

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		1стр. из 46

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: Неврология, психиатрия и наркология

Код дисциплины: NPN 3303

ОП: 6В10103 «Стоматология»

Объем учебных часов/кредитов: 120 часов/4 кредита

Курс и семестр изучения: 3 курс, 6 семестр

Объем лекций: 10 часов

Шымкент, 2023 г.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		2стр. из 46

Лекционный комплекс дисциплина «Неврология, психиатрия и наркология» разработан в соответствии с рабочей учебной программой (силлабус) и обсужден на заседании кафедры

Протокол № 1 от 28 08 2023г.

Заведующая кафедрой  Жаркинбекова Н.А.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		Зстр. из 46

Лекция №1

- Тема:** Симптомы и синдромы поражения двигательных путей пирамидной системы.
- Цель:** познакомить студентов с основными функциями, симптомами и синдромами поражения пирамидной системы. Закрепить теоретические знания и практические навыки.
- Тезисы лекции:** Двигательная система человека регулируется многими уровнями нервной системы: корой головного мозга, подкорковыми образованиями, стволом, мозжечком, спинным мозгом.

Все движения принято делить на: произвольные (целенаправленные), непроизвольные(автоматизированные).

Произвольные движения регулируются пирамидной системой, непроизвольные – экстрапирамидной (стрио-паллидарной) и мозжечком. Согласованная деятельность этих систем делает каждое движение человека соразмерным, плавным и точным. Анатомической основой нервных механизмов произвольных движений является кортико-мускулярный путь (пирамидный путь).

Кортико-мускулярный путь - это эфферентный путь состоящий из двух нейронов: центрального и периферического. Тела центральных нейронов располагаются в передней центральной извилине, а периферических – в передних рогах спинного мозга и двигательных ядрах черепных нервов. Путь от двигательных клеток коры к клеткам передних рогов спинного мозга называется кортико-спинальный путь. Часть пирамидного пути, идущая к двигательным ядрам черепных нервов, образует кортико-нуклеарный путь. Большая часть пирамидных волокон совершает перекрест в проекции большого затылочного отверстия (85-90%) – переходит в боковой канатик спинного мозга противоположной стороны, меньшая часть (10%) остается в переднем канатике (пучок Тюрка) своей стороны. Кортико-нуклеарный путь частично перекрещивается перед двигательными ядрами черепно-мозговых нервов. Аксоны периферических нейронов образуют двигательную часть черепных и спинномозговых нервов и иннервируют всю мускулатуру головы, туловища и конечностей человека. В прецентральной извилине имеется определенная проекция противоположной половины человеческого тела. В самых верхних отделах

представлена нога, в средних–туловище и рука, в нижних – мускулатура лица, языка, глотки. Патология кортико-мускулярного пути на любом уровне приводит к тому, что проведение импульса к мышце становится невозможным и она оказывается парализованной. Паралич может быть полным – plegia и частичным – pares.

В зависимости от распространенности параличей различают: моноплегия, монопарез (паралич одной конечности), гемиплегия, гемипарез (утрата или ограничение движения в одной половине тела, парапарез, параплегия (утрата или ограничение движения в паре верхних или нижних конечностей)

тетрапарез, тетраплегия (утрата или ограничение движения всех 4 конечностей.).

Топически параличи бывают:

-центральный (спастический) паралич - если повреждается центральный нейрон кортико-мускулярного пути,

-периферический (вялый) паралич -при поражении периферического нейрона на любом уровне. Синдром центрального (спастического) паралича

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии	044-56/11Б	
Лекционный комплекс	4стр. из 46	

Мышечная гипертония - повышение мышечного тонуса;

Гиперрефлексия – повышение сухожильных и периостальных рефлексов.

Клонусы – ритмические, долго незатухающие сокращения какой-либо группы мышц при определенных приемах вызывания.

Разгибательные и сгибательные патологические рефлексы. Разгибательные (рефлекс Бабинского, Оппенгейма, Гордона), сгибательные (рефлекс Россолимо, Жуковского, Якобсона-Ласка).

Защитные рефлексы при раздражении парализованной конечности (укол).

Патологические синкинезии – произвольные содружественные движения в парализованной конечности.

Патологические рефлексы

Способы вызывания патологических рефлексов.

Кистевые патологические рефлексы:

1 — аналог рефлекса Россолимо;

2 — рефлекс Жуковского;

3 — рефлекс Якобсона — Ласка.

Разгибательные и сгибательные стопные патологические рефлексы:

4 — рефлекс Бабинского;

5 — рефлекс Оппенгейма;

6 — рефлекс Шеффера;

7 — рефлекс Гордона;

8 — рефлекс Россолимо;

9 — рефлекс Бехтерева I;

10 — рефлекс Жуковского;

11 — рефлекс Бехтерева II.

Способы вызывания основных патологических защитных рефлексов:

12 — проба Мари — Фуа;

13 — холодная проба

Патофизиологическая основа синдрома центрального паралича – выпадение тормозящих влияний коры больших полушарий на интраспинальные автоматизмы.

Синдром периферического (вялого) паралича: атония или гипотония мышц – потеря или понижение мышечного тонуса; арефлексия или гипорефлексия – отсутствие или понижение сухожильных рефлексов; мышечная атрофия – нарушение питания мышц; нарушение электровозбудимости мышц – реакция перерождения (катодзамыкательное сокращение – КЗС – равно или меньше анодзамыкательного сокращения – АЗС), фибриллярные или фасцикулярные подергивания.

Топическая диагностика I - церебральные поражения: при очагах в прецентральной извилине: моноплегия (монопарез) или гемиплегия на противоположной очагу стороне; раздражение передней центральной извилины вызывает эпилептические судорожные припадки; при очаге в колоне и в задней ножке внутренней капсулы: развивается гемиплегия или гемипарез с поражением VII и XII нервов по центральному типу. Поражение пирамидного пути в мозговом стволе: центральная гемиплегия на противоположной стороне. Обычно в процесс вовлекаются ядра черепно-мозговых нервов с развитием альтернирующих синдромов.

Поражение в области пирамидного перекреста ведет к параличу руки на стороне очага и ноги на противоположной стороне.

Топическая диагностика II - спинальные поражения: поражение спинного мозга на верхнешейном уровне (C1-C4): центральная тетраплегия, утрата всех видов чувствительности ниже уровня поражения, центральное расстройство мочеиспускания

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		5стр. из 46

(задержка, периодическое недержание мочи);

Поражение спинного мозга на уровне шейного утолщения (C5-D1): периферический паралич верхних конечностей и центральный паралич нижних конечностей, нарушение чувствительности по проводниковому типу, центральное расстройство мочеиспускания; Поражение спинного мозга на уровне грудного отдела (D2-D12): спастический паралич нижних конечностей, центральное расстройство мочеиспускания, нарушения чувствительности по проводниковому типу;

Поражение на уровне поясничного утолщения (L1-S1): вялый паралич и анестезия нижних конечностей, центральное расстройство мочеиспускания;

Поражение области передних рогов, передних корешков и периферических нервов вызывает периферический паралич в соответствующей иннервационной зоне.

4. Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на YouTube канале кафедры.

5. Литература:

Основная:

1. Е.И. Гусев Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 1. Неврология.: учебник / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И.Скворцова. - 4-е изд. доп.; Мин. образования и науки РФ. Рекомендовано ГБОУ ВПО "Первый Московский гос. мед.ун-т им. И.М. Сеченова". - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015.
2. Ахметова Ж.Б. Семиотика поражения черепно-мозговых нервов : учебное пособие / Ж. Б. Ахметова. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 162 с. Экземпляры: всего:15 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(12)
3. Киспаева Т. Т. Атлас по неврологии : учебное пособие / Т. Т. Киспаева. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 126 с. Экземпляры: всего:25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(22)

Дополнительная:

1. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание: руководство / под ред. Е. И. Гусева. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016.в)
2. Абдрахманова, М. Г. Современные принципы реабилитации неврологических больных : учебно методическое пособие / М. Г. Абдрахманова, Е. В. Епифанцева, Д. С. Шайкенов ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КГМУ. - Караганда : ИП "Ақнұр", 2015

Электронные ресурсы:

1. Консультант врача. Неврология. Версия. 1. 2 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон.текстовые дан. (127 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009.
2. Нейрохирургия [Электронный ресурс] : учебник / С.В. Можаяев [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (50,3 Мб). - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009.
3. Нервные болезни для врачей общей практики [Мультимедиа]: учебное пособие / под ред. И. Н. Денисова. - Электрон. дан. (105 Мб). - Алматы: АТПГ Kazakhstan при участии Кордис & Медиа, 2006.
4. Физиология высшей нервной деятельности [Электронный ресурс]: методические рек. для студентов мед. фак. / сост. Д. А. Адильбекова.- Электрон. текстовые дан. (388 Кб). - Шымкент : Б. и., Б. г. - эл. опт. диск (CD-ROM).

5. Электронная база

№	Название	Ссылка
1	Репозиторий ЮКМА	http://lib.ukma.kz/repository/
2	Республиканская межвузовская электронная библиотека	http://rmebrk.kz/
3	Консультант студента	http://www.studmedlib.ru/

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ			 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии			044-56/11Б
Лекционный комплекс			бстр. из 46

4	Открытый университет Казахстана	https://openu.kz/kz
5	Закон (доступ в справочно -информационном секторе)	https://zan.kz/ru
6	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/
7	Научная электронная библиотека	https://elibrary.ru/
8	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/
9	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
10	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
11	Scopus	https://www.scopus.com/

6. Контрольные вопросы:

1. Какими отделами нервной системы обеспеивается двигательная функция человека
2. Что такое кортико-мускулярный путь
3. Где располагаются центральный и периферический двигательные нейроны
4. Что такое центральный паралич
5. Перечислите основные симптомы центрального паралича
6. Что такое периферический паралич
7. Перечислите основные симптомы периферического паралича
8. Перечислите патологические рефлекссы

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		7стр. из 46

Лекция №2

- Тема:** Симптомы и синдромы экстрапирамидной системы и координации движений
- Цель:** познакомить студентов с основными функциями, симптомами и синдромами поражения экстрапирамидной системы. Закрепить теоретические знания и практические навыки.

3. Тезисы лекции:

Стриопаллидарная система (экстрапирамидная) – сложная саморегулирующая система с многочисленными кольцевыми связями и разными уровнями переключения.

Функции экстрапирамидной системы: сложные автоматизированные движения (передвижение, плавание и др.); инстинктивные движения самосохранения (старт-рефлексы, поддержание сегментарного аппарата в готовности к действию); обеспечение выразительных мимических движений; регуляция пластического тонуса. Основные образования стриопаллидарной системы: хвостатое ядро (nuc. caudatus); чечевицеобразное ядро (n. lenticularis), состоящее из скорлупы (putamen) и бледного шара (globus pallidus); красное ядро (n. ruber); черная субстанция (substantia nigra) Зоммеринга; субталамическое тело Льюиса,

Некоторые авторы причисляют и ядра Даркшевича, миндалевидное тело, оливы и другие структуры.

По

филогенезу

стриопаллидарную систему разделяют: на более молодую часть – стриатум, в которую входят хвостатое ядро и скорлупа и более древнюю – паллидум, которая включает в себя бледный шар, черную субстанцию, красное ядро и субталамическое ядро. В коре экстрапирамидная система представлена преимущественно в лобной доле. Подключение экстрапирамидной системы к произвольным движениям происходит благодаря мощным корково-паллидарным и корково-стриарным путям. Связи между корой, экстрапирамидной системой и таламусом двусторонние и образуют кольцевые нейронные круги, для выполнения разнообразных движений. На уровне спинного мозга экстрапирамидные влияния реализуются альфа-малыми и гамма-мотонейронами. При поражении стрио-паллидарной системы развиваются два основных синдрома поражения: *гипертонически-гипокинетический* (акинетико-ригидный, синдром паркинсонизма), развивающийся при поражении паллидума (главным образом черной субстанции), *гипотонически-гиперкинетический синдром*, возникающий при поражении стриатума (хвостатого ядра и скорлупы). В нормальных условиях существует равновесие между ацетилхолином и гистамином (медиаторы торможения) с одной стороны, и дофамином и серотонином (медиаторы возбуждения) – с другой стороны.

Патогенез экстрапирамидных нарушений: Нарушение сбалансированности между медиаторами приводит к клиническому проявлению экстрапирамидной патологии. При наличии синдрома паркинсонизма установлено снижение медиаторов возбуждения, а при гипотонически-гиперкинетическом синдроме – снижение тормозных и избыток возбуждающих медиаторов.

Акинетико-ригидный синдром: Олигокинезия (бедность движений) и брадикинезия (медленные движения). Олиго- и брадипсихия (бедность и замедленность психических функций). “Поза сгибания” и замедленная, “старческая” шаркающая походка. Гипомимия, редкое мигание, тоническая фиксация мимических реакций. Медленная, затухающая, монотонная и мало модулированная речь (брадилалия). Повышение мышечного тонуса по типу зубчатого колеса (симптом Негро). Тремор покоя (головы, нижней челюсти, в кистях – типа “счета монет” или “катания пилюль”). Утрата физиологических синкинезий. Пропульсия, ретропульсия, латеропульсия. Парадоксальные феномены. Микрография (мелкий, нечеткий почерк). Вегетативные расстройства (гипергидроз, гиперсаливация).

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии	044-56/11Б
Лекционный комплекс	8стр. из 46

Гипотонически-гиперкинетический синдром: мышечная гипотония разнообразные гиперкинезы - непроизвольные движения конечностей и туловища.

Виды гиперкинезов: Атетоз (греч. неустойчивый) возникает при поражении хвостатого ядра и скорлупы, характеризуется медленными стереотипными, червеобразными движениями дистальных отделов конечностей, в лицевых мышцах.

Хорея (греч. танец) – гиперкинез с быстрыми беспорядочными, разбросанными, аритмичными сокращениями мышц лица, туловища, конечностей (похоже на гримасничество).

Торсионная дистония (лат. вращение, скручивание), поражаются бледный шар, ядра таламуса, субталамические ядра, проявляется медленными тоническими, вращающимися движениями, закручиванием туловища, шеи, конечностей.

Гемибаллизм (греч. бросать) возникает при поражении Льюисова тела на противоположной гиперкинезу стороне. Движения носят резкий, размашистый, бросковый характер, выражен в руках.

Тремор (лат. дрожание) – ритмичный гиперкинез в дистальных отделах конечностей, реже в нижней челюсти, языке.

Миоклония (греч. толкотня, беспорядочные движения) представляют собой быстрые беспорядочные короткие сокращения без заметного двигательного эффекта.

Тики (франц. подергивания)– клонические подергивания мышц лица, шеи, быстрые, неритмичные, стереотипные.

Спастическая кривошея (тортиколлис) – локализованный гиперкинез тонического, тонико-клонического характера, характеризуется в сокращении мышц шеи с ротацией или отклонением головы в сторону.

Писчий спазм – судорожные сокращения пальцев кисти, возникающие во время письма.

Лицевой геми- или параспазм возникает в одной половине лица или симметрично и синхронно с обеих сторон в покое или во время речи, еды, улыбки.

4. Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на YouTube канале кафедры.

5. Литература:

Основная:

1. Е.И. Гусев Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 1. Неврология.: учебник / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И.Скворцова. - 4-е изд. доп.; Мин. образования и науки РФ. Рекомендовано ГБОУ ВПО "Первый Московский гос. мед.ун-т им. И.М. Сеченова". - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015.
2. Ахметова Ж.Б. Семиотика поражения черепно-мозговых нервов : учебное пособие / Ж. Б. Ахметова. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 162 с. Экземпляры: всего:15 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(12)
3. Киспаева Т. Т. Атлас по неврологии : учебное пособие / Т. Т. Киспаева. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 126 с. Экземпляры: всего:25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(22)

Дополнительная:

1. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание: руководство / под ред. Е. И. Гусева. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016.в)
2. Абдрахманова, М. Г. Современные принципы реабилитации неврологических больных : учебно методическое пособие / М. Г. Абдрахманова, Е. В. Епифанцева, Д. С. Шайкенов ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КГМУ. - Караганда : ИП "Ақнұр", 2015

Электронные ресурсы:

1. Консультант врача. Неврология. Версия. 1. 2 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон.текстовые дан. (127 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		9стр. из 46

- Нейрохирургия [Электронный ресурс] : учебник / С.В. Можаяев [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (50,3 Мб). - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009.
- Нервные болезни для врачей общей практики [Мультимедиа]: учебное пособие / под ред. И. Н. Денисова. - Электрон. дан. (105 Мб). - Алматы: АТПГ Kazakhstan при участии Кордис & Медиа, 2006.
- Физиология высшей нервной деятельности [Электронный ресурс]: методические рек. для студентов мед. фак. / сост. Д. А. Адильбекова.- Электрон. текстовые дан. (388 Кб). - Шымкент : Б. и., Б. г. - эл. опт. диск (CD-ROM).
- Электронная база

№	Название	Ссылка
1	Репозиторий ЮКМА	http://lib.ukma.kz/repository/
2	Республиканская межвузовская электронная библиотека	http://rmebrk.kz/
3	Консультант студента	http://www.studmedlib.ru/
4	Открытый университет Казахстана	https://openu.kz/kz
5	Закон (доступ в справочно -информационном секторе)	https://zan.kz/ru
6	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/
7	Научная электронная библиотека	https://elibrary.ru/
8	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/
9	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
10	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
11	Scopus	https://www.scopus.com/

6. Контрольные вопросы:

- Что такое стриопаллидарная система (экстрапирамидная)
- Перечислите основные функции экстрапирамидной системы
- Перечислите основные образования стриопаллидарной системы
- На какие разделы делят стриопаллидарную систему по филогенезу
- Какие два основных синдрома развиваются при поражении стрио паллидарной системы
- Патогенез экстрапирамидных нарушений
- Перечислите симптомы акинетико-ригидного синдрома
- Перечислите симптомы гипотонически-гиперкинетического синдрома
- Перечислите основные виды гиперкинезов

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		10стр. из 46

Лекция №3

1. Тема: Чувствительность и ее расстройства. Афферентные системы лица и полости рта.

2. Цель: познакомить студентов с основными функциями, симптомами и синдромами поражения чувствительной сферы. Закрепить теоретические знания и практические навыки.

3. Тезисы лекции:

Для выполнения своих функций нервной системе необходимо получать непрерывную информацию о состоянии внутренней и внешней среды, которая воспринимается огромным рецепторным аппаратом, в том числе, органами чувств. Из общего потока импульсов организм воспринимает только часть, которую в отличие от рецепции, определяют как чувствительность. *Чувствительность* – это способность человека ощущать воздействия внутренних и внешних раздражителей. *Рецепция* – восприятие внешнего мира, которое обеспечивается всеми органами чувств. Принято различать чувствительность и органы чувств.

Классификация видов чувствительности основывается на определении роли рецепторов, особенности строения которых определяют функцию всей анализаторной системы. Которая включает в себя рецепторный отдел, проводящие пути конечный (корковый) отдел. В коре головного мозга осуществляется анализ и синтез раздражения, в итоге которого возникает ощущение. *Виды рецепторов* экстерорецепторы, расположенные в коже и слизистых; проприорецепторы, располагающиеся в мышцах, сухожилиях, суставах, полукружных каналах и лабиринте; висцерорецепторы (интерорецепторы), располагающиеся во внутренних органах, сосудах. Классификация чувствительности:

- простые виды чувствительности – поверхностная (тактильная, болевая, температурная) и глубокая (мышечно-суставное чувство, чувство вибрации, чувство веса, чувство давления);
- сложные виды чувствительности – поверхностная (чувство локализации, двухмерно-пространственное чувство, дискриминационное чувство) и глубокая (стереогноз, кожно-кинестетическое чувство).

Общая характеристика чувствительных путей: афферентные, трехнейронные, перекрещенные (переходят на противоположную сторону). *Пути поверхностной чувствительности* (болевая, температурная):

Начало пути с экстрарецепторов

Локализация I нейрона – в межпозвонковых ганглиях

Локализация II нейрона – задние рога спинного мозга (tractus spino-talamicus)

Локализация III нейрона – вентролатеральные ядра зрительного бугра (tractus thalamo-corticalis)

Перекрест на уровне передней серой спайки спинного мозга

Путь заканчивается в постцентральной извилине коры головного мозга.

Пути глубокой чувствительности (тактильная, мышечно-суставная):

Начало пути с проприорецепторов

Локализация I нейрона – в межпозвонковых ганглиях (fasciculus gracilis, fasciculus cuneatus)

Локализация II нейрона – ядра Голля и Бурдаха в продолговатом мозге (tractus bulbo-thalamicus)

Локализация III нейрона – вентролатеральные ядра зрительного бугра (tractus thalamo-corticalis)

Перекрест на уровне продолговатого мозга (lemniscus medialis)

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		11стр. из 46

Путь заканчивается в постцентральной извилине коры головного мозга.

Виды чувствительных расстройств

Количественные: анестезия - утрата чувствительности; гипестезия - понижение чувствительности; гиперестезия - повышение чувствительности.

Качественные: дизестезия – извращение чувствительности (восприятие прикосновения, как болевого); аллохейрия – патологическое восприятие раздражения, когда оно осуществляется не на месте его нанесения, а в симметричной половине тела; полистезия – вид извращения болевой чувствительности, при котором единичные раздражения воспринимаются как множественные; гиперпатия – вид чувствительных нарушений, при котором самое небольшое раздражение может сопровождаться крайне неприятными ощущениями с длительным последствием; сенестопатии – разнообразные тягостные, длительно беспокоящие больных ощущение жжения, давление и т.д. не имеющие явных органических причин; синестезия – восприятие не только в зоне раздражения, но и в симметричной области; парестезия – ощущение жжения, покалывание, ползания мурашек и т.д., возникающие спонтанно, без видимых внешних воздействий.

Боль-едва ли существует в клинической медицине другой столь частный и разнообразный по характеру проявлений и вызывающим его причинам феномен, как боль. Боль изначально является жизненно важным защитным биологическим феноменом. Виды болей: Местные - возникают в области нанесения болевого раздражения. Проекционные - возникают в области проекции иннервации данного нерва или нервов. Сюда же относят фантомные боли у лиц, перенесших ампутацию конечности, создается иллюзия болей в отсутствующих конечностях. Иррадирующие – раздражение распространяется с одной ветви нерва на другую (боль в обеих челюстях при наличии пульпита одного зуба). Отраженные – так же результат иррадиации раздражения при заболеваниях внутренних органов (боль в руке и под лопаткой при стенокардии зоны Захарьино-Геда).

Среди болевых симптомов важное значение имеют симптомы натяжения при поражении нервных стволов и корешков спинного мозга. Симптомы Ласега, Нери, Секара, Мацкевича, Вассермана.

Типы расстройства чувствительности: I - периферический тип (Мононевротический тип – нарушение всех видов чувствительности в зоне иннервации пораженного нерва. Полиневротический – множественное поражение нервов сопровождается симметричным дистальным расстройством всех видов чувствительности по типу “чулок”, “носков”, “перчаток”. Плексусный – поражение сплетений вызывает расстройство всех видов чувствительности в зоне иннервации нервов, исходящих из данного сплетения. Корешковый – при поражении заднего корешка спинного мозга наблюдается расстройство всех видов чувствительности в соответствующих сегментарных зонах.); *II- спинальный тип* (При поражении заднего рога спинного мозга возникает диссоциированное расстройство чувствительности: выпадение поверхностной чувствительности в соответствующей сегментарной зоне на одноименной стороне при сохранности глубокой чувствительности. При поражении передней серой спайки, наблюдается расстройство поверхностной чувствительности по сегментарному типу с обеих сторон (место перекреста путей). При поражении задних канатиков спинного мозга наблюдается расстройство глубокой чувствительности при сохранности поверхностной чувствительности. Чувствительность расстраивается по проводниковому типу, т.е. на всем протяжении ниже уровня его локализации. В клинике развивается расстройство координации движения – заднестолбовая или сенситивная атаксия. Поражение бокового канатика спинного мозга приводит к расстройству поверхностной чувствительности на

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии	044-56/11Б	
Лекционный комплекс		12стр. из 46

противоположной стороне, а на стороне очага к появлению центральных парезов и параличей. При половинном поражении спинного мозга (синдром Броун-Секара) к этим признакам добавляется расстройство глубокой чувствительности ниже уровня поражения. При перерыве всего поперечника спинного мозга выражается утратой всех видов поверхностной и глубокой чувствительности от уровня поражения в сочетании с пара- или тетраплегией, нарушением функций тазовых органов и пролежней.);

III – церебральный тип (при поражении головного мозга (церебральный тип) – проводниковый и корковый тип нарушений чувствительности (стволовой и полушарный). Поражение половины ствола головного мозга сопровождается альтернирующими (перекрестными) синдромами. Полушарный синдром расстройства чувствительности заключается в развитии контралатеральной гемиянестезии или гемигипестезии. Он имеет некоторые особенности в зависимости от локализации очага. При очагах во внутренней капсуле гемиянестезия сочетается с гемиплегией и гемиянопсией (половинное выпадение полей зрения) на противоположной стороне (синдром “трех геми”). При очагах в зрительном бугре на противоположной стороне развиваются гемиянестезия, гемиянопсия, сенситивная гемиатаксия и своеобразные таламические боли (ощущение жжения). При очаге в сенсорной области коры больших полушарий наблюдаются моно- или гемиянестезия на противоположной стороне, нарушение тонких и сложных видов чувствительности (при сохранении грубых и элементарных), а при раздражении – сенсорная очаговая эпилепсия.).

4. Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на YouTube канале кафедры.

5. Литература:

Основная:

1. Е.И. Гусев Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 1. Неврология.: учебник / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И.Скворцова. - 4-е изд. доп.; Мин. образования и науки РФ. Рекомендовано ГБОУ ВПО "Первый Московский гос. мед.ун-т им. И.М. Сеченова". - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015.
2. Ахметова Ж.Б. Семиотика поражения черепно-мозговых нервов : учебное пособие / Ж. Б. Ахметова. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 162 с. Экземпляры: всего:15 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(12)
3. Киспаева Т. Т. Атлас по неврологии : учебное пособие / Т. Т. Киспаева. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 126 с. Экземпляры: всего:25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(22)

Дополнительная:

1. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание: руководство / под ред. Е. И. Гусева. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016.в)
2. Абдрахманова, М. Г. Современные принципы реабилитации неврологических больных : учебно методическое пособие / М. Г. Абдрахманова, Е. В. Елифанцева, Д. С. Шайкенов ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КГМУ. - Караганда : ИП "Ақнұр", 2015

Электронные ресурсы:

1. Консультант врача. Неврология. Версия. 1. 2 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон.текстовые дан. (127 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009.
2. Нейрохирургия [Электронный ресурс] : учебник / С.В. Можаяев [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (50,3 Мб). - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009.
3. Нервные болезни для врачей общей практики [Мультимедиа]: учебное пособие / под ред. И. Н. Денисова. - Электрон. дан. (105 Мб). - Алматы: АТПГ Kazakhstan при участии Кордис & Медиа, 2006.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		13стр. из 46

4. Физиология высшей нервной деятельности [Электронный ресурс]: методические рек. для студентов мед. фак. / сост. Д. А. Адильбекова.- Электрон. текстовые дан. (388 Кб). - Шымкент : Б. и., Б. г. - эл. опт. диск (CD-ROM).
5. Электронная база

№	Название	Ссылка
1	Репозиторий ЮКМА	http://lib.ukma.kz/repository/
2	Республиканская межвузовская электронная библиотека	http://rmebrk.kz/
3	Консультант студента	http://www.studmedlib.ru/
4	Открытый университет Казахстана	https://openu.kz/kz
5	Закон (доступ в справочно -информационном секторе)	https://zan.kz/ru
6	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/
7	Научная электронная библиотека	https://elibrary.ru/
8	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/
9	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
10	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
11	Scopus	https://www.scopus.com/

1. Контрольные вопросы:

1. Дайте определение чувствительности
2. Перечислите основные виды рецепторов
3. Перечислите простые виды чувствительности
4. Перечислите сложные виды чувствительности
5. Назовите общую характеристику чувствительных путей
6. Изложите пути поверхностной чувствительности (болевая, температурная)
7. Изложите пути глубокой чувствительности (тактильная, мышечно-суставная)
8. Перечислите виды чувствительных расстройств
9. Дайте понятие боли
10. Перечислите типы расстройства чувствительности

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		14стр. из 46

Лекция №4

1. Тема: Черепно-мозговые нервы V и VII пары, синдромы поражения.

2. Цель: познакомить студентов с методами исследования функции черепных нервов, основами топической диагностики основных синдромов поражения черепных нервов и ствола мозга на разных уровнях.

3. Тезисы лекции:

Двигательная функция мышц лица, глазных яблок, мягкого неба, глотки, голосовых связок и языка, а также чувствительность кожи лица, слизистых оболочек глаза, ротовой полости, носоглотки и гортани обеспечивается черепными нервами. Из 12 пар черепных нервов чисто чувствительными являются I, II и VIII пары, двигательными -III, IV,VI,VII, XI и XII пары и смешанными -V, IX, Xпары. Многие из них содержат вегетативные волокна (III,VII, IX и Xпары). *Чувствительные нервы* составляют периферические отделы анализаторов: обонятельного (I), зрительного (II), слухового (VIII), вестибулярного (VIII) и вкусового (VII, IX). Эти нервы являются передатчиками информации об окружающей среде в основном с помощью дистантных рецепторов. Два первых из черепных нервов (обонятельный и зрительный) по строению отличаются от других (они представляют собой как бы части мозга, вынесенные на периферию). Другие 10 пар черепных нервов, помимо своеобразия каждого из них, имеют и общие черты со спинномозговыми корешками и нервами. *Двигательное ядро* черепного нерва - это комплекс нейронов, гомологичных клеткам передних рогов спинного мозга. Поражение двигательного ядра того или другого черепного нерва приводит к одностороннему параличу иннервируемых мышц. Паралич будет иметь признаки поражения периферического нейрона. Одностороннее повреждение подходящих к ядру черепного нерва корково-ядерных волокон в результате их неполного перекреста центрального паралича не вызывает, так как их функция компенсируется неперекрещенными волокнами. Полностью перекрещиваются лишь нижняя часть VII-ой и полностью XII пара.

Двусторонний перерыв корково-ядерных волокон приводит к двустороннему параличу соответствующих черепных нервов. Паралич будет иметь признаки поражения центрального нейрона. Чувствительные проводники, черепных нервов, также имеют общие признаки с аналогичными образованиями спинномозговых нервов. У тех и других трехнейронное строение, периферический (рецепторный) нейрон располагается в ганглии соответствующего черепного нерва, второй нейрон - в чувствительном ядре, а третий нейрон - в вентролатеральном ядре зрительного бугра. К ядрам двигательных черепных нервов приходят импульсы не только от центрального двигательного нейрона, но и других супрасегментарных структур, и прежде всего, от экстрапирамидной и мозжечковой систем. Поэтому при поражении этих систем наблюдается не только дисфункция двигательных черепных нервов, но и амимия, тихая немодулированная речь как проявление брадикинезии, скандированная речь вследствие нарушения взаимодействия синергистов и антагонистов, участвующих в артикуляции и т.д. *Глазодвигательная группа черепных нервов.* Эта группа черепных нервов предназначена для обеспечения эффективной работы органа зрения. Движения глазных яблок осуществляются мышцами, иннервируемыми тремя парами нервов (глазодвигательными, блоковыми и отводящими). Ими обеспечивается максимальная обзорность при ограниченности полей зрения. Отводящий нерв (VI пара), иннервирует наружную прямую мышцу глаза, блоковый нерв (IV пара), иннервирует верхнюю косую мышцу глаза, и глазодвигательный нерв (III пара), обеспечивает иннервацию пяти наружных мышц глаза: поднимающей верхнее веко, нижней косой и трех прямых - внутренней, верхней и нижней. Функция прямых мышц:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		15стр. из 46

они поворачивают глазное яблоко в соответствующую сторону. Верхняя косая мышца участвует в повороте глазного яблока вниз и кнаружи, нижняя косая - вниз и кнаружи, нижняя косая - вверх и кнаружи. Функция мышцы, поднимающей верхнее веко, ясна из самого ее названия. Иннервация взора. Для осуществления произвольных движений глазных яблок импульсы от коры головного мозга должны поступать к ядрам группы глазодвигательных нервов. В норме глазные яблоки движутся во всех направлениях содружественно.

Рефлекторные сочетанные движения глазных яблок в горизонтальной плоскости. В заднем отделе второй лобной извилины (вблизи зоны лица прецентральной извилины) располагается область влияющая на повороты глаза в противоположную сторону. Аксоны этих центральных нейронов проходят в составе передней ножки внутренней капсулы, затем в ножке мозга, а в мосту мозга основная их часть переходит на противоположную сторону к ядру отводящего нерва. Связь нейронов отводящего нерва – (наружная прямая мышца глаза) с нейронами гетеролатерального крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва (внутренняя прямая мышца) обеспечивается системой медиального продольного пучка.

Сочетанные повороты глаз в направлениях вверх, вниз, круговые движения. Для выполнения таких движений требуется одномоментное сокращение многих мышц обоих глазных яблок. Это обеспечивает медиальный продольный пучок. Движения глазных яблок, в большинстве случаев сочетающиеся с поворотом головы и даже туловища в соответствующую сторону, вызываются как произвольно, так и рефлекторно - на определенные зрительные, а также вестибулярные, слуховые и другие раздражения. Ядра этого пучка – ядро медиального продольного пучка и промежуточное ядро Даршкевича и Кахаля. Располагаются они на дне водопровода и 4 желудочка. Проводники начинаются в покрышке среднего мозга и спускаются по дну водопровода мозга и IV желудочка в спинной мозг и подходят к клеткам передних рогов шейных сегментов. Медиальный продольный пучок соединяет между собой ядра нервов глазодвигательной группы со слуховыми и вестибулярными ядрами, а также спинной мозг. Это обеспечивает взор при поворотах головы. В сочетанных движениях глазных яблок принимает участие и зрительный анализатор. В затылочной области формируется затылочный глазодвигательный пучок, который идет в противоположном направлении пучку Грациоле проходит через заднюю ножку внутренней капсулы и заканчивается в верхних холмиках четверохолмия. Считается, что быстрые движения глазных яблок контролируются премоторной зоной лобной коры противоположного полушария, а плавные целенаправленные - затылочно-теменной корой. При поражении лобного глазодвигательного пути содружественные движения в горизонтальной плоскости нарушаются и возникает паралич взора: глазные яблоки невозможно произвольно отвести в противоположную сторону, они оказываются смотрящими в сторону пораженного полушария «больной смотрит на очаг». Если очаг располагается на уровне моста, то глазные яблоки рефлекторно отводятся в противоположную очагу сторону «больной отворачивается от очага». При раздражении коры второй лобной извилины (джексоновская эпилепсия) возникают судорожные подергивания глазных яблок в сторону, противоположную очагу.

При поражении области крыши среднего мозга возникает паралич взора вверх, реже вниз, нередко сочетающийся с параличом конвергенции и зрачковыми расстройствами (синдром Парино). Нарушаются сочетанные движения глазных яблок по вертикали.

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		16стр. из 46

Частичное поражение медиального продольного пучка может привести к тому, что глазные яблоки находятся в различном положении по отношению к горизонтальной линии — расходящееся косоглазие по вертикали: глазное яблоко на стороне очага отклоняется книзу и кнутри, а другое — кверху и кнаружи (симптом Гертвига — Мажанди). При полном перерыве медиального продольного пучка возникают межъядерные офтальмоплегии. Поражение системы медиального продольного пучка обычно сопровождается нистагмом.

Нарушение ассоциированных движений обоих глаз вызывает появление двоения, так как изображение при этом проецируется уже на несимметричные участки сетчатки.

Группа нервов мостомозжечкового угла. Место стыка моста и продолговатого мозга, прикрываемое сверху полушарием мозжечка, носит название мостомозжечкового угла. Здесь выходят из мозгового ствола: каудально - корешки преддверно-улиткового нерва (VIII пара), а кпереди - лицевого нерва (VII пара). Кпереди от корешка лицевого нерва на уровне выхода поперечных волокон моста (средние мозжечковые ножки) выходит корешок тройничного нерва. Преддверно-улитковый нерв обладает чувствительной функцией, тройничный и лицевой нервы - смешанные, т.е. обладают двигательной, чувствительной и вегетативной функциями.

Каудальная группа черепных нервов

Каудальную группу черепных нервов составляют: подъязычный нерв (XII пара), добавочный (XI пара), блуждающий (X пара) и языкоглоточный (IX пара). Эти нервы называют ещё нервами бульбарной группы, так как их ядра находятся в покрышке продолговатого мозга.

Ядро подъязычного нерва лежит наиболее каудально в нижнем углу ромбовидной ямки, а двигательное ядро XII пар (двойное ядро) располагается кпереди и кнаружи от него, в толще ретикулярной формации покрышки. В топографическом отношении важно помнить, что XII нерв выходит из полости черепа отдельно через одноименный канал основания затылочной кости, в то время как и IX, и X, и XI нервы - через яремное отверстие.

Подъязычный нерв иннервирует мышцы соответствующей половины языка, а блуждающий и языкоглоточный - мускулатуру глотки, гортани и мягкого неба.

Добавочный нерв имеет спинномозговую часть, происходящую из передних рогов C1-C5, и церебральную, называемую блуждающей, так как она начинается от вышеупомянутого двойного ядра X и IX нервов, а ее волокна затем присоединяются к блуждающему нерву.

Спинномозговая часть интересна тем, что образующие ее волокна корешков C1-C5 поднимаются к большому затылочному отверстию, входят через него в полость черепа, где соединяются с блуждающей частью и формируют вместе добавочный нерв. Однако волокна церебральной части отходят затем из него к блуждающему нерву, а остальные волокна спинномозговой части выходят из полости черепа через яремное отверстие и направляются к трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышцам.

Оценку состояния функций каудальной группы черепных нервов начинают при общении с больным. Симптомами поражения являются носовой оттенок голоса - ринолалия, а также невнятная речь - дизартрия, "каша во рту". Больной часто поперхивается при глотании - дисфагия (нужно предложить пациенту выпить воды, пожевать или проглотить, например, кусочек хлеба, и т.д.). Также больному предлагают открыть рот и осматривают носоглотку и язык. Свисание мягкого неба и снижение или отсутствие его подвижности при фонации (следует попросить больного произнести звук "а-а") - признак поражения IX - X пар

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		17стр. из 46

черепных нервов. Обычно это сопровождается снижением или отсутствием глоточного рефлекса.

Бульварный и псевдобульбарный синдромы

Бульбарный синдром. Сочетанное поражение языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов по периферическому типу приводит к развитию так называемого бульбарного паралича. Он возникает при поражении ядер IX, X и XII пар черепных нервов в области продолговатого мозга или их корешков на основании мозга, или самих нервов. Это может быть как одностороннее, так и двустороннее поражение. Последнее несовместимо с жизнью. Наблюдается при боковом амиотрофическом склерозе, нарушении кровообращения в области продолговатого мозга, опухолях ствола, стволовых энцефалитах, синингульбии, полиоэнцефаломиелите, полиневрите, аномалии большого затылочного отверстия, переломе основания черепа и др.

Возникает паралич мягкого неба, надгортанника, гортани. Голос становится гнусавым, глухим и хриплым (афония), речь невнятной (дизартрия) или невозможной (анартрия), нарушается акт глотания: жидкая пища попадает в нос, гортань (дисфагия), отсутствуют глоточный и небный рефлексы. При осмотре выявляются неподвижность небных дужек и голосовых связок, фибриллярные подергивания мышц языка, их атрофия, подвижность языка ограничена вплоть до глоссоплегии. Наблюдаются нарушения жизненно важных функций организма (дыхания и сердечной деятельности).

Подобные расстройства глотания, фонации и артикуляции речи могут возникать в тех случаях, когда поражаются не сами IX, X и XII пары черепных нервов, а корково-ядерные пути, соединяющие кору головного мозга с соответствующими ядрами черепных нервов. Так как в данном случае продолговатый мозг не поражается, этот синдром получил название «ложного» бульбарного паралича (псевдобульбарный синдром).

Псевдобульбарный синдром. Основным отличием псевдобульбарного синдрома является то, что, будучи параличом центральным, он не ведет к выпадению безусловных стволовых рефлексов, связанных с продолговатым мозгом.

При одностороннем поражении надъядерных путей никаких расстройств со стороны языкоглоточного и блуждающего нервов не наступает вследствие двусторонней корковой иннервации их ядер. Возникающее при этом нарушение функции подъязычного нерва проявляется лишь отклонением языка при высывании в сторону, противоположную очагу поражения (т. е. в сторону слабой мышцы языка). Расстройства речи при этом обычно отсутствуют. Таким образом, псевдобульбарный синдром возникает только при двустороннем поражении центральных двигательных нейронов IX, X и XII пар черепных нервов. Как и при любом центральном параличе, атрофии мышц и изменения электровозбудимости при этом не бывает. Кроме дисфагии, дизартрии, выражены рефлексы орального автоматизма: назолабиальный, губной, хоботковый, ладонно-подбородочный Маринеску — Радовичи и др., а также насильственные плач и смех. Поражение корково-ядерных путей может произойти при различных церебральных процессах: сосудистых заболеваниях, опухолях, инфекциях, интоксикациях и травмах головного мозга.

АЛЬТЕРНИРУЮЩИЕ СИНДРОМЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА

При патологических процессах в области основания мозгового ствола возникают альтернирующие синдромы: периферический паралич того или иного черепного нерва на стороне патологического очага и центральный - на противоположной, при вовлечении в

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		18стр. из 46

патологический процесс чувствительных путей возможно развитие альтернирующей гемианестезии.

Наиболее часты альтернирующие синдромы Джексона (паралич XII пары), Авелиса (X и IX пары), Шмидта (IX и X, XI пары), Мильяр-Гублера (VII пара), Фовилля (VI или VI и VII пары), Вебера (III пара).

Соответственно локализации очага поражения в моз-говом стволе альтернирующие синдромы подразделяются на:

а) педункулярные (при поражении ножки мозга); б) понтинные, или мостовые (при поражении моста мозга); в) бульбарные (при поражении продолговатого мозга).

Педункулярные альтернирующие синдромы. Синдром Вебера характеризуется поражением глазодвигательного нерва на стороне очага и гемиплегией с центральным парезом мышц лица и языка (поражение корково-ядерного пути) на про-тивоположной стороне. Синдром Бенедикта возникает при лока-лизации в медиально-дорсальном отделе среднего мозга, прояв-ляется поражением глазодвигательного нерва на стороне очага, хореоатетозом и интенционным дрожанием противоположных конечностей. Синдром Клода характеризуется поражением гла-зодвигательного нерва на стороне очага и мозжечковыми симп-томами (атаксия, адиадохокinez, дисметрия) на противополож-ной стороне. Иногда при этом отмечают дизартрия и расстрой-ство глотания. Синдром Фуа развивается при изолированном поражении переднего отдела красного ядра без вовлечения в процесс глазодвигательного нерва (верхний синдром красного ядра); складывается из мозжечковых симптомов, интенционного гемитремора, хореоатетоза, расстройств чувствительности, изме-нений полей зрения.

Понтинные (мостовые) альтернирующие синдромы Синдром Мийяра — Гюблера возникает при поражении нижнего от-дела моста, характеризуется периферическим поражением лицевого нерва на стороне очага, центральным параличом против-положных конечностей. Синдром Бриссо — Сикара выявляется при раздражении клеток ядра лицевого нерва в виде сокращения мимических мышц на стороне очага и спастического гемипареза или гемиплегии противоположных конечностей. Синдром Фовилля характеризуется поражением лицевого и отводящего нервов (в со-четании с параличом зрения) на стороне очага и гемиплегией, а иногда и гемианестезией (вследствие поражения медиальной петли) противоположных конечностей. Синдром Раймона — Сестана ха-рактеризуется сочетанием пареза зрения в сторону патологического очага, атаксии и хореоатетоза на той же стороне с гемипарезом и гемианестезией на противоположной стороне.

Бульбарные альтернирующие синдромы Синдром Джексона характеризуется периферическим поражением подъязычного нерва на стороне очага и гемиплегией или гемипарезом конечностей противоположной стороны. Синдром Авеллиса включа-ет поражение языкоглоточного и блуждающего нервов (паралич мягкого неба и голосовой связки на стороне очага с поперхиванием при еде, попаданием жидкой пищи в нос, дизартрией и дисфонией) и гемиплегию на противоположной стороне. Синдром Бабинского — Нажотта проявляется мозжечковыми симптомами в виде гемиатаксии, гемиасинергии, латеропульсии (в результате поражения нижней мозжечковой ножки, оливоцеребеллярных волокон), миозом или синдромом Бернара — Горнера на стороне очага и геми-плегией и гемианестезией на противоположной стороне. Синдром Шмидта включает паралич голосовых связок, мягкого неба, трапе-циевидной и грудиноключично-сосцевидной мышц на стороне пора-жения (IX, X и XI нервы), гемипарез противоположных конечнос-тей. Синдром Валленберга — Захарченко характеризуется

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		19стр. из 46

симп-томами на стороне очага: паралич мягкого неба и голосовой связки, анестезия зева и гортани, расстройство чувствительности на лице, синдром Бернара — Горнера, гемиатаксия при поражении мозжечковых путей и расстройство дыхания (при обширном очаге в продолговатом мозге) и на противоположной стороне: гемиплегия, аналгезия и термоанестезия.

4. Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на YouTube канале кафедры.

5. Литература:

Основная:

1. Е.И. Гусев Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 1. Неврология.: учебник / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И.Скворцова. - 4-е изд. доп.; Мин. образования и науки РФ. Рекомендовано ГБОУ ВПО "Первый Московский гос. мед.ун-т им. И.М. Сеченова". - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015.
2. Ахметова Ж.Б. Семиотика поражения черепно-мозговых нервов : учебное пособие / Ж. Б. Ахметова. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 162 с. Экземпляры: всего:15 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(12)
3. Киспаева Т. Т. Атлас по неврологии : учебное пособие / Т. Т. Киспаева. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 126 с. Экземпляры: всего:25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(22)

Дополнительная:

1. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание: руководство / под ред. Е. И. Гусева. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016.в)
2. Абдрахманова, М. Г. Современные принципы реабилитации неврологических больных : учебно методическое пособие / М. Г. Абдрахманова, Е. В. Елифанцева, Д. С. Шайкенов ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КГМУ. - Караганда : ИП "Акнұр", 2015

Электронные ресурсы:

1. Консультант врача. Неврология. Версия. 1. 2 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон.текстовые дан. (127 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009.
2. Нейрохирургия [Электронный ресурс] : учебник / С.В. Можаяев [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (50,3 Мб). - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009.
3. Нервные болезни для врачей общей практики [Мультимедиа]: учебное пособие / под ред. И. Н. Денисова. - Электрон. дан. (105 Мб). - Алматы: АТПГ Kazakhstan при участии Кордис & Медиа, 2006.
4. Физиология высшей нервной деятельности [Электронный ресурс]: методические рек. для студентов мед. фак. / сост. Д. А. Адильбекова.- Электрон. текстовые дан. (388 Кб). - Шымкент : Б. и., Б. г. - эл. опт. диск (CD-ROM).

5. Электронная база

№	Название	Ссылка
1	Репозиторий ЮКМА	http://lib.ukma.kz/repository/
2	Республиканская межвузовская электронная библиотека	http://rmebrk.kz/
3	Консультант студента	http://www.studmedlib.ru/
4	Открытый университет Казахстана	https://openu.kz/kz
5	Закон (доступ в справочно -информационном секторе)	https://zan.kz/ru
6	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/
7	Научная электронная библиотека	https://elibrary.ru/

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		20стр. из 46

8	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/
9	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
10	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
11	Scopus	https://www.scopus.com/

6. Контрольные вопросы:

1. Назовите ЧМН имеющие только двигательную функцию
2. Назовите ЧМН имеющие только чувствительную функцию
3. Назовите ЧМН имеющие в своем составе двигательные и чувствительные ядра
4. Как осуществляется иннервация зрения
5. Перечислите ЧМН входящие в каудальную группу черепных нервов
6. Изложите симптомы Бульбарного синдрома
7. Изложите симптомы Псевдобульбарного синдрома
8. Что такое альтернирующие синдромы
9. Какие альтернирующие синдромы развиваются при поражении ножки мозга
10. Какие альтернирующие синдромы развиваются при поражении моста мозга
11. Какие альтернирующие синдромы развиваются при поражении продолговатого мозга

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		21стр. из 46

Лекция №5

1. Тема: Особенности вегетативной иннервации лица и полости рта, симптомы поражения.

2. Цель: познакомить студентов со строением вегетативной нервной системы, основными вопросами диагностики симптомов и синдромов поражения и методами исследования вегетативной нервной системы.

3. Тезисы лекции: Вегетативная нервная система (автономная, висцеральная, узловатая нервная система) – это отдел нервной системы, регулирующий в организме деятельность внутренних органов, желез внутренней и внешней секреции, кровеносных и лимфатических сосудов, трофику тканей и гомеостаз, а также приспособление организма к меняющимся внешним условиям среды. ВНС функционирует на принципах автономности, саморегуляции, деятельность ее в основном произвольна и непосредственно сознанием не контролируется. На основании физиологических, морфологических и морфофункциональных признаков в ВНС различают сегментарный и надсегментарные отделы, а также в сегментарном отделе симпатическую и парасимпатическую части.

Надсегментарная (центральная) ВНС (ретикулярная формация мозгового ствола, гипоталамус, таламус, миндалина, лимбическая система, кора больших полушарий) осуществляет объединение всех сегментарных аппаратов, подчиняя их деятельность общим функциональным задачам целого организма. Сегментарная нервная система обеспечивает вегетативную иннервацию отдельных сегментов тела и относящихся к ним внутренних органов. *Сегментарный отдел вегетативной нервной системы:* симпатический отдел ВНС, парасимпатический отдел ВНС.

Симпатическая нервная система. В ее составе различают внутримозговую и внемозговую части. Внутримозговая часть СНС представлена нервными клетками, расположенными в боковых рогах спинного мозга на уровне VIII шейного – II поясничного сегмента спинномозговой отдел СНС имеет черты сегментарной организации. В СНС имеется дополнительное звено между спинным мозгом и рабочим органом это скопление нервных клеток, называемые ганглиями. Ганглии образуют цепочку, которая носит название симпатического ствола, который располагается вдоль боковой поверхности позвоночника и имеет 24 пары симпатических узлов: 3 шейных, 12 грудных, 5 поясничных и 4 крестцовых. Главный медиатор симпатических нервов – норадреналин. Основной функцией СНС является трофическая, регулирующая окислительные процессы, потребление питательных веществ, поступление кислорода к мышцам. Она активирует вазоконстрикторы, расширяет зрачок и глазную щель, расслабляет гладкую мускулатуру бронхов и ЖКТ, вызывает запоры.

Парасимпатическая нервная система. Тела парасимпатических нейронов лежат в стволе мозга и сакральном отделе спинного мозга. Нейроны берут начало в боковых рогах спинного мозга на уровне 2-4 крестцовых сегментов контролирующей функцию тазовых органов, а так же в вегетативных ядрах ствола головного мозга (III, VII, IX, X черепных нервов). Это парное и непарное мелкоклеточное ядро (суживает зрачок, осуществляет аккомодацию глаза), секреторное, слезоотделительное ядро, верхнее нижнее слюноотделительные ядра (иннервируют слюнные железы), дорсальное ядро блуждающего нерва, от которого идут волокно ко всем внутренним органам.

Надсегментарный отдел вегетативной нервной системы представлен лимбико-ретикулярным комплексом (ЛРК) (другое название неспецифические образования головного мозга) – куда входит

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		22стр. из 46

- ретикулярная формация,
- гипоталамус,
- таламус,
- миндалины,
- гиппокамп,
- перегородка.

Лимбико-ретикулярный комплекс участвует в регуляции вегетативно-висцерогормональных функций, направленных на обеспечение различных форм деятельности (пищевое и сексуальное поведение) процессы сохранения вида в регуляции системы, обеспечивающих сон и бодрствование внимание, эмоциональную сферу процессы памяти, осуществляя таким образом, соматовегетативную интеграцию. Лимбическая система прежде всего регулирует поведение и психическую активность при удовлетворении врожденных потребностей – инстинктов (добывание пищи, самосохранение, размножение, воспитание).

Основные синдромы поражения сегментарного уровня ВНС Симпаталгический синдром проявляется болями жгучего, давящего, распирающего характера в результате поражения симпатических узлов, симпатических нервов, симпатических волокон в смешанных нервах (седалищный, срединный, тройничный и др.). Чаще всего симпаталгии локализуются на конечностях и в области лица (невралгия тройничного нерва, невралгия крыло-небного узла), (синдром Слодера).

Сосудистый синдром выражается местным нарушением окраски кожи и слизистых оболочек (болезнь Рейно, отек Квинке). *Трофический синдром* характеризуется разнообразными местными расстройствами трофики тканей (кожа, слизистые, мышцы, связки) в зависимости от сегментарно–вегетативной иннервации. Степень выраженности от сухости кожи до изъязвлений, спонтанных переломов костей и т.д., (синдром миелии). Висцеральные синдромы зависят от сегментарной иннервации со стороны ВНС того или иного внутреннего органа. Эта группа заболеваний узлов симпатического ствола (ганглиотрунциты). Следует отметить, что симпатическая иннервация не совпадает с соматической.

Синдром Клода-Бернара-Горнера – развивается при поражении цилиоспинального центра бокового рога С8–Д1 сегментов спинного мозга, проявляется триадой симптомов: птоз, миоз, энофтальм.

Синдром расстройств тазовых функций (мочеиспускания, дефекации). При поражении сегментов S1 – S4, центра парасимпатической иннервации, тазовых органов, возникает недержание мочи и кала вследствие расслабления сфинктеров.

Синдромы надсегментарного уровня поражения ВНС. А.В. Вейн выделяет следующие клинические формы поражения гипоталамуса: нейроэндокриннообменная форма; вегетативно – сосудистая; вегетативно – висцеральная; нарушение терморегуляции; нервно – мышечная; нарушение бодрствования и сна; псевдоневрастическая и псевдопсихопатологическая эпилепсия.

Если поражен лимбический мозг, наблюдается височная эпилепсия, пароксизмальное психомоторное возбуждение, интеллектуально-мнестические расстройства и др.

Поражение ретикулярной формации обуславливает акинетический мутизм, миастеноподобный и псевдомиопатический синдромы, симптоматическую гипертензию, нарушение сна и бодрствования.

Методы исследования

При исследовании вегетативной нервной системы необходимо выявить исходный вегетативный статус. Для этого проверяют состояние регуляции сосудистого тонуса, исследуют

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии	044-56/11Б	
Лекционный комплекс		23стр. из 46

кожные вегетативные рефлексы (дермографизм), болевые вегетативные точки, терморегуляцию и потоотделение, проводя при необходимости фармакологические пробы (пробы с адреналином, пилокарпином, атропином).

1. Исследование регуляции сосудистого тонуса:

1.1. Глазосердечный рефлекс Даньини-Ашнера. Больной находится в положении лежа. Подсчитывают частоту сердечных сокращений в 1 мин., затем надавливают на оба глазных яблока (до появления чувства давления) в течение 15 - 25 с, после чего повторно подсчитывают частоту сердечных сокращений. В норме замедление пульса должно быть в пределах 4-8 ударов в 1 мин., при преобладании парасимпатического тонуса - более 8 - 12, а при преобладании симпатического тонуса, либо замедление числа сердечных сокращений отсутствует, либо наблюдается извращение реакции - учащение пульса по сравнению с исходным.

1.2. Клиноортостатическая проба. При переходе обследуемого из вертикального положения в горизонтальное в норме пульс замедляется на 10 - 12 ударов в минуту. При переходе из горизонтального в вертикальное в норме пульс учащается на 10 - 12 ударов в минуту. Ускорение пульса при вставании более чем на 20 ударов в минуту рассматривается как симпатикотония, а отсутствие ускорения или даже замедление пульса как признак ваготонии.

2. Исследование дермографизма.

2.1. Малый дермографизм. Белый дермографизм. Проводят тупым концом инъекционной иглы (или рукояткой неврологического молоточка) по коже груди или обычно спины с незначительным давлением. Через 10 - 20 с появляется лилия белого дермографизма на участке кожи, подвергнутой раздражению, которая исчезает в пределах 10 минут. Побледнение кожи обусловлено спазмом капилляров при слабом их раздражении.

2.2. Красный дермографизм. Проводят тупым предметом вертикальные линии на коже с несколько большим усилием, чем для вызывания белого дермографизма. Через 10 - 15 с на месте раздражения возникает полоса красного цвета, исчезающая в пределах часа или полутора часов. Покраснение кожи вызвано расширением капилляров при их значительном раздражении.

2.3. Возвышенный дермографизм. Проводят тупым предметом вертикальные линии на коже со значительным усилием. После чего сначала на месте раздражения кожи возникает красная, а спустя 1 - 2 минуты белая возвышенная полоса, окруженная красной фестончатой каймой.

2.4. Рефлекторный дермографизм. Проводят легким прикосновением иглы линию на коже. Спустя 10 - 30 с возникает ярко-красная полоса шириной 1 - 6 мм с неровными краями, внутри которой находятся более бледные или нормальные участки кожи. Покраснение возникает из-за рефлекторного расширения артериол и является вазомоторным рефлексом.

3. Болевые вегетативные точки.

3.1. Точки Бирбраира. Это болевые точки на поверхности тела, различные сочетания которых характерны для определения заболеваний внутренних органов. Надавливание в области височных артерий, в области проекции сонных артерий по медиальной стороне грудно-ключично-сосцевидной мышцы, в углу между ключицей и грудино-ключично-сосцевидной мышцей ведет к возникновению боли.

3.2. Точка Гринштейна. Болевая точка у внутреннего угла глазницы. Ее определяют надавливанием кончиком мизинца на внутреннюю поверхность костной стенки глазницы в верхне-внутреннем направлении. Возникновение боли указывает на поражение симпатического сплетения надглазничной артерией.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		24стр. из 46

3.3. Точка выхода большого небного нерва. Надавливание шпателем (или пальцем) поочередно на небо справа и слева (на точку) в случае вегетативной патологии ведет к появлению бо-лей на стороне поражения.

презентация, видеоматериалы на YouTube канале кафедры.

4. Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на YouTube канале кафедры.

5. Литература:

Основная:

1. Е.И. Гусев Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 1. Неврология.: учебник / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И.Скворцова. - 4-е изд. доп.; Мин. образования и науки РФ. Рекомендовано ГБОУ ВПО "Первый Московский гос. мед.ун-т им. И.М. Сеченова". - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015.
2. Ахметова Ж.Б. Семиотика поражения черепно-мозговых нервов : учебное пособие / Ж. Б. Ахметова. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 162 с. Экземпляры: всего:15 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(12)
3. Киспаева Т. Т. Атлас по неврологии : учебное пособие / Т. Т. Киспаева. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 126 с. Экземпляры: всего:25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(22)

Дополнительная:

1. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание: руководство / под ред. Е. И. Гусева. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016.в)
2. Абдрахманова, М. Г. Современные принципы реабилитации неврологических больных : учебно методическое пособие / М. Г. Абдрахманова, Е. В. Епифанцева, Д. С. Шайкенов ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КГМУ. - Караганда : ИП "Ақнұр", 2015

Электронные ресурсы:

1. Консультант врача. Неврология. Версия. 1. 2 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон.текстовые дан. (127 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009.
2. Нейрохирургия [Электронный ресурс] : учебник / С.В. Можаяев [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (50,3 Мб). - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009.
3. Нервные болезни для врачей общей практики [Мультимедиа]: учебное пособие / под ред. И. Н. Денисова. - Электрон. дан. (105 Мб). - Алматы: АТПГ Kazakhstan при участии Кордис & Медиа, 2006.
4. Физиология высшей нервной деятельности [Электронный ресурс]: методические рек. для студентов мед. фак. / сост. Д. А. Адильбекова.- Электрон. текстовые дан. (388 Кб). - Шымкент : Б. и., Б. г. - эл. опт. диск (CD-ROM).
5. Электронная база

№	Название	Ссылка
1	Репозиторий ЮКМА	http://lib.ukma.kz/repository/
2	Республиканская межвузовская электронная библиотека	http://rmebrk.kz/
3	Консультант студента	http://www.studmedlib.ru/
4	Открытый университет Казахстана	https://openu.kz/kz
5	Закон (доступ в справочно -информационном секторе)	https://zan.kz/ru
6	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/
7	Научная электронная библиотека	https://elibrary.ru/
8	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		25стр. из 46

9	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
10	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
11	Scopus	https://www.scopus.com/

6. Контрольные вопросы:

1. Дайте определение вегетативной нервной системы
2. Какие отделы включает в себя ВНС
3. Назовите основные функции симпатической нервной системы
4. Назовите основные функции парасимпатической нервной системы
5. Что входит в надсегментарный отдел вегетативной нервной системы
6. Назовите основные функции лимбико-ретикулярного комплекса
7. Выделите основные синдромы поражения сегментарного уровня ВНС
8. Выделите основные синдромы надсегментарного уровня поражения ВНС
9. Назовите основные методы исследования ВНС

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		26стр. из 46

Лекция №6

1. Тема: Введение в психиатрию. Общая психопатология.

2. Цель: ознакомить студентов с психологией и психопатологией нарушений памяти, внимания и интеллекта; ознакомить студентов с основными видами патологии памяти, внимания и интеллекта. Закрепить теоретические знания и практические навыки.

3. Тезисы лекции:

Различают следующие основные свойства внимания: объем, распределяемость, устойчивость, концентрированность, переключаемость. Существует по меньшей мере две группы факторов, которые обеспечивают избирательный характер психических процессов: структура внешних раздражителей (структура внешнего поля) и различные внутренние факторы, относящиеся к деятельности самого субъекта (структура внутреннего поля). Различают два основных вида внимания — непроизвольное, пассивное и произвольное, активное. При психических заболеваниях могут возникать такие нарушения внимания, как сужение объема, уменьшение глубины, повышенная истощаемость, тугоподвижность, изменения направленности внимания, парaproзексия, апрозексия, ослабление распределяемости внимания. Парaproзексия. Апрозексия. Ослабление способности к распределению внимания. Расстройства внимания в виде истощаемости, неустойчивости, повышенной отвлекаемости являются характерным признаком астенических состояний.

Память — это психическая функция, которая обеспечивает фиксацию (рецепцию, импрегнацию), сохранение (ретенцию) и воспроизведение (репродукцию) различных впечатлений, дает возможность копировать информацию и пользоваться прежним опытом. Существует, кроме того, особый механизм памяти — импринтинг (запечатление), включающийся вскоре после рождения и фиксирующий объекты первой, наиболее прочной привязанности. Можно говорить также о таком процессе памяти, как забывание, закономерности которого изучены в психологии.

Образная память — способность запоминать образы предметов: зрительные (зрительная или иконическая память), слуховые (слуховая или эхоическая память), вкусовые и др. Понятием двигательная память определяют способность запоминать последовательность и формулы движений. Выделяют память на внутренние состояния, например, эмоциональные (эмоциональная память), висцеральные ощущения (боль, дискомфорт и т. д.). Возможно формирование матрицы памяти, отражающей характеристики целостной системы связей устойчивого патологического состояния. Эта система связей может воспроизводиться мозгом по памяти даже после того, как патологический фактор уже устранен. Учет этого обстоятельства необходим для понимания патогенеза и лечения хронических заболеваний. Специфической для человека является символическая память, в которой различают память на слова (символы) и память на мысли, идеи (логическая память). Расстройства памяти проявляются нарушениями запоминания, хранения, забывания и воспроизведения различных сведений и личного опыта. Различают количественные нарушения, выражающиеся ослаблением, выпадением или усилением следов памяти, и качественные нарушения (парамнезии), при которых наблюдаются ложные воспоминания, смешение прошлого и настоящего, реального и воображаемого.

Количественные нарушения памяти включают амнезию, гипермнезию и гипомнезию. Амнезия. Фиксационная амнезия. Прогрессирующая амнезия. Постепенно нарастающее и далеко идущее опустошение памяти. Ретроградная амнезия. Антероградная амнезия. Транзиторные амнестические эпизоды. Систематизированные (системные) амнезии. Выпадение специализированных видов памяти (на лица, цвета, запахи, символы, навыки). К данному виду амнезии относятся нарушения типа афазии, агнозии, апраксии. Агнозия.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии	044-56/11Б
Лекционный комплекс	27стр. из 46

Апраксия. Аффектогенная амнезия. Периодическая амнезия. Гипомнезия. Гипермнезия. Парамнезии (искажения, обманы) или качественные нарушения памяти. Феномены ранее виденного, слышанного, пережитого, испытанного, рассказанного (deja vu, deja entendu, deja vecu, deja eprouve, deja raconte). Феномены никогда не виденного, не слышанного, не пережитого и др. (jamais vu, jamais vecu, jamais entendu и др.). Иллюзия узнавания. Псевдореминисценция (ложные воспоминания). Конфабуляции. Криптомнезии.

Интеллект (от лат. intellectus — понимание, познание) — обобщенная характеристика познавательных (когнитивных, умственных) способностей; способность к приобретению и эффективному использованию знаний. разработано большое количество тестов интеллекта, как для детей, так и для взрослых. Самый известный из них тест Векслера, который существует в детском и взрослом варианте. клиническая оценка интеллекта, когда в ходе клинической беседы с больным интеллект оценивается по описанным выше уровням:

1. Состояние психических процессов, которые можно рассматривать в качестве предпосылок интеллекта. Например, выраженные нарушения памяти или внимания могут приводить к полной неспособности решать мыслительные задачи, приобретению и использованию имевшихся прежде знаний и навыков. В случае подобных стойких и необратимых нарушений этих психических функций диагностируется слабоумие (см. далее).
2. База знаний. Оцениваются особенности того обучения, которое получил пациент, его успеваемость. Если оно было недостаточно, то необходимо оценить независимый вклад социально-психологических факторов и интеллектуальной неспособности справляться с программой обучения. Оцениваются сохранность приобретенных знаний, эрудированность пациента в общих вопросах, грамотность речи, беглость чтения, счета и пр. Также оцениваются профессиональные и бытовые навыки, их репертуар, успешность выполнения.
3. Интеллект в собственном смысле — способность пациента решать сложные умственные задачи, его способность к абстрактному мышлению, нахождению решений в нестандартных ситуациях и пр. В ходе клинической беседы оценивается способность давать объяснение пословицам и поговоркам (от простых до сложных и неоднозначных), быстро находить ответы на непривычные вопросы («что тяжелее: 1 кг пуха или 1 кг железа?», «сколько берегов у озера?» и пр.)

Патология интеллекта (слабоумие) может быть врожденной и приобретенной. **Врожденное слабоумие: умственная отсталость** — врожденное или приобретенное в раннем детстве (до 3 лет) состояние общего недоразвития психики с существенной недостаточностью интеллектуальных способностей. Умственная отсталость может быть обусловлена различными этиологическими и патогенетическими факторами, действующими во время внутриутробного развития, родов или в первые годы жизни. Критерием диагностики умственной отсталости является **IQ<70**.

Долгое время общепринятым термином для обозначения состояний умственной отсталости был термин «олигофрения» (от греч. oligos — малый, phren — разум, т.е. малоумие), однако в современных классификациях психических болезней он заменен на термин «умственная отсталость».

Приобретенное слабоумие: деменция (от лат. de — без + mens — ум) — стойкая, малообратимая утрата ранее сформированного интеллекта в связи с различными заболеваниями головного мозга. Проявляется утратой ранее сформированных

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии	044-56/11Б	
Лекционный комплекс		28стр. из 46

интеллектуальных и практических навыков, знаний, снижением общей продуктивности психической деятельности, изменением личности.

Умственная отсталость является не болезненным процессом, а патологическим состоянием, результатом когда-то подействовавшей вредности и не имеет тенденции к прогрессированию.

Прежде выделяли три степени тяжести умственной отсталости:

- Идиотия (от греч. — idiotea, невежество).
- Имбецильность (от лат. — im — без + baculus — палка, костыль, т.е. неспособность обходиться без интеллектуальной поддержки).
- Дебильность (от лат. — debilis — увечный, немощный, слабый).

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (1994 г.) умственная отсталость подразделена по тяжести на четыре степени: легкую, умеренную, тяжелую и глубокую (т.е. имбецильность разделена на два уровня — умеренную и тяжелую умственную отсталость).

Снижение интеллекта, утрата ранее приобретенных когнитивных способностей вследствие заболеваний головного мозга представляет собой некий континуум — от наиболее легких, малозаметных и незначительно влияющих на функционирование индивида нарушений, до наиболее глубоких расстройств, сопровождаемых полным распадом психической деятельности.

Критерием диагностики деменции на этом континууме является **степень снижения интеллектуальных способностей, которая достигает такого уровня, который приводит к утрате способности независимо функционировать в повседневной жизни.**

При этом утрата независимости должна быть обусловлена непосредственно когнитивными нарушениями, а не какими-либо другими причинами — физической немощью, двигательными или сенсорными (слепота, глухота) расстройствами, социальными факторами. Утрата независимости проявляется в том, что люди с деменцией сначала оказываются неспособны самостоятельно справляться с наиболее сложными из своих повседневных дел, в т.ч. "инструментальных" (совершать значимые покупки, расплачиваться по счетам, осуществлять "менеджмент" своих лекарств), а далее распад интеллектуальной деятельности затрагивает все более и более простые аспекты функционирования вплоть до элементарных навыков самообслуживания (одевание, мывание, еда).

4. Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на YouTube канале кафедры.

5. Литература:

Основная:

1. Психиатрия и наркология: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - ; Рек. УМО по мед. и фарм. образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 832 с.
2. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учебник / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников ; М-во образования и науки РФ. - ; Рек. ГБОУ ВПО "Первый МГУ им. И. М. Сеченова". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 496 с.
3. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с. Экземпляры: всего: 25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3 (1), АУЛ (22)
4. Незнанов, Н. Г. Психиатрия: учебник / Н. Г. Незнанов. - ; Рек. ГОУ ВПО ММА им. И. М. Сеченова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 496с.
5. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учеб. для вузов / Б. Д. Цыганков. - Рек. Учеб.-

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		29стр. из 46

методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009

Дополнительная:

1. В.Д. Менделевич. Психиатрическая пропедевтика: практическое руководство / В.Д. Менделевич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 576 с.
2. Арндт, П. Психосоматика и психотерапия. Справочник: справочник / П. Арндт, Н. Клинген ; Пер. с нем. - М. : Медпресс-информ, 2014. - 368 с. : ил.
3. Гейслер, Е. В. Психиатрия: конспект лекций / Е. В. Гейслер, А. А. Дроздов. - М. : Эксмо, 2007. - 159 с.

Электронные ресурсы:

1. Психиатрия и наркология [Электронный ресурс]: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - Электрон. текстовые дан. (56,5 Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 832 с. эл. опт. диск (CD-ROM)
2. Незнанов, Н. Г. Психиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Н. Г. Незнанов. - Электрон. текстовые дан. (35,9 МБ). - М. : Издательская группа "ГЭОТАР- Медиа", 2010. - 496 с. эл. опт. диск (CD-ROM).
3. Консультант врача. Психиатрия. Версия 1.1 [Электронный ресурс] : руководство. - Электрон. текстовые дан. (110 Мб). - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - эл. опт. диск (CD-ROM)
4. Электронная база

№	Название	Ссылка
1	Репозиторий ЮКМА	http://lib.ukma.kz/repository/
2	Республиканская межвузовская электронная библиотека	http://rmebrk.kz/
3	Консультант студента	http://www.studmedlib.ru/
4	Открытый университет Казахстана	https://openu.kz/kz
5	Закон (доступ в справочно -информационном секторе)	https://zan.kz/ru
6	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/
7	Научная электронная библиотека	https://elibrary.ru/
8	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/
9	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
10	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
11	Scopus	https://www.scopus.com/

1. Контрольные вопросы:

11. Дайте определение памяти.
12. Что такое внимание. Виды внимания.
13. Интеллект – определение.
14. Психопатология памяти.
15. Количественные нарушения памяти.
16. Качественные нарушения памяти.
17. Психопатология внимания.
18. Интеллект – что это такое.
19. Психология интеллекта.
20. Клиническая оценка интеллекта
21. Умственная отсталость – врожденная форма.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		30стр. из 46

22. Деменция. Определение. Виды.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		31стр. из 46

Лекция №7

1. **Тема:** Расстройства двигательного-волевой сферы и сознания.
2. **Цель:** ознакомить студентов с расстройствами двигательного-волевой сферы и сознания. Закрепить теоретические знания и практические навыки.
3. **Тезисы лекции:**

Эмоции (от *emovere* — возбуждаю, волную, побуждаю) — особый тип реакции животных и человека на внешние и внутренние стимулы. Это реакции, в которых выражается отношение индивидуума к различным явлениям жизни. Эмоции — источник информации о том, насколько важны для нас те или иные события, адекватны или нет обстоятельства жизни нашим потребностям. Попытки игнорировать, подавлять эмоции, а тем более искусственно манипулировать ими, например, средствами химии, оборачиваются поэтому невозможными потерями для личности.

Существует множество различных эмоций. Принято разграничивать эмоции по знаку, модальности, по степени и характеру активации физиологических процессов, по интенсивности и продолжительности, по уровню развития.

По знаку различают положительные и отрицательные эмоции. Существуют различные модальности эмоций: тоска, тревога, страх, обида, вина, разочарование, скука, радость, удовольствие, гнев и другие. Различают также эмоции покоя и эмоции ожидания. Эмоциональный опыт человека изменяется и обогащается в ходе развития личности в результате сопереживания субъектом душевных состояний других людей на основе идентификации с ними, подражания моторным и аффективным реакциям, стремления понять. Эмоции — важный фактор человеческого общения.

Выделяют несколько форм проявления эмоций: аффекты, страсти, настроения и ситуативные реакции. **Расстройства настроения. Апатия. Гипотимия (снижение настроения). Гипертимия (повышение настроения). Эйфория. Дисфория. Растерянность. Тревога. Бредовое (основное) настроение. Расстройства эмоциональных реакций:** эксплозивность, эмоциональную вязкость, эмоциональную монотонность, эмоциональное огрубение, эмоциональную тупость, утрату эмоционального резонанса, паратимию, эмоциональную парадоксальность, эмоциональную двойственность и патологический аффект. Патология эмоциональных реакций нередко имеет в основе изменения общей аффективной установки (дисфория, подавленность и др.).

Воля — способность к планомерной, организованной деятельности, направленной на достижение сознательных целей. Произвольной следует считать лишь такую деятельность, которая регулируется представлениями о будущих результатах этой деятельности. Волевая активность свойственна только человеку, животные лишены этой способности, хотя у них и существуют ее зачатки в виде преднамеренных действий, детерминированных возможностью появления объектов актуальной потребности. виды нарушения поведения: нарушения активности (абулия, гипербулия); нарушения влечений; нарушения мотивации поведения (парабулия); психомоторные нарушения; другие нарушения воли. Систематика эта условна.

Встречаются разные нарушения врожденных влечений: сексуального, пищевого, инстинкта самосохранения, родительского инстинкта. **Отклонения полового влечения** многообразны. **Нарушения пищевого влечения. Нарушения инстинкта безопасности** (самосохранения) относятся страх, агрессия и суицидальное поведение. Психомоторные нарушения проявляются немотивированными, бездумными, близкими к гиперкинезам движениями и действиями, а также состояниями обездвиженности.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		32стр. из 46

Сознание — свойственная человеку высшая, интегративная форма психического отражения действительности. Это целостное состояние знания о внешнем и внутреннем мире.

Условно разграничивают предметное сознание и самосознание. Предметное сознание — динамическая структура или поле, в котором объединяются все внешние впечатления. Самосознание — система ощущений, знаний о самом себе, отношениях с окружающими, своем внутреннем мире. Индивидуальное сознание, степень его развития определяются двумя факторами: уровнем общественного сознания, и тем, в какой мере индивидуум превратил его в факт своей внутренней жизни. Нарушения самосознания

Проявляются жалобами больных на чувство измененности, утраты, отчуждения или потери единства собственной личности — аутопсихическая деперсонализация, своего тела («телесного «Я») — соматопсихическая деперсонализация, а также переживанием нереальности и отчуждения окружающего мира — аллопсихическая деперсонализация или дереализация. Наблюдаются различные нарушения самосознания.

Дереализация

Утрата эмоционального резонанса

Утрата сознания витальности

Осознание факта болезни может быть выражено в разной степени. Нозогнозия — наличие ясного сознания болезни (или критического отношения к заболеванию). Отчетливо осознается не только сам факт заболевания. Уверенно идентифицируется именно психическое расстройство, о проявлениях и течении которого больные приводят точные и достоверные сведения. Анозогнозия — полное отсутствие сознания как по отношению к болезни в целом, так и отдельным ее проявлениям. Формальная нозогнозия — констатация факта психического расстройства, основывающаяся на учете внешних обстоятельств, в которых оказался больной в результате заболевания и той роли, какую он вынужден теперь играть: «Раз лечат, значит, болен... Болен, потому что нахожусь в больнице...». Амбивалентная нозогнозия — двойственное отношение к болезни, сосуществование нозогнозии и анозогнозии Неустойчивая нозогнозия — в зависимости от настроения или конкретного самочувствия сознание болезни то появляется, то исчезает. Гипернозогнозия — наличие критического отношения к болезни, сопровождающееся количественной переоценкой тяжести его проявлений.

Паранозогнозия — ясное осознание факта болезни, сопровождающееся доминированием стойких и неправильных представлений о природе заболевания.

Различают количественные (выключение сознания) и качественные нарушения сознания.

Нарушения сознания



К помрачениям сознания относят состояния, характеризующиеся совокупностью следующих признаков (критерии К.Ясперса):

1. **отрешённость**, то есть расстройство чувственного познания, отделяющее пациента от внешнего мира;
2. **нарушение рационального познания**, дезорганизованное мышление и, как следствие, поведение;
3. **дезориентировка** во времени, пространстве, обстановке, ситуации и нередко в собственной личности;
4. **затруднение запоминания** => амнезия периода помраченного сознания (конградная, полная или частичная)

Количественные расстройства сознания — выключение сознания

Признак	Оглушение		Сопор	Кома
	Умеренное	Глубокое		
Ориентировка	Частичная	Нарушена	Нет	Нет
Словесный ответ	<u>Ограничен</u>	Отсутствует	Нет	Нет
Выполнение инструкций	Замедлено	<u>Элементарные</u>	Нет	Нет
Открытие глаз	Сохранено	Сохранено	+/-	Нет
Двигательная реакция на боль	Целенаправленная (отталкивание)	Целенаправленная (отталкивание)	<u>Есть</u> (отдёргивание)	Нет

Делирий — наиболее частый вариант помрачения сознания, может возникать в ответ на любые внешние (экзогенные) вредности (см. реакции экзогенного типа), в том числе в связи с интоксикациями (психоактивными веществами, в том числе алкоголем и наркотиками, лекарствами, интоксикациями при инфекционных заболеваниях, при почечной, печеночной недостаточности и пр.), тяжелыми соматическими заболеваниями, в остром периоде черепно-мозговой травмы, острого нарушения мозгового кровообращения и др. В основе делирия как помрачения сознания лежат нарушения познавательных процессов (восприятия, мышления и понимания, внимания, запоминания), это состояние, особенно у пожилых больных, требует дифференциальной диагностики с деменцией. Делирий развивается быстро, состояние познавательных процессов изменчиво, как эмоциональные реакции и психомоторная сфера, ухудшение характерны для ночного времени, свойственны обманы восприятия (иллюзии, галлюцинации). При деменции интеллектуально-мнестическое снижение выражено и стойко, для нее характерно в той или иной степени постепенное развитие. При этом необходимо учесть, что делирий может развиваться на фоне деменции.

Онейроидное помрачение сознания (от греч. Oneiros — сон, -eides — подобный, похожий) — «сновидное», грезоподобное помрачение сознания — помрачение сознания с наплывом фантастических сноподобных псевдогаллюцинаций, фантастическим чувственным бредом (может быть депрессивный или экспансивный) и двигательными расстройствами (кататонический ступор).

Сумеречное помрачение сознания. Для сумеречного помрачения сознания характерны:

- Внезапное возникновение и завершение.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии	044-56/11Б	
Лекционный комплекс	35стр. из 46	

- Нарушение восприятия окружающего: от фрагментарного восприятия до полной отрешенности и дезориентировки.
- Двигательная сфера: от внешне упорядоченного автоматизированного поведения до выраженного возбуждения.

Варианты:

- Амбулаторные автоматизмы — во время помрачения сознания человек совершает автоматизированные действия, поведение внешне может выглядеть правильно, выражение лица отрешенно-угрюмое, высказывания стереотипны или отсутствуют. Если сопровождается непроизвольным блужданием: в бодрствующем состоянии — фуга (несколько минут) или транс (более продолжительное время, в том числе с уходами из дома, путешествиями); во время сна — сомнамбулизм (лунатизм).
 - Галлюцинаторно-бредовое сумеречное помрачение сознания — продуктивному контакту больной недоступен, но по его поведению можно предположить, что во время помрачения сознания он испытывает различные виды галлюцинаций (зрительные, слуховые, в том числе императивные, обонятельные и т.п.), вместе с которыми формируется вторичный чувственный бред (преследования, величия). Дополнительно присутствуют аффективные расстройства — выраженный страх, тревога, злоба, восторженность, экстаз. Иногда они могут сопровождаться резко выраженным возбуждением с агрессией и разрушительными действиями. К счастью, такие состояния относительно редки, обычно они становятся предметом разбирательства судебно-психиатрических экспертов.
 - После выхода из помрачения сознания — полная амнезия (на реальные события и свои переживания), зачастую после выхода — слабость, тяга ко сну, поэтому засыпают в неподходящих местах.
 - **Патологическое опьянение** — сумеречное помрачение сознания, развившееся на фоне употребления небольшого количества спиртного (алкоголь являлся лишь триггером для состояния, самого выраженного опьянения не было). Дифференцируют с состоянием обычного опьянения.
 - **Патологический аффект** — сумеречное помрачение сознания, развившееся в ответ на психотравмирующее событие (психотравма, обычно незначительная, может стать лишь триггером для развития помрачения сознания). Дифференцируют с физиологическим аффектом (сильным душевным волнением).
- Аменция, аментивное помрачение сознания или аментивный синдром** (от лат. *amentia* — безумие) — синдром помрачения сознания, при котором преобладают растерянность, бессвязность мышления и речи, хаотичность движений.

4. Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на YouTube канале кафедры.

5. Литература:

Основная:

1. Психиатрия и наркология: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. -; Рек. УМО по мед. и фарм. образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 832 с.
2. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учебник / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников ; М-во образования и науки РФ. - ; Рек. ГБОУ ВПО "Первый МГУ им. И. М. Сеченова". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 496 с.
3. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с. Экземпляры: всего: 25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3 (1), АУЛ (22)

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		36стр. из 46

4. Незнанов, Н. Г. Психиатрия: учебник / Н. Г. Незнанов. - ; Рек. ГОУ ВПО ММА им. И. М. Сеченова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 496с.

5. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учеб. для вузов / Б. Д. Цыганков. - Рек. Учеб.-методическим объедин. по мед. и фарм. образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009

Дополнительная:

1. В.Д. Менделевич. Психиатрическая пропедевтика: практическое рук./ В.Д. Менделевич.- 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 576 с.
2. Арндт, П. Психосоматика и психотерапия. Справочник: справочник / П. Арндт, Н. Клинген ; Пер. с нем. - М. : Медпресс-информ, 2014. - 368 с. : ил.
3. Гейслер, Е. В. Психиатрия: конспект лекций / Е. В. Гейслер, А. А. Дроздов. - М. : Эксмо, 2007. - 159 с.

Электронные ресурсы:

1. Психиатрия и наркология [Электронный ресурс]: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - Электрон. текстовые дан. (56,5 Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 832 с. эл. опт. диск (CD-ROM)
2. Незнанов, Н. Г. Психиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Н. Г. Незнанов. - Электрон. текстовые дан. (35,9 МБ). - М. : Издательская группа "ГЭОТАР- Медиа", 2010. - 496 с. эл. опт. диск (CD-ROM).
3. Консультант врача. Психиатрия. Версия 1.1 [Электронный ресурс] : руководство. - Электрон. текстовые дан. (110 Мб). - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - эл. опт. диск (CD-ROM)
4. Электронная база

№	Название	Ссылка
1	Репозиторий ЮКМА	http://lib.ukma.kz/repository/
2	Республиканская межвузовская электронная библиотека	http://rmebrk.kz/
3	Консультант студента	http://www.studmedlib.ru/
4	Открытый университет Казахстана	https://openu.kz/kz
5	Закон (доступ в справочно -информационном секторе)	https://zan.kz/ru
6	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/
7	Научная электронная библиотека	https://elibrary.ru/
8	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/
9	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
10	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
11	Scopus	https://www.scopus.com/

6.Контрольные вопросы:

1. Психология эмоций.
2. Психопатология эмоций.
3. Понятие воля.
4. Волевые нарушения.
5. Дайте определение сознания, самосознания.
6. Признаки нарушения сознания являются, по К. Jaspers.
7. Что такое нозогнозия. Степени выраженности.
8. Количественные нарушения сознания. Шкалы определения уровня сознания.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		37стр. из 46

9. Качественные нарушения сознания.
10. Дайте определение делирию.
11. Что такое онейродное нарушение сознания.
12. Что такое аменция.
13. Дайте определение сумеречному помрачению сознания.
- 14. Дифференциальная диагностика помрачений сознания**

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		38стр. из 46

Лекция №8

1. Тема: Эмоциональные (аффективные) расстройства, шизофрения

2. Цель: познакомить студентов с клиникой, диагностикой и основными методами лечения шизофрении.

3. Тезисы лекции:

Шизофрения – расщепление психики. Синонимы в литературе: dementia praecox, болезнь Блэйлера. Впервые термин «dementia praecox» ввел Эмиль Креппелин. Эугенио Блэйлер выделил 4 основных симптома (4 «А»): аутизм, ассоциативные нарушения, амбивалентность, аффективное притупление.

Шизофренией страдает 0,5-1,5% популяции, цифры различаются в зависимости от диагностических критериев. Дебют заболевания обычно в 18-30 лет, мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой, но у мужчин наблюдается непрерывное течение, а у женщин – периодическое.

Облигатные высокоспецифичные симптомы– симптоматика выпадения (синонимы: симптоматика отсутствия, негативная, дефицитарная).

I. Формальные расстройства мышления

Аутистичность мышления – мышление, грубо оторванное от реальной действительности. Такое мышление непонятно окружающим, а иногда – и самому пациенту.

Разорванность мышления – нарушение в речи причинно-следственных связей при сохранении лингвистической структуры предложения. («Я не пошел сегодня на процедуры, потому что Волга впадает в Каспийское море»).

II. Расстройства эмоциональной сферы

Чувственное притупление (эмоциональная нивелировка, уплощение, оскуднение) – потеря теплоты чувств, вплоть до апатии (состояние полного безразличия). «Доктор, меня, наверное, сегодня ночью убьют» – спокойным голосом может сказать такой пациент.

Человек в состоянии апатии не обратит внимание на начавшийся в доме пожар.

Эмоциональная неадекватность – несоответствие силы и (или) знака эмоциональной реакции событию, которое вызвало реакцию.

Амбивалентность – расщепление эмоций, не мотивируемые пациентом. «Доктор, вы такой хороший! Я вас так ненавижу, что готов убить.»

Гипобулия (волевое снижение) – бездеятельность в течение длительного (до недель и месяцев) времени, вплоть до невыполнения витальных потребностей. Пациент испытывает дискомфорт (например, от того, что мочится под себя или голоден), но не властен над своим поведением.

Для постановки диагноза шизофрении необязательно иметь все перечисленные симптомы.

Дополнительные (факультативные) симптомыопределяют вариант, клиническую форму заболевания. Из-за большого их количества шизофрению называют полиморфным расстройством. Не перечисляя симптомов, укажем, каких нарушений *не бывает* при шизофрении:

синдром выключения и помрачения сознания, за искл. анейроидного;

грубые нарушения памяти и интеллекта (слабоумие, психоорганический синдром).

Чем больше основных симптомов, тем меньше дополнительных. Дебютирует заболевание обычно с дополнительных симптомов, в манифестном периоде наблюдается равномерное распределение основных и дополнительных симптомов, в исходе заболевания основные симптомы преобладают.

Простая форма. Simplex-синдром: нарастание основных симптомов. Мало факультативных симптомов. Высокая степень злокачественности: заболевание быстро

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		39стр. из 46

приводит к формированию шизофренического дефекта личности. Дебютирует в подростковом возрасте.

Гебефреническая форма. Гебефренический синдром сопровождается факультативными симптомами. Синдром «незадачливого клоуна»: неадекватное, странное поведение, глупые и опасные шутки. Дебют в подростковом возрасте. Прогноз неблагоприятный.

Кататоническая форма. Характеризуется основными симптомами и кататоническим синдромом.

Параноидальная форма. Дополнительные симптомы в форме галлюцинаторно-бредовых нарушений. Дебют с паранойяльного синдрома. Разгар болезни – синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо. Исход в парафренный синдром (фантастический, нелепый бред).

В МКБ-10 включены также следующие формы:

Недифференцированная форма шизофрении – при нехватке диагностических критериев.

Постшизофреническая депрессия. Наблюдается после подавления продуктивной симптоматики. Причина – реакция личности (переживания по поводу своего заболевания и отношения окружающих), результат терапии нейролептиками.

Резидуальная (остаточная) шизофрения – форма шизофрении, когда пациент находится в неполной ремиссии.

Непрерывно-прогредиентное течение. Заболевание прогрессирует непрерывно, без ремиссий.

Приступообразное течение. Ремиссии после первых приступов практически полные. Ухудшение ситуации через 3-5 лет.

Приступообразно-прогредиентное, или шубообразное течение. Происходит от нем. «шуб» – сдвиг. На фоне непрерывного течения приступы, приводящие к усилению симптомов.

В случае неблагоприятного течения формируется апато-абулический дефект – крайняя степень эмоционального и волевого снижения.

Основные характеристики шизофренического дефекта личности:

Принципиальная обратимость. Этот принцип выведен теоретически из свойства функциональности шизофрении, однако на практике не реализован.

Отсутствие выраженных грубых нарушений интеллекта (сохранение словарного запаса, а также расширение его за счет шизофренических неологизмов; сохранение формальных предпосылок к интеллекту).

Наследственность. Предположительный механизм наследования – полигенный.

Наследственную предрасположенность подтверждают следующие методы:

клинико-генеалогический метод с возможностью расчета,

близнецовый метод (70% вероятность развития шизофрении у одного однояйцевого близнеца при наличии заболевания у другого),

метод приемных детей (не связана с воспитанием).

Стресс в широком понимании этого понятия.

Наиболее доказана теория нарушения обмена биогенных аминов (дофамин, серотонин). В зависимости от вещества выделяют 2 подтипа шизофрении (Кроу, 1980-е гг.):

негативная шизофрения: преобладают основные симптомы, нарушен обмен дофамина, имеются нейроморфологические маркеры, определяемые на КТ, ПЭТ в виде небольших органических изменений, что означает снижение эффективности нейролептиков в терапии;

флоридная (нарушен обмен серотонина) – лечится традиционно.

Биологические методы лечения: электросудорожная, инсулино-шоковая терапия, фармакотерапия (*подробнее в лекции по фармакотерапии*).

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		40стр. из 46

Психотерапия и сойиальное воздействие (реабилитация) имеют вспомогательное значение и применяются обычно в периоде ремиссии.

4. Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на YouTube канале кафедры.

5. Литература:

Основная:

1. Психиатрия и наркология: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. -; Рек. УМО по мед. и фарм. образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 832 с.
2. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учебник / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников ; М-во образования и науки РФ. - ; Рек. ГБОУ ВПО "Первый МГУ им. И. М. Сеченова". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 496 с.
3. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с. Экземпляры: всего: 25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3 (1), АУЛ (22)
4. Незнанов, Н. Г. Психиатрия: учебник / Н. Г. Незнанов. - ; Рек. ГОУ ВПО ММА им. И. М. Сеченова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 496с.
5. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учеб. для вузов / Б. Д. Цыганков. - Рек. Учеб.-методическим объедин. по мед. и фарм. образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009

Дополнительная:

1. В.Д. Менделевич. Психиатрическая пропедевтика: практическое рук./ В.Д. Менделевич.- 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 576 с.
2. Арндт, П. Психосоматика и психотерапия. Справочник: справочник / П. Арндт, Н. Клинген ; Пер. с нем. - М. : Медпресс-информ, 2014. - 368 с. : ил.
3. Гейслер, Е. В. Психиатрия: конспект лекций / Е. В. Гейслер, А. А. Дроздов. - М. : Эксмо, 2007. - 159 с.

Электронные ресурсы:

1. Психиатрия и наркология [Электронный ресурс]: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - Электрон. текстовые дан. (56,5 Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 832 с. эл. опт. диск (CD-ROM)
2. Незнанов, Н. Г. Психиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Н. Г. Незнанов. - Электрон. текстовые дан. (35,9 МБ). - М. : Издательская группа "ГЭОТАР- Медиа", 2010. - 496 с. эл. опт. диск (CD-ROM).
3. Консультант врача. Психиатрия. Версия 1.1 [Электронный ресурс] : руководство. - Электрон. текстовые дан. (110 Мб). - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - эл. опт. диск (CD-ROM)
4. Электронная база

№	Название	Ссылка
1	Репозиторий ЮКМА	http://lib.ukma.kz/repository/
2	Республиканская межвузовская электронная библиотека	http://rmebrk.kz/
3	Консультант студента	http://www.studmedlib.ru/
4	Открытый университет Казахстана	https://openu.kz/kz
5	Закон (доступ в справочно -информационном секторе)	https://zan.kz/ru
6	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		41стр. из 46

7	Научная электронная библиотека	https://elibrary.ru/
8	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/
9	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
10	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
11	Scopus	https://www.scopus.com/

1. Контрольные вопросы:

1. Что такое «Шизофрения»
2. Что такое формальные расстройства мышления
3. Назовите расстройства эмоциональной сферы
4. Что такое гебефренический синдром
5. Перечислите симптомы кататонической формы шизофрении
6. Перечислите симптомы параноидальной формы шизофрении
7. Методы лечения шизофрении

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии	044-56/11Б
Лекционный комплекс	42стр. из 46

Лекция №9

1.Тема: Наркомания, токсикомания. Наркоманический синдром.

2. Цель: познакомить студентов с основными психическими и поведенческими расстройствами при употреблении алкоголя и наркотиков.

3. Тезисы лекции:

Распознавание неврологических заболеваний – это сложный процесс, обусловленных невозможностью простого видения патологических изменений, скрытых природой за прочный футляр черепа и позвоночного столба пуляциях, связанных с парентеральными вмешательствами. В процессе дифференциальной диагностики учитывается не только оценка симптомов и синдромов, но и данные дополнительных методов обследования (рентгенологических, электрофизиологических, клинико-генетических, лабораторных, исследование ликвора и гемодинамики и др.).

Пункция (от лат. - punctio - укол)-прокол тканей иглой, производимый с диагностической и терапевтической целью. Диагностические пункции производят для: получения жидкости и клеточных элементов, измерения давления, введения в полости воздуха или кислорода, введения в кровеносные сосуды контрастирующих веществ. Лечебные пункции для: удаления патологически измененной жидкости или гноя, кровопускания и переливания крови, введения в полости и кровеносные сосуды лекарственных веществ.

Метод люмбальной пункции. Важный и широко применяемый метод в неврологии. Цель исследования: макро-, микроскопическое, биохимическое, бактериологическое, вирусологическое исследование ликвора. Дает ценную информацию и позволяет назначить рациональную терапию.

Показания и противопоказания к ЛП. Показания: инфекционные заболевания ЦНС, субарахноидальное кровоизлияние. Противопоказания: абсолютные: объемный процесс в задней черепной ямке (опухоль, абсцесс, гематома и др.), инфекционные процессы в поясничной области (эпидуральный абсцесс)

Относительные: подтвержденная внутричерепная гипертензия, коагулопатии, тромбоцитопения, выраженные явления атеросклероза головного мозга, с высоким АД.

Исследование глазного дна используется для диагностики: отека диска зрительного нерва, атрофии диска зрительного нерва, пороков развития, дегенерации и воспаления сетчатки, кровоизлияний, ишемии, опухолей, невоспалительных инфильтратов и др.

Обзорная рентгенография черепа часто используется в клинической неврологии, но исследование особенно в раннем возрасте имеет свои технические трудности, т.к. Р-снимок должен быть точным и четким. Основными проекциями являются прямая и боковая. Наиболее информативна боковая проекция, дающая представление о размере черепа, его форме, толщине, структуре костей, конфигурации дуг свода и основания черепа, состояния швов, родничков, рельефе внутренней костной пластинки, сосудистых бороздах, турецком седле, позволяет обнаружить инородные тела и различные известковые включения в полости черепа. Эти данные дают суждения о многих важных процессах в мозге. В частности, о повышении внутричерепного давления например, при объемных процессах мозга. Можно диагностировать микроцефалию, краниостеноз, гидроцефалию и т.д.

Рентгенография позвоночника (спондилография) - производится при поражениях позвоночника и спинного мозга. Обычно снимки делают в 2-х взаимно перпендикулярных областях – раздельно для шейного, грудного, пояснично-крестцового отделов позвоночника. Можно диагностировать подвывихи в шейном отделе, объемные процессы в позвоночнике, в спинном мозге, при травмах выявляются компрессионные переломы, врожденные пороки развития и т.д.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		43стр. из 46

Контрастные рентгенологические методы. Данные исследования головного и спинного мозга получили широкое распространение и основаны на использовании газообразных (воздух или кислород) или контрастных веществ (майодил, амипак и др.). Обычно их используют при диагностике опухолей головного и спинного мозга, последствиях травмы, воспалительных заболеваниях ЦНС, пороков развития.

Нейровизуализационные методы исследования. Компьютерная томография (КТ) головного и спинного мозга. Компьютерная томография - современная разновидность рентгенологического исследования, при котором можно получить изображения тончайших срезов головного мозга.

Исследование проводится при подозрении на опухоль, острую (инсульт) и хроническую недостаточность мозгового кровообращения, черепно-мозговой травме, аномалиях развития. В ряде случаев исследование проводится с введением контрастного вещества.

Магнитно-резонансная томография (ЯМР, МРТ) головного и спинного мозга. МР-ангиография Ядерно-магнитный резонанс или магнитно-резонансная томография - это современный, высокоинформативный и безопасный метод исследования. При ЯМР тело облучается радиоволнами в магнитном поле, в результате возникает резонанс ядер водорода, который затем преобразуется в изображение исследуемого органа. При проведении исследования в режиме ангиографии можно достаточно объективно оценить состояние сосудов головного мозга.

Отличается высокой диагностической ценностью при подозрении на опухоль, сосудистое поражение головного мозга, рассеянный склероз, грыжу межпозвоночного диска, аномалиях развития. МР-ангиография высокоинформативна для выявления патологии магистральных артерий головы.

Электрофизиологические методы. Из электрофизиологических методов диагностики в неврологии используют: электроэнцефалографию, электромиографию.

Электроэнцефалография. Аппаратный метод исследования деятельности головного мозга при помощи регистрации электрической активности клеток мозга, фиксируемой на поверхности головы. Метод исследования основан на графической регистрации получаемых электросигналов и их интерпретации. Используют пробы с открыванием и закрыванием глаз, с раздражением светом и звуком, гипервентиляцией (просят глубоко дышать в течение 3-х минут)

ЭЭГ используется в диагностике таких заболеваний как эпилепсия, головная боль, панические атаки (вегетативные кризы), истерия, отравление лекарствами, при любых эпизодах отключения сознания или падениях.

Электронейромиография (ЭНМГ). Метод исследования электрической активности мышц, направленный также на диагностику периферических отделов нервной системы. Это метод графической и звуковой регистрации электрических импульсов в области контакта мышцы и нерва. Исследование проводится, либо с помощью электродов, прикрепляемых к поверхности кожи над исследуемой мышцей, либо игловатыми электродами, которые поверхностно вводят в мышцу.

Исследование необходимо при жалобах на мышечную слабость, похудание конечностей, подергивания в мышцах, мышечных спазмах или судорогах. Электромиография в обязательном порядке проводится при подозрении на миотонию, миопатию, миастению, боковой амиотрофический склероз, миоклонию, мышечную дистонию, тремор.

Ультразвуковые методы исследования. Эхоэнцефалография. Метод распознавания изменений в тканях головного мозга с помощью ультразвука с частотой от 0,5 до 15 МГц в 1с. Звуковые волны такой частоты обладают способностью проникать сквозь ткани организма и отражаются от всех поверхностей, лежащих на границе тканей разного

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		44стр. из 46

состава и плотности. Ультразвуковой пучок с помощью зафиксированного в определенных точках головы зонда направляется в исследуемую часть головного мозга, отраженный сигнал обрабатывается электронным устройством, а результат выдается на экране осциллоскопа в виде кривой (эхограммы), изображающей пики на прямой линии. Высота пика соответствует акустической плотности среды, а расстояние между пиками — границам раздела между средами.

Эхоэнцефалография широко применяется для распознавания болезней головного мозга: объемных процессов — опухолей, абсцессов, кист, гематом и др., а также для диагностики повышения внутричерепного давления. *Ультразвуковая доплерография магистральных артерий головы (УЗДГ МАГ)*. Аппаратный метод исследования кровотока в сосудах, демонстрирующий в реальном времени в графическом, звуковом и количественном виде показатели кровотока в исследуемых сосудах. Метод этот назван по имени Кристиана Андреаса Доплера, австрийского физика и астронома. Метод основан на изменении частоты ультразвуковых волн, отраженных от движущихся частиц крови. Исследование показано людям с жалобами на головную боль, боль в руках и ногах, при подозрении на острое (инсульт) и хроническое нарушение мозгового кровообращения.

Дуплексное сканирование магистральных артерий головы (ДС МАГ) Метод диагностики, проводимый ультразвуковым сканером. Прибор генерирует и улавливает ультразвуковые волны, и на принципе эхолокации, в реальном времени строит пространственное двумерное изображение просвета и стенки сосуда. В зависимости от установки датчика просвет сосуда может быть показан как вдоль, так и поперек. Исследование позволяет оценить состояние стенки сосуда, провести анализ кровотока (в т.ч. направление и скорость). Исследование позволяет выявить пациентов со стенозом или закупоркой сосудов головного мозга, определить наличие врожденной патологии исследуемых сосудов. Высока информативность метода и при определении влияния позвоночника на позвоночные артерии. Результаты исследования могут служить основанием для проведения сосудистой операции (каротидная эндартерэктомия, стентирование, наложение экстра-интракраниального микроанастомоза).

Нейросонография. Ультразвуковая церебральная томография - метод неинвазивного двухмерного ультразвукового исследования анатомических структур головного мозга, использующий в качестве источника информации эффект Доплера, распознавание структурных изменений в полости черепа с помощью ультразвукового секторного сканирования.

Нейросонография у взрослых осуществима лишь при наличии дефекта в костях свода черепа, возникающего после резекционной трепанации или во время оперативного вмешательства. При этом возможна диагностика различных внутричерепных патологических образований (опухоли, гематомы, абсцессы и т.п.), а также топометрия нормальных мозговых структур. Нейросонография у новорожденных и детей грудного возраста проводится через акустические окна - большой, малый и боковые роднички. У новорожденных нейросонографию проводят при тяжелой асфиксии, патологии с искусственной вентиляцией легких, стойкой или нарастающей неврологической симптоматике и др. Детям грудного возраста нейросонография может быть показана при аномалиях психомоторного развития, внезапном появлении неврологических нарушений, с целью контроля за выявленными структурными повреждениями.

Генетические методы включают в себя: клинико-генеалогическое исследование (анализ родословной), цитогенетический, биохимический, дерматоглифический.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии	044-56/11Б	
Лекционный комплекс		45стр. из 46

4. Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на YouTube канале кафедры.

5. Литература:

Основная:

1. Психиатрия и наркология: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. -; Рек. УМО по мед. и фарм. образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 832 с.
2. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учебник / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников ; М-во образования и науки РФ. - ; Рек. ГБОУ ВПО "Первый МГУ им. И. М. Сеченова". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 496 с.
3. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с. Экземпляры: всего: 25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3 (1), АУЛ (22)
4. Незнанов, Н. Г. Психиатрия: учебник / Н. Г. Незнанов. - ; Рек. ГОУ ВПО ММА им. И. М. Сеченова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 496с.
5. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учеб. для вузов / Б. Д. Цыганков. - Рек. Учеб.-методическим объедин. по мед. и фарм. образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009

Дополнительная:

1. В.Д. Менделевич. Психиатрическая пропедевтика: практическое рук./ В.Д. Менделевич.- 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 576 с.
2. Арндт, П. Психосоматика и психотерапия. Справочник: справочник / П. Арндт, Н. Клинген ; Пер. с нем. - М. : Медпресс-информ, 2014. - 368 с. : ил.
3. Гейслер, Е. В. Психиатрия: конспект лекций / Е. В. Гейслер, А. А. Дроздов. - М. : Эксмо, 2007. - 159 с.

Электронные ресурсы:

1. Психиатрия и наркология [Электронный ресурс]: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - Электрон. текстовые дан. (56,5 Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 832 с. эл. опт. диск (CD-ROM)
2. Незнанов, Н. Г. Психиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Н. Г. Незнанов. - Электрон. текстовые дан. (35,9 МБ). - М. : Издательская группа "ГЭОТАР- Медиа", 2010. - 496 с. эл. опт. диск (CD-ROM).
3. Консультант врача. Психиатрия. Версия 1.1 [Электронный ресурс] : руководство. - Электрон. текстовые дан. (110 Мб). - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - эл. опт. диск (CD-ROM)
4. Электронная база

№	Название	Ссылка
1	Репозиторий ЮКМА	http://lib.ukma.kz/repository/
2	Республиканская межвузовская электронная библиотека	http://rmebrk.kz/
3	Консультант студента	http://www.studmedlib.ru/
4	Открытый университет Казахстана	https://openu.kz/kz
5	Закон (доступ в справочно -информационном секторе)	https://zan.kz/ru
6	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/
7	Научная электронная библиотека	https://elibrary.ru/
8	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии		044-56/11Б
Лекционный комплекс		46стр. из 46

9	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
10	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
11	Scopus	https://www.scopus.com/

1. Контрольные вопросы:

1. Что такое метод люмбальной пункции
2. Перечислите показания и противопоказания к ЛП
3. С какой целью применяют метод исследования глазного дна
4. Какие изменения можно выявить при проведении обзорной рентгенографии черепа
5. Когда применяются контрастные рентгенологические методы исследования
6. Назовите отличия между компьютерной томографией и магнитно-резонансной томографией головного и спинного мозга
7. В диагностике каких заболеваний используется ЭЭГ
8. Какие ультразвуковые методы исследования применяют в неврологии

Составители:  ассистент кафедры Муминова Р.К.

 ассистент кафедры Орманова Ж.А.

Зав.кафедрой, к.м.н., профессор  Жаркинбекова Н.А.

№ 1 протокола от «28» 08 2023 г.