого каналу

С. Запальні процеси зубощелепної системи

Д. Травми (операції) порожнини рота

Е. Інтоксикації

144. Хвора скаржить 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. Невропатія під'язикового нерва

Е. Невралгія верхнього гортанного нерва

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

А. Невралгія язикового нерва

В. Травмування язика гострим краєм зубів

С. Цукровий діабет

Д. Невропатія під'язикового нерва

Е. Глосодинія

146. При якому захворюванні не виникає ураження лицьового нерву?

А. Міофасціальний больовий дисфункціональний синдром

В. Ішемічний інсульт в півкулі мозку

С. Понтінна форма поліомієліту

Д. Пухлина мосто-мозочкового кута

Е. Ішемічний інсульт в стовбурі мозку

147. Яке з наведених захворювань не є гангліонітом?

А. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів

В. Синдром Оппенгейма

С. Синдром Слюдера

Д. Синдром Фрея

Е. Синдром Рейхерта

148. 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.

А. Анальгін

В. Морфій

С. Карбамазепін

Д. Тіопентал натрію

Е. Сибазон

149. 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.

А. Гангліоніт шийних симпатичних вузлів

В. Невралгія трійчастого нерву

С. Невропатія лицьового нерву

D. Вегетативні прозопалгії

E. Гангліоніт війкового вузла

150. 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	№	Відповідь
1	E	51	E	101	A
2	C	52	E	102	E
3	B	53	A	103	C
4	A	54	C	104	A
5	D	55	A	105	D
6	B	56	B	106	A
7	C	57	E	107	A
8	A	58	B	108	B
9	A	59	A	109	A
10	C	60	B	110	D
11	C	61	B	111	E
12	A	62	A	112	D
13	D	63	E	113	A
14	D	64	D	114	E
15	B	65	E	115	C
16	A	66	E	116	E
17	C	67	A	117	C
18	D	68	C	118	A
19	B	69	E	119	A
20	E	70	B	120	D
21	A	71	A	121	B
22	C	72	C	122	A
23	E	73	C	123	C
24	D	74	A	124	E
25	D	75	A	125	E
26	B	76	A	126	A
27	B	77	E	127	B
28	A	78	A	128	A
29	A	79	A	129	B
30	D	80	C	130	D
31	C	81	A	131	D
32	D	82	B	132	C
33	B	83	A	133	E
34	E	84	B	134	A
35	D	85	E	135	A
36	B	86	B	136	C
37	D	87	C	137	B
38	E	88	E	138	D
39	A	89	A	139	E
40	E	90	B	140	A

41	A	91	E	141	A
42	B	92	A	142	C
43	D	93	B	143	B
44	B	94	C	144	D
45	C	95	B	145	E
46	A	96	D	146	A
47	A	97	A	147	E
48	A	98	C	148	C
49	D	99	B	149	B
50	D	100	A	150	A

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1

До стоматолога звернувся хворий К. 43 років зі скаргами на болі в області піднебіння з віддачею у ліве вухо, головний біль, на висипання в області язика і асиметрію обличчя. При об'єктивному дослідженні виявлено: периферичний парез лицьової мускулатури зліва, гіперстезія в області лівої вушної раковини, герпетичні висипання на лівій 1/2 язика, гіперстезія та зниження смаку на передніх 2/3 язика зліва, сухість ока зліва і гіперакузія.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 2

У хворого, 62 роки, після протезування з'явився біль у передніх 2/3 язика справа, які провокуються прийомом їжі, розмовою. При обстеженні виявляється легка гіперстезія на передніх 2/3 язика справа. Прийом анальгетиків знімає біль.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 3

Хвора, 56 років, протягом 8 років страждає на гіпертонічну хворобу. Під час екстракції зуба відчула головний біль, нудоту, слабкість в правих кінцівках і утруднення мови, мову оточуючих розуміла. У неврологічному статусі виявлено: зниження м'язової сили, підвищення м'язового тону в правих кінцівках, асиметрія сухожилкових рефлексів D>S симптом Бабинського позитивний справа. АТ- 220/105 мм рт.ст.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 4

Хвора, 36 років, страждає на хронічний гайморит. В клініку поступила зі скаргами на болі у області правого очного яблука, надбрів'я і правої половини носа, що виникають на тлі охолодження. Болі супроводжуються рясною сльозотечею, набуханням слизової оболонки правої половини носа і виділенням рідкого секрету. Напад болю може триматися протягом декількох годин. Об'єктивно: болючість при пальпації внутрішнього кута правого ока, гіперестезія в правій орбікулярної області.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 5

Хворий 60 років звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на нападоподібний характер болю у верхній щелепі справа, переважно в області верхніх корінних зубів, в області щоки. Приступ триває протягом 1-2 хв, провокується прийомом їжі, розмовою. При об'єктивному обстеженні виявляється різка хворобливість точки виходу 2-й гілки трійчастого нерва зліва, при зміщенні шкіри в області верхньої губи виникає напад різького болю. Після екстракції 2-го корінного зуба больовий синдром не купований. Хворий направлений до невролога.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 6

Хворий 48 років звернувся до лікаря зі скаргами на різкий біль пульсуючого характеру протягом 3-х днів в області щоки і щелепи. Справа помітив набряк в області щоки. Після лікування каріозного зуба і депульпірованія біль значно зменшилася, на 2-у добу повністю припинилася.

При пальпації точок виходу трійчастого нерва болю немає, чутливих розладів на обличчі немає.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 7

У хворої 34 років після екстракції зуба (2-го нижнього премоляра) виникло ускладнення (остеомієліт нижньої щелепи). На 5-у добу захворювання у хворої різко піднялася температура (до 38,5°), з'явився головний біль, блювота. При об'єктивному дослідженні виявлено позитивні симптоми Керніга 130, Брудзинського, ригідність м'язів потилиці 4 см.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 8

Хворий 66 років протягом 12 років хворіє на гіпертонічну хворобу. В анамнезі двічі переніс гіпертонічний криз. Під час протезування зубів в кабінеті лікаря відчув різкий головний біль, на 10 хв знепритомнів. Коли прийшов до тями, скаржився на сильний головний біль, нудоту, двічі була блювота. При обстеженні хворого лікар швидкої допомоги виявив позитивні менінгеальні симптоми: ригідність м'язів потилиці 2 см, симптом Керніга, Брудзинського.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 9

Хворий 24 років після автоаварії доставлений в приймальне відділення обласної лікарні. Про те, що трапилося хворий не пам'ятає. Скаржиться на сильний головний біль, нудоту, одноразово була блювота. При об'єктивному дослідженні виявляється легкий лівобічний геміпарез, позитивні

менінгеальні симптоми, з правого вуха виділяється світла рідина. У правій скроневій області є припухлість м'яких тканин, асиметрія лицьової мускулатури, хворий з насилу відкриває рот. На 2-у добу стан погіршився, посилився головний біль, з'явився мідріаз справа, пульс 52 уд.в хв, АТ 140/80 мм рт.ст.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 10

Хвора 56 років звернулася до лікаря зі скаргами на відчуття печіння, поколювання, пощипування в області язика і слизової порожнини рота. (2 тижні тому - протезування зубів). При огляді стоматолог виявив неправильний прикус. Змін з боку язика і слизової порожнини рота не виявлено.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 11

У жінки 40 років на третій день після видалення 4 зуба зліва виник постійний біль в області верхньої щелепи і щоки зліва. У цій зоні періодично з'являлися пульсуючі гострі болі, які тривали кілька годин. При огляді визначалася гіперестезія в області крила носа і верхньої губи зліва, хворобливість точки виходу 2-й гілки трійчастого нерва при пальпації. Тригерних зон немає.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 12

У жінки 50 років при підготовці до протезування видалено кілька зубів верхньої щелепи зліва, після чого стали виникати тривалі напади пекучого

болю в області правої половини верхньої щелепи. Приступ триває від 40 до 50 хвилин. Між нападами зберігається ниючий біль у верхній щелепі. На висоті болю набряклість ясен, болючість при глибокій і поверхневій пальпації шкіряної проекції верхнього зубного сплетення.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 13

Хворий 43 років скаржиться на головний біль, нездужання, підвищення температури. Через 2 дні з'явилися пекучі болі в області чола, ока, скроневої області зліва. Через три дні в області чола, рогівки ока з'явилися герпетичні висипання. Біль в цій області посилилася, іррадіює в нижню половину обличчя.

При огляді - рясні герпетичні висипання на шкірі в скроневої області і рогівці зліва, гіперестезія на половині обличчя.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 14

У хлопчика 14 років після травми лівого ока виник біль в області лівого очного яблука, надбрів'я, спинки носа. Тривалість нападу - кілька годин. При огляді - набряклість повіки, ін'єктованість склер, сльозотеча, світлобоязнь. Поліпшення настало після змазування анестетиками слизової оболонки носа.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 15

На наступний день після тривалого переохолодження чоловік 40 років помітив «перекіс» обличчя зліва, сухість лівого ока, загострене сприйняття звуків лівим вухом, порушення смаку на лівій половині язика. Рідка їжа

погано утримувалася в порожнині рота. При огляді око не закривається, носо-губна складка опущена, не вдається спроба надути ліву щоку, витягнути губу трубочкою.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 16

Хвора 24 років перенесла гостре респіраторне захворювання, через три дні після якого виник біль в області очей, носа, верхньої щелепи. Напади болю частіше виникали в нічні години, іррадіювали в область вуха, плеча, лопатки, передпліччя. Під час нападу спостерігалось почервоніння половини обличчя, набряк обличчя, слъозотеча. Тривалість болю 2-3 години. Змазування анестетиком слизової оболонки носа знімає біль.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 17

У хворої 15 років після тонзилектомії виникє біль у області гортані з іррадіацією в праву нижню щелепу і вухо, що супроводжуються кашлем, загальною слабкістю. Визначається больова точка на бічній поверхні шиї, вище щитовидного хряща. Глотковий рефлекс знижений зправа.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 18

Після видалення 7-го зуба зліва протягом місяця зберігаються болі і оніміння в зубах верхньої щелепи. При обстеженні відзначається анестезія ясна верхньої щелепи області 7-го зубу зліва і прилеглої ділянки слизової щоки.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 19

Жінка 67 років скаржиться на неприємні відчуття в порожнині рота. Відзначаються також печіння і оніміння в передніх 2/3 язика, що поширюються на слизову оболонку порожнини рота. Прийом їжі зменшує неприємні відчуття.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 20

У юнака 19 років і протягом останніх 2-х років повторно виникає параліч лицьового нерва зліва. При огляді - ліве око не закривається, носогубна складка опущена, є набряк лівої губи, складчастий язик.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 21

Хворий 38 років скаржиться на слабкість і мерзлякуватість рук, часті опіки, які виникали якимось непомітно. Об'єктивно: відзначається невідповідність довжини тулуба, кіфосколиоз, звуження правої очноямкової щілини, міоз зправа, легка гіпотрофія м'язів дистальних відділів рук, більше праворуч, порушення больової і температурної чутливості праворуч, починаючи з кінчика носа до рівня пупка.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 22

Хворий 20 років впав з мотоцикла, втратив свідомість. Отямився в машині швидкої допомоги, про те, що трапилося в перші хвилини не

пам'ятав. Блідий, сліди ударів в області тулуба і голови, рефлекторних і чутливих порушень не виявлено. Менінгеальних симптомів немає.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 23

Захворювання розвинулося раптово, з'явився озноб, головний біль, блювота, температура - 39,8 °. При об'єктивному обстеженні стан важкий, стогне, скаржиться на головний біль, адінамічен, в області шкірних покривів живота петехіальний висип, відвертається від яскравого освітлення. Ригідність потиличних м'язів - 4 см, симптом Керніга 110. Позитивні симптоми Брудзинського.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 24

Хворий 68 років захворів гостро на тлі психотравмуючої ситуації. Раптово з'явився головний біль, порушилося рівновагу і хворий впав. При огляді лікарем швидкої допомоги встановлено: хворий завантажений, загальмований, відповідає коротко, швидко засинає. Активні рухи в лівих кінцівках відсутні, справа періодично виникає автоматизована жестикуляція, є різко виражений менінгеальний синдром. АТ 180/100 мм.рт. ст., пульс ритмічний, напружений.

Визначити топический діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 25

Хворий 45 років. Останні 3 місяці турбує головний біль наростаючої інтенсивності, тривалості і частоти. Останній напад головного болю супроводжувався блювотою. Хворий «завантажений», загальмований. У неврологічному статусі; невелика правобічна пірамідна недостатність у вигляді пожвавлення рефлексів, згладжена носо-губна складка.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 26

У хворого спостерігається параліч мімічних м'язів праворуч: значно опущений кут рота, згладжена носо-губна складка, рот перекрошений вліво, розширена очна щілина, око не заплющується (лагофтальм), симптом Бела, губи щільно не змикаються, рідка їжа витікає з рота, а тверда застряє між щокою і ясною, лоб не зморщується на правому боці. Сльозотеча з правого ока. Слух порушений справа (гіперакузія). Втрачена смакова чутливість на передніх 2/3 правої щілини язика.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

Як відрізнити периферичний параліч мімічних м'язів від центрального?

ЗАДАЧА 27

У хворого виявлено: справа параліч мімічних м'язів обличчя: опущений кут рота, згладжена носо-губна складка, рот перекошений вліво, розширена права очна щілина, не зморщується лоб на цьому боці, симптом Бела. Сльозотеча з правого ока. Смак і слух збережені.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 28

У хворого виявлений справа параліч всіх м'язів обличчя: розширена права очна щілина, не зморщується лоб на цьому боці, симптом Бела, опущений кут рота, згладжена носо-губна складка, рот перекошений вліво. Сльозотеча з правого ока. Втрачений смак на передніх 2/3 правої половини язика. Слух збережений.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 29

У хворого спостерігається параліч м'язів мускулатури справа: розширена очна щілина, око не заплющується (лагофтальм), симптом Бела, губи щільно не змикаються, лоб не зморщується на цьому боці. Сухість правого ока. Слух порушений справа (дизакузія). Втрачена смакова чутливість на передніх 2/3 правої половини язика, значно опущений кут рота, згладжена носо-губна складка, рот перекошений вліво.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 30

У хворого виявлений параліч м'язів зліва: розширена очна щілина, око не заплющується (лагофтальм), симптом Бела, губи щільно не змикаються, лоб не зморщується на цьому боці. Сухість лівого ока. Слух на ліве вухо втрачений. Відмічається шум у правому вусі. Втрачена смакова чутливість на передніх 2/3 правої половини язика. Опущений кут рота, згладжена носо-губна складка зліва.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

При яких хворобах може зустрічатись такий синдром?

ЗАДАЧА 31

У хворого виявлений параліч мімічних м'язів зліва: розширена очна щілина, око не заплющується (лагофтальм), симптом Бела, губи щільно не змикаються, лоб не зморщується на цьому боці. Сльозотеча з лівого ока. Слух на ліве вухо втрачений. Опущений кут рота, згладжена носо-губна складка зліва. Знижена сила лівої руки і ноги, тонус м'язів згиначів в правій руці підвищений, глибокі рефлекси на руці і нозі справа підвищені, черевні знижені. Симптом Бабінського справа.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 32

Хворий скаржиться на шум, дзвін в лівому вусі, зниження слуху на ліве вухо і запаморочення, втрату рівноваги, хитання оточуючих предметів. При огляді укорочення кісткової провідності зліва. В позі Ромберга нестійкість, координаторні проби (пальце-носову, п'яtkово-колінну) виконує задовільно. Парез рук і ніг не виявлено.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

При яких хворобах може зустрічатись такий синдром?

ЗАДАЧА 33

У хворого параліч мімічних м'язів супроводжується різким болем у вусі і пухирчатими висипами на шкірі зовнішнього слухового проходу. Визначити рівень ураження лицевого нерву, вид паралічу мімічних м'язів, назвати висип і нервові утворення, які визначають його появу.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 34

Хворий скаржиться на зниження слуху на праве вухо. Порушення кісткової провідності немає. При пробі Вебера звук латерізується праворуч. Проба Ріне негативна.

Визначити місце ураження.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 35

На протязі року хворого непокоїть головний біль, шум в лівому вухові, періодично – запаморочення, блювота. В останні три тижні стало погано заплющуватися ліве око, в ньому з'явилась сухість. Об'єктивно: зниження чутливості на лівій половині обличчя. Ліворуч згладжена носо-губна складка, гірше розкривається кут рота, не може «загасити свічку», ліва очна щілина повністю не змикається, ліва половина лоба гірше збирається в складки.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 36

Хвора скаржиться на пароксизмальний біль в ділянці лоба і лівого ока. При огляді: зниження всіх видів чутливості ліворуч в ділянці лоба, спинки носа, верхньої повіки. Різко болюча супраорбітальна точка. Ліворуч не викликаються рогівковий і надбрівний рефлекси.

Визначити локалізацію ураження.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 37

У хворого з'явилося заніміння, почуття пекучості, різкі болі у правій половині лоба, потім герпетичні висипи і гіперестезія больової чутливості в цій ділянці.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 38

Хвора скаржиться на біль в нижній щелепі праворуч і утруднення при жуванні. В неврологічному статусі: знижена чутливість шкіри в ділянці нижньої щелепи, підборіддя, нижньої губи і язика праворуч, болюча при пальпації ментальна точка. Послаблено напруження жувальних м'язів праворуч, гіпотрофія в ділянці мас сетера.

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

ЗАДАЧА 39

У хворого праворуч: гіпестезія обличчя в зовнішній зоні Зельдера, парез м'якого піднебіння і голосової зв'язки, синдром Горнера і дисметрія при координаторних пробах, ліворуч центральний геміпарез і гемігіпестезія (виключаючи обличчя).

Визначити топічний діагноз.

Поставити клінічний діагноз

Визначте тактику ведення та лікування

Де знаходиться осередок?

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», 2015. – 640 с.
4. Грицай Н.М. Нейростоматология / Н.М.Грицай, Н.О.Кобзиста. – К. Здоров'я. 2001. – 144 с.
5. Зенков Л. Р. Эпилепсия: диагноз и лечение. Руководство для врачей / Л. Р. Зенков. - М.: МИА, 2012. - 176 с.
6. Лобзин Ю. В. Менингиты и энцефалиты / Ю. В. Лобзин, В. В. Пилипенко, Ю. Н. Громыко. - С.-П. : Фолиант, 2006. - 128 с.
7. Москаленко П.О. Нейростоматологічні захворювання в практиці лікаря-хірург-стоматолога [Електронний ресурс] / П.О.Москаленко. – Суми – СумДУ, 2019. – 59 с.
8. Назаров В.М. Нейростоматология / В.Д.Трошин, А.В.Степанченко. – М.Академия, 2008.
9. Пузин М.Н. Вегетативные лицевые боли – 1999. – 158 с.
10. 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. Грачев Ю.В. Патогенетические механизмы и клинические особенности болей / Ю.В.Грачев / Журнал неврологии и психиатрии. – 1995. №. – С.20-24.
8. Живолупов С. А. Рациональная нейропротекция при травматической болезни головного и спинного мозга / С. А. Живолупов. - М. : МЕДпресс-информ, 2014. - 176 с.
9. Егоров П.М. Миофасциальный болевой синдром лица / П.М.Егоров, Н.Е. Кушлинский // Неврология. 1991. № 3 – С.23-26.
10. 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.

11. 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.
12. Козелкин А. А., Ревенько А. В., Визир И. В., Сикорская М. В., Дарий В. И. Мозговые инсульты. Методическое пособие // Запорожье - 2002. - 88 с.
13. Козелкин А. А., Ревенько А. В., Медведкова С. А. Диагностика неотложных состояний в неврологии (в таблицах). Учебно-методическое пособие // Запорожье - 2008. - 119 с.
14. Кремер Ю. Заболевания межпозвонковых дисков / Ю. Кремер. - М. : МЕДпресс-информ, 2013. - 472 с.
15. Мерхольц Я. Ранняя реабилитация после инсульта/Я.Мерхольц.- МЕДпресс-информ, 2014.-248 с.
16. Новосельцев С. В. Вертебрально-базилярная недостаточность / С. В. Новосельцев. - С.-П. : Фолиант, 2007. - 208 с.
17. Осипова В. В. Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия / В. В. Осипова. - М. : МИА, 2014. - 336 с.
18. Пальчик А.Б. Лекции по неврологии развития/А.Б. Пальчик.- "МЕДпресс-информ",2013.- 368 с.
19. Пономарев В В. Нейродегенеративные заболевания/В.В. Пономарев.- Фолиант, 2013.- 200 с.
20. Рассел С. М. Диагностика повреждения периферических нервов / С. М. Рассел. - М. : БИНОМ-Пресс, 2013. - 251 с.
21. Суслина З. А. Неврологические проявления опоясывающего герпеса / З. А. Суслина. - М. : Практика, 2014. - 72 с.
22. Табеева Г. Р. Головная боль : руководство для врачей / Г. Р. Табеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с.
23. Цегла Т. И. Лечение боли: справочник / Т. И. Цегла., 2011. – 284 с.
24. 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.finfoort.com