

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Клиническая синдромология и топическая  
диагностика**

**Тема занятия: Общий анализ неврологических расстройств.**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_/В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** изучение основных понятий и принципов клинической неврологии

В результате изучения темы студент должен расширить знания, продолжить формирования умения и навыки по следующим компетенциям:

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

**Вопросы для подготовки:**

1. Фундаментальная и клиническая неврология. Цели и задачи дисциплин.
2. Клинико-неврологический синдром. Содержание понятия. Формулировка клинико-неврологического синдрома. Функции синдрома.
3. Топический диагноз. Принципы формулировки.
4. Клинический диагноз в неврологии. Структура клинического диагноза. Обоснование диагноза. Дифференциальный диагноз.
5. Методы исследования в клинической неврологии.
6. Принципы и методы лечения в неврологии.

**Основные аспекты темы, на которые следует обратить внимание при подготовке**

Симптомы заболевания определяются как субъективные знаки заболевания, выявляемые при опросе больного и родственников. Симптомы и жалобы различаются степенью оценки, анализом значимости, обязательности. Жалобы, передаваемые пациентом, привносят субъективную оценку расстройств без оценки существенности и первоочередности в анализе заболевания. Симптомы – это диагностические единицы, анализируемые врачом, которые расставлены в порядке приоритетов, в динамике, в существенности и значимости. Причем симптомы при детальном клиническом анализе теряют статус субъективного отклонения и становятся объективным феноменом.

Признаки – первичные феномены заболевания, выявляемые при физикальном исследовании клиницистом. Признаки складываются из многообразия данных, выявленных физикальным исследованием.

Тесты – первичные знаки заболевания, выявляемые при придании пациенту особых функциональных состояний, положений и нагрузок для детализации признаков и выявления их количественных характеристик.

Клинический синдром – системное описание клинико-неврологического функционального расстройства. Для системного описания клинико-неврологического синдрома необходимо ответить на ряд вопросов. 1. Какой сферы касается синдром (двигательной, чувствительной и т.д)? 2. Каков характер расстройства? Для двигательных расстройств – парез, судорога, патологическая утомляемость, гиперкинез. 3. Где локализовано расстройство? Так, расстройство движений локализуется – в определенной части тела, конечности, группе мышц. Локализация чувствительных

расстройств определяется по зонам распределения чувствительности – сегментарным или невральным. 4. Каков механизм расстройств? Для двигательных расстройств – центральные, периферические, смешанные. Для чувствительных расстройств – проводниковые, корешковые, невральные, корковые, сегментарные спинальные и стволовые. 5. Какова выраженность расстройства? (легкая, умеренная, глубокая) 6. Какова стадия или фаза расстройства? (острая, подострая, восстановительная, резидуальная).

Формула топического диагноза - последующий этап построения клинико-неврологического диагноза и с позиции формальной логики может характеризоваться как умозаключение. Для практической формулировки топического диагноза необходимо получить ответ на серию вопросов. 1. Необходимо обозначить имеет ли заболевание структурный (анатомический или «органический») или регуляторный, психогенный (в прежнем архаическом виде, так называемый функциональный) характер. Такое отношение к анатомической организации заболевания имеет смысл при обосновании неструктурных или микроструктурных заболеваний – неврозы, сотрясение головного мозга. 2. Необходимо обозначить, носит ли структурный дефект в пределах органа диффузный или очаговый характер, вовлекает ли он часть структур органа. Подобное суждение обнаруживает специфику заболевания, например диффузное поражение периферических нервов и локальное избирательное поражение группы нервов характеризует разные заболевания. 3. Характеризуется ли заболевание очаговым или многоочаговым характером, первично-очаговым или вторично-очаговым. Суждение может быть установлено на основании анализа механизмов возникновения клинико-неврологических синдромов, а именно при совпадении механизмов расстройств доказательно может быть установлен одно-очаговый вид поражения и наоборот. 4. Какова характеристика очагового поражения – деструктивный или объемный. Так, сочетание очагового неврологического расстройств, вторично-очаговых и общемозговых расстройств констатирует объемное поражение мозга. 5. Какова динамика структурного поражения нервной системы.

Клинический диагноз в общем виде представляет собой системное описание причин, провоцирующих факторов, механизмов развития, клинических форм, структурных основ, внешних функциональных проявлений, фаз и способов развития патологических процессов, осложнений, сопутствующих заболеваний, индивидуальных функциональных и анатомических особенностей пациента.

### **Ситуационные задачи для самостоятельного решения**

1. Сила мышц правых руки и ноги умерено снижена, язык при высовывании отклоняется вправо, правый угол рта при попытке улыбки не отводится. Сухожильно-мышечные рефлексy правых руки и ноги выше, чем слева. Патологические рефлексy Бабинского, Россолимо, Гордона выявлены слева. Название расстройства. Вероятная локализация поражения.

2. Активных движений левой ноги нет. Спастический гипертонус левой ноги. Левый коленный и ахиллов рефлексy слева выше. Брюшных рефлексy

слева нет. Патологический рефлекс Бабинского вызван слева. На уровне 5 ребра слева выявлено отсутствие болевой и температурной чувствительности. С уровня 5 ребра установлена поверхностная гипестезия справа. Описать неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.

**3.** Глубокая слабость ног. Атрофия мышц голеней. Нет анального рефлекса. Ахилловы и подошвенные рефлексы отсутствуют. Выявляется болевая анестезия промежности, бедер, голеней и стоп. Задержка мочи, запор. Название расстройств. Топический диагноз.

#### **Ответы к ситуационным задачам**

**Задача 1.** Центральный правосторонний гемипарез.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение колена левой внутренней капсулы.

**Задача 2.** Центральная моноплегия левой ноги. Поверхностная гипестезия с уровня D5 справа. Поверхностная анестезия по сегментарному типу на уровне D5 сегмента.

Топический диагноз: Поражение левой половины спинного мозга на уровне D5 (поражение пирамидных путей, спиноталамических путей, задних рогов серого вещества спинного мозга).

**Задача 3.** Периферический глубокий парапарез ног. Болевая анестезия с уровня L5. Центральный нейрогенный мочевого пузыря.

Топический диагноз: поражение эпиконуса спинного мозга (L4-S2 сегменты спинного мозга).

#### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
6. Материалы лекции кафедры

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для самостоятельной работы**  
Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Клиническая синдромология и топическая  
диагностика**

**Тема занятия: Анализ двигательных расстройств**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ /В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** изучить анатомию двигательной системы (корково-мышечный путь), понятие о параличе и парезе, классификацию расстройств

произвольных движений, топические варианты нарушений движений. Обучить методике исследования двигательной сферы.

В результате изучения темы студент должен расширить знания, продолжить формирования умения и навыки по следующим компетенциям:

**ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13**

**Вопросы для подготовки:**

1. Структуры, в которых расположен центральный двигательный нейрон.
2. Структуры, в которых расположен периферический двигательный нейрон.
3. Соматотопическое распределение в двигательной области коры мозга.
4. Соматотопическое распределение двигательных проводников во внутренней капсуле.
5. Соматотопическое распределение в двигательных /пирамидных/ путях в спинном мозге.
6. Соматотопическое распределение в передних рогах серого вещества спинного мозга.
7. Сегментарное распределение двигательной иннервации на шейном уровне.
8. Сегментарное распределение двигательной иннервации на поясничном уровне.
9. Сегменты, соответствующие бицепс, трицепс, карпорадиальному рефлексам.
10. Сегменты, соответствующие коленному, ахиллову рефлексам.
11. Общая классификация расстройств движений, обусловленных поражением нервной системы.
12. Клиническая характеристика пареза.
13. Классификация парезов по локализации очага поражения в двигательном пути.
14. Классификация парезов по локализации на теле.
15. Классификация пареза по характеру мышечного тонуса.
16. Классификация пареза по степени выраженности.
17. Классификация пареза по стадиям развития.
18. Классификация патологических рефлексов.
19. Клинические проявления центрального пареза.
20. Клинические проявления периферического пареза.
21. Клиническая /название и признаки/ характеристика пареза при поражении коры полушария большого мозга.
22. Клиническая характеристика пареза при поражении подкорки полушария мозга.
23. Клиническая характеристика пареза при поражении внутренней капсулы.
24. Клиническая характеристика пареза при одностороннем поражении ствола мозга.
25. Клиническая характеристика пареза при двустороннем поражении ствола мозга.

26. Клиническая характеристика пареза при поражении стороны спинного мозга выше шейного утолщения.
27. Клиническая характеристика пареза при двустороннем поражении спинного мозга выше шейного утолщения.
28. Клиническая характеристика пареза одностороннего поражения спинного мозга ниже шейного утолщения.
30. Характеристика пареза при двустороннем поражении спинного мозга ниже шейного утолщения.
31. Характеристика двигательных расстройств при одностороннем поражении спинного мозга на уровне шейного утолщения.
32. Характеристика двигательных расстройств при двустороннем поражении спинного мозга на уровне шейного утолщения.
33. Характеристика двигательных расстройств при одностороннем поражении спинного мозга на уровне поясничного утолщения.
34. Характеристика двигательных расстройств при двустороннем поражении спинного мозга на уровне поясничного утолщения.
35. Характеристика двигательного расстройства при поражении корешка спинного мозга.
36. Характеристика двигательного расстройства при поражении шейного сплетения.
37. Характеристика двигательного расстройства при поражении поясничного сплетения.
38. Характеристика двигательного расстройства при поражении срединного нерва.
39. Характеристика двигательного расстройства при поражении седалищного нерва.
40. Структура гамма-петли.
41. Функциональное значение гамма-петли.
42. Клиническая характеристика и виды судорог.

### **Основные аспекты темы, на которые следует обратить внимание при подготовке**

Произвольные движения и их расстройства. Симптомы поражения корково-мышечного пути на разных уровнях. Центральный и периферический парез.

Современные представления об организации произвольного движения. Корково-мышечный путь: строение, функциональное значение. Центральный (верхний) и периферический (нижний) мотонейроны. Корти-костиспальный тракт: его функциональное значение для организации произвольных движений.

Рефлекторная дуга: строение и функционирование. Уровни замыкания рефлексов в спинном мозге и стволе мозга, значение в топической диагностике. Поверхностные и глубокие рефлексы, основные патологические рефлексы, защитные спинальные рефлексы. Регуляция мышечного тонуса:

спинальная рефлекторная дуга, гамма-система. Надсегментарные уровни регуляции мышечного тонуса. Исследование мышечного тонуса. Нейропатофизиологические основы изменения физиологических рефлексов, патологических пирамидных рефлексов, спастичности.

Центральный и периферический парезы: изменения мышечного тонуса и рефлексов, трофики мышц. Клинические особенности поражения корково-мышечного пути на разных уровнях: головной мозг (прецентральный извилина, лучистый венец, внутренняя капсула, ствол мозга), спинной мозг (боковой канатик, передний рог), передний корешок, сплетение, периферический нерв, нервно-мышечный синанс, мышца. Параклинические методы исследования: электромиография, электронейромиография (исследование скорости проведения по двигательным волокнам периферических нервов), магнитная стимуляция с определением моторных потенциалов, исследование уровня креатинфосфокиназы в сыворотке крови, биопсия мышц и нервов.

### **Ситуационные задачи для самостоятельного решения**

1. Нет активных движений правой ноги. Выявлена атрофия мышц. Фибриллярные подергивания в мышцах. Не вызывается коленный и ахиллов рефлексы. Назвать синдром. Установить топический диагноз.
2. Периферический паралич рук и центральный ног. Установить топический диагноз.
3. Резко снижена сила дистальных отделов ног. Установлена атрофия мышц голеней. Ахилловы и подошвенные рефлексы не вызываются. При ходьбе стопы «шлепают». Больной не может стоять на пятках. Назвать расстройство. Определить локализацию поражения.

### **Ответы на ситуационные задачи**

1. Периферическая моноплегия правой ноги.  
Топический диагноз: поражение передних рогов серого вещества спинного мозга справа в поясничном утолщении.
2. Двухстороннее поражение передних рогов серого вещества спинного мозга и боковых канатиков (пирамидных путей) на уровне шейного утолщения.
3. Дистальный периферический парепарез ног.  
Топический диагноз: поражение передних рогов серого вещества спинного мозга в поясничном утолщении.

### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.



2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
6. Материалы лекции кафедры

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для самостоятельной работы**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Клиническая синдромология и топическая  
диагностика**

**Тема занятия: Анализ чувствительных расстройств**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ /В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** изучить классификации чувствительности, анатомию проводников поверхностной и глубокой чувствительности, виды расстройств чувствительности, синдромы ее нарушения (периферический, сегментарный, проводниковый, корковый), обучить методике исследования чувствительной сферы.

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

**Вопросы для подготовки:**

1. Структуры, в которых располагается первый нейрон проводника поверхностной чувствительности.
2. Структуры, в которых располагается второй нейрон проводника поверхностной чувствительности.
3. Структуры, в которых располагается третий нейрон проводника поверхностной чувствительности.
4. Структуры, в которых располагается первый нейрон проводника глубокой чувствительности.
5. Структуры, в которых располагается второй нейрон проводника глубокой чувствительности.
6. Структуры, в которых располагается третий нейрон проводника глубокой чувствительности.
7. Соматотопическое распределение чувствительности в коре.
8. Первичные, вторичные и третичные чувствительные поля в коре.
9. Соматотопическое распределение чувствительности в проводниках поверхностной чувствительности.
10. Соматотопическое распределение в проводниках глубокой чувствительности.
11. Классификация чувствительности.
12. Виды расстройств чувствительности.
13. Клиническая характеристика боли.
14. Характеристика фантомной боли.
15. Характеристика каузалгии.
16. Характеристика симпаталгии.
17. Типы /синдромы/ расстройств чувствительности.
18. Клиническая характеристика невралгического расстройства чувствительности.
19. Характеристика полиневралгического расстройства чувствительности.
20. Характеристика расстройства чувствительности при поражении сплетения.
21. Характеристика корешкового расстройства чувствительности.
22. Характеристика проводникового расстройства чувствительности.
23. Характеристика сегментарного расстройства чувствительности.
24. Характеристика расстройства чувствительности при поражении половины спинного мозга.

25. Характеристика расстройств чувствительности при поражении задних столбов спинного мозга.

26. Характеристика расстройств чувствительности при поражении боковых столбов спинного мозга.

27. Характеристика корковых расстройств чувствительности.

28. Особенности психогенных расстройств чувствительности.

29. Расстройства чувствительности при поражении таламуса.

### **Основные аспекты темы, на которые следует обратить внимание при подготовке**

Чувствительность – способность организма воспринимать раздражение, исходящее из окружающей среды или от собственных органов и тканей. В физиологии вся совокупность афферентных систем объединяется понятием – рецепции. Чувствительность – это частный случай рецепции, когда афферентные импульсы приводят к формированию ощущений. Не все, что подвергается рецепции, ощущается. Например: афферентные к мозжечку пути Говерса и Флексига до коры не доходят, проприорецептивные импульсы, проводимые по этим путям, не ощущаются, хотя и вызывают ответные реакции на мышцы за счет автоматизма мозжечковой системы.

Раздражители внешней среды воспринимаются человеком с помощью специфичных функциональных систем – анализаторов.

Анализаторы – это функциональные объединения структур периферической и центральной нервной системы, осуществляющие восприятие и анализ информации о явлениях внешней и внутренней среды. И. П. Павлов в структурном отношении разделял анализатор на три основных отдела:

Рецепторные образования, воспринимающие и трансформирующие специфические раздражения (периферический отдел).

Проводниковую систему с переключающими нейронами, передающими центростремительно импульс (кондуктивный отдел).

Кортикальный конец анализатора, в котором происходит высший анализ и синтез полученных возбуждений (корковый отдел).

Рецепторы (и в соответствии с ними чувствительность) разделяют на общие и специальные (связанные с органами чувств). Первые в свою очередь подразделяются на:

Экстерорецепторы – болевые, температурные (луковицы Краузе, тельца Руффины), тактильные (тельца Фатера-Пачини, тельца Мейснера, Меркеля, Гольджи-Маццони).

Проприорецепторы – расположенные в мышцах, сухожилиях, связках, суставах.

Интерорецепторы – расположенные во внутренних органах баро- и хеморецепторы.

Типы чувствительных расстройств

Периферический вариант – к нему относятся невральный, дистальный или полиневритический и плексусный типы. Сегментарный тип чувствительных расстройств наблюдается при поражении заднего рога, передней спайки заднего корешка и спинального ганглия. Проводниковый тип наблюдается при поражении спино-таламических путей на различных уровнях от спинного мозга до коры. Кортиковый вариант развивается при поражении корково-проекционной зоны анализатора поверхностной чувствительности. Невральный тип – наблюдается при поражении ствола периферического нерва, характеризуется нарушением всех видов чувствительности в области зоны кожной иннервации данного нерва.

Полиневритический тип – чувствительность нарушается в дистальных отделах рук и ног по типу "перчаток, чулок".

Плексусный тип – как и при невральном типе наблюдается расстройство всех видов чувствительности, но в гораздо большей зоне, соответствующей территории иннервируемой нервами, исходящими из данного сплетения.

Сегментарный тип – характеризуется диссоциированным расстройством поверхностной чувствительности в соответствующем данному сегменту дерматоме на стороне поражения. Поражение одного сегмента фактически не вызывает чувствительных расстройств из-за того, что каждый сегмент иннервирует еще и выше- и нижележащий дерматомы. Поражение области передней спайки характеризуется такими же расстройствами с двух сторон по типу "куртки".

Проводниковый тип характеризуется расстройством чувствительности на 1–2 дерматоме ниже уровня поражения проводящих путей. Интересным вариантом проводникового типа является альтернирующая гемианестезия – альтернирующий синдром, наблюдаемый при поражении ствола мозга, характеризующийся гипо- или анестезией половины лица и противоположной половины тела.

Кортиковый тип характеризуется расстройством чувствительности на противоположной стороне тела по-типу гемигипестезии или гемианестезии. Может наблюдаться не только симптоматика выпадения, но и раздражения участка коры, что проявляется сенсорными Джексоновскими припадками.

### **Ситуационные задачи для самостоятельного решения**

1. Интенсивная жгучая боль по задненаружной поверхности левой голени и во всей голени. Походка «шлепающая», левая стопа не разгибается и приведена. Нет левого ахиллова рефлекса. Болевая и температурная гипестезия на задненаружной поверхности голени и на всей стопе. Симптом Ласега. Как называются неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.
2. Простреливающая боль в обеих ногах, больше правой, парестезии в голени, стопах. Поверхностная и глубокая анестезия стоп, голеней, бедер и промежности. Неудержание мочи. Дать название расстройства. Определить топический диагноз.
3. Ломящие боли кистях и более в стопах. Нет чувствительности на кистях и стопах в зонах «перчаток» и «носков». Отсутствуют

лучезапястные, ахилловы и подошвенные рефлексы. При стоянии и ходьбе грубое пошатывание, усиленное закрытием глаз. Название частных неврологических расстройств и общего клинико-неврологического синдрома. Название локализации поражения.

### **Ответы на ситуационные задачи**

1. Поверхностная гипестезия в зоне иннервации левого седалищного нерва. Периферический дистальный парез левой ноги.  
Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого седалищного нерва.
2. Тотальная анестезия L4-S2 по корешковому типу. Периферический нейрогенный мочевого пузыря.  
Топический диагноз: очаговое органическое поражение корешков L4-S2 с двух сторон (поражение конского хвоста).
3. Анестезия дистальных отделов рук и ног по полиневральному типу. Сенситивная полиневральная атаксия.  
Топический диагноз: множественное поражение периферических нервов рук и ног.

### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
6. Материалы лекции кафедры

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Клиническая синдромология и топическая  
диагностика**

**Тема занятия: Синдромология I-XII черепно-мозговых нервов**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ /В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** изучение методов исследования, признаков нарушения функции черепно-мозговых нервов.

В результате изучения темы студент должен расширить знания, продолжить формирования умения и навыки по следующим компетенциям:

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

**Вопросы для подготовки:**

- 1.Анатомические структуры, содержащие образования обонятельной системы.
- 2.Клиническая характеристика периферических расстройств обоняния.
- 3.Клиническая характеристика центральных расстройств обоняния.
- 4.Топическая диагностика расстройств обоняния.
- 5.Анатомические структуры, содержащие образования зрительной системы.
- 6.Характеристика расстройств остроты зрения при нарушении рефракции.
- 7.Характеристика нарушений остроты зрения при поражении зрительной системы.
- 8.Характеристика нарушений полей зрения.
- 9.Характеристика и клиническое значение изменения глазного дна в диагностике зрительных расстройств.
- 10.Характеристика нормальных зрачковых реакций.
- 11.Характеристика и значение нарушений зрачковых реакций.
- 12.Характеристика зрительного узнавания при поражении зрительной системы.
- 13.Характеристика нарушения цветового восприятия при изменениях в зрительной системе.
- 14.Клинический синдром поражения зрительного нерва.
- 15.Клинический синдром поражения наружных отделов зрительной хиазмы.
- 16.Клинический синдром поражения внутренних отделов зрительной хиазмы.
- 17.Клинический синдром поражения зрительного тракта.
- 18.Клинический синдром поражения наружного коленчатого тела.
- 19.Зрачковые расстройства при поражении верхних бугорков пластины четверохолмия.
- 20.Клинический синдром поражения задних отделов внутренней капсулы.
- 21.Клинический синдром поражения зрительной лучистости в затылочной доле.
- 22.Клинический синдром поражения зрительной коры.
- 23.Структуры, организующие глазодвигательную функцию.
- 24.Клинический синдром поражения ствола глазодвигательного нерва.
- 25.Клинический синдром поражения ядра глазодвигательного нерва.
- 26.Клинический синдром поражения ствола головного мозга на уровне ядра глазодвигательного нерва.
- 27.Синдром поражения ядра Вестфаль-Эдингера-Якубовича.
28. Синдромология поражения блокового нерва.



29. Синдромология поражения ствола отводящего нерва.
30. Клинический синдром поражения ствола головного мозга на уровне ядра глазодвигательного нерва.
31. Синдромология нарушения содружественного движения глаз при поражении полушария.
32. Синдромология нарушения содружественного движения глаз при поражении ствола мозга.
33. Нарушения содружественного движения глаз при поражении четверохолмия среднего мозга.
34. Ядра тройничного нерва.
35. Двигательные расстройства при поражении системы тройничного нерва.
36. Периферические чувствительные расстройства при поражении тройничного нерва.
37. Расстройства чувствительности в системе тройничного нерва стволового происхождения.
38. Чувствительные расстройства в системе тройничного нерва полушарного происхождения.
39. Синдромология тригеминальной невралгии.
40. Синдромология поражения ствола лицевого нерва в мостомозжечковом углу.
41. Синдромология поражения ствола лицевого нерва во внутреннем слуховом проходе.
42. Синдромология поражения ствола лицевого нерва выше отхождения большого каменистого нерва.
43. Синдромология поражения ствола лицевого нерва в канале лицевого нерва выше стременного нерва.
44. Синдромология поражения ствола лицевого нерва в канале лицевого нерва выше барабанной струны.
45. Синдромология поражения лицевого нерва на уровне выхода из черепа.
46. Синдромология поражения двигательного ядра лицевого нерва.
47. Синдромология одностороннего поражения ствола головного мозга на уровне внутренней петли лицевого нерва.
48. Синдромология одностороннего поражения ствола головного мозга на уровне ядра лицевого нерва.
49. Синдромология центрального поражения мимической мускулатуры.
50. Синдромология поражения слуховой порции предверно-улиткового нерва.
51. Синдромология поражения вестибулярной порции предверно-улиткового нерва.
52. Характеристика системного головокружения.
53. Дифференциальная диагностика поражения звукопроводящего и звуковоспринимающего аппарата.
54. Синдромология поражения языкоглоточного нерва.
55. Синдромология языкоглоточной невралгии.

56. Синдромология одностороннего поражения блуждающего нерва.
57. Синдромология двустороннего поражения блуждающего нерва.
58. Синдромология одностороннего поражения добавочного нерва.
59. Синдромология двустороннего поражения добавочного нерва.
60. Синдромология поражения ствола подъязычного нерва.
61. Синдромология поражения ядра подъязычного нерва.
62. Синдромология одностороннего поражения ствола головного мозга на уровне ядра подъязычного нерва.
63. Бульбарный паралич.
64. Псевдобульбарный паралич.
65. Рефлексы орального автоматизма.
66. Механизм альтернирующих стволовых синдромов.

**Основные аспекты темы, на которые следует обратить внимание при подготовке**

*Поражение обонятельного нерва.* Гипосмии/аносмии, гиперосмии, дизосмии; механизмы: связанные с патологией ЛОР-органов и нейрогенные – периферические и центральные

*Поражение зрительного нерва.* Нарушение остроты зрения: рефракционные (миопия, гиперметропия, астигматизм), нейрогенные: амблиопия/амавроз. Нарушения полей зрения: гемианопсии (трактусовые и корковые), скотомы (позитивные и негативные). Изменения глазного дна при поражении нервной системы: застойные диски зрительных нервов при внутричерепной гипертензии, первичная и вторичная атрофия диска зрительного нерва.

*Поражение глазодвигательно, блокового и отводящего нерва.* Нарушение системы иннервации взора. Монокулярный офтальмопарез, межъядерный офтальмопарез, парез взора.

*Поражение тройничного нерва.* Тригеминальная невралгия. Анестезия/гипестезия при поражении тройничного нерва: невральная и сегментарная тип расстройства чувствительности. Парез жевательных мышц.

*Поражение лицевого нерва.* Мимический парез: центральный и периферический. Ксерофтальм. Агевзия передних двух третей языка ипсилатерально. Дизакузия.

*Поражение предверно-улиткового нерва.* Анакузия и гипакузия. Системное головокружение. Вестибулярная атаксия.

*Поражение языкоглоточного и блуждающего нервов.* Языкоглоточная невралгия. Парез глотки, мягкого нёба, голосовых связок. Вегетативные нарушения при поражении блуждающего нерва.

*Поражение добавочного нерва.* Двухсторонний парез грудинно-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц.

*Поражение подъязычного нерва.* Центральные и периферические парезы языка.

**Ситуационные задачи для самостоятельного решения**

1. Птоз справа. Расширенный правый зрачок. Нет реакции на свет и аккомодацию. Глазное яблоко отведено кнаружи. Глазное яблоко не двигается внутрь и вверх. Название расстройства. Локализация поражения.
2. Мимический паралич слева: опущен угол рта, сглажена носогубная складка, рот перекошен, расширена левая глазная щель, лагофтальм, симптом Белла, лоб не наморщивается слева. Слезотечение слева. Слух и вкус не нарушены. Описать неврологические синдромы. Локализовать поражение.
3. Язык неподвижен. Атрофия и фибриллярные подергивания его мышц. Речь понимает, отвечает жестами, мимикой. Глотание сохранено. Название расстройства. Локализация поражения.

### **Ответы к ситуационным задачам**

1. Офтальмопарез вследствие недостаточности правого глазодвигательного нерва. Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого глазодвигательного нерва.
2. Периферическая прозоплегия справа. Топический диагноз: Очаговое органическое поражение правого лицевого нерва ниже отхождения барабанной струны.
3. Периферическая глоссоплегия (периферический паралич языка). Топический диагноз: поражение ядер подъязычного нерва.

### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
6. Материалы лекции кафедры



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Клиническая синдромология и топическая  
диагностика**

**Тема занятия: Анализ координаторных расстройств.  
Анализ экстрапирамидных расстройств**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ /В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** на основе знаний анатомии и физиологии экстрапирамидной системы и мозжечка обучить студентов различным методам исследования их функции и постановке топического диагноза в зависимости от обнаруженных симптомов.

**Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Клиническая анатомия мозжечка.
2. Афферентные восходящие пути мозжечка.
3. Афферентные нисходящие пути мозжечка.
4. Эфферентные пути мозжечка.
5. Симптомы и признаки расстройства координации на голове.
6. Симптомы и признаки нарушения координации в руках.
7. Симптомы и признаки нарушения координации в ногах.
8. Симптомы и признаки нарушения координации в осевой мускулатуре.
9. Динамическая атаксия. Клиническая характеристика.
10. Статическая атаксия. Клиническая характеристика.
11. Клинические особенности мозжечковой атаксии.
12. Клинические особенности вестибулярной атаксии.
13. Клинические особенности сенситивной полиневральной атаксии.
14. Клинические особенности сенситивной заднестолбовой атаксии.
15. Клинические особенности вестибулярной атаксии.
16. Клинические особенности капсулярной атаксии.
17. Клиническая характеристика лобной атаксии.
18. Особенности невротической атаксии

**А) Статическая атаксия.**

Расстраивается в основном стояние и ходьба. Больной стоит с широко расставленными ногами, покачивается. Походка напоминает походку пьяного. Особенно затруднены повороты. В позе Ромберга больной покачивается или вообще не может стоять со сдвинутыми стопами. Это наблюдается как при открытых, так и закрытых глазах. При попытке больного стоя отклониться назад отсутствует наблюдающееся у здоровых людей сгибание в коленных суставах и в поясничном отделе позвоночника. Появляется асинергия (проба Бабинского, синдром отсутствия "обратного толчка" Стюарта-Холмса).

**Б) Динамическая атаксия.**

Нарушается выполнение различных произвольных движений конечностями. Этот вид атаксии зависит, в основном, от поражения полушарий мозжечка. При выполнении пальценосовой пробы наблюдается промахивание и интенционный тремор. При пяточноколенной пробе больной не попадает пяткой в колено, пятка соскальзывает в сторону при проведении по голени. Промахивание, соскальзывание пятки с голени возникает у больного как с открытыми, так и с закрытыми глазами. Наблюдается адиадохокинез и гиперметрия.

Кроме нарушения движения в конечностях, при поражении мозжечковых систем, расстраиваются и другие простые и сложные

двигательные акты: речь (брадилалия, скандированная речь), почерк (мегалография), нистагм. У больных с поражением мозжечка наблюдается также гипотония мышц.

Координация движений нарушается при страдании лобной и височной доли и их проводников. В таких случаях расстраивается ходьба и стояние, туловище отклоняется назад и в сторону, противоположную очагу (астазия-абазия). Выявляется промахивание в руке и ноге – гемиатаксия.

### **Синдромы поражения экстрапирамидной системы.**

#### **1. Паркинсонизм (гипертонический гипокинетический синдром).**

Для этого синдрома характерны: А) малая двигательная активность больного – олигокинезия (лицо имеет маскообразный вид, взор неподвижен, бедная жестикуляция). Туловище наклонено вперед, руки слегка согнуты в локтевых суставах, прижаты к туловищу. Имеется склонность застыть в одной, даже неудобной, позе;

Б) активные движения совершаются очень медленно – брадикинезия (больной ходит мелкими шагами, отсутствуют содружественные движения рук при ходьбе);

В) наблюдаются пропульсии;

Г) мышечная ригидность (симптом "зубчатого колеса");

Д) наличие гиперкинеза в виде дрожания (ритмичный тремор в пальцах рук напоминающий счет монет или катание пилюль).

В более выраженной форме указанные выше симптомы возникают при очагах в верхних отделах мозгового ствола (вовлечение черной субстанции).

Мышечная ригидность обуславливается недостаточным уровнем дофамина в хвостатом ядре, куда он поступает из черной субстанции. В результате усиливаются облегчающие влияния, идущие из премоторной коры и бледного шара к мотонейронам спинного мозга, что сопровождается повышением тонического рефлекса.

Из других симптомов паркинсонизма необходимо отметить вегетативные расстройства и нарушение психики.

#### **2. Экстрапирамидные гиперкинезы.**

А) Хорея (гипотонический гиперкинетический синдром) характеризуется беспорядочными произвольными движениями с выраженным локомоторным эффектом, возникает в различных частях тела как в покое, так и во время произвольных двигательных актов. Движения напоминают целесообразные, хотя и утрированные действия. Их сравнивают с пляской, паясничанием. При этом гиперкинезе часто отмечается снижение мышечного тонуса.

Б) Атетоз (неустойчивый) – для этого гиперкинеза характерны медленные тонические сокращения мышц, что внешне похоже на червеобразные движения медленного ритма. Они возникают в покое и усиливаются под влиянием эмоций.

Эти периодически наступающие мышечные спазмы, чаще всего локализуются в дистальных отделах рук. Атетоз может быть двусторонним.

От хореи атетоз отличается замедленностью движений и обычно меньшей распространенностью.

Иногда в различии этих гиперкинезов возникает затруднение, тогда говорят о хореоатетозе. Атетоз может наблюдаться при поражении различных участков экстрапирамидной системы.

В) Торсионная дистония. У больных, особенно при активных движениях, происходит неправильное распределение тонуса мускулатуры туловища и конечностей. Внешне это выражается тем, что при ходьбе в туловище и конечностях появляются штопорообразные насильственные движения.

Торсионно-дистонический гиперкинез может ограничиваться какой-либо частью мышечной системы, например при спастической кривошее. Торсионная дистония возникает при поражении различных участков экстрапирамидной системы (базальные ганглии, клетки мозгового ствола).

Г) Гемибаллизм. Этот редкий тип гиперкинеза локализуется на одной стороне тела, больше страдает рука. В одиночных случаях захватываются обе стороны, тогда говорят о парабаллизме. Проявляется гиперкинез быстрыми размахистыми движениями большого объема, напоминающими бросание или толкание мяча. Эта клиническая картина описывается при поражении Люисова ядра.

Д) Миоклонии – быстрого темпа, обычно беспорядочные сокращения различных мышц или их участков. Небольшая амплитуда, одновременное сокращение антагонистических групп мышц не приводит к выраженному локомоторному эффекту.

Е) Тик – быстрые произвольные сокращения мышц. В отличие от функциональных (невротических), тики экстрапирамидного генеза отличаются

постоянством и стереотипностью.

Ж) Другие гиперкинезы: лицевой спазм, тоническая судорога взора, миоклонус-эпилепсия.

### **Ситуационные задачи для самостоятельного решения**

1. Отмечается горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны. Сила рук и ног сохранена. Самостоятельно ходить и стоять не может, падает одинаково во все стороны. Сухожильные и надкостничные рефлексy низкие. Снижен тонус мышц рук и ног равномерно. Чувствительных нарушений не найдено. Определить название расстройства и установить топический диагноз.
2. Походка мелкими шажками, туловище наклонено вперед, руки и ноги полусогнуты. Лицо маскообразное. Речь монотонная, тихая, затухающая. Наблюдается стереотипный тремор пальцев рук типа «скатывания пиллюль». Тонус мышц конечностей повышен в сгибателях и разгибателях рук и ног по типу «стиральной доски». Установить название расстройства и топический диагноз.
3. Наблюдаются быстрые, аритмичные, произвольные движения конечностей и туловища. Ребенок гримасничает, чмокает,

непроизвольно высовывает язык. Тонус мышц рук и ног снижен. Определить название расстройства и топический диагноз.

### **Ответы к ситуационным задачам**

1. Мозжечковая статико-локомоторная атаксия.  
Топический диагноз поражение червя мозжечка.
2. Паркинсонизм.  
Топический диагноз: поражение nigro-pallidum отдела экстрапирамидной системы.
3. Хореический гиперкинез.  
Топический диагноз: очаговое органическое поражение скорлупы.

### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
6. Материалы лекции кафедры



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Клиническая синдромология и топическая  
диагностика**

**Тема занятия: Анализ корковых расстройств.  
Расстройства высших мозговых функций**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ /В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** обучить студентов топической диагностике высших корковых функций на основе знаний анатомии, физиологии и семиотики корковых расстройств, а также основных очаговых поражений.

В результате изучения темы студент должен расширить знания, продолжить формирования умения и навыки по следующим компетенциям:

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

**Вопросы для подготовки:**

1. Строение полушарий большого мозга.
2. Понятие об экспрессивной и импрессивной речи.
3. Клиническая характеристика моторной афазии.
4. Топико-диагностическое значение моторной афазии.
5. Клиническая характеристика сенсорной афазии.
6. Топико-диагностическое значение сенсорной афазии.
7. Клиническая характеристика амнестической афазии.
8. Топико-диагностическое значение амнестической афазии.
9. Клиническая характеристика семантической афазии.
10. Топико-диагностическое значение семантической афазии.
11. Характеристика и диагностическое значение зрительной агнозии.
12. Характеристика и диагностическое значение слуховой агнозии.
13. Виды и диагностическое значение сенситивной агнозии.
14. Характеристика и диагностическое значение идеаторной апраксии.
15. Характеристика и диагностическое значение моторной апраксии.
16. Характеристика и диагностическое значение конструктивной апраксии.
17. Виды расстройств памяти.
18. Классификация расстройств сознания.
19. Клиническая характеристика оглушения.
20. Клиническая характеристика сопора.
21. Клиническая характеристика комы.
22. Синдромология поражения лобной доли.
23. Клиническая характеристика "лобной психики".
24. Синдромология поражения теменной доли.
25. Синдромология поражения височной доли.
29. Синдромология поражения затылочной доли.

**Основные аспекты темы, на которые следует обратить внимание при подготовке**

Гнозис и праксис. Их расстройства.

Территории коры, связанные с осуществлением праксических и гностических функций, не являются строго ограниченными.

Праксия – результат сочетанной деятельности широких территорий коры головного мозга как рецепторно-гностических, так и праксических. Конечный моторный эффект осуществляется через нисходящие,

эфферентные проводники. Апраксия может возникать при локализации процесса, как в лобных долях, так и в теменных; при этом необходимо поражение обширных зон левого полушария, а иногда и двустороннее поражение. Наиболее отчетливые формы апраксии возникают все же при поражении левой теменной доли у правшей. Различают идеаторную, моторную и конструктивную формы апраксий. Апраксия является результатом поражения двигательного анализатора без явлений паралича или дискоординации движений.

Агнозия – расстройства способности узнавания предметов по тем или иным свойствам их.

А) агнозия поверхностной и глубокой чувствительности: возникает при поражении теменной доли мозга. Примером агнозии кожной и глубокой чувствительности является расстройство стереогностического чувства. В таких случаях больной с закрытыми глазами не может узнать предметы при ощупывании их противоположной очагу рукой (астереогноз).

Б) слуховая агнозия наблюдается при поражении височных долей головного мозга. Нарушается способность различения предметов (объектов) по звукам, голосу. Одним из частных видов слуховой агнозии является сенсорная афазия (агнозия слуховой речи).

В) Зрительная агнозия связана с поражением затылочных долей, их наружных поверхностей. Нарушается распознавание предметов по их виду.

Г) обонятельная и вкусовая агнозия встречается чрезвычайно редко.

Речевая функция, расстройства речи.

Центр сенсорной речи (область Вернике) расположен в височной доле, в заднем отделе верхней височной извилины. При поражении наблюдается утрата способности понимания человеческой речи – сенсорная афазия (словесная агнозия).

Центр моторной речи (область Брока) находится в лобной доле, в заднем отделе нижней лобной извилины. При поражении центра Брока возникает моторная афазия (словесная апраксия).

Симптомокомплексы поражения отдельных долей головного мозга.

1. Поражение роландовой области, передней и задней центральных извилин:

А) передней центральной извилины – монопаралич, монопарез. Могут наблюдаться гемипарезы с явным преобладанием поражения руки, ноги или лица.

Б) задней центральной извилины – расстройство чувствительности на противоположной стороне тела.

При раздражении указанных зон наблюдаются приступы джексоновской эпилепсии двигательного или чувствительного типа.

2. Поражение лобной доли головного мозга: паралич взора в противоположную очагу сторону; отклонение глаз в сторону очага; адверсивные припадки с поворотом головы и глаз в противоположную очагу сторону; лобная атаксия – расстройство стояния и ходьбы; астазия (падает) – абазия (не может ходить); хватательный феномен Янишевского; феномен сопротивления – противоудержания (Кохановского); расстройства психики

("лобная" психика); лобная апраксия; центральный парез мимической мускулатуры на противоположной очагу поражения стороне; моторная афазия (поражение центра Брока).

3. Поражение теменной доли головного мозга: астереогнозия; аутоотопагнозия – неузнавание частей собственного тела, искаженное восприятие его; псевдомелия – ощущение наличия дополнительных конечностей; анозогнозия – отрицание наличия собственного дефекта (паралича, пареза); апраксия; алексия – утрата способности расшифровки письменных знаков.

4. Поражение височной доли головного мозга: квадрантная гемианопсия; атаксия; слуховые, обонятельные и вкусовые галлюцинации; приступы вестибулярно-коркового головокружения; сенсорная афазия; амнестическая афазия; эпилептические припадки.

5. Поражение затылочной доли головного мозга: одноименная гемианопсия; зрительная агнозия; метаморфопсия; зрительные галлюцинации.

#### **Ситуационные задачи для самостоятельного решения**

1. Не способен самостоятельно одеться, не может пользоваться посудой, самостоятельно есть и элементарно обслуживать себя. Больного одевают, кормят. Как называется расстройство? Установить топический диагноз.
2. Какие неврологические расстройства соответствуют поражению правой затылочной доли головного мозга?
3. Больной эйфоричен, не оценивает своего состояния; дурашлив, память ослаблена, склонен к плоским островам; неопрятен, лишен самоконтроля. Выявляются рефлекс орального автоматизма, хватательные рефлекс, симптомы противодержания. Определить название расстройства и топический диагноз.

#### **Ответы к ситуационным задачам**

1. Тотальная апраксия. Топический диагноз: поражение надкраевой извилины левой теменной доли головного мозга.
2. Левосторонняя гомонимная центральная (корковая) гемианопсия. Зрительная агнозия. Простые парциальные сенсорные зрительные эпилептические приступы.
3. Синдром «лобной психики» (лобнодолевая мория). Топический диагноз: поражение лобных долей головного мозга.

#### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-

- Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО университетов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
  3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
  4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
  5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
  6. Материалы лекции кафедры

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Клиническая синдромология и топическая  
диагностика**

**Тема занятия: Синдромология поражения долей полушарий головного  
мозга**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ /В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** обучить студентов топоической основных очаговых поражений долей головного мозга.

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

**Вопросы для подготовки:**

1. Синдромология поражения лобной доли.
2. Клиническая характеристика "лобной психики".
3. Синдромология поражения теменной доли.
4. Синдромология поражения височной доли.
5. Синдромология поражения затылочной доли.

**Основные аспекты темы, на которые следует обратить внимание при подготовке**

Проекционные области коры головного мозга:

А) Двигательные проекционные области – для мускулатуры противоположной стороны тела расположены в прецентральной извилине. Проекция для отдельных мышечных групп представлена здесь в порядке, обратном расположению их на теле (соматотопическое представительство).

Проекционные зоны поворота головы и глаз в противоположную сторону соответствуют заднему отделу второй лобной извилины.

Б) Чувствительные проекционные области – находятся в задней центральной извилине. Проекция кожных рецепторов аналогична соматотопическому представительству в прецентральной извилине.

В) Зрительная проекционная область – расположена в затылочных долях, на внутренней поверхности полушарий, по краям и в глубине шпорной борозды. В каждом полушарии представлены противоположные поля зрения обоих глаз, причем область, расположенная над шпорной бороздой, соответствует нижним, а область под ней – верхним квадрантам полей зрения.

Г) Слуховая проекционная область коры – находится в височных долях, в верхней височной извилине и в извилинах Гешля (на внутренней поверхности височной доли).

Д) Обонятельная проекционная область – расположена в височной доле, в парагиппокамповой извилине, особенно в ее переднем отделе (крючке).

2. Поражение лобной доли головного мозга: паралич взора в противоположную очагу сторону; отклонение глаз в сторону очага; адверсивные припадки с поворотом головы и глаз в противоположную очагу сторону; лобная атаксия – расстройство стояния и ходьбы; астазия (падает) – абазия (не может ходить); хватательный феномен Янишевского; феномен сопротивления – противоудержания (Кохановского); расстройства психики ("лобная" психика); лобная апраксия; центральный парез мимической

мускулатуры на противоположной очагу поражения стороне; моторная афазия (поражение центра Брока).

3. Поражение теменной доли головного мозга: астереогнозия; аутоотопогнозия – неузнавание частей собственного тела, искаженное восприятие его; псевдомелия – ощущение наличия дополнительных конечностей; анозогнозия – отрицание наличия собственного дефекта (паралича, пареза); апраксия; алексия – утрата способности расшифровки письменных знаков.

4. Поражение височной доли головного мозга: квадрантная гемианопсия; атаксия; слуховые, обонятельные и вкусовые галлюцинации; приступы вестибулярно-коркового головокружения; сенсорная афазия; амнестическая афазия; эпилептические припадки.

5. Поражение затылочной доли головного мозга: одноименная гемианопсия; зрительная агнозия; метаморфопсия; зрительные галлюцинации.

### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

7. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
8. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
9. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
10. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
11. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
12. Материалы лекции кафедры



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Клиническая синдромология и топическая  
диагностика**

**Тема занятия: Синдромология поражения ствола головного мозга.  
Альтернирующие синдромы. Расстройства сознания**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ /В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** обучить студентов топической диагностике поражений ствола головного мозга, количественных и качественных расстройств сознания на основе знаний анатомии, физиологии и семиотики поражения стволовых структур.

В результате изучения темы студент должен расширить знания, продолжить формирования умения и навыки по следующим компетенциям:

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

**Вопросы для обсуждения и объяснения:**

- 1.Классификация расстройств сознания.
- 2.Клиническая характеристика оглушения.
- 3.Клиническая характеристика сопора.
- 4.Клиническая характеристика комы.
- 5.Клиническая характеристика делирия, онейроида, аменции.
- 6.Клиническая характеристика поражения таламуса.
- 7.Клиническая характеристика поражения среднего мозга. Альтернирующий синдром Вебера.
- 8.Клиническая характеристика поражения варолиева моста. Альтернирующий синдром Мийара-Гублера, Фовиля.
- 9.Клиническая характеристика поражения продолговатого мозга. Альтернирующие синдромы Джексона, Шмидта, Авеллиса, Захарченко-Валленберга.

**Основные аспекты темы, на которые следует обратить внимание при подготовке**

Синдромология поражения ствола головного мозга предполагает развитие синдромов, связанных с поражением проводящих структур (двигательных и сенсорных), сегментарного аппарата (дисфункция конкретных черепно-мозговых нервов) и неспецифических модулирующих систем ствола головного мозга (ретикулярная формация) с нарушением уровня сознания, цикла сон-бодрствование, регуляции вегетативных функций.

Синдромология нарушений сознания предполагает описание количественных нарушений (угнетение сознания – умеренное оглушение, глубокое оглушение, сопор, кома 1, кома 2, кома 3), качественных нарушений (помрачение сознания – делирий, онейроид, аменция), пароксизмальных расстройств сознания.

**Ситуационные задачи для самостоятельного решения**

1. Пациент поступил в приёмный покой больницы после дорожно-транспортного происшествия. Пациент дезориентирован в пространстве и времени, собственной личности: на вопросы отвечает кратко, ответы не соответствуют сути заданного вопроса. При речевом контакте быстро истощается: речь замедляется, пациент закрывает глаза и прекращает говорить, однако при громком обращении к пациенту он открывает глаза, кратко отвечает на заданный вопрос. Описать форму расстройства сознания.

2. Пациента обнаружен дома бригадой скорой медицинской помощи, вызванной соседями пациента в связи с неадекватным поведением на фоне систематической алкоголизации, прекратившейся вследствие финансовых проблем. Пациент дезориентирован в пространстве и времени, частично ориентирован в собственной личности. Предъявляет жалобы на наличие пугающих зрительных и слуховых галлюцинаций, усиливающихся к вечеру. Речевой контакт ограничен, пациент не всегда понимает суть заданных вопросов. Поведение отражает содержание галлюцинации: пациент испуган, эпизодически возникает психомоторное возбуждение. Описать форму расстройства сознания.

3. У пациента эпизодически в течение 5-20 секунд возникает прекращение текущей деятельности: глаза открыты, фиксирован взгляд, прекращается текущая деятельность; однако мышечный тонус сохранён, предметы в руках удерживает; насильственных движений нет. Описать форму нарушения сознания.

### **Ответы к ситуационным задачам**

1. Угнетение сознания: глубокое оглушение.
2. Помрачение сознания: делирий.
3. Пароксизмальное расстройство сознания: генерализованные эпилептические приступы в виде простых абсансов.

### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
6. Материалы лекции кафедры

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Клиническая синдромология и топическая  
диагностика**

**Тема занятия: Спинальный мочевой пузырь.  
Клинический анализ уровня поражения спинного мозга. Синдромы  
поражения периферической нервной системы: поражение передних и  
задних корешков, сплетений, периферических нервов**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ /В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** изучить анатомию сегментарного и внесегментарного аппарата спинного мозга, признаки нарушения функции в зависимости от уровня поражения и методы его исследования; изучить иннервацию мочевого пузыря, уровень поражения и клинические признаки при расстройстве мочеиспускания по центральному и периферическому типу; изучение этиологии, патогенеза, клинической синдромологии, методов диагностики и лечения заболеваний периферической нервной системы

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

**Вопросы для подготовки:**

1. Клиническая анатомия сегментарного аппарата спинного мозга.
2. Клиническая анатомия внесегментарного аппарата спинного мозга.
3. Анатомическое соотношение сегментов спинного мозга и позвонков.
4. Анатомическое соотношение корешков спинного мозга и позвонков.
5. Соотношение сегментов спинного мозга и дерматомов.
6. Анатомическая локализация дерматома С5.
7. Анатомическая локализация дерматома С8.
8. Анатомическая локализация дерматома D5.
9. Анатомическая локализация дерматома D7.
10. Анатомическая локализация дерматома D10.
11. Анатомическая локализация дерматома L1.
12. Анатомическая локализация дерматома L5.
13. Анатомическая локализация дерматома S1.
14. Клиническая характеристика двигательных расстройств при поражении спинного мозга.
15. Клиническая характеристика чувствительных расстройств при поражении спинного мозга.
16. Клиническая характеристика координаторных расстройств при поражении спинного мозга.
17. Клиническая характеристика вегетативных расстройств при поражении спинного мозга.
18. Клиническая характеристика тазовых расстройств при поражении спинного мозга.
19. Клинические признаки синдрома поражения передних рогов серого вещества спинного мозга.
20. Клинические расстройства при поражении задних рогов серого вещества спинного мозга.
21. Клинические расстройства при поражении боковых рогов серого вещества спинного мозга.
22. Клинические расстройства при поражении боковых столбов спинного мозга.
23. Клинические расстройства при поражении задних столбов спинного мозга.
24. Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на

- уровне С3 сегмента.
25. Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне С5-С6 сегментов.
  26. Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне С8-D2 сегментов.
  27. Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне D7 сегмента.
  28. Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне L2-L5 сегментов.
  29. Характеристика поражения мозгового эпиконуса.
  30. Характеристика поражения мозгового конуса.
  31. Характеристика поражения конского хвоста.
  32. Срединный нерв.
  33. Лучевой нерв.
  34. Локтевой нерв.
  35. Верхний первичный пучок плечевого сплетения.
  36. Средний первичный пучок плечевого сплетения.
  37. Нижний первичный пучок плечевого сплетения.
  38. Синдром передней лестничной мышцы.
  39. Синдром малой грудной мышцы.
  40. Поясничное сплетение.
  41. Подвздошно-подчревный нерв.
  42. Подвздошно-паховый нерв.
  43. Бедренно-половой нерв.
  44. Латеральный кожный нерв бедра.
  45. Запирательный нерв.
  46. Бедренный нерв.
  47. Подкожный нерв (n.saphenus)
  48. Крестцовое сплетение.
  49. Внутренний запирательный нерв.
  50. Грушевидный нерв.
  51. Верхний ягодичный нерв.
  52. Задний кожный нерв бедра.
  53. Седалищный нерв.
  54. Большеберцовый нерв.
  55. Общий малоберцовый нерв.

**Основные аспекты темы, на которые следует обратить внимание при подготовке**

Среди синдромов поражения нервной системы следует выделять синдромы двигательных нарушений (периферические парезы и сенситивные атаксии), чувствительных нарушений, вегетативные нарушения (ангиотрофоалгический синдром). Описывается синдром поражения передних корешков, задних корешков, конского хвоста; плечевого сплетения: тотальное поражение, поражение верхнего первичного пучка плечевого сплетения, нижнего первичного пучка плечевого сплетения; поражение

лучевого, локтевого, срединного нервов, поражение поясничного сплетения, поражение бедренного нерва, запирающего нерва, наружного кожного нерва бедра (синдром Рота), поражение крестцового сплетения, седалищного нерва, большеберцового нерва, малоберцового нерва, ягодичных нервов, заднего кожного нерва бедра, полиневральный синдром, радикулярный синдром.

Полиневропатии: диабетическая, алкогольная, дифтерийная, дисметаболические. Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия Гийена-Барре, синдром Ландри. Синдром Фишера. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия.

Мононевропатии, невралгии. Невропатия зрительных и слуховых нервов, ретробульбарный неврит. Невралгия тройничного нерва. Невропатия лицевого нерва. Синдромы поражения лицевого и промежуточного нервов. Невралгия языкоглоточного нерва. Туннельные невропатии локтевого, лучевого, срединного и малоберцового нервов. Невропатия бедренного и седалищного нервов. Опоясывающий лишай.

### **Ситуационные задачи для самостоятельного решения**

1. Значительная слабость ног. Тонус мышц бедер повышен по спастическому типу. Коленные и ахилловы рефлексы высокие. Средние и нижние брюшные рефлексы отсутствуют. Патологические стопные рефлексы с обеих сторон. Отсутствует поверхностная чувствительность с уровня пупка. Невозможность произвольного мочеиспускания и дефекации с возникновением необходимости катетеризации мочевого пузыря. Установить название неврологических расстройств. Установить топический диагноз.
2. Нет активных движения ног. Высокий тонус разгибателей в ногах. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, клonusы надколенников и стоп. Обнаружены патологические рефлексы Бабинского и Россолимо с двух сторон. Нет чувствительности от паховых складок на боль, тепло, движения в суставах. Задержка мочи и стула. Описать неврологические расстройства и установить локализацию поражения.
3. Значительное снижение силы рук и ног. Тонус повышен в сгибателях рук и разгибателях ног. Бицепитальные, трицепитальные, коленные, ахилловы рефлексы высокие с клonusоидом. Установлены рефлексы Бабинского, Россолимо, Гордона, Шефера с обеих сторон. Выявлена полная анестезия с задней поверхности шеи симметрично. Невозможность произвольного мочеиспускания и запор. Описать синдромы. Установить топический диагноз.

### **Ответы к ситуационным задачам**

1. Периферический умеренный парез правой руки. Топический диагноз: поражение передних рогов серого вещества спинного мозга на уровне шейного утолщения справа.
2. Центральная параплегия ног. Тотальная анестезия по проводниковому

типу с уровня D12. Центральный нейрогенный мочевой пузырь. Топический диагноз: очаговое органическое поражение спинного мозга на уровне D12.

**3.** Центральный тетрапарез. Тотальная анестезия с уровня С3. Центральный нейрогенный мочевой пузырь. Топический диагноз: полное поперечное поражение спинного моза на уровне С3 сегмента.

### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
6. Материалы лекции кафедры



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Клиническая синдромология и топическая  
диагностика**

**Тема занятия: Анализ общемозговых и ликворных синдромов**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ /В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** изучить общемозговые (внутричерепная гипертензия, менингеальный синдром, гидроцефально-гипертензионный синдром) и ликворные синдромы (геморрагический, воспалительный, окклюзионный).

В результате изучения темы студент должен расширить знания, продолжить формирования умения и навыки по следующим компетенциям:

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

**Вопросы для подготовки:**

1. Внутричерепная гипертензия.
2. Менингеальный синдром.
3. Гидроцефально-гипертензионный синдром.
4. Ликворный геморрагический синдром.
5. Ликворный воспалительный синдром (гнойный и серозный).
6. Ликворный окклюзионный синдром.

**Основные аспекты темы, на которые следует обратить внимание при подготовке**

Синдром внутричерепной гипертензии. Механизмы развития: патологические объёмные внутричерепные образования, гидроцефалия (в основном окклюзионная), венозная гиперемия (тромбоз венозных синусов), патологическая артериальная гиперемия (острая гипертоническая ангиоэнцефалопатия), диффузный отёк и набухание головного мозга. Клинические (цефалгический синдром), офтальмологические (застойные диски зрительных нервов, преходящая и стойкая амблиопия), рентгенологические и ликворные признаки.

Менингеальный синдром включает в себя цефалгический симптомокомплекс, мышечно-тонические знаки, тотальную гиперестезию; возможно развитие психомоторного возбуждения в рамках делириоподобного синдрома.

Гидроцефалия – патологическое расширение ликворных пространств; наружная и внутренняя; гиперсекреторная, окклюзионная, артероблковая и заместительная; сообщающаяся и несообщающаяся.

Ликворный геморрагический синдром: повышение ликворного давления, белка, эритроцитарный плеоцитоз.

Ликворный воспалительный синдром: повышение ликворного давления, уровня белка; снижение глюкозы при гнойном воспалении, серозном туберкулёзном воспалении; нормальный уровень глюкозы при вирусных серозных менингитах; нейтрофильный или лимфоцитарный плеоцитоз.

**Ситуационные задачи для самостоятельного решения**

1. У пациента утренние головные боли умеренной и высокой интенсивности, уменьшающиеся при переходе в вертикальное положение, тошнота и рвота на высоте головной боли, преходящее снижение остроты зрения. При осмотре офтальмологом глазного дна выявлены застойные диски зрительных нервов. Определить клинический синдром.

2. У пациента выраженные головные боли с тошнотой и рвотой; фото-, фоно-, тактильная гиперестезия. Определяется ригидность заднешейных мышц (4 поперечных пальца), симптом Кернига, положительные симптомы Брудзинского верхний, средний и нижний. Определить клинический синдром.
3. У пациента с признаками менингеального синдрома выполнена люмбальная пункция. При люмбальной пункции выявлено повышение ликворного давления (до 250 мм.водного столба), ликвор бесцветный, опалесцирующий; белок 1,0 г/л, глюкоза 1,8 ммоль/л, лимфоцитарный плеоцитоз: 100 клеток в 1 мкл. Определить клинический синдром.

### **Ответы к ситуационным задачам.**

1. Синдром внутричерепной гипертензии.
2. Менингеальный синдром.
3. Ликворный воспалительный (серозный) синдром.

### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО унтов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
6. Материалы лекции кафедры

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Клиническая синдромология и топическая  
диагностика**

**Тема занятия: Анализ вегетативных нарушений**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_/В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** изучить механизмы и клинические проявления вегетативных нарушений в неврологии.

В результате изучения темы студент должен расширить знания, продолжить формирования умения и навыки по следующим компетенциям:

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

**Вопросы для подготовки:**

1. Надсегментарная вегетативная дисфункция: первичная и вторичная.
2. Пароксизмальное течение надсегментарных вегетативных нарушений: панические атаки. Психовегетативный синдром.
3. Диэнцефальный синдром.
4. Сегментарные вегетативные нарушения.
5. Периферическая вегетативная недостаточность. Ангиотрофопатический синдром.

**Основные аспекты темы, на которые следует обратить внимание при подготовке**

Иерархический (выделение надсегментарного и сегментарного отделов) вегетативной нервной системы и антагонистический (симпатический и парасимпатический отделы, эрготропный и трофотропный отделы) принципы организации автономной нервной системы. Вегетативные нарушения в неврологии: надсегментарные, сегментарные и периферические. Надсегментарные вегетативные нарушения: первичные (дисфункция лимбико-ретикулярного комплекса) и вторичные (органическое поражение), перманентные и пароксизмальные; ведущие вегетативные нарушения. Сегментарная вегетативная недостаточность. Периферический (ангиотрофопатический) синдром.

**Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета

клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ  
Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.

6. Материалы лекции кафедры

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Клиническая синдромология и топическая  
диагностика**

**Тема занятия: Головная боль**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ /В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** изучить механизмы и клинические проявления цефалгического синдрома в неврологии.

В результате изучения темы студент должен расширить знания, продолжить формирования умения и навыки по следующим компетенциям:

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

### **Вопросы для подготовки:**

1. Головная боль. Механизмы головной боли.
2. Первичные головные боли. Головные боли напряжения.
3. Мигрень.
4. Кластерные (пучковые) головные боли.
5. Вторичные головные боли.
6. Психогенные головные боли.

### **Основные аспекты темы, на которые следует обратить внимание при подготовке**

Головные боли являются гетерогенным по механизму симптомокомплексом (синдромом), которые в первую очередь разделяют на первичные (головные боли напряжения, мигрень, пучковая (кластерная) головная боль) и вторичные.

Головные боли напряжения являются наиболее распространёнными в популяции; по этиологии часто являются психогенными (реакция на острый и хронический психоэмоциональный дистресс), а по механизму в основном миогенными и имеют определённый паттерн.

Мигрень представляет собой особый класс головных болей, связанных как с нейрогенными, так и вторично сосудистыми нарушениями. Выделяют мигрень без ауры и мигрень с аурой (ассоциированная).

Вторичные головные боли (посттравматические, сосудистые и др.), их механизмы и клиническая картина.

### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз.



проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.

5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
6. Материалы лекции кафедры

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

**Раздел дисциплины: Клиническая синдромология и топическая  
диагностика**

**Тема: Неврозы и невротические расстройства.**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ /В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** изучить механизмы и клинические проявления неврозов и психосоматических заболеваний.

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

**Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Понятие невроза в клинической неврологии.
2. Тревожные и депрессивные расстройства.
3. Невроз «навязчивых состояний»: обсессивно-компульсивные, обсессивно-фобические и др. расстройства.
4. Неврастения. Понятие «синдрома хронической усталости».
5. Понятие психосоматического заболевания (Alexander, Dunbar); интерпретация в рамках концепции кортико-висцеральных отношений, концепции эмоционального стресса.

Неврозы представляют собой широкий спектр нарушений, имеющих отношение как к неврологии, так и к психиатрии. Вызывают тревожные, депрессивные расстройства, обсессивно-фобические, обсессивно-компульсивные расстройств (невроз навязчивых состояний), неврастения; конверсионные (диссоциативные, истерические) расстройства.

Психосоматическая патология представляет собой широкий спектр нарушений, связанных с отражением эмоциональной дисфункции в соматической, преимущественно вегетативной сфере: бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка, ревматоидный артрит.

**Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
6. Материалы лекции кафедры

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Клиническая синдромология и топическая  
диагностика**

**Тема занятия: Эпилепсия. Пароксизмальные состояния в неврологии**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ /В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** изучение этиологии, факторов риска, патогенеза, клинической синдромологии, методов диагностики и лечения эпилепсии, обмороков и других пароксизмальных расстройств.

В результате изучения темы студент должен расширить знания, продолжить формирования умения и навыки по следующим компетенциям:

1) Способность и готовность осуществлять психологическое консультирование медицинского персонала (или работников других учреждений) по вопросам взаимодействия с пациентами (клиентами), создавать необходимую психологическую атмосферу и «терапевтическую среду» (ПК-6)

2) Способность организовывать деятельность ведомственных психологических служб и их структурных подразделений, координировать взаимодействия с руководителями, персоналом различных организаций (ПК-12)

### **Основные аспекты темы, на которые следует обратить внимание при подготовке**

Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга человека, характеризующееся повторными припадками, которые возникают в результате чрезмерных нейронных разрядов (эпилептические припадки) и сопровождаются разнообразными клиническими и параклиническими симптомами. Заболевание известно очень давно. Его описания встречаются у египетских жрецов, врачей тибетской медицины, арабской медицины. В России была известна как падучая болезнь. Встречается с частотой до 3–5 случаев на 1000 населения. Число больных эпилепсией на планете составляет не менее 30 миллионов. Эпилепсия характеризуется не только большой распространенностью, но и потенциально тяжелыми последствиями. Не только при развитии эпилептического статуса, но и при одиночных припадках могут наблюдаться тяжелые повреждения и даже смертельный исход. Припадки потенциально опасны в связи с местом их возникновения и особенностями выполняемой больными работы. Наиболее часто заболевание возникает в детском возрасте, когда особенно легко проявляется неблагоприятное воздействие припадков на мозг. Все это свидетельствует о том, что эпилепсия представляет собой не только медицинскую, но и важную социальную проблему.

Патология вегетативной нервной системы наиболее трудна для изучения в связи с многогранностью и чрезвычайной вариабельностью проявлений вегетативных расстройств, а также с отсутствием достаточно объективных доступных методов исследования, трудностями терапии. Мигрень – заболевание, характеризующееся наследственно обусловленным нарушением регуляции экстра- и интракраниальных сосудов головы, проявляющееся периодически возникающими характерными приступами головной боли. По данным разных авторов распространенность мигрени в популяции варьируется от 4 до 20 %. Головная боль напряжения – наиболее часто встречающаяся форма головной боли, чрезвычайно распространенная в популяции. Синдром вегетативной дистонии – является вторичным

вегетативно-эмоциональным расстройством, возникающим на фоне различных психических, неврологических и соматических заболеваний, его правильная идентификация и лечение часто являются главной задачей при лечении различной патологии. Вегетативные кризы требуют дифференциальной диагностики с другими пароксизмальными расстройствами здоровья.

### **Примеры ситуационных задач для решения**

Пример 1. Общий судорожный припадок начинается с поворота головы и глаз вправо. Название расстройства. Установить локализацию поражения.

Решение: Парциальный адверсивный эпилептический приступ. Ирритация левой лобной доли.

### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
6. Материалы лекции кафедры

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Частная нозология**

**Тема занятия: Острые нарушения мозгового кровообращения.  
Ишемический инсульт. Геморрагический инсульт.**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_/В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** изучение этиологии, факторов риска, патогенеза, клинической синдромологии, методов диагностики и лечения острых нарушений мозгового и спинального кровообращения.

В результате изучения темы студент должен расширить знания, продолжить формирования умения и навыки по следующим компетенциям:

1) Способность и готовность осуществлять психологическое консультирование медицинского персонала (или работников других учреждений) по вопросам взаимодействия с пациентами (клиентами), создавать необходимую психологическую атмосферу и «терапевтическую среду» (ПК-6)

2) Способность организовывать деятельность ведомственных психологических служб и их структурных подразделений, координировать взаимодействия с руководителями, персоналом различных организаций (ПК-12)

### **Вопросы для подготовки**

1. Структура и частота нарушений мозгового кровообращения в заболеваемости.
2. Факторы риска нарушений мозгового кровообращения
3. Классификация НМК в зависимости от типа течения заболевания
4. Классификация НМК в зависимости от анатомического мозгового субстрата
5. Классификация форм хронического нарушения мозгового кровообращения
6. Классификация форм острого нарушения мозгового кровообращения
7. Классификация форм ишемического инсульта
8. Классификация форм геморрагического инсульта
9. Характеристика периодов острого нарушения мозгового кровообращения
10. Принципы оценки тяжести состояния в остром периоде нарушения мозгового кровообращения

В настоящее время всё большую значимость приобретают сосудистые заболевания головного мозга. Это обусловлено увеличением среди населения численности лиц пожилого и старческого возрастов, а также нарастающим негативным влиянием факторов урбанизации в экономически развитых странах. Увеличение числа больных гипертонической болезнью, широкая распространённость аритмий, высокая стоимость антигипертензивных медикаментов обуславливают рост заболеваемости инсультом в странах СНГ. Инсульты и их последствия занимают 2–3 место среди причин смертности в мире. По данным России и стран СНГ в течении ближайшего месяца с момента заболевания умирают около 30 %, а к концу года 45–48 %. При геморрагическом инсульте смертность в первый месяц достигает огромной цифры 75 %. Из лиц переживших инсульт, к трудовой



деятельности возвращаются не более 10–12 %; 25–30 % остаются до конца жизни инвалидами. Высокий уровень смертности, заболеваемости и инвалидизации при инсульте обуславливает актуальность знания данной патологии.

### Примеры ситуационных задач для решения

1. Пациент А-н., рабочий. При подъеме тяжести внезапно возникли сильная головная боль, боль в спине и межлопаточной области, шум в ушах. Затем появилась рвота. Утратил сознание на несколько минут. Госпитализирован в клинику. Травму головы отрицает. Объективно: тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД — 180/110 мм рт. ст. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный, напряженный. Температура 38°. Больной возбужден, дезориентирован, пытается встать с постели несмотря на запреты. Общая гиперестезия. Определяются выраженная ригидность мышц затылка и симптом Кернига с обеих сторон. Птоз справа. Глазное дно: вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, диски зрительных нервов отечны, границы их нечетки. Правый зрачок шире левого. Реакция на свет правого зрачка отсутствует, левого живая. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, движения его вверх, внутрь и вниз ограничены. Парезов конечностей нет. Анализ крови: СОЭ - 8 мм/ч, лейкоциты –  $10 \cdot 10^9$ /л. В спинномозговой жидкости равномерная примесь крови в трех пробирках, белок - 1,2 г/л, цитоз – 240 в 1 мкл (эритроциты). МРТ – наружная гидроцефалия. Спустя две недели после попытки встать с постели у больного усилилась головная боль и увеличилась ригидность мышц затылка. Описать клинические синдромы. Определить и обосновать топический диагноз. Установить предварительный клинический диагноз.

2. Пациент К., 45 лет. Два года назад у него после волнения и употребления алкоголя внезапно возникла слабость правой руки, а утром - и правой ноги. Спустя неделю сила ноги восстановилась, оставалась незначительная слабость кисти. Через год вновь развился правосторонний гемипарез и нарушилась речь. Затем постепенно в течение месяца речь и сила ноги восстановились, оставалась лишь легкая слабость руки. Неделю назад у больного снизилась сила правой руки; он перестал разговаривать, сохранив способность понимать речь. Объективно: АД — 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, ясные. Пульсация левой внутренней сонной артерии на шее ослаблена. Расстройство речи – повторяет отдельный слог – «ба-ба», по просьбе выполняет действия левыми рукой и ногой, сглажена носогубная складка и резко опущен угол рта справа. Язык отклоняется в правую сторону, атрофии мышц языка нет. Активные движения правой руки отсутствуют. Тонус мышц повышен в сгибателях предплечья и пронаторах кисти справа. Сухожильные и надкостничные рефлексы резко повышены справа, вызываются патологические «кистевые» рефлексы Россолимо и Бехтерева с этой же стороны. Выраженная гипестезия правой руки. Температура нормальная. Анализ крови: СОЭ — 12 мм/ч, лейкоциты— $8,4 \cdot 10^9$  в 1 мкл,

протромбиновый индекс 1,0, АЧТВ 30 секунд. На ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биопотенциалов, преимущественно в левой лобной области. При УЗДГ сосудов шеи обнаружено сужение левой внутренней сонной артерии на 2 см выше разделения общей сонной артерии на ее основные ветви. РКТ – изменений не установлено. МРТ – очаг измененной мозговой ткани с перифокальным отеком в левой теменно-лобной зоне, смещение срединных структур мозга вправо. Определить локализацию поражения. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

**3.** Пациент М., 40 лет, страдает тромбофлебитом левой голени. Два дня назад внезапно «перекосило» лицо, появилось онемение и слабость в правых конечностях. Заболевание прогрессировало, и в течение 2—3 часов развился их паралич. Больная перестала говорить, однако понимание речи сохранилось. Объективно: АД—115/65 мм рт. ст. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца чистые, ясные. Моторная афазия. Опущен правый угол рта, язык уклоняется вправо. Активные движения правых конечностей отсутствуют. Повышен тонус мышц Сгибателей руки и разгибателя голени справа. Сухожильные и надкостничный рефлексy справа выше, чем слева, брюшные—справа отсутствуют. Вызываются патологические рефлексy Бабинского и Оппенгейма справа. Выявляется снижение чувствительности на правой половине тела. Анализ крови: СОЭ — 12 м/ч, лейкоциты —  $8 \cdot 10^9$  в 1 л, протромбиновый индекс 1,2, АЧТВ 15 секунд. РКТ головного мозга: зона пониженного сигнала в правой лобной доле. Обосновать и сформулировать топический и предварительный клинический диагнозы. Провести дифференциальный диагноз.

#### **Ответы на ситуационные задачи**

**1.** Неврологические синдромы: менингеальный синдром, офтальмопарез справа вследствие недостаточности функции глазодвигательного нерва.

Топический диагноз: раздражение мозговых оболочек, очаговое органическое поражение правого глазодвигательного нерва.

Клинический диагноз: Геморрагический инсульт по типу субарахноидального кровоизлияния вследствие разрыва аневризмы.

**2.** Неврологические синдромы: центральный брахиофациальный парез справа, эфферентная моторная афазия, гипестезия правой руки.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной доли.

Клинический диагноз: ишемический гемодинамический инсульт в левом каротидном бассейне.

**3.** Неврологические синдромы: моторная афазия, центральная правосторонняя гемиплегия, гемигипестезия справа.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобно доли и постцентральной извилины слева.

Клинический диагноз: Ишемический атеротромботический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии.

### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
6. Материалы лекции кафедры

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Частная нозология**

**Тема занятия: Хроническая ишемия головного и спинного мозга.**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_/В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** изучение этиологии, факторов риска, патогенеза, клинической синдромологии, методов диагностики и лечения хронических нарушений мозгового и спинального кровообращения.

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

**Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Клиническая характеристика стадий дисциркуляторной энцефалопатии
2. Критерии диагностики дисциркуляторной энцефалопатии
3. Дифференциальная диагностика дисциркуляторной энцефалопатии
4. Клиническая характеристика острого мозгового церебрального сосудистого криза
5. Критерии диагностики острого мозгового церебрального сосудистого криза
6. Дифференциальная диагностика обморока и эпилептического приступа
7. Дифференциальная диагностика обморока и истерического приступа
8. Клиническая характеристика острой гипертонической энцефалопатии
9. Критерии диагностики острой гипертонической энцефалопатии
10. Дифференциальная диагностика острой гипертонической энцефалопатии

**Основные аспекты темы, на которые следует обратить внимание при подготовке**

В когнитивной психологии психические процессы принято разделять на мотивационные, эмоциональные, познавательные (ощущение, восприятие, представление, память, мышление), регуляторные (внимание и воля) [Хомская Е.Д., 2005]. То есть, когнитивные функции являются лишь частью сложного комплекса психических процессов, в которых можно выделить мотивационно-эмоциональный, собственно когнитивный и регуляторный (исполнительный) компоненты. В англоязычной литературе для обозначения функций аналогичных регуляторным, понимаемым более широко (как программирование, регуляцию и контроль за протеканием деятельности, что в классической когнитивной психологии более соответствует понятию внимание, воля), используют термин исполнительные или распорядительные функции (executive functions). Следует отметить, что в эволюционно-системной физиологии внимание понимают не как отдельную психофизиологическую функцию, а как уровень (степень) взаимодействия различных психофизиологических процессов в текущей деятельности [Александров Ю.И., 2006].

Существуют многообразные описания когнитивных нарушений, в структуре которых можно выделить следующие основные признаки [Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., 2001]

- когнитивные нарушения усиливаются по сравнению с исходным уровнем;
- когнитивный дефект, как правило, охватывает несколько когнитивных сфер (гнозис, внимание, память, мышление, праксис, речь) или является диффузным;
- когнитивные расстройства нарушают повседневную (профессиональную) или бытовую деятельность;
- причиной когнитивных нарушений должно выступать определённое органическое (структурное или метаболическое) поражение головного мозга
- должны быть исключены другие психические расстройства, способные повлечь за собой нарушение когнитивных функций (депрессия, делирий и т.д.)

Классификация когнитивных нарушений может быть осуществлена по следующим основным признакам:

*Тип когнитивных нарушений*

- 1.Корковые (операциональные) нарушения.
- 2.Подкорковые (нейродинамические) нарушения.
- 3.Лобные (регуляторные) нарушения.
- 4.Смешанные нарушения

*Патогенез когнитивных нарушений*

- 1.Врождённые.
- 2.Приобретённые структурные (органические)
- 3.Приобретённые психогенные (псевдодеменции)

*Степень выраженности когнитивных нарушений*

- 1.Лёгкие
- 2.Умеренные
- 3.Выраженные (деменция).

### **Примеры ситуационных задач для решения**

1. На приём к врачу пришла женщина 78 лет в сопровождении дочери. Пациентка проживает одна в сельской местности, её дети, навещая её, замечают, что она становится всё более забывчивой. В беседе с больной определяются выраженные затруднения в подборе слов с её стороны. Со слов дочери у пациентки имеются затруднения в воспроизведении событий, ориентации во времени. При неврологическом осмотре очаговых неврологических расстройств не выявлено; выявляются нарушения счёта и праксиса. При проведении исследования по Краткой шкале оценки психического статуса (MMSE) пациентка набрала 21 балл из 30. Пациентка не может вспомнить предъявленные 3 слова через 3 минуты. При МРТ головного мозга описана гипотрофия медиальных отделов височных долей. Описать клинические синдромы (тип нейропсихологических нарушений).  
На приём к врачу обратился мужчина 69 лет с жалобами на рассеянность внимания, повышенную утомляемость, снижение памяти, шаткость и

неуверенность при ходьбе. Страдает артериальной гипертензией более 10 лет с повышением артериального давления до 180/100 мм.рт.ст., антигипертензивные препараты систематически не принимает; считает, что «привык к своему давлению». В анамнезе перенесённый 4 года назад ишемический инсульт с лёгким правосторонним гемипарезом с хорошим восстановлением. Образование среднее профессиональное, работал слесарем. Курит с 20 лет по 1 пачке в 2 дня. Со слов жены пациент «стал плохо соображать, стал замедленным», стал более раздражительным; не справляется с бытовыми обязанностями.

В неврологическом статусе лёгкая гипомимия, положительные рефлекс орального автоматизма. Гипокинезия; сухожильные рефлекс выше справа, патологические стопные рефлекс справа. Незначительный пластический мышечный гипертонус в руках и ногах. Чувствительных выпадений нет. При ходьбе шаг укорочен, шарканье ног.

Выполнена оценка по Краткой шкале оценки психического статуса: забыл 2 слова из 3, сделал 2 ошибки в серийном счёте, набрал 25 баллов. Нарушена функция обобщения; выраженная замедленность при выполнении нейропсихологических проб.

МРТ головного мозга: множественные лакунарные инфаркты в области подкорковых базальных ганглиев и внутренней капсулы с двух сторон; перивентрикулярный и субкортикальный лейкоароз.

Описать клинические синдромы (в том числе тип нейропсихологических нарушений), клинический диагноз, рекомендуемую терапию.

3. Пациент Б, 67 лет считает себя больным в течение 2 лет, когда возникла общая двигательная замедленность. Год назад нарастающее снижение когнитивных функций достигло степени деменции. Возник первый эпизод спутанности сознания, зрительных галлюцинаций: пациент дома перестал узнавать близких людей, стал агрессивным, видел дома посторонних людей. Данный эпизод прекратился без лечения, пациент полностью его амнезировал. Всего наблюдалась 3 таких эпизода.

В неврологическом статусе умеренно выраженные признаки синдрома паркинсонизма с преобладанием гипокинезии, пластический мышечный гипертонус, тремора покоя нет. Возникают эпизода пропульсии и ретропульсии.

Пациент дезориентирован в месте, времени, ориентирован в собственной личности. Верно рассказывает о событиях давнего времени. По Краткой шкале оценки психического статуса набрал 20 баллов: ошибки при назывании даты, места; воспроизведении слов, повторении предложения, выполнении трехэтапной команды, рисовании фигур.

Грубо нарушены зрительно-пространственные функции: не способен выполнить пробу «кулак-ребро-ладонь», не может нарисовать куб и выполнить тест пятиугольников. При выполнении всех заданий отмечается замедленность и быстрая истощаемость.

У пациента определяется выраженная ортостатическая гипотензия, похудание, эпизоды недержания мочи.

### **Ответы на ситуационные задачи**

**1.**

1. Тип когнитивных нарушений корковый (операциональный).
2. Клинический диагноз: болезнь Альцгеймера
3. Рекомендуется использование центральных антихолинэстеразных препаратов (ривастигмин, галантамин, ипидакрин).

**2.**

1. У пациента выраженные когнитивные расстройства нейродинамического (субкортикального) и лобного типа; амиостатический синдром (синдром паркинсонизма), резидуальный центральный правосторонний гемипарез.
2. Сосудистая деменция (гипертензивная энцефалопатия).
3. Рекомендована систематическая антигипертензивная (например лозартан внутрь) и антиагрегантная терапия. Возможно назначение акатинола мемантина с увеличением дозы до 20 мг в сутки.

**3.**

1. Когнитивные нарушения нейродинамического и коркового типа; психотические нарушения со зрительными галлюцинациями; паркинсонизм, периферическая вегетативная недостаточность.
2. Деменция с тельцами Леви.
3. Возможно назначение дофаминергической терапии; центральных ингибиторов ацетилхолинэстеразы; противопоказано назначение типичных нейролептиков (при психотических эпизодах возможно назначение атипичных нейролептиков).

### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими



- задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
6. Когнитивные нарушения в неврологии: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / Р.А. Зорин [и др.] // Рязань: РИО ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2017. – 105 с.
  7. Материалы лекции кафедры

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Частная нозология**

**Тема занятия: Хронические дегенеративные заболевания нервной  
системы.**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ /В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** изучение этиологии, факторов риска, патогенеза, клинической синдромологии, методов диагностики и лечения нейродегенеративных заболеваний нервной системы и деменции.

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

Вопросы для подготовки:

1. Нейродегенеративные заболевания. Общая характеристика.
2. Нейродегенеративные заболевания с поражением экстрапирамидной системы: болезнь Паркинсона, болезнь Гентингтона, болезнь Коновалова-Вильсона.
3. Нейродегенеративные поражения координаторной системы (ранние и поздние мозжечковые атаксии, атаксия Фридрейха); пирамидной системы (болезнь Штрюмпеля); поражения спинного мозга (спинальные амиотрофии); невральные поражения (наследственная сенсо-моторная полинейропатия).
4. Деменции. Общая характеристика. Кортиковые деменции. Болезнь Альцгеймера.
5. Подкорковые деменции. Когнитивные нарушения нейродинамического типа.
6. Деменция лобного типа. Болезнь Пика (фронтотемпоральная деменция).
7. Диагностика деменции.
8. Лечение деменции.

**Основные аспекты темы, на которые следует обратить внимание при подготовке**

Нейродегенеративные заболевания – группа заболеваний нервной системы, в основе которых лежат преимущественно дегенеративно-дистрофические процессы, являющиеся мультифакториальными со значительным вкладом генетических факторов. Условно данные расстройства можно описывать в зависимости от локализации (нарушения определённой функциональной сферы): экстрапирамидной, пирамидной, мозжечковой и т.д.

Деменции – приобретённые (в возрасте старше 2-3 лет) нарушения когнитивных функций. Выделяют нейродинамические (подкорковые деменции), операциональные (корковые деменции), регуляторные (лобные деменции) когнитивные нарушения. В свою очередь можно выделить лёгкие (мягкие), умеренные, выраженные когнитивные нарушения.

### **Примеры ситуационных задач для решения**

1. Пациент К., 62 лет. Заболел 5 лет назад когда появился тремор в правой руке в покое; дрожание в течение 1 года распространилось на правую ногу, а затем на противоположную сторону, появилась замедленность движений и пластический мышечный гипертонус. Обратился к неврологу, установлен диагноз «синдром паркинсонизма»; назначен прамипексол, при этом тремор

уменьшился незначительно, уменьшилась выраженность гипокинезии, пластического мышечного гипертонуса. Родственники пациента отмечают замедленность темпа мышления, воспроизведения информации; замедление темпа речи, которые не приводят к дизадаптации в быту. В неврологическом статусе умеренная гипокинезия, пластический мышечный гипертонус более выраженный справа; тремор покоя более выраженный в правых конечностях. При использовании Краткой шкалы оценки психического статуса, Батареи лобной дисфункции нарушений не выявлено, однако значительно снижен темп деятельности, затруднено переключение с одного вида деятельности на другой. МРТ головного мозга: умеренная наружная и внутренняя гидроцефалия. Описать клинические синдромы, установить клинический диагноз, тактику ведения больного.

2. Пациент С., 60 лет. Жалобы на нарушения ходьбы, падения при ходьбе; нарушение контроля за функцией тазовых органов; замедление темпа мышления, сложности в планировании повседневной деятельности. Болен около 2 лет, когда появились вышеуказанные жалобы. Нарушение памяти, мышления и ходьбы нарастают, пациенту назначались дофаминергические препараты, которые оказались неэффективными. При осмотре определяется замедление темпа речи, положительные рефлекс орального автоматизма, лобная дисбазия, затруднения при инициации ходьбы, поворотах и остановках; пациент отмечает наличие острых позывов на мочеиспускание, которые не всегда контролирует. При нейропсихологическом тестировании выраженные нарушения при реализации тестов батареи лобной дисфункции; определяется выраженное замедление темпа выполнения данных тестов.

МРТ головного мозга: выраженная внутренняя гидроцефалия.

Неврологом предложена пациенту и выполнена процедура люмбальной пункции: выведено 40 мл цереброспинальной жидкости, что привело через 1-2 дня к улучшению когнитивных, двигательных и тазовых расстройств.

Описать клинические синдромы, установить клинический диагноз, тактику ведения больного.

3. Пациентка 68 лет, пришла на приём к врачу общей практики в сопровождении сына. Активно жалоб не предъявляет, при опросе установлено, что пациентка ощущает пониженный фон настроения, снижение мотиваций, отсутствие удовлетворения от любимых занятий. Сын отмечает забывчивость матери в течение последнего 1 месяца. 0,5 года назад пациентка была на приёме и подобных нарушений не имела. 2 месяца назад у женщины умер муж, возникли конфликты в семье детей. При опросе отвечает на вопросы односложно. При оценке соматического и неврологического статуса без особенностей, в исследование включается неохотно. При нейропсихологическом опросе на большинство вопросов отвечает: «Я не знаю». Показатели клинических анализов крови; уровня тиреоидных гормонов в пределах нормы. При МРТ головного мозга признаки

незначительного расширения желудочковой системы. Вопросы. 1. Установить ведущий клинический синдром. 2. Установить клинический диагноз. 3. Определить лечебную тактику.

### **Ответы на ситуационные задачи**

**1.**

1. Паркинсонизм; умеренные когнитивные нарушения нейродинамического типа (подкоркового типа).
2. Болезнь Паркинсона, дрожательно-ригидная форма, стадия 2.0.
3. Улучшение когнитивного статуса возможно при назначении дофаминергических препаратов.

**2.**

1. Лобно-подкорковая деменция; лобная дисбазия; нейрогенный (корковый незаторможенный) мочевой пузырь.
2. Арезорбтивная нормотензивная гидроцефалия.
3. Показаны повторные люмбальные пункции с выведением не менее 40 мл цереброспинальной жидкости, при их эффективности – рекомендовано вентрикуло-перитонеальное шунтирование.

**3.**

1. Депрессивное расстройство (псевдодеменция).
2. Депрессия.
3. Назначение антидепрессантов; желательно исключение приёма трициклических антидепрессантов.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Частная нозология**

**Тема занятия: Инфекционные поражения нервной системы**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ /В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** изучение этиологии, факторов риска, патогенеза, клинической синдромологии, методов диагностики и лечения токсических поражений нервной системы, нейроинфекций.

В результате изучения темы студент должен расширить знания, продолжить формирования умения и навыки по следующим компетенциям:

**ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13**

#### **Вопросы для подготовки**

1. Токсические поражения нервной системы. Классификация.
2. Поражение нервной системы при промышленных интоксикациях. Интоксикация солями тяжёлых металлов.
3. Токсические поражения нервной системы при алкоголизме и наркоманиях.
4. Токсические поражения нервной системы при отравлении фосфорорганическими соединениями (ФОС).
5. Нейроинфекции. Энцефалиты. Сезонные (арбовирусные) энцефалиты; несезонные энцефалиты: герпетический энцефалит.
6. Менингиты: гнойные менингиты; серозные менингиты.
7. Демиелинизирующие заболевания нервной системы.

#### **Примеры ситуационных задач для решения**

4. Больной С., 50 лет. Заболевание началось пять лет назад с сильных стреляющих болей в ногах. Затем появилось чувство «покалывания», «ползания мурашек» и «онемения» в стопах, ощущение как будто у него под ногами резина или вата, шатание и неуверенность при ходьбе в темноте, а также при умывании лица. Однажды возникла «кинжальная» боль в верхней части живота, сопровождавшаяся мучительной рвотой. Был доставлен в приемное отделение больницы по поводу «острого живота». Однако боль внезапно прекратилась» и больной был отпущен домой. В последующем «стреляющие», «режущие» боли в ногах и приступообразные сильные боли в животе, сопровождавшиеся рвотой» периодически повторялись. При амбулаторном исследовании заболеваний внутренних органов не выявлено. Год назад резко ухудшилось зрение. Подобрать очки для улучшения зрения не удалось. В последнее время присоединились затруднение при мочеиспускании и значительная слабость. Объективно: острота зрения на оба глаза 0,3. На глазном дне отмечены явления первичной серой субатрофии сосков зрительных нервов. Зрачки овальной формы, узкие, левый зрачок шире правого (анизокория), реакция их на свет вялая, но живая на конвергенцию и аккомодацию (симптом Аргайля - Робертсона). Сила рук и ног хорошая, тонус мышц ног снижен. Сухо-жильные и надкостничные рефлексы с рук вызываются, равномерные. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют. Патологических рефлексов нет. При пробе Ромберга шатается и падает, однако, открыв глаза, обретает Остойчивость. При ходьбе слишком высоко поднимает и широко расставляет ноги, сильно ударяя подошвой, преимущественно пяткой о пол. С закрытыми глазами ходить не может: шатается и падает. Координаторные пробы руками выполняет хорошо, но

пяточно-коленную пробу обеими ногами плохо. Не различает направления пассивных движений пальцев стоп. В дистальных отделах ног снижена тактильная чувствительность. Общий анализ крови и мочи без патологических особенностей. Реакция Вассермана в крови отрицательная, РИБТ и РИФ — положительные. Спинальная жидкость: белок — 0,60‰, цитоз 60/3, реакции Вассермана, РИБТ и РИФ положительные, реакция Ланга — паралитическая кривая. Определить и обосновать топический диагноз. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? Поставить и обосновать клинический диагноз.

2. Пациент Ф., 21 год. Через три недели после перенесенного гнойного отита повысилась температура тела до 39°C, появилась сильная головная боль, повторная рвота, спутанность сознания. При осмотре: больной оглушен, дезориентирован в месте и времени, ориентация в собственной личности частично нарушена, на вопросы отвечает односложно; горизонтальный нистагм, сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо, снижена сила в правой руке и ноге до 3 баллов, сухожильные рефлексы D>S, патологические кистевые и стопные знаки справа и выраженные менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц 3 поперечных пальца, симптом Кернига. Ликвор: вытекает под давлением 320 мм вод.ст., мутный, плеоцитоз – 2000 в 1 мкл (нейтрофилы), белок – 3 г/л, сахар – 0,15 ммоль/л. При бактериоскопии ликвора обнаружены грамположительные диплококки. Описать клинические синдромы. Установить топический и клинический диагнозы.

#### Ответы на ситуационные задачи

1. Неврологические синдромы: расстройство глубокой чувствительности по проводниковому (спинальному) типу; сенситивная заднестолбовая атаксия, двухсторонняя амблиопия, симптом Аргайла-Робертсона.

Топический диагноз: поражение задних столбов спинного мозга, зрительных нервов.

Клинический диагноз: Поздний нейросифилис, спинная сухотка.

2. Неврологические синдромы: расстройство сознания по глубине: глубокое оглушение, менингеальный синдром, центральный правосторонний умеренный гемипарез, воспалительный ликворный синдром (признаки гнойного воспаления).

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной доли, поражение мозговых оболочек.



## Клинический диагноз: Отогенный гнойный менингоэнцефалит.

### Рекомендуемая для подготовки литература и материалы

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
6. Материалы лекции кафедры

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Частная нозология**

**Тема занятия: Нейронкология. Опухоли головного и спинного мозга**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_/В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** изучить этиологию, патоморфологию, классификацию, клиническую картину, методы диагностики и дифференциальной диагностики, основные принципы лечения опухолей головного и спинного мозга, обучить методике обследования больных с опухолью спинного и головного мозга.

В результате изучения темы студент должен расширить знания, продолжить формирования умения и навыки по следующим компетенциям:

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

### **Вопросы для подготовки**

#### **Вопросы для обсуждения и объяснения:**

- 1.Классификация опухолей нервной системы по локализации.
- 2.Классификация опухолей по типу течения.
3. Классификация опухолей нервной системы по гистологической структуре.
- 4.Классификация опухолей нервной системы по фазам заболевания.
- 5.Общемозговые расстройства при опухолях головного мозга.
- 6.Варианты дислокационных синдромов при опухолях головного мозга.
- 7.Синдромология опухолей лобной доли.
- 8.Синдромология опухолей височной доли.
- 9.Синдромология опухолей теменной доли.
10. Синдромология опухолей затылочной доли.
- 11.Синдромология опухолей полушария мозжечка.
- 12.Синдромология опухолей червя мозжечка.
- 13.Синдромология опухолей мосто-мозжечкового угла.
- 14.Синдромология слуховой невриномы.
- 15.Синдромология опухолей гипофиза.
- 16.Синдромология гормонально-активных опухолей гипофиза.
- 17.Синдромология гормонально-неактивных опухолей гипофиза.
- 18.Синдромология опухолей желудочковой системы.
- 19.Клинические особенности течения глиомы головного мозга.
- 20.Клинические особенности течения медуллобластомы головного мозга.
- 21.Клинические особенности течения менингеомы головного мозга.
- 22.Клинические особенности метастатической опухоли головного мозга.
- 23.Критерии диагностики опухоли головного мозга.
- 24.План исследования больного при диагностике опухоли нервной системы.
- 25.Дифференциальный диагноз опухоли головного мозга.
- 26.Показания к оперативному лечению при опухоли головного мозга.
- 27.Консервативное лечение опухоли головного мозга.
- 28.Предоперационная подготовка при опухоли головного мозга.
- 29.Классификация опухолей головного мозга по гистологической структуре.
- 30.Классификация опухолей спинного мозга по локализации.
- 31.Классификация опухолей спинного мозга по течению.
- 32.Классификация опухолей спинного мозга по расположению по отношению к твердой мозговой оболочке.
- 33.Гистологические варианты экстрамедуллярных опухолей спинного мозга.
- 34.синдромология экстрамедуллярных опухолей.

35. Синдромология спинальной менингеомы.
37. Синдромология невриномы корешка.
38. Синдромология эпендимомы конского хвоста.
39. Гистологические варианты интрамедуллярных опухолей спинного мозга.
40. Синдромология интрамедуллярных опухолей.
41. Синдромология эпендимомы центрального канала.
42. Синдромология глиомы спинного мозга.
43. Синдромология тератомы, дермальной кисты.
44. Синдромология злокачественных опухолей спинного мозга.
45. Синдромология метастатических опухолей спинного мозга.
46. Синдромология опухолей шейного отдела спинного мозга.
47. Синдромология опухолей грудного отдела спинного мозга.
48. Синдромология опухолей пояснично-крестцового отдела спинного мозга.
49. Синдромология опухолей конского хвоста.
50. Диагностика опухолей спинного мозга.
51. Дифференциальный диагноз опухоли спинного мозга.
52. Показания к оперативному лечению опухолей спинного мозга.
53. Консервативное лечение опухолей спинного мозга.

Не только злокачественные опухоли инфильтрируют и разрушают мозг, приводя к гибели больного. Доброкачественные новообразования вследствие их неуклонного роста в ограниченном пространстве черепа постоянно сдавливают мозг и рано или поздно также приводят к такому его повреждению, которое несовместимо с жизнью больного. Существуют несколько классификаций опухолей (по гистологическому признаку зрелости, по гистогенезу, по локализации, по типу течения, по фазам заболевания. В клинической картине общемозговые симптомы (гипертензионно-гидроцефальный, дислокационный и оболочечный) и очаговые (определяются локализацией опухоли). Диагностика осуществляется на основании МРТ (включая исследование с контрастированием) или КТ исследований, ангиографии, люмбальной пункции (противопоказана при дислокационном синдроме), исследование глазного дна. Лечение в большинстве случаев - хирургическое, возможно-консервативное.

Опухоли спинного мозга классифицируются на интрамедуллярные и экстрамедуллярные. Клинические проявления характеризуются компрессионными симптомами. Экстрамедуллярные опухоли проходят стадии корешковую, половинное и полное поперечное поражение спинного мозга. У интрамедуллярных отсутствует стадия корешковых болей. Клиника определяется уровнем поражения. Диагностика: рентгенография позвоночника, МРТ спинного мозга, миелография, люмбальная пункция. Лечение: в основном хирургическое, возможна консервативное (лучевая и химиотерапия).

### **Примеры ситуационных задач для решения**

**Пример:** Д., 40 лет. Заболевание началось год назад с приступообразной головной боли, длившейся около часа. В последующем приступы повторялись 1-2 раза в месяц. Спустя полгода продолжительность приступов головной боли увеличилась и нарастала ее интенсивность. Затем она стала постоянной, периодически усиливаясь после сна, при физическом напряжении, кашле, чиханье, смехе, натуживании. Боль ощущается в глубине головы и носит распирающий характер. Иногда сопровождается рвотой, чаще утром, после сна, без предшествующей тошноты и неприятных ощущений в области живота. Несколько дней назад больной проснулся от сильной головной боли, почти ничего не видя. Спустя полчаса острота зрения постепенно восстановилась. Объективно: АД — 145/87 мм.рт. ст. Пульс 53 удара в минуту, ритм правильный. Острота зрения на оба глаза 0,7, не корректируется линзами. Определяется левосторонняя гемианопсия с сохранным центральным полем зрения. Отечные диски соски зрительных нервов без атрофии. Зрачки хорошо реагируют на свет при освещении щелевой лампой поочередно обеих половин сетчатки. Двигательные, координаторные и чувствительные расстройства отсутствуют. Возник генерализованный судорожный припадок, которому предшествовали зрительные нарушения- яркое пятно в поле зрения. Анализ крови без патологии. Спинномозговая жидкость прозрачная бесцветная, белок — 1,2 г/л, цитоз — 6 в мкл. Температура 36,7°. Остеопороз спинки турецкого седла. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

Ответ.

Клинические синдромы: внутричерепная гипертензия, левосторонняя корковая гемианопсия, парциальный зрительный эпилептический приступ с вторичной генерализацией.

Опухоль правой затылочной доли.

#### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической

психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. –  
Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.

6. Материалы лекции кафедры

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Частная нозология**

**Тема занятия: Нейротравматология.  
Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная травма**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ /В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** изучить эпидемиологию, биомеханику и механизм повреждения мозга при черепно-мозговой травме и травме спинного мозга, патоморфологию, классификацию, клинические проявления и принципы лечения черепно- и спино-мозговой травм, а также осложнения и социальное значение черепно-мозговой травмы.

В результате изучения темы студент должен расширить знания, продолжить формирования умения и навыки по следующим компетенциям:

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

### **Вопросы для подготовки**

1. Эпидемиология черепно-мозговой травмы.
2. Клиническое и социальное значение черепно-мозговой травмы.
3. Механизмы черепно-мозговой травмы.
4. Сосудистые механизмы черепно-мозговой травмы.
5. Ликвородинамические факторы черепно-мозговой травмы.
6. Периодизация черепно-мозговой травмы.
7. Классификация клинических форм черепно-мозговой травмы.
8. Классификация осложнений черепно-мозговой травмы.
9. Классификация черепно-мозговой травмы по тяжести.
10. Классификация переломов черепа.
11. Классификация повреждений мягких тканей при черепно-мозговой травме.
12. Характеристика сочетанной черепно-мозговой травмы.
13. Характеристика комбинированной черепно-мозговой травмы.
14. Характеристика и критерии диагностики открытой черепно-мозговой травмы.
15. Характеристика и критерии диагностики проникающей черепно-мозговой травмы.
16. Критерии оценки тяжести состояния при черепно-мозговой травме.
17. Клиническая характеристика расстройств сознания при черепно-мозговой травме.
18. Клиническая характеристика очаговых неврологических расстройств при черепно-мозговой травме.
19. Клиническая характеристика вегетативно-сосудистых расстройств при черепно-мозговой травме.
20. Клиническая характеристика соматической патологии при черепно-мозговой травме.
21. Клиническая характеристика сотрясения головного мозга.
22. Критерии диагностики сотрясения головного мозга.
23. Дифференциальная диагностика сотрясения головного мозга.
24. Периодизация сотрясения головного мозга.
25. Лечебные мероприятия при сотрясении головного мозга.
26. Клиническая характеристика ушиба головного мозга легкой степени тяжести.
27. Критерии диагностики ушиба головного мозга легкой степени тяжести.



28. Дифференциальная диагностика ушиба головного мозга.
29. Клиническая характеристика ушиба головного мозга средней степени тяжести.
30. Критерии диагностики ушиба головного мозга средней степени тяжести.
31. Клиническая характеристика травматического субарахноидального кровоизлияния.
32. Клиническая характеристика ушиба головного мозга тяжелой степени.
33. Критерии ушиба головного мозга тяжелой степени.
34. Характеристика диффузного аксонального повреждения мозга.
35. Критерии диагностики диффузного аксонального повреждения мозга.
36. Клиническая характеристика травматического сдавления головного мозга.
37. Причины сдавления головного мозга при черепно-мозговой травме.
38. Патогенез мозгового вклинения при травматическом сдавлении головного мозга.
39. Неврологические проявления височно-тенториального вклинения при черепно-мозговой травме.
40. Неврологические проявления мозжечково-бульбарного вклинения при черепно-мозговой травме.
41. Диагностика сдавления мозга при черепно-мозговой травме.
42. Неотложные мероприятия при травматическом сдавлении головного мозга.
43. Критерии диагностики эпидуральной острой травматической гематомы.
44. Критерии диагностики подострой и хронической травматической внутричерепной гематомы.
45. Клиническая характеристика сдавления головы.
46. Неотложные диагностические мероприятия при черепно-мозговой травме.
47. Неотложные лечебные мероприятия при тяжелой черепно-мозговой травме.
48. Мозговые осложнения черепно-мозговой травмы.
49. Вне мозговые осложнения черепно-мозговой травмы.
50. Классификация последствий черепно-мозговой травмы.
51. Виды повреждения позвоночника.
52. Клиническая классификация травмы спинного мозга.
53. Критерии диагностики ушиба спинного мозга.
54. Критерии диагностики сдавления спинного мозга.
55. Критерии диагностики сотрясения спинного мозга.
56. Неотложная помощь при травме спинного мозга.
57. Осложнение травмы спинного мозга.
58. Характеристика полного поперечного разрыва периферического нервного ствола (нерва, сплетения, спино-мозгового нерва).
59. Характеристика частичного разрыва периферического нервного ствола.
60. Тактика при полном разрыве периферического нервного ствола.

## 61. Характеристика ушиба периферического нерва.

Актуальность проблемы обусловлена тем, что черепно-мозговая травма является одной из наиболее частых причин инвалидности и смертности населения. По данным ВОЗ, в мире травма как причина смерти занимает 3-е место, среди детей и лиц молодого возраста-1-е. До 50% обращений в травмпункт составляют больные с черепно-мозговой травмой, большей частью люди в алкогольном опьянении. Частота ЧМТ в России 400тыс. пострадавших ежегодно, 10% из них погибают и еще столько же становятся инвалидами. В России преобладает бытовая травма (60-70%).

Повреждения позвоночника и спинного мозга составляют 1-4% от общего числа всех травм. Тяжесть спино-мозговой травмы и высокий процент глубокой инвалидизации позволяют отнести ее к наиболее тяжелым и социально-значимым.

ЧМТ может быть изолированной, сочетанной и комбинированной; закрытой и открытой (может быть проникающей). К ЧМТ относят сотрясение, ушиб, сдавление, диффузное аксональное повреждение и гематомы. Диагностика осуществляется с помощью краниографии, КТ, МРТ, эхоэнцефалографии, ангиографии, люмбальной пункции (исключение травматического субарахноидального кровоизлияния). Лечение в зависимости от вида травмы консервативное или хирургическое (удаление гематомы).

Травмы спинного мозга могут быть также открытыми, закрытыми, осложненными и неосложненными. Различают сотрясение спинного мозга, ушиб и размозжение, сдавление. Диагностика: спондилография, люмбальная пункция, МРТ. Лечение в зависимости от вида травмы хирургическое и консервативное.

### **Примеры ситуационных задач для решения**

И., 38 лет, поскользнувшись, упал, ударился головой, на несколько минут потерял сознание. Придя в сознание, почувствовал сильную головную боль, головокружение, тошноту. Был немедленно госпитализирован. Объективно: АД — 155/88 мм рт. ст. Пульс 54 удара в минуту, ритм правильный. Определяется легкая ригидность мышц затылка. Глазное дно: начальные явления застоя сосков зрительных нервов. Опущен левый угол рта. Язык отклоняется влево. Сила левой руки несколько снижена. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева выше, чем справа. Брюшные рефлексы слева снижены. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. В стационаре у больного развился приступ тонической судороги левой кисти. Приступ продолжался три минуты, протекал без расстройства сознания. В ликворе единичные эритроциты, белок — 0,6 г/л, цитоз — 5 в мкл. На краниограмме патологии не обнаружено. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

Ответ. Синдромы: менингеальный синдром, внутричерепная гипертензия, центральный левосторонний гемипарез, парциальные моторные судороги в левой кисти.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение/раздражение правой лобной доли (прецентральной извилины).

Клинический диагноз: ушиб головного мозга средней степени тяжести.

#### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
6. Материалы лекции кафедры

**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Раздел дисциплины: Частная нозология**

**Тема занятия: Острые и хронические заболевания периферической  
нервной системы**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_/В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.

**Цель занятия:** изучение этиологии, патогенеза, клинической синдромологии, методов диагностики и лечения заболеваний периферической нервной системы и вертеброгенных поражений нервной системы.

В результате изучения темы студент должен расширить знания, продолжить формирования умения и навыки по следующим компетенциям:

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

**Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Синдром полинейропатии.
2. Классификации полинейропатий.
3. Дифференциальная диагностика аксонопатий и миелинопатий
4. Синдромология, ликворные изменения, лечение полинейропатии Гийена - Барре.
4. Синдромология алкогольной полинейропатии
5. Синдромология дифтерийной полинейропатии
6. Патогенез, синдромология, классификация, лечение диабетической полинейропатии.
7. Патогенез, клиника, диагностика, лечение полинейропатий при уремии, болезнях печени, крови, системных болезнях соединительной ткани, порфирии, лекарственных интоксикациях.
8. Синдромология диагностика, лечение хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатии.
9. Синдромология наследственно обусловленной нейропатии (невральная амиотрофия Шарко – Мари).
10. Синдромология компрессионной нейропатии локтевого нерва (синдром ущемления в области локтевого сустава)
11. Компрессионная нейропатия срединного нерва (синдром запястного канала)
12. Синдром ущемления малоберцового нерва в области подколенной ямки
13. Синдрома ущемления большеберцового нерва (синдром тарзального канала)
14. Нейропатия бедренного нерва
15. Клинические признаки нейропатии наружного кожного нерва бедра (синдрома Рота)
16. Нейропатия седалищного нерва.
17. Плексопатия плечевого сплетения (паралич Эрба-Дюшенна, Дежерина-Клюмпке).
18. Синдромология, патогенез, медикаментозное и хирургическое лечение тригеминальной невралгии.
19. Острая лицевая невропатия: этиология, клиника, лечение.
20. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.
21. Дифференциальная диагностика лицевых болей.
22. Невралгия языкоглоточного нерва.

23. Вертеброгенные рефлекторные синдромы: цервикалгия, цервикокраниалгия, цервикобрахиалгия, торакалгия, люмбалгия, люмбаго, люмбишиалгия.

24. Вертеброгенные компрессионные и компрессионно-ишемические синдромы: радикулопатии, радикулоишемии, миелопатии, миелоишемии, каудальный синдром.

Среди синдромов поражения нервной системы следует выделять синдромы двигательных нарушений (периферические парезы и сенситивные атаксии), чувствительных нарушений, вегетативные нарушения (ангиотрофоалгический синдром). Описывается синдром поражения передних корешков, задних корешков, конского хвоста; плечевого сплетения: тотальное поражение, поражение верхнего первичного пучка плечевого сплетения, нижнего первичного пучка плечевого сплетения; поражение лучевого, локтевого, срединного нервов, поражение поясничного сплетения, поражение бедренного нерва, запирающего нерва, наружного кожного нерва бедра (синдром Рота), поражение крестцового сплетения, седалищного нерва, большеберцового нерва, малоберцового нерва, ягодичных нервов, заднего кожного нерва бедра, полиневральный синдром, радикулярный синдром.

Полиневропатии: диабетическая, алкогольная, дифтерийная, дисметаболические. Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия Гийена-Барре, синдром Ландри. Синдром Фишера. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия.

Мононевропатии, невралгии. Невропатия зрительных и слуховых нервов, ретробультарный неврит. Невралгия тройничного нерва. Невропатия лицевого нерва. Синдромы поражения лицевого и промежуточного нервов. Невралгия языкоглоточного нерва. Туннельные невропатии локтевого, лучевого, срединного и малоберцового нервов. Невропатия бедренного и седалищного нервов. Опоясывающий лишай.

Вертеброгенные поражения нервной системы предполагают развитие рефлекторных синдромов (связанных с раздражением синувентрального нерва) и компрессионных (компрессионно-ишемических) синдромов: радикулопатии, миелопатии, каудальный синдром. Отдельную группу занимают миофасциальные расстройства, которые могут развиваться первично.

### **Примеры ситуационных задач для решения**

Пример: Ж., 28 лет. Вчера утром упала на стекло, поранив руку в нижней трети предплечья. Возникло онемение в пальцах левой кисти. При исследовании – рана левого предплечья. Ограничено сгибание 4 и 5 пальцев, большой палец не приводится. Снижена болевая чувствительность на тыльной поверхности 3-5 пальцев и ладонной поверхности 4 и 5 пальцев. Вопросы. 1. Описание синдромов и топического диагноза 2. Формулировка диагноза. 3. Дифференциальный диагноз. 4. Тактика.

Синдромы: периферический парез 4 и 5 пальцев левой кисти при сгибании, болевая гипестезия в зоне иннервации локтевого нерва слева.

Топический диагноз: поражение левого локтевого нерва на уровне запястья.

Клинический диагноз: травматическая нейропатия левого локтевого нерва.

Дифференциальный диагноз: в данной ситуации не требуется; можно дифференцировать с радикулопатией С7 и С8.

Тактика: проведения стимуляционной электронейромиографии для верификации поражения локтевого нерва; интраоперационная ревизия нерва, шов нерва с последующим восстановительным лечением.

#### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
6. Материалы лекции кафедры

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра неврологии и нейрохирургии**

**Дисциплина «Неврология»**

**Методические указания для подготовки  
к практическим занятиям по неврологии**

Уровень высшего образования – ординатура  
Специальность – 31.08.42 Неврология

**Тема занятия: Расстройства сна**

Утверждены на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_/В.А. Жаднов/

Рязань, 2018 г.



**Цель занятия:** изучить механизмы и клинические проявления неврозов и нарушений сна.

В результате изучения темы студент должен расширить знания, продолжить формирования умения и навыки по следующим компетенциям:

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

### **Вопросы для подготовки**

1. Сон. Физиологическое значение (функции). Стадии и фазы сна.
2. Инсомния.
3. Гиперсомния.
4. Парасомнии.
5. Ночные страхи кошмары.

Сон является физиологическим функциональным состоянием, составляющим более 1/3 жизни человека. В структуре сна выделяют медленный сон (Non-REM) сон с выделением I, II, III, IV стадий (фаз) и быстрого сна (REM-сон). Выделяют несколько вариантов нарушений сна: инсомнии, гиперсомнии, парасомнии, ночные страхи и кошмары.

### **Рекомендуемая для подготовки литература и материалы**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: С прил. на компакт-диске: В 2 т.: Учеб. для студентов мед. вузов. Т.1/Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 612 с. + 1 электрон. опт. диск CD-ROM: ил.; УМО ун-тов РФ. – ([Нац. Проект «Здоровье»]). – Предм. указ.: с. 602-612. – ISBN 978-5-704-0577-2.
2. Парфенов В.А. Нервные болезни. Общая неврология: учебник. М.: Мед.информ.агентство, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9986-0197-2
3. Парфенов В.А. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия: учебник. М.: Мед.информ. агентство, 2014. – 280 с.
4. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 554с.
5. Основы клинической диагностики в неврологии с клиническими задачами и тестами: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / В.А. Жаднов [и др.] // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 152 с.
6. Материалы лекции кафедры