

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра нервових хвороб

СПЕЦІАЛЬНА НЕВРОЛОГІЯ

МОДУЛЬ 2

Навчально-методичний посібник
для аудиторної та самостійної роботи студентів IV курсу медичного
факультету вищих медичних навчальних закладів III-IV рівня
акредитації

Запоріжжя 2020

Методичний посібник затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ (протокол (протокол № 4 від 28.05.2020р.)) та рекомендовано для використання в учбовому процесі.

Рецензенти:

Сиволап В. В., доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри мультимодальної діагностики та пропедевтики, Запорізького державного медичного університету;

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

Автори:

Козьолкін О. А., д.мед.н., професор

Візір І. В., к.мед.н., доцент

Сікорська М. В., к.мед.н., доцент

Лапонов О.А., асистент

Спеціальна неврологія. Модуль 2 : навч.-метод. посіб. для аудиторної та самостійної роботи студентів IV курсу мед. фак.. вищих навчальних закладів III-IV рівня акредитації / О. А. Козьолкін, І. В. Візір, М. В. Сікорська, О. А. Лапонов. - Запоріжжя, 2020. – 195 с.

ЗМІСТ

Передмова.....	4
Змістовий модуль 2.....	5
Судинні захворювання головного і спинного мозку.	11
Менінгіти. Арахноїдити. Енцефаліти	28
Поліомієліт. Гострий мієліт. Боковий аміотрофічний склероз. Нейросифіліс.....	48
Демієлінізуючі захворювання нервової системи.....	65
Захворювання периферичної нервової системи.....	77
Епілепсія і неепілептичні пароксизмальні стани.....	94
Ураження нервової системи за наявності ВІЛ-інфекції. Туберкульоз нервової системи.....	108
Головний біль. Порушення сну.....	123
Спадково-дегенеративні захворювання нервової системи.....	142
Вроджені дефекти хребта і спинного мозку. Сирингомієлія.....	160
Підсумковий модульний контроль.....	178
Питання до підсумкового модульного контролю 2.....	191
Рекомендована література.....	193

ПЕРЕДМОВА

Даний навчально-методичний посібник призначений для студентів-магістрів. Що вивчають дисципліну «Нервові хвороби».

У клінічній медицині з захворюваннями нервової системи зустрічаються фахівці різних спеціальностей: неврологи, кардіологи, сімейні лікарі, оскільки перші прояви притаманні різним захворюванням.

В багаточисельних підручниках, керівництвах представлена інформація про клініку і діагностику неврологічних захворювань, але, в той же час, надзвичайно важливим в постановці клінічного діагнозу є кваліфіковано описаний огляд хворого, вміння виділити основні симптоми і синдроми ураження нервової системи, на підставі чого призначити адекватне обстеження та лікування.

В посібнику представлені найбільш поширені захворювання нервової системи. Кожна методична розробка складена згідно робочої програми; містить обґрунтування актуальності теми, питання для співбесіди з викладачем, приклади рішення тестових завдань та ситуаційних задач; надані сучасні і актуальні літературні джерела. В розділі лікування нервових хвороб є посилання на діючі уніфіковані протоколи надання медичної допомоги.

Таким чином, даний навчально-методичний посібник буде сприяти підвищенню якості навчання магістрів. Покращенню у майбутньому, діагностики і лікуванню хворих з ураженням нервової системи.

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2

Модуль 2. Спеціальна неврологія.

Тема 1. Судинні захворювання головного та спинного мозку.

Класифікація. Гострі порушення мозкового кровообігу: інсульти і скороминущі порушення мозкового кровообігу (транзиторні ішемічні атаки та церебральні гіпертонічні кризи). Хронічні порушення мозкового кровообігу: ранні і пізні форми. Судинні деменції.

Етіологічні фактори і патогенез гострих порушень мозкового кровообігу.

Геморагічний і ішемічний (тромботичний і нетромботичний) інсульти, субарахноїдальні крововиливи. Симптоми ураження передньої, середньої, задньої мозкових артерій. Синдроми оклюзії і стенозу магістральних судин мозку. Загально мозкові та осередкові синдроми. Кількісні і якісні види розладів свідомості (Продуктивна і непродуктивна симптоматика).

Диференціальний діагноз різних типів гострого порушення мозкового кровообігу.

Сучасні методи недиференційованої і диференційованої терапії гострих порушень мозкового кровообігу. Період «терапевтичного вікна». Показання і протипоказання для хірургічного лікування порушень мозкового кровообігу.

Крововиливи в спинний мозок і його оболонки. Ішемічні спинальні інсульти. Етіологія і патогенез. Симптоматологія. Діагностика. Інтенсивна терапія в гострому періоді.

Лікування хворих в періоді залишкових явищ після церебральних і спинальних інсультів. Реабілітація та експертиза працездатних хворих.

Профілактика судинних захворювань головного і спинного мозку.

Тема 2. Епілепсія і неепілептичні пароксизмальні стани.

Епілепсія. Патогенетична суть епілептичного осередка в розвитку захворювання. Значення ендегенного і екзогенного факторів, що беруть участь у формуванні цього вогнища. Класифікація епілептичних нападів: генералізовані, парціальні і парціально-генералізовані. Принципи диференційованого лікування епілепсії. Епілептичний статус (діагностика, невідкладна допомога).

Неепілептичні пароксизмальні стани. Стани з корчами: спазмофілія, фебрильні корчі, токсичні корчі, істеричні пароксизми. Стани без корчів: вегетативні пароксизми, мігрень, синкопи. Диференціальна діагностика епілепсії і неепілептичних пароксизмальних станів. Лікування пароксизму та лікування у межприступний період.

Тема 3. Головний біль. Порушення сну і стану бадьорості.

Етіологія та механізми головного болю: судинний, ліквородинамічний, невралгічний, м'язового напруження, психалгічний, змішаний. Класифікація. Нозологічні форми головного болю: мігрень, біль м'язового напруження, пучковий біль. Диференціальна діагностика, принципи лікування.

Мігрень-етіологія, сучасні механізми патогенезу. Клінічні форми (проста мігрень – без аури, асоційована), діагностика, диференційований діагноз, принципи лікування (в період приступу та у межприступний період).

Головний біль при синдромі внутрічерепної гіпотензії та синдромі внутрічерепної гіпертензії (етіопатогенетичні фактори, суб'єктивні дані, клінічні та інструментальні дані).

Порушення сну і стану бадьорості: стадії сну, розлади засипання – пресомнія, порушення сну – інсомнія, причинні фактори, лікування. Гіперсомнії – патологічна сонливість. Синдром сонних апное. Лікування.

Тема 4. Професійні і побутові нейроінтоксикації.

Ураження нервової системи при дії фізичних факторів.

Отруєння промисловими отрутами нейротропної дії (свинець, ртуть, марганець, миш'як, окис вуглецю, метиловий спирт, сірковуглець, фосфорорганічні сполуки). Клініка, неврологічні синдроми, лікування, профілактика. Харчові інтоксикації, ботулізм. Корсаківський синдром та інші неврологічні прояви алкоголізму. Клініка гострих отруень барбітуратами. Невідкладна допомога.

Вібраційна хвороба, радіаційні ураження, електротравма нервової системи, вплив постійних і змінних полів, ураження нервової системи при тепловому і сонячному ударі. Клінічна картина, неврологічні синдроми, лікування, профілактика.

Тема 5. Неврологічні аспекти черепно-мозкової травми. Спінальна травма.

Сучасні аспекти класифікації черепно-мозкової травми. Струс головного мозку. Диференціальна діагностика забою і стиснення головного мозку. Внутрішньочерепний крововилив. Ускладнення черепно-мозкової травми: посттравматична енцефалопатія, посттравматичний арахноїдит, посттравматичний судомний синдром, посттравматичний астеничний синдром. Хронічні оболонкові гематоми (епі- і субдуральні). Невідкладна допомога при черепно-мозковій травмі. Травма спинного мозку. Клініка, діагностика, лікування. Травми периферичних нервів.

Тема 6. Пухлини головного та спинного мозку. Абсцес головного мозку.

Класифікація (топічна і патоморфологічна). Клініка: загальномоzkові, вогнищеві і дислокаційні синдроми.

Диференціальна діагностика пухлин головного і спинного мозку.

Екстра - і інтрамедулярні пухлини. Діагностичне значення офтальмоскопії, дослідження ліквору, ЕЕГ, ЕхоЕскопії, краніографії, ангиографії, вентрикулографії, МРТ-КТ томографії, спонділографії, мієлографії та інших методів при пухлинах головного і спинного мозку. Принципи хірургічного і консервативного лікування пухлин головного і спинного мозку.

Абсцес мозку. Джерела абсцедування. Клініка, діагностика, диференційний діагноз.

Тема 7. Менінгіти.

Менінгіти. Класифікація менінгітів: первинні і вторинні, гнійні і серозні.

Гнійні менінгіти. Первинний менінгококовий менінгіт, клініка, діагностика, особливості перебігу, атипові форми. Вторинні менінгіти: пневмококовий, стафілококовий. Клініка, діагностика, показники ліквору, лікування, профілактика.

Серозні менінгіти. Первинні вірусні: лімфоцитарний хориоменінгіт, ентеровірусний менінгіт (ЕСНО, Коксакі), паротитний та інші. Вторинні: туберкульозний менінгіт та менінгіти при інших інфекціях. Клініка, діагностика, значення дослідження ліквору в диференціальній діагностиці, лікування, профілактика.

Тема 8. Арахноїдіти. Енцефаліти.

Арахноїдіти. Етіологія, патогенез. Патоморфологія: злипливий, кистозний. Класифікація за локалізацією: арахноїдіти задньої черепної ямки, базальний, конвексимальний. Клініка, перебіг, діагностика. Диференціальна діагностика. Лікування і профілактика.

Енцефаліти. Класифікація. Первинні енцефаліти: епідемічний, кліщовий весняно-літній, герпетичний. Вторинні енцефаліти: ревматичний (мала хорія), поствакцинальний, при вітряній віспі, корі, краснусі. Клініка, перебіг, форми захворювання, діагностика.

Ураження нервової системи при грипі (грипозний геморагічний енцефаліт, енцефалопатія).

Інфекційна енцефалопатія – дисциркуляторно-дистрофічні зміни головного мозку без виражених вогнищевих уражень з переваженням в клініці астенічних проявів, вегетативної дистонії, інтракраніальної гіпертензії. Перебіг, діагностика, диференціальна діагностика, лікування, профілактика.

Тема 9. Поліомієліт. Гострий мієліт. Боковий аміотрофічний склероз.

Поліомієліт. Етіологія, патогенез, епідеміологія, шляхи поширення, Патоморфологія. Клінічна класифікація: апаралітичні (абортивні, субклінічні) і паралітичні форми (передпаралітична і паралітична стадії) і стовбурові форми. Діагностика, диференціальна діагностика. Значення вірусологічних і серологічних досліджень в діагностиці захворювання. Лікування в гострому і відновному періоді. Наслідки. Профілактика.

Поліомієлітоподібні захворювання у дітей, викликані вірусами Коксаки і ЕСНО, паротиту, простого герпесу, аденовірусами. Клінічні форми, перебіг, прогноз, діагностика, лікування, профілактика.

Гострий мієліт. Етіологія (у первинних мієлітів – нейровіруси, туберкульоз, сифіліс; у вторинних – як ускладнення інфекційних захворювань – кір, скарлатина, тиф, пневмонія, грип або при сежисі). Патогенез. Патоморфологія. Клініка та клінічні форми (симптомокомплекс ураження спинного мозку у поперековому, грудному відділах, на рівні шийного потовщення, у верхньошийному відділі). Ліквородіагностика. Диференціальний діагноз. Лікування.

Боковий аміотрофічний склероз. Етіологія (ексайтотоксичне ураження периферичних нейронів і центральних мотонейронів у наслідок підвищеної функції глутаматних рецепторів). Патогенез. Патоморфологія. Клініка та клінічні форми (бульбарна, шийно-грудна, попереково-крижова). Диференціальний діагноз. Лікування антиглутаматні препарати).

Тема 10. Нейросифіліс. Неврологічні прояви поліміозиту- дерматоіозиту.

Нейросифіліс. Ранній нейросифіліс (мезодермальний): генералізований сифілітичний менінгіт, менінговаскулярний сифіліс, гуми головного і спинного мозку, латентний асимптомний менінгіт (лікворосифіліс).

Пізній нейросифіліс (паренхиматозний): спинна сухотка, прогресивний параліч. Діагностика, методи лікування.

Неврологічні розлади поліміозиту-дерматоіозиту: етіологія, патогенез, клінічні прояви (синдром ураження скелетних м'язів, міофасціальний больовий синдром, міотонічний синдром, синдром Рейно); неврологічні розлади (ураження ЦНС, вегетативні розлади, гіпоталамічна дисфункція, тунельні невропатії), додаткові методи обстеження, диференціальна діагностика, лікування, профілактика.

Тема 11. Ураження нервової системи за наявності ВІЛ-інфекції. Туберкульоз нервової системи.

НейроСНІД. Етіологія, патогенез, ключові клінічні прояви: деменція, гострий менінгонцефаліт і атипичний асептичний менінгіт, мієлопатія, ураження периферичної нервової системи.

Ураження нервової системи, пов'язані з інфекціями, що розвиваються на фоні імунодефіциту, викликані токсоплазмозом, вірусом простого герпесу, цитомегаловірусною інфекцією, паповавірусом,

грибками (криптококи, кандидоз). Пухлини центральної нервової системи при СНІДі: первинна лімфома, саркома Капоші. Порушення мозкового кровообігу у хворих на СНІД. Діагностика неврологічних проявів СНІДу. Лікування. Прогноз. Профілактика.

Туберкульоз нервової системи. Туберкульозний менінгіт (клініка, перебіг, дані ліквору). Туберкульозний спондиліт, солітарні туберкуломи головного мозку. Діагностика, сучасні методи лікування, профілактика.

Тема 12. Демієлінізуючі захворювання нервової системи.

Гострий розсіяний енцефаломієліт. Розсіяний склероз. Сучасна теорія патогенезу (аутоімунне захворювання, генетична схильність). Патоморфологія (численні вогнища демієлінізації у головному та спинному мозку). Ранні симптоми. Основні клінічні форми (церебральна: стовбурова, мозочкова, оптична, гіперкінетична, спинальна, цереброспинальна). Тріада Шарко. Пентада Мамбурга. Форми перебігу хвороби. Диференціальна діагностика. Лікування (у період загострення – обмінний плазмаферез, пульс-терапія кортикостероїдами, цитостатики, десенсибілізуюча терапія, антигістамінні препарати, антиоксиданти; у період ремісії – інтерферони – препарати, які покращують трофіку нервової системи, судинні препарати.

Підгострий склерозуючий паненцефаліт. Лейкодистрофії: метахроматична, глобоїдно-клітинна, суданофільна, експрес-методи діагностики.

Тема 13. Паразитарні захворювання нервової системи, пріонові інфекції, нейроберреліоз.

Цистицеркоз, ехінококоз. Токсоплазмоз. Шляхи зараження. Клініка. Діагностика, лікування, профілактика.

Пріонові інфекції. Хвороба Крейтцфельда-Якоба (етіологія, патогенез, клініка, діагностика, профілактика).

Нейроберреліоз (хвороба Лайма, кліщовий борреліоз) – шляхи зараження, клініко-епідеміологічні дані, кліщова мігруюча еритема, профілактика, лабораторна діагностика, лікування (антибіотики-тетрацикліни, пеніциліни, цефалоспорини 3-го покоління), профілактика.

Тема 14. Захворювання периферичної нервової системи.

Клінічна класифікація захворювань периферичної нервової системи.

Вертеброгенні ураження периферичної нервової системи.

Шийний рівень: рефлекторні синдроми (цервікаго, цервікалгія; цервікокраніоалгія або синдром задньої хребетної артерії і цервікобрахіалгія з м'язотонічними, вегетативно-судинними або нейро-дистрофічними проявами). Корінцеві синдроми (дискогенні ураження корінців радикулопатії). Корінцево-судинні синдроми (радикулоішемія).

Грудний рівень; рефлекторні синдроми (торакаго, торакалгія з м'язо-тонічними вегетативно-вісцеральними або нейро-дистрофічними проявами).

Корінцеві синдроми (дискогенні ураження корінців - радикулопатії).

Попереково-крижовий рівень: рефлекторні синдроми (люмбаго, люмбалгія, люмбоішалгія з м'язовотонічними, вегетативно-судинними або нейро-дистрофічними проявами).

Корінцеві синдроми (дискогенні ураження корінців - радикулопатії). Корінцево-судинні синдроми (радикулоішемія).

Ураження черепних нервів. Невралгія трійчастого та інших черепних нервів. Нейропатія лицьового нерва, нейропатія інших черепних нервів.

Ураження окремих спинномозкових нервів.

Травматичні. На верхніх кінцівках: променевого, ліктьового, серединного, шкірно-язового та інших нервів. На нижніх кінцівках: стегнового, сідничного, маломілкового, великомілкового та інших.

Плексопатії. Травми сплетінь: шийного, верхнього плечового (параліч Ерба-Дюшенна); нижнього плечового (параліч Дежеріна-Клюмпке); плечового (тотально); попереково-крижового (частково або тотально).

Компресійно-ішемічні мононейропатії (найчастіше тунельні синдроми). На верхніх кінцівках: синдром зап'ястного каналу (серединний нерв); синдром каналу Гієна (ліктьовий нерв). На нижніх кінцівках: синдром тарзального каналу (маломілковий нерв); парестетична мералгія Рота-Бернгарда (защемлення під пупартовою зв'язкою бокового шкірного нерва стегна).

Множинні ураження корінців нервів.

Інфекційні полінейропатії, інфекційно-алергічні полірадикулонейропатії (Ландрі, Гієна-Барре).

Полінейропатії. Токсичні: при хронічних побутових або виробничих інтоксикаціях (алкогольні, свинцеві, хлорофосні та інші); при токсикоінфекціях (дифтерія, ботулізм); алергічні (медикаментозні та інші); дисметаболичні: гіпо- або авітамінозів, при ендокринних захворюваннях – цукровий діабет, захворювання печінки, нирок і т. д.; дисциркуляторні: при вузликівому периартеріїті, ревматичних та інших васкулітах, ідіопатичні і спадкові форми.

Лікування захворювань периферичної нервової системи: медикаментозне, ортопедичне, хірургічне, санаторно-курортне. Лікування фізкультурою. Питання профілактики і експертизи.

Тема 15. Перинатальні ураження нервової системи.

Етіологічні фактори (внутрішньоутробні, родова травма, ураження головного мозку у ранньому післяродовому періоді).

Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія (гострий період, відновлювальний період).

Дитячий церебральний параліч, клінічні форми – спастична, геміплегічна, атактична, квадріплегічна, гіперкінетична. Діагностика. Лікування (медикаментозне, немедикаментозне). Профілактика.

Тема 16. Соматоневрологічні синдроми.

Соматоневрологічні синдроми, які виникають в результаті порушення метаболізму нервової системи, гіпоксії, патологічних рефлекторних імпульсів при соматичних захворюваннях людини. Соматоневрологічні синдроми, які найчастіше зустрічаються: астенічний, вегетативної дистонії, полінейропатичний, нервово-м'язових порушень. Соманеврологічні синдроми при захворюваннях легень, серця, системи крові, травного каналу, печінки, нирок, ендокринної системи, колагенозах.

Паранеопластичний синдром.

Лікування. Профілактика.

Тема 17. Спадково-дегенеративні захворювання нервової системи.

Сучасні принципи класифікації. Нервово-м'язові захворювання. Прогресуючі м'язові дистрофії. Міопатії: псевдогіпертрофічна Дюшена, ювенільна Ерба-Рота, плечово-лопаточно-лицьова Ландузі-Дежеріна; аміотрофії: спинальна Вердніга-Гоффмана, спінальна Кугельберга-Веландера, невральна Шарко-Марі.

Міотонії. Вроджена міотонія Томсона. Дистрофічна міотонія Россолімо-Штейнерга-Куршманна.

Міастенія. Міастенічні синдроми.

Пароксизмальна міоплегія. Синдром пароксизмальної міоплегії.

Екстрапірамідна дегенерація. Гепатocereбральна дегенерація – хвороба Коновалова-Вільсона: патогенез, клінічні синдроми, діагностика, лікування). Хвороба Гентінгтона (патогенез, провідні клінічні синдроми, діагностика, лікування).

Сучасні біохімічні аспекти хвороби Паркінсона та її лікування.

М'язові дистонії (первинні спадкові, вторинні внаслідок органічних захворювань мозку), етіологія, принципи лікування.

Спинноцеребеллярні атаксії. Спадкова атаксія Фридрейха. Спадкові спиноцеребеллярні атаксії.

Пірамідна дегенерація. Спадкова спастична параплегія (хвороба Штрюмпеля).

Принципи лікування.

Тема 18. Вроджені дефекти хребта і спинного мозку. Сирингомієлія.

Краніовертебральні аномалії: синдром Кліппель – Вейля, Арнольда – Кіаррі. Недорозвинення спинного мозку. Спинномозкові грижі.

Сирингомієлія - етіологія, патогенез, патоморфологія, клінічні форми, основні клінічні синдроми (ураження заднього рогу, переднього та бокового рогів, синдроми ураження провідних шляхів білої речовини бокових та задніх стовпів спинного мозку, дизрафічний статус). Діагностичні критерії. Диференціальна діагностика. Принципи терапії.

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 (а-II)
3. Клінічні особливості ГПМК залежно від характеру осередку та методи лабораторної діагностики ПМК (а-II)
4. Диференціальна діагностика ГПМК (геморагічні і ішемічні інсульти) (а-II)
5. Нагляд та лікування ГПМК в умовах поліклініки. Показання до госпіталізації (а-II)
6. Показання до тромболітичної, антиагрегаційної та інших видів патогенетичної терапії (а-II)

Студент повинен **вміти:**

7. Зібрати анамнез захворювання
8. Обстежити неврологічний статус хворого, провести лабораторно-інструментальне обстеження; вміти інтерпретувати їх дані обстеження(а-III)
9. Обґрунтувати попередній діагноз (а-III)
10. Призначити додаткові методи дослідження та оцінити їх результати (а-III)
11. Обґрунтувати заключний діагноз згідно клінічної класифікації (а-III)
12. Провести диференціальну діагностику ГПМК (а-III)
13. Скласти індивідуальний план лікування з урахування етіології, патогенезу ГПМК, тяжкості захворювання (а-III)
14. Визначити тактику при ускладненому перебігу ГПМК (а-III)

Розвивати творчі здібності в процесі лабораторного та клінічного дослідження, принципів діагностики та терапії гострих порушень мозкового кровообігу (а-IV).

III. Виховні цілі

Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність постановки топічного і клінічного діагнозу, оцінити загальний стан, наявність ускладнень та надання невідкладної допомоги

хворим з ГПМК. Сформувати деонтологічні уявлення щодо особливості відношення майбутнього фахівця до пацієнта.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні (забезпечуючи) дисципліни		
1. Нормальна анатомія	Будова кори великих півкуль головного мозку.	Визначити місце розташування патологічного осередку в ЦНС.
2. Нормальна фізіологія	Будова судинної системи головного мозку	Визначити басейн ураженої судини мозку.
3. Патанатомія	Функцію різних частин головного мозку, мех. і авторегуляції мозкового кровообігу	Визначити нормальну функцію частин головного мозку
4. Патфізіологія	Патоморфологічні зміни в судинній системі і мозковій тканині при ГПМК Зміни в діяльності головного мозку при ПМК	Патологоанатомічні зміни в мозковій тканині і судинах при ПМК Визначити симптоми порушень мозкового кровообігу
II. Наступні дисципліни ті, що забезпечуються		
1. Нейрохірургія	Початкові ознаки і клінічні особливості перебігу геморагічних інсультів, які вимагають нейрохірургічного втручання.	Виставити діагноз по клінічним ознакам геморагічного інсульту, визначити показання до нейрохірургічного лікування. Провести оперативне втручання по висмоктуванню гематоми.
2. Дитячі хвороби (дитяча неврологія)	Клінічні ознаки порушення розвитку рухової системи та мовлення у дітей раннього віку	Виставити діагноз наслідкових хвороб та призначити лікування
III. Внутрішньо предметна інтеграція (між темами даної дисципліни)		
1. Ішемічні та геморагічні інсульти, субдуральні гематоми, менінгіти.		
2. Діагностичні та терапевтичні заходи при ГПМК	Етіопатогенез та клінічні особливості перебігу	Визначити основні клінічні симптоми та принципи терапії
3. Закриті травми головного мозку	Діагностичні критерії мозкових інсультів. Терапевтичні заходи при різних видах ГПМК	Призначити план обстеження Призначити диференційне лікування при інсультах

	Ознаки травматичного субарахноїдального кроволиву та внутрішньо мозкових гематом	Діагностувати травматичні ураження головного мозку і призначити адекватне лікування.
--	--	--

V. Зміст теми заняття може бути представленим:

Схема 1.

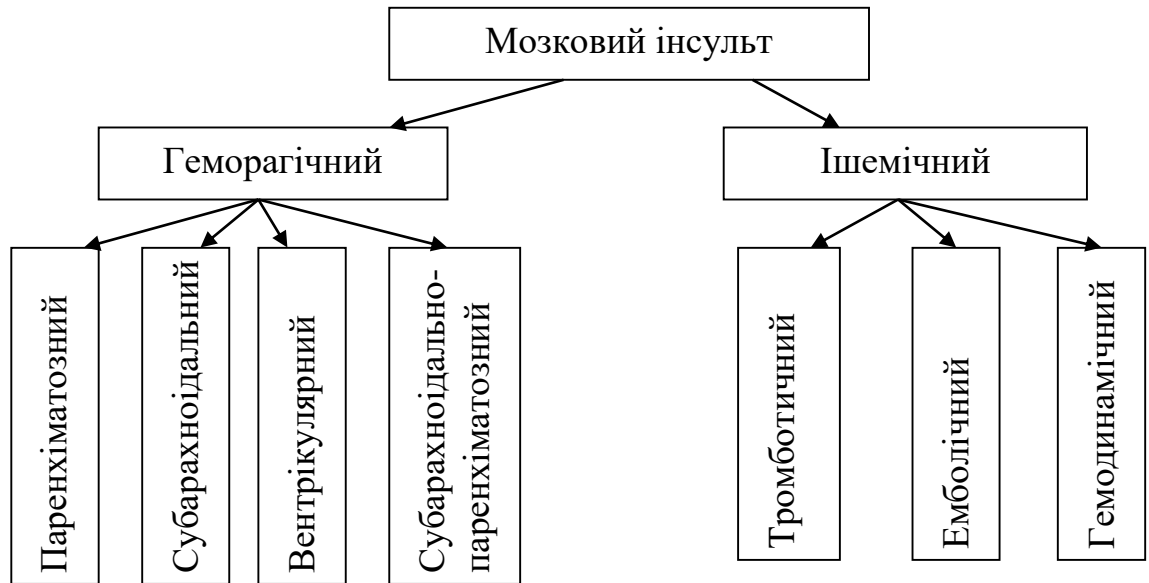


Схема 2

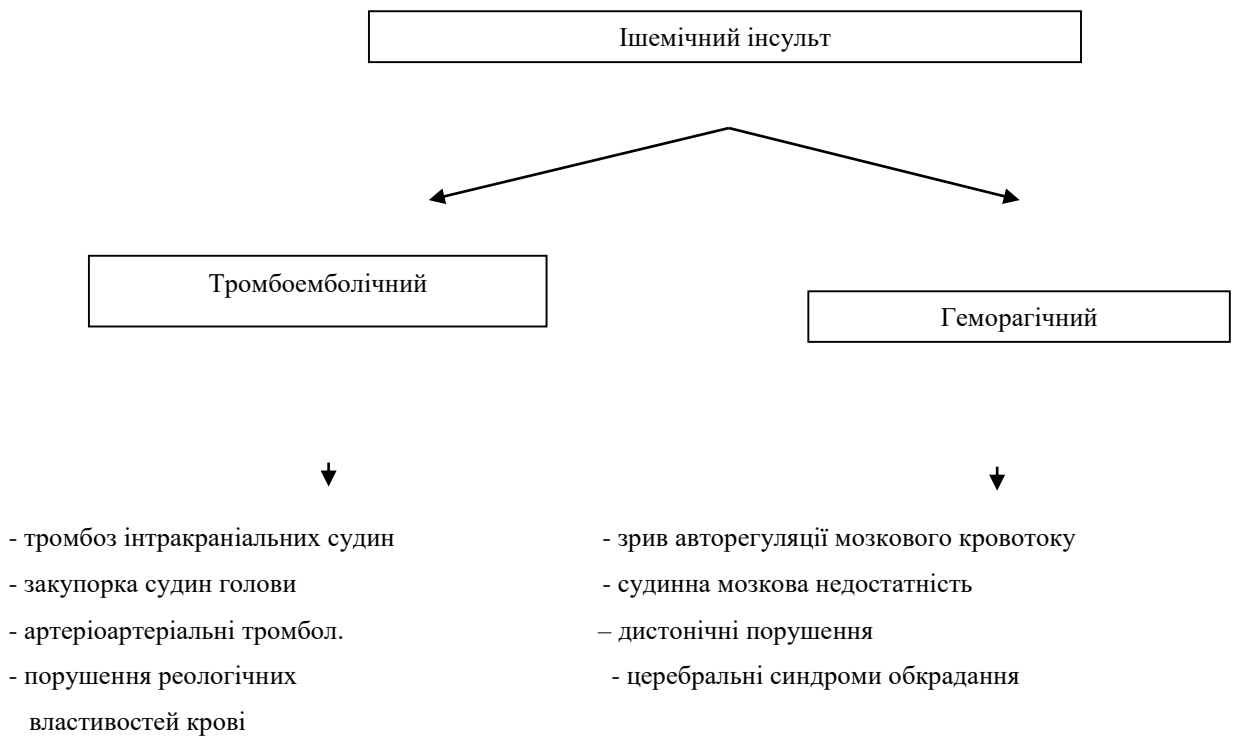


Схема 3.



VII. План та організаційна структура заняття.

№ пп	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивності)	Розподіл часу (хв..)
Підготовчий етап					
1.	Організаційні заходи			Академічний журнал	1
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація			П.2 „Навчальні цілі”	2
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:			П.1 „Актуальність теми”	
	1.Етіологічна структура та патогенез ГПМК	I	Індивідуальне усне опитування	Таблиці, малюнки, структурно-логічні схеми, лікарські препарати, слайди	20
	2.Особливості діагностики синдромів ГПМК і їх відповідність нозологічним формам.	II	Фронтальна бесіда		
	3. Клінічні особливості ГПМК залежно від характеру осередку та методи лабораторної діагностики	II	Тестовий контроль II рівня	Питання для індивідуального опитування	
	4.Диференціальна діагностика ГПМК				
	5. Показання для госпіталізації			Тести II рівня	
	6. Нагляд та лікування хворих з ГПМК в умовах поліклініки	II	Тестовий контроль II рівня	Тести II рівня	
	7.Показання для тромболізу та принципи патогенетичної патології	III	Рішення типових задач III рівня	Задачі III рівня	
Основний етап					
	Формування професійних вмінь та навичок:				
	1.Оволодіння методикою проведення збору анамнезу захворювання та оцінити епідеміологічні данні.	III	Метод формування навичок:	Алгоритми (орієнтовані карти) для формування практичних навичок. Обладнання.	100
	2.Провести обстеження неврологічного статусу,		професійний тренінг,		

<p>лабораторно-інструментальне обстеження, вміти інтерпретувати їх дані.</p> <p>3.Обґрунтувати попередній діагноз. Скласти план обстеження.</p> <p>4.Провести диференційну діагностику при ГПМК.</p> <p>5. Визначити план лікування ГПМК.</p> <p>6. Визначити лікувальну тактику при ускладненнях ГПМК.</p> <p>7.Дослідити клініко-лабораторні особливості перебігу ГПМК</p>	<p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>IV</p>	<p>рішення тестів III рівня, задачі III рівня</p> <p>Метод формування вмінь: професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій</p>	<p>Алгоритми (інструкції, орієнтовані карти) для формування професійних вмінь Хворі.</p> <p>Історії хвороби.</p> <p>Текстові ситуаційні нетипові задачі III рівня</p> <p>Імітаційні ігри</p> <p>Обладнання</p> <p>Інструкції (орієнтовані карти), Накази МОЗ України (протоколи обстеження та лікування)</p> <p>Дані люмбальної пункції, дані комп'ютерного томографа, дані ЯМР-діагностики</p>	
Заключний етап				
<p>Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок</p> <p>1. Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного)</p> <p>2. Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)</p>	<p>III</p>	<p>Методи контролю навичок: індивідуальний контроль навичок або їх результатів.</p> <p>Методи контролю вмінь: аналіз та оцінка результатів клінічної роботи, рішення нетипових задач, тестовий контроль III рівня</p>	<p>Обладнання</p> <p>Результати клінічної роботи+історія хвороби</p> <p>Задачі III рівня</p> <p>Тести III рівня</p> <p>Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою</p>	<p>8</p> <p>3</p> <p>1</p>

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття.

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання для контролю початкового рівня знань:

1. З якої системи відбувається кровопостачання стовбура мозку?
2. З якої судинної системи відбувається кровопостачання півкуль головного мозку? Які основні види гострих порушень мозкового кровообігу Ви знаєте?
4. Які різновиди порушень мозкового кровообігу по геморагічному типу Ви знаєте?
5. Які різновиди порушень мозкового кровообігу по ішемічному типу Ви знаєте?
6. При яких основних судинних захворюваннях виникають частіше геморагічні мозкові інсульти?
7. При яких основних судинних захворюваннях виникають ішемічні інфаркти мозга?
8. Для якого типу інсультів характерно гострий початок захворювання в активний час доби, після фізичного навантаження і (або) психоемоційного навантаження?
9. Для якого типу інсультів характерно поступовий початок захворювання в неактивний час доби, частіше після сну?
10. Для якого типу інсультів характерна наявність провісників по типу минутих парестезій у кінцівках, області язика, обличчя?
11. Для якого типу інсультів характерно швидке порушення подиху аж до виникнення патологічних ритмів і апноэ?
12. Для якого типу інсультів характерний високий індекс Крепса 5.0-7,0 і вище в 1 добу захворювання?
13. Для якого типу інсультів характерне виявлення крововиливу по типу "мазків" і "кров'яних озер"?
14. Для якого типу інсультів характерне виявлення геморагічного лікворного синдрому?

Матеріали для тестового контролю (I а)

1. У хворого, 70 років, після оперативного втручання ті значного зниження АТ розвинулись центральний геміпарез, гемігіпоалгезія праворуч і моторна афазія. Поставте попередній діагноз.
 - *А. Гемодинамічний інсульт у руслі середньої мозкової артерії.
 - В. Гемодинамічний інсульт в передній мозковій артерії.
 - С. Гемодинамічний інсульт в артерії Гейбнера.
 - Д. Гемодинамічний інсульт в базилярній системі.
 - Е. Гемодинамічний інсульт в задній мозковій артерії.
2. У хворого, 55-ти років, з ДДП-хребта після сну розвинулася слабкість в нижніх кінцівках, оніміння в них, порушення функції тазових органів. У неврологічному статусі: сухожильні рефлексії знижені, визначається м'язова гіпотонія, гіпостезія з рівня Th₈, періодичне нетримання сечі. В анамнезі у хворого скороминущі болі і оніміння в нижньогрудному відділі хребта, минуще оніміння в нижніх кінцівках після тривалої ходьби. Протягом місяця лікування осередкові неврологічні симптоми значно регресували. Поставте попередній діагноз.
 - А. Транзиторна мієлоішемія.
 - *В. Ішемічний спинальний інсульт.
 - С. Гематомієлія.

- D. Розсіяний склероз.
- E. Пухлина головного мозку

3. У хворого, який переніс інфаркт міокарда, після емоційного навантаження раптово з'явилися: розлад свідомості - кома, порушення вітальних функцій, падіння гемодинаміки і порушення дихання. У неврологічному статусі: зіниці вузькі, реакція на світло ослаблена, сухожилльні і патологічні рефлексії не визначаються. Поставте попередній діагноз.

- A. Кардіоемболічний інсульт передньої мозкової артерії.
- *B. Кардіоемболічний інсульт в базилярній системі.
- C. Кардіоемболічний інсульт середньої мозкової артерії.
- D. Кардіоемболічний інсульт задньої мозкової артерії.
- E. Кардіоемболічний інсульт в вертебробазилярної системі.

4. У хворого, 53-х років, який переніс інфаркт міокарда, двічі раптово розвинулися осередкові неврологічні порушення: минує оніміння правої половини обличчя і правих кінцівок, легкий парез правих кінцівок, порушення моторики мови, що зберігаються протягом 15 хвилин. Поставте попередній діагноз.

- A. Мігренозна аура.
- B. Парціальні епілептичні випадки.
- *C. Транзиторна ішемічна атака в руслі лівої середньої мозкової артерії.
- D. Транзиторна глобальна амнезія.
- E. Ішемічний тромбоемболічний інсульт.

5. У пацієнта, 55-ти років, на тлі артеріальної гіпертонії і емоційної напруги розвинулися: раптовий головний біль, блювота, гіперемія обличчя, психомоторне збудження, протягом 10 хвилин приєдналися порушення свідомості, центральна плегія правих кінцівок. Через 3 години приєднався менінгеальний симптом. Поставте попередній діагноз.

- A. Гостра гіпертонічна енцефалопатія.
- B. Субарахноїдальний крововилив.
- C. Шлуночковий крововилив.
- D. Ішемічний кардіоемболічний інсульт.
- *E. Внутрішньомозковий крововилив.

6. У жінки, 48-ми років, з ДДП-хребта на тлі підвищеного артеріального тиску до 160/100 АД мм рт.ст. після сну розвинулися: диплопія і слабкість в лівих кінцівках. У неврологічному статусі визначається: птоз правої повіки, косоокість, що розходиться і мідріаз праворуч. Контрлатерально (ліворуч) визначається центральний геміпарез, центральне ураження VII, XII пар черепних нервів. Поставте попередній діагноз.

- A. Ішемічний інсульт в основному стовбурі середньої мозкової артерії.
- B. Ішемічний інсульт в передній мозковій артерії.
- *C. Ішемічний інсульт в вертебробазилярній системі.
- D. Ішемічний інсульт в хребетній артерії.
- E. Ішемічний інсульт в базилярній артерії.

7. Пацієнт, 45-ти років, захворів гостро. На вулиці раптово відчув запаморочення, слабкість, впав. Свідомість не втрачав. Під час огляду: свідомість збережена, блідість обличчя, пульс аритмічний, ЧСС-98, АТ 150/100 мм рт.ст. Спонтанний горизонтальний ністагм, дисфонія, дисфагія, дизартрія, правобічний центральний геміпарез, м'язова гіпотонія в правих кінцівках. Протягом наступної доби розвинувся сопор. Менінгеальні симптоми не визначаються. Поставте попередній діагноз.

A. Атеротромботичний інсульт в стовбурі головного мозку.

*B. Кардіоемболічний інсульт в стовбурі головного мозку.

C. Гемодинамічний інсульт в стовбурі головного мозку.

D. Субарахноїдальний крововилив базальної локалізації.

E. Транзиторна ішемічна атака.

8. Хворого турбують болі в спині, переважно нижньо-шийному відділі хребта, після ДТП. Об'єктивно: синдром Горнера, млявий тетрапарез, сегментарні розлади чутливості, порушення функцій тазових органів. R-графія шийного відділу хребта: ознак остеохондрозу не виявлено. СМР: кров. Поставте попередній діагноз.

A. Ішемічний спинальний інсульт.

*B. Геморагічний спинальний інсульт.

C. Мієліт.

D. Пухлина спинного мозку.

E. Дискогенний корінцевий синдром C7.

9. У хворого, 35-ти років, на тлі фізичного напруження і підвищеного АТ 180/100 мм рт.ст. розвинувся інтенсивний головний біль: відчуття «сильного удару» у голову, нудота, блювота, світлобоязнь, приєдналися порушення свідомості: сопор. Через 4 години після початку захворювання розвинулися менінгеальні симптоми. При дослідженні ЦСР визначається геморагічний лікворний синдром. Поставте попередній діагноз.

*A. Субарахноїдальний крововилив.

B. Паренхіматозний крововилив.

C. Шлуночковий крововилив.

D. Гостра гіпертонічна енцефалопатія.

E. Мігренозний статус.

10. У хворого, 68 років, після шлункової кровотечі і значного зниження АТ (80/40 мм рт.ст.) розвинулися правобічний виражений геміпарез, гемігіпостезія, моторна афазія, пригнічення свідомості. Загальномозкові симптоми не спостерігалися. Поставте попередній діагноз.

A. Лакунарний ішемічний інсульт.

B. Кардіоемболічний ішемічний інсульт.

C. Атетромботичний ішемічний інсульт.

*D. Гемодинамічний ішемічний інсульт.

E. Транзиторна ішемічна атака.

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

- A. Ішемічний кардіоемболічний інсульт.
- *B. Ішемічний атеротромботичний інсульт.
- C. Транзиторний ішемічний напад.
- D. Мігренозний інсульт.
- E. Лакунарний інфаркт.

12. У пацієнта, 70 років, на тлі підвищеного АТ 170/110 мм рт.ст. протягом декілька днів розвинулась моторна афазія, правостороння геміплегія і геміанестезія. Поставте попередній діагноз.

- A. Ішемічний інсульт в каротидній системі ліворуч.
- B. Ішемічний інсульт у внутрішній сонній артерії ліворуч.
- C. Ішемічний інсульт в передній мозковій артерії ліворуч.
- *D. Ішемічний інсульт в середній мозковій артерії ліворуч.
- E. Ішемічний інсульт в вертебробазиллярному басейні.

13. Хвора, 59 років, після роботи на присадибній ділянці відчула слабкість в правій руці і нозі, утруднення мови. АТ 190/90 мм.рт.ст., Рс-72 уд / хв, ритмічний. Рефлекси з кінцівок підвищено. Протягом декількох годин спостереження функції відновилися. Поставте можливий діагноз.

- A. Геморагічний інсульт.
- *B. Транзиторна ішемічна атака.
- C. Гостра гіпертонічна енцефалопатія.
- D. Субарахноїдальний крововилив.
- E. Тромботичний ішемічний інсульт.

14. У хворого, 36 років, після важкого нападу мігренозного болю, розвинулася гомонімна геміанопсія, яка значно регресувала протягом 3-х тижнів. На КТ: на четверту добу захворювання визначався гіподенсивний осередок речовини головного мозку. Поставте попередній діагноз.

- A. Мігрень з аураю.
- *B. Мігренозний інсульт.
- C. Транзиторний ішемічний напад.
- D. Ішемічний тромбоемболічний інсульт.
- E. Ішемічний лакунарний інсульт.

15. У пацієнта, 70 років, після різкого зниження артеріального тиску розвинулася зорова агнозія. Поставте попередній діагноз.

- *A. Гемодинамічний ішемічний інсульт в тім'яно-потиличної області.

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.

Тести III рівня

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			

Задача 1 (а-II)

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

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

Відповідь:

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

Задача 2 (а-II)

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.*

Задача 3 (а-II)

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:

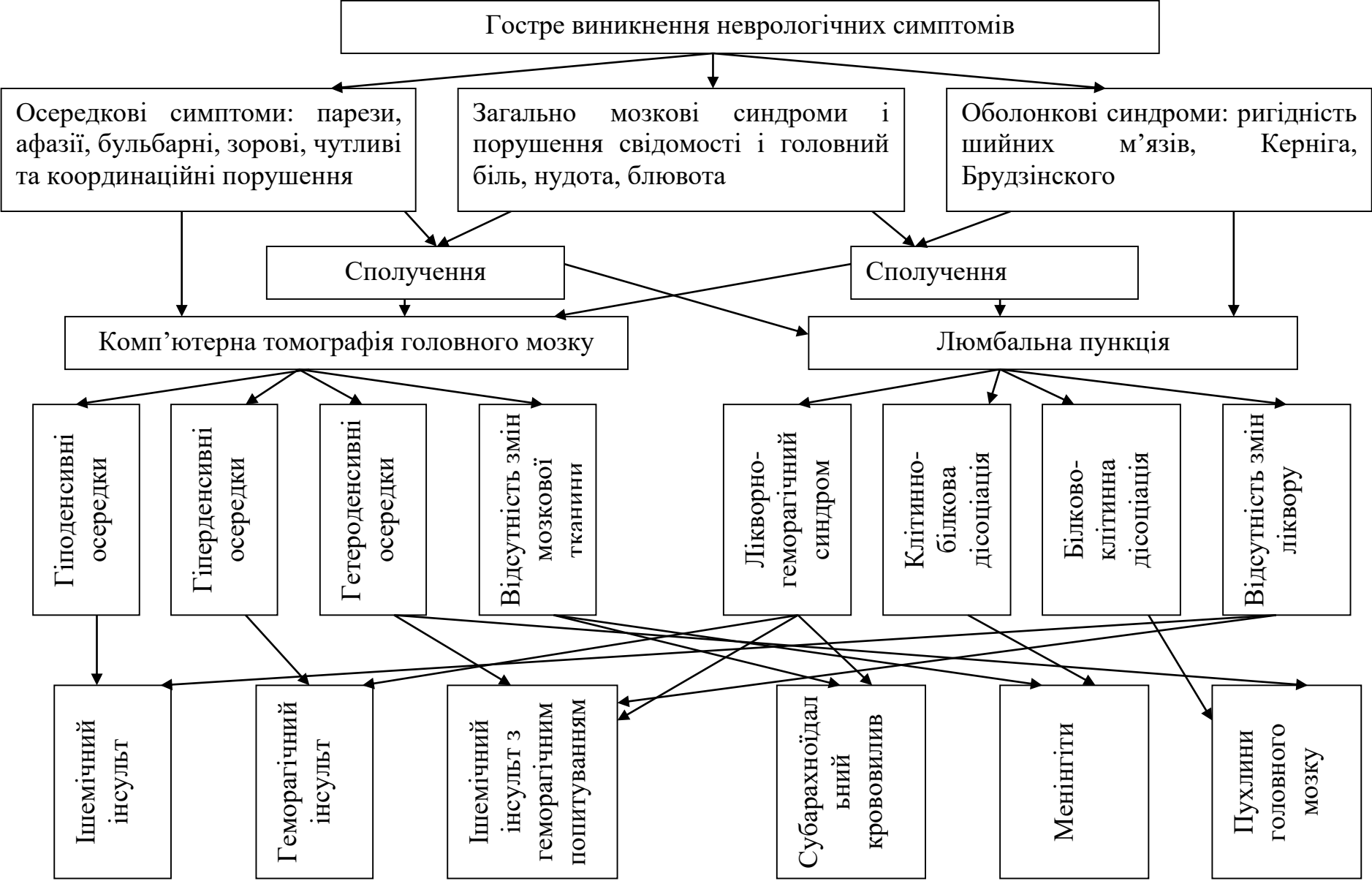
1. *Ішемічний інсульт у вертебробазиллярній системі.*
2. *Аналіз крові, ліпідограма, доплерографія, КТ головного мозку.*

2.Матеріали методичного забезпечення основного стану заняття.

Професійний алгоритм формування навичок та вмінь обстеження хворого на мозковий інсульт:

№ п/п	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1.	Оволодіти методикою обстеження на мозкові інсульти.	Виконувати обстеження в такій послідовності: 1. зібрати скарги, анамнез захворюванні та життя;	Зверніть увагу на теми розвитку скарг, причини, обставини, що їми передували. Врахуйте загальний стан, колір обличчя, пульс, стан свідомості за

	Провести курацію хворих на ішемічні і геморогічні інсульти	2. дослідити соматичний статус; 3. обстежити невроло-гічний статус; 4. ознайомитись з даними додаткових методів обстеження.	шкалою Глазго, наявність менингеального синдрому, стан зіниць. Наявність рухових розладів, порушень мови, стовбурових синдромів. Згрупуйте виявлені ознаки та скористайтесь схемами змісту заняття. Зверніть увагу на дані очевого дна, Ехо-ЕГ, ЕЕГ, показники крові, СМР, КТ - головного мозку.
2.	Встановити топічний та клінічний діагноз, визначити план лікування.	На підставі виявлених симптомів обґрунтувати тонічний діагноз, сформулювати клінічний діагноз.	



3. Матеріали контролю для заключного етапу

Тести III рівня тест кваліфікаційного типу)

Симптоми / Захворювання	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

Пухлина головного мозку – 8,9,11,12,14,15,17,18,19

Задача № 1 III рівня (нетипові).

У хворого 52 років 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 додаткові 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.

Задача № 2 III рівня (нетипова).

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.	

Менінгіти. Арахноїдити. Енцефаліти.

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.

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

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.
6. Етіологію і патогенез арахноїдитів.
7. Патоморфологію (змінливий, кистозний) (α -II)
8. Класифікацію за локалізацією (арахноїдити задньої черепної ямки, базальний, конвексимальний) (α -II)
9. Клінічні особливості перебігу.
10. Критерії діагностики диференційної діагностики арахноїдитів. (α -II)
11. Сучасне лікування і профілактика арахноїдитів. (α -II)

Студент повинен **вміти:**

1. Зібрати скарги і 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.
8. Визначити тактику при різних перебігах захворювання (α -III).

III. Виховні цілі

Розвинути у студентів почуття відповідальності за своєчасність та правильність постановки топічного і клінічного діагнозу, оцінити загальний стан, наявність ускладнень та надання невідкладної допомоги хворим с менінгітами. Сформувати деонтологічні уявлення щодо особливості відношення майбутнього фахівця до пацієнта.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
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.
Наступні дисципліни (що забезпечуються)		
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.
Нейрохірургія	Початкові ознаки і клінічні особливості перебігу арахноїдитів, енцефалітів та вражень нервової системи при грипі які вимагають нейрохірургічного втручання.	Виставити діагноз по клінічним ознакам, порушення ліквороциркуляції та набряку й набуханню мозку
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.
Внутрішньопредметна інтеграція		
Гнійні та серозні менінгіти,	Етіопатогенез та клінічні особливості.	Визначити основні симптоми та принципи терапії.

первинні та вторинні		
Діагностичні та терапевтичні заходи при гнійних і серозних менінгітах	Діагностичні критерії менінгітів. Терапевтичні заходи при різних менінгітах.	Призначити план обстеження.
Диференціальна діагностика менінгітів та порушення мозкового кровообігу, абсцесу головного мозку	Признаки субарахноїдального крововиливу, абсцесу головного мозку.	
Кистозні і злипливі арахноїдити задньої черепної ямки, базальний конвенсیتالний	Етіопатогенез та клінічні особливості перебігу.	Визначити основні клінічні симптоми та принципи терапії.
Первинні (епідемічний, кліщовий, весняно-літній, герпетичний) і вторинні енцефаліти (ревматичний (мала хорія), поствакцинальний, при вітряній віспі, корі, краснусі) Ураження нервової системи при грипі	Етіопатогенез та клінічні особливості перебігу.	Визначити основні клінічні симптоми та принципи терапії.
Діагностичні та терапевтичні заходи при арахноїдитах, енцефалітах	Діагностичні критерії арахноїдитів та енцефалітів, терапевтичні заходи про них.	Призначити план обстеження Призначити лікування

V. 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. п.

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:

1. Конвексимальний (випуклої поверхні мозку).

2. Базальний (основи мозку):

- оптико-хіазмальний
- задньої черепної ямки
- мосто-мозочкового кута

Клініка:

- Найчастіше хронічний прогресивний та інтермітентний перебіг
 - Рідше гострий
 - Поєднання загально-мозкових вогнищевих симптомів
-
- Постійний головний біль дифузний або локальний (лоб, потилиця) /інтенсивність його наростає під ранок/
 - Характерний симптом стрибка: виникнення головного болю під час підстрибування та опускання на п'ятки.
 - Нудота
 - блювання
 - Запаморочення
 - Загальна слабкість
 - Апатія або дратівливість
 - Швидка стомлюваність
 - Порушення сну
 - Можуть спостерігатися епілептичні напади різного характеру

Вогнищеві симптоми залежать від локалізації процесу

Конвексимальний арахноїдит характеризується переважанням явищ подразнення на ознаками випадіння.

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

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

- головний біль у ділянці лоба очних ямках, перенісці

- 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 ходьби

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 вогнища ураження

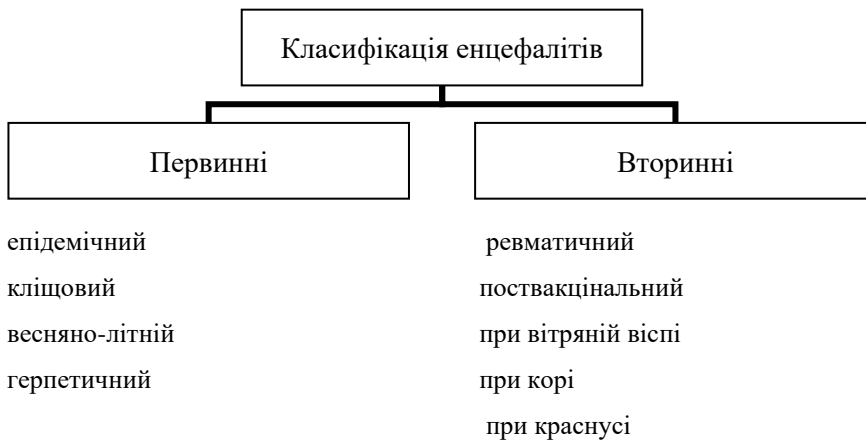
Арахноїдит мосто-мозочкового кута

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

При неврологічному обстеженні виявляють:

- 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 вогнища ураження



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 збудників розрізняють: вірусний енцефаліт, мікробний, з відомими та невідомими збудниками.

За локалізацією:

- стовбуровий
- кірковий
- мезенцефальний
- діенцефальний

За перебігом:

- гострий
- підгострий
- хронічний
- прогредієнтно-ремітивний

З урахуванням неврологічної клініки:

- типовий
- асимптомний
- абортивний
- блискавичний (рідше)

Летаргічний енцефаліт (поліенцефаліт)

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-38 C
- грипоподібні явища
- окуло летаргічний синдром (найтиповіші 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.

Триада Економо (порушення сну, окорухових розладів і t C)

- вегетативні розлади (гіперсалівація, 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

Гостра стадія → Світлий → Хронічна стадія
до 1 місяця проміжок до характеризується
інколи довше одного року синдромом паркінсонізму

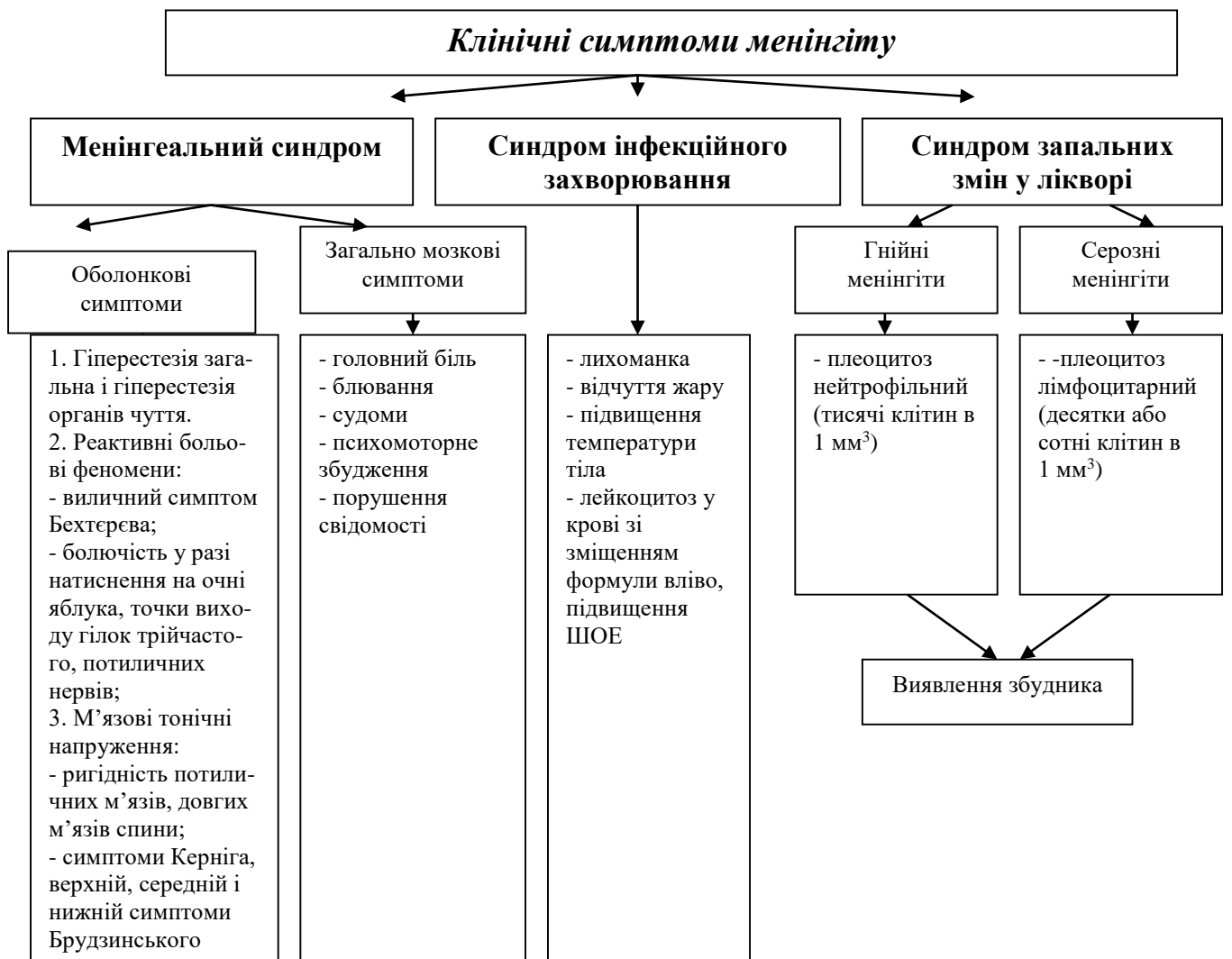
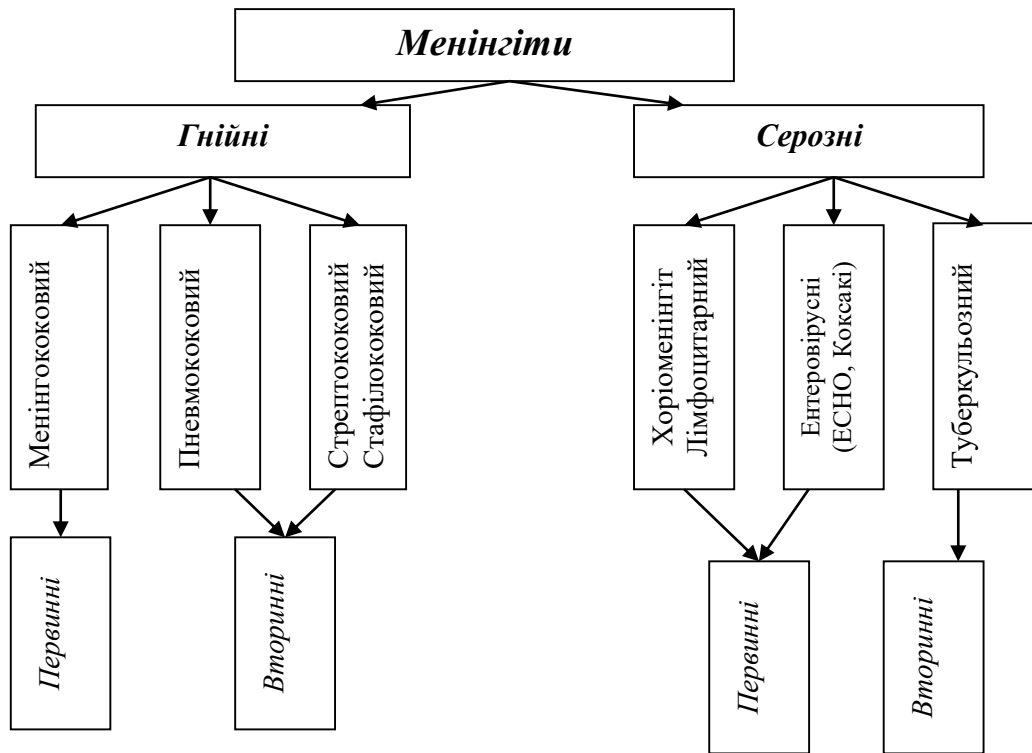
Лікування.

У гострій стадії специфічного лікування немає

Використовують:

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

Прогноз для життя сприятливий.



VI. План і організаційна структура заняття

№ пп	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час (хв.)
I. Підготовчий етап					
1	Організація заняття.			Академ журн.	1
2	Визначення навчальних цілей і мотивація.			Див. „Навчальні цілі” „Актуальність теми	2
3	Контроль вихідного рівня знань. 1. Етіологічна структура та патогенез менінгітів. 2. Особливості діагностики менінгітів і їх відповідність нозологічним формам. 3. Клінічні особливості менінгітів залежно від групи (серозні, гнійні) менінгітів та методи лабораторної діагностики. 4. Диференціальна діагностика менінгітів. 5. Показання для госпіталізації. 6. Лікування хворих на різні групи менінгітів 7. Етіологія, патогенез, патоморфологія арахноїдитів, енцефалітів. 8. Класифікація за локалізацією. Клініка. 9. Диференціальна діагностика. Лікування 10. Класифікація. Первинні (епідемічний, кліщовий, весняно-літній, герпетичний). Вторинні енцефаліти (ревматичні, поствакцинальні, при вітряній віспі, корі, краснусі). Клініка. Діагностика 11. Ураження нервової системи при гриппі (грипозний геморагічний енцефаліт, енцефалопатія). 12. Інфекційна енцефалопатія. Перебіг. Діагностика. Лікування.	II	Фронтальна бесіда, 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. Оволодіння методикою проведення збору анамнезу захворювання та оцінка епідеміологічних даних.	III	Практичний тренінг у відпрацюванні навичок;	Хворі, історії хвороби. Професійний алгоритм	60

	<p>2. Провести обстеження неврологічного статусу, лабораторно-інструментальне обстеження, вміти інтерпретувати їх дані.</p> <p>3. Обґрунтувати попередній діагноз. Скласти обстеження.</p> <p>4. Провести диференційну діагностику при менінгітах.</p> <p>5. Визначити план лікування менінгітів.</p> <p>6. Дослідити клініко-лабораторні особливості менінгітів.</p> <p>7. Оволодіти методикою проведення клінічного обстеження хворих з арахноїдитами, енцефалітами.</p> <p>8. Діагностувати арахноїдити, енцефаліти, інфекційні енцефалопатія на основі збору анамнеза, скарг, клініко-неврологічного</p> <p>9.Провести курацію хворого з арахноїдитом (енцефалітом, інфекційною енцефалопатією).</p> <p>Вміти:</p> <ul style="list-style-type: none"> -визначити план обстеження хворого з арахноїдитом (енцефалітом) -провести диференційну діагностику арахноїдитів, енцефалітів з іншими невр.синдромами -визначити адекватне лікування хворому з арахноїдитом, енцефалітом 		<p>професійний тренінг у вирішення нетипових клінічних ситуацій.</p>	<p>формування навичок та вмінь. Текстові ситуаційні не типі задачі III рівня.</p> <p>Імітаційні ігри. Дані люмбальної пункції, дані комп'ютерно-го томографа, МРТ</p>	30
III. Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня професійних навичок та вмінь.	III	Індивідуальний контроль	Хворі. Нетипові ситуаційні задачі III рівня.	10
6.	Обговорення результатів курації.		практичних навичок, оцінка результатів клінічної роботи.		2
7.	Підведення підсумків практичного заняття.		Вирішення нетипових задач III рівня.		
8.	Домашнє завдання			Орієнтована карта для самост.роботи з літературою	1

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання для усного опитування.

1. Патологоанатомічні співвідношення мозкових оболонок.
2. Патогенез менінгеального синдрому.
3. Які різновиди гнійних менінгітів Ви знаєте?
4. Які різновиди серозних менінгітів Ви знаєте?
5. На підставі поєднання, яких синдромів можна поставити діагноз менінгіту?
6. Які особливості перебігу та клініки первинного менінгококового і вторинного пневмококового менінгітів?
7. Які особливості клініки та перебігу серозних менінгітів:
первинних: лімфоцитарний хоріоменінгіт;
вторинних: ентеровірусний менінгіт (ЕСНО, туберкульозний менінгіт, менінгіт Косакі).
8. Значення дослідження ліквору в диференціальній діагностиці менінгітів.
9. Для якого менінгіту характерно наявність нейтрофільного плеоцитозу, підвищений вміст білка, знижений рівень цукру і хлоридів?
10. Для якого типу менінгіту характерна наявність нижньої плівки („павутинка“) якщо залишити спинномозкову рідину в холодильнику на цілу добу?
11. Які основні принципи лікування гнійних менінгітів?
12. Які основні принципи лікування туберкульозних менінгітів?

Матеріали для тестового контролю (I-a):

1. У хворого, 23 роки, на фоні катаральних явищ і болю в м'язах грудної клітини раптом підвищилась температура до 38,5°C, з'явився сильний головний біль, біль в очних яблуках, повторне блювання. В неврологічному статусі: анізорексія. Гіперестезія шкірних покривів. Ригідність м'язів потилиці, позитивні симптоми Керніга і Брудзинського. На очному дні легкий набряк зорових нервів. Ліквор: прозорий, безколірний, тиск 230 мм.вод.ст., цитоз 40 в 1 мкл. лімфоцити, глюкоза - 3,1 ммоль/л, РВ - заперечне. Відразу після люмбальної пункції головний біль зменшився. Поставте діагноз.

- A. Гнійний менінгіт.
- B. *Серозний менінгіт.
- C. Туберкульозний менінгіт.
- D. Енцефаліт.
- E. Арахноїдит.

2. У хворої, 38 років, після переохолодження з'явилося нездужання, температура 37°C, нежить. Лікувалась амбулаторно протягом 10-ти днів, самопочуття погіршалось, температура підвищилась до 37,6-38°C, нарід головний біль, на висоті якого відмічалась нудота. З підозрою на пневмонію госпіталізована в терапевтичне відділення, де приймала пеніцилін, дімедрол, вітаміни В,С, анальгетики. Хвора оглянута невропатологом: виявлена загальна гіперестезія, болісність тригімінальних точок, нахилити голову не може (відчуває сильний головний біль), позитивні симптоми Керніга, Брудзинського. Відмічається також болісність паравертебральних точок у всіх відділах хребта, сухожильна гіпорексія, легкий стробізм, диплопія. Яке захворювання нервової системи можна припустити?

- A. Пневмонія з явищами загальної інтоксикації.
- B. Остеохондроз, корінцевий синдром.
- C. *Менінгіт.
- D. Неврит окорухових нервів.
- E. Субарахноїдальний крововилив.

3. Хворий, 49 років, направлений в ЛОР-відділення з приводу поліпозного етмоїдиту. Прооперований: видалені поліпи, розкриті клітини градчастого лабіринту. Ввечері підвищилась температура до 38⁰С, був озноб. Наступного дня температура 39⁰С, різкий головний біль, періодично затьмарення свідомості. В неврологічному статусі: ригідність потиличних м'язів, симптом Керніга, шелепеній симптом Бехтерева, болючість при рухах оковими яблуками. Аналіз крові: лейкоцити – 18х10⁹ г/л, ШОЕ – 49 мм/год. Ліквор: тиск 350 мм.вод.ст., мутний, цитоз – 1200 кл в 1 мкл., нейтрофіли, білок – 1,8 г/л., глюкоза 2,9 ммоль/л. Поставте діагноз.

- A. Енцефаліт.
- B. *Гнійний менінгіт.
- C. Серозний менінгіт
- D. Пухлина мозку.
- E. Крововилив у мозок.

4. Хворий, 23 роки, провів відпустку в тайговому районі. Через два дні після повернення до дому відчув нездужання, слабкість, головний біль, температура тіла підвищилась до 38,2⁰С. Був госпіталізований. Неврологічний статус: голова звисає, дизартрія, утруднення при ковтанні. Глотковий рефлекс не викликається. Девіація язика вправо, фібрилярні посіпування. Гіпотрофія м'язів шиї, плечового поясу. Рефлекси на руках не викликаються, черевні – знижені, на нижніх кінцівках рефлекси живі. Чутливість не порушена. Кров: лейкоц. – 14х10, ШОЕ 26 мм/ч. Ліквор прозорий, білок 1,0 г. цитоз 20 кліток в 1 мкл, лімфоцити. Про яке захворювання можна думати?

- A. Епідемічний енцефаліт.
- B. *Кліщовий енцефаліт.
- C. Менінгіт.
- D. Енцефаломієліт.
- E. Крововилив у мозок.

5. Чоловік, 40 років, поступив до лікарні у сопорі. Захворів декілька днів тому, коли з'явився головний біль, нудота, загальна слабкість. Вночі відмічалось багаторазове блювання. В анамнезі хронічний гнійний отит. Неврологічне обстеження виявило наявність менінгеального синдрому. Вкажіть, яке обстеження Ви призначите першочергово у цьому випадку?

- A. *Дослідження спинномозкової рідини.
- B. Загальний аналіз крові.
- C. Рентгеноскопію легень.
- D. Електроенцефалографію.
- E. Комп'ютерну томографію голови.

6. Чоловік, 27 років, поступив зі скаргами на підвищену температуру до 40°, головний біль, нудоту, підвищену чутливість до світла. Захворів гостро 3 дні тому, коли з'явилися симптоми ГРВІ. Неврологічний статус: загальна гіперестезія, ригідність потиличних м'язів, симптом Керніга. Ліквор: прозорий, лімфіцитарний, плеоцитоз – 450/3, тиск 250 мм. вод. ст., білок – 0,49 г/л. Ваш попередній діагноз.

- A. Гнійний менінгіт.
- B. *Вірусний менінгіт.
- C. Туберкульозний менінгіт.
- D. Запалення легень.
- E. Субарахноїдальний крововилив.

7. У підлітка 16 років з'явилася стомлюваність, дратівливість, потім приєдналася дізартрія, порушення координації, зміна почерку, тремор. У дитячому віці переніс кір. ЦСР - нормальний клітинний склад, ЕЕГ - спалахи високоамплітудних хвиль. Який можливий діагноз?

- *A. Підгострий склерозуючий паненцефаліт.
- B. Кліщовий енцефаліт.
- C. Розсіяний склероз.
- D. Пухлина мозку ..
- E. гепатолентикулярної дегенерація.

8. Дитина, 5 міс., поступила в клініку судорожним нападом. Мати дитини страждає на генітальний герпес. Об'єктивно: при огляді серія парціальних нападів. Кров відправлена на вірусологічне дослідження. Який можливий діагноз?

*А. Герпетический енцефаліт.

В. Менінгіт.

С. Пухлина мозку.

Д. Епілепсія.

Е. Абсцес мозку.

9. У чоловіка, 50 років, з'явилося порушення мови, аносмія, зі слів родичів 2 тижні тому спостерігалася лихоманка ($t=40^{\circ}\text{C}$), головний біль, слабкість. Об'єктивно: сенсорна афазія, геміпарез, менінгіальні знаки. Очне дно: застійні диски Кров направлена на ПУР. Який можливий діагноз?

*А. Герпетический енцефаліт.

В. Інсульт.

С. Пухлина мозку.

Д. Нейросифіліс.

Е. Менінгіт.

10. Хворий, 60 років, звернувся зі скаргами на сильний головний біль, озноб, блювоту, біль в м'язах. На 4-й день захворювання приєдналася ригідність м'язів шиї, синдром Керніга, млявий параліч плечового пояса. Об'єктивно: гіперемія обличчя, елементи дизартрії, атрофія мови. ЦСР - лімфоцитарний плеоцитоз, підвищення білка незначне. Кров відправлена на вірусологічне дослідження. Який можливий діагноз?

*А. Кліщовий енцефаліт.

В. Інсульт.

С. нейроборрелиоз.

Д. Епідемічний енцефаліт.

Е. Японський енцефаліт.

11. У хворої, 55 років, з'явилися підвищення сонливості, порушення зору: двоїння. Під час огляду хвора заснула. Об'єктивно: реакція зіниць на конвергенцію і акомодацию відсутня. Кров відправлена на вірусологічне дослідження.

Який можливий діагноз?

*А. Епідемічний енцефаліт.

В. Кліщовий енцефаліт.

С. Герпетический енцефаліт.

Д. Інсульт.

Е. Пухлина мозку.

12. У хворого, 35 років, через три місяці після ЧМТ з'явився головний біль, найбільш інтенсивний в ранковий час, нудота, періодична блювота, шум у вухах, хиткість при ходьбі. Об'єктивно: атаксія, горизонтальний ністагм, парез лицьового нерва. R-графія черепа - пальцевидного вдавлення. Який можливий діагноз?

*А. Лептоменінгіт.

В. Інсульт.

С. Пухлина мозку.

Д. Енцефаломієліт.

Е. Енцефаліт.

13. Хвора, 40 років, поступила в клініку зі скаргами на головний біль, нудоту, блювоту, сітку перед очима. Два тижні тому перенесла грип. Об'єктивно: зниження гостроти зору, геміанопсія. Поставлено діагноз: лептоменінгіт. Який найбільш інформативний метод діагностики лептоменінгіту?

*А. Пневмоенцефалографія.

В. Спинномозкова рідина.

С. Краніографія.

Д. ЕЕГ.

Е. Комп'ютерний томограф.

14. У хворої діагностовано менінгококковий менінгіт. Призначте лікування.

- *А. Антибіотики.
- В. Нестероїдні протизапальні препарати.
- С. Кортикостероїди
- Д. Сечогінні препарати.
- Е. Десенсибілізующие препарати.

15. Хворий Л., 63-х років поступив у клініку скаргами на озноб, підвищення температури до 38⁰С, інтенсивний головний біль, пекучі болі в ногах. При огляді: свідомість порушено, загальмоване, грубий менінгіальний синдром. У лікворі: візуально каламутна; цитоз (нейтрофіли) 2540 кл .; білок 1,66 г / л. Виставлено діагноз: гнійний менінгіт. Призначте лікування:

- *А. Антибіотикотерапія пеніциліном (ампіцилін), корекція водно-електролітного балансу, допамін, гепарин.
- В. Уротропін, тріпофлавін, риванол, антпневмококкова сироватка.
- С. Сульфаніламідні препарати, ацелізін, вітамінотерапія, дегідратація.
- Д. Поєднання сульфаніламідних препаратів з пеніциліном, вітаміни.
- Е. Симптоматична терапія.

Тести та типові задачі II рівня

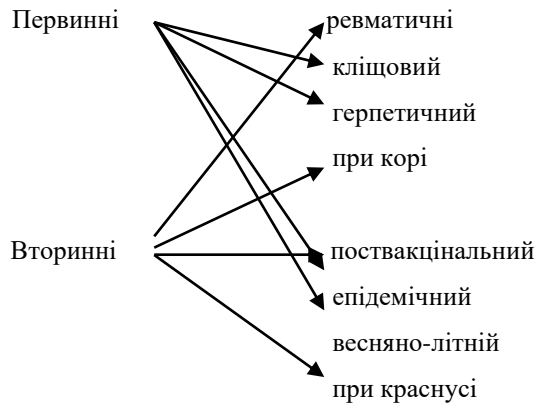
Тести II рівня

№	Тести II рівня	Еталон відповіді
1.	Менінгококковий менінгіт відрізняється від туберкульозного: а) гострий початок захворювання; б) наявність менінгеального синдрому у перші години захворювання; в) зниження хлоридів і рівня цукру у спинномозковій рідині; г) шкірні висипання геморагічного характеру; д) спинномозкова рідина прозора, безбарвна.	а, б, г
3.	Назвіть основні симптоми туберкульозного менінгіту: а) розвивається повільно; б) ураження окоlorухових нервів; в) блідий носо-губний трикутний; г) герпетичні висипання; д) геміплегія	а, б
4.	Назвіть послідовність дій лікаря при обстеженні хворих на менінгіт: 1) клінічне обстеження 2) збирання скарг та анамнезу 3) призначення лікування 4) додаткове обстеження 5) постановка діагнозу 6) складання плану обстеження	2, 1, 6, 4, 5, 3

1. Для конвексимального арахноїдиту характерно:
 - а). фокальні (Джексоновські) епілептичні напади
 - б). асиметрія поверхневих чи глибоких рефлексів
 - в). можливе зникнення черевних, підошовних рефлексів
 - г). геміпарези
 - д). випадіння полів зору
 - е). аносмія

Відповідь: а,б,в.

2. Скласти співвідношення класифікації енцефалітів:

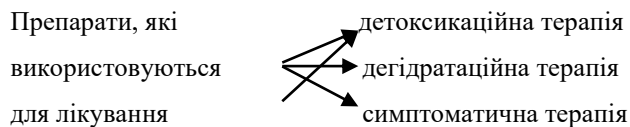


3. В якій послідовності проводять обстеження хворих з герпетичним енцефалітом:
 - а). зовнішній огляд
 - б). збір анамнезу
 - в). люмбальна пункція
 - г). дослідження очного дна
 - д). КТ-головного мозку, ЯМР
 - е). артеріальний тиск, пульс, ЧДД.

Відповідь: б,а,е,г,д,в.

4. Вкажіть препарати, які використовуються для лікування герпетичного енцефаліту:

ацикловір



Типові задачі II рівня

№ пп	Типові задачі II рівня	Еталон відповіді
1.	<p>Пацієнтка 15-ти років скаржиться на головний біль, блювоту, нудоту, підвищення температури тіла до 40⁰С.</p> <p>При об'єктивному обстеженні: оболонковий синдром, шкірні висипання геморагічного характеру, через 6 годин судоми, втрата свідомості.</p> <p>Вкажіть попередній діагноз</p> <p>Призначте обстеження хворого.</p>	<p>Менінгококовий менінгіт. Загальний аналіз крові, люмбальна пункція, консультація інфекціоніста.</p>
2.	<p>Хворий скаржиться на головний біль, блювоту, нудоту, слабкість. Хворіє 2 доби. Об'єктивно: обличчя гіперемійоване, блідий носо-губний трикутник, оболонковий синдром.</p> <p>Вкажіть попередній діагноз</p> <p>Призначте обстеження хворого.</p>	
3	<p>У хворої 25 років на 4 день від початку грипозної інфекції підвищилась t до 39,2 С, виражений головний біль, запаморочення, блювота; на 5 день – психомоторне збудження, втрата свідомості, судоми.</p> <p>В неврологічному статусі – ураження ядра III, IV, VII пар черепних нервів, легкий правосторонній гемипарез, с-м Бабінського з 2-х сторін, с-м Керніга з 2-х сторін, ригідність м'язів потилиці – 2см. Спинномозкова рідина кров'яниста, витікає під високим тиском, містить підвищену кількість білка. Встановити: Клінічний діагноз. Тактика ведення. Лікування.</p>	<p>Грипозний геморагічний менінгоенцефаліт</p>
4	<p>Після 2-х тижневої субфебрильної температури з'явилась виражена астения, патологічна сонливість, потім приєднався акінетико-ригідний синдром. У лікворі – помірний лімфоцитарний плеоцитоз. Встановити: Клінічний діагноз. Тактика ведення. Лікування.</p>	<p>Епідемічний енцефаліт.</p>
5	<p>У хворої 38 років гостро розвинулись лихоманка (38-40 С), головний біль, нежить, блювота, генералізований судомний напад, порушення вищих кіркових функцій: афазія, амнезія, зміна поведінки, галюцинації; менінгеальний синдром.</p> <p>В лікворі: нейтрофільний плеоцитоз, підвищення білку, зниження рівня глюкози. ПУР – позитивна. ДНК вірусу ВПГ1. Встановити: Клінічний діагноз. Тактика ведення. Лікування.</p>	<p>Герпетичний енцефаліт.</p>
6	<p>Після повернення з відрядження (Далекий Схід) у хворого різко піднялась t до 39,2 С; з'явилися: сильна цефалгія, блювота, почервоніння обличчя, шиї, виражений</p>	<p>Клішовий енцефаліт.</p>

	<p>менінгеальний комплекс, приєднався в'ялий параліч м'язів, проксимальних відділів верхніх кінцівок, "звисяюча шия".</p> <p>У лікворі: Помірний лімфоцитарний плеоцитоз, високий зміст білка, серологічна реакція РЗК – позитивна.</p> <p>Встановити: Клінічний діагноз. Тактика ведення. Лікування.</p>	
7	<p>У хворого 26 років на фоні гриппоподібних явищ з підвищенням t до 38 С з'явилась підвищенна сонливість; диплопія, розбіжна косоокість, парез конвергенції й погляду догори, зворотній синдром Аргайла-Робертсона.</p> <p>Встановити: Клінічний діагноз. Тактика ведення. Лікування.</p>	Летаргічний енцефаліт

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Професійний алгоритм формування навичок і вмінь обстеження хворого на менінгіт.

№	Завдання	Вказівки	Примітки
1.	<p>Оволодіти методикою обстеження на менінгіти. Провести курацію хворих з менінгітами.</p>	<p>Виконувати обстеження в такій послідовності.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Зібрати скарги, анамнез захворювання та життя. 2. Обстеження неврологічного статусу. 3. Ознайомтесь з даними додаткових методів обстеження 	<p>Зверніть увагу темпу розвитку скарг, причини обставин, що їм передували.</p> <p>Врахуйте загальний стан, колір обличчя, висип шкіри, стан свідомості, наявність оболонкового с-му. Наявність порушень функцій черепних нервів, стовбурових с-мів, ускладнень.</p> <p>СМР, клінічні обстеження (аналіз крові, глюкоза та інш.), посів крові, R-графія органів грудної клітини, МРТ.</p>
2.	<p>Встановити топічний та клінічний діагноз, визначити план лікування</p>	<p>На підставі виявлених симптомів обґрунтувати топічний діагноз, сформулювати клінічний діагноз</p>	<p>Згрупуйте виявлені ознаки та скористуйтеся схемами змісту заняття.</p>

3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Захворювання Симптоми	Менінгокок- ковий менінгіт	Туберкульозн ий менінгіт	Субарахної- дальний крововилив	Абсцес головного 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	+	-	+	+

Тести та нетипові задачі III рівня.

Тести III рівня

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			

Нетипові задачі III рівня.

№ пп	Нетипові задачі III рівня	Еталон відповіді
1.	<p>Хворий, 40 років, доставлений у прийомний pokій зі скаргами на різку головну біль, блювоту, підйом температури до 39⁰С. З анамнезу вияснено, 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.</p> <p>Поставити топічний та клінічний діагноз. Який ведучий синдром? Які додаткові методи діагностики? Яке лікування?</p>	<p>Оболонки головного мозку. вторинний гнійний менінгіт.</p> <p>Клінічне обстеження: загальний аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз, офтальмоскопія, люмбальна пункція. МРТ, R-графія черепа, консультація ЛОР. Дегідратація, антибактеріальна симптоматична терапія.</p>
2.	<p>Хвора 25 років на протязі 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 рефлексії не виявлені. Хвора працює в протитуберкульозному диспансері. Який попередній діагноз? Яка повинна бути тактика лікаря у даному випадку.</p>	<p>Туберкульозний менінгіт. Провести люмбальну пункцію, пробірку з ліквором залишити на 12-24 години в холодильнику (для контролю „фібринової плівки“). R-графія легень, загальний аналіз крові. У випадку туберкульозного менінгіту. Хвору перевести у неврологічне відділення тубдиспансеру.</p>

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.	

Поліомієліт. Гострий мієліт. Боковий аміотрофічний склероз. Нейросифіліс

I. Актуальність теми

Нейроінфекції складають близько третини всієї патології нервової системи. З роками поширюються деякі нейроінфекції, деякі стають дуже рідкими. В навколишній природі з'являються нові види збудників в результаті трансформації та видозмінення старих. Деякі збудники переносяться в регіони географічно відділені від колишнього місця їх поширення.

Боковий аміотрофічний склероз веде до прогресуючої дегенерації рухового нейрону і супроводжуються глибокими паралічами та смертельним наслідком. Рання діагностика і своєчасна терапія є дуже важливою для кожного лікаря.

II. Навчальні цілі

Студент повинен **знати:**

1. Етіопатогенез, клінічні прояви, методи діагностики, основні принципи лікування мієлітів (а=II).
2. Етіологію, патогенез, клінічні форми, методи діагностики та лікування гострого поліомієліту (а=II).
3. Сучасні погляди на етіопатогенез, клінічні форми та перебіг БАС, методи діагностики та лікування (а=II).
4. Класифікацію нейросифілісу;
ранній нефросифіліс:
 - генералізований менінгіт
 - менінговаскулярний сифіліс
 - гуми головного та спинного мозку
 - латентний асимптомний менінгітпізній нейросифіліс:
 - спинна сухотка
 - прогресивний паралічдіагностика та лікування нейросифілісу
неврологічні розлади полі міозиту-дерматоміозиту:
 - етіологія
 - патогенез
 - клінічні прояви
 - методи обстеження та діагностика (а-II)

Студент повинен **вміти:**

1. Виявляти ознаки мієліту, поліомієліту, БАС та встановлювати топічний і клінічний діагноз (а=III).
2. Проводити диференціальну діагностику з хворобами, що мають подібну симптоматику (а=III).
3. Вибрати тактику лікування хворих на мієліт, поліомієліт, БАС з урахуванням ступеню тяжкості і нозологічної форми захворювання (а=III).
4. Проводити клініко-неврологічне обстеження хворих з нейросифілісом та поліміозитом-дерматоміозитом

5. Аналізувати результати додаткових методів обстеження встановити топічний, клінічний діагноз, визначати клінічні форми нейросифілісу та поліоміозиту-дерматомиозиту
6. Проводити диференційну діагностику нейросифілісу з подібними захворюваннями
7. Призначити комплекс обстеження хворим
8. Скласти схему диференційованої терапії у залежності від стадії, тяжкості та форми захворювання

III. Виховні цілі

Виховувати у студентів чуйність, доброзичливість при контакті з хворими на мієліт, гуманне ставлення до хворих з БАС. Виховувати відповідальність майбутнього лікаря за долю пацієнта, за своєчасну його госпіталізацію та надання йому своєчасної кваліфікованої допомоги. Сформувати почуття відповідальності за долю хворого, своєчасне надання йому кваліфікованої допомоги. Освітити основні моменти медичної етики при бесіді з хворими з нейросифілісом та їх родичами.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
Нормальна анатомія	Будова головного, спинного мозку, периферичної нервової системи.	Показати на таблицях будову спинного и головного мозку.
Паталогічна анатомія	Запальні та дегенеративні зміни спинного та головного мозку у разі інфекційних хвороб, БАС.	Макро- та мікроскопічні препарати дегенеративних змін спинного мозку.
Фізіологія	Фізіологію головного та спинного мозку, периферичної нервової системи	Схематично зобразити спинальну рефлекторну дугу
Мікробіологія	Збудників мієліту та поліомієліту. Характеристика збудника сифілісу	Мікроскопічно виявляти збудника сифілісу
Фармакологія	Фармакокінетику імуномодулюючих, протизапальних препаратів, вазоактивних, нейрометаболітів, які використовуються при лікуванні неврологічних хворих.	Призначити необхідну терапію у разі мієліту, БАС, поліомієліту.
Шкірні та венеричні хвороби	Стадії перебігу захворювання Органи, які уражаються при сифілісі Симптоми ураження нервової системи на різних стадіях захворювання	Виявляти патологію нервової системи у хворих на сифіліс
Наступні дисципліни (що забезпечуються)		
Інфекційні хвороби	Паралітичні та непаралітичні форми поліомієліту.	Виявляти патологію нервової системи у хворих на поліомієліт.
Нейрохірургія	Диференціальну діагностику мієліту та поліомієліту з пухлинами спинного мозку.	Провести диф.діагностику мієлітів, поліомієлітів з

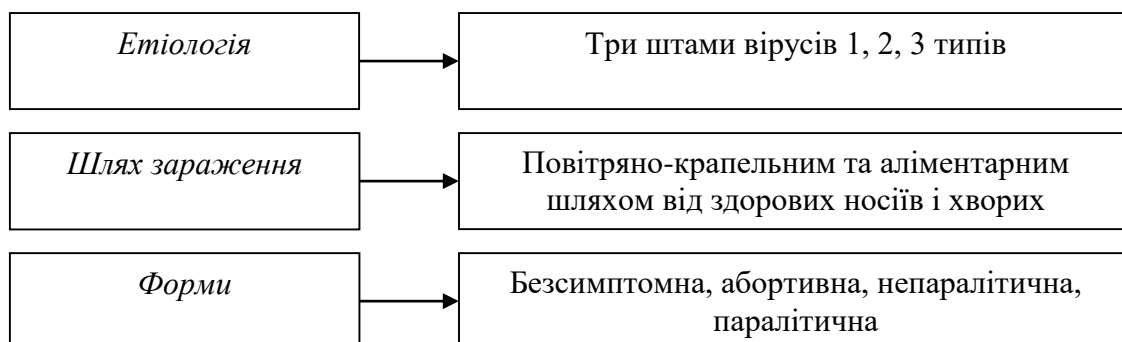
	Об'ємні процеси головного мозку	пухлинами мозку. Проводити диференційну діагностику об'ємних процесів головного мозку та сифілітичного ураження головного та спинного мозку
Анестезіологія та реаніματοлогія	Бульбарні розлади, що можуть виникнути хворих з БАС	Надати невідкладну допомогу хворим на БАС (бульбарна форма) у разі дихальних та бульбарних розладів.
Внутрішньопредметна інтеграція		
Рефлекторно-рухова функція	Ознаки центрального та периферичного парезів, синдроми рухових порушень.	Виявляти синдроми уражень рухової системи і встановити рівень ураження рухового шляху у разі БАС, мієліту.
Чутливість	Хід чутливих шляхів, синдроми чутливих порушень.	Виявляти рівень чутливих уражень.
Черепна іннервація та патологія черепних нервів	Будову і функцію черепних нервів, синдроми їх ураження.	Ознаки порушень черепної іннервації у хворих з БАС, поліомієлітом.
Пухлини головного та спинного мозку	Клінічні ознаки мієліту, БАС, поліомієліту.	Проводити диференційну діагностику між БАС, мієлітом та пухлинами ЦНС.
Демієлінізуючі захворювання	Клінічні ознаки розсіяного склерозу, ГРЕМ, енцефалітів, менінгітів, мієліту, поліомієліту та БАС.	Проводити диференціальну діагностику між цими захворюваннями.
Судинні захворювання головного та спинного мозку.	Клінічні прояви та діагностичні відмінності судинних захворювань головного та спинного мозку від мієліту, поліомієліту та БАС.	Провести диференціальну діагностику судинних захворювань з БАС, мієлітом та поліомієлітом.

V. Зміст теми заняття

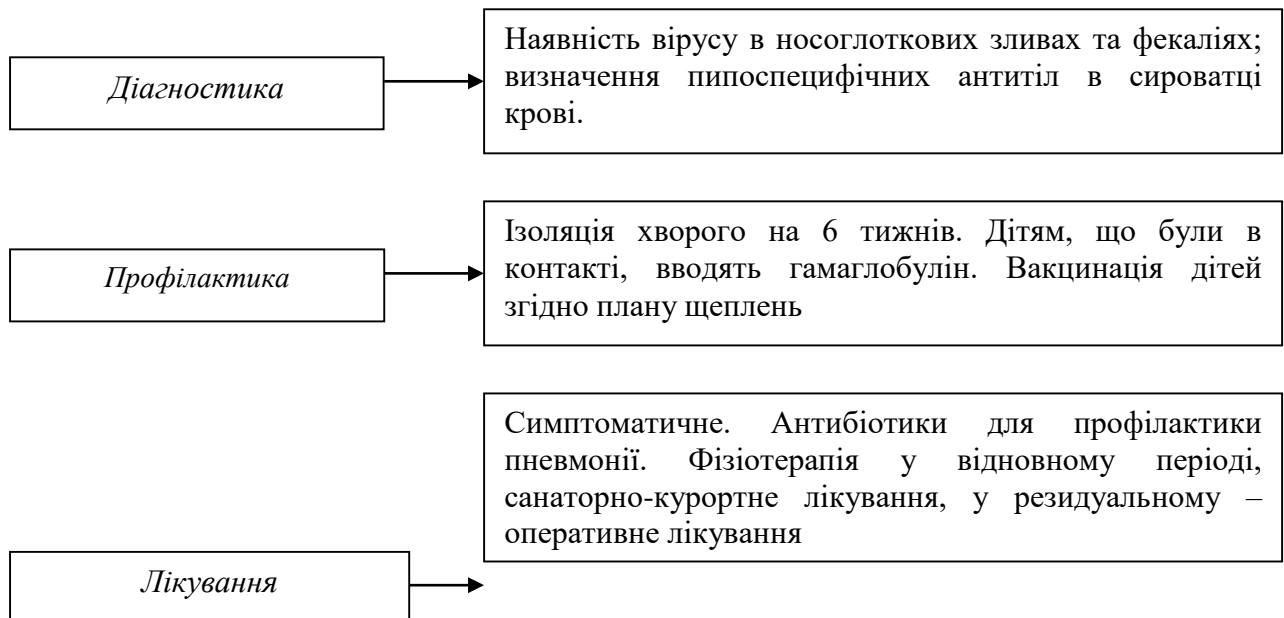
Схема 1

Боковий аміотрофічний склероз



Гострий мієліт*Поліомієліт*

Клініка паралітичного поліомієліту



Ураження нервової системи за наявності сифілісу

Клінічні форми нейросифілісу

Асимптомний нейросифіліс (виникає в перші 12-18-міс від моменту зараження).

- запальні та серологічні зміни в спинномозковій рідині без неврологічних порушень. Можлива спонтанна санація ліквору, у 20% випадків прогресує в явні форми нейросифілісу.

Сифілітичний менінгіт (в 1-2 роки після зараження) гостра

сифілітична гідроцефалія гострий базальний менінгіт

- гострий конвекситальний менінгіт

Менінговаскулярний сифіліс (через 5-12 років після зараження)

- на фоні змін в спинномозковій рідині
- прогресуючий проліферативний артеріт судин головного або спинного мозку
- спінальний менінгомієліт

Паренхіматозний нейросифіліс

- прогресивний параліч
- спинна сухотка
- табопараліч

Гумозний нейросифіліс

- гума головного мозку
- гума спинного мозку

Критерії діагностики

- позитивні нетрепонемні (реакція Вассермана, мікро реакція преципітації) та/або трепонемні (РІФ, РІТ у разі дослідження сироватки) реакції;
- зміни в спинномозковій рідині (позитивна реакція Вассермана та/або запальні зміни плюс позитивна РІТ);
- неврологічні синдроми, характерні для нейросифілісу

Лікування

(проводиться у разі асимптомного та явного нейросифілісу)

- Пеніцилін 18-24 млн ОДЖ/добу протягом 14 днів внутрішньовенно, в подальшому у м'яз 2,4 млн ОД 1 раз на тиждень 3 місяці.
- У разі алергії на пеніцилін- внутрішньомязово цефтриаксон по 1 г на добу протягом 3 тижнів. Основний критерій ефективності і лікування є зміни складу спинномозкової рідини. Якщо через 6 міс концентрація клітин та білка не змінилась, показаний повторний курс лікування.

VI. План і організаційна структура заняття

№ пп	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час (хв.)
I. Підготовчий етап					
1.	Організація заняття.			Академ журн.	1
2.	Визначення навчальних цілей і мотивація.			Див. „Навчальні цілі” „Актуальність теми	2
3.	Контроль вихідного рівня знань: 1. Знати класифікацію, етіологію, патогенез, клініку, діагностику, лікування мієліту, поліомієліту, БАС 2. Форми раннього нейросифілісу - пізній нейросифіліс - неврологічні розлади при поліміозиті-дерматоміозиті - основні положення діагностики та лікування нейросифілісу, поліміозиту- дерматоміозиту	II	Індивідуальне опитування; тестовий контроль II рівня; рішення типових задач II рівня	Таблиці, малюнки, питання для усного опитування, тести II рівня, типові задачі II рівня	10
II. Основний етап					
4.	Формування професійних навичок та вмій. 1. Обстежити хворих з БАС, мієлітом, поліомієлітом. 2. На підставі виявлених симптомів встановити топічний діагноз. 3. Проаналізувати дані додаткових методів дослідження, провести диф.діагностику і встановити клінічний діагноз. 4. Призначити лікування. 5. Оволодіти методикою проведення клінічного обстеження хворих з нейросифілісом, 6. Діагностувати ранній та пізній нейросифіліс на основі збору анамнезу, скарг, клініко-неврологічного огляду, 7. Провести курацію хворого з різними стадіями та формами нейросифілісу	III	Практичний тренінг у відпрацюванні навичок; професійний тренінг у вирішення нетипових клінічних ситуацій.	Хворі, історії хвороби. Професійний алгоритм для оволодіння методикою обстеження хворих. Результати додаткових методів дослідження.	20

	8. Вміти: скласти план обстеження хворого з нейросифілісом. 9. Визначити за симптоматикою форму та стадію захворювання; 10. Провести диференційну діагностику різних видів нейросифілісу скласти план лікувальних заходів для хворого з нейросифілісом на різних стадіях захворювання 11. Оцінити ефективність лікування та розробити подальші лікувальні або профілактичні заходи				
III. Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня професійних навичок та вмінь.	III	Індивідуальний контроль практичних навичок. Вирішення нетипових ситуаційних задач III рівня.	Нетипові ситуаційні задачі III рівня.	10
6.	Обговорення результатів курації.				
7.	Підведення підсумків практичного заняття.				
8.	Домашнє завдання			Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою	1

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

1. Матеріали методичного забезпечення заняття.

Питання для усного опитування.

1. Які причинні фактори розвитку БАС?
2. Перерахуйте структури, які уражаються у разі БАС.
3. Які клінічні форми БАС?
4. Назвіть препарати, які застосовують у лікуванні БАС.
5. На підставі яких даних діагностуєте мієліт?
6. Охарактеризуйте клініку мієліту.
7. Вкажіть клінічні особливості паралітичного та непаралітичного поліомієліту.
8. Назвіть препарати, що застосовують при лікуванні мієліту.
9. Перерахуйте клінічні форми первинного сифілісу

10. Назвіть клінічні форми паренхіматозного нейросифілісу
11. Перерахуйте основні клінічні ознаки спинної сухотки
12. Які симптоми характерні для менінговаскулярного сифілісу
13. Вкажіть ознаки базального сифілітичного менінгіту
14. Які методи діагностики нейросифілісу ви знаєте

Матеріали для тестового контролю (І а)

1. Чим переважно визначається характер неврологічної клініки при мієліті?
 - A. Збудником.
 - B. *Локалізацією і розмірами розповсюдженням мієлітичного вогнища.
 - C. Преморбідним станом хворого.
 - D. Провокуючими чинниками (інтоксикації, стрес, переохолодження).
 - E. Імунобіологічним станом організму.
2. Де найбільш часта локалізація мієлітичних вогнищ?
 - A. Вище шийного потовщення.
 - B. *В грудних сегментах.
 - C. В шийно-грудних сегментах.
 - D. В поперекових сегментах.
 - E. В стовбурі мозку.
3. Рухові порушення в гострому періоді поперекового мієліту проявляються:
 - A. *В'ялими парезами.
 - B. Спастичними парезами.
 - C. Комбінованими парезами.
 - D. Гіперкінезами.
 - E. Акінетико-ригідним синдромом.
4. Який тип чутливих порушень в гострому періоді поперекового мієліту превалює?
 - A. Корінцевий.
 - B. Сегментарний.
 - C. Мононевритичний.
 - D. Поліневритичний.
 - E. *Провідниковий.
5. Для дисемінованого мієліту характерно наявність:
 - A. Одного вогнища тільки по довжині спинного мозку.
 - B. Одного вогнища тільки по поперечнику спинного мозку.
 - C. *Більше одного вогнища по довжині і поперечнику спинного мозку.
 - D. Половинне поперечне ураження спинного мозку.
 - E. Повне поперечне ураження спинного мозку.
6. При настанні покращання при мієліті спочатку відновлюється:
 - A. Рухові функції.
 - B. *Чутливість.
 - C. Трофіка тканин.
 - D. Функція тазових органів.
 - E. Функція тазових органів й трофіка тканин.
7. При поліомієліті переважно уражається:
 - A. Кора головного мозку.
 - B. Корінці, нерви.

- C. Підкіркові ганглії.
- D. *Передні роги спинного мозку.
- E. Біла речовина спинного мозку.

8. До клінічних симптомів бульбарної форми БАС належать:

- A. Зниження больової та температурної чутливості у зовнішній зоні Зельдера, дизартрія, дисфагія, дисфонія, зниження глоткового рефлексу.
- B. Дизестезія на обличчі, смакові розлади, гіпотрофія м'язів язика, дизартрія.
- C. Дизартрія, дисфагія, дисфонія, смакові розлади, нормальний глотковий рефлекс.
- D. Дизартрія, дисфонія, дисфагія, симптом «звисаючої голови».
- *E. Фібриляції та фасцикуляції у м'язах язика, гіпотрофія язика, дизартрія, дисфагія, дисфонія, зниження глоткового рефлексу.

9. Для менінгеальної форми поліомієліту характерним є:

- A. Підгострий початок захворювання, порушення чутливості, гіпертермія, диспепсичні розлади, ізольоване ураження ядер лицевого нерву.
- B. Гострий початок захворювання, гіпертермія, менінгеальний синдром, диспепсичні розлади, порушення ковтання.
- C. Гіпертермія, порушення чутливості, менінгеальний синдром, диспепсичні розлади, плеоцитоз у лікворі.
- *D. Гіпертермія, катаральні ознаки, менінгеальний синдром, диспепсичні розлади, плеоцитоз у лікворі.
- E. Гострий початок захворювання, порушення чутливості, гіпертермія, диспепсичні розлади.

10. Маніфестні симптоми шийно-грудної форми БАС:

- A. Гіперрефлексія, атрофії та фібрилярні посмикування в м'язах рук, порушення координації.
- B. Гіперрефлексія, корінцеві розлади, атрофії та фібрилярні посмикування в м'язах рук.
- *C. Фібрилярні посмикування в м'язах рук, атрофії дрібних м'язів рук, гіперрефлексія.
- D. Фібрилярні посмикування в м'язах рук, атрофії дрібних м'язів рук, порушення чутливості за поліневритичним типом.
- E. Гіперрефлексія, корінцеві розлади у верхніх кінцівках.

11. Хворий, 65 років, доставлений в клініку машиною ШД з епілептичним випадком, зі слів родичів у хворого з'явилося порушення пам'яті, зміна настрою (депресія), труднощі при ходьбі. Об'єктивно: синдром Аргайла-Робертсона, інтенційний тремор, елементи дизартрії. Який можливий діагноз?

- *A. Пізній нейросифіліс.
- B. Ранній нейросифіліс.
- C. Менінгіт.
- D. Пухлина мозку.
- E. Інсульт.

12. У чоловіка, 48 років, з'явилися болі в ногах стріляючого характеру. З'явилася нестійкість при ходьбі, що посилюється при поганому освітленні, трофічні ураження в області п'яти. Об'єктивно: знижений м'язовий тонус в нижніх кінцівках, глибокі рефлекси на руках викликаються, колінні і ахіллові відсутні, порушення вібраційної чутливості. Який можливий діагноз?

- *A. Нейросифіліс.
- B. Пухлина мозку.
- C. Розсіяний склероз.
- D. Фунікулярний мієлоз.
- E. Мієліт.

13. Хворий, 25 років, поступив в клініку зі скаргами на підвищення температури 39°C, головний біль. При огляді розвинувся психомоторне збудження. Хворий веде асоціальний спосіб життя. Об'єктивно: птоз, порушення конвергенції, анізокорія, міоз, менінгеальний синдром позитивний. Очне дно: застійні диски. СМР - клітинно-білкова дисоціація. Кров відправлена на вірусологічне дослідження. Який можливий діагноз?

- *A. Ранній нейросифіліс.
- B. Пізній нейросифіліс.

- С. Пухлина мозку.
- Д. Гострий енцефаломієліт.
- Е. Менінгіт.

14. У хворой Г., 28-ми років, виник різкий головний біль, що підсилюється вночі, підвищилася температура до 38⁰С, нудота, блювота. Об'єктивно: менінгеальний синдром позитивний, з боку ЧМН - анізокорія, мляві реакції зіниць на світло. Очне дно: гіперемія дисків зорових нервів. На грудях і животі - поодинокі розеоли. СМР прозора, гіперальбумінемія, лімфоцитарний плеоцитоз, реакція Вассермана, РІБТ позитивні. Визначити найбільш ймовірний діагноз у даного клінічному випадку.

- *А. Нейросифіліс.
- В. Пухлина мозку.
- С. Розсіяний склероз.
- Д. Субарахноїдальний крововилів.
- Е. Енцефаліт.

15. У чоловіка П., 50-ти років, з'явився сильний біль в ногах, частіше в нічний час. Потім приєдналася нестійкість при ходьбі, що підсилюється при поганому освітленні. Об'єктивно: млява реакція зіниць на світло, на конвергенцію присутня. Порушення глибокої чутливості: м'язово-суглобне. Очне дно: диски зорових нервів сіруватого кольору. Реакція Вассермана, РІБТ позитивні. Визначити найбільш ймовірний діагноз у даному клінічному випадку.

- *А. Сухотка спинного мозку.
- В. Порушення спинального кровообігу.
- С. Мієліт.
- Д. Сирингомієлія.
- Е. Гострий енцефаломієліт.

Тести та типові задачі II рівня

Тести II рівня

№ пп	Тести II рівня	Еталон відповіді
1.	Які нервові утворення уражаються у разі БАС? а) периферичні нерви; б) пірамідні шляхи; в) передні роги спинного мозку; г) чутливі шляхи; д) рухові ядра IX, X, XII пар черепних нервів	б), в), д)
2.	Локалізація патологічного процесу у разі поліомієліту: а) базальні ядра; б) бокові канатики спинного мозку; в) рухові ядра черепних нервів; г) передні роги спинного мозку; д) задні канатики спинного мозку.	в), г)
3.	Вкажіть ознаки мієліту: а) парези, паралічі м'язів; б) порушення чутливості за провідниковим типом; в) бульбарні розлади; г) тазові порушення; д) альтернувальні синдроми	а), б), г)

1. Які форми раннього нейросифілісу ви знаєте

- Генералізований менінгіт*
- Прогресивний параліч
- Спинна сухотка
- Гумма головного мозку
- Менінговаскулярний нейросифіліс*

2. Які форми пізнього нейросифілісу ви знаєте

- Генералізований менінгіт
- Прогресивний параліч*
- Менінговаскулярний нейросифіліс
- Гумма головного мозку
- Спинна сухотка *

3. Скласти співвідношення: при яких формах нейросифілісу спостерігаються наступні форми

Ранній нейросифіліс

Генералізований менінгіт

Прогресивний параліч* Менінговаскулярний нейросифіліс

Пізній нейросифіліс

Гумма головного мозку

Спинна сухотка

4. Назвіть стадії перебігу спинної сухотки:

- пре паралітична
- резидуальна
- невралгічна*
- менінгеальна
- атактична*
- паралітична*

Типові задачі II рівня

№ пп	Типові задачі II рівня	Еталон відповіді
1.	У хворої на фоні підвищення температури до 38,9 ⁰ , загальної слабкості з'явилися відчуття затерпання в ногах, затримка сечі. Через 2 дні активні рухи в ногах зникли, з'явилась анестезія всіх видів чутливості від пупка до низу. Поставте топічний і клінічний діагноз?	Ураження поперечника спинного мозку в грудному відділі. Гострий мієліт.
2.	При обстеженні у хворого виявлений змішаний верхній парапарез рук з атрофією м'язів рук і плечового поясу, підвищеними рефлексами з рук, фібрилярними посіпуваннями у м'язах. Які структури	Уражені пірамідні шляхи з обох боків і мотонейрони передніх рогів спинного

	постраждали? Яке захворювання можна запідозрити?	мозку. БАС.
3.	У хлопчика після тижня підвищеної температури з'явилась слабкість в ногах з м'язовою атонією і арефлексією, сонливість, судоми. У фекаліях виявлена наявність вірусу. Поставте діагноз.	Поліомієліт. Пірамідна стадія.
4.	У хворої Г., 28 років, появилась різкий головний біль, яка підсилюється вночі, появилась температура до 38°C, нудота, блювання. Об'єктивно: менінгеальний синдром позитивний, зі сторони ЧН - анізокорія, в'яла реакція зіниць на світло. Очне дно: гіперемія дисків зорових нервів. На грудях та животі - одиничні висипання. СМР прозора, реакція Васермана, РІТ позитивні. Встановіть діагноз. Який синдром спостерігається у хворого?	Синдром Аргайла-Робертсона. Спинна сухотка
5.	У чоловіка, 50 років, з'явився сильний біль у ногах, то з права, то зліва частіше вночі. Потім хитання ходи, яка підсилюється при поганому освітленні. Об'єктивно: в'яла реакція зіниць на світло, на конвергенцію збережена. Порушення глибокої чутливості. Очне дно: диски зорових нервів сіруватого кольору. Який синдром у хворого? Яке дообстеження необхідно провести хворому, встановіть попередній діагноз, призначте лікування?	Сенситивна атаксія. РІФ, РІТ. Спинна сухотка. Пеніцилін 18-24 млн ОДЖ/добу протягом 14 днів внутрішньовенно, в подальшому у м'яз 2,4 млн ОД 1 раз на тиждень 3 місяці
6.	У хворого загальна слабкість, минулий головний біль, періодичні запаморочення, блювання; виявляються менінгеальні знаки, позитивна реакція Вассермана в крові. Визначте патологію.	Сифілітичний менінгіт
7.	У хворого виникли головний біль, запаморочення, нудота та блювання. Об'єктивно виявлені ригідність м'язів потилиці та симптом Керніга, частковий птоз правої верхньої повіки, зниження слуху на праве вухо, в лікворі незначний лімфоцитарний плеоцитоз. Які структури уражені? Який клінічний діагноз?	Мозкові оболонки, переважно на основі мозку, корінці III, VIII пар черепних нервів. Сифілітичний менінгіт

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Професійний алгоритм формування навичок і вмінь обстеження хворих на мієліт, поліомієліт та БАС, нейросифіліс

№ пп	Завдання	Вказівки	Примітки
1.	Оволодіти методикою	Обстеження виконувати в такій послідовності: 1) скарги хворого;	За наявності БАС акцентуйте увагу на

	обстеження хворих на БАС, мієліт, поліомієліт.	2) збір анамнезу; 3) виявлення загальних симптомів інфекційного захворювання; 4) виявлення менингеальних симптомів; 5) обстеження функції черепних нервів; 6) обстеження рефлекторно-рухової сфери; 7) обстеження координації рухів та екстрапірамідної системи; 8) виявлення чутливих порушень; 9) дослідження вищих коркових функцій; 10) аналіз додаткових методів обстеження.	виявлені фібрилярні посіпування, поєднання симптомів центрального і периферичного парезів, бульбарних та псевдобульбарних розладів, збереження чутливості. Зверніть увагу на наявність інфекційних симптомів, рухових та чутливих розладів.
2.	Встановити локалізацію патологічного процесу. Провести диференціальну діагностику. Встановити клінічний діагноз, форму, стадію хвороби. Оцінити прогноз. Скласти схему лікування.	Згрупуйте виявленні симптоми і синдроми, вкажіть локалізацію процесу. Проаналізуйте дані додаткових методів дослідження, встановіть клінічний діагноз, складіть схему лікування.	Зверніть увагу на залежність методів терапії від стадії захворювання та локалізації процесу.
	Вивчити класифікацію нейросифілісу	Написати клінічні форми нейросифілісу Написати клінічні форми поліміохиту-дерматоміозиту	Скористайтеся рекомендованою літературою
	2.Поставити топічний діагноз хворому з нейросифілісом. Написати схему лікування хворого з нейросифілісом	На підставі отриманих даних визначити провідні неврологічні синдроми та уражені структури.	Скористайтесь структурно-логічною схемою змісту заняття.
	Оволодіти методикою обстеження хворих із менингеальним та лікворно-гіпертензійним	Оглянути позу хворого, перевірити пульс, ЧДР, характер дихання. Дослідити менингеальні знаки. Проаналізувати дані додаткових методів обстеження.	

<p>синдромами. Обстеження виконувати у такій послідовності: - зібрати скарги хворого; зібрати анамнез захворювання Зверніть увагу на зміну пульсу, дихання, наявність ураження черепних нервів Оцінити дані дослідження спинномозкової рідини, краніографії, очного дна, Ехо-ЕГ, МРТ головного мозку.</p>	<p>Зверніть увагу у хворих на наявність головного болю, блювання, запаморочення, гіперестезії шкіри та органів чуття Відмітити, чи не було напередодні інфекційного захворювання чи епілептичних випадків</p>	
---	---	--

3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Нетипові задачі III рівня.

№ III	Нетипові задачі III рівня	Еталон відповіді
1.	<p>Хворий, 46 років, два роки тому помітив посіпування м'язів рук. Через рік з'явилося схуднення м'язів і слабкість у правій, а потім у лівій руці. Виникло затруднення при ковтанні, особливо рідкої їжі. Мова стала нечіткою. Рухи язика обмежені, відмічаються фібрилярні посіпування його м'язів. Знижені глотковий рефлекс і рефлекс з м'якого піднебіння. Тетрапарез з атонією і атрофією м'язів плечового поясу рук і грудної клітки. Рефлекси з рук і ніг високі, черевні збережені. Патологічний рефлекс Бабінського з обох боків. Чутливість не порушена. Вкажіть топічний і клінічний діагнози.</p>	<p>Ураження рухових ядер IX, X, XII нервів, передніх рогів нижніх шийних і верхніх грудних сегментів спинного мозку, двобічне ураження пірамідних шляхів. БАС.</p>
2.	<p>У дитини 9 років на фоні підвищення температури, яка трималась 2 дні, з'явилась блювання та понос. Через 4 дні виникла слабкість м'язів</p>	<p>Мотонейрони передніх рогів спинного мозку на рівні</p>

<p>проксимальних відділів ніг з арефлексією, низьким м'язовим тонусом та двобічний периферичний парез м'язової мускулатури.</p> <p>Вкажіть топічний діагноз, локалізацію процесу. З чим треба проводити диференціальний діагноз?</p>	<p>поперекового потовщення, рухові ядра лицьового нерву в мосту.</p> <p>Паралітична форма поліомієліту. З синдромом Гійєна-Барре.</p>
--	---

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

Орієнтована карта самостійної роботи з літературою.

Основні завдання	Вказівки
Повторити	
<p>Будову центрального та периферичного відділів нервової системи.</p> <p>Симптоматику уражень центральної і периферичної системи.</p>	<p>Використовуючи атласи нервової системи скласти схему будови центрального та периферичного відділів нервової системи. Повторити семіотику ураження нервової системи, методику обстеження хворих.</p>
Вивчити	
<p>Етіологію, патогенез, діагностику, клініку, принципи лікування мієліту.</p> <p>Етіологію, патогенез, клінічні форми, діагностику, профілактику та лікування гострого поліомієліту.</p> <p>Етіологію, патогенез, класифікацію, діагностику, диференціальну діагностику, методи лікування БАС.</p>	<p>Скласти таблицю клінічних проявів мієліту різної локалізації.</p> <p>Скласти таблицю клінічних проявів поліомієліту.</p> <p>Виписати класифікацію БАС, особливості клініки, діагностики, лікування.</p>

Демієлінізуючі захворювання нервової системи

I. Актуальність теми

Демієлінізуючі 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. Виховні цілі

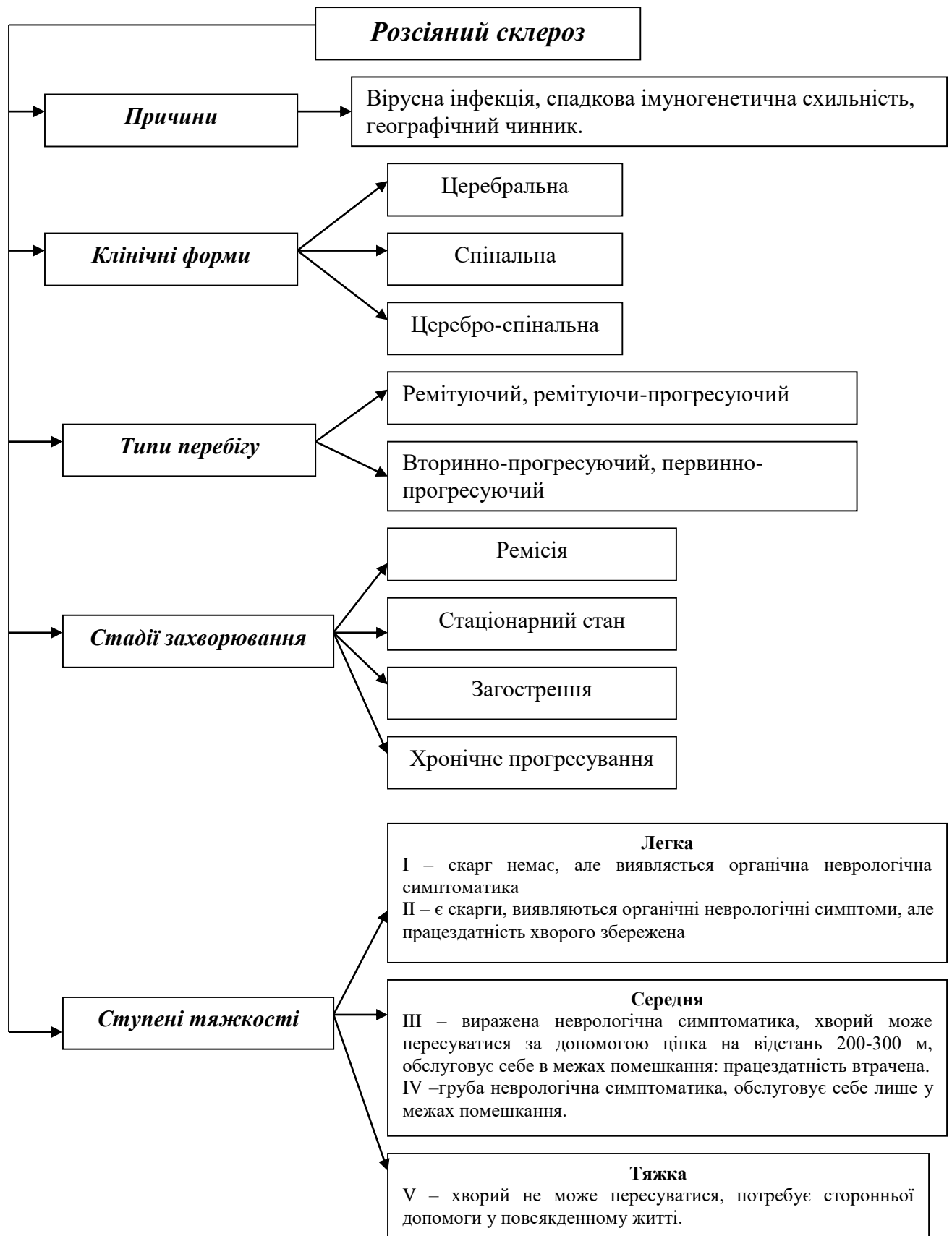
Виховувати відповідальність майбутнього лікаря за долю пацієнта, за своєчасну його госпіталізацію та надання йому кваліфікованої неврологічної допомоги. Виховувати гуманне ставлення до хворих з демієлінізуючими захворюваннями, до пацієнтів з БАС.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

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

Фармакологія	Фармакокінетику імуномодельюючих, протизапальних, вазоактивних препаратів, нейрометаболітів, які використовуються для лікування неврологічних хворих.	Призначити необхідну терапію у разі РС, ГРЕМ, БАС.
Наступні дисципліни (що забезпечуються)		
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 статевої 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
Внутрішньопредметна інтеграція		
Рефлекторно-рухова функція	Ознаки центрального та периферичного паралічів, синдроми рухових порушень.	Виявляти симптоми ураження рухової системи і встановити рівень ураження рухового шляху у разі РС, БАС.
Чутлива функція нервової системи та її патологія	Хід чутливих шляхів, синдроми чутливих порушень.	Виявити порушення глибокої чутливості у хворих на РС.
Черепна іннервація та патологія черепних нервів	Будову і функцію черепних нервів, симптоми їх ураження.	Виявляти ознаки порушень черепної іннервації у хворих на РС, ГРЕМ та БАС.
Пухлини головного мозку	Клінічні ознаки РС, ГРЕМ та БАС.	Диференціювати спіральну форму РС та пухлину спинного мозку, церебральні прояви у разі РС від пухлин головного мозку.
Запальні захворювання нервової системи	Клінічні ознаки демієлінізуючих захворювань та БАС.	Проводити диференціальну діагностику між менінгітом, енцефалітом та ГРЕМ, поліомієлітом, кліщовим енцефалітом та БАС, оптико-хіазмальним арахноїдитом та РС.

V. 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.

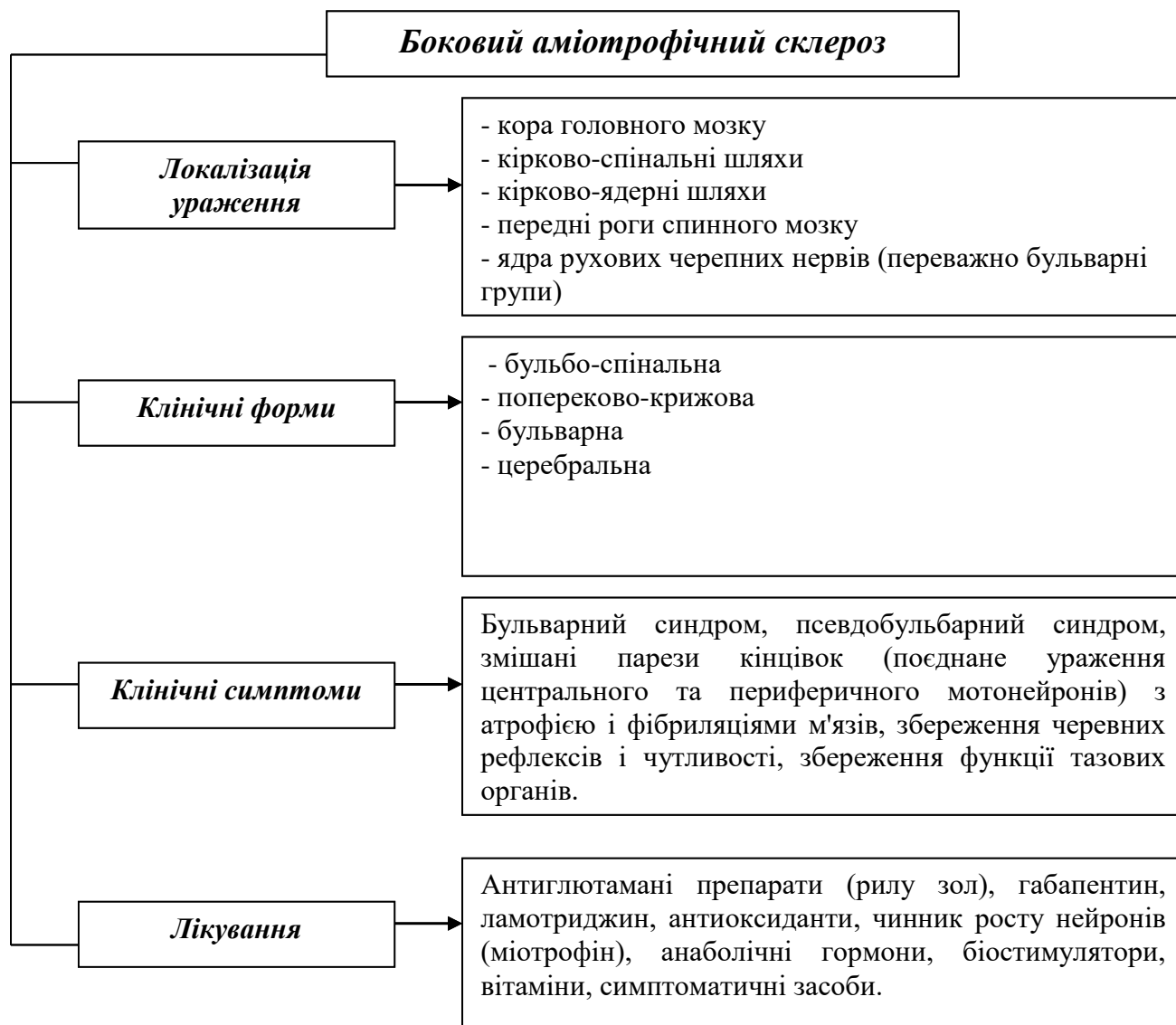
Чутливі розлади: парестезії, зниження вібраційної і м'язово-суглобової чутливості.

Ураження черепних нервів: зоровий нерв, лицьовий нерв.

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



Боковий аміотрофічний склероз



VI. План і організаційна структура заняття

№ пп	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час (хв.)
I. Підготовчий етап					
1	Організація заняття.			Академ журн.	1
2	Визначення навчальних цілей і мотивація.			Див. „Навчальні цілі” „Актуальність теми	2
3	Контроль вихідного рівня знань.	II	Індивідуальне	Таблиці,	20

	1. Етіологія, патогенез, розсіяного склерозу, ГРЕМ, БАС. 2. Типові клінічні ознаки РС, ГРЕМ, БАС. 3. Діагностика, диференціальна діагностика РС, ГРЕМ, БАС. 4. Лікування хворих з РС, ГРЕМ, БАС.		опитування; тестовий контроль II рівня; рішення типових задач II рівня	малюнки, питання, тести II рівня, типові задачі II рівня	
II. Основний етап					
4.	Формування професійних навичок та вмінь. 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.	III	Практичний тренінг у відпрацюванні навичок; професійний тренінг у вирішення нетипових клінічних ситуацій.	Хворі, історії хвороби. Дані додаткових методів обстеження. Професійний алгоритм для оволодіння навичками і вмінням обстеження хворих на РС, ГРЕМ, БАС.	100
III. Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня професійних навичок та вмінь.	III	Індивідуальний контроль практичних навичок.	Хворі. Нетипові ситуаційні задачі III рівня.	8
6.	Обговорення результатів курації.				
7.	Підведення підсумків практичного заняття.		Вирішення нетипових задач III рівня.		3
8.	Домашнє завдання			Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою	1

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання для усного опитування.

1. Які причинні фактори РС?
2. Які зміни імунітету бувають у разі РС в стадіях загострення та ремісії?
3. Які нервові структури найчастіше уражаються у хворих з РС?
4. Перерахуйте клінічні форми РС.
5. Які ступені тяжкості РС?

6. Які ознаки тріади Шарко, пентади Марбурга?
7. Що характерно у клініці гострого розсіяного енцефаломієліту?
8. Перерахуйте структури, які уражаються у разі БАС.
9. Які клінічні форми БАС?
10. Назвіть препарати, які застосовують і лікуванні БАС.
11. Які принципи лікування хворих на РС?.

Матеріали для тестового контролю (I а)

1. У жінки, 25 років, поступово з'явилися хитка хода, слабкість в ногах, порушення мови та імперативні поклики до сечовипускання. Виявлено горизонтальний ністагм, скандовану мову, інтенційне тремтіння при виконанні координаторних проб, нижній центральний параліч. Поставте попередній діагноз.

- A. Гнійний мієліт
- *B. Розсіяний склероз
- C. Епідемічний енцефаліт
- D. Нейросифіліс
- E. Поліомієліт

2. У хворого скарги на зниження гостроти зору, скотоми, відчуття нечіткості зображення, пелена перед очима, минуша сліпота на один або на два ока, зниження вібраційної чутливості і дізестезії, асиметрія сухожильних рефлексів. Поставте попередній діагноз.

- A. Гнійний мієліт
- *B. Розсіяний склероз
- C. Епідемічний енцефаліт
- D. Нейросифіліс
- E. Поліомієліт

3. У пацієнта, 30 років, спостерігалось зниження гостроти зору на праве око. Після лікування в очному відділенні з приводу ретробульбарного неврита зір відновився. Через рік з'явилася слабкість в правій стопі, яка зникла без лікування через два тижні. Ще через 3 місяці виникла хиткість при ходьбі. Об'єктивно виявлено інтенційний тремор при виконанні пальце-носової проби справа, адіадохокінез справа, не визиваються черевні рефлекси, хиткість в позі Ромберга. Який тип перебігу розсіяного склерозу?

- *A. Ремітивний
- B. Первинно-прогресуючий перебіг
- C. Вторинно-прогресуючий перебіг
- D. Прогресуючий перебіг
- E. Ремітивно-прогресуючий

4. У пацієнта, 30 років, після відпочинку на морі виникли невпевненість і хиткість при ходьбі, сповільнилася мова. У неврологічному статусі: дрібно-розмашистий горизонтальний ністагм, скандована мова, інтенційне тремтіння при виконання пальце-носової і п'яtkової-колінної проб. Які додаткові методи обстеження підтвердять діагноз розсіяний склероз?

- *A. МРТ головного мозку, дослідження спинномозкової рідини, дослідження очного дна

- В. МРТ головного мозку, дослідження спинномозкової рідини, ЕЕГ
- С. МРТ головного мозку, церебральна ангіографія, ЕЕГ
- Д. МРТ головного мозку, церебральна ангіографія, рентгенографія голови
- Е. МРТ, ЯМР, рентгенографія

5. Пацієнта, 30 років, протягом останніх 6 місяців турбує слабкість в ногах. За цей час двічі проходив курси стаціонарного лікування. Слабкість зменшилася, потім знову наростає. Нещодавно з'явилися шаткість при ходьбі, періодична затримка сечі. У неврологічному статусі: виявлений нижній центральний парез з патологічними ступінними рефlekсами екстензорної і флексорної груп, відсутність черевних рефлексів, порушення м'язово-суглобового відчуття в пальцях ніг. Поставте попередній діагноз.

- А. Уражені мозочок, мозочкові шляхи і пірамідні шляхи.
- В. Уражені мозочок і мозочкові шляхи
- *С. Уражені пірамідні шляхи і шляхи глибокої чутливості.
- Д. Ураження лицьового нерва, двостороннє ураження пірамідних шляхів.
- Е. Уражені мозочок, мозочкові шляхи, шляхи глибокої чутливості

6. На тлі катару верхніх дихальних шляхів, підвищеної температури гостро виникли блювання, менінгеальні знаки, парези кінцівок, бульбарні порушення. Яке захворювання можна запідозрити?

- *А. Гострий розсіяний енцефаломієліт
- В. Нейросифіліс
- С. Менінгіт
- Д. Арахноїдіт
- Е. Енцефаліт

7. Студент через місяць після перенесеної гострої респіраторної інфекції відчув головний біль, нудоту, блювоту. З'явилася двоїння перед очима. Об'єктивно: температура тіла 38,2°C, помірна ригідність потиличних м'язів, двосторонній симптом Керніга, розбіжна косокість справа, лівобічний центральний геміпарез. На МРТ головного мозку - мультифокальні осередки підвищеної інтенсивності на Т2-зваженому зображенні в білій речовині півкуль, мосту, базальних ядрах, таламусі. У спинномозковій рідині: незначний лімфоцитарний плеоцитоз, незначно підвищений рівень білка. Яке захворювання можна запідозрити?

- А. Нейросифіліс
- В. Розсіяний склероз
- *С. Гострий розсіяний енцефаломієліт
- Д. Менінгіт
- Е. Енцефаліт

8. Хворий, 30 років, захворів гостро, коли піднялась температура тіла до 39°C, з'явилась біль в м'язах, головний біль, нудота, лівобічний геміпарез, двобічна мозочкова атаксія. Виявлені симптом Керніга та ригідність потиличних м'язів. Через 3 тижня після лікування в стаціонарі хворий видужав. Поставте попередній діагноз.

- А. Енцефаліт
- В. Менінгоенцефаліт
- С. Розсіяний склероз

*D. Гострий розсіяний енцефаломієліт

Е. Менінгіт

9. У хворої, 32 років, яка захворіла 5 років тому, виявили нижній спастичний парепарез, відсутні черевні рефлекси, знижену вібраційну чутливість на ногах, високі сухожилкові і періостальні рефлекси з розширеними рефлексогенними зонами, клонуси стоп, затримку сечі. Який метод діагностики показаний для цієї хворої з метою підтвердження діагнозу?

А. КТ

В. ЕЕГ

*С. МРТ з контрастуванням

Д. Нейроміографія

Е. Рентгенографія

10. Хвора, віком 19 років, хворіє на ремітуючо-рецидивуючий розсіяний склероз упродовж останніх трьох років. Останнє загострення розвинулось одразу після психоемоційного стресу. Який найбільш специфічний вид порушень чутливості характерний для цього діагнозу?

*А. Вібраційний

В. Больовий

С. Тактильний

Д. Температурний

Е. Двовірно-просторовий

11. На прийом до офтальмолога потрапив хворий, віком 23 роки, з діагнозом розсіяний склероз. Захворювання у нього носить ремітуючо-рецидивуючий перебіг із повними ремісіями. Які зміни з боку зорового аналізатора є характерними для цього пацієнта?

А. Зорові галюцинації

В. Зорова агнозія

*С. Блідість дисків зорових нервів

Д. Метаморфопсії

Е. Застійні дисків зорових нервів

12. Хвора, 48 років, скаржиться на біль в попереку, слабкість і оніміння в ногах, похитування при ході, прискорене сечовипускання. Хворіє з 10 років. Об'єктивно: зглажена права носо-губна складка. М'язовий тонус в ногах підвищений за спастичним типом. Сухожилкові і періостальні рефлекси підвищені з обох сторін, двобічний патологічний рефлекс Бабінського. Виражений інтенційний тремор при виконанні координаторних проб, а також кінцівок. Поставте попередній діагноз.

А. Остеохондроз хребта, кила диску L5-S1

В. Гострий розсіяний енцефаломієліт

С. Хорея Гантінгтона

Д. Хвороба Паркінсона

*Е. Розсіяний склероз

13. У хворого, віком 21 років, раптово виникли скарги на слабкість в ногах, відчуття затерпання в них, невпевненість при ході, легке похитування при ході в сторони, затримка при сечовипусканні. Об'єктивно: високі сухожилкові і періостальні рефлекси, розширені рефлексогенні зони, клонуси стоп, відсутні черевні рефлекси, знижена вібраційна чутливість у ногах. Поставте попередній діагноз.

A. Остеохондроз хребта, кила диску L1- L2

*B. Розсіяний склероз

C. Поперечний мієліт

D. Екстраспинальна пухлина

E. Гострий розсіяний енцефаломієліт

14. Хвора, віком 22 роки, скаржиться на головний біль, слабкість і затерпання в правих кінцівках та правій половині язика, похитування при ході, розлади сечовипускання. Об'єктивно: поля зору на кольори концентрично звужені, на очному дні - бітемпоральна блідість дисків зорових нервів. Згладжена права носо-губна складка. Сухожилкові і періостальні рефлекси ожавлені, справа – високі, з розширеними рефлексогенними зонами, патологічний рефлекс Бабінського більш чіткіший справа. Горизонтальний ністагм, інтенційний тремор і промахування при виконанні координаторних проб, більш виражені справа. Нетримання сечі. Поставте попередній діагноз.

*A. Розсіяний склероз

B. Церебральна пухлина

C. Розсіяний енцефаломієліт

D. Сімейна атаксія Фрідрейха

E. Підгострий склерозуючий паненцефаліт

15. Хвора, віком 28 років, скаржиться на слабкість в ногах, похитування при ході, «туман» перед очима, прискорене сечовипускання. Захворіла 6 років тому, коли вперше виникла незграбність в правій руці, особливо при письмі і стала тягнути праву ногу при ході. Після лікування всі ці явища пройшли. Через 2 роки, після народження дитини знову виникли слабкість і затерпання в ногах, а також виникло похитування при ході і понизився зір. Через 2 місяці слабкість в ногах значно зменшилася, хода стала стійкішою, відновився зір і змогла самостійно ходити. Який метод діагностики необхідно використати з метою підтвердження діагнозу цієї хворої?

A. КТ головного мозку

B. Електронейроміографія

*C. МРТ головного мозку

D. Ультразвукова доплерографія судин голови

E. Електороенцефалографія

Типові задачі II рівня

№	Типові задачі II рівня	Еталон відповіді
1.	У хворої нижній спастичний пара парез, не викликаються черевні рефлекси, випала вібраційна чутливість в ногах, є періодичне нетримання сечі. Де вогнище ураження? Для якого захворювання характерна така симптоматика? Поставити клінічний	У верхньогрудному відділі спинного мозку. Уражені пірамідні шляхи і задні канатики з обох боків, що характерне для розсіяного склерозу. Розсіяний склероз, спінальна форма.

	діагноз, назначити лікування.	
2.	На фоні катару верхніх дихальних шляхів, підвищеної температури гостро виникли блювання, менингеальні знаки, парези кінцівок, бульварні порушення. Яке захворювання можна запідозрити? Тактика ведення, лікування.	Гострий розсіяний енцефаломієліт.
3.	При обстеженні у хворого виявлено змішаний верхній пара парез рук з атрофією м'язів рук і плечового поясу, підвищеними рефlekсами з рук, фібрилярними посіпуваннями у м'язах. Які структури постраждали? Яке захворювання можна запідозрити? Який клінічний діагноз, лікування?	Уражені пірамідні шляхи з обох боків і мотонейрони передній рогів спинного мозку. БАС.
4.	Хвора жінка 22 років 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.	

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

№ пп	Завдання	Вказівки	Примітки
1.	Оволодіти методикою обстеження хворих з РС, ГРЕМ, БАС.	Дослідити в такій послідовності: 1. Зібрати скарги хворих. 2. Анамнез захворювання та життя. 3. Провести неврологічне обстеження хворого, виявити загально мозкові, вогнищеві симптоми ураження головного мозку, мозочка.	Зверніть увагу на наявність інфекції в анамнезі (вітряна віспа і інш.), катаральні явища перед розпочатком захворювання.
2.	На підставі отриманих даних встановити топічний діагноз.	Проаналізуйте отриманні дані, обґрунтуйте локалізацію патологічного процесу.	Згрупуйте виявлені симптоми, виділіть синдром чи синдроми.
3.	Встановити клінічний діагноз. Визначити план лікування.	Проаналізуйте скарги, дані анамнезу, неврологічні обстеження, додаткових методів дослідження. Проведіть диференціальний діагноз з захворюванням, що мають подібну симптоматику.	Провести диференціальну діагностику між РС та ГРЕМ.

3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Нетипові задачі III рівня.

№ пп	Нетипові задачі III рівня	Еталон відповіді
1.	<p>Хвора 25 років скаржиться на порушення зору, слабкість в ногах, запаморочення. Порушення зору протягом 2 років, лікувалась у окуліста. Після ГРВІ приєдналася слабкість у ногах, запаморочення. При огляді: ністагм, горизонтальний в обі сторони, сухожилкові рефлекси високі, черевні рефлекси не викликаються. Нижній спастичний пара парез, вібраційна чутливість випала у ногах.</p> <p>Встановити клінічний і топічний діагнози, тактика ведення, лікування.</p>	
2.	<p>Хворий 60 років скаржиться на посіпування у м'язах, слабкість у ногах, незначне погіршення мови. В анамнезі: ДДП хребта, радікулопатія поперекового відділу. При огляді: фібрилярні посмикування м'язів, атрофії м'язів та парези нижніх кінцівок, глибокі рефлекси високі, пірамідні патологічні рефлекси Бабінського, Гордона, Оппенгейма позитивні, порушень чутливості відсутні, функція сфінктерів без порушень.</p> <p>Встановити клінічний і топічний діагнози, тактика ведення, лікування.</p>	
3.	<p>Молодий чоловік скаржиться на болі і слабкість в нижніх кінцівках, двоїння в очах, порушення ходи „нестійкість”. На протязі тижня у хворого були катаральні явища: кволість, запалення верхніх дихальних шляхів, помірне підвищення температури. При огляді: атаксія при виконання координатних проб, чутливі розлади за провідниковим типом, нижній центральний пара парез, порушення околорухового нерва: птоз, анізокорія, диплопія.</p> <p>Встановити клінічний і топічний діагнози, тактика ведення, лікування.</p>	

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.

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:
 - шийний рівень: рефлекторні, корінцеві, корінцево-судинні синдроми;
 - грудний рівень: рефлекторні синдроми, корінцеві синдроми;
 - 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.

Оволодіти навичками: огляд хворих з захворюваннями 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. Виховні цілі

Виховувати у студентів сучасне клінічне мислення. Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність постановки топічного и клінічного діагнозу, оцінити загальний стан, наявність ускладнень та надання невідкладної допомоги хворим з захворюваннями периферичної нервової системи.

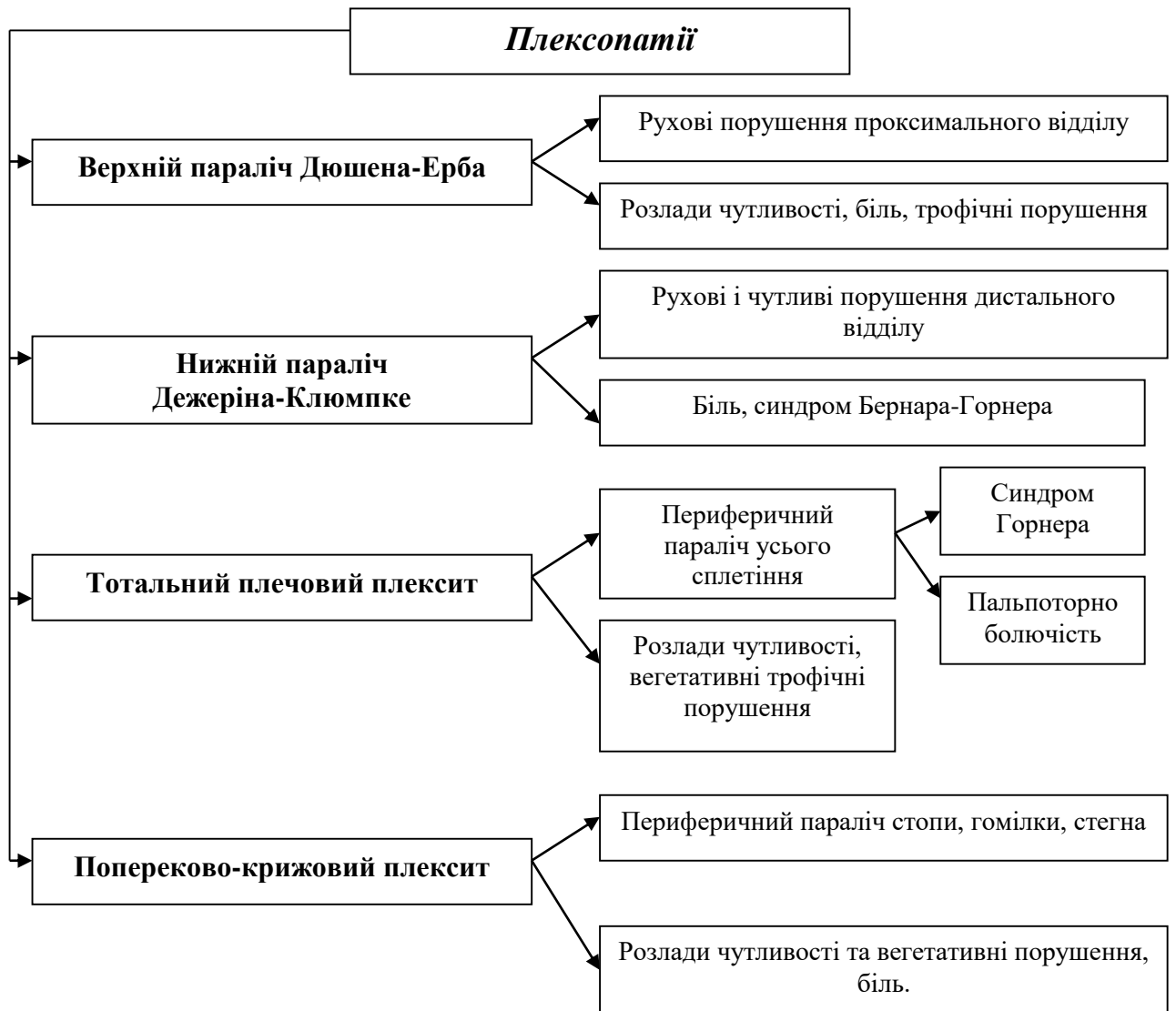
IV. Міждисциплінарна інтеграція

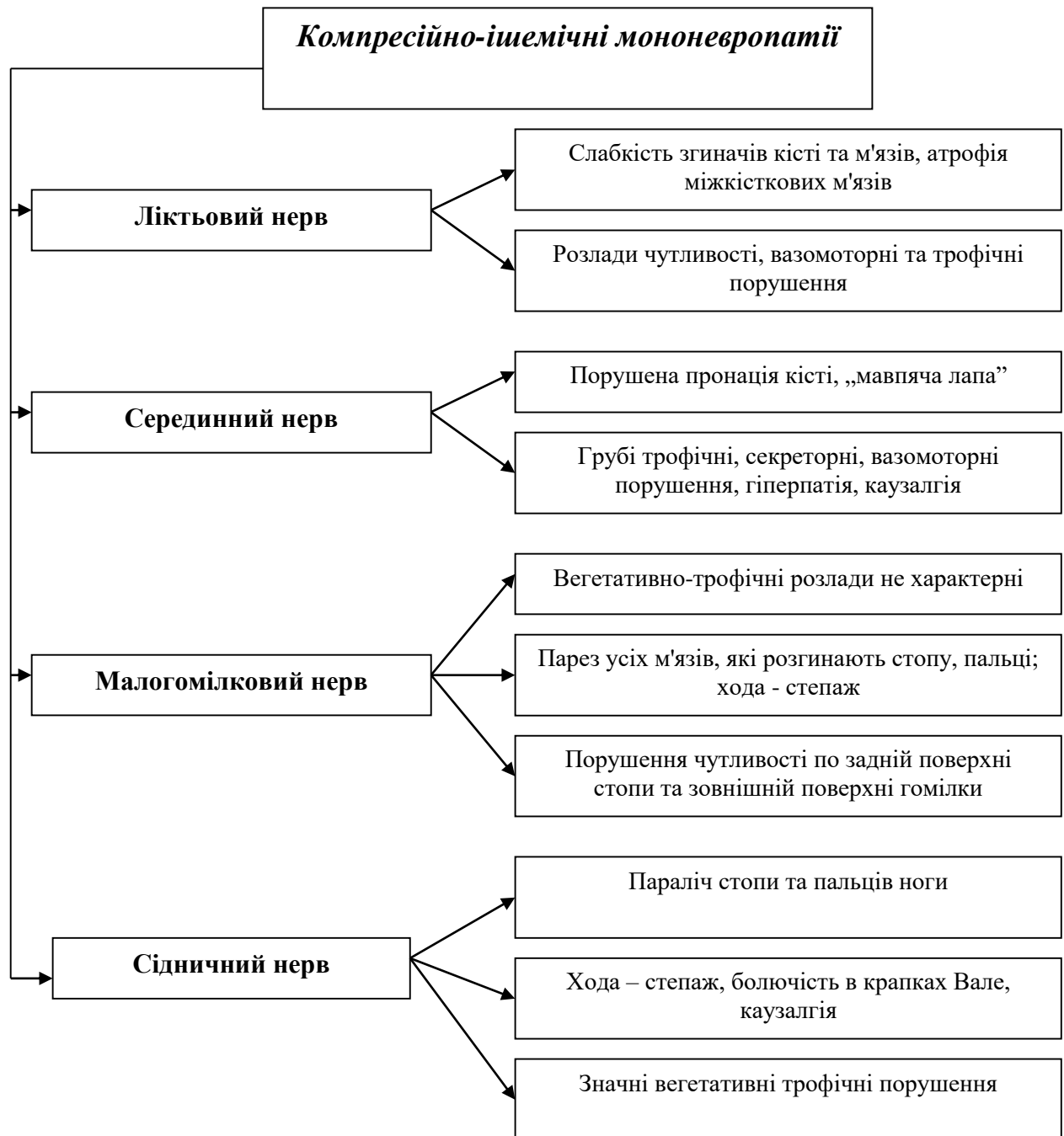
Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни</i>		
Анатомія	Анатомію периферичної нервової системи.	Визначити місце патологічного осередку в ПНС
Фізіологія	Функції різних частин ПНС.	Визначити нормальну функцію ПНС.
Паталогічна анатомія	Патоморфологічні зміни в ПНС.	Патоморфологічні зміни в оболонках нервових волокон.
Патологічна фізіологія	Зміни в діяльності ПНС при захворюваннях (вертеброгенні невропатії та інш.)	Визначити симптоми порушень ПНС.
<i>Наступні дисципліни (що забезпечуються)</i>		
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.
<i>Внутрішньопредметна інтеграція</i>		
Судинні захворювання нервової системи (спинного мозку)	Етіологію, патогенез та клінічні особливості.	Визначити основні клінічні синдроми, диференціювати з гострими порушеннями спинного кровообігу.
Нейроінфекції	Етіологію, патогенез та клінічні ознаки нейроінфекцій (мієліт, поліомієліт, нейросифіліс, ВІЛ-інфекції)	Визначити основні клінічні синдроми, диференціювати з гострими нейроінфекціями
Демієлінізуючі захворювання	Етіологію, патогенез і клінічні особливості.	Диференціальна діагностика з демієлінізуючими захворюваннями.
Травми спинного мозку, спинномозкових нервів.	Ознаки травматичних уражень спинного мозку, спинномозкових нервів.	Діагностувати травматичні ураження, призначити адекватне лікування.
Запальні захворювання нервової системи	Ознаки ураження окремих черепних нервів у разі менінгітів.	Виявляти ознаки ураження черепних нервів у хворих з менінгітами.
Спадкові захворювання нервової системи	Ознаки ураження периферичних нервів у разі неавральної аміотрофії Шарко-Марі-Тутса.	Виявляти симптоми ураження периферичних нервів у хворих з неавральною аміотрофією Шарко-Марі-Тутса.

Зміст теми заняття

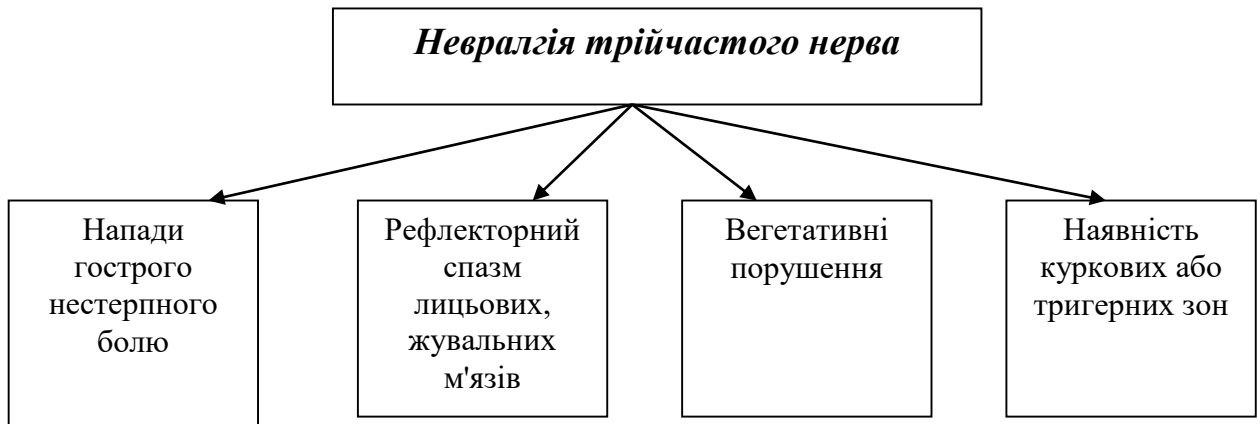
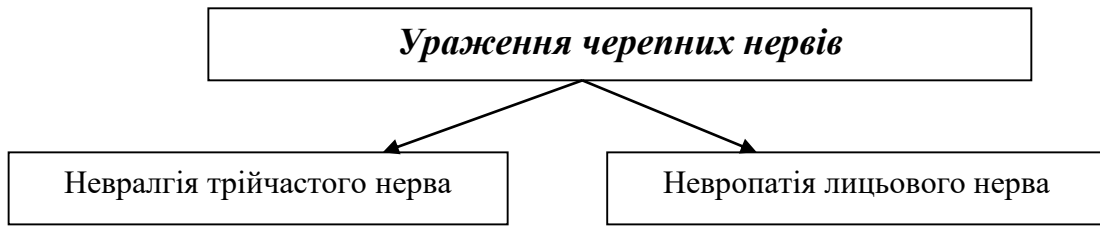


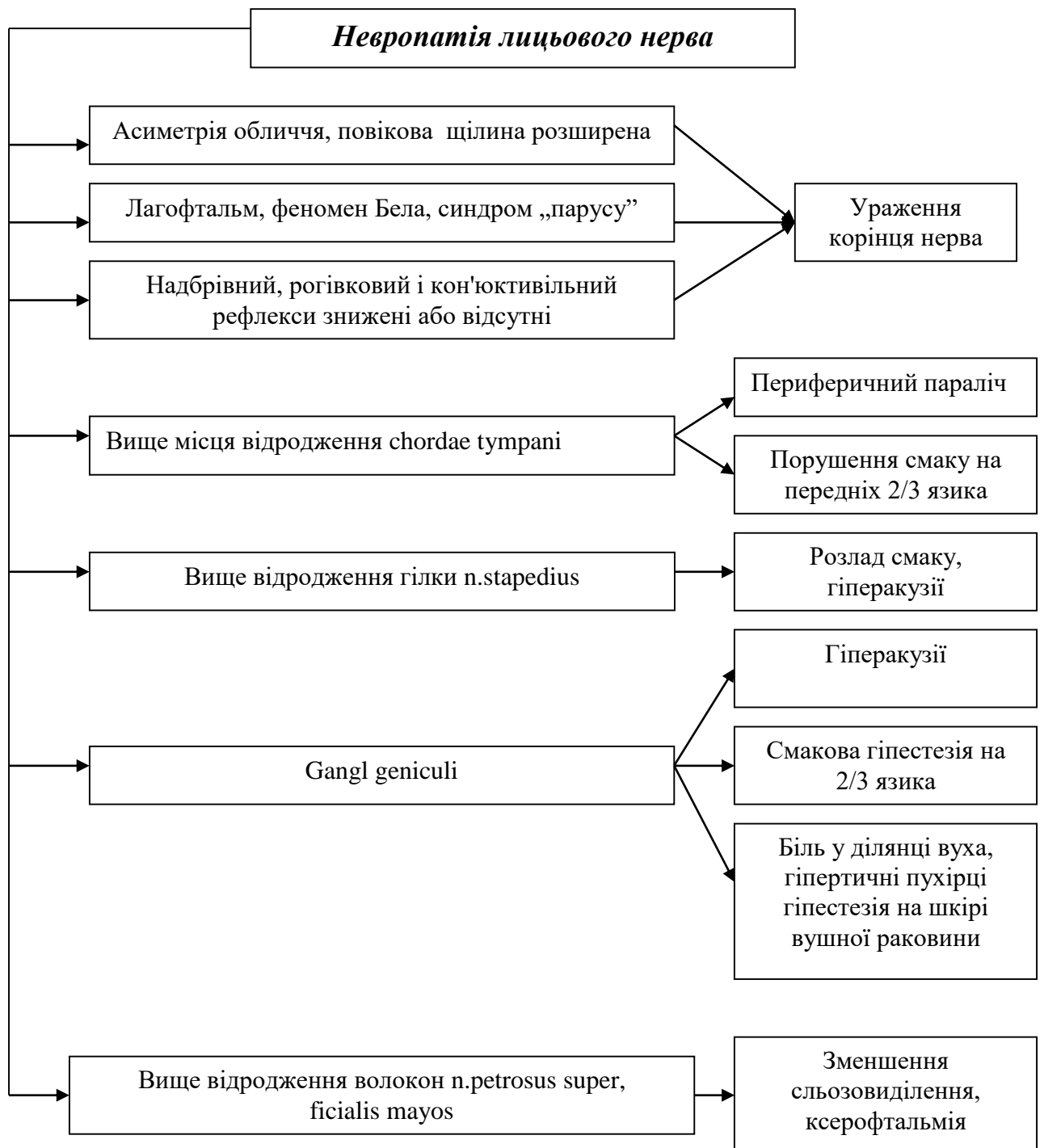
Ураження окремих спинномозкових нервів, сплетінь





Ураження черепних нервів





Поліневропатії

Гостра полірадікулопатія Гієна-Барре

- Загальна слабкість
- Підвищення температури
- Парестезії
- Парези в ногах, висхідний характер
- Синдром натягу
- Ураження черепних нервів
- Розлади чутливості незначні
- Вегетативні порушення
- Білкова-клітинна дисоціація у СМП/Р
- Клінічна форма параліча Ланді
- М'яві паралічі м'язів тулуба, кінцівок, бульварна група м'язів

Токсичні поліневропатії

- Алкогольна
 - Чутливість страждає слабше ніж рухова сфера; поєднання її з амнестичним синдромом
- Свинцева
 - Переважає ураження рухових волокон периферичних нервів, головним чином у руках вегетативні порушення
- Хлорофосна
 - Головний біль, звуження зіниць, дизартрія, посмикування м'язів, атрофії, підвищуються колінні рефлекси
- Ботулінічна
 - Супроводжується розладами моторних функцій з ураженням черепних нервів. Чутлива сфера не порушується.

Дисметаболічні поліневропатії

- Діабетична
 - Зниження вібраційної чутливості; біль; ураження стегнового, сідничного, ліктьового нервів; ураження черепних нервів V, VIII, VI; вегетативні порушення
- Вузликовий періартрит
 - Послідовний розвиток невропатії; спинномозкових и черепних нервів (рухові, чутливі, вегетативні). Супроводжуються ознаками запальної ангіопатії інших органах.
- Спадкові форми
 - Розвиваються у разі гострої порфірії; парестезія; біль; слабкість м'язів рух, а згодом ніг; порушення обміну порфіринів.

Вертеброгенні ураження периферичної нервової системи

Шийні вертеброгенні синдроми

- Рефлекторні
- Цервікалгія
- Цервікокраніалгія
- Цервікобрахіалгія (задній шийний симпатичний синдром та інш.)
- Цервікобрахіалгії з м'язово-тонічним, вегетативно-судинним чи трофічним синдромами

Грудні вертеброгенні синдроми

- Рефлекторні
 - Торакалгія
- Компресійні
 - Радікулопатія

Попереково-крижані синдроми

- Рефлекторні
 - Люмбаго
 - Люмбалгія
 - Люмбаішалгія
- Компресійні
 - Радікулопатія

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.	2
2	Визначення навчальних цілей і мотивація.			Див. „Навчальні цілі” „Актуальність теми	1
3	Контроль вихідного рівня знань: 1. Етіологічна структура та патогенез захворювань ПНС. 2. Класифікація захворювань ПНС. 3. Клінічні прояви вертеброгенних уражень. 4. Клінічні прояви ураження нервових корінців, сплетінь, множинні ураження корінців нервів. ⑤ Тунельні синдроми, мононевропатії ⑥ Невралгія та невропатія черепних нервів. ⑦ Методи діагностики. ⑧ Лікування різних форм захворювань ПНС.	II	Індивідуальне опитування; тестовий контроль II рівня; рішення типових задач II рівня	Таблиці, малюнки, питання, тести II рівня, типові задачі II рівня	20
II. Основний етап					
4.	Формування професійних навичок та вмінь. ① Оволодіти методикою проведення клінічного обстеження хворих з захворюваннями ПНС. ② Діагностувати захворювання ПНС на основі збору анамнезу, скарг, клініко-неврологічного огляду. ③ Провести курацію хворого с ПНС. ④ Назначити план обстеження хворого. ⑤ Провести диференційну діагностику захворювань ПНС з іншими неврологічними синдромами ⑥ Назначити адекватне лікування хворих з захворюваннями ПНС.	III	Практичний тренінг у відпрацюванні навичок; професійний тренінг у вирішення нетипових клінічних ситуацій.	Хворі, історії хвороби. Професійний алгоритм формування навичок та вмінь.	100
III. Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня професійних навичок та вмінь.	III	Індивідуальний контроль практичних	Хворі. Нетипові ситуаційні задачі III рівня.	8

6.	Обговорення результатів курації.		навичок, оцінка		
7.	Підведення підсумків практичного заняття.		результатів клінічної роботи. Вирішення нетипових задач III рівня.		3
8.	Домашнє завдання			Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою	1

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання для усного опитування.

1. Що таке периферична нервова система?
2. Які основні аспекти клінічної класифікації захворювань ПНС?
3. Які основні патологічні синдроми зустрічаються при вертеброгенних ураженнях ПНС?
4. Основні патологічні синдроми ураження нервових корінців, міжхребтових вузлів, сплетінь.
5. Основні патологічні синдроми ураження окремих спинномозкових нервів, периферичних нервів (тунельні синдроми, моно невропатії, невралгії, невропатії).
6. Інструментальні та функціональні методи обстеження хворих з захворюваннями ПНС.
7. Принципи лікування захворювань ПНС.

Матеріали для тестового контролю (I а)

1. Хворий, 35 років, скаржиться на напади інтенсивних болів в області нижньої щелепи зліва, що виникають під час гоління, що супроводжуються почервонінням особи, гіпергідрозом, що тривають 10-15 секунд. При огляді гіпалгезія області нижньої щелепи зліва. При дослідженні чутливості виник напад болю. Який можливий діагноз?

- *А. Невралгія трійчастого нерва.
- В. Гангліоніт крилонебного вузла.
- С. Синдром Толос-Ханта.
- Д. Невропатія лицьового нерва.
- Е. Гангліоніт язикоглоточного вузла.

2. Чоловік, 30 років, через день після поїздки в автомобілі виявив, що став погано закриватися око, з'явилося сльозотеча, їжа вивалюється з рота. Об'єктивно: згладжені складки лоба справа, лагофталм справа, синдром «вій» праворуч, синдром «ракетки» і «вітрила» праворуч. Який можливий діагноз?

- *А. Невропатія лицьового нерва.
- В. Невралгія трійчастого нерва.

- C. Гангліоніт крилонебного вузла.
- D. Гангліоніт зикоглоточного вузла.
- E. Ціліазная невралгія.

3. Хворий, 44 роки, місяць лікувався від герпесу. Протягом останнього тижня відзначає болі і висипання не тільки на обличчі, але і на задньої стінки глотки, дужках і корені мови, болі при ковтанні. При огляді: набряк глотки і висипання на мигдалини і дужки. Який можливий діагноз?

- *A. Гангліоніт язикоглоткового вузла.
- B. Гангліоніт колінчастого вузла лицьового нерва.
- C. Невропатія лицьового нерва.
- D. Невралгія трійчастого нерва.
- E. Гангліоніт крило-піднебінного вузла.

4. Хвора, 49 років, перехворіла на грип після чого відзначає появи нападів болю по 20-40 хвилин в області правого ока, носових пазух зліва ломить характеру. Болі супроводжуються почервонінням цій галузі, гіпергідрозом. Найчастіше напади вранці. Об'єктивно: емоційно лабільна, ін'єкція склери ока, шкіра гіперемована, набрякла в області очі і шоки. При змащення слизової носа тримекаином біль зменшується. Який можливий діагноз?

- *A. Невралгія крило-піднебінного вузла.
- B. Невралгія трійчастого нерва.
- C. Невропатія лицьового нерва.
- D. Синдром Толос-Ханта.
- E. Мігрень, очна форма.

5. Хворий, 55 років, скаржиться на напади болю різучого характеру в лівому очному яблуці, кута ока, верхній половині носа, надбрів'я з поширенням в скроню тривалістю від 15 хв до 2 годин, що супроводжуються світлобоязню, ринореей, порушенням зору. Об'єктивно: ін'єкція склери лівого очного яблука, гіперемія століття, ознаки Криту і циклітів, виразковий кератит, помутніння передніх відділів ока. Біль регресувати при закапуванні анестетика в кон'юнктивальний мішок. Який можливий діагноз?

- *A. Гангліоніт війкового вузла.
- B. Невропатія лицьового нерва.
- C. Синдром Толос-Ханта.
- D. Невралгія трійчастого нерва.
- E. Гангліоніт крило-піднебінного вузла.

6. Хворий, 18 років, скаржиться на напади болю і гіперемію шкірних покривів наперед від вуха, що знімає характеру виникають при прийомі твердої і кислої їжі. Нещодавно перехворів гнійним паротитом. Який можливий діагноз?

- *A. Гангліоніт вушного вузла.
- B. Гангліоніт війкового вузла.
- C. Гангліоніт крило-піднебінного вузла.

- D. Невралгія трійчастого нерва.
- E. Гангліоніт язикоглоткового нерва.

7. Хворий, 43 років, скаржиться на те, що вранці «перекосило» особа, напередодні промок під дощем, була біль за правим вухом. Об'єктивно: очні щілини D> S, згладжені складки шкіри на правій половині чола, праворуч згладжена носо-губна складка, правий кут рота опущений. Сльозотеча справа. Лагофтальм справа, феномен Белла справа, оскал зубів асиметричний. Інший неврологічної симптоматики не виявлено. Який можливий діагноз?

- *A. Неврит правого лицевого нерва.
- B. Мігрень, очна форма.
- C. Невралгія трійчастого нерва.
- D. Гангліоніт вушного вузла.
- E. Гангліоніт війкового вузла.

8. Хворий, 25 років, скаржиться на напади болю в області лівої половини чола і очі триває 5-10 сек, що нагадують удар електричного струму, біль ні чим не купірується. При огляді - пригнічений, відмовляється говорити і приймати їжу (побоюється нападу болю), неголений, гіпалгезія лівої половини чола і області очі. Який можливий діагноз?

- *A. Невралгія трійчастого нерва.
- B. Гангліоніт війкового вузла.
- C. Невропатія лицевого нерва.
- D. Синдром Талас-Ханта.
- E. Мігрень, очна форма.

9. Хворий, 48 років, скаржиться на напади болю на обличчі розпираючого характеру, які зазвичай виникають в області перенісся, верхньої щелепи, правої очниці. Напади тривають 4-5 годин. Болі іррадіюють в лоб, супроводжуються слезотечею, ринореєю, гіперемією шкіри щоки, її набряком. Зменшити біль можна тільки змазуванням носового ходу анестетиками. Який можливий діагноз?

- *A. Невралгія крило-піднебінного вузла.
- B. Гангліоніт язико-глоткового вузла.
- C. Невралгія трійчастого нерва.
- D. Синдром Талас-Ханта.
- E. Мігрень, очна форма.

10. У хворої, 33 років, після травми виникають стереотипні напади болю в привушної області, що супроводжуються вираженою вегетативної дисфункції - гіперемією і гіпегідрозом. Напади виникають при прийомі їжі (частіше твердої). Який можливий діагноз?

- *A. Гангліоніт вушного вузла.
- B. Гангліоніт війкового вузла.
- C. Гангліоніт крило-піднебінного вузла.
- D. Гангліоніт язикоглоткового нерва.

Е. Невралгія трійчастого нерва.

11. У хворого, 39 років, скарги на болі стріляючого характеру в нижній щелепі зліва. Виявляється болючість при пальпації нижньої точки виходу трійчастого нерва зліва. Який препарат доцільно призначити?

- *А. Финлепсин.
- В. Анальгін.
- С. Пенталгін.
- Д. Дексаметазон.
- Е. Месулід.

12. Хворий 39 років звернувся зі скаргами на різкі болі в лівій руці і шиї, що виникли сьогодні після фізичного навантаження. При огляді: руху в шийному відділі хребта болючі і обмежені, м'язи шиї напружені (більше зліва). Паравертебральні точки C5 - D2 зліва різко болючі. Сила в лівій кисті знижена до двох балів. Гіпотонія м'язів лівого плеча. Гіперстезія больової чутливості в зоні C5 - D2. На рентгенограмі шийно-грудного відділу: ДДПП шийно-грудного відділу. Який можливий діагноз?

- *А. Лівий шийно-грудний корінцевий синдром. Остеохондроз шийного відділу хребта.
- В. Вертеброгенна лівостороння цервікобрахіалгія. Остеохондроз шийного відділу хребта.
- С. Міозит.
- Д. Бічний аміотрофічний склероз.
- Е. Гострий мієліт.

13. Хвора Р., 50 років, скаргиться на болі у ділянці обличчя, що нагадують удар електричного струму. Пов'язує зі стресом. Об'єктивно: біль у правій половині обличчя, гіпаалгезія шкіри в цій області, говорить з обережністю. Назвіть попередній діагноз.

- *А. Невралгія трійчастого нерва справа
- В. Невропатія лицьового нерва
- С. Мігрень
- Д. Пухлина правого мосто-мозочкового кута
- Е. Гангліоніт Рассерова вузла

14. Хворий Т., 48 років, прокинувся вранці і виявив, що у нього погано рухаються ліві кінцівки. Викликав ШД, доставлений у відділення НМК. Через 8 годин від початку лікування з'явилися руху в руці і нозі, а через 18-20 годин повністю відновилися. На КТГ - зміни речовини мозку відсутні. Встановіть діагноз.

- *А. ТІН в правій гемісфери, в руслі правої середнемозгової артерії з лівостороннім гемипарезом
- В. Геморагічний інсульт в правій гемісфери, в руслі правої середнемозгової артерії з лівостороннім гемипарезом
- С. Ішемічний інсульт в правій гемісфери, в руслі правої каротидної артерії
- Д. Пухлина в правій гемісфери
- Е. Цистицеркоз головного мозку

15. Хвора 43 років скаржиться на болі в попереку з іррадіацією в ліву нижню кінцівку, які посилюються при рухах, відчуття оніміння в нозі. Об'єктивно: пальпація м'язів гомілки і стегна болюча, позитивні симптоми натягу з лівого боку, крамп в гомілкової м'язі, порушень чутливості, зниження рефлексів немає. Встановіть діагноз.

- *А. Вертеброгенна люмбоішіалгія зліва.
- В. Вертеброгенні корінцевий симптом L5 -S1 зліва.
- С. Коксит лівого тазового суглоба.
- Д. Ендартерійт судин нижніх кінцівок.
- Е. Спинальний інсульт.

Тести та типові задачі II рівня

Тести II рівня

№ 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

Типові задачі II рівня

№ пп	Типові задачі II рівня	Еталон відповіді
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.	Компресія кінського хвоста

	Встановіть клінічний діагноз. Тактика ведення та лікування.	
3.	У молодій жінки після ДТП виникли болі в правій верхній кінцівки – не може відвести руку від тулуба, зігнути в ліктьовому суглобі. Об'єктивно: випав згинально-ліктьовий та знижується карпорадіальний рефлекс. Розлади чутливості на зовнішній поверхні плеча та передпліччя. Встановіть клінічний діагноз. Тактика ведення та лікування.	Плексит Дюшена-Ерба
4.	Молодий чоловік працює каменярем, скаржиться на оніміння I, II, III пальців, яке посилюється в нічний період. Об'єктивно: гіпалгезія пальців, парестезії в пальцях кисті підсилюється під час перкузії поперечної зв'язки. Встановіть клінічний діагноз. Тактика ведення та лікування.	Синдром Тінеля.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Професійний алгоритм формування навичок і вмінь обстеження хворих з захворюваннями ПНС.

№ пп	Завдання	Вказівки	Примітки
1.	Оволодіти методикою обстеження хворих з захворюваннями ПНС.	Виконувати обстеження в такій послідовності: 1. Зібрати скарги, анамнез хвороби та життя. 2. Дослідити соматичний статус. 3. Обстежити неврологічний статус. 4. Ознайомитись з даними додаткових методів дослідження.	Зверніть увагу на розвиток захворювання, скарж, причин. Врахуйте загальний стан, характер болю, наявність розладів чутливості, руху, стан рефлекторної сфери, синдрому натягу. Згрупуйте виявлені ознаки та скористайтесь схемами змісту заняття. R-графія, МРТ, ЕМГ хребта, LP.
2.	Встановити топічний та клінічний діагноз, визначити план лікування.	На підставі виявлених симптомів обґрунтувати топічний діагноз, сформулювати клінічний діагноз.	

3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Нетипові задачі III рівня.

№ пп	Нетипові задачі III рівня	Еталон відповіді
1.	Хворого 58-ми років доставили у клініку у тяжкому стані. Захворювання почалось 3 дні назад із загальної слабкості,	Двохстороннє множинне ураження корінців спинного мозку і

	<p>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.</p> <p>Встановіть клінічний діагноз. Тактика ведення та лікування.</p>	<p>каудальної групи черепних нервів.</p> <p>Гостра полірадікулоневропатія Гієна-Барре.</p> <p>Загальний аналіз крові, дослідження спинномозкової рідини, плазмаферез, антихолінестеразні препарати, вітаміни групи В, імуноглобулін.</p>
2.	<p>Жінка 25-ти років тривалий час перебувала на холоді. На другий день вранці звернула увагу, що ліве око не заплющується, спостерігається слюзотеча, гіперакузія, порушення смаку на передніх 2/3 частин язика. При огляді: лагофтальм, згладжена ліва носо-губна складка, припущеність лівого кута рота та його нерухомість, синдром „паруса”, відсутність кореального рефлексу.</p> <p>Встановіть клінічний діагноз. Тактика ведення та лікування.</p>	<p>Ураження VII пари черепних нервів. Гостра нейропатія лівого лицьового нерва.</p> <p>ЕМГ, глюкокортикоїди, дегідратація, вазоактивні препарати, антихоліестекразні препарати, ПРТ, фізіопроцедури.</p>

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, полі невропатії, 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.

Епілепсія та неепілептичні пароксизмальні стани

I. Актуальність теми

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

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

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

II. Навчальні цілі заняття

Сформувати поняття про епілепсію та неепілептичних пароксизмальних станах, принципи диференційного лікування епілепсії, надання невідкладної допомоги при епістатусі. (а-I)

Студент повинен **знати:**

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

Студент повинен **вміти:**

7. Обстежити хворого з епілепсією (а-III);
8. Проводити клініко-неврологічне дослідження хворих на епілепсію (а-III);
9. Аналізувати результати клінічних і функціональних методів дослідження (а-III);
10. Визначити тактику ведення хворого з епілепсією (а-III).

III. Виховні цілі

Засвоєння студентами пріоритету видатних вчених у вивченні фізіології і патології епілептичних станів. Виховання сучасного клінічного мислення, формування деонтологічного підходу до хворих з епілепсією. Використання психотерапевтичного впливу у хворих з епілептичними синдромами. Формування у студентів філософських уявлень про діяльність ЦНС в нормальних умовах і при патології.

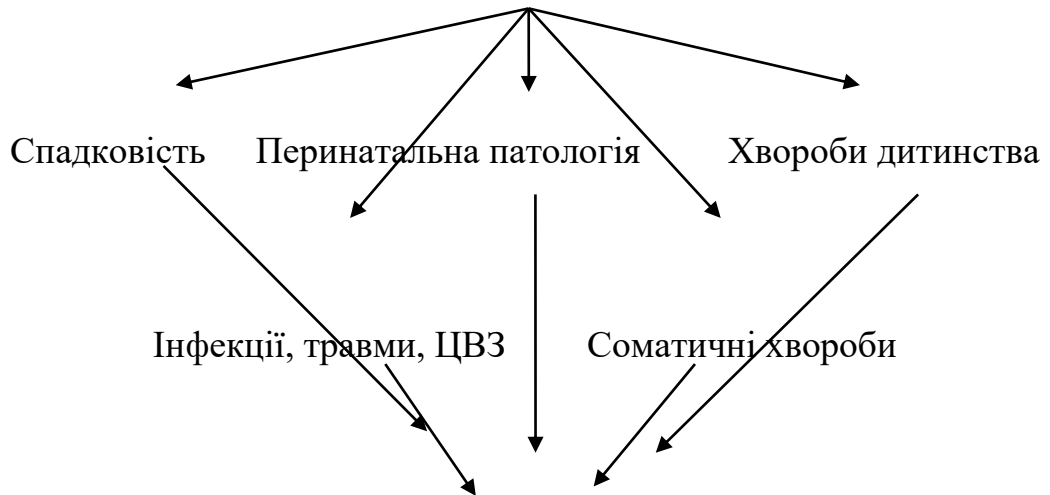
IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліна	Знати	Вміти
Попередні дисципліни (забезпечуючі)		
Нормальна анатомія	Будову головного мозку	Визначити місце розташування патологічного осередку в ЦНС. Схематично відобразити відділи головного мозку.
Нормальна фізіологія	Функцію нейрона та проведення нервового імпульсу	Визначити функцію різних відділів головного мозку
Біохімія	Основні нейромедіатори	Пояснити роль нейромедіаторів при пароксизмальних станах
Фармакологія	Механізми дії протиепілептичних засобів	Проводити фармакологічні протиепілептичні проби
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Методи дослідження функції внутрішніх органів	Провести фізикальне обстеження органів і систем
Наступні дисципліни (забезпечуємі)		
Нейрохірургія	Механізми впливу ЧМТ та пухлин головного мозку на розвиток епілептичних нападів	Виявляти ознаки пухлини головного мозку, ЧМТ
Ендокринологія	Гіпоталамо-гіпофізарну регуляцію ендокринних залоз	Виявити нейроендокринні вегетативні синдроми
Кардіологія	Механізми розвитку зомлінь при кардіальних захворюваннях, механізми вегетативної регуляції серцевої діяльності	Виявляти вегетативні та органічні розлади в діяльності серця
Внутрішньопредметна інтеграція (між темами даної дисципліни)		
Судинні захворювання нервової системи	Перманентні і пароксизмальні прояви ГПМК	Диференціювати епілепсію з ГПМК
Захворювання вегетативної нервової системи	Клінічні прояви вегетативних пароксизмів	Диференціювати вегетативні і синкопальні стани з епілептичними
Запальні захворювання нервової системи	Клінічні ознаки менінгітів, епідуральних та субдуральних абсцесів, енцефалітів	Диференціювати епілепсію з запальними захворюваннями нервової системи
Неврози	Ознаки судомних станів при неврозах	Диференціювати істеричний та епілептичний напади

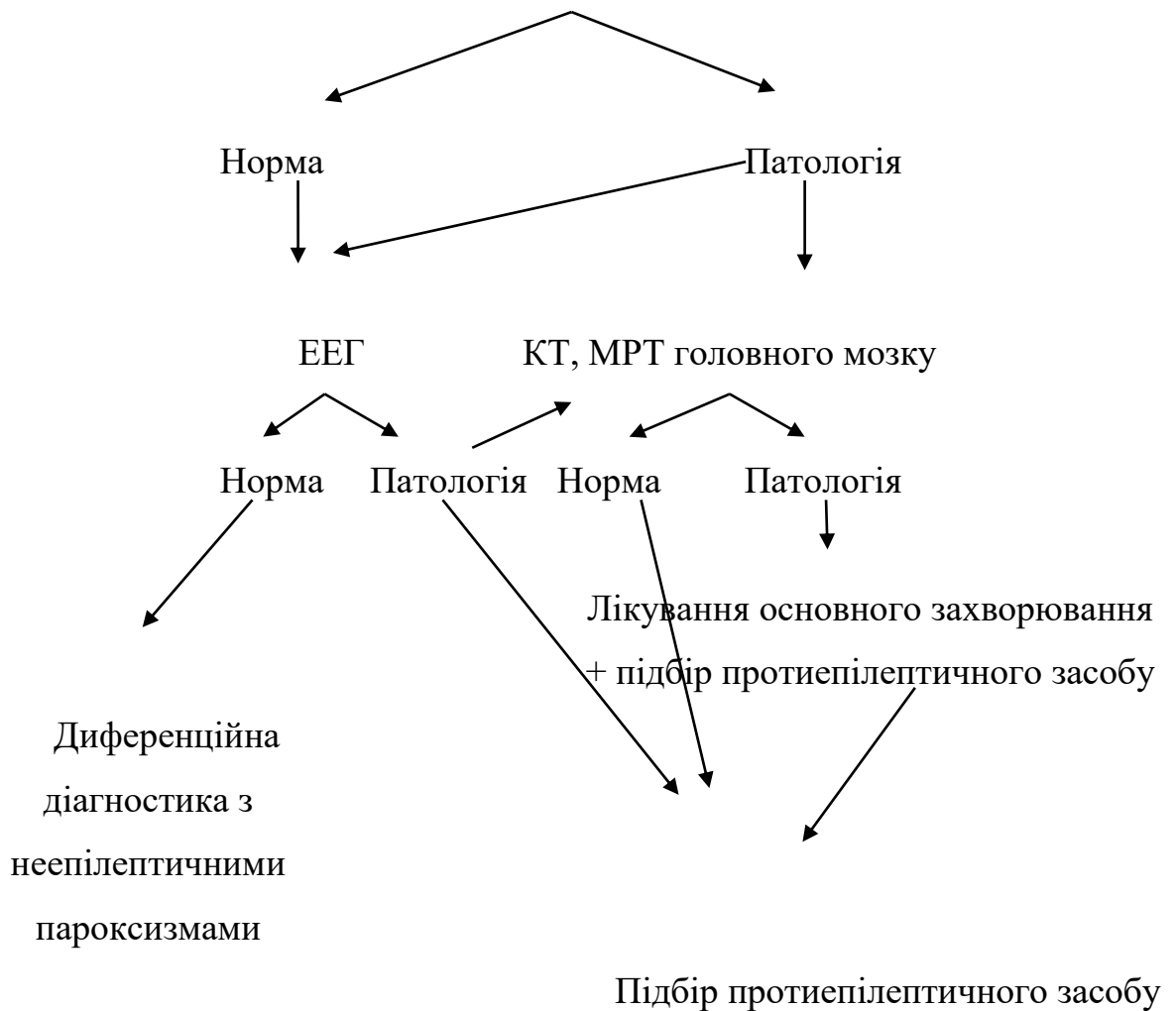
V. Зміст теми заняття

Епілепсія

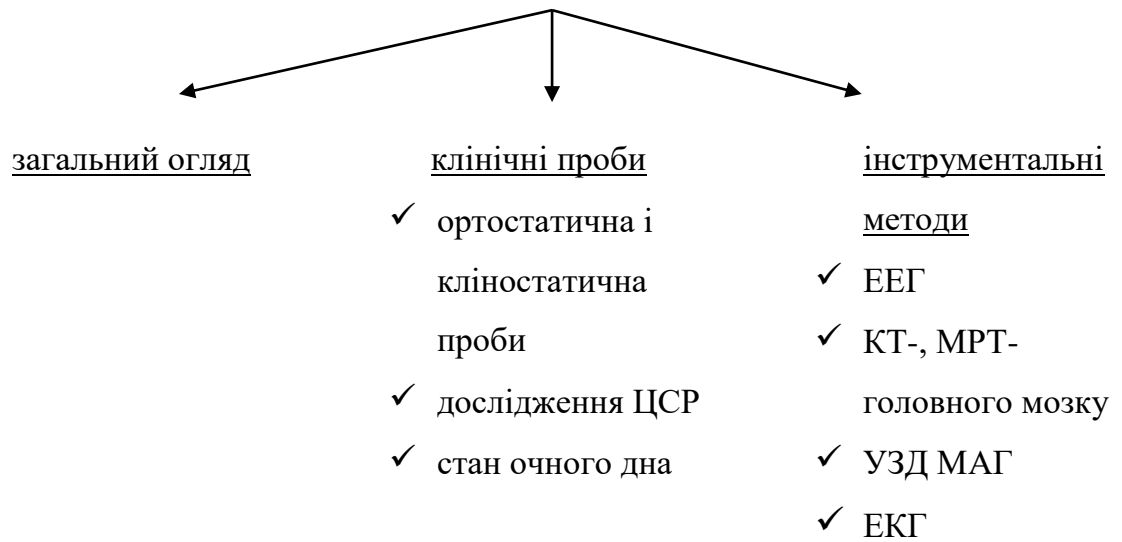
Анамнез



Неврологічний статус



Методи дослідження



VI. План і організаційна структура заняття:

№	Основні етапи заняття, їх функції і зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивності)	Час (хв)
I. Підготовчий етап					
1.	Організація заняття			Академічний журнал	1
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація			П2. «Навчальні цілі» П1. «Актуальність»	2
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь: 1. Етіологія, патогенез епілепсії; 2. Класифікація епілептичних нападів; 3. Неепілептичні пароксизмальні напади; 4. Патологічні стани без судом; 5. Методи диференційної діагностики епілепсії та неепілептичних пароксизмальних станів; 6. Лікування пароксизму і лікування за відсутності нападів	I II II II II	Тестовий контроль I рівня Індивідуальне усне опитування Фронтальна бесіда Тестовий контроль II рівня Рішення типових задач II рівня	Методичні розробки Тематичні таблиці, плакати, слайди, структурно-логічні схеми Питання для індивідуального усного опитування Тестові завдання I, II рівня Типові задачі II рівня	25
II. Основний етап					
	Формування професійних навичок та вмінь: 1. Зібрати анамнез захворювання; 2. Обстежити неврологічний статус хворого, провести лабораторно-інструментальне дослідження, вміти інтерпретувати їх дані; 3. Обґрунтовувати попередній діагноз; 4. Призначити додаткові методи обстеження та оцінити	III III III	Методи формування навичок: професійний тренінг, рішення тестів II рівня, типових задач II рівня	Алгоритми для формування практичних навичок Методичні розробки. Неврологічні молоточки. Таблиці. Тести, типові задачі III рівня	90

	їх результати; 5. Обґрунтовувати заключний діагноз згідно клінічних класифікацій; 6. Проводити диференціальну діагностику епілепсії та неепілептичних пароксизмальних станів; 7. Скласти план лікування з урахуванням етіології, тяжкості перебігу захворювання; 8. Визначити тактику ведення хворого, провести експертизу непрацездатності	III III III III	Методи формування вмінь: професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій, задачі III рівня	Алгоритми для формування професійних вмінь. Пацієнти. Історії хвороби пацієнта. Ситуаційні нетипові задачі. Імітаційні ігри. Обладнання. Дані ЕЕГ, КТ, ЯМР-дослідження	
III Заключний етап					
1.	Контроль і корекція рівня професійних вмінь та навичок		Методи контролю навичок: індивідуальний контроль	Обладнання Результати клінічного обстеження.	8
2.	Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного)	III	практичних навичок та їх результатів. Аналіз та оцінка результатів	Задачі III рівня Тестові завдання III рівня	3
3.	Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)		клінічної роботи, рішення тестів, задач	Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою	1

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання для усного опитування:

1. Визначити поняття епілепсія
2. Патогенетична суть епілептичного фокуса у розвитку захворювання
3. Роль ендогенних та екзогенних факторів у формуванні епілептичного вогнища
4. Класифікація епілептичних нападів: генералізовані, парціальні, парціально-генералізовані
5. Принципи диференційної діагностики епілептичних та неепілептичних пароксизмальних станів
6. Епілептичний статус – діагностика, невідкладна допомога
7. Інструментальні та функціональні методи обстеження хворих з епілепсією
8. Лікування пароксизмів і лікування у міжпадний період

Матеріали для тестового контролю (І а):

1. Хворий, 40 років, з епілепсією в анамнезі тривалий час не відмічав нападів. Лікарі ставили питання про поступову відміну протиепілептичного препарату. Протягом якого часу має бути відсутність нападів?
 - A. Протягом 6 місяців
 - B. Протягом 1 року
 - C. Протягом 2 років
 - *D. Протягом 3-5 років
 - E. Протягом 10 років

2. Хворий, 40 років, займається висотними роботами. Після встановлення діагнозу епілепсія та призначення протиепілептичних препаратів постало питання про можливість повернення на дану роботу. Чи має право такий хворий повернутися до своєї праці?
 - A. Так
 - *B. Ні
 - C. За бажанням пацієнта
 - D. Є певні обмеження, але має право повернутися
 - E. Працювати з таким діагнозом заборонено

3. У пацієнта, 45 років, з епілепсією в анамнезі, після раптового припинення прийому протиепілептичних препаратів розвинувся епілептичний статус? Які критерії для встановлення даного стану?
 - *A. Кожний наступний напад з'являється до завершення попереднього в проміжках, між якими пацієнт у свідомість не приходять або тривалість одного нападу більш ніж 30 хвилин
 - B. Це серія нападів між якими хворий приходять у свідомість
 - C. Декілька нападів в день
 - D. 20 нападів у місяць
 - E. Тривалість одного нападу до 20 хвилин

4. У хворого розвинувся епілептичний статус. Був введений діазепам (1 ампула в 20- 40% розчині глюкози), але ефекту не відмічалось. Діазепам був введений повторно через 5 хвилин. Яка сумарна доза діазепаму може досягати за 6 годин?
 - *A. 50 мг
 - B. 100 мг
 - C. 150 мг
 - D. 200 мг
 - E. 250 мг

5. Хвора, 35 років, скаржиться на запаморочення, дискомфорт в області серця: відчуття завмирання і порожнечі, похолодання кистей стоп. Завершення нападу супроводжується поліурією. Емоційне порушення у вигляді страху життя. Місяць тому перенесла ГРВІ. Об'єктивно: почастішання пульсу до 120 уд. / хв., АТ 180/100 мм рт.ст., ознобоподібний стан. Який можливий діагноз?
 - *A. Симпато-адреналовий криз.

- V. Ваго-інсулярний криз.
- C. Лептоменінгіт.
- D. Невроз.
- E. Епілептичний напад.

6. Хворий, 40 років, скаржиться на слабкість, на розпираючий головний біль, приплив жару до голови, нудоту, відчуття голоду. Об'єктивно: у хворого почуття тривоги, брадикардія, артеріальна гіпотензія. В анамнезі: емоційні навантаження.

Який можливий діагноз?

- *A. Ваго-інсулярний пароксизм.
- B. Симпато-адреналовий криз.
- C. Мігрень.
- D. Епілептичний напад.
- E. Інсульт.

7. Хворий, 35 років, доставлений бригадою ШМД зі скаргами на болі в епігастральній ділянці свердлячого, пекучого характеру, іррадируючі в спину. В анамнезі: удар в подложечную область. Об'єктивно: АТ 160/100 мм рт.ст. (N-120/70 мм рт.ст.), при пальпації визначаються болючі точки, зокрема зліва від середньої лінії. Консультація хірурга: хірургічної патології не виявлено. Який можливий діагноз?

- *A. соляріт.
- B. Мієліт.
- C. Спинальний інсульт.
- D. Ниркова коліка.
- E. Міжреберна невралгія.

8. У хворої, 20 років, під час перебування в задушливому приміщенні виникла втрата свідомості на кілька секунд. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, м'язова гіпотонія, поверхнєве дихання, АТ 80/60 мм рт.ст. Після вдихання нашатирного спирту стан покращився. Який можливий діагноз?

- *A. Нейрогенний непритомність.
- B. Розсіяний склероз.
- C. Епілептичний напад.
- D. Істеричний невроз.
- E. Інсульт.

9. Хворий 26 років раптово втратив свідомість, і виникли тоніко-клонічні судоми. АТ 145/95 мм рт. ст., ЧСС 95 ударів в хвилину. Про напад нічого не пам'ятає. Який можливий діагноз?

- *A. Епілепсія.
- B. Транзиторна ішемічна атака.
- C. Синдром Морганьї-Адамс-Стокса.
- D. Вестибулярний криз.
- E. Абсанс.

10. У хворого 28 років періодично виникають напади тоніко-клонічних судом з втратою свідомості, прикусом мови протягом 3-5 хвилин, що супроводжуються іноді мимовільним сечовипусканням. Всі напади закінчуються сном і повною амнезією.

Які препарати доцільно призначити?

- *А. Антиконвульсанти.
- В. Транквілізатори.
- С. Нейролептики.
- Д. Спазмолітики.
- Е. Діуретики.

11. У хворого 46 років, після перенесеної ЧМТ з'явилися напади «виключення» свідомості на кілька секунд без судом і падіння, без прикусу мови мимовільного сечовипускання. На КТ головного мозку патології не виявлено. На ЕЕГ зареєстровані пік-хвилі з частотою 2-4 / сек. Який можливий діагноз?

- *А. Абсанс.
- В. Непритомність.
- С. Синкопальний стан.
- Д. кожевніковської епілепсія.
- Е. Джексонівська епілепсія

12. У хворої, 19 років, з'явилися скарги на втрату свідомості при різкому підйомі з ліжка після сну, тривалістю до 30 сек. Об'єктивно: астенічної статури, шкірні покриви бліді. АТ 90/60 мм рт. ст. Пульс 62 уд / хв, слабкого наповнення. При КТ головного мозку і ЕЕГ патології не виявлено. У неврологічному статусі вогнищевих змін немає. Який можливий діагноз?

- *А. Непритомність-ортостатичний тип
- В. Малі епіприступи
- С. Субарахноїдальний крововилив.
- Д. Пухлина мозку.
- Е. Розсіяний склероз.

13. Хворий, 55 років, доставлений СМП з дому в зв'язку з раптовою втратою свідомості. У супровідних документах відзначено повторна блювота і епілептиформні випадки. В анамнезі алкоголізм. Об'єктивно: грубі окорухові розлади, тотальна арефлексія, сплутаність свідомості, рухове занепокоєння, атаксія. На КТ ознаки внутрішньої гідроцефалії. В лікворі помірна білково-клітинна дисоціація. Який можливий діагноз?

- *А. Гостра енцефалопатія Гайе-Верніке
- В. Понтінний мієліноліз
- С. Корсаковський синдром.
- Д. Центральна дегенерація мозолистого тіла. (Синдром Маркіафі-Биньями)
- Е. Хронічний гастрит з гіповітамінозом В1

14. У студента, 19 років, під час забору крові лаборантом розвинувся напад короткочасної втрати свідомості. Об'єктивно: астенічної статури, АТ 120/70 мм рт. ст., пульс 84 / хв. На КТ, ЕЕГ, ЕКГ і в неврологічному статусі патології не виявлено. Який можливий діагноз?

- *А. Непритомність - нейрогенний тип, вазодепрессивний.
- В. Непритомність - кардіогенний тип.
- С. Непритомність - психогенний тип.
- Д. Непритомність - ортостатичний тип.
- Е. Істеричний напад.

15. Хворий, 40 років, останні 10 років страждає нападами, що супроводжуються раптовою втратою свідомості і судомами тривалістю 2-3 хвилини, з мимовільним прикусом мови і мимовільним сечовипусканням, 3-4 рази на рік. На КТ головного мозку осередкової патології не виявлено. На ЕЕГ: підвищена судомна готовність. Який можливий діагноз?

- *А. Великі епілептичні напади.
- В. Абсанси.
- С. Синкопальний сніпад.
- Д. кожевніковська епілепсія.
- Е. Джексо́нівська епілепсія.

Матеріали для тестового контролю (Па):

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 скроневи́х 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
 Фенітоін 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 озираться 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
 Фенітоін та інші

Типові задачі (II):

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

Встановити:

Клінічний діагноз

Топічний діагноз

Тактика ведення таких хворих

Загальні принципи лікування

(Епілепсія, складні парціальні лобні (цингулярні) пароксизми)

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

Встановити:

Клінічний діагноз

Призначити додаткові методи обстеження

Тактика ведення

Принципи лікування

(Абсанс)

3. Чоловік, 21 рік, 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 розповсюджувалося 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)

2. Матеріали методичного забезпечення для основного етапу заняття

№ п/п	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1.	Оволодіти методикою обстеження хворих з епілепсією	<p>Виконувати обстеження хворих у такій послідовності:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Зібрати ретельно скарги, анамнез хвороби та життя. 2. Ретельно зібрати інформацію про симптоми нападу, характер судомних пароксизмів, тривалість нападу, стан у періоді після нападу, наявність аури тощо. 3. Провести зовнішній огляд хворого 4. Дослідити соматичний статус 5. Дослідити неврологічний статус 6. Ознайомитися з додатковими методами дослідження 	<p>Звернути увагу на наявність в анамнезі даних про перинатальну патологію, фібрилярні посмикування у дитинстві, хвороби дитинства.</p> <p>Звернути увагу на стан свідомості під час нападу і після його закінчення, клінічні симптоми</p> <p>Звернути увагу на теперішні соматичні захворювання.</p> <p>Звернути увагу на дані загальноклінічних і додаткових методів дослідження – ЕЕГ, КТ-, МРТ-дослідження головного мозку</p>
2.	Встановити клінічний і топічний діагноз, визначити план лікування	<p>На підставі виявлених симптомів обґрунтувати топічний діагноз, сформулювати клінічний діагноз. Призначити диференційне лікування хворому.</p>	

3 . Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Нетипові задачі (рівень III)

1. Хлопець 17 років скаржиться на появу посмикування 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)

2. Жінка 22 років доставлена до приймального відділення в комі. Місяць тому з'явилися зміни у поведінці у вигляді підозрілості і надмірної веселості. За тиждень до госпіталізації з'явилися зорові ті слухові галюцинації. Ніяких ліків не вживала, до лікарів не зверталась. У день госпіталізації розвинувся напад генералізованих судом з порушенням свідомості до коми. На МРТ-головного мозку виявлені патологічні зміни у скроневій долі. При дослідженні ЦСР – білково-клітинна дисоціація.

Встановити:

- попередній діагноз
- проведення диференційної діагностики
- тактику ведення хворого
- терапевтичні заходи

Тест III рівня

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	Контралатеральні 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

Ураження нервової системи за наявності ВІЛ-інфекції. Туберкульоз нервової системи

I. Актуальність теми

ВІЛ-інфекція – тяжке захворювання, яке характеризується повільно прогресуючим перебігом. За даними ООН/СНІД у світі інфіковано ВІЛ-інфекцією близько 50 млн. людей (менше 10% знають про свою хворобу), 16 млн. вже померло від СНІДу. Сьогодні за темпами поширення епідемії ВІЛ-інфекції Україна займає одне із перших місць серед країн Європи. На Україні щомісяця виявляють 1 тис.-1 тис.200 випадків інфікування (60% - у віці 18-30 років).

Актуальність цієї теми пов'язана із тим, що нервова система, окрім імунної, є єдиною, яка вражається ВІЛ-інфекцією безпосередньо (нейроСНІД), а 10% хворих ураження нервової системи є першим клінічним проявом захворювання.

Туберкульоз є соціальною хворобою, яка віддзеркалює соціальний і економічний стан країни, освіченість її народу, доступність охорони здоров'я.

Вельми несприятливою прогностичною ознакою є зростання захворюваності на туберкульоз серед дітей, це означає, що зростання туберкульозу себе зростанням туберкульозу серед дорослих через 5–7 років.

В Україні щороку від туберкульозу помирає більше 10 000 хворих. Аналіз причин смертності від туберкульозу показав, що майже 14,0 % хворих умирає на першому році виявлення, що свідчить про пізню діагностику туберкульозного процесу.

II. Навчальні цілі заняття

Студент повинен **знати:**

1. Етіологію, патогенез ураження нервової системи при нейроСНІДі;
2. Основні клінічні форми первинного і вторинного нейроСНІДу, їх особливості (а-II)
3. Методи діагностики ВІЛ-інфекції, їх особливості, алгоритм дії невролога для ранньої діагностики первинного і вторинного нейроСНІДа, нагляд за хворими (а-II);
4. Основні напрямки терапії нейроСНІДу (а-II);
5. Ураження нервової системи, пов'язані з інфекціями, що розвиваються на фоні імунодефіциту (а-II);
6. Особливості клініки, перебігу, даних додаткових методів обстеження хворих на туберкульозний менінгіт (а-II);
7. Особливості перебігу туберкульозного спондиліту, солітарних туберкулом головного мозку (а-II).

Студент повинен **вміти:**

1. Зібрати анамнез захворювання;
2. Обстежити неврологічний статус хворого, визначити провідний неврологічний синдром, провести лабораторно-інструментальне дослідження, вміти інтерпретувати їх дані (а-III);
3. Обґрунтовувати попередній діагноз (а-III);
4. Призначити додаткові методи обстеження та оцінити їх результати (а-III);
5. Обґрунтовувати заключний діагноз згідно клінічних класифікацій (а-III);
6. Проводити диференціальну діагностику нейроСНІДу, туберкульозу нервової системи (а-III);
7. Скласти план лікування з урахуванням етіології, патогенезу, тяжкості перебігу захворювання (а-III);

8. Визначити тактику при ускладненому перебігу захворювання (а-III).

9. Визначити прогноз перебігу захворювання у даного хворого (а-III).

III. Цілі розвитку особистості

Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність постановки діагнозу, оцінки загального стану, виявлення ускладнень. Сформувати деонтологічні уявлення щодо особливості відношення майбутнього фахівця до пацієнта.

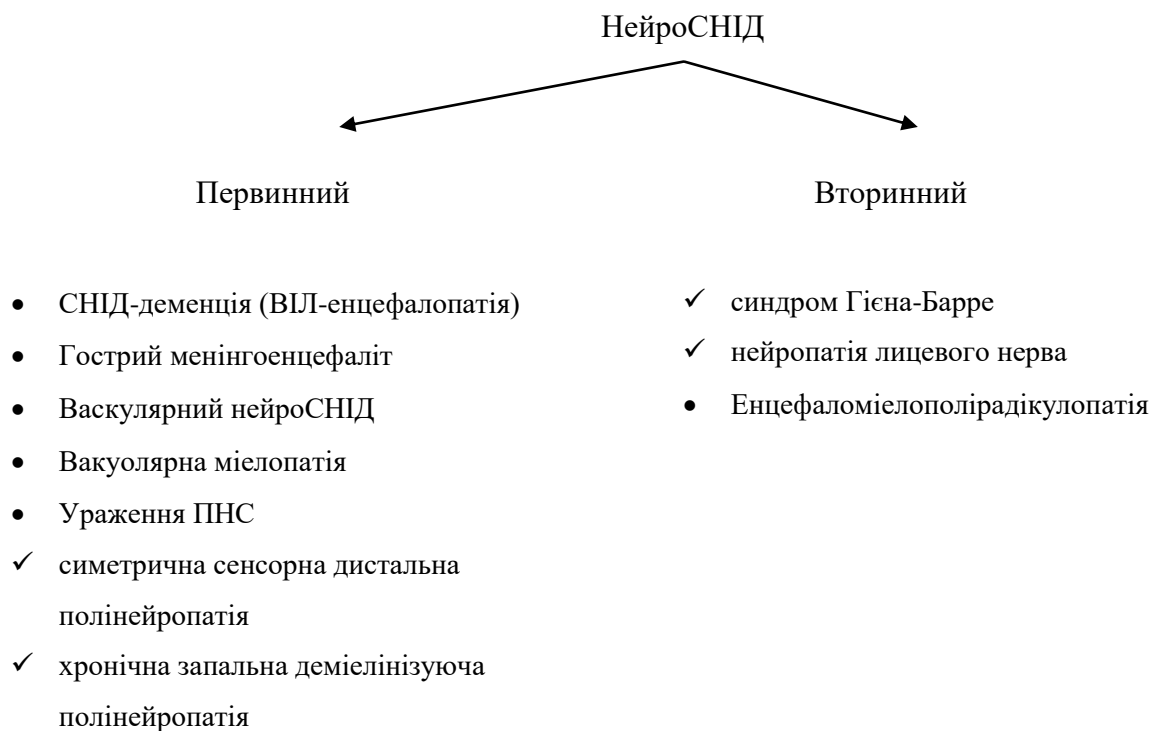
IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліна	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни (забезпечуючі):		
Нормальна анатомія	Будову головного і спинного мозку, судинної системи	Визначити місце розташування патологічного осередку в ЦНС
Нормальна фізіологія	Функцію різних частин головного мозку	Визначити нормальну функцію частин головного мозку
Патанатомія	Патоморфологічні зміни в мозковій тканині при її ураженні ВІЛ-інфекції, туберкульозі.	Визначити патоморфологічні зміни в мозковій тканині
Патофізіологія	Зміни в діяльності мозку при нейроСНДі, туберкульозі нервової системи	Визначити симптоми порушення діяльності мозку
Мікробіологія	Основні методи діагностики вірусних і бактеріальних захворювань	Оцінювати результати додаткових методів діагностики
II. Наступні дисципліни (забезпечуємі):		
Інфекційні хвороби	Етіологію, патогенез, клінічні прояви ВІЛ-інфекції Особливості перебігу інших інфекційних хвороб на тлі імунодефіциту	Виставити попередній діагноз, призначити додаткові методи дослідження
Фтизіатрія	Особливості перебігу і діагностики туберкульозного менінгіту Принципи терапії	Встановлювати діагноз туберкульозного менінгіту, трактувати показники ЦСР Призначити етіопатогенетичне лікування

Нейрохірургія	Особливості клініки туберкулом головного мозку, диференціальну діагностику з пухлинами, абсцесами головного мозку	Проводити диференціальну діагностику туберкулом головного мозку з пухлинами, абсцесами головного мозку
Онкологія	Особливості виникнення та перебігу пухлин ЦНС при СНІДі	Визначати етіологічний фактор виникнення захворювання
III. Внутрішньопредметна інтеграція (між темами даної дисципліни):		
Судинні захворювання нервової системи	Особливості порушення мозкового кровообігу у хворих на СНІД	Визначити основні клінічні симптоми та принципи терапії
Паразитарні захворювання нервової системи	Особливості перебігу паразитарних захворювань нервової системи на фоні СНІДу	Встановлювати клінічний діагноз з урахуванням етіологічного чинника
Інфекційні хвороби ЦНС	Клінічні прояви гострого менінгоенцефаліту, атипичного асептичного менінгіту при нейроСНІДі, туберкульозного менінгіту	Проводити диференційну діагностику з менінгітами іншої етіології

V. Зміст теми заняття

Схема 1



- Прогресуюча багато вогнищева лейкоенцефалопатія
- Менінгіт, менінгоенцефаліт
 - ✓ токсоплазмозний
 - ✓ криптококовий
 - ✓ герпетичний
 - ✓ цитомегаловірусний
 - ✓ протозойний
- Абсцес мозку
- Церебральний васкуліт з інфарктом мозку
- Менінгомієліт
- Новоутворення ЦНС
 - ✓ лімфома мозку
 - ✓ саркома Капоши
 - ✓ недиференційовані пухлини

Схема 2

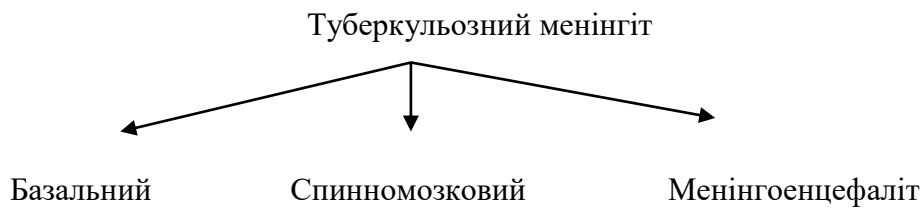
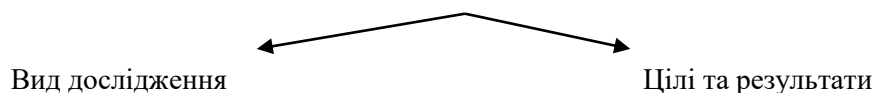


Схема 3

Алгоритм дослідження при підозрі на туберкульозну інфекцію



Анамнез

Клінічне дослідження

Лабораторне дослідження

Туберкулінові проби

Пряма бактеріоскопія, бактеріологічне дослідження (флотація, посіви, біологічна проба)

Інструментальні методи:

рентгенографія легень, -томографія, КТ і МРТ, бронхоскопія, трансbronхіальна

(внутрішньолегенева) біопсія;

рентгенографія хребта, суглобів, органів ШКТ;

ФГДС, УЗД органів сечовидільної системи

Люмбальна пункція

Контакт з хворим туберкульозом, проведення вакцинації БЦЖ, динаміка показників реакції Манту.

Антропометричні показники, детальний огляд з пальпацією усіх груп лімфатичних вузлів, перкусія, аускультация тощо.

Помірне збільшення РОЕ, невеликий лейкоцитоз із зсувом лейко формули вліво, еозінофілія, лімфопенія в аналізі периферичної крові.

Визначення діаметру папули р-ції Манту.

Виявлення мікобактерій туберкульозу в харкотинні, промивних водах шлунка, бронхів, ЦСР, сечі.

Виявлення характерного легеневого і позалегеневого туберкульозного ураження.

VI. План і організаційна структура заняття

№	Основні етапи заняття, їх функції і зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивності)	Час (хв)
I. Підготовчий етап					
1.	Організація заняття			Академічний журнал	1
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація			П2. «Навчальні цілі» П1. «Актуальність»	2
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:			Методичні розробки	
	1. Етіологія, патогенез ураження нервової системи при нейроСНІДі;	I	Тестовий контроль I рівня	Тематичні таблиці, плакати, слайди, структурно-логічні схеми	20
	2. Основні клінічні форми первинного і вторинного нейроСНІДу, їх особливості;	II	Індивідуальне усне опитування	Питання для індивідуального усного опитування	
	3. Методи діагностики ВІЛ-інфекції, їх особливості, алгоритм дії невролога для ранньої діагностики первинного і вторинного нейроСНІДа, нагляд за хворими;	II	Фронтальна бесіда	Тестові завдання I, II рівня	
	4. Основні напрямки терапії нейроСНІДу;	II		Типові задачі II рівня	
	5. Ураження нервової системи, пов'язані з інфекціями, що розвиваються на фоні імунодефіциту;	II			
	6. Особливості клініки, перебігу, даних додаткових методів обстеження хворих на туберкульозний менінгіт;	II	Тестовий контроль II рівня		
	7. Особливості перебігу туберкульозного спондиліту, солітарних туберкулом головного мозку	II	Рішення типових задач II рівня		

II. Основний етап								
Формування професійних навичок та вмінь: 1. Зібрати анамнез захворювання; 2. Обстежити неврологічний статус хворого, провести лабораторно-інструментальне дослідження, вміти інтерпретувати їх дані; 3. Обґрунтувати попередній діагноз; 4. Призначити додаткові методи обстеження та оцінити їх результати; 5. Обґрунтувати заключний діагноз згідно клінічних класифікацій; 6. Проводити диференціальну діагностику нейроСНІДу, туберкульозу нервової системи; 7. Скласти план лікування з урахуванням етіології, патогенезу, тяжкості перебігу захворювання; 8. Визначити тактику при ускладненому перебігу захворювання		III	Методи формування навичок: професійний тренінг,	Алгоритми для формування практичних навичок Методичні розробки. Неврологічні молоточки. Таблиці.	100			
		III				рішення тестів II рівня, типових задач II рівня	Тести, типові задачі III рівня Алгоритми для формування професійних вмінь.	
		III	Методи формування вмінь: професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій, задачі III рівня	Пацієнти. Історії хвороби пацієнта. Ситуаційні нетипові задачі. Імітаційні ігри. Обладнання.				
		III				Дані люмбальної пункції, КТ, ЯМР-дослідження		
		III						
		IV						
		III Заклучний етап						
		1.	Контроль і корекція рівня професійних вмінь та навичок Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного) Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)	III		Методи контролю навичок: індивідуальний контроль практичних навичок та їх результатів.	Обладнання Результати клінічного обстеження.	8
2.	Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи, рішення тестів, задач	Задачі III рівня Тестові завдання III рівня			3			
3.	Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою	1 хв						

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття:

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Матеріали для індивідуального усного опитування:

1. Етіологія, патогенез ураження нервової системи при нейроСНІДі?
2. Які ключові клінічні прояви СНІД-деменції?
3. Які ключові клінічні прояви ВІЛ-асоційованого менінгіту?
4. Які ключові клінічні прояви васкулярного нейроСНІДу?
5. Які ключові клінічні прояви вакуолярної мієлопатії?
6. Які особливості ураження периферичної нервової системи при нейроСНІДі?
7. Які основні клінічні форми вторинного нейроСНІДу?
8. Особливості ураження нервової системи, пов'язані з інфекціями, що розвиваються на фоні імунodefіциту:
 - токсоплазмоз
 - вірус простого герпесу
 - цитомегаловірус
 - паповавірус
 - гриби (криптококі, кандидоз)
9. Особливості пухлин ЦНС при СНІДі?
10. Особливості порушень мозкового кровообігу у хворих на СНІД?
11. Діагностика неврологічних проявів СНІДу?
12. Підходи в лікуванні ВІЛ-інфекції і нейроСНІДу в залежності від стадії захворювання?
13. Прогноз і профілактика ВІЛ-інфекції?
14. Які особливості клініки і перебігу туберкульозного менінгіту?
15. Діагностика туберкульозу нервової системи?
16. Особливості клінічного перебігу туберкульозного спондиліту?
17. Солітарні туберкуломи головного мозку: клініка, діагностика, методи лікування?
18. Сучасні методи лікування і профілактики туберкульозу?

Матеріали для тестового контролю (І а):

1. Хворий, 30 років, веде асоціальний спосіб життя доставлений машиною ШІД з епілептичним нападом. Об'єктивно: нижній спастичний парепарез, патологічні стопного знаки, тремор кінцівок. Кров відправлена на вірусологічне дослідження. У ЦСР - помірне збільшення вмісту білка. Який можливий діагноз?

*А. ВІЛ-енцефалопатія.

В. Нейросифіліс.

С. Епідемічний енцефаліт.

Д. Пухлина мозку.

Е. Інсульт.

2. Хворий, 45-ти років, доставлений в приймальне відділення машиною ШІМД. За словами супроводжуючих, у хворого зниження пам'яті, порушення концентрації уваги, втрата ваги. З анамнезу: страждав наркотичною залежністю. Об'єктивно: емоційна лабільність, гіперрефлексія, позитивні симптоми орального автоматизму,

хапальний феноменів, тремор. Кров та спинномозковій рідині спрямована на визначення антитіл і ВІЛ. Який найбільш ймовірний діагноз?

A. Інсульт.

*B. СНІД-деменція.

C. Енцефаліт.

D. Пухлина мозку.

E. Дисциркуляторна енцефалопатія.

4. Визначити найбільш ймовірний діагноз у даному клінічному випадку: хворий А., 25-ти років, доставлений у прийомне відділення машиною швидкої допомоги. Захворювання почалося 2 тижні тому з нездужання, стомлюваності, періодичної лихоманки, втрати ваги. СМР і кров спрямована на визначення антитіл і ВІЛ. Об'єктивно: ригідність м'язів потилиці. Страждає наркотичною залежністю.

A. Розсіяний склероз.

*B. СНІД.

C. Гнійний менінгіт.

D. Герпетичний енцефаліт.

E. Субарахноїдальний крововилив.

5. Хворий доставлений в приймальне відділення машиною СМП. За словами супроводжуючих у хворого зниження пам'яті, порушення концентрації уваги, втрата ваги. З анамнезу: страждав наркотичною залежністю. Об'єктивно: емоційна лабільність, гіперрефлексія, позитивні симптоми орального автоматизму, хапальний феноменів, тремор. Кров та спинномозковій рідині спрямована на визначення антитіл і ВІЛ. Який найбільш ймовірний діагноз?

A. Інсульт.

B. Енцефаліт.

*C. СНІД, деменція.

D. Пухлина мозку.

E. Дисциркуляторна енцефалопатія.

6. У хворої 35 років на протязі майже місяця спостерегались субфебрилітет, бцілі в спині, головний біль, періодична нежить, втрата апетиту, дративливість. Лікувалась з приводу гострого респіраторного захворювання. Потім стан різко погіршився - посилювався головний біль, з'явилося повторне блювання, температура підвищилась до 39,7⁰ і у хворої розвився сопор. Рідні повідомили, що чоловік жінки хворів туберкульозом. Неврологічний статус: двобічний птоз, більше зліва, зіниця зліва ширше. Різко виражена ригідність м'язів потилиці, симптоми Керніга і Брудзинського. На рентгенограмі легень видні поодинокі петрифікати. Ліквор прозорий, ксантохромний, тиск 290 мм вод. ст., цитоз 150 в 1 мкл, переважають лімфоцити, білок 0,8 г/л, глюкоза 1,34 ммоль/л. Найбільш ймовірним збудником у данної хворої є:

A. *Мікобактерії туберкульозу.

B. Стафілокок.

C. Менінгокок.

D. Пневмокок.

E. Вірус.

Матеріали для тестового контролю (Іа):*Тест 1 – тест з множинним вибором*

До основних клінічних форм первинного нейроСНІДу належать:

6. гострий менінгоенцефаліт
7. хронічна запальна демієлінізуюча полінейропатія
8. лімфома мозку
9. абсцес мозку
10. СНІД-деменція
11. вакуолярна мієлопатія
12. церебральний васкуліт з інфарктами мозку
13. васкулярний нейроСНІД
14. саркома Капоші
15. прогресуюча багатовогнищева лейкоенцефалопатія

Відповідь: 1,2,5,6,8

До основних клінічних форм вторинного нейроСНІДу належать:

1. гострий менінгоенцефаліт
2. хронічна запальна демієлінізуюча полінейропатія
3. лімфома мозку
4. абсцес мозку
5. СНІД-деменція
6. вакуолярна мієлопатія
7. церебральний васкуліт з інфарктами мозку
8. васкулярний нейроСНІД
9. саркома Капоші
10. прогресуюча багатовогнищева лейкоенцефалопатія

Відповідь: 3,4,7,9,10

Клініко-інструментальні критерії діагностики ВІЛ-енцефалопатії при проведенні КТ або МРТ дослідження:

1. множинні гіперденсивні вогнища
2. атрофія кори з розширенням під павутинного простору і шлуночків головного мозку
3. дифузний набряк мозкової тканини (mass-effect)
4. субкортикальні вогнища у лобових і тім'яних частках
5. перивентрикулярні вогнища де мієлінізації

Відповідь: 2,4

Характерні зміни ЦСР при туберкульозному менінгіті – наступні:

1. підвищення тиску ЦСР
2. нейтрофільний плеоцитоз
3. лімфоцитарний або змішаний плеоцитоз
4. в зменшення кількості глюкози і хлориді
5. збільшення кількості глюкози і хлоридів
6. підвищення вмісту еритроцитів

7. утворення фіброзної плівки
8. збільшення кількості білка
9. зменшення кількості білка

Відповідь: 1,3,4,7,8

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

Вибрати критерії діагностики можливої або вірогідної СНІД-деменції (критерії Multicenter AIDS Cohort Study)

1. анамнез – прогресуючі розлади когнітивних функцій і поведінки зі збереженою свідомістю, достатні для того, щоб не змінювати соціальну або робочу активність
2. неврологічне обстеження – порушення мислення при збереженні або дифузними змінами ЦНС
3. нейропсихологічні тести – 2 або більше показників нижче загальновікових освітніх нормативів
4. психіатричні захворювання – без явних ознак порушення мислення, стабільний режим психіатричного лікування
5. супутні патологічні стани – метаболічні порушення, уремія, сепсис, печінкова недостатність, інтоксикації, опортуністичні інфекційні ускладнення
6. виключення нейросифілісу, аналіз ЦСР, затяжне одужання без емпіричного лікування

Відповідь: можлива СНІД-деменція – 1,2,3

вірогідна СНІД-деменція – 1,2,3 + сукупність ознак 4,5,6

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

Назвіть основні клінічні ознаки туберкульозного менінгіту

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Відповідь:

- поступовий розвиток симптоматики
- розвитку менінгеального синдрому передуює продромальний період (2-4 тижні)
- поява головного болю, який не лікується анальгетиками, блювання
- поступово з'являються ознаки подразнення мозкових оболонок
- підвищення температури тіла із субфебрильної до 38-39°C
- ураження ЧН (окорухові, лицевий), можливе виникнення бульварного синдрому
- наявність вегетативних порушень
- поява вогнищевої неврологічної симптоматики
- поступове погіршення стану хворого, поява порушення свідомості, судом
- характерна менінгеальна поза

Типові задачі (II):

У чоловіка 30 років з'явилися приступи мимовільних рухів. На протязі декількох років він зловживав внутрішньовенними засобами і переніс ряд інфекційних хвороб (герпетичні ураження, підгострий бактеріальний ендокардит), які погано піддавались лікуванню. Мимовільні рухи обмежувалися правою стороною, ці явища супроводжувалися охриплістю голосу, порушенням ковтання. За 4 місяці схуд на 18 кг. При об'єктивному обстеженні звертали увагу дифузне збільшення лімфатичних вузлів, гіпертонус правих кінцівок. Аналіз ЦСР у межах норми, але виявлене незначне підвищення білку. При КТ виявлене велика ділянка зниженої щільності у лівій півкулі. На ЕЕГ – дифузне уповільнення біоелектричної активності над лівою півкулею головного мозку. У біоптаті ураженої ділянки виявлені олігодендроцити з аномально великими ядрами, які містили темно профарбовані включення, екстенсивну демієлінізацію з велетенськими астроцитами. На протязі місяця виникла прогресуюча атаксія, ще через 2 місяці з'явилась легка деменція, судомні напади. Поступово слабоумство наростало, виникли порушення функції тазових органів. Незабаром хворий помер.

Встановити:

- Клінічний діагноз
- Пояснити дані додаткових методів обстеження (аналіз ЦСР, КТ, ЕЕГ, біопсії) з урахуванням етіопатогенезу хвороби
- Тактика ведення таких хворих, які ще додаткові обстеження слід було призначити хворому
- Загальні принципи лікування

(Вторинний нейроСНІД, прогресуюча багатогнищева лейкоенцефалопатія. Тільця-включення у ядрах олігодендроцитів - паповавіруси)

Хворий 26 років госпіталізований у відділення реанімації без свідомості, в важкому стані з діагнозом ГПМК в руслі середньої мозкової артерії. З анамнезу стало відомо, що у хворого на протязі останніх декількох місяців спостерігалися періодичні напади слабкості в кінцівках, запаморочення, періодично виникали мінущі порушення мови, ковтання. Хлопець рік тому лікувався від наркотичної залежності. На фоні лікування наступного дня хворий прийшов до тями, переведений у неврологічне відділення. Але за декілька днів його стан різко погіршився, незважаючи на проведені лікування.

Встановити:

- Клінічний діагноз з урахуванням етіології захворювання
- Призначити додаткові методи обстеження
- Які дані очікуємо отримати
- Тактика ведення
- Принципи лікування

(ГПМК на тлі васкулярного нейроСНІДу – первинний нейроСНІД)

У хворого 64 років з'явилися скарги на загальну слабкість, апатію, поганий апетит, сонливість, підвищену чутливість до світла та звуків, головний біль, підвищення температури тіла на протязі останніх 2-3 тижнів. Свій стан розцінював як ГРВІ, не лікувався. Загальний стан поступово погіршувався: головний біль став нестерпним, з'явилися блювання, судоми. Каретою ШМД доставлений у лікарню. Об'єктивно: хворий астеничної будови тіла, зниженого живлення. стан хворого важкий, свідомість порушена (оглушення), температур 38,5°C, пульс і АТ дуже

лабільні, голова закинута назад, нижні кінцівки зігнуті в колінних суглобах, живіт втягнутий, симптоми подразнення мозкових оболонок, глибокі рефлексі відсутні, патологічні стопні знаки. В аналізі ЦСР: рідина прозора, безбарвна, витікає під підвищеним тиском, лімфоцитом (250 клітин/1 мм³), глюкоза 1,5 ммоль/л, хлориди 90 ммоль/л, білок 6,5 г/л.

Встановити:

- Клінічний діагноз з урахуванням етіологічного чинника
- Пояснити дані додаткових методів обстеження (аналіз ЦСР) з урахуванням етіопатогенезу хвороби
- Тактика ведення таких хворих
- Загальні принципи лікування

(Туберкульозний менінгіт)

7.2 Матеріали методичного забезпечення для основного етапу заняття

№ п/п	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1.	Оволодіти методикою обстеження хворих з ВІЛ-інфекцією, туберкульозним ураженням нервової системи	Виконувати обстеження хворих у такій послідовності: 1. Зібрати ретельно скарги, анамнез хвороби та життя 2. Провести зовнішній огляд хворого 3. Дослідити соматичний статус 4. Дослідити неврологічний статус 5. Ознайомитися з додатковими методами дослідження	Звернути увагу на клінічні прояви ураження НС в осіб молодого віку, якщо етіологія цих уражень невідома, а особи мають скомпрометований соціальний анамнез. Активне, проте дуже деонтологічне виявлення факторів ризику інфікованості ВІЛ. Звернути увагу на темпи розвитку скарг, причин, обставин, що їм передували. Врахувати загальний стан, наявність менінгеального синдрому, симптоми вогнищового ураження нервової системи при підозрі на туберкульозний менінгіт. Згрупуйте виявлені ознаки з формулюванням провідних клінічних синдромів. Звернути увагу на дані загальноклінічних і додаткових методів дослідження
2.	Встановити клінічний і топічний діагноз, визначити план лікування	На підставі виявлених симптомів обґрунтувати топічний діагноз, сформулювати клінічний діагноз	

7.3 Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Нетипові задачі (рівень III)

Хворий 27 років доставлений до відділення інтенсивної терапії в тяжкому стані, зі скаргами на багаторазову блювоту, яка не приносить полегшення, головний біль. Хворий тримається руками за голову, скрикує, стогне. Температура тіла 37,6°C, має місце невеликий птоз обох повік, косоокість, позитивні менінгеальні ознаки, збільшення всіх груп лімфатичних вузлів. При огляді виявлені сліди від внутрішньовенних ін'єкцій у кубітальних та пахових ділянках. Аналіз ЦСР – рідина прозора, безбарвна, витікає під підвищеним тиском, змішаний плеоцитоз (260 клітин/1 мм³), глюкоза 1,0 ммоль/л, хлориди 80 ммоль/л, білок 1,5 г/л.

Встановити:

- попередній діагноз
- які додаткові обстеження слід призначити
- тактику ведення хворого
- терапевтичні заходи

(Туберкульозний менінгіт на тлі СНІДу)

Хвора 34 років доставлена машиною ШІМД без свідомості, знайдена на вулиці перехожими після нападу судом. При огляді виявлені сліди від внутрішньовенних ін'єкцій у кубітальних та пахових ділянках, збільшення всіх груп лімфатичних вузлів. На очному дні – застійні диски зорових нервів. На КТ головного мозку виявлене об'ємне новоутворення в скроневій частці з перифокальним набряком, дислокація серединних структур. Позитивні В-клітинні онкомаркери.

Встановити:

- попередній діагноз
- які додаткові обстеження слід призначити
- проведення диференційної діагностики
- тактику ведення хворого, терапевтичні заходи

(Лімфома головного мозку)

Тест III рівня

Запропонована ВОЗ бальна оцінка симптомів, у підозрюваного на ВІЛ-інфекцію хворого:

Персистуюча генералізована лімфаденопатія	0
Зміни на шкірі і слизових оболонка	1
Зниження маси тіла	1
Значна втома	1
Простий герпес	2
Діарея довше 1 мес.	4
Лихоманка довше 1 мес	4
Зниження маси тіла більше 10%	4
Туберкульоз легень	5

Рецидивуюча бактеріальна інфекція	5
Лейкоплакія порожнини рота	5
Стоматит, кандидоз порожнини рота	5
Локалізована саркома Капоші	8
Кахексія	12

Яка сума балів дорівнює вірогідності захворювання: малій, вірогідній, дуже вірогідній?

(0 – 3 б. – вірогідність ВІЛ-інфекції мала, 4 -11 б. – захворювання вірогідне, а 12 і більше – дуже вірогідне).

7.4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.

№ п/п	Навчальні завдання	Вказівки до завдання
1.	Вивчити етіологію, патогенез ураження нервової системи при нейроСНДі	Назвати етіологічний чинник, способи передачі інфекції, особливості патогенезу ВІЛ-інфекції. Знати класифікацію ВІЛ-інфекції за стадіями
2.	Які синдроми спостерігаються при ураженні різних структур нервової системи?	Визначити основні клінічні синдроми при первинному і вторинному нейроСНДі
3.	Скласти алгоритм дії невролога для ранньої діагностики первинного і вторинного нейроСНДі	Покрокове обстеження хворих з підозрою на ВІЛ-інфекцію
4.	Які особливості ураження нервової системи, пов'язані з інфекціями, що розвиваються на фоні імунодефіциту	Знати особливості токсоплазмозу, криптококової, герпетичної, цитомегаловірусної, протозойної інфекції
5.	Принципи лікування хворих з ВІЛ-інфекцією	Загальні принципи лікування
6.	Які особливості клініки, перебігу, даних додаткових методів обстеження хворих на туберкульозний менінгіт	Знати основні клінічні синдроми, особливості даних методів обстеження хворих на туберкульозний менінгіт

Головний біль. Мігрень. Пучковий головний біль.

Головний біль напруги. 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. Розрізняти 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. Виховні цілі

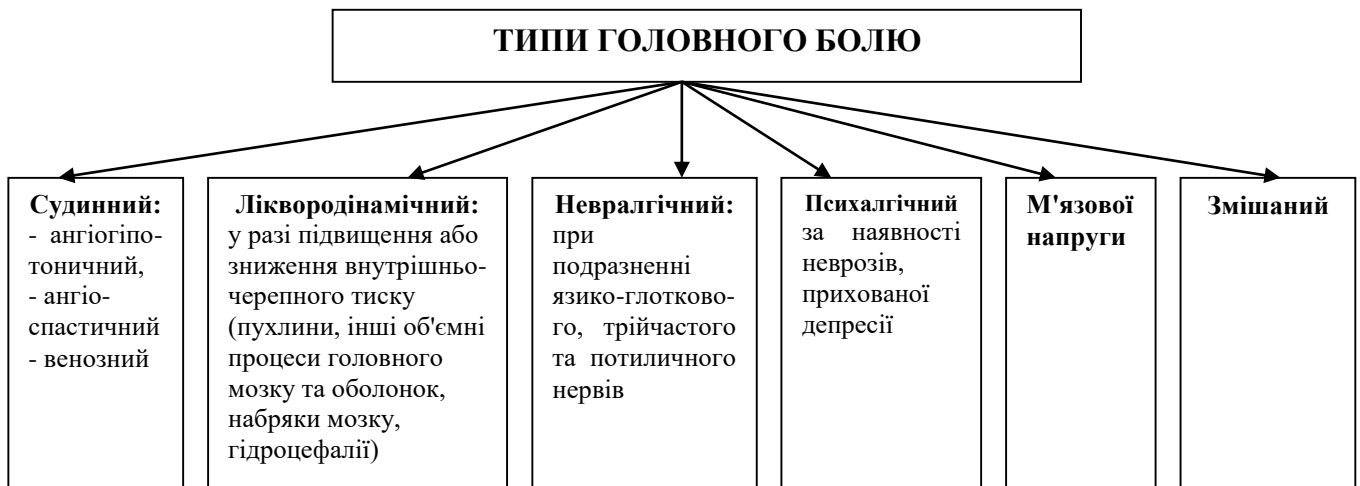
Виховувати у студентів вміння уважно і ретельно зібрати анамнез, встановити психологічний контакт з хворим на головний біль та порушення сну. Формувати готовність надати допомогу хворим на головний біль.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

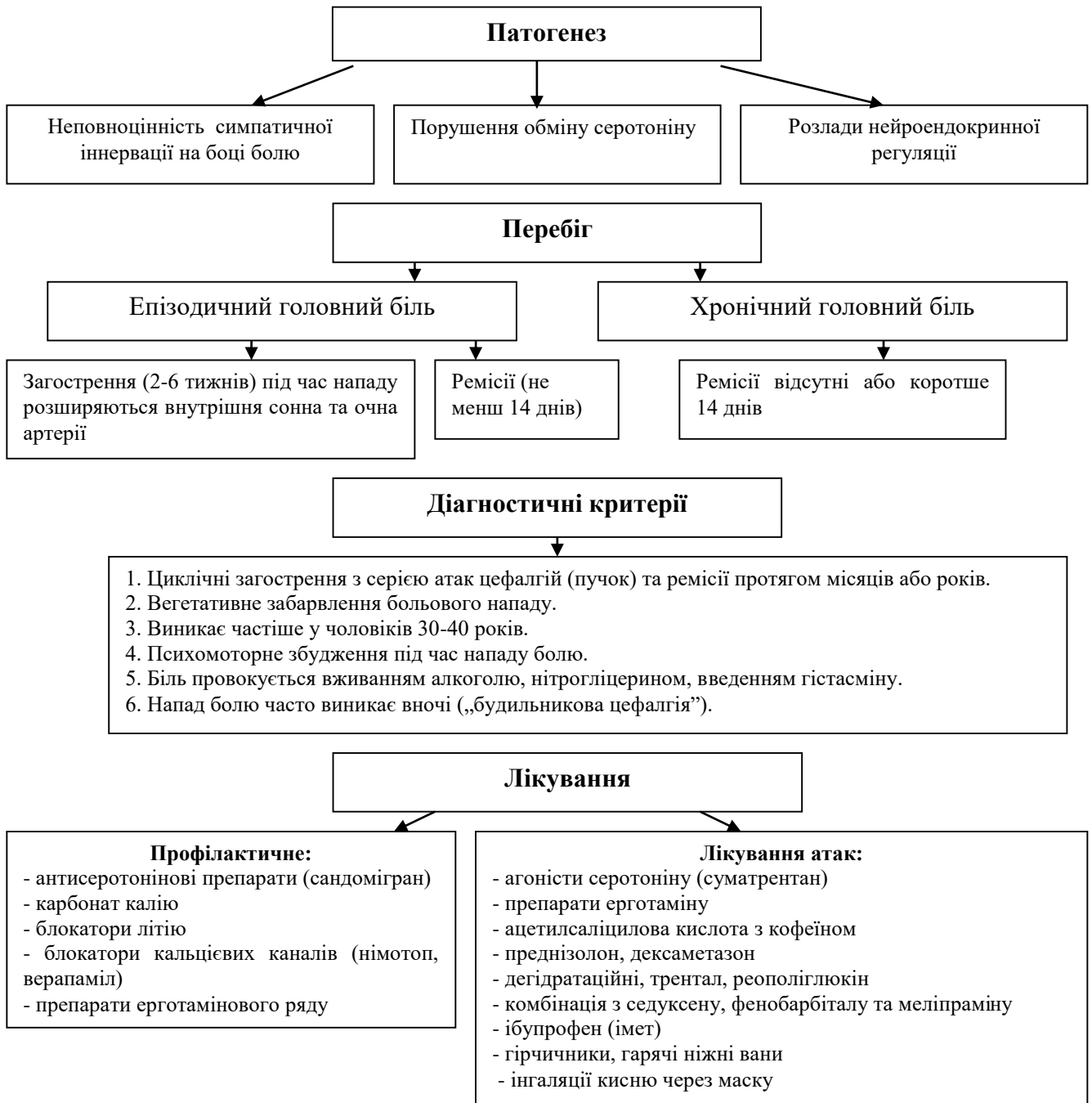
Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни</i>		
Нормальна анатомія	Будову, інервацію, кровопостачання структур, які безпосередньо відповідають за виникнення головного болю.	На таблицях, схемах показати структури, що відповідають за виникнення головного болю.
Гістологія	Будову рецепторів та нервових 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.	
<i>Наступні дисципліни (що забезпечуються)</i>		
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.
<i>Внутрішньопредметна інтеграція</i>		
Судинні захворювання головного мозку	Ознаки головного болю при судинних захворюваннях нервової системи.	Провести диференційну діагностику між судинними захворюваннями та первинними головними болями.
Захворювання периферичної нервової системи	Ознаки головного болю при захворюваннях хребта та периферійних нервів.	Провести диференційну діагностику головного болю при вертеброгенних захворюваннях та первинних головних болях.
Запальні захворювання головного мозку	Ознаки головного болю та порушень сну, які спостерігаються при наявності інфекційних захворювань нервової системи.	Діагностувати менінгіти, енцефаліти, лептоменінгіти, сеп-сіс та інші інфекційні захворювання у хворих, що мають головний біль.

V. Зміст теми заняття.





ПУЧКОВИЙ ГОЛОВНИЙ БІЛЬ



ГОЛОВНИЙ БІЛЬ НАПРУГИ

Патогенез

Вплив хронічного емоційного стресу, депресивних розладів

Порушення функції лімбіко-стовбурових структур

Напруження перікраніальних м'язів, що натягують шлем
голови

Спазм судин, що кровопостачають ці м'язи

Набряк їх і ішемія

Форми

Епізодична
від 30 хв. до 7-15 днів на рік

Хронічна
15-180 днів на рік

Діагностичні критерії

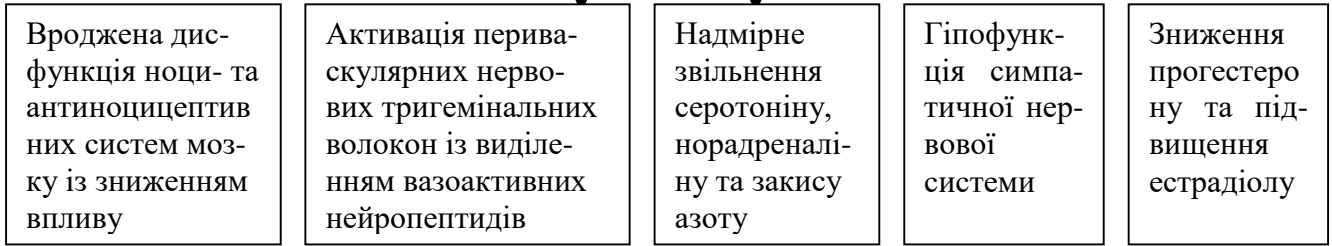
1. Локалізація болю: двобічний, дифузний.
2. Характер болю: монотонний, давлючий, ниючий, не буває пульсуючим.
3. Інтенсивність: помірний, не порушає фізичної активності.
4. Супутні симптоми: нудота, фотофобія, фонофобія, кардалгії, артралгії без об'єктивних ознак; тремтіння пальців, болючість при пальпації,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

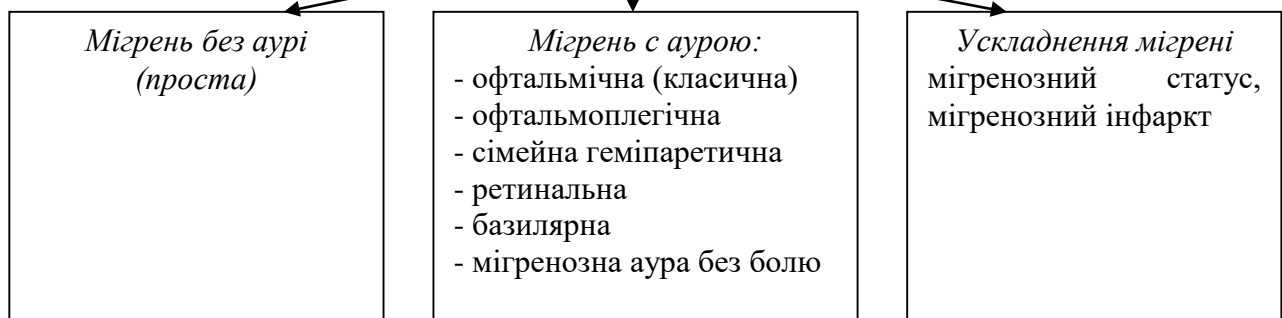
Патогенез



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 мігрени з ауурою ще такі ознаки:

- Тривалість симптомів аури не більше 60 хв.
- Повна зворотність одного або декількох симптомів аури.
- Тривалість світлого проміжку між ауурою 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

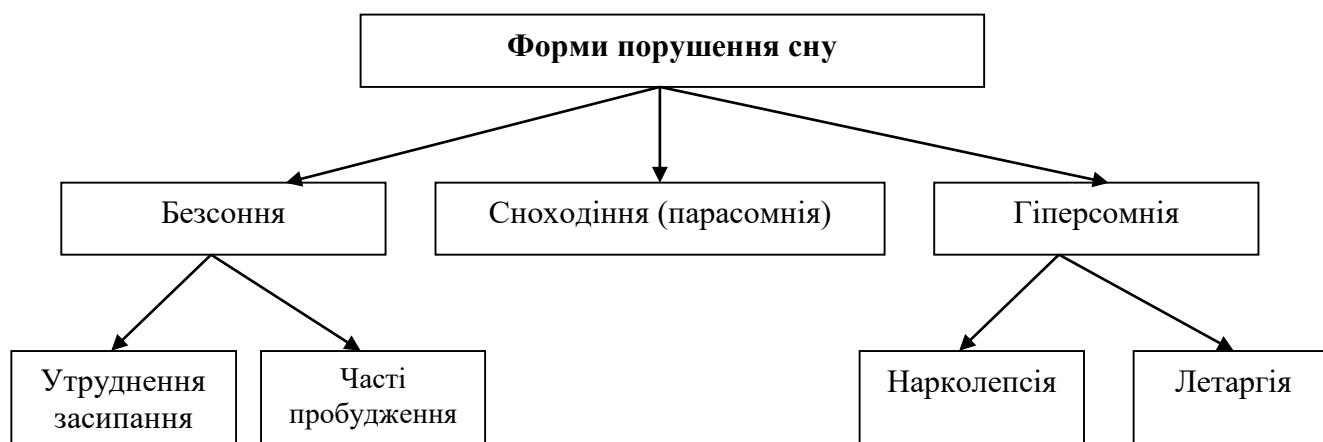
Мігренозного статусу

- седуксен внутрішньовенно, меліпраміл, лазикс
- 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)



VI. План і організаційна структура заняття

№ пп	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час (хв.)
I. Підготовчий етап					
1.	Організація заняття.			Академ журн.	1
2.	Визначення навчальних цілей і мотивація.			Див. „Навчальні цілі” „Актуальність теми	2
3.	Контроль вихідного рівня знань. 1. Механізми виникнення больового відчуття; фактори, що сприяють виникненню головного болю. 2. Класифікація головних болей. 3. Епідеміологія, патогенез, клінічні прояви, лікування мігрені. 4. Патогенез, клініка, лікування пучкового головного болю. 5. Патогенез, клінічні прояви лікування головного болю напруги. 6. Класифікація та клінічні прояви різних форм порушення сну.	II	Індивідуальне опитування; тестовий контроль II рівня; рішення типових задач II рівня	Таблиці, малюнки, питання для усного опитування, тести II рівня, типові задачі II рівня	20
II. Основний етап					
4.	Формування професійних навичок та вмінь. 1. Зібрати та оцінити скарги і анамнез хворих	III	Практичний тренінг у	Хворі, історії хвороби.	55

	<p>на різні типи головного болю та порушення сну.</p> <p>2. Обстежити хворих з головним болем та порушенням сну.</p> <p>3. Оцінити дані додаткових методів дослідження (ЕЕГ, УЗДГ, ЕХО-ЕС, МРТ, КТ головного мозку, люмбальної пункції).</p> <p>4. Провести диференціальну діагностику між первинними формами головного болю та головного болю вторинного походження.</p> <p>5. Призначити лікування залежно від типу головного болю.</p> <p>6. Надати, в разі потреби, невідкладну допомогу хворим з головним болем.</p>		<p>відпрацюванні навичок;</p> <p>професійний тренінг у вирішення нетипових клінічних ситуацій.</p>	<p>Професійний алгоритм для оволодіння методикою обстеження хворих. Дані додаткових методів дослідження.</p>	
III. Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня професійних навичок та вмінь.	III	Індивідуальний контроль практичних навичок. Вирішення нетипових ситуаційних задач III рівня.	Хворі, нетипові ситуаційні задачі III рівня.	8
6.	Обговорення результатів курації.				
7.	Підведення підсумків заняття.				3
8.	Домашнє завдання			Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою	1

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання для усного опитування.

1. Дайте визначення головного болю.
2. Які структури нервової системи безпосередньо відповідають за виникнення головного болю?
3. Волокна, якого типу проводять ноцицептивні стимули?
4. Які структури проводять ноцицептивну аферентацію?
5. Вкажіть види антиноцицептивних систем.
6. Яка класифікація головного болю?

7. Вкажіть діагностичні критерії мігрені?
8. Яка класифікація мігрень.
9. Які діагностичні критерії головного болю напруги?
10. Вкажіть особливості клініки пучкового головного болю.
11. Назвіть форми порушення сну, їх медикаментозну корекцію.
12. Які методи лікування порушень сну?

Матеріали для тестового контролю (I а)

1. Хвора скаржиться на приступ головної болі у правій половині голови, нечіткість предметів у лівому полі зору, біль посилюється при кашлі. Приступу передують «туман» перед очима. Хворіє з 20 років, приступ 1 раз на місяць. В неврологічному статусі: птоз лівого повіка, диплопія. КТ – патологічних осередків немає. УЗДГ – порушення венозного відтік. Поставте попередній діагноз.

- *А. Мігрень, офтальмоплегічна форма.
- В. Кластерний головний біль.
- С. Головний біль напруги.
- Д. Мігрень, бацилярна форма.
- Е. Ішемічний інсульт в стовбурі мозку.

2. Для мігрені без аури в анамнезі характерно:

- *А. Тривалість пароксизму від 4 до 72 годин.
- В. Приступ головної болі настає після появи симптомів аури не пізніше чим через 60 хв.
- С. Наявність осередкової симптоматики.
- Д. Двохсторонній головний біль.
- Е. Головний біль у вигляді «шолому».

3. Хворий скаржиться на інтенсивний головний біль з локалізацією навколо очного яблука праворуч. Напад триває 30 хвилин, під час нападу на стороні болі відмічає закладеність носа, почервоніння ока. Частіше це спостерігається після прийому алкоголю та в нічний час. КТ: осередків патологічних змін немає. Поставте попередній діагноз.

- *А. Мігрень з аурою.
- В. Мігрень без аури.
- *С. Кластерний головний біль.
- Д. Субарахноїдальний крововилив.
- Е. Головний біль напруги.

4. Які профілактичні засоби слід призначити під час кластерного періоду?

- А. Лазікс.
- В. Цербролізін.
- С. Цитофлавін.
- Д. Егланіл.
- *Е. Верапаміл.

5. Хвора скаржиться на головний біль, яка має тупий, постійний характер з локалізацією у скроневу область. Хвора біль порівнює з відчуттям болючого стягування голови обручем. В неврологічному статусі: осередкової симптоматики немає. Поставте попередній діагноз.

А. Мігрень без аури.

*В. Головний біль напруги.

С. Кластерний головний біль.

Д. Субарахноїдальний крововилив.

Е. Скроневий артеріїт.

6. Які найбільш ефективні препарати для лікування головної болі напруги?

А. Діакарб, пірацетам.

*В. Сирдалуд, амітриптилін.

С. Німотоп, децинон.

Д. Діклоберд, нейровітан.

Е. β -адреноблокатори, ерготамін.

7. Хвора, 20 років, скаржиться на нападopodobний інтенсивний головний біль в лівій половині голови. Хворіє з 14 років. Перед приступом відмічаються фотопсії, спалахи світла та інш. Через 50 хв. появляється головний біль. В неврологічному статусі: осередкової симптоматики немає. Мати пацієнтки страждала подібними приступами головної болі. Поставте попередній діагноз.

А. Проста мігрень.

*В. Асоційована мігрень.

С. Головний біль напруги.

Д. Пучковий головний біль.

Е. Абузусний головний біль

8. Хворий, 30 років, скаржиться на головні болі, які локалізуються в очниці, ринорею, слезотечу. З анамнезу: головний біль щорічно кілька днів або місяців, головним чином вночі. Об'єктивно: осередкової симптоматики немає. Який можливий діагноз?

*А. Пучковий головний біль.

В. Мігрень.

С. Шийна мігрень.

Д. Невралгія трійчастого нерва.

Е. Синдром Редера.

9. Хвора, 25 років, скаржиться на пульсуючі распираючіє головні болі переважно в правій половині голови. Об'єктивно: астенірована, емоційно напружена, праворуч - ін'єцировані судини кон'юнктиви. Осередкової симптоматики немає. РЕГ: утруднення венозного відтоку. КТ: изменений не виявлено. Який можливий діагноз?

*А. Мігрень.

В. Головний біль напруги.

С. Пухлина мозку.

D. Лептоменінгіт.

E. Інсульт.

10. У хворої мігрень, найбільш прийнятними препаратами в цьому випадку є:

*A. Імігрєн.

B. Кавинтон.

C. Ноотропил.

D. Димедрол.

E. Ноофен.

11. Під час бесіди з лікарем хвора впала, з'явилося шумне дихання, хаотичні рухи кінцівок, вигиналася «дугою». Через 10 хвилин заспокоїлася. При огляді не реагувала на уколи голкою, пручалася огляду: закривала очі, отталківла руки лікаря. Визначте вид нападу.

*A. Істеричний напад.

B. Вегетативно-судинний напад.

C. Транзиторна ішемічна атака.

D. Епілептичний напад.

E. Сумеречний стан.

12. Хвора, 16 роки, скаржиться на напади інтенсивного головного болю пульсуючого характеру в правій половині голови, які супроводжуються слабкістю лівих кінцівок, нудотою, іноді блювотою. При прийомі ерготаміну або номігрєну симптоми зникають. Патологічних змін не виявлено між нападами. Подібні симптоми були у матері. Який можливий діагноз?

*A. Геміплегічна мігрєнь.

B. Вегетативний криз.

C. Синкопальное стан.

D. Істеричний невроз.

E. Головний біль напруги.

13. У хворої, 17 років, з'явився головний біль пульсуючого характеру в лівій половині голови, що супроводжується нудотою. Після нападу, який тривав 2,5 години, хвора заснула. АТ 110/70 мм рт. ст. Мати хворий страждає подібними нападами. Який можливий діагноз?

*A. Мігрєнь.

B. Невралгія лівого потиличного нерва.

C. Кластерна цефалгія.

D. Транзиторна ішемічна атака.

E. симпатоадреналового криз.

14. У хворої 18 років спостерігаються протягом 3 років періодичні напади сильного головного болю в лівій половині голови пульсуючого характеру. Мати хворий страждає на мігрєнь. Який препарат потрібно використовувати для лікування?

*A. Ерготамін.

- В. Карбамазепин.
- С. Анальгін.
- Д. Седуксен.
- Е. Верапаміл.

15. У хворої, 33 роки, останні 6 місяців відзначаються головні болі двосторонньої локалізації, що супроводжуються напругою м'язів скальпа і іноді жувальних м'язів, тривалістю від 30 хвилин до декількох днів. Частота нападів більше 15 в місяць. На КТ головного мозку осередкової патології і порушень ликвороциркуляції не виявлено. У неврологічному статусі без осередкової патології. В анамнезі: недозволені сімейні проблеми, що виникли 8 місяців тому. Який можливий діагноз?

- *А. Хронічний головний біль напруги.
- В. Епізодичний головний біль напруги.
- С. Мігрень.
- Д. Лікворно-гіпертензійний синдром
- Е. Пухлина головного мозку

Тести та типові задачі II рівня

Тести II рівня

№ пп	Тести II рівня	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;	а); г)

	в) виникає частіше у жінок; г) психомоторне збудження під час нападу; д) головний біль не порушує фізичної активності.	
5.	Для головної болі напруги характерно: а) локалізація болю – двобічний, дифузний; 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	а); в); д)

Типові задачі II рівня

№ пп	Типові задачі II рівня	Еталон відповіді
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 ерготаміно-вого 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. Встановить діагноз та призначте лікування.	Головний біль напруги. Антидепресанти, нестероїдні протиза-пальні засоби, сирдалуд, клоназепам, масаж, ЛФК, психотерапія.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Професійний алгоритм формування навичок і вмінь обстеження хворих з головним болем та порушеннями сну.

№ пп	Завдання	Вказівки	Примітки
1.	Оволодіти методикою обстеження хворого з головним болем,	Виконати у такій послідовності: зібрати скарги хворого, зібрати	Збираючи анамнез зверніть увагу на тривалість, регулярність,

	порушенням сну. Обстежити хворих з мігренню, головним болем напруги, пучковим головним болем.	анамнез, обстежити функції черепних нервів, стан рефлекторно-рухової та координаторних сфер, дослідити чутливість, вищі коркові функції, оцінити дані додаткових методів дослідження.	стереотипність нападів, зв'язок зі стресами, часом доби, поведінку під час головного болю, стан після нападу, наявність неврологічної органічної симптоматики. Зібрати сімейний анамнез.
2.	Встановити топічний і клінічний діагнози, призначити лікування.	Для встановлення клінічного діагнозу скористатися структурно-логічною схемою змісту заняття. Провести диференціальну діагностику між первинними головними болями та з головними болями при судинних, інфекційних, внутрішніх хворобах. Призначити лікування.	Зверніть увагу на характер нападів головного болю, наявність неврологічних симптомів під час нападу нападів, стан в міжнападному періоді для адекватного призначення терапії.

3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Нетипові тести та задачі III рівня.

Нетипові задачі III рівня

№ пп	Нетипові задачі III рівня	Еталон відповіді
1.	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.
2.	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	Мігрень. Мігренозний статус. Седуксен,

	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?	
--	--	--

Тести III рівня

Захворювання	Мігрень	Пучковий головний біль	Головний біль напруги
Ознаки			
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			

Тести III рівня – Еталон відповіді

Захворювання	Мігрень	Пучковий головний біль	Головний біль напруги
Ознаки			
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 аурою не зникає Мігрень без аури зникає	Не може заснути під час нападу (іноді виникає після засипання)	Частіше зникає
Може супроводжувати напад	Вживання їжі, що підвищує рівень серотоніну; алкоголь	Вживання алкоголю, нітрогліцерину	Залежить від багатьох факторів – стрес, зміни погоди, недосипання, фізичне перевантаження
Анамнез головного болю	Наявність сімейного анамнезу; не менш 5 нападів в минулому	Циклічне загострення з серією атак цефалгії, ремісії протягом місяців або років	Тривалий анамнез: наявність сімейного анамнезу
Поведінка під час болю	Лежить в темній кімнаті	Психомоторне збудження, ажиотація	Не змінює повсякденне життя
Порушення фізичної активності	Присутне	Присутне	Немає
Частіше хворіють	Жінки	Чоловіки	Однаково жінки, чоловіки

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

Орієнтована карта самостійної роботи з літературою.

Основні завдання	Вказівки
Вивчити	
1. Механізми формування болю. Ноцицептивні та антиноцицептивні системи мозку.	Необхідно знати, які структури безпосередньо відповідають за виникнення головного болю.
2. Фактори, що сприяють виникненню головного болю, класифікацію типів головного болю.	Необхідно знати особливості симптоматичних головних болей за наявності різних захворювань.
3. Епідеміологію, патогенез, діагностику та принципи лікування мігрені, головного болю напруги, пучкового головного болю.	Звернути увагу на діагностичні критерії мігренозний цефалгій, пучкового головного болю та головного болю напруги. Скласти схеми лікування хворих на ці захворювання під час нападу головного болю та в період між нападами.
4. Форми порушення сну.	Написати в зошит форми порушення сну.
5. Лікування дисомній	Виписати медикаменти, що застосовуються у разі дисомній, їх доза, показання та протипоказання до їх використання.

Спадково-дегенеративні захворювання нервової системи

I. Актуальність теми

Спадкові захворювання нервової системи зустрічаються часто та уражають людей різного віку – від дитячого, юнацького до старшого, нерідко інвалідизують хворих. Це визначає актуальність даної теми.

II. Навчальні цілі

Студент повинен **знати**:

1. Сучасні принципи класифікації спадкових захворювань;
2. Прогресуючі м'язові дистрофії: етіопатогенез, клінічні прояви, методики діагностики, основні принципи лікування;
3. Первинних міопатій: псевдогіпертрофічна Дюшена, ювенільна (юнацька) форма Ерба-Рота; плече-лопаткова-лицьова форма Ландузі-Дежеріна;
4. Вторинні аміотрофії: невральна аміотрофія Шарко-Марі-Тута; спинальна аміотрофія: Вердніга-Гоффмана, Кугельберга-Веландера.
5. Етіопатогенез, клінічні форми, методи діагностики та лікування міотонії: вроджена міотонія Томсона, дистрофічна міотонія Россолімо-Штайнерта-Куршмана;
6. Етіопатогенез, клінічні прояв, методи діагностики, основні принципи лікування пароксизмальної міоплегії;
7. Етіопатогенез, клінічні прояви, методи діагностики, основні принципи лікування сімейного спастичного Штрюмпеля;
8. Етіопатогенез, клінічні прояви, методи діагностики та лікування спадкових захворювань з ураженням екстрапірамідної системи – гепатоцеребральної дистрофії, хореї Гентінгтона, хвороби Паркінсона, м'язових дистоній (первинні спадкові);
9. Етіопатогенез, клінічні форми, методи діагностики та лікування сімейних атаксій (Фрідрейха, П'єра-Марі);
10. Етіопатогенез, клінічні форми, методи діагностики та лікування міастеній та міастенічного синдрому.

Студент повинен **вміти**:

1. Діагностувати спадкові захворювання з ураженням пірамідної, екстрапірамідної, координат орної та прогресуючими м'язовими дистрофіями, міастенією;
2. Вибрати тактику лікування хворих зі спадково-дегенеративними захворюваннями.

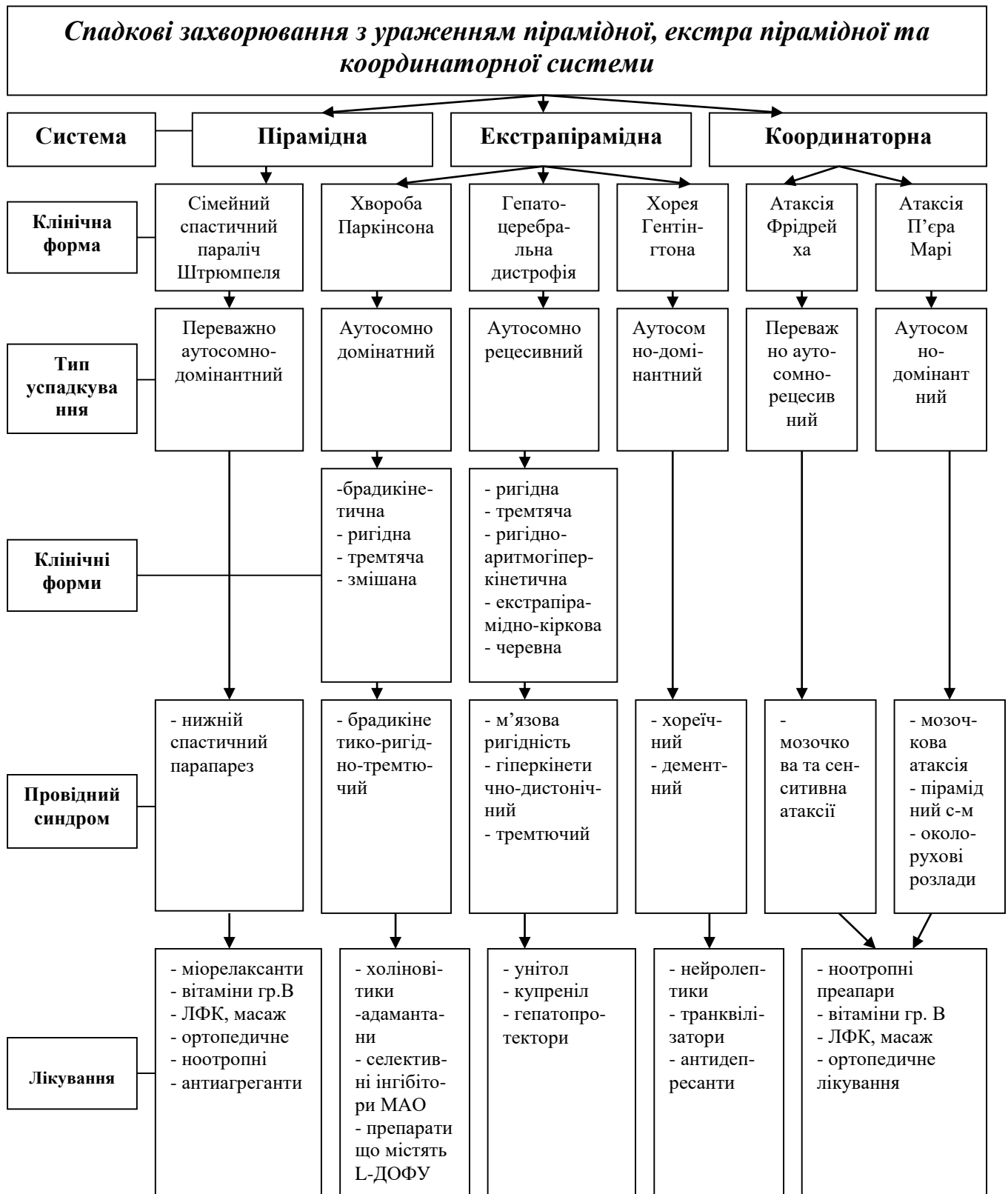
III. Виховні цілі

Розвинути у студентів почуття чуйного, гуманного відношення до хворих зі спадково-дегенеративними захворюваннями нервової системи. Переконати студентів у необхідності глибоких знань і відповідальності за правильність проведених дій у разі діагностики та лікування хворих зі спадковими захворюваннями з ураженням пірамідної, екстрапірамідної, координаторної систем та аміотрофії, міотонії, міастенії.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни</i>		
Нормальна анатомія	Будову пірамідної, екстрапірамідної, нервово-м'язової та координаторної систем.	На таблицях і муляжах показати різні відділи нервової системи.
Нормальна фізіологія	Фізіологію пірамідної, екстрапірамідної, нервово-м'язової та координаторної систем; розташування моноаміноергічних систем мозку, їх медіаторне забезпечення.	Намалювати схему взаємозв'язків між структурами екстрапірамідної системи, схему нейромедіаторів в екстрапірамідній системі.
Біологія	Основні положення медичної генетики, її методи, генетичні аспекти спадкової патології.	Визначити тип успадкування захворювання.
Біохімія	Обмін циклічних нуклеотидів, катехоламінів.	
<i>Наступні дисципліни (що забезпечуються)</i>		
Психіатрія	Особливості і інтелектуально-мнестичних і емоційно-особистих розладів у хворих зі спадковими захворюваннями.	Виявляти інтелектуально-мнестичні і емоційні розлади у хворих зі спадковими захворюваннями
Педіатрія	Прояви спадкових уражень нервової системи у дітей, порушень м'язового тону, м'язових атрофій, м'язової слабкості.	Виявити у дітей екстрапірамідні, координаторні розлади, м'язові атрофії, м'язову слабкість
<i>Внутрішньопредметна інтеграція</i>		
Рефлекторно-рухова функція нервової системи	Будову і хід кірково-м'язового шляху і синдроми його ураження	Досліджувати безумовні рефлекси, визначати тип парезу або паралічі, м'язові атрофії, м'язову слабкість
Екстра-пірамідна система та її патологія	Синдроми ураження неостріарної та палідо-нігральної систем.	Виявляти екстрапірамідні порушення у хворих
Мозочок та його патологія	Види атаксій, прояви мозочкової атаксії у хворих.	Досліджувати проби на атаксію, проводити диференціальну мозочкові діагностику різних видів атаксій.

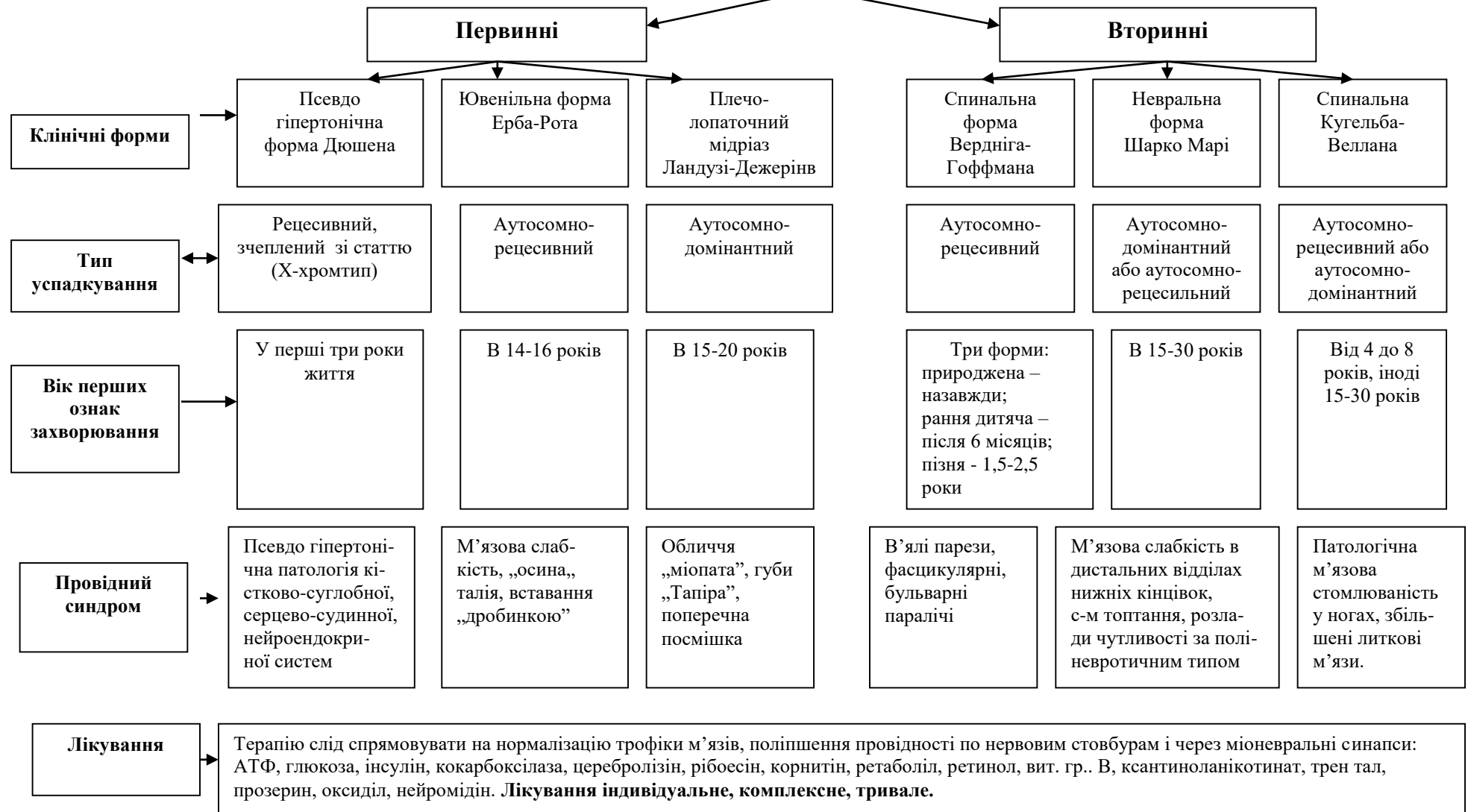
V. Зміст теми заняття



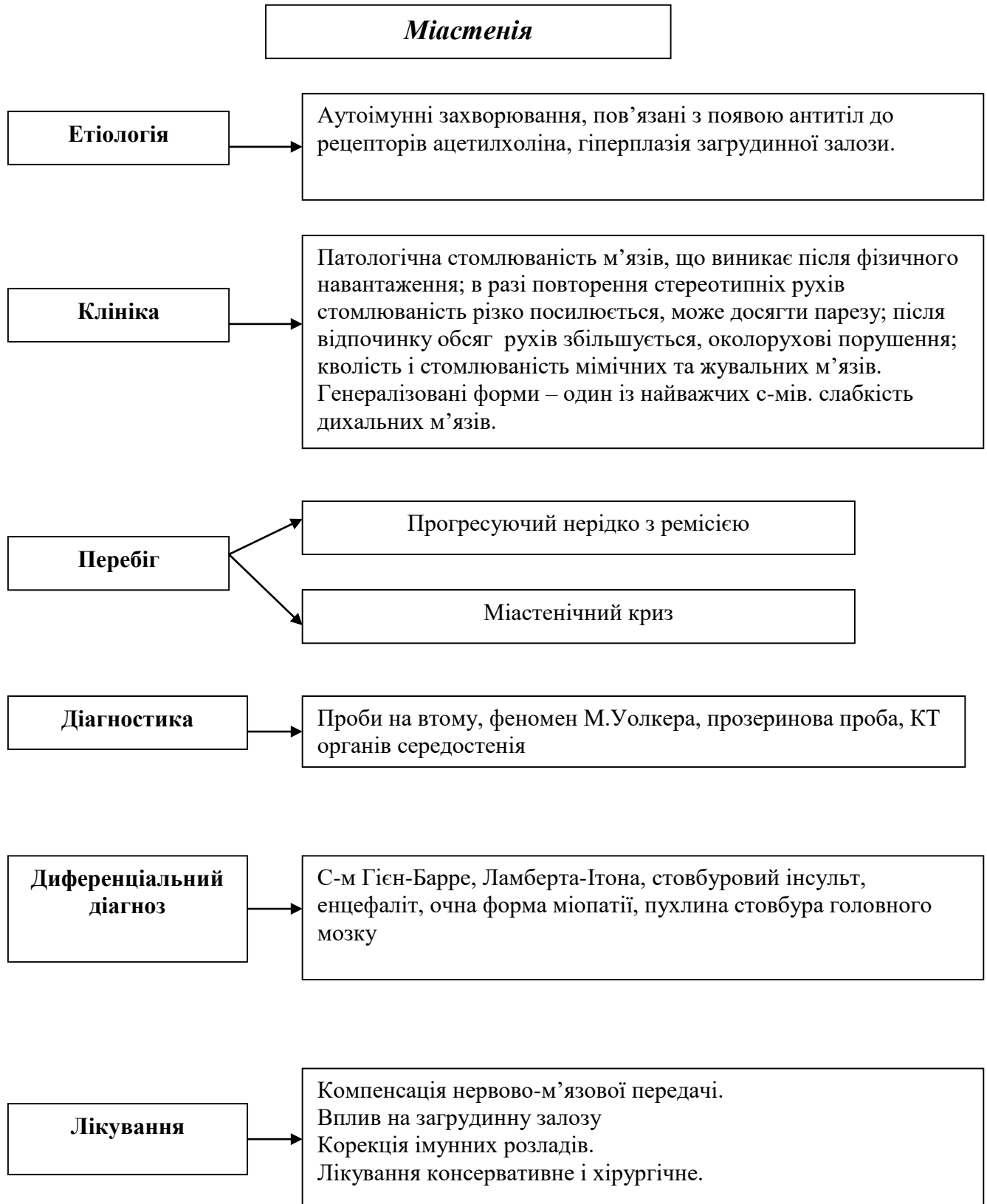
Диференціально-діагностичні критерії атаксії Фрідрейха та П'єра Марі

Ознаки	Атаксія Фрідрейха	Атаксія П'єра Марі
Тип спадковості	Аутосомно-рецесивний, дуже рідко - доміантний	Аутосомно-домінантний
Вік хворого на початку захворювання	6-15 років	20-40 років, середній – 34 роки
Характер змін рефлексів	Знижені	Високі
Наявність пірамідних знаків	Спостерігаються на пізніх стадіях захворювання	Спостерігаються вже на ранніх стадіях
Ураження черепних нервів	Відсутнє	Окорохові розлади, зниження зору
Наявність сенситивної атаксії	Спостерігається вже на ранніх стадіях	Не спостерігається
Деформації стоп, хребта	Є практично в усіх випадках	Не характерні

Прогресуючі м'язові дистрофії

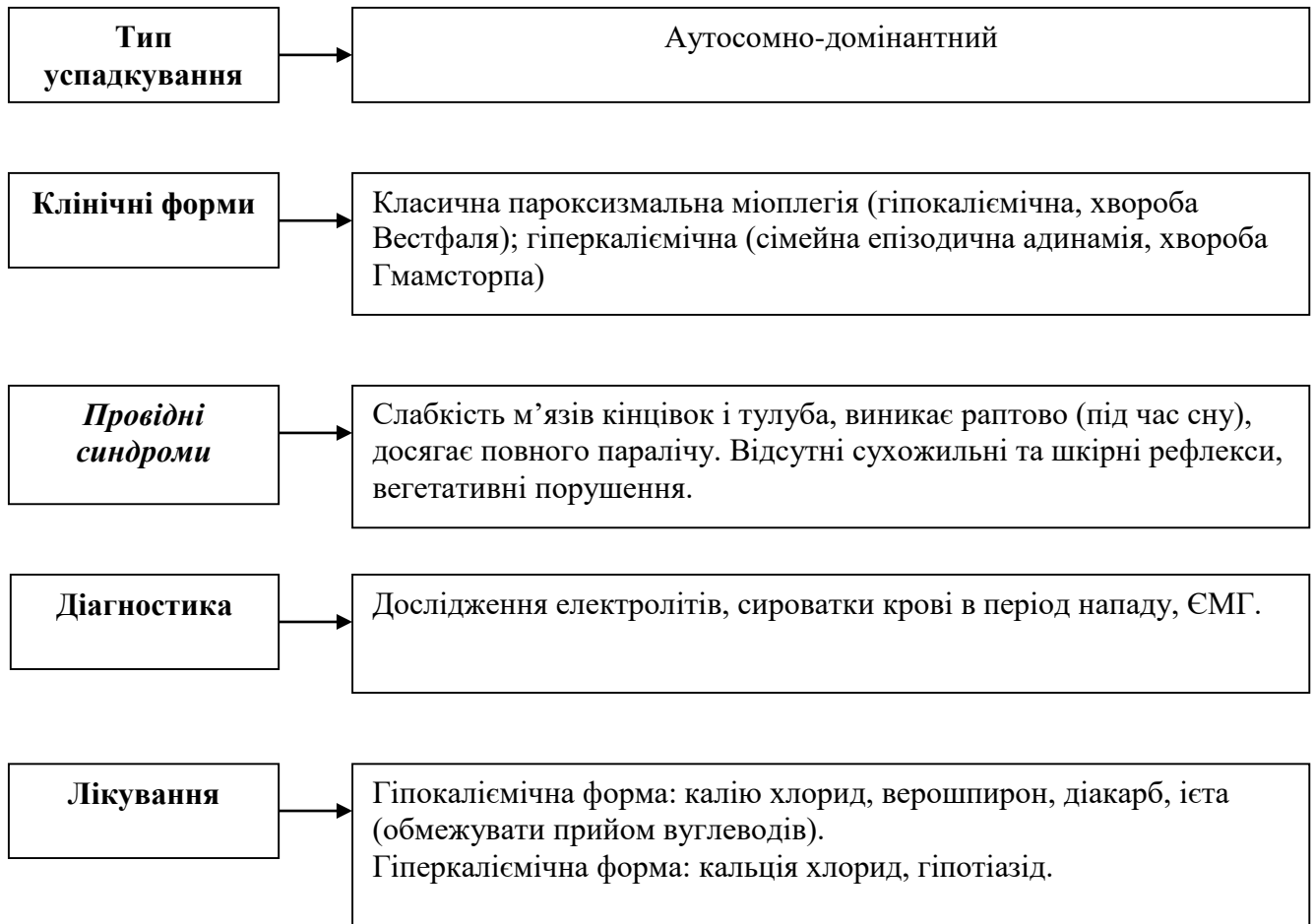








Пароксизмальна міоплегія



М'язові дистонії



VI. План і організаційна структура заняття

№ пп	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час (хв.)
I. Підготовчий етап					
1	Організація заняття.			Академ журн.	1
2	Визначення навчальних цілей і мотивація.			Див. „Навчальні цілі” „Актуальність теми	2
3	Контроль вихідного рівня знань. ① Класифікація, етіопатогенез, клініка, діагностика та лікування спадкових захворювань з ураженням пірамідної, екстрапірамідної, координаторної та нервово-м'язової систем та міастенії.	II	Фронтальна бесіда, 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 навиками обстеження хворих із спадковими захворюваннями з ураженням пірамідної, екстрапірамідної, координаторної та нервово-м'язової систем та міастенії. ② На підставі виявлених симптомів встановити топічний і клінічний діагнози, призначити лікування	III	Практичний тренінг у відпрацюванні навичок; професійний тренінг у вирішення нетипових клінічних ситуацій.	Хворі, історії хвороби. Професійний алгоритм формування навичок та вмінь. Текстові ситуаційні не типі задачі III рівня.	70
III. Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня професійних навичок та вмінь.	III	Індивідуальний контроль практичних навичок, оцінка	Хворі. Нетипові ситуаційні задачі III рівня.	8
6.	Обговорення результатів курації.		результатів клінічної роботи. Вирішення нетипових задач III рівня.		3
7.	Підведення підсумків практичного заняття.				3
8.	Домашнє завдання			Орієнтована карта для самост. роботи з літературою	1

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання для усного опитування.

1. Яка класифікація спадкових захворювань нервової системи з ураженням пірамідної, екстрапірамідної, координаторної та нервово-м'язової систем та міастенії?
2. Як проходить поширення захворювання в сім'ї у разі аутосомно-домінантного та аутосомно-рецесивного типів наслідування?
3. Вкажіть патогенетичний механізм розвитку гепатоцеребральної дистрофії.
4. Які клінічні форми гепатоцеребральної дистрофії?
5. Які принципи лікування гепатоцеребральної дистрофії?
6. Які патогенетичні механізми розвитку хореї Гентінгтона?
7. Яка клінічна картина хореї Гентінгтона?
8. Вкажіть клінічні особливості сімейного спастичного паралічу Штрюмпеля.
9. На підставі яких даних діагностуєте атаксію П'єра Марі?
10. Охарактеризуйте клініку атаксії Фрідрейха.
11. Які патогенетичні механізми виникнення основних симптомів хвороби Паркінсона?
12. Які сучасні принципи лікування хвороби Паркінсона?
13. Вкажіть особливості прогресування м'язових дистрофій, аміотрофій.
14. Назвіть клінічні форми м'язових дистрофій та лікування.
15. Патогенез, клінічні особливості, лікування міастенії.
16. Клінічні особливості пароксизмальної міоплегії.

Матеріали тестового контролю (I а)

1. Хворий А. 14 років скаржиться на відчуття скутості в нижніх кінцівках, підвищену стомлюваність при ходьбі. Об'єктивно: підвищення сухожильних рефлексів, (+) симптоми Бабінського, Оппенгейма. Поставте можливий діагноз.

*А. Сімейний спастичний параліч Штрюмпеля.

В. Гепатоцеребральна дистрофія.

С. Мозжечкова атаксія.

Д. Міотонія.

Е. Прогресуюча м'язова дистрофія Ерба-Рота.

2. У дитини, 8 років, виявляється атрофія м'язів тазу і проксимальних відділів ніг, відсутність колінних рефлексів, ретракція ахіллового сухожилля, піднімаючись, спирається руками об стегна, відзначаються зміни в серцевому м'язі і невиражена розумова відсталість, литкові і дельтовидні м'язи збільшені в розмірах. Поставте можливий діагноз.

А. Міотонія Оппенгейма.

В. Плече-лопатково-лицьова форма Ландузі-Дежеріна.

С. Первинна міодистрофія Ерба.

*D. Псевдогіпертрофічна форма Дюшена.

E. Міотонія Томсона.

3. Хворий П. 52 років скаржиться на загальну скутість, тремор пальців рук, біль в великих суглобах, що проходять при рухах. При огляді: поза манекена, обличчя гіпомімічне, голос тихий, мова монотонна, млява, малоемоціональна; м'язовий тонус підвищений в кінцівках, гіпокінезія, хода дрібними кроками, руки притиснуті до тулуба, ускладнені зупинка і повороти. Який синдром спостерігається у хворого?

A. Гемібалізм.

*B. Хвороба Паркінсона.

C. Хорея.

D. Атетоз.

E. Синдром Стюарта-Холмса

4. У підлітка Л. 16 років слабкість м'язів тазового пояса і проксимальних відділів нижніх кінцівок з гіпотрофією, симптоми «осиної» талії, губи тапіра, поперечна посмішка. Відсутні глибокі рефлекси, відзначається розхитаність суглобів. Піднімаючись хворий спирається на навколишні предмети. Поставте можливий діагноз.

A. Вторинна невральна амиотрофія Русі-Леві.

B. Первинна м'язова дистрофія, центральна-ядерна форма.

C. Вторинна спинальна амиотрофія Вердніга-Гофмана.

*D. Первинна м'язова дистрофія, форма Ерба.

E. Вторинна невральна амиотрофія Шарко-Марі-Тута.

5. У хворого Р. 18 років на тлі активного ревматичного процесу виникли гіперкінези, які характеризуються різними за силою і локалізацією скороченнями м'язів, виникають не ритмічно і не стереотипно на тлі зниженого м'язового тону із збільшеним обсягом пасивних рухів в суглобах. Визначте вид гіперкінезу.

A. Тік.

B. Торсіонна дистонія.

C. Тремор.

D. Гемібалізм.

*E. Хорея.

6. Чоловік О. 57 років скаржиться на сповільнення ходи, зміну постави, скутість в кінцівках, тремтіння пальців рук, нижньої щелепи, голови, нездатність утримувати тіло в вертикальному положенні (мимовільні нахили вперед). Об'єктивно: ахейрокінез, монотонна уповільнена мова, рідкісне моргання, м'язова ригідність, зменшення тремору при русі, тремор кистей нагадує «катання пігулок». Ваш попередній діагноз:

*A. Хвороба Паркінсона.

B. Атаксія Фрідрейха.

C. Мозжечкова атаксія П'єро-Марі.

D. Паркінсонізм судинний.

E. Есенціальний тремор.

7. Хвора Л. 16 років скаржиться на мимовільні рухи в м'язах обличчя, шиї, верхніх кінцівках, скутість. Об'єктивно: інтелект знижений, ригідність м'язів шиї, торсіонна дистонія, мова переривчаста, на рогівці - кільце зеленувато-коричневого кольору. Екскреція міді з сечею - 85 мкг / добу, зниження кількості міді в крові. Поставте попередній діагноз:

- A. Спастична параплегія Штрюмпеля.
- B. Хорея Гентінгтона.
- C. Ревматична хорея.
- D. Розсіяний склероз, церебральна форма.
- *E. Хвороба Вільсона-Коновалова.

8. У хворого В. 52 років скарги на тремтіння в руках, що посилюються після емоційних навантажень, зміна мови, почерку. Об'єктивно мова повільна, тиха, гіпомімія, тремор в верхніх кінцівках за типом «рахунку монет». Синдром Нойка-Ганева позитивний з 2-х сторін. Назвіть діагноз.

- *A. Хвороба Паркінсона.
- B. Атетоз.
- C. Синдром ураження внутрішньої капсули.
- D. Синдром ураження мозочка.
- E. Синдром ураження зорового бугра.

9. Хворий О. 25 років хворіє протягом 12 місяців, скаржиться на періодично виникаючу м'язову слабкість, яка посилюється при повторних стереотипних рухах до кінця дня, турбує утруднене ковтання, осиплість голосу, слабкість в м'язах шиї. Об'єктивно: гіпомімія, дизартрія, дисфонія, знижені піднебінний і глотковий рефлекс, знижена м'язова сила в кінцівках. Після застосування прозерину стан значно поліпшується. Ваш діагноз?

- *A. Міастенія, генералізована.
- B. Розсіяний склероз.
- C. Бічний аміотрофічний склероз.
- D. Поліомієліт.
- E. Стовбуровий енцефаліт.

10. Хвора С. 52 років скаржиться на насильницькі рухи м'язів обличчя, верхніх і нижніх кінцівок, підвищену дратівливість, зниження пам'яті і працездатності. Об'єктивно: уповільнена мова, мимовільні гримаси, емоційна лабільність. КТ - атрофія кори великого мозку. Ваш попередній діагноз?

- A. Ревматична хорея.
- *B. Хорея Гентінгтона.
- C. Хореїчний синдром.
- D. Гепатоцеребральна дистрофія.
- E. Сенільна хорея.

11. Дитина народилася в термін, при народженні монголоїдний тип обличчя, очі вузькі з косим розрізом, дифузна м'язова гіпотонія. Батькам дитини більше 45 років. Об'єктивно: маленького зросту, обличчя сплюснене, широке плоске перенісся, рот напіввідкритий, язик висунутий із глибокими поперечними складками на поверхні. Відзначається відставання в розумовому і фізичному розвитку. Ваш діагноз?

- A. Дитячий церебральний параліч.
- B. Параплегія Штрюмпеля.
- C. Хвороба Вердніга-Гоффмана.
- D. Синдром Шерешевського-Тернера.
- *E. Хвороба Дауна.

12. У дитини В. 13 років скарги на мимовільні швидкі рухи в різних частинах тіла. В анамнезі: ревматизм, ангіна. Об'єктивно: зниження м'язового тону, некоординовані рухи дистальних відділів рук, гримаси. При емоціях ці рухи посилюються, уві сні зникають. Назвіть синдром.

- A. Синдром паркінсонізму.
- B. Хорея Гентінгтона.
- C. Атетоз.
- *D. Мала хорея.
- E. Міоклонус - епілепсія.

13. Хворий В. 25 років скаржиться на скутість в ногах і швидко стомлюваність при ходьбі. Об'єктивно: спастична хода, сухожильні і м'язові контрактури, патологічні згинальні і розгинальні рефлекс, сухожильні рефлекс підвищені. Черевні рефлекс збережені. Інтелект збережений. Функція тазових органів не порушена. Який діагноз найбільш вірогідний?

- *A. Сімейний спастичний параліч Штрюмпеля
- B. Гепатоцеребральна дистрофія
- C. Міотонія Томсона
- D. Хвороба Фрідрейха
- E. Аміотрофія Шарко-Марі

14. Хвора А. 15 років скаржиться на утруднене розслаблення м'язів після їх скорочення. Хворіє 3 роки, прогресування процесу не зазначає. Також хворіють батько і брат. Об'єктивно: спостерігаються тонічні спазми м'язів, обумовлені рухами, затримується фаза розслаблення м'язів. Повторні руху зменшують міотонічні спазми. При пальпації м'язи тверді, напружені. Після удару молоточком залишається ямка. Інших порушень не виявлено. Який діагноз найбільш вірогідний?

- *A. Міотонія Томсона
- B. М'язова дистрофія Дюшена
- C. М'язова дистрофія Ландузі-Дежеріна
- D. М'язова дистрофія Ерба-Рота
- E. Міастенія.

15. Хворий Л. з 12 років став відзначати стомлюваність в ногах, особливо в стегнах при підйомі по сходах. Протягом декількох років поступово наростала слабкість в ногах і м'язах плечового пояса. У матері і сестри відзначаються ті ж симптоми. При огляді: очні щілини розширені, губи потовщені, гіпотрофія м'язів плечового і тазового пояса, «крилоподібні лопатки». Знижені сухожильні рефлекси. Порушень чутливості немає. Який діагноз найбільш вірогідний?

- *А. М'язова дистрофія Ерба-Рота.
- В. М'язова дистрофія Ландузі-Дежеріна
- С. М'язова дистрофія Дюшена
- Д. Невральна аміотрофія Шарко-Марі
- Е. Міотонія Томсона.

Тести та типові задачі II рівня

Тести II рівня

№ пп	Тести II рівня	Еталон відповіді
1.	Назвіть спадкові захворювання з ураженням координаторної системи: а) прогресуюча м'язова дистрофія; б) міастенія; в) атаксія П'єра Марі; г) атаксія Фрідрейха; д) сімейний параліч Штрюмпеля	в); г)
2.	Відмітьте симптоми гепатоцеребральної дистрофії: а) геміплегія; б) застійні диски зорових нервів; в) кільця Кайзера-Флейшера; г) чутливі порушення; д) ознаки ураження печінки; е) гіперкінези	в); д); е)
3.	Назвіть спадкові захворювання з ураженням нервово-м'язової системи: а) псевдо гіпертрофічна форма Дюшена; б) сімейна параплегія Штрюмпеля; в) ювенільна форма Ерба-Рота; г) міастенія; д) хвора Паркінсона	а), в)
4.	Відмітьте симптоми міастенії: а) стомлюваність м'язів; б) чутливі порушення; в) околорухові порушення; г) застійні диски зорових нервів; д) прозерина проба; е) гіперкінези.	а), в), д)

Типові задачі II рівня

№ пп	Типові задачі II рівня	Еталон відповіді
1.	Хворий скаржиться на швидкі, не ритмічні, мимовільні рухи, що виникають безладно. При обстеженні: мова повільна, супроводжується зайвими звуками, емоційна нестійкість гримаси, неадекватно жестикулює. Встановити клінічний діагноз, тактику ведення, лікування.	Хорея Гентингтона
2.	У молодій жінки після фізичного навантаження з'явилась м'язова слабкість, стомлювання під час розчісування волосся. Неврологічне обстеження: птоз, зіничні реакції живі, анізокорія, феномен М.Уолкера: згинання і розгинання м'язів передпліччя, наростання птозу. Встановити клінічний діагноз, тактику ведення, лікування.	Міастенія

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Професійний алгоритм формування навичок і вмінь обстеження хворого на менінгіт.

№	Завдання	Вказівки	Примітки
1.	Оволодіти методи обстеження хворих зі спадковими захворюваннями на міастенію. Обстежити хворих зі спадково-дегенеративними захворюваннями та міастенію.	Обстеження виконувати в такій послідовності: 1) скарги хворого; 2) збір анамнезу; 3) обстеження рефлекторно-рухової функції; 4) обстеження функції черепних нервів; 5) дослідження координаторних рухів та функцій ЕПС; 6) виявлення чутливих порушень; 7) дослідження вищих кіркових функцій; 8) дослідити проб на стомлюваність м'язів при їх навантаженні (у разі наявності міастенії); 9) аналіз даних додаткових методів обстеження; 10) провести диференціальну діагностику.	З'ясуйте, чи захворювання має спадковий характер, в якому віці почалося, який його перебіг? Зверніть увагу на ходу хворого, конфігурацію ніг, стоп на наявність у хворих м'язових атрофій та симптомів, які виникають у разі атрофії м'язів, фасцикулярних та фібрилярних посмикувань, псевдогіпертрофій, зниження сухожильних рефлексів, екстрапірамідних розладів, мозочкових когнітивних функцій. Відмітьте, чи поєднується неврологічна патологія з розладами серцево-судинної, нейроендокринної, кісткової систем.
2.	Поставити топічний і	Згрупуйте виявлені симптоми у	Згрупуйте виявлені симптоми у

	клінічний діагнози, намітити план лікування.	синдроми, вкажіть локалізацію процесу. Проаналізуйте скарги, дані анамнезу, врахуйте дані додаткових методів дослідження, встановіть клінічний діагноз, форму, стадію хвороби. Складіть схему лікування.	синдроми.
--	--	--	-----------

3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Нетипові задачі III рівня.

№ пп	Нетипові задачі III рівня	Еталон відповіді
1.	У хворого, 35 років, через місяць після перенесеного грипу розвинулась загальна м'язова слабкість, забруднення при ковтанні, „гунявість” голосу, які наростали після навантаження відповідних м'язів. Який попередній діагноз? Яка форма захворювання? Які додаткові дослідження підтверджують діагноз? Яке лікування необхідно призначити?	Міастенія, генералізована форма.
2.	У хворого, 50 років, скарги на тремтіння голови, загальну скутість, тремтіння правої руки. При огляді: сальність шкіри, гіпергідроз, гіпомімія, олігобрадікінезія, пластична гіпертонія, с-м Нойка позитивний, періодично пропульсії тремтіння верхніх кінцівок по типу „катання пілюль”. Який попередній діагноз? Яка форма захворювання? Які додаткові дослідження підтверджують діагноз? Яке лікування необхідно призначити?	Хвороба Паркінсона.
3.	Хворий, 17 років, скаржиться на слабкість в руках і ногах, переважно проксимальних відділах схуднення м'язів, забруднення при ходьбі. Хворіє близько 2-х років, захворювання повільно прогресує. Виявлена незначна атрофія м'язів плечового і тазового поясів. Лопатки „крилоподібні”. Сухожильні рефлексивні знижені. Патологічних рефлексів немає, тест вставання „дробиною”, „качина” хода. Визначте локалізацію патологічного вогнища. Сформулюйте клінічний діагноз. Вкажіть форму захворювання. Призначте лікування.	М'язова дистрофія Ерба-Рота.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

Орієнтована карта самостійної роботи з літературою.

Основні завдання	Вказівки
Вивчити	
Класифікацію, патогенез, форми захворювання, клінічні прояви, діагностику, лікування спадкових захворювань нервно-м'язового апарату, міастенії, міастенічних синдромів.	Скласти таблицю з класифікацією, клінічними формами, методами діагностики та лікування кожного захворювання цієї групи.
Класифікацію, патогенез, форми захворювання, клінічні прояви, діагностику, лікування спадкових захворювань з ураженням пірамідної, екстрапірамідної та координат орної систем.	Скласти таблицю з класифікацією, клінічними формами, методами діагностики та лікування хворих з спадковими захворюваннями з ураженням пірамідної, екстрапірамідної та координат орної систем.

Вроджені дефекти хребта і спинного мозку. Сирингомієлія.

I. Актуальність теми:

Загальна частота вроджених вад розвитку складає 15-42 на 1000 новонароджених. З них частка вад нервової системи складає 26-28%.

Інтенсивне формування нервової системи у внутрішньоутробному періоді, синхронність розвитку окремих її елементів можуть легко порушуватись під впливом на плід несприятливих факторів – вірусних захворювань матері, недостатності матково-плацентарного кровообігу, іонізуючої радіації, вібрації, тератогенних речовин тощо. Основне значення в порушенні ембріонального розвитку надається не стільки природі шкідливого фактору, скільки часовому збігу його впливу з періодами інтенсивного формування нервової системи – так званими критичними періодами. Порушення ембріонального розвитку в I триместрі вагітності призведе до грубих вад розвитку нервової системи – дефектам змикання нервової трубки, порушенню росту і диференціації мозкових гемісфер і шлуночкової системи мозку. Патологічні впливи на пізніх стадіях вагітності та в перинатальному періоді, зазвичай не спричиняють тяжких вад розвитку, а призводять до порушення мієлінізації структур нервової системи, зменшенню дендритів тощо. Аномалії і вади розвитку нервової системи часто супроводжуються множинними малими аномаліями розвитку (стигмами дизембріогенезу). Це зумовлено тим, що шкіра та нервова система розвиваються з одного ембріонального зачатку – ектодерми. Високий поріг стигматизації, коли кількість малих аномалій розвитку у одного хворого перевищує 5-7, опосередковано свідчить про несприятливий перебіг внутрішньоутробного розвитку і про можливість аномалій та вад розвитку нервової системи.

В умовах екологічно несприятливої ситуації в країні у цілому та безпосередньо в нашому індустріально розвиненому місті зростає значення впливу на плід вищезазначених чинників та з'являється невідмінна і беззаперечна необхідність у вивченні вроджених вад розвитку нервової системи.

II. Навчальні цілі заняття:

Студень повинен **знати:**

1. Функціональну морфологію нервової системи: особливості філогенезу, основні етапи онтогенезу;
2. Основні клінічні ознаки краніо-вертебральних аномалій, а саме: синдрому Кліпфель-Вейля, Арнольда-Кіарі. (а-II);
3. Основні клінічні прояви недорозвинення спинного мозку (а-II);
4. Основні клінічні прояви спинномозкових кил, їх локалізація, причини формування (а-II);
5. Методи діагностики, їх особливості, алгоритм дії невролога для ранньої діагностики вроджених вад хребта і спинного мозку, нагляд за хворими (а-II);
6. Основні напрямки терапії вроджених вад хребта і спинного мозку (а-II);
7. Етіологію, патогенез, патоморфологічні зміни при сирингомієлії (а-II);
8. Ураження нервової системи, пов'язані з сирингомієлією – основні клінічні форми (а-II);
9. Особливості клінічних синдромів, перебігу, даних додаткових методів обстеження хворих на сирингомієлію (а-II);

10. Діагностичні критерії сирингомієлії, принципи терапії (а-II).

Студень повинен **вміти**:

1. Зібрати анамнез захворювання;
2. Обстежити неврологічний статус хворого, визначити провідний неврологічний синдром, провести лабораторно-інструментальне дослідження, вміти інтерпретувати їх дані (а-III);
3. Обґрунтовувати попередній діагноз (а-III);
4. Призначити додаткові методи обстеження та оцінити їх результати (а-III);
5. Обґрунтовувати заключний діагноз згідно клінічних класифікацій (а-III);
6. Проводити диференціальну діагностику вроджених дефектів хребта і спинного мозку, сирингомієлії (а-III);
7. Скласти план лікування з урахуванням етіології, патогенезу, тяжкості перебігу захворювання (а-III);
8. Визначити тактику при ускладненому перебігу захворювання (а-III).
9. Визначити прогноз перебігу захворювання у даного хворого (а-III).

На основі отриманих знань висунути пропозиції щодо нових методів ранньої діагностики, принципів профілактики вроджених дефектів хребта і спинного мозку, сирингомієлії (а-IV).

III. Виховні цілі

Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність постановки діагнозу, оцінки загального стану, виявлення ускладнень. Сформувані деонтологічні уявлення щодо особливості відношення майбутнього фахівця до пацієнта.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліна	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни (забезпечуючі):		
Нормальна анатомія	Будову хребта, спинного мозку, судинної системи	Визначити місце розташування патологічного осередку в ЦНС
Нормальна фізіологія	Функціональні особливості спинного мозку	Визначити нормальну функцію спинного мозку на різних рівнях
Патанатомія	Патоморфологічні зміни в мозковій тканині за наявності вроджених вад спинного мозку, сирингомієлії	Визначити патоморфологічні зміни в мозковій тканині при вроджених дефектах спинного мозку, сирингомієлії
Патофізіологія	Зміни в діяльності спинного мозку при вроджених вадах спинного мозку, сирингомієлії	Визначити симптоми порушення діяльності спинного мозку на різних

		рівнях та при враженні різних структур
II. Наступні дисципліни (забезпечуємі):		
Педіатрія, неонатологія	Етіологію, патогенез, клінічні прояви, особливості перебігу вроджених вад хребта, спинного мозку	Виставити попередній діагноз, призначити додаткові методи дослідження
Медична генетика	Особливості ранньої діагностики вроджених вад хребта, спинного мозку. Медико-генетичне консультування.	Встановлювати діагноз, призначити додаткові обстеження для попередження народження дітей з вродженими вадами хребта, спинного мозку
Нейрохірургія	Особливості клініки вроджених вад хребта, спинного мозку, диференціальну діагностику з пухлинами, абсцесами спинного мозку, травматичним ураженням. Принципи нейрохірургічного лікування: показання, можливості, прогноз.	Проводити диференціальну діагностику з пухлинами, абсцесами спинного мозку, травматичним ураженням. Обґрунтовувати показання до нейрохірургічного лікування.
Дитяча хірургія	Особливості клініки вроджених вад хребта, спинного мозку, диференціальну діагностику з пухлинами, абсцесами спинного мозку, травматичним ураженням.	Визначати тактику ведення хворого
Акушерство та гінекологія	Особливості клініки вроджених вад хребта, спинного мозку	Встановлювати діагноз, попереджувати народження дітей з вродженими вадами хребта, спинного мозку
Професійні хвороби	Особливості клінічних синдромів, перебігу, даних додаткового обстеження хворих на сирингомієлію	Проводити диференційну діагностику із вібраційною хворобою

III. Внутрішньопредметна інтеграція (між темами даної дисципліни):		
Спинальна травма	Клінічні особливості спинальної травми на різних рівнях	Визначити основні клінічні симптоми та принципи терапії
Перинатальні ураження нервової системи	Особливості ураження нервової системи за наявності перинатальної патології	Встановлювати клінічний діагноз, обґрунтовувати його
Пухлини спинного мозку	Клінічні прояви екстра- та інтрамедулярних пухлин	Проводити диференційну діагностику ураження спинного мозку на різних рівнях та при враженні різних структур з урахуванням етіопатогенезу захворювання

V. Зміст теми заняття

Схема 1



Тріада симптомів:

- ✓ укорочення шиї (до її повного зникнення)
- ✓ низька межа росту волосся
- ✓ обмеження рухів голови

2 рентгенологічних типи деформації

1. I хребець злитий з іншими шийними хребцями
2. I хребець утворює синостоз з потиличною кісткою

Схема 2

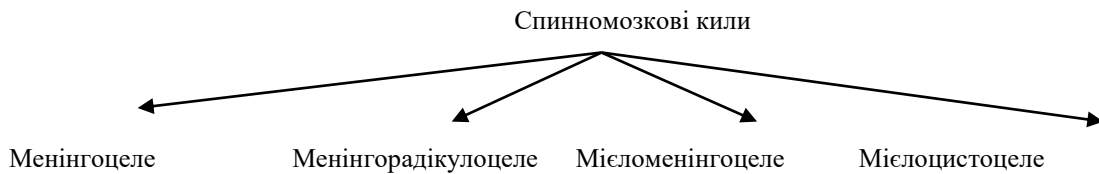


Схема 3

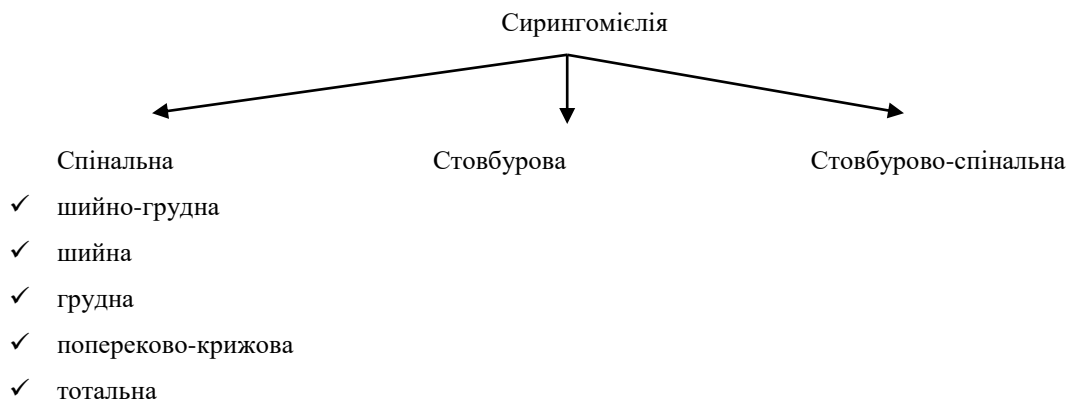
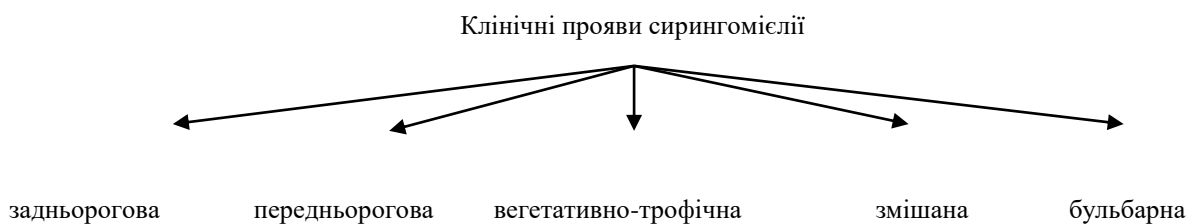


Схема 4



VI. План і організаційна структура заняття:

№	Основні етапи заняття, їх функції і зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивності)	Час (хв)
I. Підготовчий етап					
1.	Організація заняття			Академічний журнал	1
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація			П2. «Навчальні цілі» П1. «Актуальність»	2
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:			Методичні розробки	
	1). Функціональна морфологія нервової системи: особливості філогенезу, основні етапи онтогенезу;	I	Тестовий контроль I рівня	Тематичні таблиці, плакати, слайди, структурно-логічні схеми	30
	2). Основні клінічні ознаки краніо-вертебральних аномалій;		Індивідуальне усне опитування	Питання для індивідуального усного опитування	
	3). Основні клінічні прояви недорозвинення спинного мозку;	II	Фронтальна бесіда	Тестові завдання I, II рівня	
	4). Основні клінічні прояви спинномозкових кил, їх локалізація, причини формування;	II		Типові задачі II рівня	
	5). Методи діагностики, їх особливості, алгоритм дії невролога для ранньої діагностики вроджених вад хребта і спинного мозку, нагляд за хворими;	II			
	6). Основні напрямки терапії вроджених вад хребта і спинного мозку;	II	Тестовий контроль II рівня		
	7). Етіологію, патогенез, патоморфологічні зміни при сирингомієлії;	II	Рішення типових задач II рівня		
	8). Ураження нервової системи, пов'язані з сирингомієлією – основні клінічні форми;	II			
	9). Особливості клінічних	II			

<p>синдромів, перебігу, даних додаткових методів обстеження хворих на сирингомієлію;</p> <p>10). Діагностичні критерії сирингомієлії, принципи терапії.</p>	<p>II</p> <p>II</p>			
II. Основний етап				
<p>Формування професійних навичок та вмінь:</p> <p>1). Зібрати анамнез захворювання;</p> <p>2). Обстежити неврологічний статус хворого, визначити провідний неврологічний синдром, провести лабораторно-інструментальне дослідження, вміти інтерпретувати їх дані;</p> <p>3). Обґрунтовувати попередній діагноз;</p> <p>4). Призначити додаткові методи обстеження та оцінити їх результати;</p> <p>5). Обґрунтовувати заключний діагноз згідно клінічних класифікацій;</p> <p>6). Проводити диференціальну діагностику вроджених дефектів хребта і спинного мозку, сирингомієлії;</p> <p>7). Скласти план лікування з урахуванням етіології, патогенезу, тяжкості перебігу захворювання;</p> <p>8). Визначити тактику при ускладненому перебігу захворювання;</p> <p>9). Визначити прогноз перебігу захворювання у даного хворого.</p>	<p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>IV</p>	<p>Методи формування навичок:</p> <p>професійний тренінг,</p> <p>рішення тестів II рівня, типових задач II рівня</p> <p>Методи формування вмінь:</p> <p>професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій, задачі III рівня</p>	<p>Алгоритми для формування практичних навичок</p> <p>Методичні розробки.</p> <p>Неврологічні молоточки. Таблиці.</p> <p>Тести, типові задачі III рівня</p> <p>Алгоритми для формування професійних вмінь.</p> <p>Пацієнти. Історії хвороби пацієнта.</p> <p>Ситуаційні нетипові задачі.</p> <p>Імітаційні ігри.</p> <p>Обладнання.</p> <p>Дані люмбальної пункції, КТ, ЯМР-дослідження</p>	<p>90</p>

III Заключний етап					
1.	Контроль і корекція рівня професійних вмінь та навичок	III	Методи контролю навичок:	Обладнання	8
2.	Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного)		індивідуальний контроль практичних навичок та їх результатів.	Результати клінічного обстеження.	3
3.	Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)		Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи, рішення тестів, задач	Задачі III рівня Тестові завдання III рівня Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою	1

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття:

7.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Матеріали для тестового контролю (I а):

1. Хворий, 42 років, працює на заводі, скаржиться на пекучі болі в шиї, між лопатками з іррадіацією в праву руку, крім того в останні місяці відзначає, що погано розрізняє температуру цією рукою і менше відчуває біль, ніж лівою рукою, порушення чутливості в області плеча, в подальшому поширилися до кисті. У неврологічному статусі: сегментарні порушення чутливості по типу «напівкуртки» праворуч. Трофічних порушень немає. У лікворі: білково-клітинна дисоціація. Встановіть попередній діагноз.

A. Вертеброгенний корінцевий синдром.

B. Мієліт спинного мозку.

*C. Сирингомієлія.

D. Екстрамедулярна пухлина.

E. Інтрамедулярна пухлина.

2. Хворий, 22 років, студент, звернувся до лікаря зі скаргами на пекучі болі в правій руці, в області верхнього плечового пояса справа. Об'єктивно: розлад поверхневої чутливості, у вигляді «напівкуртки» праворуч, при збереженні глибокої: сліди від опіків, деформація грудної клітки. Поставте попередній діагноз.

*A. Сирингомієлія.

B. Комплекси

C. Мієліт.

D. Бічний аміотрофічний склероз.

E. Пухлина спинного мозку.

3. У хворого, 36 років, без видимих причин з'явилися і поступово стали наростати периферичний верхній парапарез, розлади чутливості по сегментарно-дисоційованому типу у вигляді «куртки» (відсутність больової і температурної чутливості при збереженні м'язово-суглобової в сегментах C1- DVII), артропатії

плечових і ліктьових суглобів, вегетативно-трофічні розлади обох кистей, симптом Горнера справа. Назвіть найбільш вірогідний діагноз.

- A. Полінейропатія
- B. Поліомієліт
- C. Ішемічна мієлопатія
- *D. Сирингомієлія
- E. Мієліт

4. У хворого, 32 роки, з'явилося порушення голосу (осиплість), приєдналася дизартрія, яка поступово наростала, надалі з'явився розлад ковтання. При огляді: дизрафічний статус, порушення поверхневої чутливості в зоні Зельдера, м'яке піднебіння звисає, глотковий рефлекс відсутній, виражена атрофія м'язів мови, переважно зліва. Дисфонія, дизартрія, дисфагія. Який діагноз найбільш вірогідний?

- *A. Сирингобульбія.
- B. Базальний арахноидит.
- C. Базальний саркоїдоз з бульбарним синдромом.
- D. Розсіяний склероз.
- E. Стовбуровий енцефаліт

5. Хворий, 36 років, звернувся до лікаря зі скаргами на пекучі болі в правій руці, в області верхнього плечового пояса справа. Об'єктивно: розлад поверхневої чутливості, у вигляді «напівкуртки» праворуч, при збереженні глибокої: сліди від опіків, деформація грудної клітки. Яке консервативне лікування необхідно даному хворому:

- A. Амінокислоти, вітаміни групи В, антихолінергічні препарати.
- B. Пульс-терапія кортикостероїдами (метилпреднізолоном).
- C. Великі дози антибіотиків
- *D. НПЗЗ, ненаркотичні анальгетики
- E. Міорелаксанти, вітаміни групи В

6. У хворого, 31 рік, без видимої причини з'явилися периферійний верхній парапарез, розлад чутливості по сегментарно-дисоційованому типу у вигляді "куртки", артропатії плечових та ліктьових суглобів, вегетативно-трофічні розлади обох кистей, симптом Горнера ліворуч. Який найбільш достовірний діагноз?

- *A. Сирингомієлія
- B. Поліневропатія
- C. Поліомієліт
- D. Ішемічна мієлопатія
- E. Мієліт

7. У хворого спостерігались такі бульбарні симптоми: парез язика (атрофія, інколи фібрилярні посмикування), глотки, гортані та м'якого піднебіння (порушення фонації, ковтання, артикуляції) і розлади поверхневої чутливості в латеральних відділах обличчя (зовнішні зони Зельдера). Що є причиною вищевказаних розладів?

A. Сирингомієлія

*B. Сирингобульбія

C. Поліомієліт

D. Ішемічна мієлопатія

E. Мієліт

8. У хворого, 36 років, випадання больової і температурної чутливості за типом «напівкуртки». Для якого захворювання характерне поєднання даних симптомів?

A. Шейно-грудний радикуліт.

B. Розсіяний склероз.

C. Полірадикулоневрит.

D. Пухлина спинного мозку.

*E. Сирингомієлія.

9. Хворий, 19 років, студент, скаржиться на пекучі болі в шії, між лопатками з іррадіацією в праву руку, крім того в останні місяці відзначає, що погано розрізняє температуру цією рукою і менше відчуває біль, ніж лівою рукою, порушення чутливості в області плеча, в подальшому поширилися до кисті. У неврологічному статусі: сегментарні порушення чутливості по типу «напівкуртки» праворуч. Трофічних порушень немає. У лікворі: білково-клітинна дисоціація. Поставте попередній діагноз.

A. Вертеброгенний корінцевий синдром.

B. Мієліт спинного мозку.

*C. Сирингомієлія.

D. Екстрамедулярна пухлина.

E. Інтрамедулярна пухлина.

10. Хвора, 22 років, звернулася до лікаря зі скаргами на пекучі болі в лівій руці, в області верхнього плечового пояса зліва. Об'єктивно: розлад поверхневої чутливості, у вигляді «напівкуртки» ліворуч, при збереженні глибокої. В анамнезі синдром Бернара-Горнера зліва. Визначте попередній діагноз.

*A. Сирингомієлія.

B. Розсіяний склероз

C. Мієліт.

D. Бічний аміотрофічний склероз.

E. Пухлина спинного мозку.

11. У хворої, 37 років, під час огляду виявлено сліди опіків на верхній кінцівці. Об'єктивно: порушення поверхневої чутливості по типу «куртки». Який тип порушення чутливості у хворої?

*A. Сегментарний спинальний тип.

B. Провідниковий спинальний тип.

C. Корінцевий тип.

D. Поліневритичний тип.

E. Демієлінізуючий тип

12. У хворої, 28 років, виявлено порушення больової і температурної чутливості при збереженні тактильної на рівні С5. Який тип порушення чутливості у хворого:

- A. Мононевритичний
- B. Поліневритичний
- C. Корінцевий
- *D. Сегментарний дисоційований
- E. Провідниковий спинальний

13. У хворого, 40 років, з сирингомієлією розвинулися: екзофтальм, звуження очної щілини, міоз, гомолатеральні порушення секреції сльози. Назвіть синдром.

- A. Синдром крилопіднебінного вузла
- B. Синдром Пті
- *C. Синдром Горнера
- D. Синдром верхньої очної щілини
- E. Синдром війкового вузла

14. Який вид чутливості порушений у хворого з діагнозом «Сирингомієлія»?

- A. Спеціальна
- *B. Екстероцептивна
- C. Пропріоцептивна
- D. Складна
- E. Інтероцептивна

15. У хворого, 32 років, з'явилося порушення голосу (осиплість), приєдналася дизартрія, які поступово наростали, надалі з'явився розлад ковтання. При огляді: дизрафічний статус, порушення поверхневої чутливості в зоні Зельдера, м'яке піднебіння звисає, глотковий рефлекс відсутній, виражена атрофія м'язів мови, переважно зліва. Дисфонія, дизартрія, дисфагія. Який діагноз найбільш вірогідний?

- *A. Сирингобульбія.
- B. Базальний арахноидит.
- C. Базальний саркоїдоз з бульбарним синдромом.
- D. Розсіяний склероз.
- E. Стовбуровий енцефаліт

Матеріали для індивідуального усного опитування: (рівень II)

- 19. Які етапи формування нервової системи в процесі еволюції?
- 20. Які основні етапи онтогенезу нервової системи, критичні періоди?
- 21. Які клінічні ознаки притаманні синдрому Кліппель-Вейля?
- 22. Які клінічні ознаки і варіанти синдрому Арнольда-Кіарі Ви знаєте?
- 23. Які клінічні прояви спостерігаються при недорозвиненні спинного мозку?
- 24. Які клінічні прояви спинномозкових кил, їх локалізація, причини формування?

25. Методи діагностики, їх особливості, алгоритм дії невролога для ранньої діагностики вроджених вад хребта і спинного мозку, нагляд за хворими.
26. Диференційна діагностика вроджених вад хребта і спинного мозку.
27. Які основні напрямки терапії вроджених вад хребта і спинного мозку?
28. Етіологія, патогенез, патоморфологічні зміни при сирингомієлії
29. Які основні клінічні форми сирингомієлії? Їх характеристика.
30. Особливості клінічних синдромів, перебігу, даних додаткових методів обстеження хворих на сирингомієлію
31. Діагностика сирингомієлії?
32. Підходи в лікуванні сирингомієлії в залежності від клінічної форми, перебігу захворювання?
33. Диференційна діагностика з пухлинами спинного мозку, БАС тощо.
34. Прогноз, трудова експертиза?

Матеріали для тестового контролю (Іа):

Тест 1 – тест з множинним вибором

Методом вибору об'єктивізації ураження спинного мозку в разі сирингомієлії є:

1. магнітно-резонансна томографія
2. рентгенографія
3. ехоенцефалоскопія
4. електроенцефалографія
5. рентгеноангіографія
6. реоенцефалографія
7. реовазографія
8. ліквородіагностика
9. електрокімографія
10. доплерографія

Відповідь: 1,3,4,6,7,8.

Основними клінічними проявами сирингомієлії є:

1. сегментарний дисоційовано-задньороговий тип порушення чутливості
2. центральний парез нижніх кінцівок
3. периферичний парез верхніх кінцівок
4. формування характерної «когтистої кисті» або «мавпячої лапи»
5. формування характерної «кисті акушера»
6. формування характерних контрактур за типом «ласти моржа», «шиї лебедя»
7. «глибинний» біль різної локалізації з парастезіями
8. тунельні мононейропатії
9. вегетативно-трофічні порушення
10. ураження мозкових оболонок

Відповідь: 1,3,4,7,9.

Пренатальна діагностика розщипин хребта базується на:

1. дослідженні вмісту альфа-фетопротеїну у крові та навколоплідних водах вагітної
2. дослідженні вмісту ацетилхолінестерази у крові та навколоплідних водах вагітної
3. консультація генетика
4. консультація дитячого нейрохірурга
5. проведенні інтроскопії плода (ультразвукове та ядерно-магнітне сканування)

Відповідь: 1,2,5.

Основними принципами хірургічного лікування розщипин хребта є:

1. відновлення цілісності тканин в області вади шляхом видалення кили
2. усунення фіксації спинного мозку та його корінців
3. накладання лігатур на лікворні шляхи вище і нижче кили
4. герметизація твердої мозкової оболонки
5. усунення дефекту м'яких тканин
6. усунення дефекту хребта шляхом кісткової пластики
7. застосування вогнищевого остеосинтезу

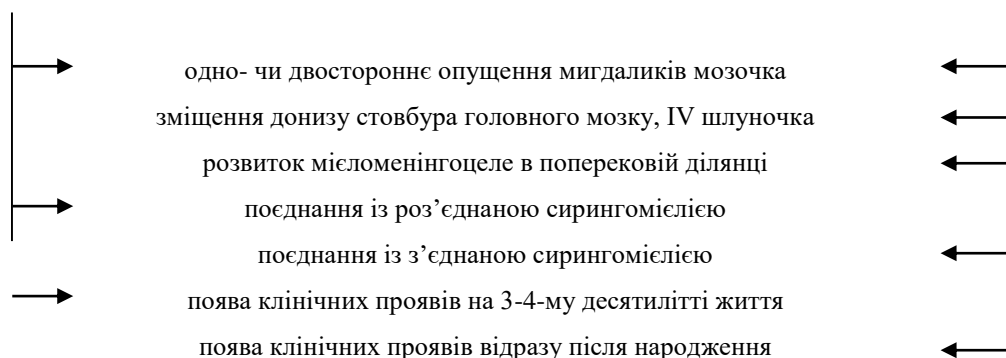
Відповідь: 1,2,4,5

Тест 2 – на знаходження співвідношення між елементами даних

Оберіть характерні клінічні ознаки притаманні мальформації Арнольда-Кіарі 1-го типу та 2-го типу:

мальформації Арнольда-Кіарі 1-й тип

мальформації Арнольда-Кіарі 2-й тип



Тест 3 – тест, що передбачає визначення правильної послідовності дії

Запропонувати алгоритм обстеження новонародженого з розщепленням хребта чи підозрою на неї відразу після народження, з урахуванням загального стану дитини, наявності розриву (його загрози) спинномозкової кили, рахішизису з ліквореєю, можливості і строків нейрохірургічного втручання.

Відповідь:

Принциповий алгоритм обстеження новонародженого з розщепленням хребта чи підозрою на неївиглядає так:*Тест 4 – на підстановку або із відповіддю, що самостійно конструюється*

Назвіть характерні ознаки сирингобульбії:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Відповідь:

- ✓ тригемінальні болі
- ✓ атрофія язика
- ✓ запаморочення
- ✓ параліч м'якого піднебіння
- ✓ параліч горлянки
- ✓ параліч глотки
- ✓ ністагм
- ✓ різноманітні вади розвитку (кіфосколиоз, шийні ребра, синдром короткої шиї, spina bifida тощо)

Типові задачі (II):

Чоловік 42 років, шеф-кухар ресторану, звернувся до лікаря зі скаргами на слабкість в правій руці та зниження чутливості в ній. Об'єктивно: на правій верхній кінцівці шрами від опіків, дрібні м'язи правої кисті атрофовані («мавпяча лапа»), шкіра кінцівки суха, місцями спостерігається її лущення. В неврологічному статусі: в'ялий парез в дистальному відділі правої руки, сухожилкові та періостальні рефлексів відсутні, порушення больової та температурної чутливості в правій руці та верхній частині тулуба (за типом «напівкуртки»).

Вам необхідно:

- Встановити попередній діагноз
- Намітити план обстеження пацієнта, враховуючи сучасні методи нейровізуалізації
- Спробувати передбачити результати додаткових методів обстеження та пояснити їх з урахуванням етіопатогенезу хвороби
- Викласти загальні принципи лікування

(Сирингомієлія)

При взятті новонародженого віком 7 днів на облік дільничним лікарем встановлено наявність у дитини вродженої вади розвитку хребта. Об'єктивно виявлене округле м'якотканинне випинання в попереково-

куприковому відділі хребта, шкіра над ним синюшного кольору, стоншена. При пальпації утворення туго-еластичної консистенції, напружене. Неврологічного дефекту зі сторони нижніх кінцівок та тазових органів не виявлено.

Вам необхідно:

- Встановити попередній діагноз
- Намітити план обстеження пацієнта, враховуючи консультації суміжних спеціалістів
- Спробувати пояснити, що з переліченого вище дає змогу сподіватися на відносно сприятливий прогноз для життя і одужання
- Викласти загальні принципи лікування

(spina bifida uverta – менінгоцеле)

(відсутність неврологічного дефіциту, відсутність ліквореї)

При огляді новонародженого у пологовому залі неонатолог виявив округле м'якотканинне випинання в поперековому відділі хребта, шкіра над ним синюшного кольору, стоншена, а на верхівці відсутня взагалі, відмічається підтікання прозорої рідини з верхівки цього утворення. Нижні кінцівки недорозвинені, рухи в них відсутні.

Вам необхідно:

- Встановити попередній діагноз
- Намітити план обстеження пацієнта, враховуючи консультації суміжних спеціалістів
- Спробувати пояснити, чому один із зазначених клінічних симптомів вимагає негайної консультації дитячого нейрохірурга (звичайно, назвати цей симптом)
- Викласти загальні принципи лікування

(spina bifida uverta – менінгомієлорадикулоцеле)

(лікворея)

При огляді дитячим неврологом 6 місячної дитини, яка обстежується в кардіологічному відділенні з приводу вродженої вади серця, виявлено: вкорочена шия, низька межа росту волосся, обмеження рухливості голови. В неврологічному статусі: ністагм, зниження рефлексів з піднебіння та глотки, «дзеркальні» рухи верхніх кінцівок.

Вам необхідно:

- Встановити попередній діагноз
- Намітити план обстеження пацієнта, враховуючи консультації суміжних спеціалістів та сучасні методи нейровізуалізації
- Спробувати пояснити, чому можливе поєднання вад розвитку нервової і серцево-судинної системи
- Викласти загальні принципи лікування

(синдром Кліппель-Вейля)

7.2 Матеріали методичного забезпечення для основного етапу заняття

№ п/п	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1.	Оволодіти методикою обстеження хворих з вродженими вадами розвитку хребта і спинного мозку, сириномієлією	Виконувати обстеження хворих у такій послідовності: 1. Зібрати ретельно скарги, анамнез хвороби та життя 2. Провести зовнішній огляд хворого 3. Дослідити соматичний статус 4. Дослідити неврологічний статус 5. Ознайомитися з додатковими методами дослідження	Звернути увагу на клінічні прояви ураження НС у новонароджених, осіб молодого віку. Активне виявлення факторів ризику вроджених аномалій. Звернути увагу на темпи розвитку скарг, причин, обставин, що їм передували. Згрупуйте виявлені ознаки з формулюванням провідних клінічних синдромів. Звернути увагу на дані загальноклінічних і додаткових методів дослідження
2.	Встановити клінічний і топічний діагноз, визначити план лікування	На підставі виявлених симптомів обґрунтувати топічний діагноз, сформулювати клінічний діагноз	

7.3 Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Нетипові задачі (рівень III)

Хворий 52 років скаржиться на слабкість у верхніх кінцівках, особливо кистях, неможливість виконувати повсякденну працю, м'язові посмикування на руках та грудній клітці, порушення ковтання, зміну голосу (гугнявий його відтінок). Симптоми почали з'являтися приблизно 2-3 місяці тому та поступово прогресували. При об'єктивному обстеженні виявлені: фібриляції язика, неможливість витягнути губи у трубочку, високий глотковий рефлекс, атрофії м'язів грудної клітки, плечового поясу, плеча, западання міжкісткових м'язів у проміжку I-II пальців, сплющення тенара і гіпотенара, кисть має вигляд «мавпячої лапи», фібрилярні посмикування м'язів верхніх кінцівок, глибокі рефлекси та м'язовий тонус підвищені, патологічні пірамідні рефлекси (Россолімо, Жуковського). Порушення чутливості відсутні.

Встановити:

- Клінічний діагноз, його обґрунтування
- Призначити додаткові методи обстеження та проаналізувати можливі результати
- Тактика ведення таких хворих
- Загальні принципи лікування і прогноз

(БАС, бульбоспинальна форма)

У хворого 30 років, вантажника, з'явилися скарги на слабкість та онеміння верхніх кінцівок, особливо кистях, схуднення кінцівок, періодичні болі в них, відчуття «повзання мурах» у шиї та руках, головні болі, роздвоєння предметів. При об'єктивному обстеженні мають місце горизонтальний ністагм «б'ючий донизу», диплопія, атрофії м'язів грудної клітки, плечового поясу, плеча, дрібних м'язів кисті – «мавпяча лапа». Шкіра рук суха з ціанотичним відтінком, виявлені гіперкератоз, гіпергідроз, сліди від опіків. На верхніх кінцівках і грудній клітці больова і температурна чутливість випали, проте вібраційна, тактильна, суглобово-м'язеве відчуття збережені. При МРТ дослідженні виявлені ектопія мигдаликів мозочку, збільшення об'єму спинного мозку у поперечнику, розширення спинномозкового каналу в грудному відділі хребта, множинні порожнини з розширенням у верхній частині у вигляді бус.

Встановити:

- Клінічний діагноз, його обґрунтування
- Визначити ключові клінічні синдроми для проведення диференційної діагностики
- Тактика ведення таких хворих
- Загальні принципи лікування і прогноз

(Сирингомієлія, синдром Арнольда-Кіарі 1-го типу)

Хворий, чоловік 37 років, скаржитися на біль в ділянці обличчя, нерухомість правої половини обличчя, сльозотечу, утруднення при ковтанні їжі. Родичі помітили, що його голос став хриплим із гугнявим відтінком. При неврологічному обстеженні виявлено: наявність температурної і больової гіпестезії на обличчі в зонах Зельдера зі збереженням тактильного відчуття, периферичний парез мимічних м'язів, ністагм. Спостерігається атрофія язика із фібрилярними посмикуваннями. Глотковий і піднебінний рефлекси не викликаються. Фоначія м'якого піднебіння знижена. При МРТ дослідженні виявлені 2 порожнини, що поєднуються у довгастому мозку

Встановити:

- Клінічний діагноз, його обґрунтування
- Визначити ключові клінічні синдроми для проведення диференційної діагностики
- Тактика ведення таких хворих
- Загальні принципи лікування і прогноз

(Сирингобульбія)

7.4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.

№ п/п	Навчальні завдання	Вказівки до завдання
1.	Вивчити функціональну морфологію нервової системи: особливості філогенезу, основні етапи онтогенезу	Назвати етапи формування нервової системи в процесі еволюції. Знати

		основні етапи онтогенезу нервової системи, критичні періоди.
2.	Які клінічні синдроми дозволяють діагностувати синдром Кліппель-Вейля, Арнольда-Кіарі?	Знати і вміти визначити основні клінічні синдроми вроджених аномалій
3.	Які клінічні прояви недорозвинення спинного мозку? Основні клінічні прояви спинномозкових кил, їх локалізація, причини формування.	Знати і вміти визначити основні клінічні синдроми вроджених аномалій
4.	Які методи діагностики потрібні для діагностики? Алгоритм дії невролога для ранньої діагностики вроджених вад хребта і спинного мозку, сирингомієлії; нагляд за хворими	Знати особливості параклінічних методів дослідження у хворих з вродженими аномаліями хребта, спинного мозку, сирингомієлією.
5.	Принципи лікування хворих з вродженими вадами хребта і спинного мозку, сирингомієлією	Загальні принципи лікування

Підсумковий модульний контроль
„Змістовий модуль 2 – Спеціальна неврологія.”

I. Актуальність теми

Заняття підводить підсумок у вивченні важливих розділів курсу неврології, таких як інфекційно-запальні та демієлінізуючі захворювання нервової системи, боковий аміотрофічний склероз (БАС), захворювання периферичної нервової системи, закрита черепно-мозкова травма (ЗЧМТ). Всі ці захворювання надзвичайно часто зустрічаються в клініці нервових хвороб. З такою патологією може зустрітися і лікар іншого фаху, що вимагає від нього знання цих хвороб, вміння вірно оцінити їх та надати хворому допомогу. Також на занятті підводиться підсумок у вивченні таких розділів курсу неврології, як судинні захворювання, пухлини головного та спинного мозку, епілепсія, спадкові захворювання з ураженням нервової системи. Всі ці патологічні стани належать до групи поширених і надзвичайно складних для лікування захворювань. Деякі з них, такі, як судинні і епілептичні, потребують невідкладної допомоги, яку повинні вміти надати лікарі різних фахів.

На занятті також контролюються та закріплюються знання, отримані студентами під час самостійної позааудиторної роботи з вивчення абсцесу головного мозку, паразитарних та герпетичних захворювань нервової системи, ураження нервової системи за наявності ВІЛ-інфекції, пріонових хвороб, зокрема хвороби Крейтцфельдта-Якоба, компресійно-ішемічних мононевропатій, неврозів та соматоневрологічних синдромів, перинатальних уражень нервової системи та дитячого церебрального паралічу (ДЦП). Також контролюються і закріплюються знання, що отримали студенти під час самостійної позааудиторної роботи з тем, присвячених гострим та повільно прогресуючим порушенням спінального кровообігу, головному болю, мігрени, ангіоневрозам, екзогенним нейроінтоксикаціям, ботулізму та іншим харчовим отруєнням, радіаційним ураженням нервової системи, вібраційній хворобі, сирингомієлії, краніо-вертебральним аномаліям, нейросифілісу, хромосомним хворобам та спадковим захворюванням обміну, лейкоцистозом, клінічній фармакології препаратів, які застосовуються у неврології.

Все вищезазначене обумовлює необхідність проведення підсумкового заняття з такими цілями.

II. Навчальні цілі заняття

Заняття спрямоване на узагальнення та систематизацію знань, навичок та вмінь, що отримані на попередніх заняттях, лекціях та в процесі позааудиторної самостійної роботи.

Студент повинен **знати**:

1. Класифікацію, етіологію, клінічні прояви, форми перебігу, принципи діагностики і лікування інфекційно-запальних захворювань нервової системи (а=2);
2. Етіопатогенез, особливості клінічних проявів і перебігу, діагностику, включаючи й ранню, принципи лікування демієлінізуючих захворювань та БАС (а=2);
3. Класифікацію, етіологію, клінічні прояви, принципи діагностики і лікування захворювань периферичної нервової системи (а=2);
4. Класифікацію, клінічні прояви, принципи діагностики і лікування ЗЧМТ, перинатальної патології нервової системи (а=2);
5. Класифікацію, клінічні прояви, принципи діагностики і лікування неврозів та соматоневрологічних синдромів (а=2);

6. Класифікацію, етіологію, патогенез, клінічні прояви, принципи діагностики і лікування судинних захворювань нервової системи (а=2);
7. Класифікацію, клінічні прояви, діагностику та принципи лікування пухлин головного та спинного мозку (а=2);
8. Етіопатогенез, класифікацію, клініку, діагностику та лікування епілепсії (а=2);
9. Класифікацію, клінічні прояви, діагностику та принципи лікування нейросифілісу (а=2);
10. Класифікацію, патогенез, клінічні ознаки, принципи діагностики і лікування спадкових захворювань з ураженням нервової системи, хромосомних хвороб, спадкових захворювань обміну, лейкоцистозів (а=2);
11. Етіопатогенез, класифікацію, клініку, діагностику та лікування цефалгій, ангіоневрозів (а=2);
12. Класифікацію, клінічні прояви, принципи діагностики і лікування екзогенних нейроінтоксикацій, ботулізму, харчових отруєнь, радіаційних уражень нервової системи, вібраційної хвороби (а=2);
13. Класифікацію, клінічні прояви, принципи діагностики і лікування сирингомієлії, краніо-вертебральних аномалій (а=2);
14. Клінічну фармакологію препаратів, які застосовуються у неврології (а=2).

Студент повинен вміти:

1. Діагностувати інфекційно-запальні та демієлінізуючі захворювання нервової системи, боковий аміотрофічний склероз, захворювання периферичної нервової системи, види ЗЧМТ, перинатальні ураження нервової системи, неврози, соматоневрологічні синдроми (а=3);
2. Провести диференціальну діагностику між різними формами менінгітів, енцефалітів, між гострим розсіяним енцефаломієлітом та розсіяним склерозом (а=3);
3. Провести диференціальну діагностику між невралгіями та невропатіями, рефлекторними та корінцевими вертеброгенними синдромами (а=3);
4. Провести диференціальну діагностику між струсом і забоєм, забоєм і здавленням головного мозку у разі ЗЧМТ, між різними формами ДЦП (а=3);
5. Надати невідкладну допомогу хворим з інфекційними ураженнями нервової системи, закритою черепно-мозковою та спінальною травмами, захворюваннями периферичної нервової системи (а=3);
6. Скласти план обстеження й лікування хворих з інфекційними, демієлінізуючими, травматичними, функціональними ураженнями нервової системи (а=3).
7. Діагностувати судинні захворювання нервової системи, пухлини головного та спинного мозку, епілепсію, спадкові та токсичні захворювання нервової системи, вібраційну хворобу, сирингомієлію та краніо-вертебральні аномалії, нейросифіліс, ураження нервової системи у разі гострої та хронічної променевої хвороби, різні види цефалгій та ангіоневрозів (а=3);
8. Провести диференціальну діагностику вищевказаних захворювань із хворобами, що мають подібну симптоматику (а=3);
9. Надати невідкладну допомогу хворим з судинними захворюваннями нервової системи, епілептичним нападом та епістатусом, гіпертензійним синдромом за умови пухлини головного мозку, сирингобульбією, токсичними ураженнями нервової системи, міастенічним кризом (а=3);
10. Скласти план обстеження й лікування хворих з судинними, спадковими, токсичними та радіаційними ураженнями нервової системи, сирингомієлією, вібраційною хворобою, пухлиною головного та спинного мозку, нейросифілісом, епілепсією, різними цефалгіями та ангіоневрозами (а=3).

III. Виховні цілі

1. Сформувати розуміння професійної відповідальності майбутнього лікаря за вірність і об'єктивність при обстеженні хворих, за точність у визначенні клінічного діагнозу.
2. Розвинути й закріпити деонтологічні навички, набуті на попередніх заняттях, при обстеженні хворих з інфекційними, демієлінізуючими, травматичними ураженнями нервової системи.
3. Сформувати мотивацію на своєчасне надання кваліфікованої допомоги хворим з інфекційними, демієлінізуючими захворюваннями, ЗЧМТ, ураженням периферичної нервової системи та неврозами.
4. Розвинути й закріпити деонтологічні навички, набуті на попередніх заняттях, під час обстеження хворих з судинними і спадковими ураженнями нервової системи, епілепсією, пухлинами головного та спинного мозку.
5. Сформувати мотивацію на своєчасне надання кваліфікованої допомоги хворим з судинними, спадковими, токсичними та радіаційними ураженнями нервової системи, сирингомієлією, вібраційною хворобою, пухлиною головного та спинного мозку, епілепсією, нейросифілісом, цефалгіями та ангіоневрозами.

IV. Зміст заняття

Можуть бути використані структурно-логічні схеми змісту попередніх занять з тем "Менінгіти. Арахноїдити.", "Енцефаліти. Мієліт. Гострий полімієліт", "Розсіяний склероз. Гострий розсіяний енцефаломієліт. Боковий аміотрофічний склероз", "Захворювання периферичної нервової системи. Ураження спинномозкових нервів, невротії та невралгії черепних нервів. Поліневропатії.", "Вертеброгенні ураження периферичної нервової системи. Не вертеброгенні ураження нервових корінців, міжхребцевих вузлів, сплетінь", "Закрита черепно-мозкова травма. Спінальна травма". Узагальнюються та систематизуються знання, набуті на попередніх заняттях. Виділяються основні аспекти етіопатогенезу, клініки, діагностики, диференціальної діагностики та лікування інфекційних, демієлінізуючих захворювань, закритої черепно-мозкової та спінальної травми, уражень периферичної нервової системи. Контролюються, систематизуються та узагальнюються знання, здобуті під час самостійної позааудиторної роботи з тем "Абсцес головного мозку. Паразитарні захворювання нервової системи", "Ураження нервової системи за наявності ВІЛ-інфекції. Герпетичні ураження нервової системи", "Пріонові інфекції. Хвороба Крейтцфельдта-Якоба", "Компресійно-ішемічні мононевропатії", "Перинатальні та натальні ураження нервової системи. Дитячий церебральний параліч", "Неврози. Порушення сну".

На занятті узагальнюються та систематизуються знання, набуті на попередніх заняттях. Виділяються основні аспекти етіопатогенезу, клініки, діагностики, диференціальної діагностики та лікування судинних, спадкових уражень нервової системи, пухлин головного та спинного мозку, епілепсії. Контролюються, систематизуються та узагальнюються знання, здобуті під час самостійної позааудиторної роботи з тем "Гострі та повільно прогресуючі порушення спінального кровообігу", "Головний біль. Мігрень. Пучковий головний біль. Головний біль напруги. Ангіоневрози", "Екзогенні нейроінтоксикації. Ботулізм. Харчові отруєння", "Радіаційні ураження нервової системи. Вібраційна хвороба", "Сирингомієлія. Краніо-вертебральні аномалії", "Нейросифіліс", "Хромосомні хвороби та спадкові захворювання обміну. Лейкодистрофії", "Основні групи лікарських препаратів, які застосовуються у неврології".

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	Хв
1	2	3	4	5	6
I. Підготовчий етап					
1.	Організація заняття	II	Комп'ютерний тестовий контроль з використанням тестів та типових задач II рівня, усне опитування	Академічний журнал. Див. «Навчальні цілі» та «Актуальність теми». Комп'ютерна контролююча програма з тестами та типовими задачами II рівня. Питання для усного опитування	1
2.	Визначення навчальних цілей і мотивацій				1
3.	Контроль рівня знань студентів з питань: класифікація, клініка, діагностика менінгітів, арахноїдитів, енцефалітів, мієліту, гострого поліомієліту, абсцесу головного мозку, паразитарних та герпетичних захворювань нервової системи, нейроСНДу, пріонових інфекцій, розсіяного склерозу, БАС, захворювань периферичної нервової системи, ЗЧМТ, перинатальних уражень нервової системи, ДЦП, неврозів, соматоневрологічних синдромів. Класифікація, клініка, діагностика судинних, спадкових, токсичних, радіаційних уражень нервової системи, пухлин головного та спинного мозку, епілепсії, нейросифілісу, головного болю, мігрені, ангіоневрозів, ботулізму, вібраційної хвороби, сирингомієлії, краніо-вертебральних аномалій, лейкодистрофій				20
II. Основний етап					
4.	Перевірка та закріплення раніше набутих професійних вмінь і навичок: - діагностувати у хворого менінгіт, енцефаліт, розсіяний склероз, БАС, захворювання периферичної нервової системи, ЗЧМТ, спінальну травму, ДЦП, неврози, соматоневрологічні синдроми; - провести диференціальну діагностику між різними формами менінгітів, енцефалітів, з абсцесом, між гострим розсіяним енцефаломієлітом та розсіяним склерозом між невралгіями та невропатіями, вертеброгенними рефлексорними та корінцевими	III	Індивідуальний контроль практичних навичок та вмінь	Хворі. Професійні алгоритми для діагностики інфекційно-запальних, демієлінізуючих, захворювань периферичної нервової системи, ЗЧМТ (дивись методичні вказівки до практичних занять з	110

<p>синдромами, між струсом і забоєм, забоєм і здавленням головного мозку у разі ЗЧМТ, між формами ДЦП;</p> <ul style="list-style-type: none"> - скласти план обстеження й лікування хворих з інфекційними, демієлінізуючими, травматичними ураженнями нервової системи, з захворюваннями периферичної нервової системи, неврозами; - діагностувати у хворого церебральний судинний криз, транзиторну ішемічну атаку (ТІА), інсульт, пухлину головного та спинного мозку, епілепсію, міастенію, прогресуючі м'язові дистрофії, аміотрофії, хворобу Штрюмпелля, хорею Гентінгтона, гепатоцеребральну дистрофію, спадкові атаксії, мігрень, хворобу Рейно, еритромелалгію, сирінгомієлію, нейросифіліс, хромосомні хвороби, радіаційне та токсичне ураження нервової системи; - провести диференціальну діагностику минучих та органічних порушень мозкового кровообігу, ішемічного та геморагічного інсультів; суб- та супратенторіальної пухлин головного мозку, екстра- та інтрамедулярної пухлин спинного мозку; - провести диференціальну діагностику між симптоматичною та криптогенною епілепсією, різними формами нейросифілісу; первинними та вторинними прогресуючими м'язовими дистрофіями; спадковими атаксіями, розсіяним склерозом та хворобою Штрюмпелля; гепатоцеребральною дистрофією та хореєю Гентінгтона; - провести диференціальну діагностику між різними формами екзогенних нейроінтоксикацій, стадіями променевої хвороби, стадіями вібраційної хвороби; між цефалгіями та ангіоневрозами різного генезу; - використовуючи знання клінічної фармакології препаратів, що застосовуються у неврології, скласти план обстеження й лікування хворих на судинні, токсичні, радіаційні захворювання, пухлини головного та спинного мозку, епілепсію, нейросифіліс, спадкові ураження нервової системи, мігрень, хворобу Рейно, еритромелалгію. 			<p>відповідних тем).</p> <p>Професійні алгоритми для дослідження хворих. Орієнтована карта для визначення клінічних синдромів.</p>	
III. Заключний етап				

5.	Контроль і корекція професійних вмінь і навичок; узагальнення та систематизація отриманих даних клінічного обстеження хворих, обґрунтування топічного і клінічного діагнозів, плану обстеження та лікування хворих	Ш	Оцінка результатів клінічної роботи., клінічний аналіз виявлених синдромів.	Хворі. Нетипові задачі III рівня	3
6.	Підведення підсумків практичного заняття		Вирішення нетипових задач III рівня.		

VI. Матеріали методичного забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття

Питання для усного опитування

Інфекційні захворювання нервової системи:

- Які менінгіти бувають за характером ліквору?
- Який вид лікворної дисоціації буває у разі менінгіту?
- Якими клінічними синдромами проявляється менінгіт?
- Яке дослідження необхідно провести у разі підозри на менінгіт?
- При якому серозному менінгіті найчастіше відбувається зниження глюкози у лікворі?
- Якими синдромами проявляється енцефаліт?
- Які вогнищеві симптоми характерні для гострої стадії епідемічного енцефаліту?
- Які симптоми характерні для хронічної стадії епідемічного енцефаліту?
- Які вогнищеві симптоми характерні для гострої стадії кліщового енцефаліту?
- Які симптоми характерні для хронічної Стадії кліщового енцефаліту?
- Якими синдромами проявляється абсцес мозку?
- З якими захворюваннями диференціюють абсцес мозку?
- З якими захворюваннями необхідно диференціювати нейротоксоплазмоз?
- На яких критеріях базується діагноз паразитарних уражень нервової системи?
- Які форми ураження нервової системи можуть бути за умови ВІЛ-інфекції?
- Які форми захворювання нервової системи можуть бути за умови герпетичного ураження?
- Назвіть основні особливості пріонових захворювань людини і тварин.
- Яка класифікація і клінічна картина хвороби Крейтцфельда-Якоба?

Демієлінізуючі захворювання:

- В чому полягає суть мультифакторіальної теорії етіопатогенезу розсіяного склерозу?
- Які варіанти перебігу розсіяного склерозу Ви знаєте?
- Які структури уражаються частіше у разі розсіяного склерозу?
- Які ранні ознаки розсіяного склерозу?
- Назвіть тріаду Шарко.

Боковий атрофічний склероз:

- Які нервові утворення найчастіше уражаються за наявності БАС?

- Назвіть клінічні ознаки БАС.
- Які причини смерті хворих з БАС?

Захворювання периферичної нервової системи:

- Наведіть сучасну класифікацію захворювань периферичної нервової системи.
- Чим відрізняються рефлекторні вертеброгенні синдроми від корінцевих?
- Перерахуйте рефлекторні вертеброгенні синдроми шийного, грудного, поперекового рівнів.
- Опишіть поліневритичний синдром.
- Які поліневропатії розрізняють за етіологією і патогенезом?
- Дайте визначення компресійно-ішемічним синдромам.
- Назвіть основні компресійно-ішемічні синдроми руки і ноги. Які їх прояви?
- Які варіанти плечових плекситів виділяють? Назвіть клінічні прояви кожного.
- Назвіть особливості клінічних проявів невралгії трійчастого нерва.
- Опишіть клініку невропатій променевого, ліктьового, серединного, стегнового, малогомілкового та великогомілкового нервів.
- Які причини та клінічні ознаки нейропатії лицьового нерва?

Травматичні ураження нервової системи:

- Які форми ЗЧМТ виділяють згідно сучасної класифікації?
- Які симптоми спостерігаються у разі струсу головного мозку?
- Які ознаки струсу, забою, здавлення спинного мозку, гематомієлії?
- Чим клінічно відрізняється забій головного мозку від струсу?
- Які ознаки підоболонкових гематом?
- Що таке "світлий проміжок" і при якій формі ЗЧМТ він спостерігається?
- Перерахуйте необхідні методи обстеження хворого на ЗЧМТ.

Перинатальні ураження нервової системи, ДЦП:

- Які фактори спричиняють перинатальну патологію нервової системи?
- Дайте визначення ДЦП. Назвіть клінічні варіанти ДЦП.
- Які знаєте причинні фактори ДЦП?

Неврози і соматоневрологічні синдроми:

- Дайте класифікацію неврозів
- Які симптоми характерні для неврастенії, істерії?
- Назвіть класифікацію соматоневрологічних синдромів.
- Які ознаки ураження нервової системи виникають у разі різних соматичних захворювань?

Судинні захворювання:

- Як класифікують судинні захворювання головного мозку?
- Які варіанти церебральних судинних кризів виділяють?
 - Якими синдромами проявляються ТІА?
 - Дайте визначення минучим порушенням мозкового кровообігу.
 - Які інсульти бувають?
 - Які симптоми характерні для субарахноїдального крововиливу?
 - Назвіть головні клінічні ознаки ішемічного та геморагічного інсультів.
 - Які додаткові обстеження необхідно провести хворому з підозрою на інсульт?

- Яке лікування призначають хворим на геморагічний та ішемічний інсульт?
- Які клінічні ознаки спінального інсульту?
- Яка класифікація цефалгій?
- Які сучасні погляди на патогенез мігрені?
- Які клінічні форми мігрені виділяють?
- Вкажіть відмінності хвороби Рейно від синдрому Рейно?

Пухлини головного та спинного мозку:

- Як класифікують пухлини головного та спинного мозку?
- Якими синдромами проявляються пухлини головного мозку?
- Які обстеження призначають хворому з підозрою на пухлину головного мозку?
- Які зміни спинномозкової рідини бувають за умови пухлини спинного мозку?
- Які ліквородинамічні проби проводять за умови пухлини спинного мозку?

Епілепсія:

- Як класифікують епілепсію?
- Які сучасні погляди на патогенез епілепсії?
- Що таке епілептичний статус?
- Як лікувати хворого з епілептичним статусом?
- Які додаткові обстеження необхідно провести хворому на епілепсію?
- Які групи антиепілептичних препаратів знаєте?
- Охарактеризуйте основні неепілептичні пароксизми.

Спадкові захворювання з ураженням нервової системи:

- Як класифікують спадкові захворювання з ураженням нервової системи?
- Який головний критерій розподілу прогресуючих м'язових дистрофій на первинні та вторинні?
- Які клінічні ознаки первинних міодистрофій Ерба-Рота, Дюшенна, Ландузі-Дежеріна?
- Які клінічні ознаки вторинних аміотрофій Шарко-Марі, Вердніга-Гоффмана, Кугельберга-Веландер?
- Які додаткові обстеження допомагають підтвердити діагноз первинної прогресуючої м'язової дистрофії?
 - Яке лікування призначають хворому на прогресуючу м'язову дистрофію?
 - Які форми гепатоцеребральної дистрофії знаєте?
 - Назвіть головні риси патогенезу гепатоцеребральної дистрофії.
 - Яке лікування необхідно призначити хворому на гепатоцеребральну дистрофію?
 - Які головні клінічні ознаки хореї Гентінгтона?
 - У чому полягають особливості типу успадкування хореї Гентінгтона?
 - Дайте клінічну характеристику хворобі Штрюмпелля.
 - За допомогою яких ознак диференціюють хворобу Штрюмпелля із спінальною формою розсіяного склерозу?
 - Дайте клінічну характеристику спадковим атаксіям Фрідрейха та П'єра Марі.
 - Чим відрізняється тип успадкування і топіка уражень за умови спадкових атаксій Фрідрейха та П'єра Марі?
 - Якими клінічними ознаками проявляються хромосомні синдроми Дауна, Шерешевського-Тернера, Кляйнфельтера?

- Якими симптомами проявляються лейкоцистозії?

Екзогенні нейроінтоксикації. Радіаційні ураження нервової системи. Вібраційна хвороба:

- Які форми екзогенних інтоксикацій знаєте?
- Назвіть головні клінічні синдроми за умови екзогенних нейроінтоксикацій.
- Які принципи терапії екзогенних нейроінтоксикацій?
- Назвіть основні клінічні прояви ботулізму.
- Які стадії ураження нервової системи за умови гострої променевої хвороби?
- Які синдроми ураження нервової хвороби за умови хронічної променевої хвороби?
- Назвіть стадії вібраційної хвороби.

Сирингомієлія. Краніо-вертебральні аномалії:

- Які структури уражаються за умови сирингомієлії?
- Що таке сирингобульбія?
- Які симптоми характерні для сирингомієлії?
- Яка динаміка сегментарних та провідникових симптомів характерна для сирингомієлії?
- Які краніо-вертебральні аномалії знаєте? Які їх клінічні прояви?

Нейросифіліс:

- Як класифікують нейросифіліс?
- Якими симптомами проявляється сифілітичний менінгіт?
- Які зміни у лікворі відбуваються за умови сифілітичного менінгіту?
- Які прояви менінговаскулярного нейросифілісу?
- З якими захворюваннями диференціюють сифілітичну гуму головного або спинного мозку?
 - Назвіть стадії спинної сухотки. Дайте клінічну характеристику кожної стадії.

Цефалгії та ангіоневрозі:

- Які механізми виникнення головного болю?
- Яка класифікація головного болю?
- Які клінічні ознаки пучкового головного болю?
- Вкажіть патогенез, класифікацію та клінічні прояви мігрені.
- Які методи лікування мігрені?
- Який патогенез та діагностичні критерії головного болю напруги?
- Які причини, клінічні прояви та форми ангіоневрозів?
- Опишіть клініку хвороби Рейно.
- Які відмінності хвороби Рейно та синдрому Рейно?
- Опишіть ознаки еритромелалгії.

Клінічна фармакологія препаратів, які застосовуються у неврології:

- Які групи препаратів використовують у неврології?
- Дайте характеристику препаратам вазоактивної дії.
- Дайте характеристику препаратам нейропротекторної дії.
- Які препарати призначаються хворим на розсіяний склероз?
- Які препарати призначаються хворим з гнійним менінгітом?
- Які препарати призначаються хворим з вегетативним пароксизмами

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

Професійні алгоритми для діагностики інфекційно-запальних, демієлінізуючих захворювань, уражень периферичної нервової системи, ЗЧМТ та спінальної травми дивись в методичних вказівках до практичних занять з відповідних тем.

3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття

Нетипові задачі III рівня

п/п	Задачі	Еталон відповіді
1.	У хворого субфебрилітет, сонливість, диплопія, птоз верхньої повіки правого ока, виражений загальний гіпергідроз, у крові визначається лейкоцитоз. Як зветься цей синдром? Про яке захворювання можна думати? Призначте лікування.	Окуло-летаргічний. Епідемічний енцефаліт, гостра стадія. Протизапальні, дегідратаційні, десенсибілізуючі засоби
2.	Хворий скаржиться на слабкість м'язів шиї і верхніх кінцівок. Захворювання почалося гостро з ознобу, високої температури, головного болю й болю у м'язах шиї, рук, спини. З анамнезу відомо, що хворий живе біля лісу і постійно ходить у ліс за грибами, часто повертається із ознаками укусів комах. При обстеженні виявлені периферичний парез рук, симптом "звисяючої голови", зниження екскурсії м'якого піднебіння, обмеження рухів язика. Які структури уражені? Який попередній діагноз? Призначте лікування.	Передні роги в сегментах С ₃ -Т ₁ рухові ядра бульварних нервів. Кліщовий енцефаліт. Введення протикліщового гамма-глобуліну, дегідратаційна, дезінтоксикаційна терапія
3.	Хвора 33 років скаржиться на слабкість у ногах, хиткість при ході, неможливість утримати сечу. Два роки до того перенесла різке зниження зору на ліве око з наступним повним поновленням зорової функції. В неврологічному статусі виявлено горизонтальний ністагм, відсутність черевних рефлексів, клонус стоп, патологічні рефлекси на стопах. Яке захворювання можна запідозрити? Які додаткові обстеження необхідно зробити для підтвердження діагнозу?	Розсіяний склероз. Дослідження очного дна, імунологічного статусу, МРТ головного мозку
4.	У хворої після переохолодження виникли параліч м'язів і слезотеча з правого ока. Втрачений смак на передніх двох третинах язика справа. Визначте топічний і клінічний діагнози. Призначте лікування.	Невропатія правого лицьового нерва. Пошкодження у каналі між відходженням n.stapedius та chordae thympani. Дегідратаційні, протизапальні, десенсибілізуючі, фізметоди лікування
5.	У хворого внаслідок травми черепа виникли судоми, психомоторне збудження, мимовільне сечовипускання, ригідність м'язів потилиці. Яка патологія у хворого ? Які ще симптоми можуть бути? Яку	Травматичний субарахноїдальний крововилив. Порушення

	першу допомогу необхідно надати хворому?	свідомості, вітальних функцій. Необхідно забезпечити прохідність дихальних шляхів, холод на голову, термінова госпіталізація.
6.	У хворого на ревмокардит раптово на фоні головного болю і короткочасної втрати свідомості розвинулись глибокий правобічний геміпарез, гемігіпестезія, геміанопсія. Шкірні покриви бліді, миготлива аритмія, АТ 120/80 мм рт. ст. Про яке захворювання можна думати? Басейн якої судини уражений? Які обстеження необхідно провести хворому? Яке лікування призначити?	Ішемічний емболічний інсульт. Басейн лівої середньої мозкової артерії. ЕКГ, УЗДГ церебральних судин та МРТ головного мозку, коагулограму. Антикоагулянти, вазоактивні препарати, нейропротектори, ноотропні засоби.
7.	У хворого 25 років на фоні нападів головного болю з блюванням і запамороченням з'явилась і протягом місяця наросла хиткість, у зв'язку з чим він не може ходити. За цей час відмічає погіршення зору. Голову тримає у вимушеному положенні, є ністагм, тонус кінцівок знижений, інтенційний тремор при виконанні координаторних проб. Про яке захворювання можна думати? Де локалізується процес? Які обстеження треба провести для уточнення діагнозу? Які препарати можна призначити для полегшення стану хворого?	Субтенторіальна пухлина. В ділянці мозочка. Краніографію, дослідження очного дна, ЕхоЕС, КТ або МРТ головного мозку. Дегідратаційні препарати.
8.	Протягом останніх місяців хворого турбують головні болі, нудота, періодичні посмикування лівої стопи, що тривають кілька хвилин і інколи переходять у судоми лівої половини тіла без порушення свідомості. Як називаються такі судоми? Що виникає у хворого? Які обстеження необхідно провести для уточнення характеру процесу?	Джексонівська епілепсія з Джексонівським маршем. Подразнення верхньої частини правої передцентральної звивини. ЕхоЕС, КТ або МРТ головного мозку.
9.	У хворого тричі протягом місяця виникало відчуття неприємного запаху, після чого він втрачав свідомість, падав, вдарявся головою, розвивалися судоми з прикушенням язика і втратою сечі. Що виникає у хворого? Як називається перший симптом? Для якого захворювання це є характерним? Які обстеження необхідно провести для підтвердження діагнозу? Які препарати треба призначити?	Генералізований судомний напад. Нюхова аура. Епілепсія зпервинним вогнищем у скроневій частці головного мозку. ЕЕГ, ЕхоЕС, КТ або МРТ головного мозку. Карбамазепін, дифенін, барбітурати.
10.	У хлопчика з трьох років з'явились слабкість м'язів тазового поясу	Міодистрофія Дюшенна.

	та стегон, псевдогіпертрофія литкових м'язів, порушилась хода. Таке захворювання було у брата матері. Про яке захворювання можна думати? Які обстеження необхідно провести? Яке лікування призначити?	Дослідження сечі на вміст амінокислот, крові - на вміст креатинфосфокінази, ЕМГ, дослідження рівня АТФ та ДНК у м'язах. Білкові препарати, анаболічні гормони, АТФ, вітамінні препарати.
11.	При обстеженні у хворого 26 років виявлено мозочкову атаксію при ході та виконанні координаторних проб, скандовану мову, ністагм, помірний центральний паразетез, ознаки деменції. Подібним захворюванням хворіє його батько. Про яку патологію можна думати? З яким захворюванням потрібно провести диференціальний діагноз? Які критерії будуть використані у разі проведення МРТ головного мозку?	Атаксія П'єра Марі. З розсіяним склерозом. МРТ головного мозку з перивентрикулярними вогнищами демієлінізації за умови розсіяного склерозу та їх відсутність за умови спадкової атаксії.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів до підсумкового заняття №2

Для самопідготовки студенти можуть використовувати матеріали методичних вказівок до практичних занять з відповідних тем: "Менінгіти. Арахноїдити", "Енцефаліти. Мієліт. Гострий полімієліт", "Розсіяний склероз. Гострий розсіяний енцефаломієліт. Боковий аміотрофічний склероз", "Захворювання периферичної нервової системи. Ураження спинномозкових нервів, невротії та невралгії черепних нервів. Полі невротії", "Вертеброгенні ураження периферичної нервової системи. Невертеброгенні ураження нервових корінців, міжхребцевих вузлів, сплетінь", "Закрита черепно-мозкова травма. Спінальна травма", а також матеріали методичних вказівок для самостійної позааудиторної роботи з тем "Абсцес головного мозку. Паразитарні захворювання нервової системи", "Ураження нервової системи за наявності ВІЛ-інфекції. Герпетичні ураження нервової системи", "Пріонні інфекції. Хвороба Крейтцфельда-Якоба", "Компресійно-ішемічні мононевротії", "Перинатальні та натальні ураження нервової системи. Дитячий церебральний параліч", "Неврози. Порушення сну", "Соматоневрологічні синдроми", "Класифікація судинних захворювань головного мозку. Початкові прояви недостатності кровопостачання мозку. Повільно прогресуючі та мінучі порушення мозкового кровообігу", "Мозковий інсульт", "Пухлини головного та спинного мозку""Епілепсія. Неепілептичні пароксизмальні стани", "Спадкові захворювання нервово-м'язового апарату. Міастенія та міастенічні синдроми", "Спадкові захворювання з ураженням пірамідної екстрапірамідної та координаторної систем", а також матеріали методичних вказівок для самостійної позааудиторної роботи з тем "Гострі та повільно прогресуючі порушення спінального кровообігу", "Головний біль. Мігрень. Пучковий головний біль. Головний біль напруги» «Ангіоневрози". "Екзогенні нейроінтоксикації. Ботулізм. Харчові отруєння". "Радіаційні ураження нервової системи. Вібраційна хвороба", "Сирингомієлія. Краніо-вертебральні аномалії", "Нейросифіліс", "Хромосомні хвороби та спадкові захворювання обміну. Лейкодистрофії", "Основні групи лікарських препаратів, які застосовуються у неврології".

Необхідно повторити:

- класифікацію, етіологію, клінічні прояви і форми перебігу, принципи діагностики і лікування менінгітів, арахноїдитів, мієлітів, енцефалітів, поліомієліту;

- клінічні прояви і діагностику абсцесу та паразитарних уражень головного мозку;
- класифікацію, клінічні прояви і форми перебігу уражень нервової системи за наявності ВІЛ-інфекції;
- етіопатогенез, особливості клінічних проявів і перебігу, діагностику, включаючи й ранню, принципи лікування розсіяного склерозу, БАС;
- класифікацію, етіопатогенез, клінічні прояви, принципи діагностики і лікування захворювань периферичної нервової системи, в тому числі, компресійно-ішемічних мононевропатій, ЗЧМТ та спінальної травми;
- класифікацію, клініку, діагностику паразитарних, герпетичних, пріонових уражень нервової системи, хвороби Крейтцфельдта-Якоба;
- класифікацію, клінічні прояви і діагностику перитальних уражень нервової системи, ДЦП;
- класифікацію, клінічні прояви, лікування неврозів, порушень сну, соматоневрологічних синдромів;
- класифікацію, етіологію, патогенез, клінічні прояви, принципи діагностики і лікування судинних захворювань нервової системи;
- класифікацію, клінічні прояви, діагностику та принципи лікування пухлин головного та спинного мозку;
- етіопатогенез, класифікацію, клініку, діагностику та лікування епілепсії;
- класифікацію, патогенез, клінічні прояви, принципи діагностики і лікування спадкових захворювань з ураженням нервової системи, включаючи хромосомні хвороби та спадкові захворювання обміну, лейкоцистозу;
- класифікацію, клінічні прояви, принципи діагностики лікуваннексозогенних нейроінтоксикацій, ботулізму, харчових отруєнь, радіаційних уражень нервової системи, вібраційної хвороби;
- етіопатогенез, класифікацію, клінічні прояви, принципи діагностики і лікування синдрому Гейслера, краніо-вертебральних аномалій;
- класифікацію, клінічні прояви, діагностику та принципи лікування нейросифілісу;
 - причини, механізми виникнення, клінічні прояви цефалгій, ангіоневрозів;
- клінічну фармакологію препаратів, які застосовуються у неврології.

Питання для підготовки до модульного контролю 2

1. Ішемічний інсульт (клініка, діагностика, лікування).
2. Мозковий геморагічний інсульт (клініка, діагностика, лікування).
3. Транзиторна ішемічна атака (клініка, лікування).
4. Гостра гіпертонічна енцефалопатія (патогенез, клінічні ознаки, діагностика, лікування).
5. Геморагічний інсульт (паренхіматозний крововилив). Етіологія, патогенез, клінічна картина.
6. Субарахноїдальний крововилив (етіологія, клініка, діагностика).
7. Оболонки головного і спинного мозку, менінгеальний синдром, лікворні синдроми.
8. Внутрішньшлуночковий крововилив (клініка, діагностика, лікування).
9. Менінгіти (первинні, вторинні). Клінічні ознаки, діагностика.
10. Туберкульозний менінгіт (клініка, діагностика, принципи лікування).
11. Принципи не диференційного і диференційного лікування інсультів.
12. Гнійні менінгіти (етіопатогенез, діагностика, лікування).
13. Серозні менінгіти. Етіологія, патогенез, діагностика, лікування.
14. Епідемічний енцефаліт (клініка гострої та хронічної стадії, діагностика, лікування).
15. Герпетичний енцефаліт. Етіопатогенез, клінічна картина, діагностика, лікування.
16. Арахноїдит (етіологія, патогенез, класифікація).
17. Гострий інфекційний мієліт. Етіопатогенез, клінічна картина, діагностика, лікування.
18. Поліомієліт (етіологія, клініка, діагностика, принципи лікування).
19. Туберкульоз нервової системи (клініка, діагностика, лікування).
20. Ураження нервової системи при СНІДі.
21. Розсіяний склероз (варіанти перебігу, клініка, сучасні методи лікування).
22. Гострий розсіяний енцефаломієліт.
23. Нейросифіліс (ранні та пізні форми; діагностика).
24. Бічний аміотрофічний склероз (клінічні форми, діагностика, лікування).
25. Рефлекторні вертеброгенні синдроми шийного відділу хребта.
26. Вертеброгенна цервікокраніалгія (патогенез, клініка, лікування).
27. Вертеброгенні корінцеві синдроми поперекового відділу хребта (патогенез, клінічна картина, діагностика, лікування).

28. Міастенічний та холінергічний криз. Клінічні ознаки, невідкладна допомога.
29. Поліневропатії (етіологія, клініка, лікування).
30. Вертеброгенна попереково-крижова радикулоневропатія (клініка, діагностика, лікування).
31. Плечовий плексит Дюшена-Ерба (патогенез, клініка, лікування).
32. Плечовий плексит Дежеріна-Клюмпке (патогенез, клініка, лікування).
33. Невропатія малогомілкового і великогомілкового нервів.
34. Гостра полірадікулоневропатія Гійєна-Барре (клініка, діагностика, лікування).
35. Вертеброгенна люмбалгія, люмбошіалгія (патогенез, клінічна картина, лікування).
36. Сирингомієлія, сирингобульбія (етіопатогенез, діагностика, клініка, прогноз).
37. Закрита черепно-мозкова травма (струс, забій, стиснення) головного мозку. Клінічні ознаки, діагностика, принципи лікування.
38. Епілепсія (класифікація епінападів, діагностика, принципи лікування)
39. Фази генералізованого тоніко-клонічного епінападу.
40. Епілептичний статус, невідкладна допомога.
41. Мігрень. Патогенез, клініка, лікування.
42. Пучковий головний біль (клініка, лікування).
43. Головний біль напруги (патогенез, клініка, лікування).
44. Міастенія (патогенез, клініка, діагностика, лікування).
45. Невральна аміотрофія Шарко-Марі-Тута (клініка, діагностика, лікування).
46. Сімейна аміотрофія Фридрейха (клініка, діагностика, лікування).
47. Хорея Гентінгтона (патогенез, клініка, діагностика, лікування)
48. Сучасні біохімічні аспекти хвороби Паркінсона та її лікування.
49. Гепатоцеребральна дистрофія (хвороба Вільсона-Коновалова). Патогенез, клініка, діагностика, лікування.
50. Прогресуючі м'язові дистрофії (класифікація, принципи діагностики, лікування)
51. Сімейний спастичний параліч Штрюмпеля (патогенез, клініка, діагностика, лікування).
52. Тунельний синдром зап'ястного каналу (патогенез, клініка, лікування).
53. Форми первинного головного болю (диференційна діагностика між ними).
54. Види не епілептичних пароксизмальних нападів.
55. Класифікація порушень мозкового кровообігу.
56. Диференціальна діагностика ішемічного та геморагічного інсультів.
57. Диференціальна діагностика між рефлекторними та корінцевими вертеброгенними синдромами.

Рекомендована література Базова

1. Григорова І.А. Неврологія : національний підручник / [за ред. проф. І.А.Григорової, проф. Л.І.Соколової]. – Київ : «Медицина», 2015. – 640с.
2. Нервові хвороби, під ред. С.М.Віничука, Є.Г.Дубенка. – К.:Здоров'я. – 2001 – 696с.
3. Современная диагностика и лечение неврологических заболеваний / Мищенко Т.С., Мищенко В.М.// Справочник врача «Невролог». - К.: ООО «Бібліотека Здоров'я України», 2014. – 644с.
4. Шевага В.М. Неврологія: підручник / В.М.Шевага, А.В.Паснок, Б.В.Задорожна. – 2-е вид., перероб. І доп.-К.: Медицина, 2009.-. 656с.
5. Яворська Н.П. Топічна діагностика в неврології // Львів: ЛНМУ. – 2015. – 254с.
6. Localization in clinical neurology : Sixth edition. / Brazis, Paul W.; Masdeu, Joseph C.; Biller, José. Wolters Kluwer Health Adis (ESP), 2012. 668 p.
7. Biller J. Practical Neurology // USA, Lippincott Williams and Wilkins – 2017, 962 p
8. Mumentaler M. Neurology / M.Mumentaler, H.Mattle. – 4th ed. – Thieme, 2004. – 992p.
9. Weiner W. Emergent and urgent Neurology / W.Weiner, L.Shulman. – 3rd ed. – Lippincott Williams & Wilkins, 2003. – 283p.
10. David O. Wiebers, Valery L. Feigin, Robert D. Brown Jr. Handbook of Stroke // Wolters Kluwer Health; 3rd edition edition. – 2019. – 500p.

Допоміжна

1. Анатомия и физиология центральной нервной системы, основные синдромы поражения / Колесник Ю.М., Шевченко Л.А., Боброва В.И. – Запорожье: изд А.О. «МОТОР СИЧ», 2014. – 218с.
2. Бабак О.Я. Клінічна фармакологія: підручник /Кол. авторів. за ред.. О.Я.Бабака, О.М.Біловола, І.С.Чекмана. – К.: Медицина, 2008. – 768с.
3. Козьолкін О.А., Візір І.В., Сікорська М.В. НейроСНІД: навчально-методичний посібник // Запоріжжя, ЗДМУ. – 2018. – 100с.
4. Козьолкін О.А., Візір І.В., Сікорська М.В. Нерянова Ю.М. Деменція: навчально-методичний посібник // Запоріжжя, ЗДМУ. – 2012. – 91с.
5. Козьолкін О.А, Ревенько А.В., Медведкова С.О. та ін. Діагностика невідкладних станів в неврології (в таблицях): навчально-методичний посібник // Запоріжжя, ЗДМУ. – 2017 – 135с.

6. Козёлкин А.А., Ревенько А.В., Медведкова С.А., Ярковая С.В. Диагностика и лечение нейростоматологических заболеваний: учеб.-метод. пособие // Запорожье : ЗГМУ, 2017. - 160с.
7. Козьолкін О.А., Ревенько А.В., Медведкова С.О. та ін. Актуальні питання клініки, діагностики та лікування краніальних невралгій та невропатій: навч. посіб. // Запоріжжя: ЗДМУ, - 2019. - 119.с.
8. Козьолкін О.А., Візір І.В., Сікорська М.В. Епілепсія. Сучасні принципи діагностики та лікування : навчально-методичний посібник // Запоріжжя, ЗДМУ. – 2019. – 105с.
9. Козьолкін О.А., Візір І.В., Сікорська М.В. Лапонов О.В. Реабілітація пацієнтів з захворюваннями нервової системи: навчально-методичний посібник // Запоріжжя, ЗДМУ. – 2019. – 180с.
10. Козьолкін О. А., Ревенько А. В., Медведкова С. О. та ін. Профілактика гострих та хронічних порушень мозкового кровообігу: навчально-методичний посібник // Запоріжжя, ЗДМУ. – 2018. - 132
11. Козьолкін О. А., Ревенько А. В., Медведкова С. О. Хвороба Паркінсона: сучасні аспекти діагностики і лікування: навчальний посібник, 2-ге видання, допрацьоване та доповнене // Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. – 158 с.
12. Козьолкін О.А., Візір І.В., Сікорська М.В. Нейростоматологія: навчально-методичний посібник, 2-ге видання доопр. та доп.// Запоріжжя, ЗДМУ. – 2017. – 166с
13. Козьолкін О.А., Ревенько А.В., Медведкова С.О., Нерянова Ю.М. Навчальний посібник «Клінічна неврологія (методика курації неврологічного хворого, семіотика уражень та принципи формулювання клінічного діагнозу хвороб нервової системи)» // Запоріжжя, ЗДМУ – 2012. – 131 с.
14. Методи обстеження неврологічного хворого. Навчальний посібник для мед. ВНЗ III–IV р.а. / Л.І. Соколова, Т.М.Черенько, Т.І. Ілляш та ін.; за ред. Л.І. Соколової, Т.І. Ілляш // Київ: Медицина. – 2015. – 144с.
15. Неврологія: Підручник для мед. ВНЗ I—III р.а. — 2-ге вид., випр. Затверджено МОЗ / Кареліна Т.І., Касевич Н.М. — К., 2017. — 288 с. + 2 с.
16. Неврологія з нейростоматологією: навчальний посібник (ВНЗ III—IV р. а.) / Л.І. Соколова, О.А. Мяловицька, Т.І. Ілляш та ін.; за ред. Л.І. Соколової, Т.І. Ілляш // Київ: Медицина. – 2018. – 128с.
17. Онопрієнко О.П. Експертиза непрацездатності в невропатології, методологія формулювання діагнозу, профілактика інвалідності, принципи реабілітації: Посібник для лікаря – практика // Київ: ТОВ «Інпрес». – 2015. – 668с.

18. Погорелов О.В. Гострі та невідкладні стани в неврології: навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів МОЗ України / Погорелов О.В., Школьник В.М., Бараненко О.М., Юдіна Т.В., Кальбус О.І., Петров О.С. // Київ: Медкнига. – 2017. – 140с.
19. Ромоданов А.П., Мосийчук Н.М., Холопченко Э.И. Атлас топической диагностики заболеваний нервной системы. Киев: Вища школа. – 1979. – 216с.
20. Шевченко Л.А., Боброва В.И. «Основные неврологические синдромы в аспекте их топической диагностики» Запорожье: Просвита, 2018. – 164с.
21. Эльгер К., Шмидт М. Актуальные вопросы терапии эпилепсии. Харьков. – 2011. – 178с.