Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія

Затверджено
на засіданні кафедри нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою
"___"_____20__ г.
протокол №_____от _____

Зав. кафедрою д.мед.н., професор
_____ Дельва М.Ю.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО (СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ І НА ЗАНЯТТІ

Навчальна дисципліна	**Неврологія**
Модуль №2	**Спеціальна неврологія**
Тема заняття	**Захист історії хвороби**
Курс	**IV**
Факультет	**Медичний №1** **Медичний №2** **Скорочений нормативний термін навчання**

Полтава 2020

1. **Актуальність**

Самостійна курація неврологічного хворого і написання історії хвороби - це підсумок засвоєння студентами практичних навичок і теоретичного матеріалу з курсу нервових хвороб, тому метою практичних занять з цієї теми є навчання студентів клінічному узагальненню отриманих при обстеженні хворого даних, вмінню самостійно розбиратись в топічній діагностиці, провести диференціальну діагностику, призначити обґрунтоване лікування, вирішувати питання працездатності і дати хворому рекомендації на майбутнє.

2. Конкретні цілі

Конкретні цілі	Вихідний рівень знань
Знати:	Вміти:
1. В якій послідовності проводиться опитування хворого	1. Збирати анамнез. 2. Перевірити соматичний і неврологічний статус. 3. Розпізнати клінічні ознаки ураження нервової системи і визначити синдроми. 4. Оцінити показники пара клінічних досліджень та результати лабораторних аналізів. 5. Встановити топічний діагноз 6. Використовувати засоби етіологічного патогенетичного та симптоматичного лікування, фіз.. методи.
2. Схему обстеження неврологічного статусу.	
3. Обґрунтування топічного та клінічного діагнозу	
4. Основні правила деонтології при обстеженні хворого.	

3. **Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)**

Назва попередніх дисциплін	Отримані навики
1. Кафедра анатомії людини	Визначати основні анатомічні структури головного та спинного мозку, їх особливості у дорослих
2. Кафедра анатомії людини	Визначати анатомічні утворення периферичної нервової системи.
3.Кафедра нервових хвороб (топічна діагностика)	Володіти методикою обстеження неврологічного хворого
4. Кафедра нормальної	Застосовувати поняття про рефлекс та

фізіології	нейрофізіологію рефлекторної дуги.
5. Кафедра фармакології	Застосувати засоби етіологічної, патогенетичної та симптоматичної терапії.
6. Кафедра нормальної фізіології	Класифікувати безумовні фізіологічні рефлекси
7. Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб	Детально зібрати скарги та провести загальний об'єктивний огляд по органам та системам

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Дати в письмовій формі визначення наступних термінів: історія хвороби, анамнез, об'єктивне обстеження, попередній діагноз, клінічний діагноз, топічний діагноз, етіологія, патогенез, прогноз.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

Термін	Визначення
В якій послідовності проводиться опитування хворого?	Паспортні дані, скарги, анамнез захворювання, анамнез життя.
Назвіть схему обстеження неврологічного статусу.	Стан вищої нервової діяльності (психіки). Функція черепних нервів. Рухова сфера і рефлекси. Чуттєвість. Стан вегетативної нервової системи. Менінгеальні симптоми.
Перелічіть основні правила деонтології, яких необхідно дотримуватись, працюючи в палаті з хворим.	Серйозне та доброзичливе ставлення до хворого. Ретельно слідкувати за своєю мовою, питаннями, пам'ятати про ятрогенію. Розмова з хворим повинна мати психотерапевтичний напрямок. В палату заходити у відповідному одязі.

4.3. Практичні завдання, які виконуються на занятті:

1.По топічній діагностиці - чи можна передбачити інший рівень враження нервової системи, на якій підставі він виключений, чи всі клінічні ознаки оцінені правильно?

2. У клінічному діагнозі - чи достатньо клінічних даних для діагнозу, в якій мірі вирішується це питання з відомостей анамнезу, чи можна їх трактувати інакше?

3. Назвати клінічні форми захворювання, визначити форму в конкретному випадку.

4. Які є спірні, не вирішені питання етіології, патогенезу захворювання, яка точка зору куратора і викладача?

5. Чи можна результати параклінічних обстежень трактувати тільки в одному напрямку, яка їхня інформативність?

6. Які переваги призначеної схеми лікування, чи можна рекомендувати іншу?

7. Чим визначається прогноз в конкретному випадку, які сторони його можна вважати умовними, сумнівними?

5. Зміст теми

№ п-п.	Питання	Відповідь
1.	Зовнішні оформлення історії	Акуратність, грамотність, послідовність викладу, правильне заповнення титульного листа.
2.	Скарги хворого	Повнота викладу, вміння виділити головне.
3.	Анамнез хвороби	Послідовність і достатня повнота відомостей.
4.	Анамнез життя	Повнота викладу (перенесені хвороби, шкідливі звички. умови праці та побуту, спадковість, схема родоводу).
5.	Неврологічний статус	Правильність і достатня повнота викладу кожного розділу.
6.	Топічний діагноз	Грамотне, логічне обґрунтування, зображення рівня враження на схемі-малюнку.
7.	Попередній діагноз	Вміння логічно обґрунтовувати.
8.	Лабораторні дослідження	Правильність вибору необхідних лабораторних і параклінічних обстежень.
9.	Диференційний діагноз	Логіка клінічного мислення з використанням всіх даних про хворого.
10.	Остаточний діагноз	Вміння обґрунтувати і сформулювати діагноз -етіопатогенетичний, функціональний і синдромологічний.
11.	Лікування	Правильність вибору, пропис рецептів.
12.	Епікриз	Правильність викладу.
13.	Реабілітація і експертиза працездатності	Правильність рекомендацій.

Матеріали для самоконтролю:
Задачі для самоконтролю

Задача 1. Юнак 24 роки. Три місяці тому без відомої причини підвищилась температура до 37,8 - 380, яка трималась три тижні, але причина не була встановлена. Після цього через десять днів відчув оніміння правої

стопи, воно стало підійматись вгору, перейшло на ліву ногу і швидко розвинулась різка слабкість в обох ногах. Отримав курс лікування - антибіотики, прозерин, вітаміни В1 і В12, покращення не відбулося. Направлений в обласну лікарню. В неврологічному статусі: черепні нерви без патології. М'язова сила в руках достатня, тонус нормальний. Легка гіпестезія в ульнарному краю лівої кисті і передпліччя. В ногах рухів немає, тонус помірно підвищений. Колінні і ахілові рефлекси високі, клонус стоп, двосторонній симптом Бабинського. Черевні рефлекси не викликаються. Відсутні всі види чутливості від Д2 - Д3 до низу. З допомогою рук сідає в ліжку. Функція тазових органів не порушена. Ступні холодні.

Клінічні аналізи крові, сечі, рентгеноскопія органів грудної клітки, спонділограми без патології. Ліквор: безбарвний прозорий, тиск - 250 мм вод. ст.,білок - 1,2 г/л, цитоз 2 лімф. в 1 мкл, глюкоза 3,2 ммоль/л. При пробі Квекенштедта блоку немає.

Поставити попередній діагноз, з якими захворюваннями диференціювати?

При подальшому обстеженні була зроблена контрастна мієлографія: контрастна речовина опустилась в кінцеву цистерну. Проведена повторна люмбальна пункція, в лікворі: білок - 0,73 г/л, цитоз - 3 лімф. в 1 мкл.

Поставити топічний, клінічний і функціональний діагнози, назначити лікування (рецептура).

Задача 2. Хворому 41 рік. Поступив у відділення захворювання очей зі скаргами на раптову сліпоту лівого ока. В анамнезі зловживання алкоголем, більше десяти років знаходився на обліку в наркологічному диспансері з діагнозом хронічного алкоголізму II ст. Два роки тому, переніс алкогольний поліневрит. Турбували парестезії і біль в спині, різка слабкість в ногах і хитання при ходьбі деякий час зовсім не міг ходити. Після лікування стан поступово нормалізувався, працював. Об'єктивно: гострота зору правого ока - 1,0, лівого - 0,2. Очне дно в нормі. Стан хворого у стаціонарі поступово почав погіршуватися: з'явилась слабкість в правій руці і різка статична атаксія. Потім виникли парестезії у вигляді стягування у правій половині грудної клітини, відчуття пекучості вздовж хребта, через декілька днів розвинулась слабкість в ногах і затримка сечі. Хворий був переведений в неврологічне відділення, в статусі виявлено: ністагм при погляді вправо. М'язова сила в правій руці знижена до трьох балів, в правій нозі - до двох балів , в лівій нозі рухи відсутні. Рефлекси рук живі Д>S , колінні і ахілові високі, не постійний симптом Бабинського, черевні не викликаються. В пальцях правої руки та обох ніг знижене м'язово-суглобове чуття. Клінічні аналізи крові і сечі без патології. На спондилограмах патології не виявлено. Висновок офтальмолога: ретробульбарний неврит. Ліквор: тиск - 180 мм вод. ст., безбарвний, прозорий, білок - 0,67 г/л, цитоз - 3 лімф. в 1 мкл, глюкоза - 3,1 ммоль/л, хлориди - 205 ммоль/л, RW - негативна.

Поставити топічний та клінічний діагнози, з якими захворюваннями диференціювати, написати лікування (рецептура).

Задача 3. Хвора 33 роки. Доставлена машиною швидкої допомоги в стаціонар в тяжкому стані. Зі слів супроводжуючих відомо, що раніше нічим не хворіла. В день надходження в лікарню після великого фізичного навантаження і емоційного стресу поскаржилась на різкий головний біль, була збуджена, головний біль посилювався, з'явилось багаторазове блювання, наросло збудження, і тоді була викликана машина швидкої допомоги.

Об'єктивно: обличчя гіперемоване, шкіра волога. Пульс ритмічний, сто в хвилину. Дихання ритмічне 44 в хвилину. Температура тіла - 37,50, свідомість сплутана, розповісти про себе не може, в місці та часі дезорієнтована. Збуджена, багато і голосно говорить поривається підвестися. Виражені ригідність потиличних м'язів, позитивні симптоми Керніга, Брудзинського. Черепні нерви без патології. Парезів немає, порушень чутливості виявити не вдається, сухожильні рефлекси оживлені. Двосторонній симптом Бабинського, хапальний рефлекс.

Лікарська тактика, діагноз, параклінічні дослідження - можливі параметри лікування.

Задача 4. Хворій 66 р. Хворіє на коронарокардіосклероз. Ввечері після домашньої роботи відчула загальну слабкість, похолодіння рук та ніг, серцебиття, лягла в ліжко. Через деякий час з'явилась слабкість у правій руці, оніміння правої половини обличчя і язика, погіршення мови. Доставлена машиною в стаціонар. При огляді: хвора бліда, шкіра волога, холодна. Губи злегка ціанотичні. Пульс слабого наповнення, аритмічний, 110 в хв. АТ - 105/70. Свідомість ясна, інструкції виконує, порушення мови - вимовляє нерозбірливо тільки окремі слова. Згладжена права носо-губна складка девіація язика у праву сторону. Глибокий парез правої руки, м'язовий тонус знижений сухожильні рефлекси на правих кінцівках високі, на кисті симптом Россолімо. Виражені долонево-підборідний і хоботковий рефлекси. Менінгеальних симптомів нема. Черговим лікарем виконані параклінічні обстеження. РЕГ: на півкулевих РЕГ форма вершини аркоподібна, відмічається різке зниження амплітуди РЕГ в області лівого фронто-мастоїдального відведення. Стиснення лівої загальної сонної артерії викликає ще більше зниження амплітуди РЕГ-хвилі зліва. Очне дно: артерії сітківки звужені. ЕКГ: миготлива аритмія, гіпоксія задньої стінки лівого шлуночка. Викликаний лікар-неврапотолог. Лікарська тактика, топічний та клінічний діагнози, режим, лікування.

Задача 5. Хворій 50 років. Протягом декількох років хворіє гіпертонічною хворобою, в останні 2 роки неодноразово бували кризи з підвищенням АТ до 240/120. Вже 10 днів знаходиться на лікарняному листку з приводу гіпертонічного кризу, отримує діуретичні і судинорозширюючі препарати, але головний біль не припиняється. Вдень після ванни різко підсилився головний біль, двічі було блювання, перестала впізнавати оточуючих, потім втратила свідомість. При огляді: стан тяжкий, обличчя гіперемоване. Дихання шумне, прискорене до 50 на хв. Пульс напружений. ритмічний, 96 на хв., АТ - 240/140. Шкіра волога, температура тіла 37,8 0.

Хвора без свідомості, на огляд, больові подразнення не реагує. Виражені ригідність потиличних м'язів, симптом Керніга і верхній Брудзинського зліва. Голова й очі відхилені вліво. Права щока парусить, ковтання збережене. У правій руці рухів немає. Пасивно піднята, вона падає, як батіг, ліва рука опускається повільно. Права стопа ротована назовні, лівою ногою рухає періодично. Рефлекси правих кінцівок вище. Справа симптоми Бабинського, Россолімо, Жуковського. Черевні не викликаються.

Встановити топічний і клінічний діагнози, призначити лікування, вирішити питання про госпіталізацію, намітити необхідні параклінічні обстеження, визначити прогноз.

Задача 6. Хвора 40 років скаржиться на тупий ниючий біль у правій руці, слабкість та схуднення м'язів кисті. Вважає себе хворою біля трьох років. Початок захворювання ні з чим не пов□язує. В статусі: очна щілина і зіниця справа вужча, в правій половині обличчя відсутні больова і температурна чутливість при збереженні в ділянці носа та губ, знижений рогівковий рефлекс. Язик при висовуванні дещо відхиляється вправо, легка гіпотрофія м'язів правої половини язика. М'язова сила в правій руці знижена, гіпотрофія м'язів кисті, поза кисті нагадує "пазуроподібну". Рефлекси правої руки знижені. Кисть ціанотична, пастозна, нігті тусклі. Відсутня больова і температурна чутливість в правій руці і правій половині грудної клітини до рівня Д6 сегмента. Встановити топічний і клінічний діагнози, призначити лікування (рецептура).

Задача 7. Хворому 18 років. Після перебування на протязі відчув біль в правій завушній ділянці, на наступний день перекосило обличчя, з'явилась сльозотеча з правого ока, неприємне різке сприйняття звука правим вухом, звернувся до лікаря. В статусі: згладжена права носо-губна складка, опущений правий кут рота, очні щілини D>S. Справа відсутній корнеальний рефлекс при оскалі зубів правий кут рота не розкривається рот перекошується вліво. При надуванні права щока парусить. Справа лагофтальм, симптом Белла, чоло не збирається у складки. Агевзія в правій половині язика. Рефлекси кінцівок живі, рівномірні. Збоку ЛОР-органів

патології не виявлено. Клінічні аналізи крові і сечі без патології. Встановити діагноз, вказати рівень ураження, призначити лікування.

Задача 8. Хворому 45 років. Протягом року відмічає періодичний біль в поперековій ділянці, який виникає після піднімання важкого та переохолодження. Влітку відпочивав біля моря, біль не турбував після цього 3 місяці. Три дні тому під час фізичної роботи з'явився сильний біль в поперково-куприковій ділянці, який розповсюджувався на ліву ногу, пересування затруднене. Об'єктивно: виражений правосторонній сколіоз хребта в поперековій ділянці. Напружені прямі м'язи спини. Нахили тулуба обмежені через біль. При пальпації болючі паравертебральні точки L5-S1 зліва. Позитивні симптоми Ласега, Бехтєрева, Мінора, Нері зліва. Гіпалгезія на зовнішній та задній поверхнях лівої гомілки. Гіпотонія м'язів лівої гомілки. Зліва відсутній ахіловий рефлекс. На спонділограмах виражений остеохондроз у нижньопоперековому відділі. Встановити та обґрунтувати клінічний діагноз. Призначити лікування.

Задача 9. Юнаку 13 рік. В минулому переніс гострий нефрит, протягом трьох років високий АТ. Знаходиться під наглядом терапевта з приводу ниркової артеріальної гіпертензії, постійно приймає гіпотензивні препарати. Напередодні ввечері з'явився головний біль, підвищилась температура до 380. Вранці скаржиться на різкий головний біль, було блювання, температура 38,50, з'явилось двоїння в очах. При огляді: пульс 100 на хв., ритмічний, АТ - 200/110. Тони серця гучні, акцент □□-го тону на аорті. Живіт втягнутий. Загальмований, голова закинута назад, виражені ригідність м'язів потилиці, симптом Керніга, виличний симптом Бехтєрева, світлобоязнь, повіки опущені. Двостороння розбіжна косоокість, слабкість мімічних м'язів зліва по периферичному типу. Всі рефлекси пригнічені, патологічних немає. Гіперестезія на больове подразнення. На очному дні легкий набряк диска зорових нервів. При ЛОР-обстеженні патології немає. В крові: лейкоцитів - 12 * 109/л, СОЕ - 13 мм/год., провести диференціальну діагностику, призначити додаткові дослідження, в залежності від результату уточнити діагноз, призначити лікування, вирішити організаційні питання.

Задача 10. Хворому 34 роки. Хворіє біля 2 років: почали тремтіти руки і одночасно з'явилась скутість рухів. Поступово ці явища наростають. За один рік до початку захворювання переніс ГРЗ, яке супроводжувалось головним болем, сонливістю, легким двоїнням предметів, підвищенням температури, пітливістю. До лікаря не звертався. Лікувався домашніми засобами, за декілька днів все минуло. При огляді: гіпомімія, рідкі кліпання обличчя сальне, помірна гіперсалівація, послаблена реакція зіниць на конвергенцію і акомодацію. Мовлення уповільнене монотонне. "Поза згиначів". Сила в кінцівках достатня, при обстеженні м□язового тонусу симптом "зубчатого колеса". Відмічається сповільненість та бідність рухів. При ходьбі

ахейрокінезія, елементи пропульсії, човгає ногами по підлозі. Рефлекси живі, рівномірні. Координація рухів не порушена. В спокої тремор пальців рук по типу “рахування монет”. Чутливість не порушена. Загальний гіпергідроз. R-грама черепа, очне дно без патології. Аналізи крові і сечі в нормі. Визначити синдром і топічний діагноз. Встановити клінічний діагноз, з якими захворюваннями диференціювати. Призначити лікування (рецепти).

Задача 11. Хворій 8 років. В школі помітили, що вже декілька днів дівчина рухлива неспокійна, кривляється, смикається, попередили батьків. Мати відвела дівчину до лікаря.

Повідомила, що вона декілька разів хворіла ангіною, останній раз два тижні тому. Об’єктивно: пульс ритмічний, 92 за хв. При аускультації серця систолічний шум на верхівці, АТ - 100/60. Мова не переривчаста, хаотичні посмикування м’язів обличчя по типу кривляння. Відмічається насильне посмикування в різних групах м’язів рук, ніг і тулуба. Сила в кінцівках дещо знижена, м’язовий тонус дифузно знижений. Рефлекси середньої живості, при викликанні колінного рефлексу симптом Гордон - 2. Хода дещо танцююча. ЛОР-лікарем визначається хронічний тонзиліт. В аналізі крові: СОЕ - 18 мм/час, лейкоцитів - 8,0 х109/л, реакція на С-реактивний білок позитивна, ФКГ: недостатність мітрального клапану. Встановити діагноз. З якими захворюваннями диференціювати. Чи потрібно помістити в стаціонар? Призначити лікування (рецептура).

Задача 12. Хворому 15 роки. Скаржиться на слабкість в ногах, похитування при ходьбі, зміну мови, порушення сечовипускання - ледь втримує сечу. Хворий 4 місяці, захворювання розвивається поступово, без видимої причини. В минулому відмічав слабкість в ногах, яка швидко проходила. Об’єктивно: легка ейфорія, парез конвергенції, горизонтальний ністагм. Помірне зниження м’язової сили в руках, дещо більше в ногах. Рефлекси кінцівок високі, особливо колінні й ахілові. Клонус стоп. Черевні не викликаються. На стопах розгинальні і згинальні патології, патологічні рефлекси. М’язовий тонус в кінцівках знижений. Інтенційний тремор при пальценосовій пробі з обох боків, адіадохокінес, гіперметрія при пробі Тома. В позі Ромберга нестійкий, хода спастико-атактична. Мова скандована. Чутливість не порушена. На очному дні збліднення скроневих половин дисків зорових нервів. Ліквор: тиск - 150 вод. ст., безбарвний, прозорий, білок - 0,32 г/л, цитоз - 3 лімф,. в 1 мкл, цукор - 3,0 ммоль/л, хлориди - 200 ммоль/л, RW - негативна. Визначити локалізацію ураження нервової системи, неврологічні синдроми. Встановити розгорнутий діагноз. Призначити лікування. Дати рекомендації.

Задача 13. Хворому 12 роки. Звернувся в приймальне відділенні зі скаргами на раптову охриплість голосу, набряк язика, який ледве повертався в роті. Напередодні був на прийомі у стоматолога, проводилось лікування пульпіту. Об'єктивно: набряк м'якого піднебіння і язика, під час огляду розвинувся набряк губ, з'явилось утруднення дихання, загальний тремор, тахікардія, менінгеальних симптомів немає, рефлекси живі Д=S. Поставити діагноз, призначити лікування.

Задача 14. Хворій 59 років. Лікар був викликаний додому. Скаржиться на різкий головний біль в потиличній ділянці, блювання, запаморочення, нудоту. Захворіла раптово, коли повернулась з ринку. Декілька років хворіє гіпертонічною хворобою. Періодично турбує головний біль, але такий стан, як сьогодні, вперше. Об'єктивно: хвора дещо загальмована, на питання відповідає з затримкою, односкладно. Обличчя гіперемоване, пульс ритмічний, 78 за хв., тони серця гучні, акцент на аорті. АТ - 220/130. Послаблена конвергенція, горизонтальний ністагм, обличчя симетричне. З обох боків симптом Маринеско-Радовичі. Пареза кінцівок немає, м'язовий тонус нормальний. Рефлекси рівномірно оживлені. Патологічних немає. Невлучення при пальценосовій пробі, тремор пальців витягнутих рук. Чутливість збережена. Різко болючі потиличні точки. Злегка виражена ригідність потиличних м'язів, інших менінгеальних симптомів немає. Встановити діагноз, провести диференціальну діагностику, призначити лікування, визначити лікарську тактику.

Задача 15. Хворому 51 рік. В останні 3-4 місяці став помічати наростаюча слабкість та схуднення м'язів кистей, періодично турбує біль в шиї. В статусі: очні щілини дещо S<Д, легка анізокорія S<Д. М'язова сила в руках знижена, більше в кистях, гіпотрофія м'язів кистей - "пазуроподібна лапа". Інколи спостерігаються фасцикулярні посмикування у м'язах рук. М'язовий тонус нормальний. Рефлекси рук живі Д=S, черевні живі, колінні високі, ахілові полікінетичні Д=S. Непостійний симптом Бабинського. Статика і координація не порушені, хода не змінена. При пальпації помірна болючість шийних паравертебральних точок. Чутливість збережена. Очне дно в нормі, Аналізи крові і сечі без патології. На спонділограмах шийного відділу відмічається звуження міжхребцевих щілин С5-6, С6-7, унковертебральний артроз на цьому ж рівні. Визначити неврологічні синдроми, встановити клінічний діагноз, з якими захворюваннями диференціювати, призначити лікування.

Література

Основна:

1. Григорова І.А. Неврологія: національний підручник / [за ред. проф. І.А.Григорової, проф. Л.І.Соколової]. – Київ : «Медицина», 2015. – 640с. – (ISBN 978-617-505-300-3).

2. Методи обстеження неврологічного хворого: Навч. посіб. для мед. ВНЗ III—IV р.а. Рекомендовано ВР НМУ ім. О.О. Богомольця / За ред. Л.І. Соколової, Т.І. Ілляш. — К., 2015. — 144 с.

3. Грицай Н.М., Кобзиста Н.О. Нейростоматологія: Навч. пос. для студ. вищих мед. закладів освіти III-IV рівнів акред.- К: Здоров'я, 2001.
4. Гусев Е.Н. Нервные болезни: Учебник.- М.: Медицина.- 1988.- 638 с.
5. Невропатологія : підручник для студентів, лікарів-інтернів ВМНЗ III-IV рівнів / Володимир Миколайович Шевага, Анжела Володимирівна Паєнок, Бажена Володимирівна Задорожна - К. : Медицина, 2009. - 655 с.
6. Нервові хвороби: підручник для студ. вищ. мед. навч. закладів III-IV рівнів акредитації/ відпов. ред. Е.Г. Дубенко, С.М. Віничук ; С.М. Віничук, Е.Г. Дубенко, Е.Л. Мачерет та ін. - К. : Здоров'я, 2001. - 696 с.
7. Нервові хвороби: підручник для студ. мед. вузів : пер. з рос. / за ред. О.А. Яроша ; О.А. Ярош, І.Ф. Криворучко, З.М. Драчова та ін. - К. : Вища школа, 1993. - 487 с.

8. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. – М.:Медпресс. – 1998. – 304с.

9. А.А.Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. Нервные болезни: учебное пособие [для студентов мед. вузов] /М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 543 с.: ил. - Словарь терминов: с. 519-536.- Алф. указ.: с. 537-543.

10. Скоромец А.А. Нервные болезни : учебное пособие для студентов мед. вузов / - М. : МЕДпресс-информ, 2008. - 551 с.

11. С.М. Віничук, Т.І. Ілляш, О.А. Молодицька та ін. Неврологія: підручник для ВМНЗ IV рівня. – Л.: Здоров’я, 2008. – 659 с.

12. Н.П. Яворська; під ред. В.М. Шеваги. Посібник з топічної діагностики в неврології / . - Львів: Львів. нац. мед. ун-т, 2011. - 248 с.: ил, вкл. л. - Бібліогр.: с. 247-248.

13. ТриумфовА.В.Топическая диагностика заболеваний нервной системы : краткое руководство / - М. : МЕДпресс-информ, 2012. - 261 с.

14. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы.-М., 2001.-304 с.

15. Х.Г. Ходос. Нервные болезни : руководство для врачей / - М. : МИА, 2002. - 511 с.

Допоміжна

1. Віничук С.М. Нервові хвороби : підручник /[за ред. проф. С.М.Віничука, проф. Є.Г.Дубенка]. – К : «Здоров'я», 2001. – 696с.

2. Голубев В.Л. Вегетативные расстройства / В.Л. Голубев, А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, Воробьева О.В.. - МИА, 2010.- 640с.

3. Гусев Е.И. Неврология : национальное руководство / Краткое издание. ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 688с.

4. Левин О.С. Основные лекарственные средства, применяемые в неврологи / О.С. Левин. - МЕДпресс-информ, 2014.-368 с.

5. Мерхольц Я.Ранняя реабилитация после инсульта / Я. Мерхольц. - МЕДпресс-информ, 2014.-248 с.

6. Никифоров А.С., Гусев Е.И. Частная неврология :учебное пособие для послевузовского образования / А.С. Никифоров, Е.И. Гусев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.

7. Томас Р., Броун. Эпилепсия: клиническое руководство / Р. Томас, Броун. -БИНОМ, 2014.-280с.

8. Шевага В.М. Неврологія : підручник / [за ред. проф. В.М.Шевага, проф. А.В.Паєнок]. – Київ : «Медицина», 2009. – 656с.

9. Шток В. Н. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / В.Н. Шток -Медицинское информационное агентство (МИА), 2013.-504с.

10. Віничук С.М., Прокопів М.М. Гострий ішемічний інсульт. – Київ: Наукова думка. – 2006. – 286с.

11. Віничук С. М. Судинні захворювання нервової системи / Нац. мед. ун-т . - К.: Наукова думка, 1999. - 250 с.: вкл. л. - Бібліогр.: с. 239-246.

12. Виберс Д., Фейгин В., Браун Р., Инсульт (Клиническое

руководство), пер. с англ., 2-е изд., Бином, 2005. – 607с.

13. Ганеев К.Г. Клинические методы обследования нервной системы у детей первого года жизни : учебное пособие / К.Г. Ганеев, С.А. Чекалова - Нижний Новгород : НГМА, 2007. - 40 с.

14. Головокружение: диагностика и лечение, распространенные диагностические ошибки : учебное пособие [для системы вузов. и послевузов. проф. образования] / Владимир Анатольевич Парфенов, Максим Валерьевич Замерград, Олег Анатольевич Мельников - М. : МИА, 2009. - 149 с.

15. Догляд за хворими у неврологічному стаціонарі / Віктор Олександрович Дельва, Іван Шимонович Весельський - К. : Здоров'я, 1986. - 88 с.

16. Карлов В.А. Терапия нервных болезней – М.: Медицина. – 1996. – 653с

17. Карлов В.А. Эпилепсия – М.: Медицина. – 1990. - 335 с.

18. Коструба Н.Н., Литвиненко Н.В. Черепно-мозговые нервы и симптомы их поражения: учебное пособие для студентов. УМСА.-Полтава, 2007.-94 с.

19. Краткий справочник врача-невролога / Александр Анисимович Скоромец, В.П. Берснев, С.А. Громов и др.; под ред. А.А. Скоромца - СПб. : SOTIS, 2002. - 352 с.

20. Неврологія (структура, цілі, зміст дисципліни, принципи оцінювання, контрольні питання) : довідник для студента з вивчення дисципліни / уклад.: Наталія Миколаївна Грицай, Вікторія Анатоліївна Пінчук - Полтава, 2009. - 13 с.

21. Неврология , под ред. Д.Р.Штульмана, О.С. Левина, 4-е изд. – М.:Медпресс-информ. – 2005. – 944 с.

22. Неотложная неврология: руководство для врачей и студентов медицинских вузов / Владимир Дмитриевич Трошин - М. : МИА, 2006. - 590 с.

23. Никифоров А.С. Нервные болезни : учебное пособие для студ., обучающ. по спец. 06010165 - Лечебное дело, 06010365 - Педиатрия / Анатолий Сергеевич Никифоров - М. : МИА, 2010. - 828 с.

24. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология –М.:Медицина. – 2002. – т.1-690 с., т.2 -777 с.

Інформаційні ресурси

1. www.biblumsa.blogspot.com
2. www.vertigo.ru
3. Rehabilitat.h12.ru
4. http://www.mif-ua.com/archive/mezhdunarodnyij-nevrologicheskij-zhurnal/numbers
5. http://neuronews.com.ua
6. www.med.harvard.edu/AANLIB/home.html
7. www.brighamrad.harvard.edu/education/online/BrainSPECT
8. http://www.nlm.nih.gov/
9. http://www.neurology.ua/
10. http://www.nsi.ua/
11. http://www.neuronet.ua/
12. http://www.stroke-center.gd/
13. http://www.veinclinic.ru/
14. http://www.ensinfo.org/join_the_ens/index.html
15. http://www.efns.org/
16. http://www.ninds.nih.gov/
17. http://www.aan.com/
18. http://www.ccns.org/
19. http://neuronet.cochrane.org/
20. http://www.nabi.ru/
21. http://neurology.com.ua/
22. http://www.neurosite.org/
23. www.osdm.org 1
24. http://www.nmss.org/
25. www.waisman.wisc.edu/child-neuro/

Методична розробка складена ___асист. Піддубна О.О.
Методична розробка переглянута та затверджена на засіданні кафедри нервових хвороб _____

с доповненнями (змінами)

_____

Зав. кафедри нервових хвороб з нейрохірургією
та медичною генетикою,
д.мед.н., професор М.Ю.Дельва