

Методические указания к практическому занятию по теме: «Плекситы и невриты. Полиневропатии»

Цель: закрепить знания по диагностике плекситов и невритов, полиневропатий, осложнения. Усвоить основные принципы лечения плекситов и невритов, полиневропатий. Освоение физических методов исследования пациентов с подобной патологией, клинических проявлений заболевания или дифференциально-диагностического алгоритма при заболеваниях, обусловленным поражением периферических отделов нервных волокон и сплетений.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез плекситов и невритов, полиневропатий, их осложнения, клинические критерии диагностики, основные принципы оказания неотложной помощи аутоиммунных полиневропатиях, плановой рациональной терапии и профилактики.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор больного с интоксикационно-гиповитаминозной полиневропатией.

Иметь представление об организации медицинской помощи пациентам с плекситами и полиневропатиями, последовательность работы на амбулаторном и стационарном этапах, основных методах обследования и лечения заболеваний.

Ординатор должен знать:

1. Знать особенности возникающих жалоб и анамнеза при полиневропатиях и плекситах;
2. Знать критерии клинической диагностики синдрома полиневропатии;
3. Знать перечень лекарственных препаратов, которые используются для лечения полиневропатий и плексопатий различной этиологии.
4. Современные семиотику и классификации основных заболеваний периферической нервной системы (интоксикационно-гиповитаминозные, дисметаболические, постцитостатические, аутоиммунные).
5. патофизиологию выявленных синдромов,
6. Определение полиневропатии и плексопатии,
7. этиологию и патогенез этих состояний,
8. этапы диагностического поиска,
9. классификацию,
10. осложнения, в том числе нарушение витальных функций при аутоиммунных полиневропатиях.

Ординатор должен уметь:

Должен уметь проводить обследование больного при выявлении полиневритического синдрома и плексопатии, формулировать план диагностики и лечения, осложнения, интерпретировать данные основных лабораторных, инструментальных исследований периферической нервной системы, формулировать и обосновывать развернутый клинический диагноз с учетом принятой классификации ВОЗ и МКБ-Х, оказывать неотложную помощь при угрожающих жизни состояниях при аутоиммунных полиневропатиях, назначать адекватную терапию.

Ординатор должен владеть:

Должен владеть навыками обследования больного при выявлении полиневропатии и плексопатии, диагностики полиневропатий и плексопатий, степени тяжести, осложнений,

оценки данных основных лабораторных, инструментальных исследований периферической нервной системы, формулировки развернутого клинического диагноза с учетом принятой классификации ВОЗ и МКБ-Х, оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях, обусловленных аутоиммунной полиневропатией, назначения эффективной патогенетической и этиотропной терапии.

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие – 7 часов

Самостоятельная работа – 4 часа

Всего – 11 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов полиневропатией и плексопатией
4. Интерпретация исследований: общего анализа крови, содержания витамина В₁₂, фолиевой кислоты, в сыворотке крови, инструментальных исследований (электронейромиографии).
5. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации по теме плексопатии и полиневропатии.
6. Разбор историй болезней пациентов с аутоиммунной полиневропатией в ведении которых допущены типичные ошибки.
7. Ролевые игры : маршрут пациента от кабинета доврачебного осмотра и далее - врач общей практики - врач приемного покоя.
8. Отработка практических навыков: обследование пациентов с полиневропатией и плексопатией, интерпретация данных лабораторных и инструментальных (клинический анализ крови, электронейромиографии) методов исследований; обучение пациентов принципам диетотерапии, физической активности.

Перечень вопросов для собеседования

1. Понятие о полиневритическом синдроме
2. Дифференциальный диагноз
3. Алгоритм ведения пациента с плекситами и полиневритами на амбулаторном, стационарных этапах
4. Основные ошибки амбулаторного этапа
5. Группы препаратов, которые используются при полиневропатиях и плексопатиях
6. Аутоиммунные полиневропатии.
7. Травматические плексопатии, туннельные невропатии

Хронокарта клинического практического занятия по теме: **«Плекситы и невриты. Полиневропатии»**

	На 7 часов
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	15 мин
Тестирование	30 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание	60 мин

докладов	
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	160 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	30 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	20 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач, перевод текстов, проведение расчетов, подготовка клинических разборов)	Собеседование Проверка заданий Клинические разборы
Участие в научно-исследовательской работе кафедры	Доклады Публикации
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участников
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

Компрессионно-ишемическая невропатия лучевого нерва, патогенез и лечебная тактика.

Повреждение лучевого нерва при переломе плечевой кости в средней трети.

Диабетическая полиневропатия – осложнения.

Цитостатики, которые обладают нейротоксическим эффектом, профилактика полиневропатий.

Основные темы докладов:

Тактика ведения пациентов с диабетической сенсомоторной полиневропатией.

Патогенез интоксикационно-гиповитаминозной полинейропатии.

Критерии диагностики и тактика ведения аутоиммунных полиневропатий

Фонд оценочных средств:

Тесты

ПК-5

- 1) В этиологии поражения плечевого сплетения ведущее значение имеет:
- а) травма
 - б) нейродегенерация
 - в) остеопороз

ПК-5

- 2) При шейной плексопатии периферический парез и анестезия всей руки возникают при:
- а) поражении всего сплетения
 - б) поражении лучевого нерва
 - в) поражении локтевого нерва

ПК-5

- 3) При поражении плечевого сплетения возникают:
- а) атрофии мышц кисти
 - б) гиперрефлексия глубоких рефлексов
 - в) напряжение лестничных мышц

ПК-5

- 4) Снижение карпорадиального и карпоульнарного рефлекса при шейной плексопатии указывает на:
- а) поражение вегетативных волокон
 - б) поражение двигательных волокон
 - в) поражение мышц предплечья

ПК-5

- 5) Гипестезия 4-5 пальцев руки указывает на поражение:
- а) лучевого нерва
 - б) локтевого нерва
 - в) срединного нерва

ПК-5

- 6) К туннельным невропатиям относятся:
- а) мышечно-тонический
 - б) менингеальный
 - в) синдром запястного канала

ПК-5

- 7) Туннельные невропатии возникают вследствие:
- а) компрессионно-ишемической невропатии
 - б) воспалительно-демиелинизирующей невропатии
 - в) нейродегенеративного поражения

ПК-5

- 8) Поясничная плексопатия может возникать при:
- а) опухолевой инфильтрации пояснично-подвздошной мышцы
 - б) наложении жгута на бедро
 - в) переломе плечевой кости

ПК-5

- 9) Полиневропатии – это:
- а) диффузное поражение периферических нервов
 - б) компрессионно-ишемическая невропатия
 - в) травматическая невропатия

ПК-5

- 10) Полиневропатия проявляется:
- а) нарушением чувствительности в дистальных отделах конечностей
 - б) головной болью
 - в) появлением патологических рефлексов

ПК-5

- 11) К возникновению полиневропатии может приводить:
- а) атеросклероз церебральных артерий
 - б) интенсивная физическая нагрузка
 - в) эндокринная патология

ПК-5

- 12) Диабетическая полиневропатия возникает при:
- а) приеме цитостатиков
 - б) злоупотреблении алкоголем и его суррогатами
 - в) сахарном диабете I или II типа

ПК-5

- 13) Паранеопластическая полиневропатия развивается при:
- а) злоупотреблении алкоголем и его суррогатами
 - б) приеме цитостатиков
 - в) онкологических заболеваниях

ПК-5

- 14) Для подтверждения диагноза острая воспалительная (аутоиммунная) демиелинизирующая полиневропатия используется:
- а) клинический анализ крови
 - б) исследование цереброспинальной жидкости
 - в) прозериновая проба

ПК-5

- 15) При диабетической полиневропатии отмечается возникновение:
- а) нарушение функции тазовых органов
 - б) нарушение трофики кожи
 - в) головные боли

ПК-5

- 16) При интоксикационно-гиповитаминозной полиневропатии ведущими факторами патогенеза являются:
- а) гипергликемия
 - б) токсический и алиментарный фактор
 - в) нарушение кровообращения

ПК-5

- 17) При возникновении полиневропатии происходит повреждение:
- а) аксона и миелиновой оболочки
 - б) позвоночного-двигательного сегмента
 - в) мионеврального синапса

ПК-5

- 18) Аутоиммунные полиневропатии относятся к:
- а) воспалительно-демиелинизирующим
 - б) интоксикационно-гиповитаминозным
 - в) нейродегенеративным

ПК-5

- 19) Прогрессирующее течение острых воспалительно-демиелинизирующих полиневропатий может вызывать:
- а) возникновение нарушения дыхания
 - б) возникновению головной боли
 - в) серозного менингита

ПК-5

- 20) Для лечения аутоиммунных полиневропатий используются:
- а) ноотропные препараты
 - б) эфферентные методы лечения
 - в) нейропротекторы

ПК-6

- 21) Для лечения диабетической полиневропатии применяются:
- а) цитостатики
 - б) антибактериальные средства
 - в) витамины группы В, липоевая кислота

ПК-6

- 22) Для лечения паранеопластической полиневропатии используются:
- а) цитостатики
 - б) глюкокортикостероиды
 - в) иммуномодуляторы

ПК-5

- 23) Снижение мышечной силы в кистях и стопах является проявлением:
- а) сенсорной полиневропатии
 - б) моторной полиневропатии
 - в) сенситивной атаксии

ПК-5

- 24) При полиневритическом синдроме:
- а) глубокие рефлексы повышаются
 - б) глубокие рефлексы снижаются или отсутствуют
 - в) выявляются патологические рефлексы

ПК-5

- 25) Нарушение чувствительности при полиневритическом синдроме:
- а) по типу «перчаток» и «носков»

- б) по сегментарному типу
- в) по проводниковому типу

ПК-8

Какие наиболее терапевтические методики ЛФК в клинике нервных болезней?

1. дыхательная гимнастика
2. специальная лечебная гимнастика
3. малоподвижные игры
4. мануальная терапия

Каковы особенности методики ЛФК в клинике нервных болезней?

1. использование в основном пассивных упражнений
2. лечение движением при нарушении функции движения
3. применение ЛФК после стабилизации общего состояния больного
4. упражнения с предметами
5. дыхательные упражнения

Каковы особенности методики ЛФК при спастических парезах?

1. лечение положением
2. применение пассивных упражнений
3. применение активных упражнений
4. упражнения на тренажерах
5. упражнения с отягощением

Каковы особенности методики ЛФК при невритах?

1. применение упражнений с отягощением
2. применение облегченных исходных положений
3. применение в основном дыхательных упражнений
4. применение исходного положения сидя
5. применение упражнений с гантелями

Каковы сроки назначения ЛФК при неврите лицевого нерва?

1. с первых дней заболевания
2. через месяц после начала заболевания
3. после стабилизации общего состояния
4. после стихания болей
5. после выписки из стационара

Какие моменты входят в лечение положением при неврите лицевого нерва?

1. спать на здоровой стороне
2. спать на стороне поражения
3. спать на спине
4. спать на боку
5. спать на животе

ПК-9

При мотивировании пожилого пациента для выполнения врачебных рекомендаций и/или укрепления своего здоровья оптимальным является тип мотивации

1. Консервативный
2. Творческий

Для усиления эффекта мотивирования пациента для выполнения врачебных рекомендаций и/или укрепления своего здоровья оптимальным является тип поощрения (похвалы)

1. При каждом визите к врачу
2. Спонтанный. непредсказуемый

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, необходимо учитывать факторы:

1. Генотипические
2. Психологически
3. Социальные
4. семейно-бытовой статус
5. уровень культуры
6. все перечисленные

ПК-10

Формами оказания медицинской помощи являются

1. экстренная
2. неотложная
3. плановая
4. все перечисленное верно
5. отсроченная

Виды ответственности в медицине за профессиональные правонарушения разделяют на:

1. моральную
2. гражданскую
3. административную (дисциплинарную)
4. уголовную
5. государственную

Заведующий отделением врачей общей практики имеет право привлекать к анализу деятельности отделения:

1. всех работников своего отделения
2. только резерв на выдвижение
3. врачей профильного отделения
4. старшую мед. сестру отделения
5. общественный актив больницы

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

1. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
2. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство; отказ от медицинского вмешательства;

3. получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
4. получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
5. возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
6. Все перечисленное верно

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

1. допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
2. допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения;
3. непосредственное знакомство с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получение консультации по ней у других специалистов;
4. обращение с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии, либо в суд в случаях нарушения его прав.
5. Все перечисленное верно

Контрольные вопросы

1. Определение и сущность полиневропатии и плексопатии; ПК-5
2. Характеристика ведущего синдрома – полиневрита; ПК-5
3. Патогенез различных вариантов полиневропатий и плексопатий; ПК-5
4. Классификация; ПК-5
5. Стратификация риска; ПК-5
6. Лечебные мероприятия. ПК-6

Ситуационные задачи

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

Задача 1.

Мужчина 43 лет, сантехник, утром после сна отметил слабость в правой кисти. Накануне употреблял алкоголь в большом количестве и заснул сразу в конце застолья. При осмотре отмечают слабость разгибателей кисти и пальцев ("висячая кисть"), плечелучевой мышцы, слабость разгибания и отведения большого пальца, снижение всех видов чувствительности в области анатомической табакерки, снижение рефлекса с трехглавой мышцы плеча.

Предварительный клинический диагноз?
Лечение?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

Задача 2.

Мужчина 52 лет после циклевания полов отметил слабость и онемение в стопе. При обследовании отмечаются слабость мышц, обеспечивающих тыльное сгибание стопы, снижение всех видов чувствительности по наружной поверхности голени, тыльной поверхности стопы. Больной не может стоять на пятке правой стопы, ахилловы и коленные рефлексy сохранены.

А. Предварительный клинический диагноз?

Б. Лечение?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

ПК-5, ПК-6

Задача 3.

Мужчина 32 лет жалуется на онемение, жжение, покалывание в стопах, пальцах рук, слабость в ногах, неустойчивость при ходьбе, особенно в темноте. Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 3–4 месяцев. Длительное время злоупотребляет алкоголем. Объективно: слабость до 4-х баллов в дистальных отделах рук и до 3-х баллов в дистальных отделах ног, гипотрофия мышц конечностей с преобладанием в дистальных отделах, отсутствие ахилловых и карпорадиальных рефлексy, снижение всех видов чувствительности по типу "перчаток" и "носков", положительная проба Ромберга, промахивание при выполнении пальценосовой и пяточноколенной проб с закрытыми глазами.

А. Локализация поражения?

Б. Клинический диагноз?

В. Лечение?

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

Задача 4.

Женщина 52 лет жалуется на боли, онемение, жжение, ощущение покалывания в стопах. Эти жалобы беспокоят в течение 4-х месяцев. Страдает инсулин-независимым сахарным диабетом, в течение 3-х лет, принимает манинил, уровень сахара в крови натощак в пределах 8–10 ммоль/л. В неврологическом статусе: снижение болевой и температурной чувствительности по типу "носков", гиперпатия в области стоп, отсутствие ахилловых рефлексy, трофические изменения кожи обеих стоп.

- А. Локализация поражения?
- Б. Клинический диагноз?
- В. Лечение?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

Задача 5.

Женщина 47 лет предъявляет жалобы на слабость в ногах, ощущение онемения в пальцах стоп. Эти жалобы появились шесть месяцев назад и постепенно выросли до такой степени, что больной стало сложно самостоятельно передвигаться. Год назад у больной был диагностирован рак шейки матки, оперирована и по настоящее время находится на диспансерном наблюдении. При обследовании: выраженная гипотония и гипотрофия мышц голени и стоп, мышечная сила снижена в дистальных отделах ног до 2-х баллов, в проксимальных отделах – до 4-х баллов, не вызываются коленные и ахилловы рефлексy, болевая гипестезия с уровня коленных суставов.

Неврологические синдромы

Локализация поражения

Предварительный клинический диагноз?

Лечение и прогноз заболевания?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

а) основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>

б) дополнительная литература:

1. Никифоров А.С., Общая неврология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3385-0 - Режим доступа:
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433850.html>

Электронные фонды учебно-методической документации

1. ЭБС «Консультант студента» Контракт №509/15 –ДЗ от 03.06.2015 с ООО «Политехресурс»