Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования
«Уральский государственный университет физической культуры»

Салимов Марат Ильдусович
cn=Салимов Марат Ильдусович,
o=Екатеринбургский институт
физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО "УралГУФК",
ou=Зам.директора по УР,
email=salimov@sport-ural.ru, c=RU
2025.09.18 14:59:19 +05'00'

УТВЕРЖДАЮ
Заместитель директора по учебной работе
_____М.И.Салимов

«30» января 2025 г

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
«НЕВРОПАТОЛОГИЯ»

Направление подготовки 49.03.02 Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)

Форма обучения – очная, с применением дистанционных образовательных технологий

Объем программы- 8 часов

Екатеринбург 2025 г.

Лист согласования

Рабочая программа дисциплины (модуля) *«Невропатология»* составлена в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 49.03.02 Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)
Рассмотрена и одобрена на заседании кафедры ТиМ АФК протокол № 5
от «15» января 2025 гУтверждена на методическом совете Екатеринбургского института физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО «УралГУФК» протокол № 5 от «30» января 2025 г

Заведующий кафедрой И.В. Тимофеева

Согласовано:
Декан ФПК и ППК М.В. Светлакова

1. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций (согласно ФГОС ВО 3++, ПООП, профессиональным стандартам, РУП по направлению подготовки):

код компе-тен-ции	Наименование компетенции	Степень реализации компетенции (полностью или частично)	Индикаторы достижения компетенции	Профессиональный стандарт, код трудовой функции, содержание трудовой функции (при наличии). / область, сфера, типы задач, задачи, объекты профессиональной деятельности выпускников
1	2	3	**4**	5
ПК-2	Знание закономерностей развития различных видов заболеваний и поражений организма человека, вторичных отклонений, обусловленных основным заболеванием и поражением, сопутствующих основному дефекту, заболеванию, поражению и способность осуществлять простейшие психотерапевтические приемы по профилактике и (или) устранению психологических комплексов, характерных для различных нозологических форм, возрастных и тендерных групп занимающихся с отклонениями в состоянии здоровья	Знание закономерностей развития различных видов заболеваний и поражений организма человека, поражению для различных нозологических форм с отклонениями в состоянии здоровья	**Знать** **Высокий уровень** - Знание закономерностей развития различных видов заболеваний и поражений организма человека - Организация и проведение индивидуальных и групповых занятий различными формами двигательной активности **Повышенный уровень** - Основные морфофункциональные особенности лиц с отклонениями в состоянии здоровья с учётом времени проявления дефекта **-**Организация и проведение индивидуальных и групповых занятий различными формами двигательной активности **Умеет:** **Высокий уровень** - использовать и подбирать средства и методы адаптивной физической культуры для данной категории занимающихся; - организовывать и проводить индивидуальные и групповые занятия различными формами двигательной активности **Повышенный уровень** Правильно оценить значение закономерностей развития различных видов заболеваний и вторичных отклонений в процессе занятий по АФК. **Имеет опыт:** **Высокий уровень** - профессиональной терминологией; - организация и проведение индивидуальных и групповых занятий различными формами двигательной активности, использования естественных факторов природы с детьми от 0 до 3-х лет с отклонениями физического развития, в соответствии с нарушениями функций	**Тип профессиональной задачи/ Реабилитационная (восстановительная** **05 ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ** **Профессиональный стандарт "Инструктор-методист по АФК"** **УТВЕРЖДЕН** **приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 4 августа 2014 № 526н Инструктор по адаптивной физической культуре** **Код 05.004** **D/01.6** Руководство методическим обеспечением организации физкультурной и спортивной деятельности лиц с ограниченными возможностями здоровья (включая инвалидов) всех возрастных и нозологических групп **Анализ потребностей рынка труда** **1**. Организация и проведение индивидуальных и групповых занятий различными формами двигательной активности и массажа, использования естественных факторов природы с детьми от 0 до 3-х лет с отклонениями физического развития, в соответствии с нарушениями функций независимо от нозологических групп

			независимо от нозологических групп **Повышенный уровень** -. организация и проведение индивидуальных и групповых занятий различными формами двигательной активности, использования естественных факторов природы с детьми от 0 до 3-х лет с отклонениями физического развития, в соответствии с нарушениями функций независимо от нозологических групп - оценки психомоторного развития ребенка в норме и при развитии различных видов заболеваний и поражений организма	

2. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Вид учебной работы	Трудоемкость
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)	зачет
Контактная работа (контакт. часы), в том числе:	6
Лекции (Лек)	2
Практические занятия (Пр)	4
Самостоятельная работа	2

3. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

3.1. СОДЕРЖАНИЕ РАЗДЕЛОВ ДИСЦИПЛИНЫ

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Содержание и формы занятий	Контактная работа (часы)	Самостоя-тельная работа (часы)
Модуль №1 ПРЕДМЕТ, ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ НЕВРОПАТОЛОГИИ. ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О БОЛЕЗНЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ				
	Название раздела 1	**ЗНАЧЕНИЕ КУРСА НЕВРОПАТОЛОГИИ ДЛЯ АФК. СТРОЕНИЕ И ФУНКЦИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. ГОЛОВНОЙ И СПИННОЙ МОЗГ.**		
1.1.	**Тема** Введение в предмет. Строение и функции нервной системы. Головной и спинной мозг. Инфекционные заболевания нервной системы. Заболевания периферической нервной системы. Микроцефалия. Гидроцефалия. Нарушения вегетативных функций у детей. Травмы нервной системы..	**Лекции** Невропатология как наука. Исторические сведения формирования невропатологии. Медико - биологические истоки отечественной невропатологии. Предмет, задачи невропатологии. Методы исследования. Невропатология и АФК. Особенности строения чувствительной и двигательной нервной клетки. Синапс, различные виды соединения нервной клетки. Строение и функции головного мозга. Цитоархитектоника коры головного мозга. Подкорковые образования (стрио – паллидарная система), их значение. Межуточный мозг. Средний мозг. Задний мозг (варолиев мост, продолговатый мозг, мозжечок), особенности строения и значение. Ретикулярная формация, особенности строения, расположение, значение. Понятие об инфекционных болезнях, эпидемиологии инфекционных болезней, особенностях инфекционного процесса, принципах и методах диагностики инфекционных болезней. Инфекционные заболевания нервной системы. Нейроинфекции. Общая характеристика заболеваний периферической нервной системы. Невриты и невралгии. Полиневрит Микроцефалия. Гидроцефалия. Определение. Причины. Клиника и психологический статус. Диагностика. Профилактика.ы и полирадикулоневриты. Причины. Клиника. Черепно-мозговая травма. Открытая и закрытая (сотрясение, ушиб, сдавление мозга). Периоды. Клиника. Диагностика. Осложнения черепно-мозговых травм. Принципы лечения.	2	
		Практические/семинарские / лабораторные занятия Локализация функций в коре головного мозга. Строение и функции спинного мозга. Двигательные и чувствительные нервные корешки. Серое и белое вещество спинного мозга, функции.Неврозы. Определение. Биологические и психологические предрасполагающие факторы. Психогенные шоковые реакции. Неврастения, невроз навязчивых состояний, невроз страха, логоневроз (заикание, мутизм, сурдомутизм), нервная анорексия, ночное недержание мочи. Клиника. Профилактика. Рассмотреть наследственные заболевания системы мозжечка и пирамидной системы	2	

		(наследственные атаксии и параплегии): - Спинальная атаксия Фридрейха; - Атаксия – телеангиэктазия Луи–Бар; - Спастическая параплегия Штрюмпеля. Рассмотреть этиологию и характер клинических проявлений наследственных дегенераций экстрапирамидной системы: -Синдром Леша–Нихана; -Гепатолентикулярная дегенерация; - Хорея Гентингтона; - Болезнь Паркинсона		
		Самостоятельная работа студентов (устный опрос, решение ситуационных задач) Профилактика инфекционных болезней. Провести дифференциальную диагностику серозного и гнойного менингита (по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и исходу). Знать менингеальные знаки и методы их выявления (ригидность затылочных мышц, симптом Ласега, симптомы Кернига, верхний и нижний Брудзинского). Рассмотреть методы диагностики инфекционных болезней нервной системы на современном этапе развития неврологии. Изучить клиническую характеристику первичных и вторичных энцефалитов. Проанализировать возможные исходы заболевания. Используя данные клинической неврологии рассмотреть постпрививочные энцефалиты, характер их проявления, возможный исход и методы профилактики поствакцинальных осложнений.		2
		Практические/семинарские занятия.	2	

3.2. Темы занятий с применением интерактивных технологий

Тема практических занятий	Интерактивные формы проведения занятий
Инфекционные заболевания нервной системы.	Решение ситуационных задач
Травмы нервной системы	Решение ситуационных задач
Наследственные заболевания нервной системы	Решение ситуационных задач

4. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СЛУШАТЕЛЕЙ

Самостоятельная работа организуется с целью формирования общекультурных компетенций (предусмотренных данной программой), понимаемых как способность применять знания, умения и личностные качества.

Основные формы организации СР:

1. Аудиторная СР под методическим руководством преподавателя на практических занятиях.

2. Внеаудиторная СР под методическим руководством и контролем преподавателя, но без его непосредственного участия при подготовке к аудиторным занятиям, текущим и промежуточным формам контроля.

Виды СР обучающихся:

Методические рекомендации слушателям по изучению рекомендованной литературы. Изучение дисциплины следует начинать с проработки настоящей рабочей программы, особое внимание, уделяя целям и задачам, структуре и содержанию дисциплины. Для подготовки к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации слушателиы могут воспользоваться электронной библиотекой ВУЗа, они имеют возможность получить доступ к учебно-методическим материалам как библиотеки ВУЗа, так и иных электронных библиотечных систем. В свою очередь, слушатели могут взять на дом необходимую литературу на абонементе вузовской библиотеки, а также воспользоваться читальными залами вуза.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки настоящей рабочей программы, особое внимание, уделяя целям и задачам, структуре и содержанию дисциплины. Для подготовки к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации студенты могут воспользоваться электронной библиотекой ВУЗа, они имеют возможность получить доступ к учебно-методическим материалам как библиотеки ВУЗа, так и иных электронных библиотечных систем. В свою очередь, студенты могут взять на дом необходимую литературу на абонементе вузовской библиотеки, а также воспользоваться читальными залами вуза.

Подготовка к практическому занятию.

Практическое занятие − это занятие, проводимое под руководством преподавателя на базе медицинского учреждения, направленное на углубление научно-теоретических знаний и овладение определенными методами самостоятельной работы. В процессе таких занятий вырабатываются практические умения.

Модуль №1 ПРЕДМЕТ, ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ НЕВРОПАТОЛОГИИ. ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О БОЛЕЗНЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ **Название раздела** **ЗНАЧЕНИЕ КУРСА НЕВРОПАТОЛОГИИ ДЛЯ АФК. СТРОЕНИЕ И ФУНКЦИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. ГОЛОВНОЙ И СПИННОЙ МОЗГ.** Тема **Введение в предмет .**
Содержание
Роль биологических и социальных факторов в развитии нервной системы человека. Формирование функциональных систем в онтогенезе.
Форма отчетности

Устный опрос
Тема **Строение и функции нервной системы. Головной и спинной мозг**
Содержание Основные методы исследования сухожильных и кожных рефлексов, пирамидной и экстрапирамидной системы. Изменения рефлексов.
Форма отчетности устный опрос
Название раздела 2 **ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О БОЛЕЗНЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.**
Тема **Инфекционные заболевания нервной системы.**
Содержание Профилактика инфекционных болезней. Провести дифференциальную диагностику серозного и гнойного менингита (по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и исходу). Знать менингеальные знаки и методы их выявления (ригидность затылочных мышц, симптом Ласега, симптомы Кернига, верхний и нижний Брудзинского). Рассмотреть методы диагностики инфекционных болезней нервной системы на современном этапе развития неврологии. Изучить клиническую характеристику первичных и вторичных энцефалитов. Проанализировать возможные исходы заболевания. Используя данные клинической неврологии рассмотреть постпрививочные энцефалиты, характер их проявления, возможный исход и методы профилактики поствакцинальных осложнений.
Форма отчетности устный опрос

5. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Вопросы к самоподготовке

1. Невропатология как наука. Исторические сведения формирования невропатологии. Медико - биологические истоки отечественной невропатологии. Предмет, задачи невропатологии. Методы исследования. Невропатология и АФК.
2. Роль биологических и социальных факторов в развитии нервной системы человека.
3. Формирование функциональных систем в онтогенезе.
4. Особенности строения чувствительной и двигательной нервной клетки.
5. Локализация функций в коре головного мозга. Строение и функции спинного мозга. Двигательные и чувствительные нервные корешки. Серое и белое вещество спинного мозга, функции.
6. Основные методы исследования сухожильных и кожных рефлексов, пирамидной и экстрапирамидной системы. Изменения рефлексов.
7. Понятие об инфекционных болезнях, эпидемиологии инфекционных болезней, особенностях инфекционного процесса, принципах и методах диагностики инфекционных болезней. Инфекционные заболевания нервной системы. Нейроинфекции.
8. Менингит (серозный, гнойный, первичный, вторичный), энцефалит, лейкоэнцефалит, арахноидит, полиомиелит. Причины возникновения, клинические проявления, течение болезни, остаточные явления. Медицинская и педагогическая коррекция.
9. Клиническая характеристика первичных и вторичных энцефалитов.
10. Характеристика заболеваний периферической нервной системы. Невриты и невралгии. Полиневриты и полирадикулоневриты. Причины. Клиника
11. Микроцефалия. Гидроцефалия. Определение. Причины. Клиника и психологический статус. Диагностика. Профилактика.
12. Характер нарушения вегетативных функций у детей первого года жизни с синдромом вегетативновисцеральных расстройств, у детей пубертатного периода, страдающих синдромом вегетативной дистонии, а также нейроэндокринные расстройства у детей, перенесших инфекционные заболевания нервной системы (менингиты, энцефалит).
13. Черепно-мозговая травма. Открытая и закрытая (сотрясение, ушиб, сдавление мозга). Периоды. Клиника. Диагностика. Осложнения черепно-мозговых травм. Принципы лечения.
14. Травматическое поражение спинного мозга. Клиника. Диагностика, принципы лечения. Профилактика травм нервной системы. Медицинская и педагогическая коррекция. Опухоли головного мозга.
15. Понятие об эпилептических припадках и эпилептической болезни. Виды парциальных и генерализованных припадков. Понятие об идиопатических и симптоматических формах эпилепсии. Детская абсанс-эпилепсия.
16. Юношеская абсанс-эпилепсия. Эпилепсия с изолированными генерализованными судорожными приступами. Юношеская миоклоническая эпилепсия. Доброкачественная детская парциальная эпилепсия с центрально-височными пиками.
17. Неврозы. Определение. Биологические и психологические предрасполагающие факторы. Психогенные шоковые реакции.
18. Неврастения, невроз навязчивых состояний, невроз страха, логоневроз (заикание, мутизм, сурдомутизм), нервная анорексия, ночное недержание мочи. Клиника. Профилактика.

19. Парциональные формы эпилепсии. Большой судорожный припадок. Эпилептический статус. Психомоторные припадки. Психический статус при эпилепсии. Диагностика. Принципы лечения. Профилактика.

20. Эпилепсии, сопровождающиеся интеллектуальными и речевыми нарушениями (синдром Ландау – Клеффнера, Леннокса – Гасто и др.).

21. Группы наследственных нервно-мышечных заболеваний, при которых наблюдается первичное поражение мышечной ткани (обратить внимание на тип наследования, сцепление с полом, дебют заболевания).

22. Методы пренатальной диагностики наследственных заболеваний нервной системы.

Тестовые задания

по дисциплине «Невропатология»

ТЕМА: ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Задача 1.

Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с возникшей утром, за 2 часа до госпитализации, слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что пациент длительное время страдает стенокардией напряжения, в течение последнего года отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/100 мм рт. ст. В течение последних трёх месяцев было несколько кратковременных (до 10 минут) эпизодов преходящей слепоты на правый глаз. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление 180/100 мм рт. ст., пульс – 80 в минуту, ритм правильный, ослаблена пульсация на общей сонной артерии справа, но усилена пульсация височной артерии. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании язык отклоняется влево, снижение силы в левой руке до 1-го балла, в ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, рефлекс Бабинского слева.

1) Неврологические синдромы?
2) Предварительный клинический диагноз?
3) Как объяснить эпизоды преходящей слепоты на правый глаз?
4) Чем может быть вызвано изменение пульсации сонных артерий?

Задача 2.

Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с двоением и слабостью в правых конечностях, которые возникли рано утром, при пробуждении. Пять лет назад больная перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы мерцательной аритмии. Месяц назад был эпизод головокружения и двоения в глазах, симптоматика полностью регрессировала в течение часа. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парез всех мимических мышц слева, сходящееся косоглазие, движение левого глазного яблока наружу минимально, движения в правых конечностях отсутствуют, в них повышены сухожильные рефлексы, симптом Бабинского справа.

1) Неврологические синдромы?
2) Предварительный клинический диагноз?
3) Как объяснить эпизод головокружения и двоения месяц назад?

Задача 3.

Мужчина 55 лет доставлен в больницу в связи с внезапно развившейся слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет периодически отмечаются повышения артериального давления до 180/110 мм рт. ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 190/115 мм рт. ст., пульс – 80 в минуту, ритм

правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, снижение силы в левых конечностях до 3-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.

1) Неврологические синдромы?
2) Предварительный клинический диагноз?

Задача 4.

Женщина 60 лет доставлена в больницу в связи с онемением в правых конечностях, возникшим рано утром, при пробуждении. В течение 20 лет страдает артериальной гипертензией, обычный уровень артериального давления в последний год – 180-190/100-110 мм рт.ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление - 200/120 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парезов нет, ослаблена болевая и температурная чувствительность на левой половине лица, туловища и в левых конечностях, рефлексы не изменены, патологических рефлексов нет. Компьютерная томография головы не выявила изменений в головном мозге.

1) Неврологический синдром и топический диагноз?
2) Клинический диагноз?

Задача 5.

Мужчина 55 лет доставлен в больницу в связи с развившимися два часа назад нарушениями речи и слабостью в правых конечностях. Три года назад перенёс инфаркт миокарда, в течение последнего года беспокоят приступы стенокардии напряжения. Постоянно принимает аспирин по одной таблетке (100 мг) вечером, нитросорбид по несколько таблеток в день. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 75 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: менигеальных симптомов нет, речь отсутствует, обращенную речь понимает плохо, движения глазных яблок вправо ограничены, парез нижней части мимической мускулатуры справа, при высовывании девиация языка вправо, отсутствуют движения в правых конечностях, справа ослаблены все виды чувствительности, оживление сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского справа.

1) Неврологические синдромы?
2) Предварительный клинический диагноз?

Задача 6.

Женщина 65 лет доставлена в больницу в связи со слабостью в левых конечностях, которая возникла утром и постепенно нарастает в течение последующих 10 часов. До заболевания считала себя практически здоровой. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 190/100 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный, систолический шум на шее в проекции бифуркации правой общей сонной артерии. Неврологический статус: менингеальных знаков нет, парез нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании девиация языка влево, слабость в левых конечностях до 2-х баллов, снижение болевой чувствительности слева, оживление сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.

1) Неврологические синдромы?
2) Предварительный клинический диагноз?
3) Причина шума на шее?

Задача 7.

Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с нарушениями речи, которые возникли днём, 3 часа назад. В течение 10 лет страдает ишемической болезнью сердца, имеет постоянную форму мерцательной аритмии. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/110 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 90-120 в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, больная возбуждена, многословна, речь содержит большое количество вербальных

парафазий, обращённую речь больная не понимает, парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

1) Неврологические синдромы?
2) Предварительный клинический диагноз?

Задача 8.

Женщина 40 лет доставлена в больницу в связи с жалобами на головокружение, тошноту и нарушение глотания, которые возникли днём 2 часа назад. В 30 лет диагностирован ревматический порок сердца, по поводу чего наблюдается у кардиолога. При обследовании: в сознании, в области проекции митрального клапана выслушивается диастолический шум, артериальное давление – 150/100 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный, Неврологический статус: менингеальных знаков нет, птоз, миоз и энофтальм справа, голос глухой, глотание невозможно, справа свисает дужка мягкого нёба и отсутствует глоточный рефлекс, парезов конечностей нет, болевая и температурная чувствительность ослаблены на лице справа, на туловище и конечностях слева, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточноколенной проб в правых конечностях.

1) Неврологические синдромы?
2) Предварительный клинический диагноз?

Задача 9.

Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с возникшей 4 часа назад слабостью в правой ноге. Год назад перенёс инсульт, сопровождавшийся развитием слабости в левых конечностях, преимущественно в ноге. Сила мышц частично восстановилась. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 75 в минуту, ритм правильный, систолический шум на шее в проекции бифуркации обеих общих сонных артерий. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, насильственный плач, положительные симптомы орального автоматизма, снижение силы до 2-х баллов в правой ноге и до 4-х баллов в правой руке и левой ноге, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского с обеих сторон.

1) Неврологические синдромы?
2) Предварительный клинический диагноз?
3) Причина систолического шума на шее?

Задача 10.

Женщина 65 лет доставлена в больницу в связи с развившейся два часа назад слабостью в правых конечностях. Шесть лет назад перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы стенокардии покоя и напряжения, а также пароксизмы мерцательной аритмии. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, выпадение полей зрения слева, парез нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании девиация языка влево, отсутствие движений в левых конечностях с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева, утрачены все виды чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях.

1) Неврологические синдромы?
2) Предварительный клинический диагноз?

Задача 11.

Мужчина 50 лет доставлен в больницу в связи со слабостью в левых конечностях, которая возникла внезапно днём. В течение последних 20 лет отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/110 мм рт.ст., обычные значения артериального давления в последний год – 160/90 мм рт.ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление - 200/120 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: менингеальных знаков нет, снижение силы в левых

конечностях до 3-х баллов, чувствительность не изменена, слева рефлексы оживлены и выявляется симптом Бабинского. На третьи сутки с момента заболевания парез полностью регрессировал, компьютерная томография не выявила изменений в головном мозге.

1) Неврологические синдромы?
2) Предварительный клинический диагноз?

Задача 12.

Женщина 55 лет доставлена в больницу в связи с жалобами на головокружение, тошноту, нарушение глотания, которые возникли днём 2 часа назад. В течение 10 лет отмечаются повышения артериального давления до 180/100 мм рт.ст., около года страдает стенокардией напряжения. При обследовании: сознания - ясное, артериальное давление – 150/100 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный, выслушивается систолический шум в проекции сонных и позвоночных артерий с обеих сторон. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, птоз, миоз и энофтальм справа, голос глухой, нарушено глотание, справа свисает дужка мягкого нёба и отсутствует глоточный рефлекс, парезов мышц конечностей нет, болевая и температурная чувствительность ослаблены на лице справа, на туловище и конечностях - слева, интенционный тремор при выполнении пальносовой и пяточноколенной проб в правых конечностях.

1) Неврологические синдромы?
2) Предварительный клинический диагноз?

Задача 13.

Мужчина 67 лет доставлен в больницу в связи с развившейся два часа назад слабостью в правой ноге. В течение последних 10 лет страдает сахарным диабетом, гипертонической болезнью, пароксизмальной формой мерцательной аритмии. При осмотре: в ясном сознании, не оценивает тяжесть своего заболевания, отмечается периодическое недержание мочи, артериальное давление - 170/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений - 92-126 в минуту, ритм неправильный. Менингеальных симптомов нет, слабость в правой руке до 4-х баллов, в правой ноге до 2-х баллов, повышение сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского справа, других неврологических нарушений нет.

1) Неврологические синдромы?
2) Предварительный клинический диагноз?

Задача 14.

У женщины 72 лет, страдающей стенокардией напряжения, внезапно развиваются двоение предметов по горизонтали, опущение правого века, слабость в левых конечностях. Через час женщина доставлена в больницу. При обследовании: сознание ясное, менигеальных знаков нет, птоз справа, расходящееся косоглазие, правое глазное яблок повёрнуто кнаружи и вниз, правый зрачок расширен, на свет не реагирует. Слабость в левой руке и ноге до 3-х баллов, сухожильные рефлексы повышены слева, симптом Бабинского слева.

1) Неврологические синдромы?
2) Предварительный клинический диагноз?

Задача 15.

Мужчина 69 лет предъявляет жалобу на «снижение зрения на левый глаз». Эта жалоба возникла два дня назад. Он обратился к терапевту по месту жительства и был направлен в стационар. В течение последних 10 лет страдает гипертонической болезнью, стенокардией напряжения. При обследовании: артериальное давление - 180/110 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритмичный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, выпадение левых полей зрения, парезов нет, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

1) Неврологические синдромы?
2) Предварительный клинический диагноз?

ТЕМА: ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Задача 1.

Женщина 60 лет доставлена в больницу в связи с интенсивной головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли при уборке квартиры. В течение длительного времени наблюдается кардиологом с диагнозом: «Гипертоническая болезнь». При обследовании: спутанное состояние сознания, гиперемия лица, артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парез нижней части мимических мышц слева, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева, снижение всех видов чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях. В дальнейшем состояние больной ухудшилось, появились сонливость и расходящееся косоглазие.

1. Неврологические синдромы?
2. Предполагаемое место поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как объяснить ухудшение состояния больной?

Задача 2.

Женщина 45 лет доставлена в больницу в связи с интенсивной головной болью, тошнотой и повторными рвотами, которые возникли днём после физической нагрузки. До заболевания считала себя практически здоровой. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 160/100 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный, светобоязнь, ригидность шейных мышц, парезов и других неврологических нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Предварительный клинический диагноз?

Задача 3.

Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с головной болью, онемением и неловкостью в левых конечностях, которые возникли вечером после приёма алкоголя. В течение более 20 лет страдает артериальной гипертензией, обычные значения артериального давления в последний год - 160-180/90-100 мм рт.ст, регулярного лечения артериальной гипертензии не проводит. При обследовании: спутанное состояние сознания, артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 95 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, утрачены все виды чувствительности в левых конечностях, сила в них достаточная, но движения неловкие, при пальценосовой и пяточноколенной пробах наблюдается промахивание при закрывании глаз, сухожильные рефлексы оживлены, и симптом Бабинского выявляется слева.

1. Неврологические синдромы?
2. Предполагаемое место поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?

Задача 4.

Мужчина 55 лет доставлен в больницу в связи с интенсивной головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли на фоне употребления алкоголя. В течение 15 лет страдает артериальной гипертензией, обычные значения артериального давления в последний год - 180-190/100-110 мм рт.ст. При обследовании: спутанное состояние сознания, гиперемия лица, артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 100 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парез нижней части мимических мышц слева, при высовывании девиация языка влево, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева, снижение всех видов чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях. В

дальнейшем состояние больного ухудшилось, появились сонливость и расходящееся косоглазие.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?

Задача 5.

Женщина 60 лет доставлена в больницу в связи с головной болью, онемением и неловкостью в правых конечностях, которые возникли днём на фоне эмоционального напряжения. В течение длительного времени наблюдается кардиологом с диагнозом: «Гипертоническая болезнь», обычные значения артериального давления в последний год – 180-190/100-110 мм рт.ст. При обследовании: спутанное состояние сознания, сонливость, артериальное давление – 200/120 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, снижение всех видов чувствительности на правой половине лица, туловища и в правых конечностях, движения в них неловкие, при пальценосовой и пяточно-коленной пробах наблюдается промахивание при закрывании глаз, сила в конечностях достаточная, сухожильные рефлексы и мышечный тонус снижены в правых конечностях.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?

Задача 6.

Мужчина 75 лет доставлен в больницу в связи с головной болью, головокружением, шаткостью походки и неловкостью в конечностях, которые возникли на фоне физической нагрузки. До заболевания считал себя практически здоровым. При обследовании: в сознании, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 60 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, горизонтальный и вертикальный нистагм, парезов нет, интенционный тремор в конечностях при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб, мышечная гипотония в конечностях. Через три часа состояние больного постепенно ухудшилось, появились сонливость, нарушение глотания, осиплость голоса, частота сердечных сокращений уменьшилась до 40 в минуту.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Возможные причины (этиология) заболевания?

Задача 7.

Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли днём в период уборки квартиры. В течение десяти последних лет отмечаются периодические подъёмы артериального давления до 160/100 мм рт.ст, обычные значения артериального давления -150/90 мм рт.ст. . При обследовании: в сознании, артериальное давление – 170/100 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, парез нижней части мимических мышц слева, при высовывании девиация языка влево, снижение силы в левой руке до 2-х баллов и в левой ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?

Задача 8.

У мужчины 55 лет, постоянно принимающего фенилин в дозе 90 мг/сут после перенесённого инфаркта миокарда, возникли головная боль и нарушение зрения на «левый глаз». При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 160/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращение – 76-125 в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений неи. В биохимическом анализе крови протромбиновый индекс – 40%, международное нормализующее отношение – 1,3, в анализе мочи обнаружены эритроциты.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?

Задача 9.

У молодой женщины 30 лет в кафе остро возникли сильная головная боль, тошнота, рвота, через несколько минут нарушилось сознание. Врачи «скорой медицинской помощи» выявили сопор, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный, ригидность шейных мышц. Парезов и других неврологических нарушений не обнаружено.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?

Задача 10.

Мужчина 48 лет доставлен в больницу в связи с интенсивной головной болью, которая возникла днём при физической работе. До заболевания считал себя практически здоровым. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 150/90 мм рт.ст., пульс – 75 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, парезов и других неврологических нарушений нет. Больной находился на лечении в неврологическом отделении, через 10 дней у больного развилась слабость в левых конечностях до 3-х баллов, появился симптом Бабинского слева.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?

Задача 11.

У женщины 70 лет во время стирки появились интенсивная головная боль, тошнота и рвота, повысилось артериальное давление до 190/100 мм рт.ст. при обычном 150/90 мм рт.ст. Врачи «скорой медицинской помощи» установили: сознание ясное, артериальное давление – 180/110 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный, ригидность шейных мышц, парезов и других неврологических нарушений нет. Состояние больной расценено как «гипертонический церебральный криз» и ей предложена госпитализация в терапевтическое отделение многопрофильной больницы.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз? Согласны ли Вы с диагнозом «гипертонический церебральный криз»?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?

Задача 12.

У мужчины 45 лет в сауне возникла интенсивная головная боль, которая продолжалась около 6 часов и постепенно ослабла. На следующий день он обратился к врачу поликлиники в связи с возникшим двоением. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление повышено до 160/100 мм рт.ст. при обычном АД – 140/80 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, полуптоз справа, правый зрачок шире левого, его реакция на свет ослаблена, расходящееся косоглазие, движение правого глазного яблока ограничено внутрь, вверх и вниз, других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?

Задача 13.

Мужчина 55 лет доставлен в больницу в связи с интенсивной головной болью, тошнотой и рвотой, спутанностью сознания. Около двух дней отмечает появление и

усиление головной боли, постепенное повышение артериального давления до 200/120 мм рт.ст. В течение 10 лет артериальное давление повышается до 200/120 мм рт.ст., обычное артериальное давление – 160/100 мм рт.ст. При обследовании: в сознании, но сонлив, на вопросы отвечает односложно, быстро устаёт, артериальное давление – 230/140 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менигеальных симптомов нет, парезов и других неврологических нарушений нет. При компьютерной томографии головы обнаружен признаки отёка головного мозга в задних отделах полушарий без очаговых изменений.

1. Клинический диагноз?

Задача 14.

У женщины 72 лет внезапно возникла сильная головная боль в затылочной области с тошнотой и светобоязнью. Бригадой «скорой медицинской помощи» больная была доставлена в стационар. До заболевания считала себя практически здоровой, обычное артериальное давление – 120/80 мм рт.ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 150/90 мм рт.ст., пульс - 88 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, парезов и других неврологических нарушений нет. При компьютерной томографии головы обнаружено признаки локального скопления крови в области базальной цистерны вокруг среднего мозга. По данным церебральной ангиографии данных за патологию церебральных артерий не получено.

1. Клинический диагноз?
2. Предположительная причина (этиология) заболевания?

Задача 15.

Женщина 81 года доставлена в больницу бригадой «скорой медицинской помощи» в связи с головной болью, головокружением, рвотой и неловкостью в правых конечностях. Заболевание развилось остро, после того как больная оступилась и упала, травму головы при падении отрицает. При расспросе установлено, что два года назад лечилась в стационаре по поводу геморрагического инсульта (при компьютерной томографии головы выявлялось кровоизлияние в левой теменной доле), отмечалось полное восстановление неврологических функций. При обследовании: в сознании, но на вопросы отвечает односложно, быстро истощается, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 60 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, горизонтальный и вертикальный нистагм, интенционный тремор в конечностях при выполнении пальценосовой и пяточноколенной проб, мышечная гипотония, парезов и других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?

ТЕМА: ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА

Задача 1.

Подросток 16 лет на уроке физкультуры в школе упал и ударился головой. В течение нескольких секунд находился в бессознательном состоянии. В дальнейшем беспокоила головная боль, головокружение, возникла однократная рвота. Доставлен в стационар через 1 час после травмы. При обследовании пациент предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту, обстоятельства травмы не помнит. В неврологическом статусе не выявляется нарушений. При рентгеновском исследовании костей черепа не обнаружено патологических изменений.

А. Предварительный клинический диагноз?

Б. Дополнительные методы исследований?

Задача 2.

Мужчина 27 лет пострадал в автомобильной аварии. В момент аварии находился в автомобиле, ударился головой. После травмы отмечалась потеря сознания длительностью около 5 минут, затем возникала однократная рвота. Доставлен в стационар через 1 час после травмы

При обследовании пациент предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту, обстоятельства травмы не помнит. В неврологическом статусе: дезориентирован в месте и времени, менингеальных симптомов нет, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных и периостальных рефлексов слева, симптом Бабинского слева. При рентгенологическом исследовании выявлен линейный перелом лобной кости справа.

А. Предварительный клинический диагноз?

Б.Дополнительные исследования?

Задача 3.

Мужчина 32 лет был избит неизвестными. Во время избиения получил удары по голове, потерял сознание на несколько минут. После возвращения сознания отмечались головная боль, многократная рвота. При обследовании в стационаре, в который поступил через час травмы, предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту. При осмотре: дезориентирован в месте и времени, обстоятельства травмы не помнит. В неврологическом статусе выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с двух сторон, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных и периостальных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. При КТ головы выявляется зона патологического снижения плотности мозгового вещества в области полюса левой лобной доли с небольшими участками повышенной плотности.

А. Неврологические синдромы?

Б. Клинический диагноз?

Задача 4.

Мужчина 32 лет пострадал в автомобильной аварии. В момент аварии находился в автомобиле, ударился головой и потерял сознание. Доставлен в стационар через 1 час после травмы. При осмотре в приемном отделении стационара отмечена обширная подкожная гематома в левой височной области. В неврологическом статусе: поверхностная кома, ригидность шейных мышц и симптом Кернига с двух сторон, оживление сухожильных и периостальных рефлексов с преобладанием справа, симптом Бабинского с обеих сторон. При рентгенологическом исследовании выявлен перелом чешуи левой височной кости.

А. Неврологические синдромы?

Б. Предварительный клинический диагноз?

Задача 5.

Женщина 47 лет пострадала в автомобильной аварии. В момент аварии находилась в автомобиле, ударилась головой. После аварии в сознание не приходила. Доставлена бригадой «Скорой медицинской помощи» в стационар через 40 минут после травмы. При осмотре в правой височной области выявлена ушибленная рана мягких тканей. В неврологическом статусе: поверхностная кома, ригидность шейных мышц и симптом Кернига с двух сторон, правый зрачок значительно шире левого и на свет не реагирует, в левых конечностях движения отсутствуют, симптом Бабинского слева. При рентгенологическом исследовании выявляется перелом чешуи правой височной кости. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур влево на 7 мм.

А. Неврологические синдромы?

В. Предварительный клинический диагноз?

Задача 6

Мужчина 30 лет доставлен в стационар бригадой «Скорой медицинской помощи» с улицы, где был сбит машиной. При обследовании в стационаре больной в состоянии психомоторного возбуждения, дезориентирован в месте, времени и собственной личности, сопротивляется осмотру. В неврологическом статусе: ригидность мышц шеи, симптом Кернига с обеих сторон, спонтанный горизонтальный нистагм в обе стороны, других нарушений не выявляется. При КТ головы обнаружены зоны патологического снижения плотности мозгового вещества в области полюсов лобных долей с небольшими участками

высокоплотных вкраплений в них. Признаков компрессии и дислокации головного мозга нет.

А. Клинический диагноз?

В. Прогноз заболевания?

Задача 7

Женщина 21 года была сбита машиной, при падении ударилась затылком о тротуар и утратила сознание на несколько минут. Придя в сознание, ощутила головную боль и тошноту, смогла самостоятельно встать и дойти до поликлиники, откуда была госпитализирована в стационар. В стационаре предъявляла жалобы на сильные головные боли и тошноту, при внешнем осмотре на коже затылочной области отмечена ссадина, в неврологическом статусе не выявлено патологических изменений. Спустя 6 часов после травмы возникло кратковременное психомоторное возбуждение, после которого развились расстройство сознания до уровня глубокого оглушения и слабость в левых конечностях до 3-х баллов с оживлением сухожильных и периостальных рефлексов и симптомом Бабинского. При эхоэнцефалоскопии обнаружено смещение срединных структур на 6 мм справа налево.

А. Неврологические синдромы?

Б. Предварительный клинический диагноз?

Задача 8

Подросток 14 лет получил удар по голове тяжелым предметом, после чего утратил сознание в течение нескольких секунд. Придя в сознание, он жаловался на сильную головную боль и тошноту, была однократная рвота. Через 15 минут постепенно нарушилось сознание. Бригадой «Скорой медицинской помощи» был доставлен в стационар. При обследовании в стационаре угнетение сознания до уровня сопора, в ответ на болевое раздражение в левых конечностях возникают активные движения, в правых конечностях они отсутствуют, отмечается симптом Бабинского с двух сторон. При эхоэнцефалоскопии установлено смещение срединных структур мозга слева направо на 7 мм. При рентгенографии черепа выявлена трещина левой теменной кости.

А. Неврологические синдромы?

Б. Предварительный клинический диагноз?

Задача 9

Мужчина 62 лет жалуется на головную боль и тошноту, которые отмечаются в течение последних 3 недель и постепенно усиливаются. В последние 3 дня на высоте приступа головной боли по утрам возникла рвота. Головные боли начались после травмы: больной поскользнулся и упал на улице, ударился головой. После травмы отмечались кратковременная утрата сознания, головная боль, тошнота. К врачам не обращался. При осмотре в неврологическом статусе выявляются оживление сухожильных и периостальных рефлексов с левых конечностей, симптом Бабинского слева. При исследовании глазного дна окулист выявил начальные признаки застойных изменений дисков зрительных нервов. При эхоэнцефалоскопии обнаружено смещение срединных структур мозга справа налево на 9 мм.

А. Неврологические синдромы?

Б. Предварительный клинический диагноз?

Задача 10.

Мужчина 19 лет был избит на улице, получил удар тяжелым предметом по голове. Возникли кратковременная утрата сознания, однократная рвота, умеренная головная боль. Смог самостоятельно дойти до дома, за медицинской помощью не обращался. Через 3 часа после травмы отметил нарастание головной боли и слабость в левых конечностях. Доставлен в стационар бригадой «Скорой медицинской помощи». При обследовании в стационаре выявлено угнетение сознания до степени оглушения, снижение мышечной силы в левых конечностях до трех баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева. При осмотре головы в мягких тканях теменно-височной области слева

найдена обширная гематома. При рентгенографии черепа обнаружен линейный перелом чешуи левой височной кости.

А. Неврологические синдромы?

Б. Предварительный клинический диагноз?

Задача 11.

Женщина 33 лет после автомобильной аварии и травмы головы в течение трех месяцев находилась на стационарном, а затем амбулаторном лечении с диагнозом «Ушиб головного мозга средней тяжести». На фоне проведенного лечения состояние больной постепенно улучшилось, вернулась к работе. Спустя 3 месяца после выхода на работу у больной возобновились головные боли, которые стали постепенно нарастать. Стала отмечать шаткость при ходьбе. При обследовании выявлена неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, асинергия Бабинского. При осмотре окулиста обнаружены застойные диски зрительных нервов.

А. Неврологические синдромы?

Б. Предварительный клинический диагноз?

Задача 12.

Женщина 41 года была сбита автомобилем. В момент травмы ударилась головой, после чего развилось нарушение сознание. Бригадой «Скорой медицинской помощи» больная доставлена в стационар. При КТ головы очагов патологического изменения плотности мозгового вещества не выявлено, желудочковая система обычных размеров. В течение последующих 9 суток больная находится в состоянии комы. При осмотре: кома, спонтанное дыхание возможно, но неадекватно, вследствие чего проводится искусственная вентиляция легких в режиме вспомогательной вентиляции. Артериальное давление 120/75 мм рт.ст., пульс 65 ударов в минуту. Зрачки обычной величины, их реакция на свет сохранена. Отмечается диффузное повышение мышечного тонуса в конечностях с обеих сторон, преобладающее в мышцах-экстензорах, выявляется двухсторонний симптом Бабинского. В ответ на болевое раздражение четкой двигательной реакции нет. При повторной КТ головы также не обнаружено очагов патологического изменения плотности мозгового вещества.

А. Клинический диагноз?

Задача 13.

Мужчина 25 лет был избит, получил удар тяжелым предметом по голове. Отмечалась кратковременная утрата сознания, в дальнейшем беспокоила головная боль, была однократная рвота. Доставлен в стационар через 1 час после травмы. Предъявляет жалобы на головные боли, тошноту, слабость в левой руке. При осмотре в правой теменной области выявляется ушибленная рана мягких тканей головы. В неврологическом статусе отмечаются слабость левой руки со снижением мышечной силы преимущественно в кисти до трех баллов, снижение болевой и температурной чувствительности в левой кисти. При рентгенографии черепа выявляется многооскольчатый перелом передних отделов теменной кости справа с внедрением костных фрагментов в полость черепа на глубину около 2 см.

А. Неврологические синдромы?

Б. Предварительный клинический диагноз?

Задача 14.

Мужчина 43 лет пострадал в автомобильной аварии. В момент аварии находился в автомобиле, ударился головой. Доставлен в стационар через 1 час после травмы. Со слов сопровождающих, после травмы отмечалась утрата сознания длительностью около 10 минут. После травмы развились многократная рвота, кровотечение из левого уха. Больной предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, тошноту. Он дезориентирован в месте и времени, обстоятельства травмы не помнит. Отмечается истечение слегка розоватой жидкости их наружного слухового прохода слева. В неврологическом статусе выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с двух сторон, двухсторонний

спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. При рентгенографии черепа обнаружен перелом чешуи и пирамиды левой височной кости.

А. Неврологические синдромы?

Б. Предварительный клинический диагноз?

Задача 15.

Юноша 18 лет получил травму во время занятий спортом: упал во время бега, ударился головой, потерял сознание на несколько секунд. Придя в сознание, он ощутил головную боль, головокружение и тошноту. Обратился за медицинской помощью через 3 часа после травмы в связи с сохраняющейся головной болью и тошнотой. При осмотре в неврологическом статусе не выявлено нарушений. Рентгенография черепа не показала патологических изменений. При эхоэнцефалоскопии не обнаружено смещения срединных структур головного мозга.

А. Клинический диагноз?

ТЕМА: «ГОЛОВНАЯ БОЛЬ»

Задача 1.

Женщина 30 лет, предъявляет жалобы на приступообразные головные боли пульсирующего характера, чаще справа. Считает себя больной в течение 10 лет. Приступу цефалгии предшествуют зрительные нарушения в виде выпадения левых полей зрения. Зрительные нарушения длятся 10-15 мин., затем возникает головная боль. Приступ продолжается от 3-4 часов до 2 суток и сопровождается тошнотой, рвотой, светобоязнью. Физическая нагрузка во время приступа резко усиливает боль. Приступ цефалгии провоцируется эмоциональным напряжением, длительным нахождением в душном помещении, иногда менструальным циклом. Частота приступов 1–2 в месяц. Аналогичные головные боли у матери и бабушки больной. При неврологическом исследовании нарушений не выявлено.

А. Клинический диагноз?

Задача 2.

Женщина 50 лет предъявляет жалобы на диффузные головные боли давящего характера, которые напоминают «сдавливание головы обручем». Дебют заболевания больная связывает с психотравмирующей ситуацией (развод с мужем 5 лет назад). В начале заболевания головные боли возникали 2-3 раза в неделю; в течение последних месяцев они стали постоянными. Физическая нагрузка на характер головной боли не влияет. Семейный анамнез не отягощен. При обследовании отмечается болезненность при пальпации перикраниальных мышц и мышц шеи, симптомов поражения нервной системы не выявлено.

А. Клинический диагноз?

Задача 3.

Мужчина 40 лет жалуется на периодически возникающие стереотипные приступы интенсивной боли в области правого глаза в течение 10 лет. Боли чаще возникают ночью. Приступ сопровождается слезотечением, покраснением конъюнктивы, ринореей. Длительность приступа 10-40 минут, количество таких приступов может доходить до 6-8 в сутки. Длительность обострения – около месяца, ремиссии – около года. При неврологическом обследовании на стороне головной боли отмечаются сужение глазной щели, сужение зрачка и отек век, другой патологии со стороны нервной системы не выявлено.

А. Клинический диагноз?

Задача 4.

Девушку 18 лет в течение 5 лет беспокоит головная боль пульсирующего характера в левой (реже в правой) лобно-височно-затылочной области. Головная боль возникает приступообразно и сопровождается тошнотой, рвотой, фонофобией и фотофобией. Длительность приступа от нескольких часов до 2-3 суток. Приступ цефалгии часто

возникает при переутомлении, эмоциональном напряжении. Частота приступов 1–2 раза в месяц. В неврологическом статусе изменений нет. Аналогичные головные боли у матери больной и ее бабушки.

А. Клинический диагноз?

Задача 5.

Женщина 34 лет жалуется на пульсирующие головные боли в лобно-височно-затылочной локализации, которые чаще возникают справа. Головной боли предшествует слабость в левых конечностях в течение 20-30 минут. Затем развивается приступ цефалгии, который сопровождается тошнотой, рвотой, светобоязнью. Длительность приступа от 4-х часов до 2-3 суток. Головные боли беспокоят с 15 лет, они длительно возникали не чаще одного раза в месяц, но в последний год участились до 3-6 приступов в месяц, что пациентка связывает с возросшими физическими нагрузками, необходимостью работать в ночное время. У отца и брата аналогичные головные боли. В неврологическом статусе вне приступа у пациентки нет нарушений. При магнитно-резонансной томографии головного мозга не выявлено патологии.

А. Клинический диагноз?

Задача 6.

Мужчина 45 лет предъявляет жалобы на приступы сильной боли в области правого глаза, продолжающиеся от 15 до 60 минут. В период приступа боли отмечаются покраснение глаза, слезотечение, заложенность носа. Приступы беспокоят с 30 лет, их частота колеблется от 1 до 8 в день. Они продолжаются в течение месяца, затем боли не беспокоят в течение 2-3 лет. Вне приступа неврологических нарушений нет. При магнитно-резонансной томографии головного мозга не выявлено патологии.

А. Клинический диагноз?

Задача 7.

Женщина 25 лет жалуется на приступообразные головные боли пульсирующего характера в лобно-височной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, светобоязнью. Боли чаще возникают на левой стороне головы. Приступу цефалгии предшествуют нарушения речи в виде дизартрии в течение 10-15 минут. Затем развивается приступ цефалгии. Во время приступа больная не переносит громкие звуки, запахи. Она предпочитает лежать в постели в темном помещении. Длительность приступа от 6-8 часов до 2-х суток. Частота приступов до 1–2 раз в месяц. У отца больной и брата возникают аналогичные приступы. При неврологическом обследовании нарушений нет.

А. Клинический диагноз?

Задача 8.

Мужчина 60 лет предъявляет жалобы на боли пульсирующего, ноющего характера в височной области с обеих сторон. Головные боли появились около года назад, в дебюте заболевания наблюдались потеря аппетита, повышение температуры, потливость, миалгии, артралгии. При пальпации определяется извитая, плотная и болезненная височная артерия с обеих сторон. Очаговой неврологической симптоматики нет. В клиническом анализе крови: гипохромная анемия, умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ до 35 мм/час.

А. Предварительный клинический диагноз?

Задача 9.

Мужчина 45 лет предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли в правой околоушной области. Боли часто распространяются в ухо, висок, подчелюстную область, шею. Они усиливаются при жевании и открывании рта. При пальпации лица обнаруживаются триггерные точки в жевательных и височных мышцах. Открывание рта ограничено, оно возможно лишь на толщину двух проксимальных межфаланговых суставов. Патологии со стороны нервной системы не выявлено. На рентгенограммах не обнаружено изменений височно-нижнечелюстного сустава.

А. Клинический диагноз?

Задача 10.

Мужчина 40 лет жалуется на приступы сильных болей, сверлящего, жгучего характера в правой орбитальной, супраорбитальной или височной области с иррадиацией в щеку, ухо, зубы или в область шеи. Болен в течение 15 лет. Длительность боли варьирует от 15 минут до 3 ч. Частота атак от 1 до 8 в сутки. Боли длятся 2-6 недель, а затем исчезают на несколько месяцев или лет. Во время приступа на стороне боли отмечаются конъюнктивальная инъекция, слезотечение, заложенность носа, потливость лица, отек века, птоз и миоз. Других изменений в неврологическом статусе не выявлено.

А. Клинический диагноз?

Задача 11.

Женщина 25 лет жалуется на периодическую головную боль, возникающую то в левой, то в правой височной области. Боль носит пульсирующий характер, сопровождается рвотой и наблюдается в начале менструального периода. Впервые головная боль появилась в возрасте 18 лет. В последние годы приступы стали продолжительными и сопровождаются повторными рвотами. Мать больной в молодости страдала аналогичными головными болями. В неврологическом статусе не выявлено нарушений. Обращают на себя внимание вазомоторная лабильность лица, гипергидроз ладоней, артериальное давление 85/60 мм рт.ст. В соматическом статусе не обнаружено изменений.

А. Клинический диагноз?

Задача 12.

Женщина 63 лет предъявляет жалобы на сильнейшие стреляющие боли в нижней челюсти справа. Боли беспокоят уже три года, возникают ежедневно, носят пароксизмальный характер, провоцируются холодом. Длительность пароксизма от нескольких секунд до 1 минуты. Предполагая стоматологическую причину болей, пациентка санировала все зубы, однако приступы продолжались. В неврологическом статусе вне приступа не обнаружено изменений.

А. Клинический диагноз?

Задача 13.

Женщина 70 лет предъявляет жалобы на приступы сильнейших болей в правой половине лица. Считает себя больной около 10 лет. Боли возникают внезапно, длятся несколько секунд и носят острый, режущий характер. Приступы болей провоцируются разговором, жеванием, прикосновением к коже около крыла носа справа. Боль начинается в области верхней губы и распространяется на верхние зубы и скуловую кость справа. Между приступами в неврологическом статусе отмечаются болезненность при пальпации инфраорбитальной точки справа, гиперестезия в области верхней челюсти справа.

А. Клинический диагноз?

Задача 14.

Мужчина 35 лет предъявляет жалобы на периодически возникающие сильные боли в области правого глаза, сопровождающиеся слезотечением, покраснением глаза, заложенностью правой половины носа. Длительность приступа, во время которого боль постепенно усиливается и распространяется на правую височную область, не превышает 1 часа. Боли появились в 30 лет, они продолжаются в течение одного или двух месяцев, затем наступает ремиссия на протяжении нескольких месяцев. При неврологическом обследовании вне приступа отмечается неполный синдром Горнера справа, другой неврологической симптоматики не выявляется.

А. Клинический диагноз?

Задача 15.

Родители 8-летней девочки сообщают, что у ребенка примерно один раз в месяц отмечаются приступы болей в животе, сопровождающиеся тошнотой,

побледнением кожных покровов. Часто боли в животе сочетаются с головной болью лобно-височной локализации. Длительность приступов составляет несколько часов. При неоднократном гастроэнтерологическом обследовании патологии со стороны желудочно-кишечного тракта не выявлено. Неврологическое обследование вне приступа также не обнаруживает отклонений от нормы. Аналогичные эпизоды головной боли отмечаются у матери больной.

А. Клинический диагноз?

6. ПРИМЕРНАЯ ТЕМАТИКА КУРСОВЫХ РАБОТ (РЕФЕРАТОВ)

Не предусмотрена

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1. Основная литература

1. Бадалян, Л. О. Невропатология: учебник для студентов высших учебных заведений/Л. О. Бадалян.- 3-е изд., перераб. и доп.- Москва: Академия, 2006.- 400с.-ISDN 5-7695-2797-8.-3000 экз.- Текст: непосредственный.

7.2. Дополнительная литература

1 Ляпидевский, С. С. Невропатология. Естественнонаучные основа специальной педагогики: учебник для студентов высших учебных заведений/С. С. Ляпидевский; под ред. В. И. Селиверстова.- Москва: Владос, 2003.- 384с.-ISDN 5-691-00420-4.-5000 экз.- Текст: непосредственный.

2. Скоромец, А. А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей/А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец.-5-е изд., стер.- Санкт-Петербург: Политехника, 2005. -574с.: ил.- ISBN 5-7325-0785-X.-1000 экз.-Текст: непосредственный.

7.3. Перечень ресурсов информационно-коммуникационной сети «Интернет», необходимый для освоения дисциплины (модуля)

Лечебная физическая культура для младенцев с патологией ЦНС : учеб. пособие / Н. Г. Коновалова [и др.] ; под общ. ред. Н. Г. Коноваловой. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 208 с. — (Серия : Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-10503-2. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: https://www.biblio-online.ru/book/lechebnaya-fizicheskaya-kultura-dlya-mladencev-s-patologiey-cns-430640

Единое окно доступа к образовательным ресурсам http://window.edu.ru/

Министерство образования и науки РФ http://Минобрнауки.рф/

Российское образование http://www.edu.ru/

Справочная правовая система «Консультант плюс» http://www.consultant.ru

Университетская информационная система РОССИЯ http://uisrussia.msu.ru/is4/main.jsp

Федеральное агентство научных организаций (ФАНО России) http://fano.gov.ru/ru/

Федеральное агентство по делам молодежи (Росмолодежь) http://www.fadm.gov.ru/

Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов: http://fcior.edu.ru (link is external)

Электронно-библиотечная система Университетская библиотека Online http://biblioclub.ru/

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ И ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

8.1. Программное обеспечение.

ROSA ENTERPRISE LINUX DESKTOP
WPS OFFICE 2016 Linux
Dr.Web Desktop Security Suite (комплексная защита)
Система «Ведомости кафедры»
Мультимедийное сопровождение дисциплины

8.2. Материально-техническое обеспечение

Парты – 20 шт., стулья – 39 шт., доска классная – 1 шт., стол письменный – 1 шт., проектор и экран – 1 шт., жалюзи – 3 шт.

9. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

При изучении дисциплины студенты выполняют следующие задания:

- изучают рекомендованную научно-практическую и учебную литературу;
- выполняют задания, предусмотренные для самостоятельной работы.

Основными видами аудиторной работы являются лекции и практические занятия.

В ходе лекций преподаватель излагает и разъясняет основные, наиболее сложные понятия дисциплины, а также связанные с ней теоретические и практические проблемы, дает рекомендации на семинарское занятие и указания на самостоятельную работу.

При подготовке к практическим занятиям по дисциплине «Невропатология» необходимо знать и выполнять следующие условия:

1. Практические занятия проводятся согласно учебно-тематическому плану в виде собеседования и выполнения практических заданий.
2. Подготовка к практическому занятию заключается в изучении литературы, которая указана в библиографическом списке, повторении некоторых вопросов других дисциплин (анатомии, физиологии), изученных ранее и имеющих отношение к теме практического занятия.
3. При проведении практического занятия слушатели должны: ответить на вопросы, обозначенные в плане занятия. На практическом занятии проводится курация больных под руководством преподавателя по теме занятия.
4. При изучении дисциплины учитывается самостоятельная работа студента, предусмотренная учебным планом, которая должна способствовать более глубокому усвоению изучаемого курса, формировать навыки исследовательской работы и стимулировать к применению теоретических знаний на практике.

Самостоятельная работа заключается в конспектировании первоисточников и другой учебной литературы, проработке учебного материала с использованием учебной и научной литературы, подготовке к практическим занятиям.