

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/otvety-na-bilety/416267>

Тип работы: Ответы на билеты

Предмет: Неврология

1. Двигательный анализатор (центральный и периферический моторный нейроны): строение, функции и симптомы поражения (центральный и периферический).
 2. Строение спинного мозга. Понятие о сегменте.
 3. Клиническая дифференциальная диагностика поражения спинного мозга по «длиннику».
 4. Клиническая дифференциальная диагностика поражения спинного мозга по «поперечнику».
 5. Симптомокомплексы половинного и полного поперечного поражения спинного мозга на уровне C1-C4.
 6. Симптомокомплексы половинного и полного поперечного поражения спинного мозга на уровне C5-Th2.
 7. Симптомокомплексы половинного и полного поперечного поражения спинного мозга на уровне Th3-Th12.
 8. Симптомокомплексы половинного и полного поперечного поражения спинного мозга на уровне L1-S2.
 9. Симптомокомплексы половинного и полного поперечного поражения спинного мозга на уровне S3-S5.
 10. Симптомокомплекс поражения конского хвоста.
- Дифференциальная диагностика поражения конуса спинного мозга и конского хвоста.
11. Клиническая картина и дифференциальная диагностика поражения конуса и эпиконуса спинного мозга.
 12. Назвать нормальные рефлексы и уровни замыкания рефлекторных дуг (поверхностные и глубокие). Методика их исследования. Назвать патологические рефлексы (из группы сгибателей и разгибателей).
 13. Исследование двигательных нарушений (походка, объем активных и пассивных движений, мышечный тонус, мышечная сила).
 14. Топическая диагностика двигательных нарушений на различных уровнях поражения головного и спинного мозга.
- Экстрапирамидная система (нарисовать схему шестинейронного пути).
15. Стриарный отдел экстрапирамидной системы. Виды гиперкинезов: хорей, атетоз, гемибализм, спастическая кривошея, торсионная дистония и т.д.).
 16. Паллидарный отдел экстрапирамидной системы. Симптомы поражения паллидарной системы.
 17. Методы исследования при поражении экстрапирамидной системы. Пути бессознательных проприоцептивных импульсов (Флексига, Говерса).
 18. Методы исследования координации движения. Исследование статической и динамической атаксии.
 19. Виды атаксий: мозжечковая, вестибулярная, сенситивная, лобная.
 20. Чувствительность-дать определение. Чувствительный анализатор. Строение. Функция. Виды чувствительности.

21. Ход проводников поверхностных видов чувствительности (клинико-неврологическая интерпретация). Методы исследования поверхностной чувствительности.
22. Ход проводников глубоких видов чувствительности (клинико-неврологическая интерпретация). Методы исследования глубокой чувствительности.
23. Виды нарушения чувствительности.
24. Типы нарушения чувствительности.
25. Симптомы и синдромы поражения чувствительного пути на разных уровнях. Топико-диагностическое значение.
26. Иннервация мочевого пузыря. Неврологические типы расстройства мочеиспускания.
27. Болевые точки (тригеминальные, точки Эрба, Гарра, Валле и т.д.). Их диагностическое значение, методы исследования.
28. Симптомы натяжения (Нери, Дежерина, Ласега, Мацкевича, Вассермана и т.д.). Их диагностическое значение, методы выявления.
29. Ствол головного мозга. Нейронные пути и ядра ствола.
30. Альтернирующие синдромы. Определение. Клиникотопографические особенности альтернирующих симптомов.
31. Обонятельный анализатор: строение, функции и симптомы поражения.
32. Вкусовой анализатор: строение, функции и симптомы поражения.
33. Зрительный анализатор: строение, функции и симптомы поражения.
34. Глазодвигательные нервы (III, IV, VI): строение, функции и симптомы поражения.
35. Произвольная и рефлекторная иннервация мышц глаза. Кортикальный и мостовой центр взора. Симптоматика нарушения.
36. Вегетативная иннервация глаза. Зрачковые рефлексы на свет и accommodation в норме и в патологии. Методы исследования зрачковых рефлексов.
37. Тройничный нерв: строение, функции и симптомы поражения.
38. Лицевой нерв: строение, функции и симптомы поражения.
39. Вестибулярный анализатор: строение, функции и симптомы поражения. Виды атаксий.
40. Языкоглоточный (IX) и блуждающий (X) нервы: строение, функции и симптомы поражения.
41. Добавочный нерв: строение, функции и симптомы поражения.
42. Подъязычный нерв: строение, функции и симптомы поражения.
43. Продолговатый мозг: строение и основные синдромы поражения.
44. Медиальный продольный пучок. Задний продольный пучок. Морфологическая структура. Функция.
45. Симптомы и синдромы поражения среднего мозга.
46. Симптомы и синдромы поражения варолиевого моста.
47. Симптомы и синдромы поражения продолговатого мозга.
48. Клиническая картина и дифференциальный диагноз бульбарного и псевдобульбарного паралича.
49. Морфофункциональная организация вегетативной нервной системы.
50. Надсегментарный уровень вегетативной регуляции.
51. Сегментарный уровень вегетативной регуляции.
52. Симптомы и синдромы поражения надсегментарного отдела вегетативной нервной системы.

53. Гипоталамические синдромы. Классификация. Клиническая характеристика.
54. Симпатическая нервная система. Симптомы и синдромы поражения.
55. Парасимпатическая нервная система. Симптомы и синдромы поражения.
56. Клиническая картина поражения корешков спинного мозга и периферических нервов.
57. Методы выявления симптомов натяжения корешков спинного мозга и нервных стволов.
58. Методы исследования вегетативной нервной системы.
59. Лимбическая система: строение и функция.
60. Лимбическая система и память.
61. Лимбическая система и сон.
62. Ликворные синдромы.
63. Особенности циркуляции ликвора.
64. Ликвор в норме и в патологии.
65. Люмбальная пункция, показания и противопоказания.
66. Менингеальный синдром. Методика исследования менингеальных синдромов.
67. Гипертензионный синдром- основные симптомы.
68. Головной мозг. Внешнее анатомическое строение головного мозга: головной мозг, передний мозг, конечный мозг (определение, функции). Развитие в онтогенезе.
69. Кора полушарий конечного мозга. Функция слоев коры. Белое вещество полушарий. Структура. Функция.
70. Динамическая локализация высших мозговых функций в коре больших полушарий головного мозга. Анатомо-функциональные корковые поля (первичные, вторичные, третичные области, зоны).
71. Структурно-функциональная модель организации высших психических функций. Анатомо-функциональные нейронные блоки (нейродинамический, системно-специфический, программирования и контроля).
72. Нейродинамический блок у здорового человека и в условиях патологии. Симптомы и синдромы поражения.
73. Сознание. Степень нарушения сознания. Клиническая оценка мозговых функций больного в коматозном состоянии.
74. Системно-специфический блок у здорового человека и в условиях патологии. Симптомы и синдромы поражения.
75. Теменная доля. Анатомия. Функция. Симптомы и синдромы поражения.
76. Височная доля. Анатомия. Функция. Симптомы и синдромы поражения.
77. Затылочная доля. Анатомия. Функция. Симптомы и синдромы поражения.
78. Блок программирования, регуляция и контроля у здорового человека и в условиях патологии. Симптомы и синдромы поражения.
79. Лобная доля. Анатомия. Функция. Симптомы и синдромы поражения.
80. Организация систем памяти у здорового человека и в условиях патологии.
81. Агнозия. Виды агнозий и их клинито-топографические особенности.
82. Апраксия. Определение. Виды апраксий и их клинито-топографические особенности.
83. Афазия. Определение. Виды афазий и их клинито-топографические особенности.

84. Когнитивные функции. Когнитивные нарушения. Классификация.

85. Клиническая характеристика легких и умеренных когнитивных нарушений. Нейропсихологическое тестирование.

86. Деменция. Определение. Клиническая диагностика. Нейропсихологическое тестирование.

87. Рентген исследование головного мозга и позвоночника.

88. УЗИ исследование в неврологии.

89. КТ. Показание к назначению.

90. МРТ. Показания и противопоказания.

91. Функциональная диагностика в неврологии (ЭЭГ).

92. Головокружение: клиника, диагностика.

93. Современная диагностика головной боли напряжения.

94. Мигрень: клиника, диагностика, лечение.

95. Нарушение сна.

96. Нарушение сознания, степени ее нарушения и их оценка.

97. Пренатальная диагностика наследственных заболеваний.

98. Клиническая генетика и ее место в медицинской генетике.

99. Генетический мониторинг популяции человека в связи с загрязнением окружающей среды.

100. Основы медико-генетического консультирования

1. Двигательный анализатор (центральный и периферический моторный нейроны): строение, функции и симптомы поражения (центральный и периферический).

Строение двигательного анализатора. У человека периферический отдел анализаторов представлен нервно-мышечными веретенами, сухожильными рецепторами Гольджи и различными чувствительными окончаниями связок, суставных сумок и фасций мышц.

Нервно-мышечное веретено состоит из нескольких мышечных волокон (от 2 до 12), которые покрыты соединительнотканной капсулой. длина веретена колеблется от 4 до 11 мм, диаметр — от 80 до 200 мкм. Число веретен в различных мышцах неодинаково, также различно количество их в одной и той же мышце разных организмов. Некоторые мышцы содержат более ста мышечных веретен. Мышцы с очень большой функциональной активностью обладают большим числом веретен (например, мелкие мышцы кисти). Веретена прикрепляются одним концом к волокнам мышц, в которых они расположены, а другим — к сухожилию. Волокна мышечных веретен называют интрафузальными, в то время как волокна скелетных мышц получили название экстрафузальных. Интрафузальное мышечное волокно состоит из центральной расширенной части, которая называется ядерной сумкой и двух прилегающих к ней с обеих сторон полярных участков. В области ядерной сумки находится скопление ядер. Полярные участки обладают поперечной исчерченностью, как и экстрафузальные волокна. Переходную часть интрафузального волокна, в которой постепенно исчезает поперечная исчерченность, называют областью миотрубки. Вокруг ядерной сумки спирально закручиваются чувствительные нервные волокна, называемые первичными афферентами.

Волокна мышечных веретен обладают двигательной иннервацией. Моторные нервные волокна, идущие к мышечным веретенам, имеют малый диаметр (4—8 мкм). Они являются отростками у-мотонейронов спинного мозга. Число их составляет примерно 1/3 от общего количества эфферентных волокон, содержащихся в переднем корешке.

Сухожильные рецепторы Гольджи по преимуществу расположены на сухожильных концах мышц и образованы нервными окончаниями афферентных волокон, относящихся к группе Ар. Помимо мышечных веретен и сухожильных рецепторов Гольджи в мышце, в суставных сумках и связках расположены рецепторы в форме пластинок, древовидных разветвлений, свободных окончаний афферентных волокон.

Проводниковый отдел двигательного анализатора представлен волокнами, идущими в составе тех же путей, что и от кожных рецепторов. Кроме того, рецепторные образования двигательного аппарата связывают с головным мозгом спинно-мозжечковые пути, имеющие дополнительные переключения в мозжечке. Кортикальный конец двигательного анализатора расположен в лобной и теменной долях, в передней и задней центральных извилинах (соматосенсорная зона) и центральной борозде.

Функциональное значение двигательного анализатора. Мышечные веретена расположены параллельно

волокнам скелетных мышц. Этим объясняется тот факт, что в афферентах веретен электрическая активность возникает при растяжении мышцы. При растяжении мышцы на 10—100 мкм в первичных нервных окончаниях веретен возникает генераторный потенциал, который служит причиной возникновения распространяющегося возбуждения в соответствующем афферентном волокне. Частота разряда импульсов, возрастает с увеличением степени растяжения мышцы.

Установлено, что мышечные веретена обладают спонтанной активностью. В афферентах регистрируется электрическая активность и при отсутствии растяжения. При сокращении мышцы эта активность исчезает. Время отсутствия активности при сокращении мышцы называют паузой или «периодом молчания». Его возникновение связано с тем, что при сокращении мышцы происходит уменьшение натяжения волокон веретен. Импульсация вновь возникает после расслабления мышцы.

Импульсы, возникающие в первичных афферентах, при сокращении интрафузальных волокон, имеют большое значение в поддержании тонуса нейронов спинного мозга и в осуществлении различных рефлекторных реакций. Они повышают возбудимость центров собственной мышцы и центров всех мышечных синергистов. В то же время они тормозят центры мышц-антагонистов. Так, при сильном сокращении мышцы-сгибателя вследствие растяжения мышцы-разгибателя усиливается активность ее веретен. Вследствие этого меняется возбудимость мотонейронов: для сгибателей она понижается, а для разгибателей повышается. Так, в результате наличия обратной связи может уменьшаться интенсивность реакции, если она была чрезвычайно большой.

Сухожильные рецепторы Гольджи приходят в состояние возбуждения и при растяжении мышцы, и при ее сокращении. Импульсы, приходящие от них в центральную нервную систему, оказывают тормозящее действие на мотонейроны мышцы, в которой они расположены (аутогенное торможение), и в то же время повышают возбудимость мотонейронов мышц-антагонистов.

Импульсы, поступающие в центральную нервную систему от всех рецепторных образований двигательного аппарата, несут информацию о степени сокращения и растяжения мышц, о взаимном расположении костных рычагов, что необходимо для координированной мышечной деятельности, для оценки пространства.

Еще И. М. Сеченов писал о «темном мышечном чувстве», с помощью которого мы анализируем пространство. Действительно, даже при закрытых глазах человек в состоянии определить, на какую высоту поднята рука, какое расстояние мы прошли, на какой угол согнули в суставе верхнюю или нижнюю конечность. Эта оценка пространства при движениях осуществляется с помощью рецепторных образований двигательного аппарата. Роль мышечных рецепторов в координации двигательной функции особенно отчетливо выявляется при заболеваниях, связанных с поражением чувствительных путей. В этом случае расстраивается координация движений, теряется способность поддерживать определенное положение тела. Выпадение функции двигательного анализатора частично восполняется деятельностью других анализаторов, главным образом зрительного. Если больной с пораженным двигательным аппаратом закроет глаза, он не сможет сохранять вертикальное положение.

2. Строение спинного мозга. Понятие о сегменте.

Спинной мозг располагается в позвоночном канале. Заканчивается на уровне L1-L2 позвонков (поэтому люмбальная пункция производится ниже). У детей спинной мозг длиннее, заканчивается на уровне L3-L4. Спинной мозг выполняет рефлекторную и проводниковую функции.

Сегментом спинного мозга называют участок спинного мозга, соответствующий двум парам, двум передним и двум задним, корешкам спинномозговых нервов.

Участок спинного мозга, соответствующий двум парам корешков (два передних и два задних), называют сегментом. В соответствии с тридцатью одной парой спинномозговых нервов у спинного мозга выделяют 31 сегмент: 8 шейных, 12 грудных, 5 поясничных, 5 крестцовых и 1-3 копчиковых сегментов. Каждому сегменту спинного мозга соответствует определенный участок тела, получающий иннервацию от данного сегмента спинного мозга.

Именуют сегменты латинскими буквами с индексами, обозначенными римскими цифрами. Буквы соответствуют начальным буквам названия области (части) спинного мозга, а римские цифры соответствуют порядковому номеру сегмента:

- шейные сегменты, C1 - CVIII (C1 - CVIII);
- грудные сегменты, ThI - ThXII (ThI - ThXII);

- поясничные сегменты, LI - LX (LI - LX);
- крестцовые сегменты, SI - SV (SI - SV);
- копчиковые сегменты, Col - ColIII (Col - ColIII).

Протяженность спинного мозга значительно меньше длины позвоночного столба, в канале которого он расположен. Поэтому порядковый номер какого-либо сегмента спинного мозга и уровень его положения, не всегда соответствуют порядковому номеру одноименного позвонка. Верхние шейные сегменты расположены на уровне соответствующих их порядковому номеру тел позвонков. Дистальнее соответствие отсутствует. Нижние шейные и верхние грудные сегменты лежат на уровне одного вышележащего позвонка. В среднем грудном отделе эта разница между соответствующим сегментом спинного мозга и телом позвонка увеличивается уже на 2 позвонка, в нижнем грудном - на 3. Поясничные сегменты спинного мозга лежат в позвоночном канале на уровне тел X, XI грудных позвонков, крестцовые и копчиковый сегменты - на уровне XII грудного и I поясничного позвонков.

Серое вещество (лат. substantia grisea) - главный компонент центральной нервной системы позвоночных животных и человека, включающий клеточные тела нейронов, нейропил (частично: дендриты, безмиелиновые аксоны, отростки глиальных клеток), глиальные клетки (астроциты и олигодендроциты), а также капилляры. Противопоставляется белому веществу мозга (лат. substantia alba), не содержащему тел нейронов и состоящему главным образом из пучков миелиновых волокон. Цветовая дифференциация белого и серого вещества нервной ткани обусловлена белым цветом миелина. Серое вещество живых тканей имеет серо-коричневую окраску, которую придают кровеносные капилляры и клеточные тела нейронов.

Серое вещество состоит из передних, задних и боковых рогов.

Передний рог - двигательный (мотонейроны). Являются нижними вторыми мотонейронами. Аксоны формируют передние корешки - центробежные (от центра к периферии). При поражении - периферический парез.

В спинном мозге имеется 2 утолщения:

1. шейное C5-Th2 (для мышц верхних конечностей),
2. поясничное L1-S2 (для мышц нижних конечностей).

Задние рога - скопление чувствительных клеток. Дендриты формируют задние корешки - центростремительные. При поражении - сегментарные диссоциированные расстройства чувствительности (в соответствии с сегментом выпадает только болевое и температурное чувство, но сохраняется глубокое мышечно-суставное чувство).

Боковые рога - скопление вегетативных клеток. Сегменты C8-L2 - центры симпатической иннервации.

Сегменты S3-S5 - парасимпатические.

Белое вещество спинного мозга

Белое вещество состоит из передних, задних и боковых канатиков. Белое вещество образуют проводники: восходящие (чувствительные) и нисходящие (пирамидные и экстрапирамидные).

3. Клиническая дифференциальная диагностика поражения спинного мозга по «длиннику».

• краниоспинальный:

- 1) чувствительная сфера: а) анестезия по проводниковому типу спинальному варианту с обеих сторон в каудальных зонах Зельдера, на затылке, руках, теле и ногах, б) боли и парестезии в области затылка;
- 2) двигательная сфера: а) центральный тетрапарез, б) нарушения дыхания (диафрагма);
- 3) центральные тазовые нарушения;
- 4) вегетативная сфера: синдром Бернара-Горнера (повреждение нисходящего симпатического пути от гипоталамуса (тело)) - вегетативный птоз (сужение глазной щели), миоз, энофтальм;
- 5) поражение каудальной группы черепных нервов;
- 6) внутричерепная гипертензия.

• верхнешейных сегментов (C2-C4):

- 1) чувствительная сфера: анестезия по проводниковому типу спинальному варианту с обеих сторон на затылке, руках, теле и ногах;
- 2) двигательная сфера: а) тетрапарез (ВК-смешанный, НК-центральный), б) нарушения дыхания (паралич диафрагмы) или икота (C4);
- 3) центральные тазовые нарушения;
- 4) вегетативная сфера: синдром Бернара-Горнера (поражение пути от гипоталамуса);

- шейного утолщения(C5-Th1):

- 1) чувствительная сфера: по проводниковому типу спинальному варианту с обеих сторон на руках, теле и ногах;
- 2) двигательная сфера: тетрапарез (ВК-периферический, НК-центральный);
- 3) центральные тазовые нарушения;
- 4) вегетативная сфера: а)синдром Бернара-Горнера (поражение цилиоспинального центра - боковые рога C8-Th1, тело II симпатического пути); б) вегетативные нарушения на ВК,

- грудного отдела(Th2-Th12):

- 1) чувствительная сфера: по проводниковому типу спинальному варианту с обеих сторон на теле и ногах;
- 2) двигательная сфера: центральный нижний парапарез;
- 3) центральные тазовые нарушения;
- 4) вегетативная сфера: а)вегетативные нарушения на ВК, б) кардиалгии (Th5).

- поясничного утолщения(L1-S2):

- 1) чувствительная сфера: по проводниковому типу спинальному варианту с обеих сторон на ногах (паранестезия) и в перианальной области;
- 2) двигательная сфера: периферический нижний парапарез;
- 3) центральные тазовые нарушения;
- 4) вегетативная сфера: вегетативные нарушения на НК.

- эпиконуса(L4-S2):

- 1) чувствительная сфера: по проводниковому типу спинальному варианту с обеих сторон в перианальной области и по задней поверхности бедра, голеней;
- 2) двигательная сфера: периферический парез стоп(выпадение ахиллова рефлекса);
- 3) центральные тазовые нарушения;
- 4) вегетативная сфера: вегетативные нарушения на НК.

- конуса(S3-Co2):

- 1) чувствительная сфера: анестезия в перианальной области с обеих сторон;
- 2) двигательная сфера: периферический парез мышц промежности;
- 3) периферические тазовые нарушения(недержание, парадоксальная ишурия);
- 4) вегетативная сфера: вегетативные нарушения функции тазовых органов.

- конского хвоста (корешки L2-S5):

- 1) чувствительная сфера: а) БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ОБЛАСТИ СЕДЛА и НОГ, б) асимметричная анестезия в области седла и ног с обеих сторон;
- 2) двигательная сфера: периферический парез мышц НК и промежности (L2-S5);
- 3) периферические тазовые нарушения(недержание).

4. Клиническая дифференциальная диагностика поражения спинного мозга по «поперечнику».

1. переднего рога- 1) периферический паралич в мышцах данного сегмента (снижение силы, арефлексия (прерывание эфферентного звена), атония (разрыв гамма-петли), атрофия мышц) + 2) фасцикулярные подергивания;
2. заднего рога- 1) диссоциированное расстройство чувствительности (выпадение поверхностной при сохранении глубокой) на стороне поражения в зоне сегмента («полукуртка») + 2) арефлексия (прерывание афферентного звена);
3. бокового рога- 1) нарушение потоотделения, пиломоторные, вазомоторные и трофические расстройства в зоне сегмента;
4. передней серой спайки- 1) диссоциированное расстройство чувствительности (выпадение поверхностной при сохранении глубокой) с обеих сторон в зоне сегмента («куртка»);
5. задних канатиков - 1) утрата глубокой чувствительности (позы, локомоции, вибрации) гомолатерально + 2) сенситивная атаксия гомолатерально;
6. боковых канатиков- 1) центральный парез гомолатерально (при двустороннем поражении - нарушение функции тазовых органов по центральному типу) + 2) нарушение температурной и болевой чувствительности по проводниковому типу контрлатерально (на 2 сегмента ниже верхней границы очага - прекрест осуществляется на уровне 2 сегментов);
7. передней спинномозговой артерии (Преображенского)- поражение передних 2/3 спинного мозга;

8. половинного поражения СМ (Броун-Секара)– 1) выпадение поверхностной чувствительности гомолатерально на уровне сегмента, контрлатерально - на 2-3 сегмента ниже по проводниковому типу, 2) выпадение глубокой чувствительности гомолатерально с уровня поражения, 3) периферический парез гомолатерально на уровне сегмента, центральный парез гомолатерально ниже уровня поражения, 4) трофические расстройства гомолатерально на уровне сегмента.

9. полное поперечное поражение СМ: 1) выпадение поверхностной чувствительности с уровня поражения, 2) выпадение глубокой чувствительности с уровня поражения, 3) периферический парез на уровне сегмента, центральный парез ниже уровня поражения, 4) вегетативные расстройства

5. Симптомокомплексы половинного и полного поперечного поражения спинного мозга на уровне C1-C4. Половинное поражение спинного мозга - альтернирующий синдром Броун-Секара - поражение двигательных функций и глубокой чувствительности на стороне поражения, а поражение поверхностной чувствительности на 2-3 сегмента ниже с противоположной стороны.

Полное поперечное поражение спинного мозга
(травма, опухоль, инсульт, миелит)

1) Выше шейного утолщения C1-C4

- центральный тетрапарез
- выпадение всех видов чувствительности по проводниковому спинальному типу (выпадение глубокой чувствительности во всех нижележащих суставах, а поверхностной на 2-3 сегмента ниже)
- центральные тазовые расстройства (задержка мочи и кала, императивные позывы)
- кожно-трофические расстройства
- остановка дыхания (паралич диафрагмы)

6. Симптомокомплексы половинного и полного поперечного поражения спинного мозга на уровне C5-Th2. На уровне шейного утолщения C5-Th2

- периферический верхний парапарез и центральный нижний парапарез
- выпадение чувствительности по проводниковому спинальному типу
- центральные тазовые расстройства
- кожно трофические расстройства
- триада Горнера - если поврежден цилиоспинальный центр C7-8 - Th2: птоз, миоз, энофтальм.

7. Симптомокомплексы половинного и полного поперечного поражения спинного мозга на уровне Th3-Th12. Поражение в грудном отделе Th3- Th12

- нижний центральный парапарез
- выпадение чувствительности по проводниковому спинальному типу
- центральные тазовые расстройства
- кожно трофические расстройства

8. Симптомокомплексы половинного и полного поперечного поражения спинного мозга на уровне L1-S2. На уровне поясничного утолщения L1-S2

- периферический нижний парапарез
- выпадение чувствительности по проводниковому спинальному типу
- центральные тазовые расстройства
- кожно трофические расстройства

9. Симптомокомплексы половинного и полного поперечного поражения спинного мозга на уровне S3-S5.

Поражение конус медуллярис

- периферические тазовые расстройства (истинное недержание мочи, кала, зияние ануса)
- нарушение всех видов чувствительности в области промежности
- нарушение половой функции

Поражение корешков конского хвоста (сред или задние грыжи, опухоли, воспалительные поражения)

- периферические тазовые расстройства
- нижний периферический парапарез
- боли по ходу корешков, иррадиирующие в пятку
- выпадение всех видов чувствительности по корешковому типу

10. Симптомокомплекс поражения конского хвоста. Дифференциальная диагностика поражения конуса спинного мозга и конского хвоста.

Синдром конского хвоста — это клинический симптомокомплекс, возникающий при поражении пучка нервных стволов терминального отдела спинного мозга. Первым проявлением становится болевой синдром. Боли локализуются в поясничной и крестцовой области, иррадиируют в нижнюю конечность на стороне поражения, паховую зону. Пациенты жалуются на повышенную чувствительность (гиперпатию), неприятные ощущения (парестезии), по локализации совпадающие с болями. Болевой синдром усиливается при кашле, чихании, уменьшается в полусидячем положении. Постепенно развивается гипестезия — уменьшение чувствительности, воспринимаемое больными как онемение.

Двигательные расстройства манифестируют в виде незначительной слабости в дистальных отделах нижней конечности, быстрой утомляемости при ходьбе. По мере прогрессирования патологического процесса симптомы приобретают двусторонний характер. Усугубление пареза становится причиной значительных затруднений при самостоятельном передвижении. Расстройство чувствительности наружных половых органов приводит к нарушению сексуальной сферы: у женщин формируется аноргазмия, у мужчин — эректильная дисфункция. Страдает функция тазовых органов, больные утрачивают ощущение наполненности мочевого пузыря, прямой кишки. Результатом отсутствия позывов к мочеиспусканию, дефекации является задержка мочи, хронический запор.

11. Клиническая картина и дифференциальная диагностика поражения конуса и эпиконуса спинного мозга.

Поражение эпиконуса (S1-S2): атрофические параличи мышц дистальных отделов ног (голеней и стоп), выпадение ахилловых рефлексов, расстройства всех видов чувствительности по наружной поверхностям голеней и бедер и в области промежности.

Поражение мозгового конуса (S3-S5): выпадение чувствительности в области промежности и задненижних отделов ягодич; нарушение мочеиспускания и дефекации (истинное недержание мочи); утрата анального рефлекса; трофические расстройства в виде пролежней в области крестца.

12. Назвать нормальные рефлексы и уровни замыкания рефлекторных дуг (поверхностные и глубокие).

Методика их исследования. Назвать патологические рефлексы (из группы сгибателей и разгибателей).

1. Патологические рефлексы – их появление говорит о том, что сегментарный аппарат остался без контроля;

Делятся на:

1. Сгибательные
2. Разгибательные
2. Нормальные рефлексы.

Все эти рефлексы делятся на:

1. Поверхностные – это рефлексы, проявляющиеся при раздражении кожи и слизистых оболочек;

2. Глубокие – это раздражение сухожилий и надкостницы.

Нормальные рефлексы:

1. Роговичный рефлекс – врач аккуратно косается роговицы глаза;
2. Глоточный рефлекс – при прикосновении чего-то к слизистой стенке глотки;
3. Кашлевой рефлекс – при попадании чего-либо острого в горло;
4. Брюшной рефлекс – сокращения мышц живота при прикосновении;
5. Кремастерный рефлекс (только у мужчин);
6. Надбровный рефлекс;
7. Нижечелюстной рефлекс;
8. Сухожильные рефлексы, например, бицепсный, трицепс – рефлекс и т.д.
9. Ахиллов рефлекс – удар молоточком по ахиллову сухожилию.

Патологические рефлексы:

1. Рефлекс Бабинского – вызывается штриховым раздражением кожи наружного края подошвенной поверхности стопы, направленным от пяток к пальцам. При параличе – поднятие большого пальца.
2. Рефлекс Россолимо – сгибание пальцев стопы (нижний рефлекс Россолимо) или кисти (верхний рефлекс Россолимо) при быстром касательном ударе по подушечкам пальцев.
3. Оральные рефлексы (хоботковый – легкий удар молоточком по верхней губе, губы при этом у больного сворачиваются в трубочку; назоллобиальный – постукивание молоточком по кончику носа; ладонно-подбородочный – штриховое раздражение кожи ладони и подбородка) – автоматическое, непроизвольное движение, осуществляющееся мышцами рта.
4. Хватательный рефлекс – внимание больного лучше отвлечь. При прикосновении любого предмета пальцев или ладони, он должен его схватить.

13. Исследование двигательных нарушений (походка, объем активных и пассивных движений, мышечный тонус, мышечная сила).

Для выявления и оценки расстройств произвольных движений исследуют их объем, силу и тонус мышц, и их рефлексы.

1. Чтобы определить объем движений пациенту предлагают поочередно выполнить движения в различных суставах рук и ног и наблюдают за выполнением задания.
2. Силу мышц оценивают динамометром или по степени сопротивления, которое оказывает пациент исследователю. В медицинской практике силу мышц оценивают в 5 бальной системе. Иногда, для выявления скрытого паралича применяют пробу Барре. При верхней пробе пациенту предлагают вытянуть руки перед собой и пораженная конечность опустится быстрее, при нижней пробе – лежащему на животе пациенту предлагают согнуть ноги в коленных суставах.
3. Для определения мышечного тонуса совершают пассивные движения в суставах. В норме отмечается незначительное сопротивление. При центральном параличе отмечается спастическое напряжение, при периферическом параличе – гипотония мышц.
4. Трофика мышц исследуется визуально. Обращают внимание на симметричность мышц и наличие атрофии.

14. Топическая диагностика двигательных нарушений на различных уровнях поражения головного и спинного мозга. Экстрапирамидная система (нарисовать схему шестинейронного пути).

I. Поражение периферического нерва – вялый паралич мышц иннервируемых данным нервом. Возникает при поражении периферических и черепных нервов (невриты, невропатии). Данный тип распределения паралича называется невральным.

II. Множественное поражение нервных стволов – признаки периферического паралича наблюдаются в дистальных отделах конечностей. Такую закономерность называют полиневритическим распределением паралича. Такой паралич (парез) связан с патологией дистальных отделов нескольких периферических или черепных нервов (полиневриты, полиневропатии).

III. Поражение сплетений (шейного, плечевого, поясничного, крестцового) характеризуется возникновением вялого паралича в мышцах, иннервируемых данным сплетением.

IV. Поражение передних рогов спинного мозга, передних корешков спинного мозга, ядер черепно-мозговых нервов характеризуется возникновением периферического паралича в зоне пораженного сегмента.

Поражение передних рогов, в отличие от поражения передних корешков, имеет клинические особенности: - наличие фасцикуляций и фибрилляций - «мозаичность» поражения в пределах одной мышцы - ранние и быстро прогрессирующие атрофии с реакцией перерождения.

V. Поражение боковых столбов спинного мозга характеризуется возникновением центрального паралича ниже уровня поражения на стороне очага и утратой болевой и температурной чувствительности на противоположной стороне. Обусловлен патологией латерального кортико-спинального пути. В этом случае центральный паралич определяется на стороне очага в мышцах, получающих иннервацию от сегментов с уровня поражения и ниже.

VI. Поперечное поражение спинного мозга (двустороннее поражение пирамидных пучков и серого вещества).

- При поражении верхних шейных сегментов спинного мозга (C1-C4) будут повреждены пирамидные пути для верхних и нижних конечностей – наступит центральный паралич верхних и нижних конечностей (спастическая тетраплегия).
- При поражении шейного утолщения спинного мозга будут повреждены пирамидные пути для нижних конечностей, а также мотонейроны передних рогов, иннервирующие верхние конечности – наступит периферический паралич для верхних конечностей и центральный для нижних конечностей (верхняя вялая параплегия, нижняя спастическая параплегия).
- При поражении на уровне грудных сегментов прерванными оказываются пирамидные пути для нижних конечностей, верхние конечности останутся незатронутыми (нижняя спастическая параплегия).
- При поражении на уровне поясничного утолщения разрушаются мотонейроны передних рогов, иннервирующие нижние конечности (нижняя вялая параплегия).

VII. Поражение пирамидного пучка в мозговом стволе наблюдается при очагах в одной половине ствола.

Характеризуется возникновением центральной гемиплегии на противоположной очагу стороне и паралич какого-либо черепного нерва на стороне очага. Данный синдром носит название альтернирующий.

VIII. Поражение внутренней капсулы характеризуется возникновением контрлатерального «синдрома трех геми-»: гемиплегии, гемианестезии, гемианопсии.

IX. Поражение передней центральной извилины характеризуется возникновением центральных монопарезов в зависимости от места расположения очага поражения. Например, брахиофациальный паралич при поражении нижней части контрлатеральной прецентральной извилины. Раздражение передней центральной извилины вызывает эпилептические судорожные припадки; судороги могут быть локальными или генерализованными. При локальных судорогах сознание больного сохраняется (такие пароксизмы получили название корковой или джексоновской эпилепсии).

15. Стриарный отдел экстрапирамидной системы. Виды гиперкинезов: хорей, атетоз, гемибализм, спастическая кривошея, торсионная дистония и т.д.).

Стриарный отдел (полоса) – хвостатое ядро и скорлупа, которые вместе называются полосатым телом.

Гиперкинезы — избыточные насильственные двигательные акты, возникающие помимо воли больного.

Атетоз

Атетоз – медленные стереотипные вычурные червеобразные движения пальцев рук и ног на фоне дистонии, нарушение реципрокности. Периодическая смена флексорных и гиперэкстензионных движений пальцев и кисти. Если и в руках и ногах – двойной атетоз. Если в руке и ноге – гемиатетоз.

Хорей

Причина: поражение неостриатума (хвостатое ядро, скорлупа).

Клиника: быстрые асинхронные (беспорядочные) аритмичные сокращения разных мышечных групп (лица, шеи, туловища, конечности) – внешне всё пляшет, играет, похоже на гримасничанье (всегда на фоне сниженного мышечного тонуса).

Хорей бывает наследственная – большая хорей (хорей Гентингтона) и приобретённая – малая хорей (хорей Сиденгама или пляска святого Вита – при ревматизме).

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/otvety-na-bilety/416267>