

**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. кафедри д.мед.н., професор**  
\_\_\_\_\_ Дельва М.Ю.

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ**

<b>Навчальна дисципліна</b>	<b>Неврологія</b>
<b>Модуль №2</b>	<b>Спеціальна неврологія</b>
<b>Тема заняття</b>	<b>Захист історії хвороби</b>
<b>Курс</b>	<b>ІУ</b>
<b>Факультет</b>	<b>Медичний №1 Медичний №2 Скорочений нормативний термін навчання</b>

**Полтава 2020**

## 1. Результати навчання:

– загальні:

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.
5. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
6. Здатність приймати обґрунтовані рішення.
7. Здатність працювати в команді.
8. Навички міжособистісної взаємодії.
9. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.
10. Здатність спілкуватись іноземною мовою
11. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
12. Визначеність і наполегливість щодо поставлених завдань і взятих обов'язків.
13. Здатність діяти соціально відповідально та свідомо.
14. Прагнення до збереження навколишнього середовища.
15. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).

– спеціальні (фахові, предметні):

1. Навички опитування та клінічного обстеження пацієнта.
2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.
3. Здатність до встановлення синдромного діагнозу захворювання.
4. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання.
5. Здатність до діагностування невідкладних станів.
6. Навички надання екстреної медичної допомоги.
7. Навички виконання медичних маніпуляцій.
8. Здатність до ведення медичної документації.
9. Здатність до проведення санітарно-гігієнічних та профілактичних заходів.
10. Здатність до забезпечення необхідного режиму перебування хворого у стаціонарі при лікуванні захворювань.

**2. Конкретні цілі:** Закріпити вміння повного обстеження неврологічного хворого; використовуючи клінічні і параклінічні дані хворого, навчитися логічній побудові топічного і клінічного діагнозу; використовуючи теоретичні знання предмета, вміння користуватись спеціальною літературою, відпрацювати логічну побудову диференційного діагнозу; навчитись

оптимальному вибору лікувальних засобів для конкретного хворого, вміло використовуючи довідкову літературу.

### 3. Базовий рівень підготовки

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
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 фізіології	Застосовувати поняття про рефлекс та 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. Організація змісту навчального матеріалу.

1. Учбові приміщення: учбова кімната, палата, електрофізіологічна і біохімічна лабораторії.
2. Обладнання: кушетка, негатоскоп.
3. Технічні засоби навчання: електротренажери, тромбоеластограф, агрегатограф, реограф, ехоенцефалограф, електроміограф, електроенцефалограф, транскраніальний доплерограф.
4. Оснащення: неврологічні молотки, набір для обстеження чутливості, динамометр, сантиметрова стрічка, набір для обстеження нюху, смаку, шпатель, апарат Ріва-Роччі, фонендоскопи. Хворі для курації із захворюваннями периферичної нервової системи, гострими порушеннями мозкового кровообігу, енцефалітом, енцефаломієлітом, розсіяним склерозом, сирингомієлією, шийною мієлопатією, боковим амітрофічним склерозом, спадковими захворюваннями м'язової і нервової системи. Історії хвороб хворих з результатами параклінічних обстежень, клінічні ситуаційні задачі.

5. Методичний матеріал: методичні розробки для викладачів для практичних занять, граф логічної структури, методичні вказівки для студентів (орієнтувальні карти).

### 5. План і організаційна структура навчального заняття з дисципліни

№ п\п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	20 хв		Методичні рекомендації зі стандартизованими тестами.
1.1	Організаційні питання	2 хв		Неврологічні молотки, атласи, методичні рекомендації, таблиці, стенди.
1.2	Формування мотивації	3 хв		Методичні рекомендації
1.3	Контроль початкового рівня підготовки	15 хв	Письмове тестування	
2.	Основний етап (навчання)	45 хв	Практичні завдання, усне опитування	
3.	Заключний етап	15 хв		
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки	10 хв	Ситуаційні задачі, усне опитування	
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента	3 хв		
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття	2 хв		

### *6.Методика організації навчального процесу на практичному занятті*

**6.1. Підготовчий етап.** Захист історії хвороби розвиває клінічне мислення лікаря, випускника лікувального факультету, вчить орієнтуватися в нетиповій ситуації, приймати правильне рішення у відношенні лікарської тактики, мотивувати свою точку зору на діагноз, необхідне обстеження,

режим хворого і лікування. Дослідження неврологічного статусу у пацієнтів вимагає глибоких знань анатомо-фізіологічних особливостей нервової системи. Важливо з самого початку орієнтувати практичного лікаря на те, що хворих потрібно оглядати за всіма правилами неврології, що топічний діагноз необхідний, щоб вирішити, яка ділянка нервової системи постраждала і які заходи повинні бути негайно вжиті. Класичний неврологічний огляд будується на мовному контакті з хворим. Дослідження проводять у досить освітленому приміщенні, при температурі повітря 25-27°C.

**6.2. Основний етап.** Самостійна робота студентів (під контролем викладача). Захист історії хвороби. Студенти навчаються аналізувати та обґрунтовувати попередньо отримані дані при курації хворих. За допомогою викладача з'ясовується у якій послідовності проводилось обстеження хворих, аналізується схема обстеження неврологічного статусу у пацієнта, а також даних лабораторних та інструментальних методів обстеження. Проводиться диференційний діагноз і обґрунтовується остаточний діагноз. При диференціальній діагностиці викладач задає питання проблемного характеру; визначає підготовленість студентів до даної теми; вміння використовувати практичні навички та знання по семіотиці та топічній діагностиці нервових захворювань. Обговорюється питання лікування, прогнозу. Основну частину часу студенти працюють у ведучих монодидактичних системах.

**6.3. Заключний етап.** Для контролю кінцевого рівня засвоєння студенти розв'язують ситуаційні задачі, використовуючи учбові таблиці, довідкову літературу та консультацію викладача (4 монодидактична система).

Оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журналі обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідувань занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом. Наприкінці заняття дається домашнє завдання з наступної теми, пропонуються орієнтувальні карти для самопідготовки і рекомендована література.

## 7. Додатки

### 7. 1. Ситуаційні задачі

**Задача 1.** Юнак 24 роки. Три місяці тому без відомої причини підвищилась температура до 37,8 - 38<sup>0</sup>, 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 В<sub>1</sub> і В<sub>12</sub>, 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 D<sub>2</sub> - D<sub>3</sub> 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).

**Еталон відповіді.** Диференціювати інфекційний поперечний мієліт і пухлину спинного мозку.

Інфекційний поперечний мієліт. Рівень враження D<sub>2</sub> - D<sub>3</sub>. Нижня параплегія. Гормони, десенсибілізуючі препарати, біостимулятори, антихолінестерозні, нікотинова кислота, церебролізін, ЛФК, масаж, місцево електрофорез із лідазою.

**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 D>S, колінні і ахілові високі, не постійний симптом Бабинського, черевні не викликаються. В пальцях правої руки та обох ніг знижене м'язово-суглобне чуття. Клінічні аналізи крові і сечі без патології. На спонділограмах 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).

**Еталон відповіді.** Багатоголищеве ураження центральної нервової системи із захопленням задніх корінців. Розсіяний склероз. Диференціювати з інфекційно-токсичним розсіяним енцефаломієлітом, цереброспинальним сифілісом. Антибіотики широкого спектру дії, гормони, десенсибілізуючі препарати, вітаміни групи В, антихолінестеразні препарати.

**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'явилося багаторазове блювання,росло 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 - 37,5<sup>0</sup>, 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.

**Еталон відповіді.** Гострий розвиток захворювання, виражені загальноомозкові і менінгеальні симптоми - найбільш вірогідно субаранхoidalний крововилив (розрив аневризми), можливий менінгіт. Вирішує аналіз спинномозкової рідини. Термінова люмбальна пункція, загальні аналізи крові, сечі, аналіз сечі на цукор, очне дно, ТЕГ, коагулограма крові. Якщо ліквор кров'янистий, діагноз - субарахноідальний крововилив.

Призначення: гемостатичні препарати, дегідратируючі антибіотики, знеболюючі, седативні.

**Задача 4.** Хворій 66 р. Хворіє на коронарокардіосклероз. Ввечері після домашньої роботи відчула загальну слабкість, похолодіння рук та ніг, серцебиття, лягла в ліжку. 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 рефлекс. 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.

**Еталон відповіді.** Вогнищеве ураження задньонижніх відділів лівої лобної долі (моторна афазія, парез руки, парез м'язів, язика). Можливо гостре порушення мозкового кровообігу в басейні лівої середньої мозкової артерії коркових гілок, виключіть пухлину. Враховуючи дані анамнезу (вік, наявність коронарокардіосклерозу, розвиток захворювання на тлі збереженої свідомості) та параклінічні обстеження, які вказують на наявність склерозу, ІХС, зменшення кровообігу в лівій гемісфері мозку по ішемічному типу. Гемодилуція, спазмолітичні препарати, кардіотонічні, антикоагулянти та фібрінолітики, препарати метаболічної дії, постільний режим, коагулограма крові, аналіз сечі, загальний і на цукор, аналіз крові, Ехо-ЕГ.

**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 підсилюється 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 °.

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.

**Еталон відповіді.** Гіпертонічна хвороба III . Субарахноїдально-паренхіматозний крововилив в області підкоркових вузлів лівої гемісфери (правостороння геміплегія, параліч погляду, менінгеальні симптоми, гострий розвиток захворювання, різко виражені загальнономозкові симптоми - кома, високий АТ). Найгостріший період захворювання.

Гемостатичні препарати, дегідратуючі, гіпотензивні, антигіпоксичні. Підвищене положення голови, холод на голову. В стаціонар транспортувати машиною - в межах міста, села. В стаціонарі - люмбальна пункція, аналіз крові, сечі, коагулограма, цукор сечі, залишковий азот, ЕКТ, РЕГ, Ехо-ЕГ, очне дно. Продовжувати лікування. Прогноз сумнівний.

**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 зниція 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 D<sub>6</sub> сегмента. Встановити топічний і клінічний діагнози, призначити лікування (рецептура).

**Еталон відповіді.** Враження сірої речовини спинного мозку C<sub>1</sub>-D<sub>6</sub> справа і довгастого мозку. Сирингобульбомієлія. Вітаміни групи В, нікотинова кислота, антихолінестеразні препарати, дібазол, біостимулятори, радіоактивний йод (або глибока рентгентерапія).

**Задача 7.** Хворому 18 років. Після перебування на протязі відчув біль в правій завушній ділянці, на наступний день перекосило обличчя, з'явилась слезотеча 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 лагофталм, 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.

**Еталон відповіді.** Застудний неврит правого лицевого нерва. Рівень ураження - Фалопієвий канал, до відходження stapedius. Гормони, нікотинова кислота, саліцилати, протинабрюкові, вітаміни В<sub>1</sub> і В<sub>12</sub>, антигістамінні, зігріваючі пов'язки, фонофорез з гідрокортизоном.

**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 попереково-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 L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> зліва. Позитивні симптоми Ласега, Бехтерева, Мінора, Нері зліва. Гіпалгезія на зовнішній та задній поверхнях лівої гомілки. Гіпотонія м'язів лівої гомілки. Зліва відсутній ахілов рефлекс. На спонділограмах виражений остеохондроз у нижньопоперековому відділі. Встановити та обґрунтувати клінічний діагноз. Призначити лікування.

**Еталон відповіді.** У хворого вражені L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> корінці зліва, найбільш імовірний діагноз: загострення вертеброгенного поперековокуприкового радикуліту. Для виключення первинного враження хребта іншого характеру (спондиліт, пухлина) достатньо рентгенограми. Для виключення екстра медулярної пухлини необхідно дослідити ліквор. При нормальному складі ліквору це припущення відпадає. Лікування: ортопедичне, фізметоди, медикаментозне.

**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 38<sup>0</sup>. Вранці скаржиться на різкий головний біль, було блювання, температура 38,5<sup>0</sup>, з'явилося двоїння в очах. При огляді: пульс 100 на хв., ритмічний, АТ - 200/110. Тони серця гучні, акцент II-го тону на аорті. Живіт втягнутий. Загальмований, голова закинута назад, виражені ригідність м'язів потилиці, симптом Керніга, виличний симптом Бехтерева, світлобоязнь, повіки опущені. Двохстороння розбіжна косоокість, слабкість 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 \* 10<sup>9</sup>/л, СОЕ - 13 мм/год., провести диференціальну діагностику, призначити додаткові дослідження, в залежності від результату уточнити діагноз, призначити лікування, вирішити організаційні питання.

**Еталон відповіді.** У хворого гостро розвинувся менінгеальний синдром. Можна припустити менінгіт і субарахноїдальний крововилив. Слід терміново помістити в стаціонар і зробити люмбальну пункцію. Якщо ліквор кров'янистий - субарахноїдальний крововилив (високий АТ). Лікування: гіпотензивні, гемостатичні, дегідратаційні. Якщо ліквор запальний - менінгіт. Лікування: антибіотики, дезінтоксикаційні, дегідратуючі, десенсибілізуючі, гіпотензивні препарати, антипиретики, анагететики, вітаміни. Термінове обстеження пульмонолога для виключення вторинного гнійного менінгіту, бактеріологічне дослідження ліквору, кров на стерильність, аналіз сечі.

**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 гіперсаливація, послаблена реакція зіниць на конвергенцію і акомодацию. Мовлення уповільнене монотонне. “Поза згиначів”. Сила в кінцівках достатня, при обстеженні м’язового тону 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).

**Еталон відповіді.** Синдром паркінсонізму (гіпокінетично-гіпертонічний). Вражені: палідонігральна система, ядра гіпоталамуса і рефлекторна дуга зіничних рефлексів через ядро Перля. Хронічна стадія епідемічного енцефаліту - паркінсонізм. Диференціювати з атероскелотичним паркінсонізмом, токсичним, постравматичним, хворобою Паркінсона. Антипаркінсонічні препарати, міорелаксанти, йодисті препарати, біостимулятори, метаболічні церебропротектори, фізметоди лікування.

**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 аускультатії 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 -  $8,0 \times 10^9/\text{л}$ , реакція на С-реактивний білок позитивна, ФКГ: недостатність мітрального клапану. Встановити діагноз. З якими захворюваннями диференціювати. Чи потрібно помістити в стаціонар? Призначити лікування (рецептура).

**Еталон відповіді.** Ревматизм, активна форма. Ревматичний енцефаліт - мала хорія. Диференціювати з енцефалітом другої етіології, гепатоцеребральною дистрофією, неврозом. Обов’язково помістити в стаціонар постільний режим. Антибіотики, протиревматичні препарати, гормони, вітаміни, седативні, десенсибілізуючі препарати.

**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. Іntenційний 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 побліднення скроневиx 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.

**Еталон відповіді.** Локалізація - мозочкові шляхи, пірамідні, зорові. Синдроми - триада Шарка, пентада Марбурга. Розсіяний склероз, цереброспинальна форма, реметуючий перебіг. Кортикостероїдні гормони, десенсибілізуючі препарати, анаболічні гормони, вітаміни, кокарбоксілаза, АТФ, біостимулятори, антихолінергічні, пірогенні. В подальшому протипоказані фізична робота, перегрівання, активне санаторно-курортне лікування.

**Задача 13.** Хворому 12 роки. Звернувся в приймальне відділення 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'явилося утруднення дихання, загальний тремор, тахікардія, менінгеальних симптомів немає, рефлекси живі D=S. Поставити діагноз, призначити лікування.

**Еталон відповіді.** Ангіоневротичний набряк Квінке. Антигістамінні препарати, кортикостероїдні гормони, гістоглобулін.

**Задача 14.** Хворий 59 років. Лікар був викликаний додому. Скаржиться на різкий головний біль в потиличній ділянці, блювання, запаморочення, нудоту. Захворіла раптово, коли повернулася 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.

**Еталон відповіді.** Церебральний гіпертонічний криз (гостра гіпертонічна ецефалопатія), диференціювати із субарахноїдальним крововиливом. Надати допомогу на місці. Гіпотензивні і дегідратоційні препарати. Якщо стан не покращується, помістити в стаціонар, зробити люмбальну пункцію, в залежності в аналізі ліквору призначити більш інтенсивне лікування.

**Задача 15.** Хворому 51 рік. В останні 3-4 місяці став помічати наростаюча слабкість та схуднення м'язів кистей, періодично турбує біль в шії. В статусі: очні щілини дещо  $S < D$ , легка анізокорія  $S < D$ . 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  $D = S$ , черевні живі, колінні високі, ахілові полікінетичні  $D = S$ . Непостійний симптом Бабинського. Статика і координація не порушені, хода не змінена. При пальпації помірна болючість шийних паровертебральних точок. Чутливість збережена. Очне дно в нормі, Аналізи крові і сечі без патології. На спонділограмах шийного відділу відмічається звуження міжхребцевих щілин  $C_{5-6}$ ,  $C_{6-7}$ , унковертебральний артроз на цьому ж рівні. Визначити неврологічні синдроми, встановити клінічний діагноз, з якими захворюваннями диференціювати, призначити лікування.

**Еталон відповіді.** Зліва синдром Горнера, периферичний парез рук, пірамідна недостатність в ногах. Шийна дискогенна мієлопатія. Диференціювати з боковим аміотрофічним склерозом, менше імовірна інтроедулярна пухлина на рівні шийного потовщення (для виключення аналізу ліквору з лікворно-динамічними пробами). Спазмолітичні препарати, гідрокортизон, біостимулятори, вітаміни групи В, антихолінестерозні, фізметоди, ЛФК.

## 8. Рекомендована 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 топичної діагностики в неврології / . - Львів: Львів. нац. мед. ун-т, 2011. - 248 с.: ил, вкл. л. - Бібліогр.: с. 247-248.
13. Триумфов А.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 неврологии / 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.

25. Н. М. Грицай, Н. В. Литвиненко, Ю. О. Фисун. Неврологічні захворювання у практиці сімейного лікаря: навчальний посібник для сімейних лікарів, лікарів-інтернів, студ. вищ. мед. закладів освіти III- IV рівня акредитації / МОЗУ, ЦМК, УМСА. - Полтава: РВВ УИСА, 2002 (Гротеск). - 200 с. - Бібліогр.: с. 200.

26. Н. М. Грицай, О.В. Санік. Допоміжні методи діагностики в неврології і нейрохірургії: посібник для студ., інтернів, магістрів та лікарів-неврологів / МОЗУ, ЦМК, УМСА. - Полтава, 1999. - 118 с.: іл. - Бібліогр.: с. 115-116.

27. Н. М. Грицай, О. В. Санік. Принципи формулювання неврологічного діагнозу згідно з МКХ-Х: навчальний посібник [для студентів та лікарів-інтернів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації] /МОЗУ, ЦМК, УМСА. - Полтава: РВВ УМСА, 2000. - 104 с. - Бібліогр.: с. 100-102.

28. Прогноз розвитку професійних захворювань нервової системи верхнього плечового поясу та рук (ВСП, вібраційна хвороба, шийна радікулопатія) в умовах гірничорудного виробництва : (методичні рекомендації) / уклад.: Г.Б. Дворніченко, А.Б. Яценко, П.С. Базовкін, М.В. Лазарєв - К., 2008. - 14 с.

29. Пропедевтика нервных болезней: Ситуационные задачи и тесты: учебное пособие для студ. мед. вузов / под ред. Н.Н. Яхно, В.А. Парфенова ; Николай Николаевич Яхно, И.В. Дамулин, Владимир Анатольевич Парфенов и др. - М. : МИА, 2009. - 172 с.

#### **Інформаційні ресурси**

1. [www.biblumsa.blogspot.com](http://www.biblumsa.blogspot.com)
2. [www.vertigo.ru](http://www.vertigo.ru)
3. [Rehabilitat.h12.ru](http://Rehabilitat.h12.ru)
4. <http://www.mif-ua.com/archive/mezhdunarodnyj-nevrologicheskij-zhurnal/numbers>
5. <http://neuronews.com.ua>
6. [www.med.harvard.edu/AANLIB/home.html](http://www.med.harvard.edu/AANLIB/home.html)
7. [www.brighamrad.harvard.edu/education/online/BrainSPECT](http://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](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](http://www.osdm.org) 1
24. <http://www.nmss.org/>
25. [www.waisman.wisc.edu/child-neuro/](http://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 (змiнами)

---

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

М.Ю.Дельва