

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ  
Харьковский национальный медицинский университет

*Григорова И.А., Тихонова Л.В., Тесленко О.А.*

**НЕВРОЛОГИЯ**  
**в таблицах, рисунках и схемах**

**учебное пособие для студентов**  
**(издание 11, дополненное)**

**Харьков**  
**ХНМУ**  
**2018**

УДК 616.8(075.8)  
Н40

**Авторы:**

И.А.Григорова, Л.В.Тихонова, О.А.Тесленко, А.А.Григорова, А.Р.Ескин, К.А.Лещенко, Е.К.Резниченко.

**Рецензенты:**

**Мищенко Т.С.** – д.мед.наук., проф. (Харьковский национальный университет им. Каразина)

**Морозова О.Г.** – д.мед. наук, проф. (Харьковская академия последипломного образования)

*Утверждено Ученым Советом ХНМУ. Протокол № 5 от 17.05.21.2018.*

**Н40** И.А.Григорова, Л.В.Тихонова, О.А.Тесленко, А.А.Григорова, А.Р.Ескин, К.А.Лещенко, Е.К.Резниченко. Неврология в таблицах, рисунках и схемах (издание 11, дополненное). Уч. пособие – Харьков: ХНМУ, 2018. – 140 с.

**Аннотация**

Основной целью данного пособия является лаконичное освещение основных особенностей топической диагностики и клинических особенностей заболеваний нервной системы, что дает возможность студентам разных специальностей систематизировать полученные знания по неврологии и более качественно подготовиться к сдаче итоговых занятий и экзаменов.

УДК 616.8(075.8)  
Н40

© Харьковский национальный  
медицинский университет,  
2018  
И.А.Григорова, Л.В.Тихонова,  
О.А.Тесленко, А.А.Григорова,  
А.Р.Ескин, К.А.Лещенко,  
Е.К.Резниченко, 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

Анатомия кортико-мускулярного пути	6
Нарушение произвольных движений	8
Топическая диагностика нарушений произвольных движений	9
Экстрапирамидная система и её патология	10
Мозжечок и его патология	12
Виды атаксий	14
Анатомия путей чувствительности	15
Топическая диагностика нарушений чувствительности	17
Обонятельный нерв	19
Зрительный нерв	21
Глазодвигательный нерв	23
Блоковый и отводящий нервы	25
Тройничный нерв	27
Признаки поражения тройничного нерва	29
Невралгия тройничного нерва	30
Лицевой нерв	31
Признаки поражения лицевого нерва	32
Преддверно-улитковый нерв	34
Черепно-мозговые нервы продолговатого мозга (языкоглоточный, блуждающий, добавочный, подъязычный)	37
Симптомы поражения черепно-мозговых нервов продолговатого мозга (бульбарный и псевдобульбарный синдромы)	41
Нарушение функции вегетативной нервной системы	42
Синдром вегетативной дистонии	46
Синдромы поражения коры головного мозга	47
Основные топические неврологические синдромы	49
Схема исследования больного у врача-невропатолога	50
Головная боль	51
Мигрень	53
Синдром внутричерепной гипотензии	55
Синдром внутричерепной гипертензии	56
Преходящие нарушения мозгового кровообращения	57
Острые нарушения мозгового кровообращения	59
Острые нарушения спинномозгового кровообращения	62
Соматоневрологические синдромы	65
Лучевая и вибрационная болезнь	67
Классификация вертеброгенных неврологических синдромов	68

Неврологические синдромы вертебрального остеохондроза	69
Синдромы цереброспинальной жидкости	70
Менингеальный синдром	71
Менингиты	71
Острый миелит	75
Полиомиелит и полиомиелитоподобные заболевания	77
Энцефалиты	78
Церебральный арахноидит	82
Демиелинизирующие заболевания нервной системы	83
Боковой амиотрофический склероз	84
Эпилепсия	85
Неэпилептические пароксизмальные состояния	88
Детский церебральный паралич	89
Наследственные спиноцеребеллярные атаксии	90
Наследственно-дегенеративные заболевания экстрапирамидной системы	91
Наследственно-дегенеративные нервно-мышечные заболевания	93
Мышечные дистонии	95
Миастения	96
Наследственные нервно-мышечные заболевания	97
Неврозы	99
Классификация невротических расстройств в соответствии с МКБ -10	100
Глоссалгия	101
Неврологические аспекты СПИД	101
Полинейропатии	104
Нейросифилис	105
Сирингомиелия	107
Опухоли головного и спинного мозга	108
Закрытые травмы головного и спинного мозга	109
Симптомы поражения периферических нервов	110
Туннельные нейропатии	113
Нарушение функции тазовых органов	115
Синдром нарушенного сознания	118
Основные клинические признаки вклинения в вырезку намета мозжечка и в большое затылочное отверстие	123
Наиболее широко используемая неврологическая терминология	125
Наиболее часто используемые в неврологии лекарственные средства	135

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Клиническая неврология занимает одно из ведущих мест в современной медицине. Ее бурное развитие, интеграция с другими клиническими дисциплинами, дифференциация на множество самостоятельных научных направлений, сделали эту науку основополагающей в образовании врача любой специальности и значительно расширили ее границы. Большой объем неврологической науки требует умения выделить наиболее важные ее положения. Это задание и легло в основу подготовки и создания данного методического руководства.

Настоящее методическое руководство не ставит задачей заменить учебную и научную литературу, а лишь помогает врачу сориентироваться в широком круге неврологической патологии, выделить наиболее существенную информацию. Работа состоит из таблиц, обобщающих все разделы общей неврологии, а также наиболее частые заболевания нервной системы с позиций их современной трактовки.

В создании и подготовке руководства приняли участие: проф. И.А.Григорова, доц. Л.В.Тихонова, доц. А.Р.Ескин, доц. К.А.Лещенко, доц. А.А.Григорова, доц. О.А.Тесленко, доц. Е.К.Резниченко.

## АНАТОМИЯ КОРТИКО-МУСКУЛЯРНОГО ПУТИ

Импульсы произвольных движений идут по двухнейронному кортико-мускулярному пути, состоящему из центрального и периферического двигательного нейрона.

<b>Центральный (1-й) нейрон</b>	
Кортико-спинальный путь	Кортико-нуклеарный путь
Начинается в верхних и средних отделах передней центральной извилины (клетки Беца)	Начинается в нижних отделах прецентральной извилины (клетки Беца)
Формирует передние 2/3 заднего бедра внутренней капсулы	Формирует колено внутренней капсулы
Пройдя по длиннику ствола мозга, в продолговатом мозге 80-85% волокон пирамидного пути переходят на противоположную сторону (перекрест пирамид)	В стволе мозга аксоны 1-го нейрона подходят к двигательным ядрам черепно-мозговых нервов на своей и противоположной сторонах (кроме нижней части ядра VII и ядра XII пар ЧМН, которые иннервируются только с противоположной стороны)
Далее аксоны 1-го нейрона идут в боковых столбах спинного мозга (tractus corticomuscularis lateralis), сегментарно заканчиваются на клетках переднего рога. Неперекрещенная часть волокон (15-20%) проходит по своей стороне в передних столбах спинного мозга ((tractus corticomuscularis anterior) и заканчивается на двигательных клетках переднего рога	
<b>Периферический (2-й) нейрон</b>	
Начало периферического нейрона- передние рога спинного мозга (двигательные клетки)	Двигательные ядра черепно-мозговых нервов (III, IV, V, VI, VII, IX, X, XI, XII пары ЧМН)
Передние корешки → общий корешок → нервные сплетения → периферические нервы → мышцы	Глазодвигательные, жевательные, мимические мышцы, мышцы глотки, гортани и языка

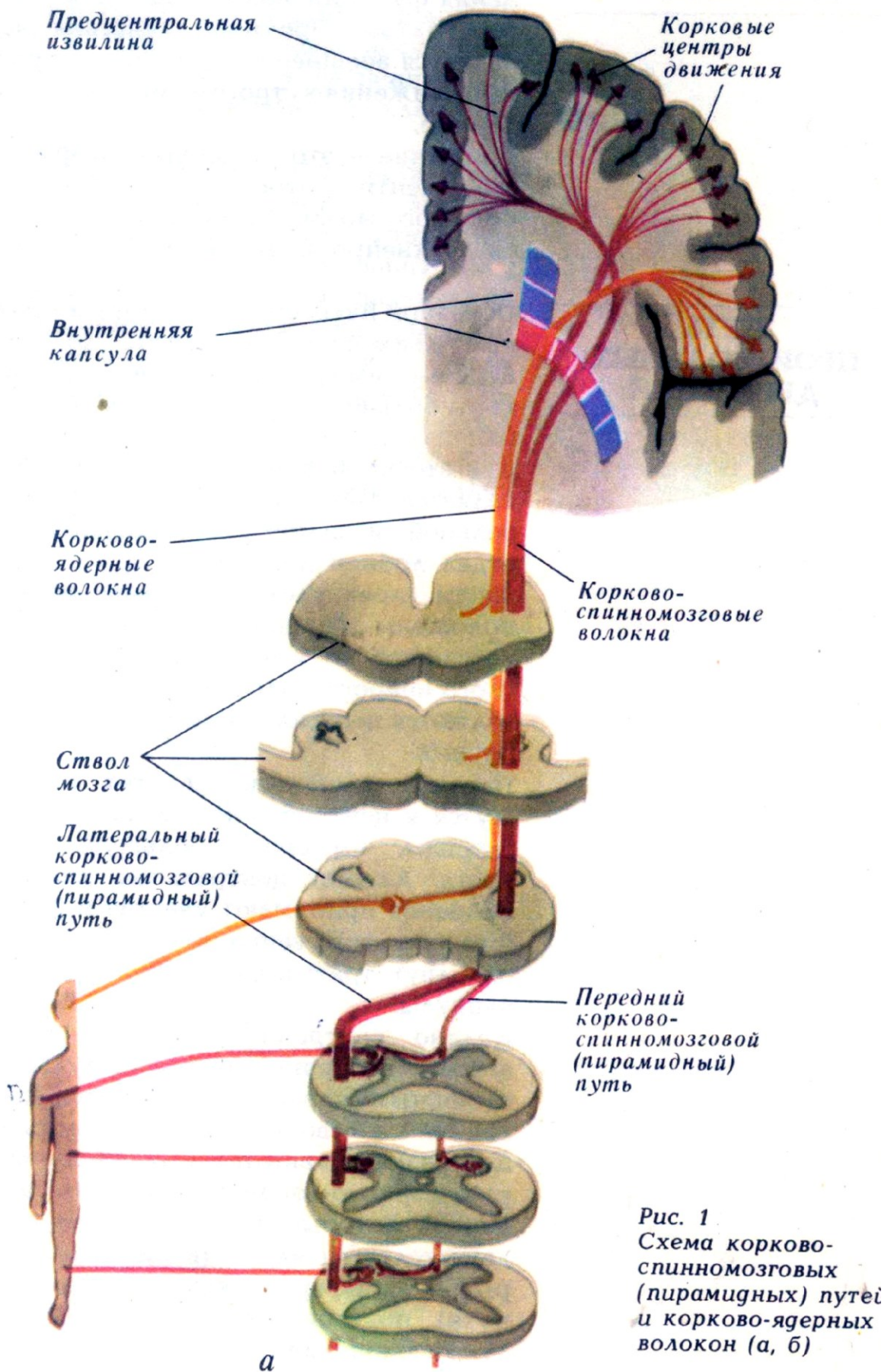


Рис. 1  
Схема корково-спинномозговых (пирамидных) путей и корково-ядерных волокон (а, б)

Рисунок 1. Анатомия кортико-мышечного пути

## НАРУШЕНИЕ ПРОИЗВОЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ (ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОРТИКО-МУСКУЛЯРНОГО ПУТИ)

### ПАРАЛИЧИ, ПАРЕЗЫ

Вид паралича	Центральный (спастический)	Периферический (атрофический)
Когда бывает	При поражении 1-го, т.е. центрального нейрона (корково-спинального пути)	При поражении 2-го, т.е. периферического нейрона (передний рог, корешок, сплетения, нервы)
Патогенез	Выключение тормозных влияний вышерасположенных отделов на спинной мозг, проявление спинально-стволовых автоматизмов	Нарушение целостности спинальных рефлекторных дуг и выпадение трофических влияний передних рогов на мышцы
Признаки (симптомы) Параличей	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Спастическая гипертония мышц в сгибателях руки и разгибателях ноги с появлением симптома «складного ножа»</li> <li>- Гиперрефлексия сухожильных (глубоких) рефлексов</li> <li>- Снижение или исчезновение кожных брюшных и подошвенных (поверхностных) рефлексов</li> <li>- Патологические рефлексы (Бабинского, Россолимо, Оппенгейма, Гордона, Шеффера)</li> <li>- Защитные рефлексы</li> <li>- Клонусы</li> <li>- Патологические синкинезии</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Гипо (а-)трофия мышц</li> <li>-Гипотония мышц</li> <li>-Гипо (а-)рефлексия</li> <li>-Реакция перерождения (изменение электровозбудимости мышц)</li> <li>-Электромиография: выраженное снижение СПИ, уменьшение амплитуды ПД поражённого нерва и М-ответа иннервируемых им мышц</li> </ul>

## ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ПРОИЗВОЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ

(Синдромы поражения кортико-мускулярного пути на различных уровнях)

Уровни поражения		Синдромы двигательных нарушений:
Передняя центральная извилина коры головного мозга		1. Синдром выпадения функции: центральный монопарез на противоположной очагу стороне 2. Синдром раздражения: джексоновская моторная эпилепсия
Внутренняя капсула		Центральный гемипарез(плегия) с центральным парезом лицевого и подъязычного нервов на противоположной очагу стороне
Ствол головного мозга		Альтернирующие (перекрестные) параличи: поражение черепного нерва на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной очагу стороне
Спинной мозг (весь поперечник)	Выше шейного утолщения (C <sub>1</sub> -C <sub>4</sub> )	Центральный тетрапарез со сфинктерными расстройствами
	Шейное утолщение (C <sub>5</sub> -Th <sub>1</sub> )	Смешанный тетрапарез: в руках - периферический, в ногах - центральный со сфинктерными расстройствами
	Грудной отдел	Нижний центральный парапарез со сфинктерными расстройствами
	Поясничное утолщение (L <sub>2</sub> -S <sub>1</sub> )	Нижний периферический парапарез со сфинктерными расстройствами
	Эпиконус	Сфинктерные расстройства
Передний рог спинного мозга.		Сегментарные периферические параличи с фасцикулярными подергиваниями на стороне очага и без расстройств чувствительности
Передний корешок		Сегментарные периферические параличи на стороне очага, без расстройств чувствительности, могут быть фасцикулярные подергиваниями, фибрилляции при электромиографическом исследовании
Периферический нерв		Периферические параличи с расстройством чувствительности в зоне иннервации данного нерва

## ЭКСТРАПИРАМИДНАЯ СИСТЕМА И ЕЕ ПАТОЛОГИЯ (нарушение произвольных движений)

Эволюционные образования	Неостриатум (более молодые)	Палеостриатум (более древние)
Структурные образования	1. Хвостатое ядро 2. Скорлупа 3. Миндалевидное тело 4. Ограда	1. Бледный шар 2. Черная субстанция 3. Красное ядро
		А также: а) люисово тело (эпиталамус) б) верхние отделы ретикулярной формации в) четверохолмие г) ядро Даршкевича д) голубое пятно е) вестибулярные ядра ж) нижняя олива
Патогенез	Дисфункция дофаминергических, серотонинергических и других нейротрансмиттерных систем	Уменьшение количества дофамина в нигростриарных нейронах, уменьшение чувствительности дофаминовых рецепторов, повышение активности хвостатого ядра
Синдромы поражения	1. Гиперкинетический синдром: - атетоз - хорей - гемибаллизм - тики 2. Гипо- или дистонический синдром: - синдромы мышечных дистоний (см. отдельный раздел)	Гипокинетически - гипертонический синдром (синдром паркинсонизма): 1. Гипокинезия («маскообразное лицо», «поза сгибателей», ахейрокинез, шаркающая походка) 2. Пластическая ригидность мышц - равномерное повышение тонуса во всех группах мышц с синдромом «зубчатого колеса» 3. Статический тремор (головы – по типу «да-да», «нет-нет», кистей – по типу «катания пилюль», «счёта монет») 4. Постуральная неустойчивость (пульсии)

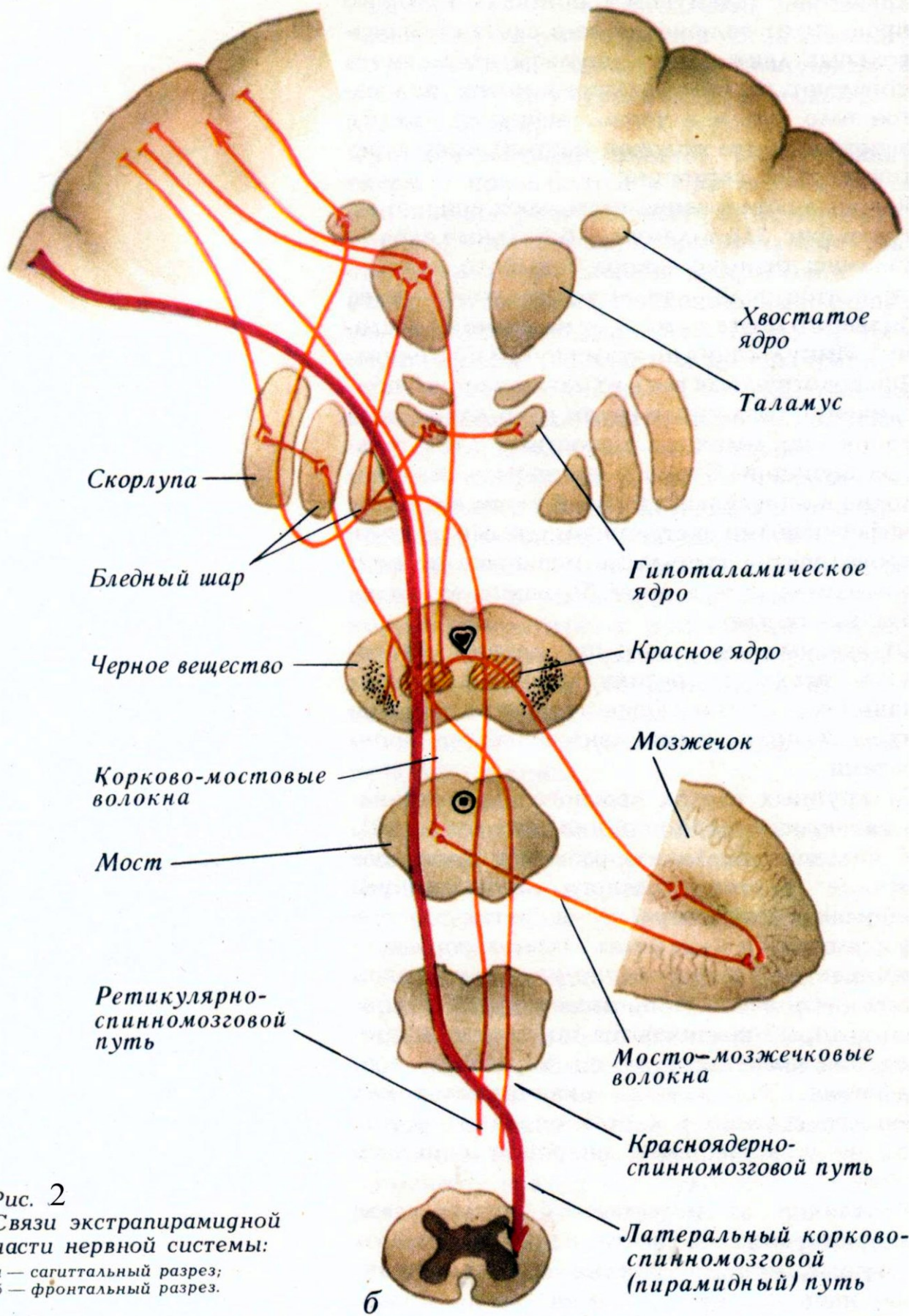


Рис. 2  
Связи экстрапирамидной  
части нервной системы:  
а — сагиттальный разрез;  
б — фронтальный разрез.

Рисунок 2. Экстрапирамидная система и ее связи

## МОЗЖЕЧОК И ЕГО ПАТОЛОГИЯ

Мозжечок - орган равновесия, координации и поддержания мышечного тонуса

<b>Структурные Образования</b>	<b>червь</b> (филогенетически более древняя часть)	<b>полушария</b> (филогенетически более молодые)	<b>ядра</b> (расположены в белом веществе полушарий) -зубчатое -шаровидное -пробковидное -ядро шатра
регулирует	преимущественно статику	преимущественно координацию	
<b>Связи мозжечка с различными отделами нервной системы</b>			
<b>нижние ножки</b> (веревчатые тела) - соединяют гомолатерально спинной мозг с мозжечком через продолговатый мозг	<b>средние ножки</b> – соединяют гетеролатерально кору головного мозга с мозжечком через варолиев мост.	<b>верхние ножки</b> – соединяют мозжечок гомолатерально со спинным мозгом через красные ядра и с экстрапирамидной системой и ретикулярной формацией ствола через зрительный бугор	
<b>Включают:</b>			
-задний спинно-мозжечковый путь (Флексига) -волокна от тонкого и клиновидного ядер, олив, ядер преддверно-улиткового, тройничного и блуждающего нервов, ретикулярной формации	- лобно-мосто-мозжечковый путь  - теменно-височно-затылочно-мозжечковый путь	- передний спинно-мозжечковый тракт (Говерса)  - красоядерно-спинномозговой (Монакова)  - преддверно-спинномозговой путь  - ретикулярно-спинномозговой путь	
<b>Синдромы поражения</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- статическая атаксия (при выполнении пробы Ромберга отклонение в сторону очага поражения)</li> <li>- динамическая атаксия (нарушение походки, интенционный тремор и мимопадание при выполнении пальце-носовой и коленно-пяточной проб)</li> <li>- скандированная речь (замедленная, по слогам, отрывистая)</li> <li>- нистагм</li> <li>- изменение почерка (макрография)</li> <li>- гипотония мышц</li> <li>- адиадохокинез</li> <li>- асинергия, дисметрия</li> </ul>		

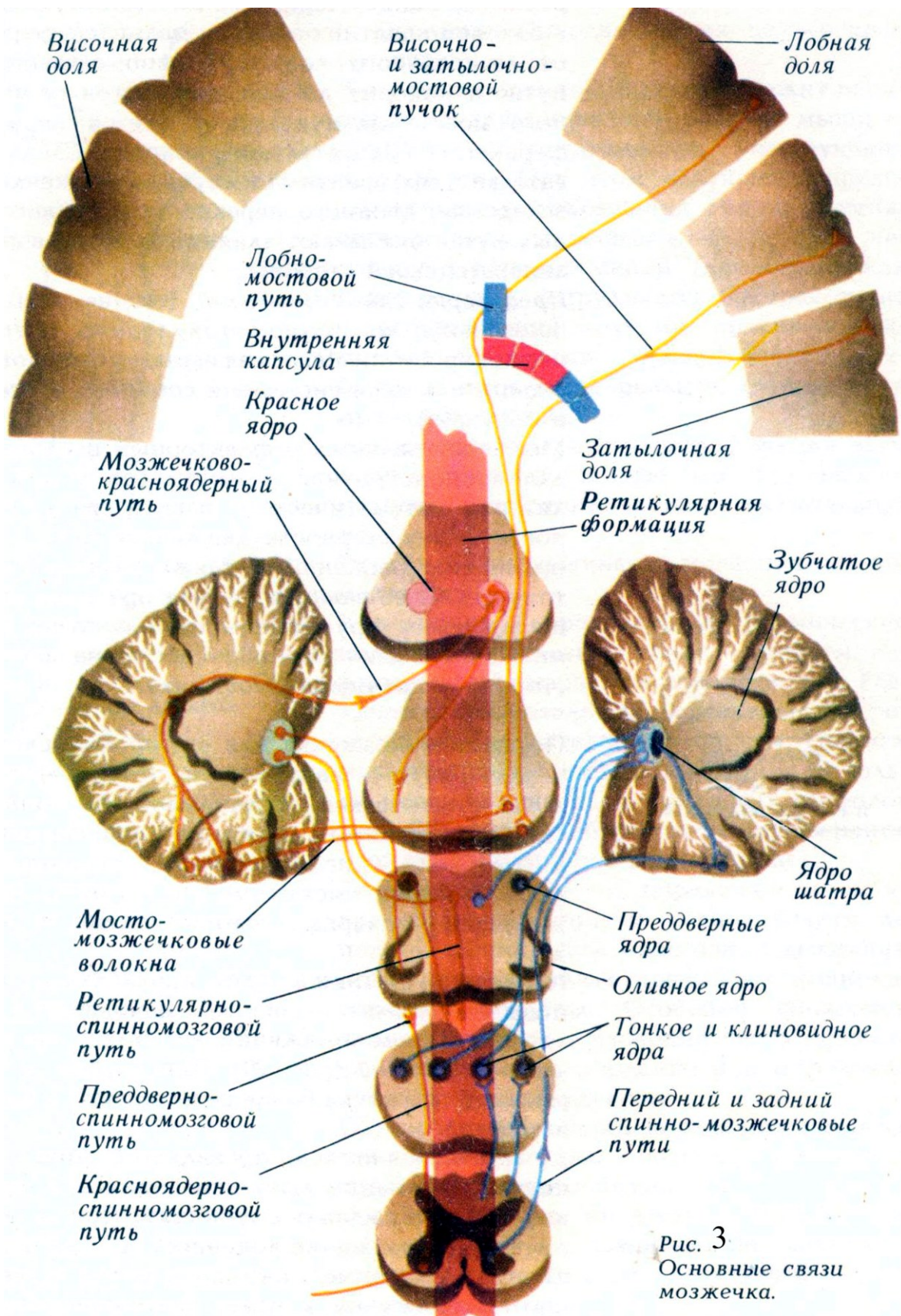


Рис. 3  
Основные связи  
мозжечка.

Рисунок 3. Мозжечок и его связи.

## ВИДЫ АТАКСИЙ

<b>Сенситивная</b>	<b>Мозжечковая</b>
<p>При поражении задних столбов спинного мозга (заднестолбовая), множественном поражении периферических нервов (полиневритическая), зрительного бугра (таламическая):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- появление "штампующей походки" в результате нарушения мышечно-суставного чувства</li> <li>- усиление симптоматики при отсутствии зрительного контроля</li> </ul>	<p>При поражении мозжечка и его путей (статическая и динамическая):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- в пробе Ромберга отклонение или падение в сторону очага поражения</li> <li>- "мозжечковая походка" – шатающаяся походка с широко расставленными ногами</li> <li>- нистагм</li> <li>- скандированная речь</li> <li>- интенционный тремор</li> <li>- мышечная гипотония</li> <li>- дисметрия, асинергия Бабинского</li> <li>- относительно малое влияние контроля зрения на выраженность симптомов</li> </ul>
<b>Вестибулярная</b>	<b>Корковая</b>
<p>При поражении вестибулярного аппарата и ядер VIII пары ЧМН:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- появление системного головокружения</li> <li>- нистагм</li> <li>- парасимпатические реакции (тошнота, рвота, изменение ЧСС, АД, цвета кожи)</li> <li>- усиление симптоматики при резких движениях головы</li> <li>- повышенная возбудимость вестибулярного аппарата (по данным калорических тестов)</li> <li>- нарушение слуха на стороне поражения</li> </ul>	<p>При поражении коры и корково-мозжечковых путей:</p> <p>в пробе Ромберга отклонение или падение в сторону, противоположную очагу поражения, неустойчивость при ходьбе, особенно при поворотах</p> <p>В сочетании с:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- изменением психики, хватательный рефлекс (лобная доля)</li> <li>- нарушением обоняния (височная доля)</li> <li>- появлением гомонимной гемианопсии (затылочная доля)</li> <li>- слуховыми и обонятельными галлюцинациями (височно - затылочная область)</li> </ul>

## АНАТОМИЯ ПУТЕЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

Импульсы чувствительности идут от экстеро- и проприорецепторов по трех-нейронным путям поверхностной и глубокой чувствительности

Пути поверхностной чувствительности	Пути глубокой чувствительности
<p><b>1-й нейрон</b> - спинномозговые ганглии (биполярные клетки). Дендриты образуют периферические нервы, идут к экстерорецепторам; аксоны - задние корешки, идут к задним рогам</p>	<p><b>1-й нейрон</b> - спинномозговые ганглии (биполярные клетки). Дендриты образуют периферические нервы, идут к проприорецепторам. Аксоны, формируя задние корешки, направляются в задние столбы своей стороны образуя пути Голля и Бурдаха, которые в соответствии с законом эксцентрического расположения длинных путей проводят импульсы от нижней части тела тонкий пучок Голля, а с уровня Th<sub>vi</sub> с латеральной стороны к нему прилегает клиновидный пучок Бурдаха от верхней части тела.</p>
<p><b>2-й нейрон</b> - задние рога спинного мозга. Далее через белую спайку аксоны косо, на 2-3 сегмента выше, переходят на противоположную сторону и идут в составе боковых столбов (спинно-таламический путь: передний - проведение болевой и температурной чувствительности, боковой - тактильной). Проходят ствол мозга, входят в состав медиальной петли</p>	<p><b>2-й нейрон</b> - ядра Голля и Бурдаха в продолговатом мозге. Далее аксоны переходят на противоположную сторону, входят в состав медиальной петли</p>
<p><b>3-й нейрон</b> - вентро-латеральное ядро таламуса. Далее аксоны проходят заднюю треть заднего бедра внутренней капсулы в составе таламокортикального пучка и в виде лучистости направляются в теменную долю и оканчиваются в верхних и средних отделах задней центральной извилины</p>	<p><b>3-й нейрон</b> - вентро-латеральное ядро таламуса. Далее аксоны проходят заднюю треть заднего бедра внутренней капсулы и оканчиваются в верхних и средних отделах задней центральной извилины</p>

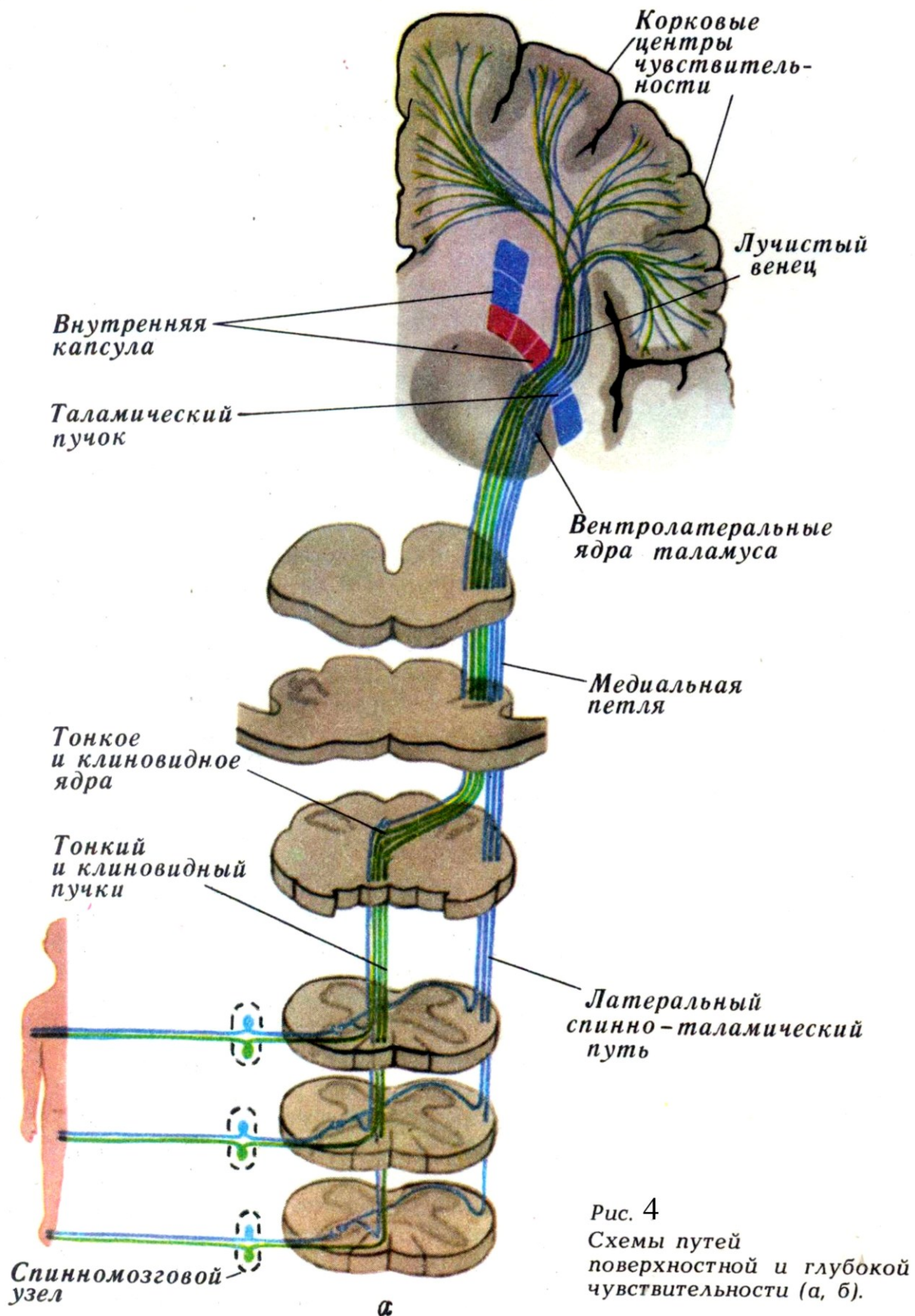


Рисунок 4. Анатомия путей чувствительности.

## ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

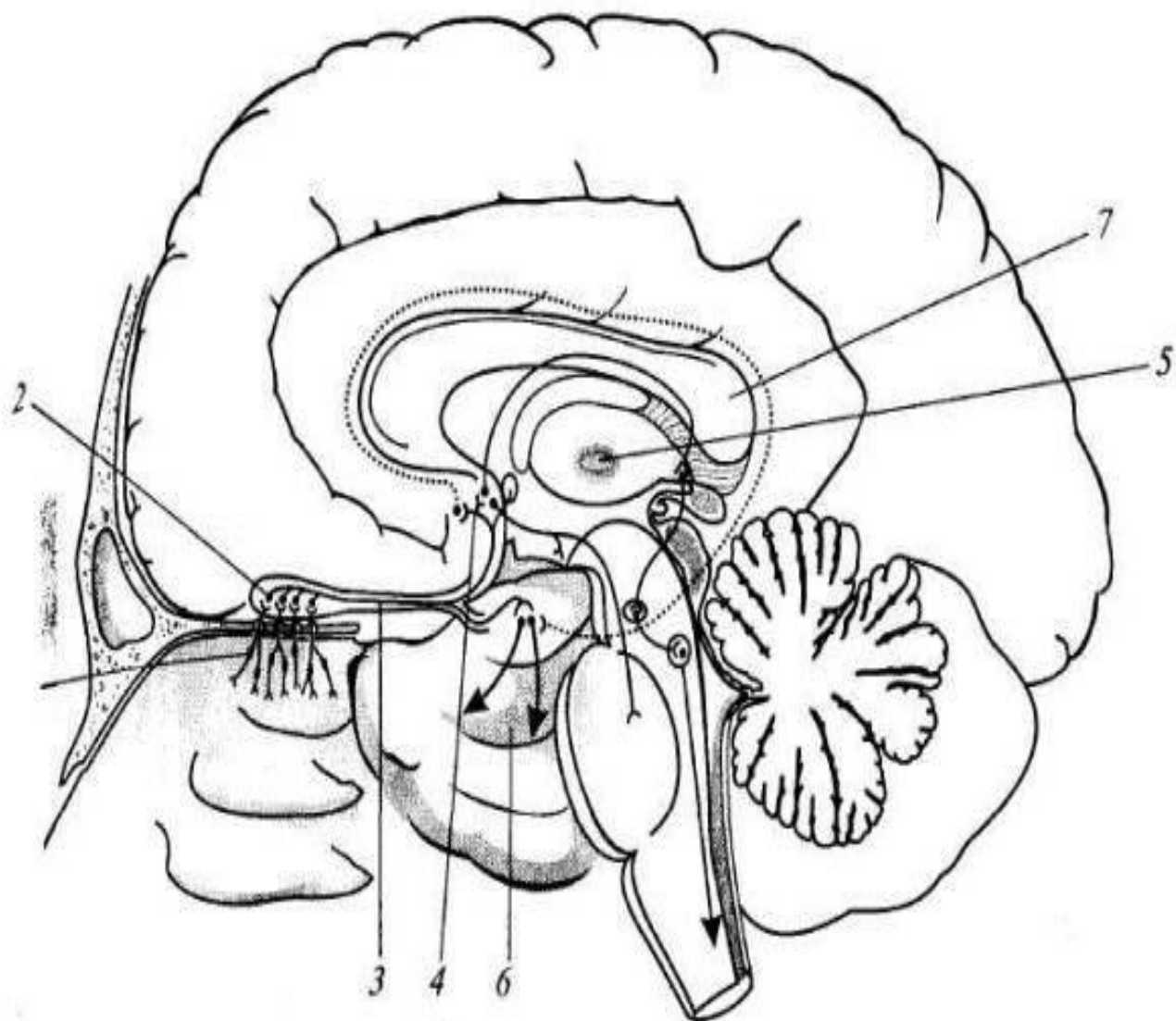
<b>Синдромы поражения:</b>	<b>Клинические признаки</b>
Периферического нерва	Нарушение всех видов чувствительности в зоне иннервации, боль, парестезии
Межпозвоночного ганглия	Сегментарная анестезия; боль, герпетические высыпания на стороне поражения по ходу периферического нерва
Заднего корешка	Сегментарная анестезия, боль и симптомы натяжения на стороне поражения (Вассермана, Лассега)
Заднего рога	Сегментарно-диссоциированные нарушения чувствительности (нарушение болевой и температурной чувствительности при сохранении глубоких видов чувствительности)
Бокового столба спинного мозга	Анестезия поверхностных видов чувствительности на противоположной стороне на 2 - 3 сегмента ниже очага поражения
Заднего канатика	Проводниковые нарушения глубокой чувствительности с уровня очага поражения; сенситивная атаксия на стороне очага
Медиальной петли ствола мозга	Гемианестезия, гемиатаксия на противоположной очагу стороне
Спинной мозг (половина поперечника)	Синдром Броун-Секара: двигательные нарушения и нарушения глубокой чувствительности на стороне очага, расстройства поверхностной чувствительности на противоположной стороне (по проводниковому типу)
Зрительного бугра	Гемианестезия, гемианопсия, гемиатаксия, таламические боли на противоположной очагу стороне
Внутренней капсулы	Гемианестезия, гемианопсия, гемиатаксия и гемиплегия (парез) на противоположной очагу стороне
Лучистого венца	В зависимости от размещения очага чаще моноанестезия на противоположной стороне
Задней центральной извилины (коры мозга)	Моноанестезии, при раздражении – приступы сенсорной джексоновской эпилепсии на противоположной очагу стороне

<b>ВИДЫ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ:</b>		
1. Поверхностная 1.1 болевая 1.2 тактильная 1.3 температурная (холодовая, тепловая)	2. Глубокая 2.1 мышечно-суставная 2.2 вибрационная 2.3 чувство давления 2.4 чувство массы 2.5 кинестезия	3. Сложная 3.1 дискриминационная 3.2 стереогностическая 3.3 двумерно-пространственная 3.4. чувство локализации
<b>Типы расстройств чувствительности:</b> 1. Мононевритический 2. Полиневритический 3. Корешковый 4. Сегментарно – диссоциированный 5. Проводниковый	<b>Виды расстройств чувствительности:</b> 1. Анестезия 3. Гиперпатия 5. Полиестезия 7. Дизестезия 8. Аллохейрия	
		1 Гиперестезия 2. Гипестезия 4. Парестезия 6. Синестезия

## I ПАРА – ОБОНЯТЕЛЬНЫЙ НЕРВ

n. olphactorius (чувствительный)

Структурные образования	Основные составные части обонятельных путей		Симптомы поражения
1. Обонятельные рецепторы 2. Биполярные клетки 3. Обонятельные пути	1-й нейрон (в слизистой оболочке носа)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Гипосмия</li> <li>- Аносмия</li> <li>- Гиперосмия</li> <li>- Дизосмия</li> </ul> Дифференцировать с нарушениями обоняния не неврологического генеза:
1. Обонятельная луковица 2. Обонятельный тракт	2-й нейрон (на основании лобных долей)		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Респираторные</li> <li>➤ При беременности</li> <li>➤ При отравлении химическими веществами</li> <li>➤ При психозах</li> </ul>
1. Обонятельный треугольник 2. Прозрачная перегородка 3. Передняя продырявленная субстанция 4. Пути под и над мозолистым телом, частично переходящие на противоположную сторону	3-й нейрон (первичные подкорковые обонятельные центры)	При одностороннем поражении расстройства обоняния не проявляются, т.к. их функция компенсируется центром противоположной стороны	
1. Гиппокамп 2. Ункус 3. Зубчатая извилина 4. Аммонов рог	Кортикальный обонятельный центр (височные доли мозга)		1. Обонятельные галлюцинации (синдром раздражения) 2. Обонятельная агнозия (синдром выпадения)



Обонятельный анализатор (схема):

- 1 - обонятельный эпителий, биполярные обонятельные клетки;
- 2 - обонятельная луковица;
- 3 - обонятельный тракт;
- 4 - первичные обонятельные центры;
- 5 - зрительный бугор;
- 6 - корковый обонятельный центр;
- 7 - мозолистое тело.

Рисунок 5. Анатомия обонятельного нерва.

## II ПАРА - ЗРИТЕЛЬНЫЙ НЕРВ

n. opticus (чувствительный)

### ОТДЕЛЫ:

1. Периферический: палочки и колбочки → биполярные клетки → ганглиозные клетки → собственно нерв → хиазма → зрительный тракт
2. Центральный: латеральные колленчатые тела, верхние бугры четверохолмия, подушка зрительного бугра (подкорковые центры) пучок Грасолье (зрительная лучистость) → шпорная борозда затылочной доли (корковый анализатор)

Уровни поражения	симптомы поражения
Нерв	амавроз, амблиопия прямая зрачковая арефлексия при неизменной содружественной реакции, атрофия соска зрительного нерва
Хиазма	битемпоральная или биназальная гемианопсия утрачена гемианоптическая реакция зрачка атрофия соска зрительного нерва
Тракт	контралатеральная гомонимная гемианопсия утрачена гемианоптическая реакция зрачка атрофия соска зрительного нерва
Зрительный бугор	контралатеральная гомонимная гемианопсия гемиатаксия гемианестезия
Внутренняя капсула	гомонимная гемианопсия центральная гемиплегия (поза Вернике-Манна) гемианестезия гемиатаксия поражение VII и XII ЧМН по центральному типу
Пучок Грасиолье	квадрантная гемианопсия отрицательная скотома
Кора затылочной доли	квадратная гемианопсия сложные зрительные галлюцинации – макро-, микропсии метаморфозии (раздражение затылочно-теменно-височной области) простые зрительные галлюцинации – фотопсии (раздражение области шпорной борозды), зрительная агнозия

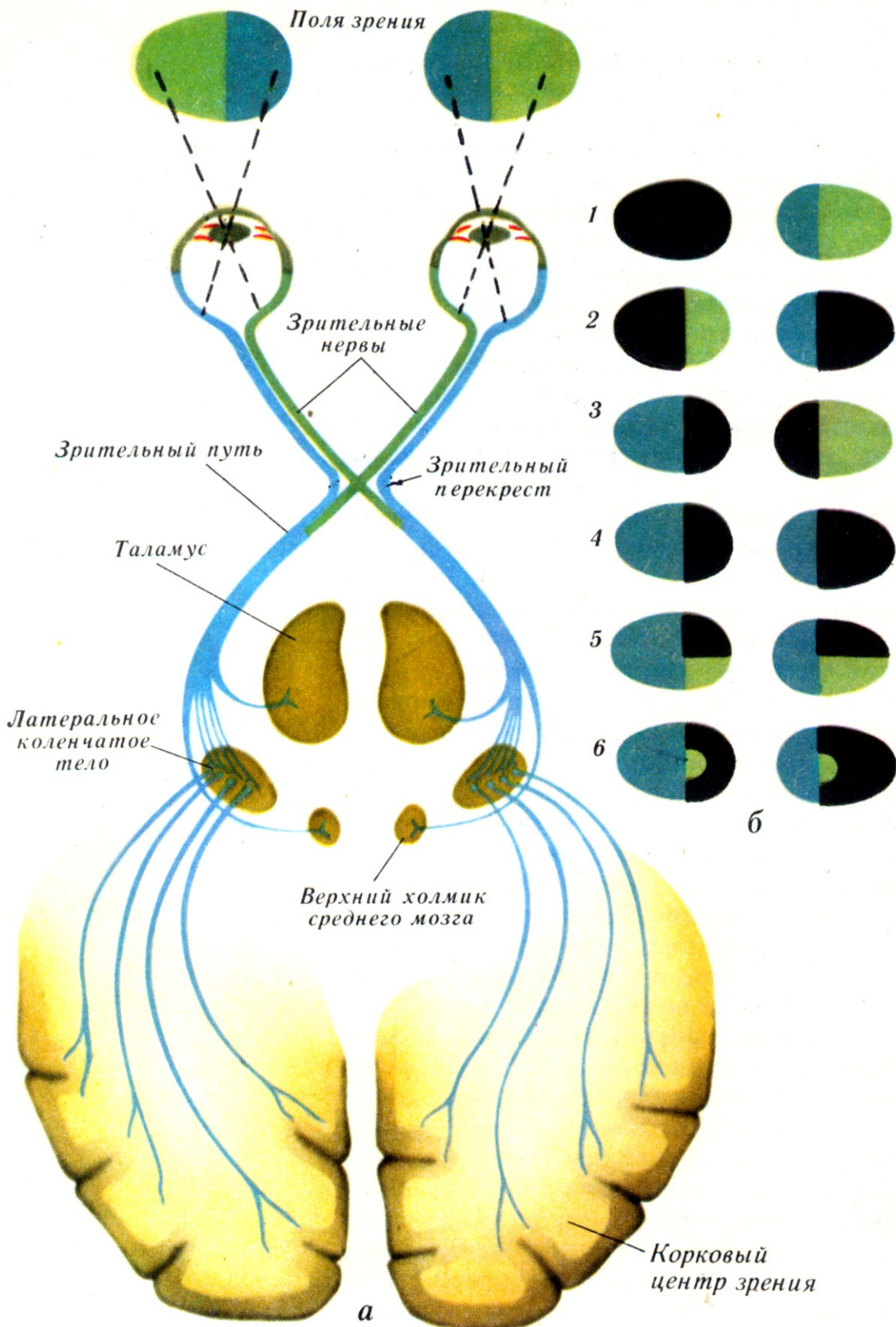


Рис. 6 . Зрительный нерв (а); нарушение зрения (б);  
 амавроз (1); гемианопсия — битемпоральная (2); биназальная (3); одноименная (4);  
 квадрантная (5); корковая (6).

Рисунок 6. Зрительный нерв

**III ПАРА - ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫЙ НЕРВ**  
n. oculomotorius (смешанный)

Ядра	Расположены на уровне верхних бугорков четверохолмия на дне сильвиева водопровода (верхний ствол – ножки мозга)		
	Двигательные (парные крупноклеточные)	Парасимпатические (мелкоклеточные)	
		Якубовича-Эдингера - Вестфала (парные)	Перлиа (непарное)
Место выхода на основании мозга	у переднего края моста между ножками мозга		
Иннервируемые мышцы	Поднимающая верхнее веко Верхняя прямая Нижняя прямая Медиальная прямая Нижняя косая	Суживающая зрачок	Ресничная
Симптомы поражения	- Птоз - Отсутствие произвольных движений глазного яблока кверху, кнутри и книзу - Расходящееся косоглазие - Диплопия	- Мидриаз - Отсутствие реакции зрачка на свет	- Паралич аккомодации
Поражение ядер нерва (мозгового ствола)	Признаки поражения глазодвигательного нерва на стороне очага Центральный гемипарез на противоположной очагу стороне (альтернирующий синдром Вебера)		

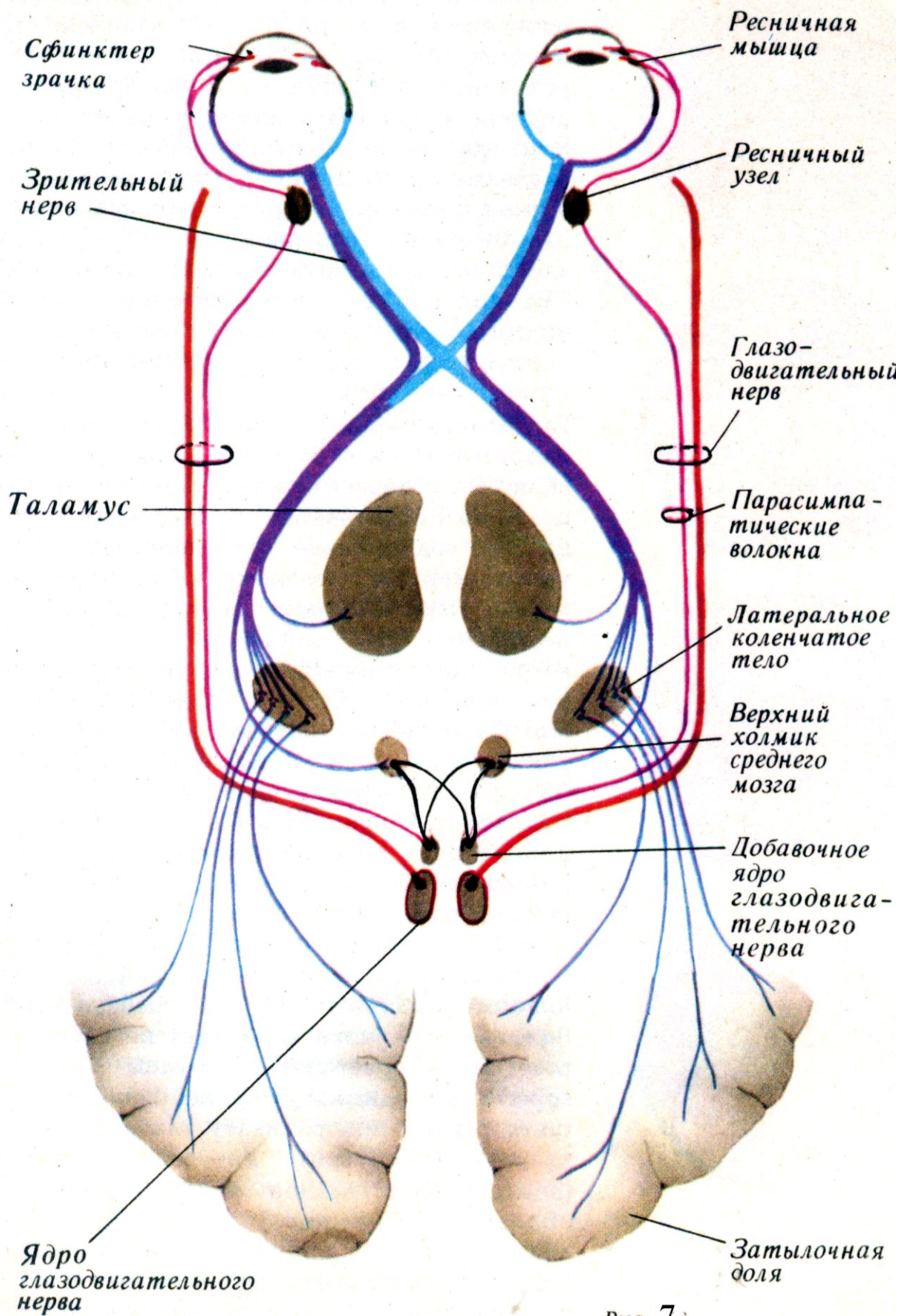


Рис. 7.  
Глазодвигательный нерв.

Рисунок 7. Глазодвигательный нерв

## БЛОКОВЫЙ И ОТВОДЯЩИЙ НЕРВЫ

Уровень поражения	IV пара – блоковый нерв n. trochlearis (двигательный)	VI пара – отводящий нерв n.abducens (двигательный)
Ядра	Расположены на уровне нижних бугорков четверохолмия (ножки мозга)	Расположены на дне ромбовидной ямки в дорсальном отделе варолиевого моста
Место выхода на основании мозга	Сбоку от уздечки верхнего мозгового паруса, потом огибает ножку мозга с латеральной стороны	Между мостом и пирамидной продолговатого мозга
Иннервируемые мышцы	Верхняя косая	Латеральная прямая
Синдромы поражения нерва	Сходящееся косоглазие Двоение при взгляде вниз	Сходящееся косоглазие Отсутствие произвольных движений при взгляде кнаружи Двоение при взгляде вдаль
Поражение ядер (мозгового ствола)	Признаки поражения нерва на стороне очага В сочетании с центральным гемипарезом на противоположной очагу стороне	Признаки поражения нерва на стороне очага В сочетании с центральным гемипарезом на противоположной очагу стороне и периферической нейропатией лицевого нерва (синдром Фовилля)

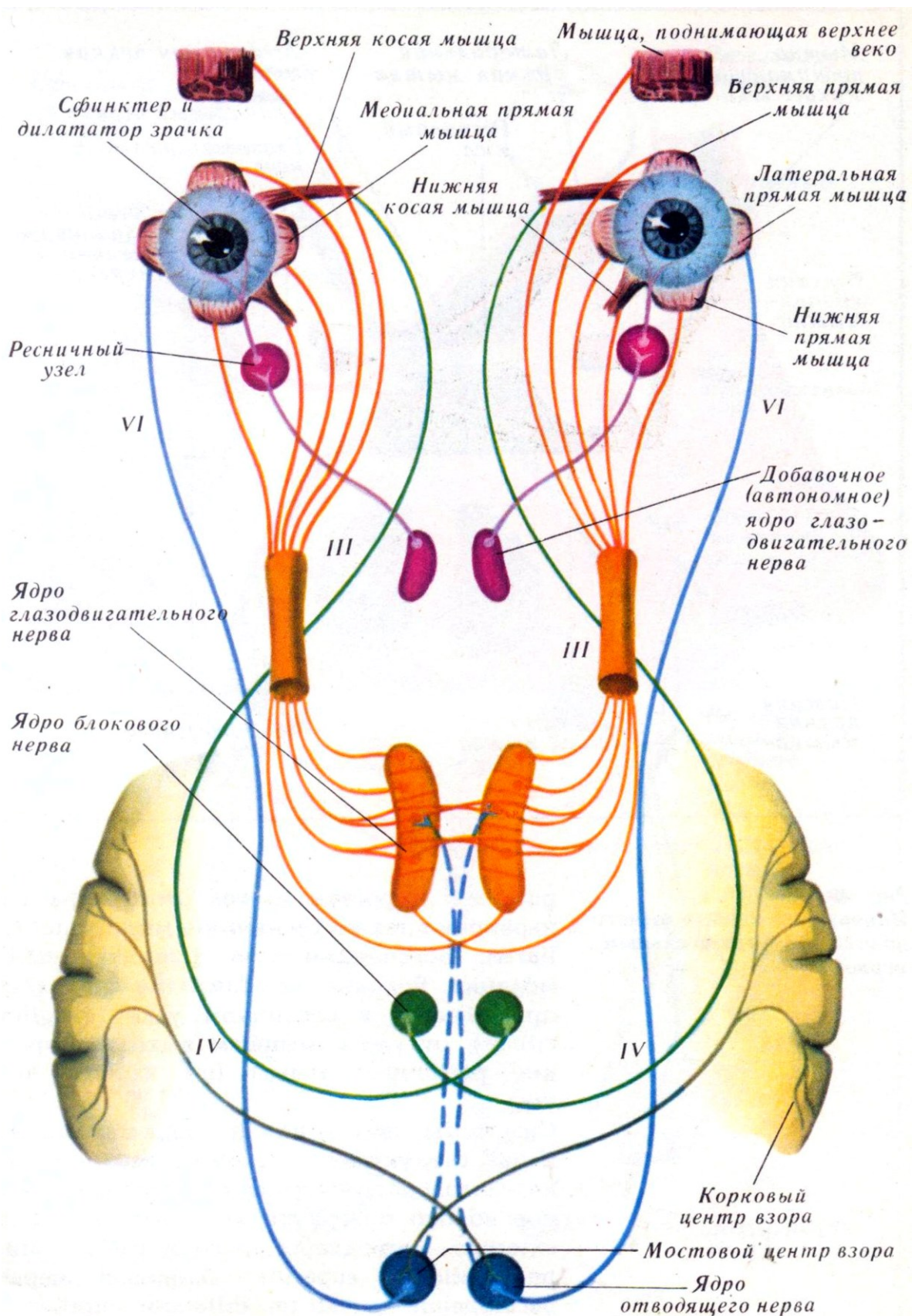


Рис. 8. Иннервационная взаимосвязь мышц глаза.

Рисунок 8. Иннервация мышц глаза.

## V ПАРА - ТРОЙНИЧНЫЙ НЕРВ

n. trigeminalis (смешанный нерв)

<p>Ветви нерва и зоны их иннервации</p>	<p><b>I – глазной нерв;</b> n. ophthalmicus иннервирует кожу лба, верхнего века, переднюю волосяную часть головы, внутренний угол глаза, спинку носа, конъюнктиву и роговицу глаза, твердую мозговую оболочку</p>	<p><b>II - верхнечелюстной нерв;</b> n. maxillaris иннервирует область верхней челюсти, в том числе зубы, крыло носа, нижнее веко, верхнюю губу, слизистую оболочку носа, мягкого и твердого неба, миндалина, твердую мозговую оболочку</p>	<p><b>III - нижнечелюстной нерв,</b> n. mandibularis, смешанная ветвь; чувствительные волокна иннервируют кожу нижней челюсти, нижнюю губу, переднюю часть ушной раковины, слухового прохода, слизистую щеки, нижней челюсти, в т.ч. зубы, слизистую оболочку языка, твердую мозговую оболочку. Двигательные волокна иннервируют жевательные мышцы (височная, жевательная, латеральная и медиальная крыло-видные), челюстно-подъязычную и переднее брюшко двубрюшной мышцы, мышцу, натягивающую барабанную струну</p>
<p>Место входа - выхода из черепа</p>	<p>Верхняя глазничная щель - надглазничная вырезка</p>	<p>Круглое отверстие - подглазничный канал</p>	<p>Овальное отверстие – подбородочное отверстие</p>
<p>I нейрон</p>	<p>Тройничный узел: расположен в тройничной полости (расщепление твердой мозговой оболочки в области тройничного вдавления на передней поверхности пирамиды височной кости)</p>		
<p>II нейрон</p>	<p>Чувствительные ядра: ядро спинномозгового пути – от уровня верхних холмиков пластинки крыши черех весь ствол мозга до CII (поверхностная чувствительность), ядра среднемозгового пути (глубокая чувствительность), ядро моста тройничного нерва – на границе верхней и средней трети моста (тактильная чувствительность) Двигательное ядро тройничного нерва – расположено в задней части моста (покрышка)</p> <p>Волокна второго нейрона пересекают среднюю линию (lemniscus trigeminalis), соединяясь с медиальной петлей (lemniscus medialis), в составе которой достигают зрительного бугра</p>		
<p>III нейрон</p>	<p>Вентро-латеральные ядра таламуса. Волокна третьего нейрона проходят через заднюю часть заднего бедра внутренней капсулы и оканчиваются в нижних отделах задней центральной извилины (теменная доля)</p>		

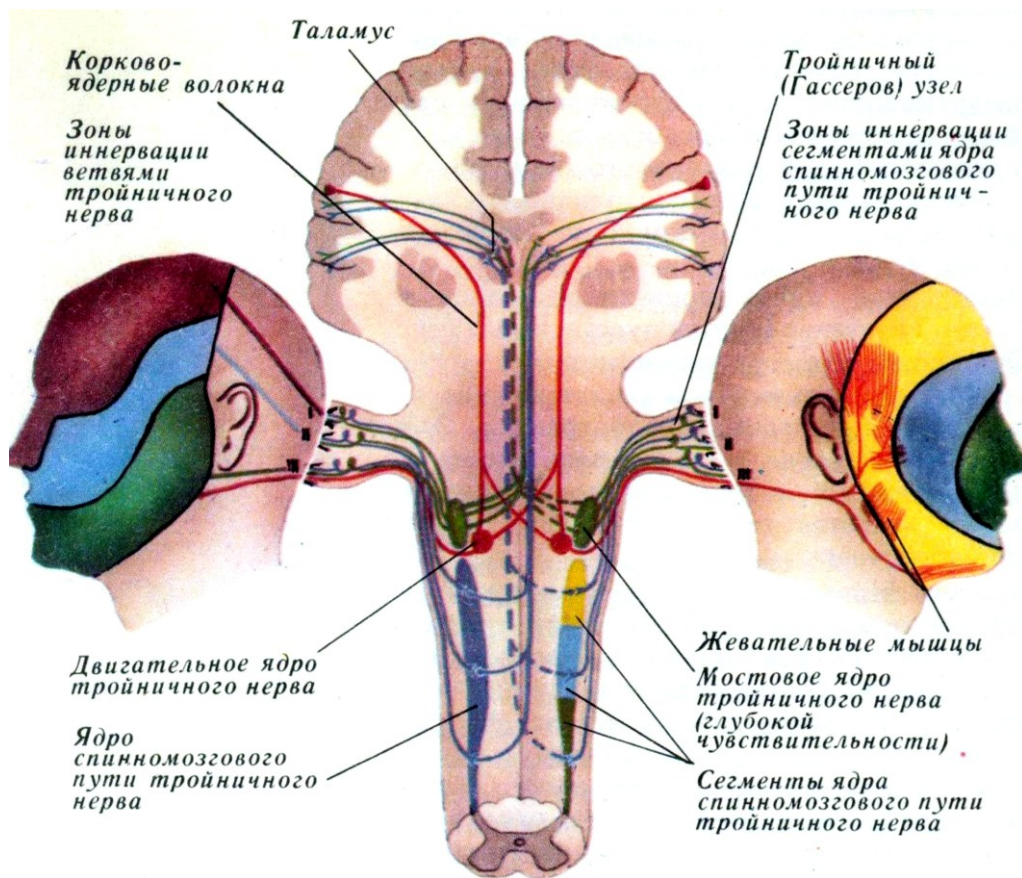
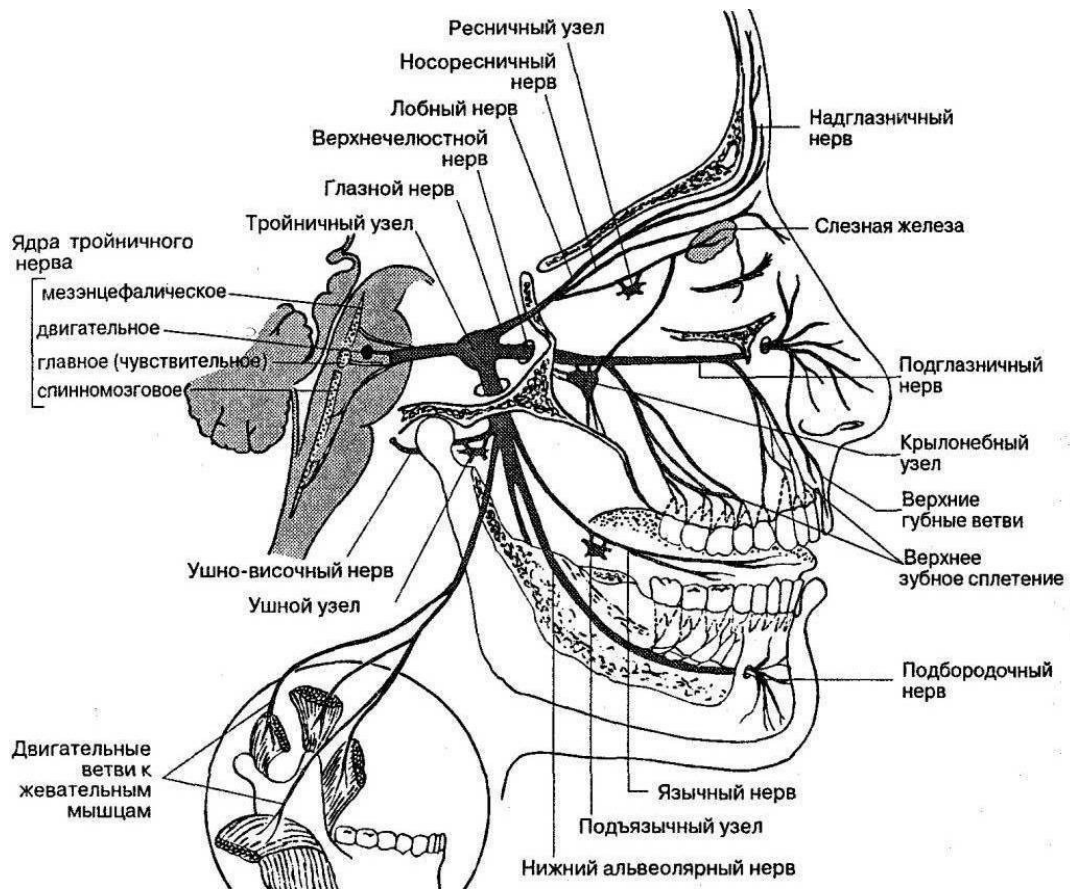


Рисунок 9. Тройничный нерв.

## ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

<p>Поражение ветвей тройничного нерва</p>	<p>Нарушение всех видов чувствительности в зоне иннервации соответствующих ветвей          Обычно сильные приступообразные стреляющие боли в зоне иннервации вовлеченной ветви, боль в точке выхода пораженной ветви          Снижение корнеального, надбровного нижнечелюстного рефлексов          При поражении двигательной порции - парез жевательных мышц на стороне очага поражения (отклонение челюсти, нарушение акта жевания, гипотрофии жевательных мышц)</p>	
<p>Поражение тройничного узла</p>	<p>Приступообразные боли "стреляющего" характера на всей половине лица на стороне поражения          Нарушение всех видов чувствительности на всей половине лица на стороне поражения          Боль в точках выхода ветвей тройничного нерва на пораженной стороне          Снижение корнеального, надбровного, нижнечелюстного рефлексов          Герпетические высыпания в зоне иннервации пораженного тройничного узла</p>	
<p>Поражение чувствительных ядер тройничного нерва</p>	<p>Ядра спинномозгового пути – вызывает диссоциированный тип нарушения поверхностной чувствительности на стороне поражения в виде скобок</p> <p>Ядра среднемозгового – пути и моста выпадение глубокой и снижение тактильной чувствительности</p>	<p>на всей половине лица на стороне поражения</p>
<p>Поражение зрительного бугра</p>	<p>Гемигипестезия всех видов чувствительности на противоположной очагу стороне туловища и на лице          Таламические боли половины лица и туловища на противоположной очагу стороне</p>	
<p>Поражение или раздражение коры (нижнего отдела задней центральной извилины)</p>	<p>Сенсорная джексоновская эпилепсия на стороне, противоположной очагу          Локальные зоны ан- или гипестезии на стороне, противоположной очагу</p>	

## НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА (нейропатия)

Этиология	Атеросклероз сосудов головного мозга, гипертоническая болезнь, сужение костных каналов, через которые проходит нерв, заболевания зубочелюстной системы, придаточных пазух носа, демиелинизирующие, инфекционные заболевания, расстройства обмена веществ, заболевания внутренних органов
Патогенез	Механизм развития по типу мультинейронального рефлекса с вовлечением в результате длительной патологической импульсации с периферии как специфических, так и неспецифических структур мозгового ствола, подкорковых образований
Клинические формы	- первичная (эссенциальная) - вторичная
Патоморфология	Сопровождается дегенеративно-дистрофическими процессами соответствующих ветвей тройничного нерва, которым подвергаются волокна различного характера, но в большинстве случаев это волокна мелкого калибра
Дифференциальный диагноз	Глаукома, отраженные боли при заболеваниях внутренних органов Прозопалгии
Лечение	Антиконвульсанты (финлепсин, тегретол), анальгетики, транквилизаторы, антидепрессанты, десенсебилизирующие (димедрол, супрастин), метаболические препараты, рефлексотерапия, акупунктура, лазеротерапия, СВЧ-терапия, физиотерапевтические процедуры, хирургическое лечение

## VII ПАРА – ЛИЦЕВОЙ НЕРВ

n. facialis (смешанный)

(рассматривается вместе с XIII парой - промежуточным нервом, n. Wrisbergi)

I нейрон	Клетки Беца нижней части передней центральной извилины
Пути	Корково-ядерные
II нейрон	Ядра на дне ромбовидной ямки — покрышка варолиева моста: Верхняя часть двигательного ядра получает корковую иннервацию с двух сторон, нижняя часть двигательного ядра — только с противоположной стороны Секреторные парасимпатические ядра, общие с IX и X парами (n. tractus solitarius, n. salivatorius superior) ядра промежуточного нерва Скопление парасимпатических клеток (иннервация слёзной железы)
Составные ветви нерва и иннервируемые структуры	Большой каменистый нерв – слёзная железа Стременной нерв — мышца стремечка Барабанная струна — вкусовые луковицы на передних 2/3 языка; парасимпатические слюноотделительные волокна подчелюстной и подъязычных желез Собственно лицевой нерв — мимические мышцы лица, за исключением мышцы, поднимающей верхнее веко

## ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Вид пареза	Периферический			Центральный	
Пораженные структуры	лицевой нерв в канале	мостомозжечковый угол	мозговой ствол (ядро лицевого нерва)	внутренняя капсула	передняя центральная извилина (нижние отделы)
Симптомы поражения	<p>1. До уровня отхождения большого каменистого нерва: сухость глаза, гиперacusия, нарушение вкуса, парез мимических мышц всей половины лица</p> <p>2. До уровня отхождения стременного нерва: слезотечение, гиперacusия, нарушение вкуса, парез мимических мышц всей половины лица</p> <p>3. До уровня отхождения барабанной струны: нарушение вкуса, парез мимических мышц всей половины лица</p> <p>4. В месте выхода из канала: парез мимических мышц всей половины лица</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Парез всей половины мимических мышц на стороне очага</li> <li>• Нарушение слуха на стороне очага</li> <li>• Нарушение чувствительности половины лица и прозопагии на стороне очага</li> <li>• Мозжечковая атакия на стороне очага поражения</li> </ul>	<p>1. Синдром Мийара-Гублера: парез мимических мышц на стороне очага, центральный гемипарез на противоположной стороне</p> <p>2. Синдром Фовилля: парез всей половины мимических мышц и сходящееся косоглазие на стороне очага, центральный гемипарез на противоположной стороне</p>	Парез нижней мимической мускулатуры и гемипарез на противоположной очагу стороне	Парез нижней части мимических мышц на противоположной очагу стороне

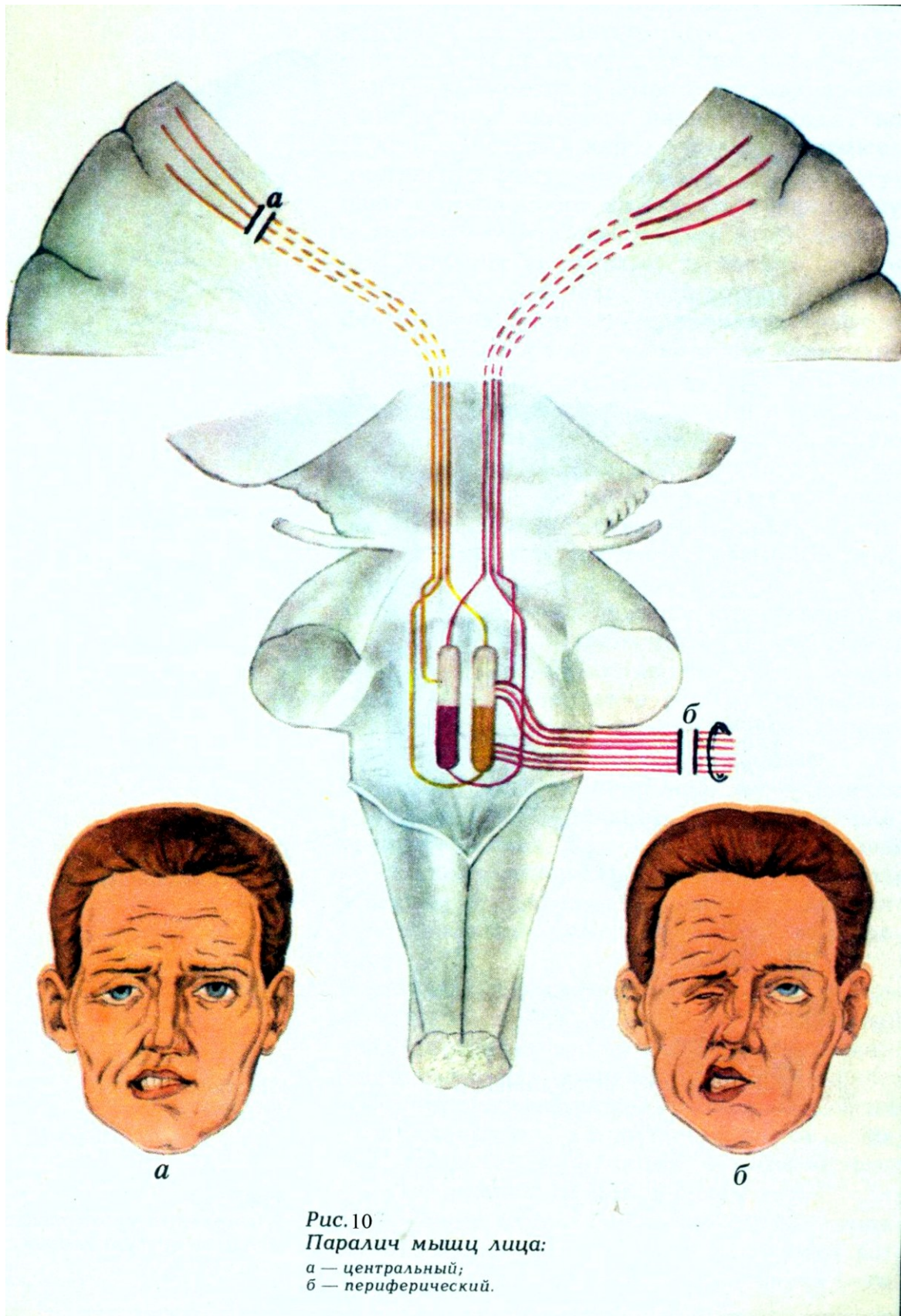


Рисунок 10. Лицевой нерв.

**VIII ПАРА ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ**  
**ПРЕДДВЕРНО-УЛИТКОВЫЙ НЕРВ**  
n. vestibulocochlearis (чувствительный)

	Улитковый (кохлеарный)		Преддверный (вестибулярный)
I нейрон	1. Слуховые рецепторы - волосковые клетки кортиева органа 2. Спиральный узел (в улитке лабиринта)	I нейрон	1. Вестибулярные рецепторы в лабиринте (в ампулах полукружных каналов и двух перепончатых мешочках) 2. Вестибулярный узел (во внутреннем слуховом проходе)
Пути	Собственно кохлеарный нерв во внутреннем слуховом проходе и корешок кохлеарного нерва в мосто-мозжечковом углу	Пути	Собственно вестибулярный нерв (во внутреннем слуховом проходе) Корешок вестибулярного нерва (мосто-мозжечковый угол)
II нейрон	Улитковые ядра варолиева моста - вентральное и дорсальное	II нейрон	Ядра варолиева моста: латеральное, медиальное, верхнее, нижнее
III нейрон (первичные подкорковые слуховые центры)	Нижние бугры четверохолмия Медиальное коленчатое тело Корковые слуховые центры (средняя часть верхней височной извилины своего и противоположного полушарий большого мозга - двусторонняя корковая связь)	Связи вестибулярных ядер	Со спинным мозгом С мозжечком С ядрами глазодвигательных нервов С дорсальным ядром блуждающего нерва С ретикулярной формацией С образованиями экстрапирамидной системы С корой больших полушарий мозга
Симптомы поражения	Анакузия Гипоакузия Гиперакузия Слуховые галлюцинации при раздражении корковых центров Слуховая агнозия при поражении корковых слуховых центров	Симптомы поражения	Вестибулярный синдром (головокружение, нистагм, расстройство равновесия и координации движения, вегетативные нарушения, тошнота, рвота и др.)

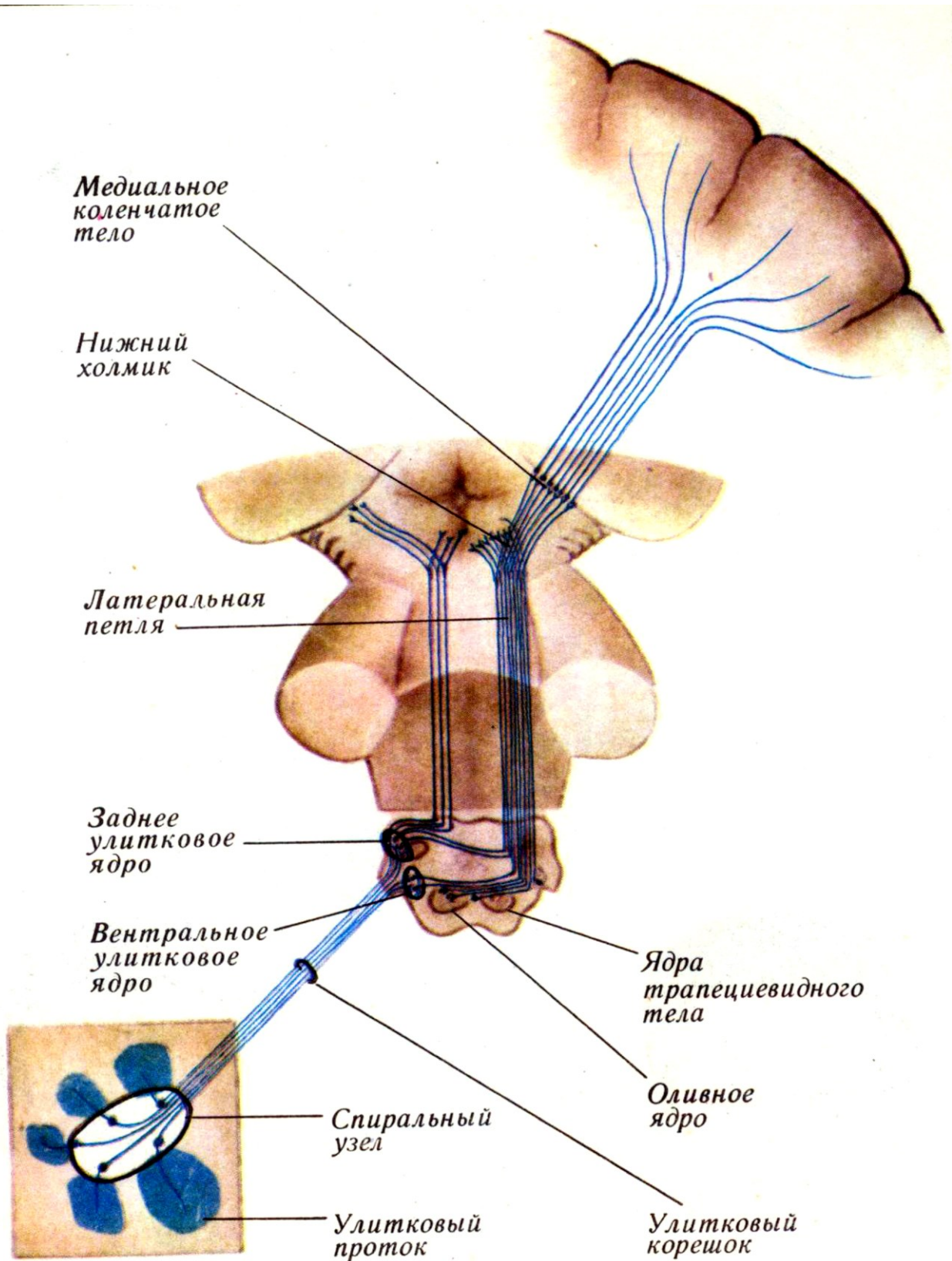


Рис. 11  
Преддверно-улитковый анализатор (улитковая часть).

Рисунок 11. Преддверно-улитковый нерв (улитковая часть).

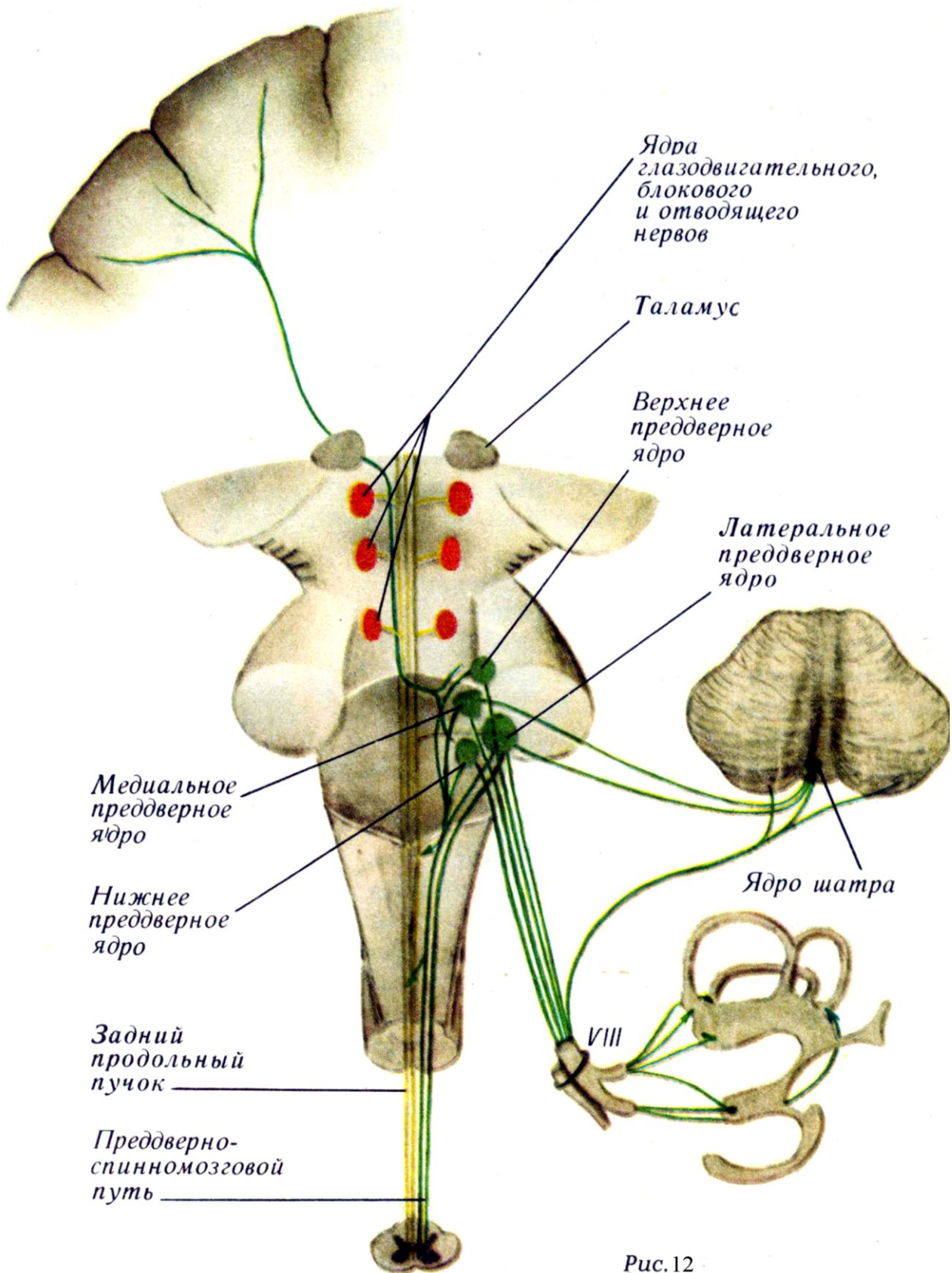


Рис.12  
Преддверно-улитковый анализатор (преддверная часть).

Рисунок 12. Преддверно-улитковый нерв (преддверная часть)

## ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ НЕРВЫ ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА

	<b>IX пара – языкоглоточный нерв n. glossopharyngeus (смешанный)</b>	<b>X пара – блуждающий нерв n. vagus (смешанный)</b>	<b>XI пара – до- бавочный нерв n. accessorius (двигатель- ный)</b>	<b>XII пара – подъязыч- ный нерв n. hypoglossus (двигатель- ный)</b>
	Находятся в покрывке продолговатого мозга			
<b>Ядра</b>	<p>Длинное двига- тельное ядро (об- щее с X) Ядро общей чув- ствительности (общее с X) Вкусовое ядро одиночного пути Нижнее слюноот- делительное ядро</p>	<p>Двигательное двойное ядро (общее с IX) Чувствительное (общее с IX) Висцеральное (пара- симпатическое) Ядро одиночного пути</p>	<p>Двигательное ядро добавоч- ного нерва</p>	<p>Двигатель- ное ядро</p>
<b>Место выхода на осно- вании</b>	<p>5-6 корешков кнаружи и кзади от олив</p>	<p>12-16 корешков кзади от олив (ниже языкогло- точного нерва)</p>	<p>Черепные ко- решки – кзади олив, спинно- мозговые – из бокового ка- натика спин- ного мозга между перед- ними и задни- ми его кореш- ками</p>	<p>10-15 ко- решков между пи- рамидой и оливой</p>
<b>Ин- нерви- руемые струк- туры</b>	<p>Мышцы глотки Вкус на задней трети языка Секреция слюн- ной железы</p>	<p>Мышцы глотки, гортани, голосо- вых связок Чувствительность твёрдой мозговой оболочки, задней черепной ямки, наружного слухо- вого прохода и задней поверх- ности ушной ра- ковины. Внут- ренние органы.</p>	<p>Грудино- ключично- сосцевидная, верхняя часть трапецевид- ной</p>	<p>Подборо- дочно- язычная, подъязычно- язычная, продольная шилоязыч- ная, попе- речная мышца язы- ка</p>

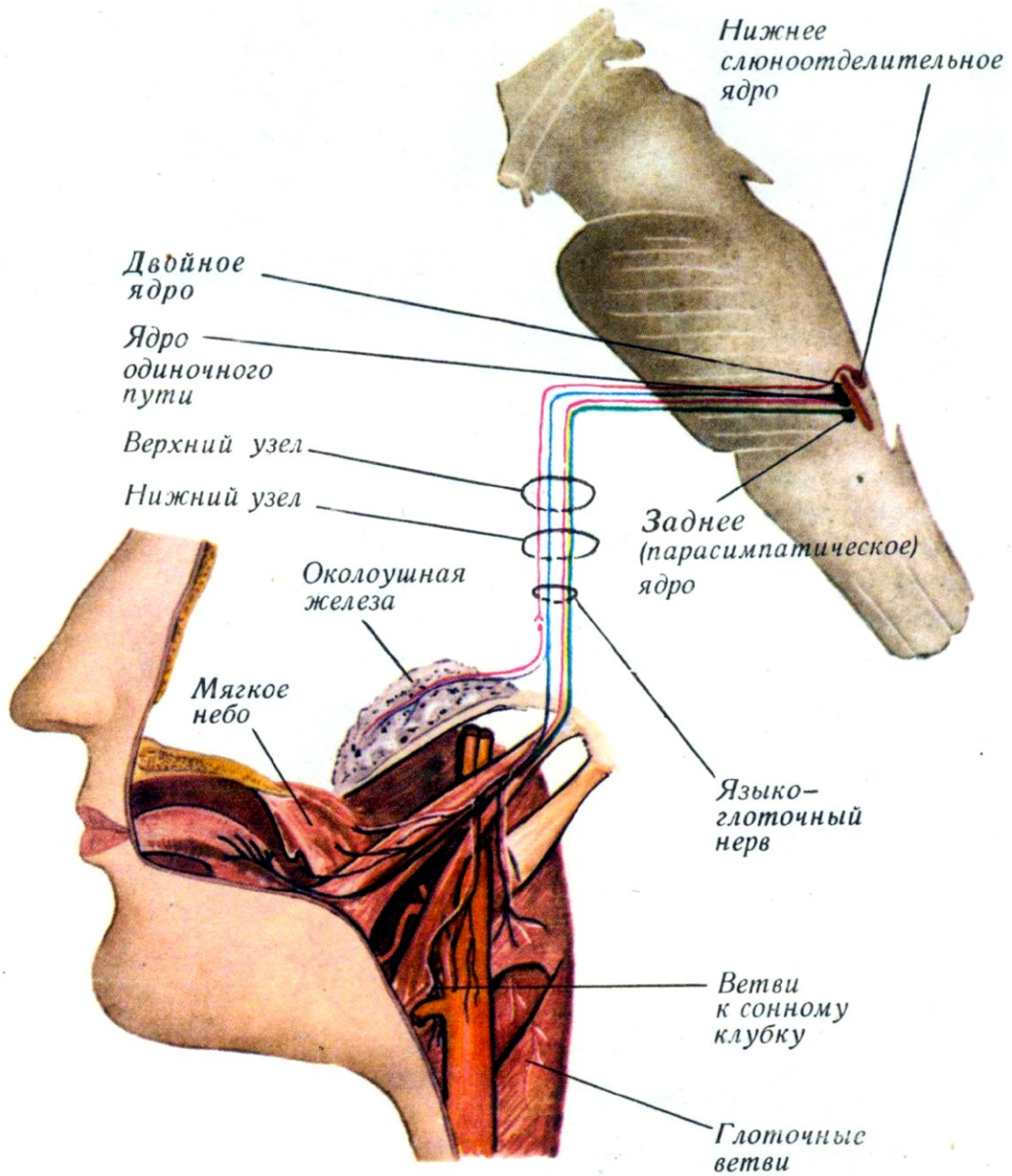


Рис. 13  
Языкоглоточный нерв.

Рисунок 13. Языкоглоточный нерв.

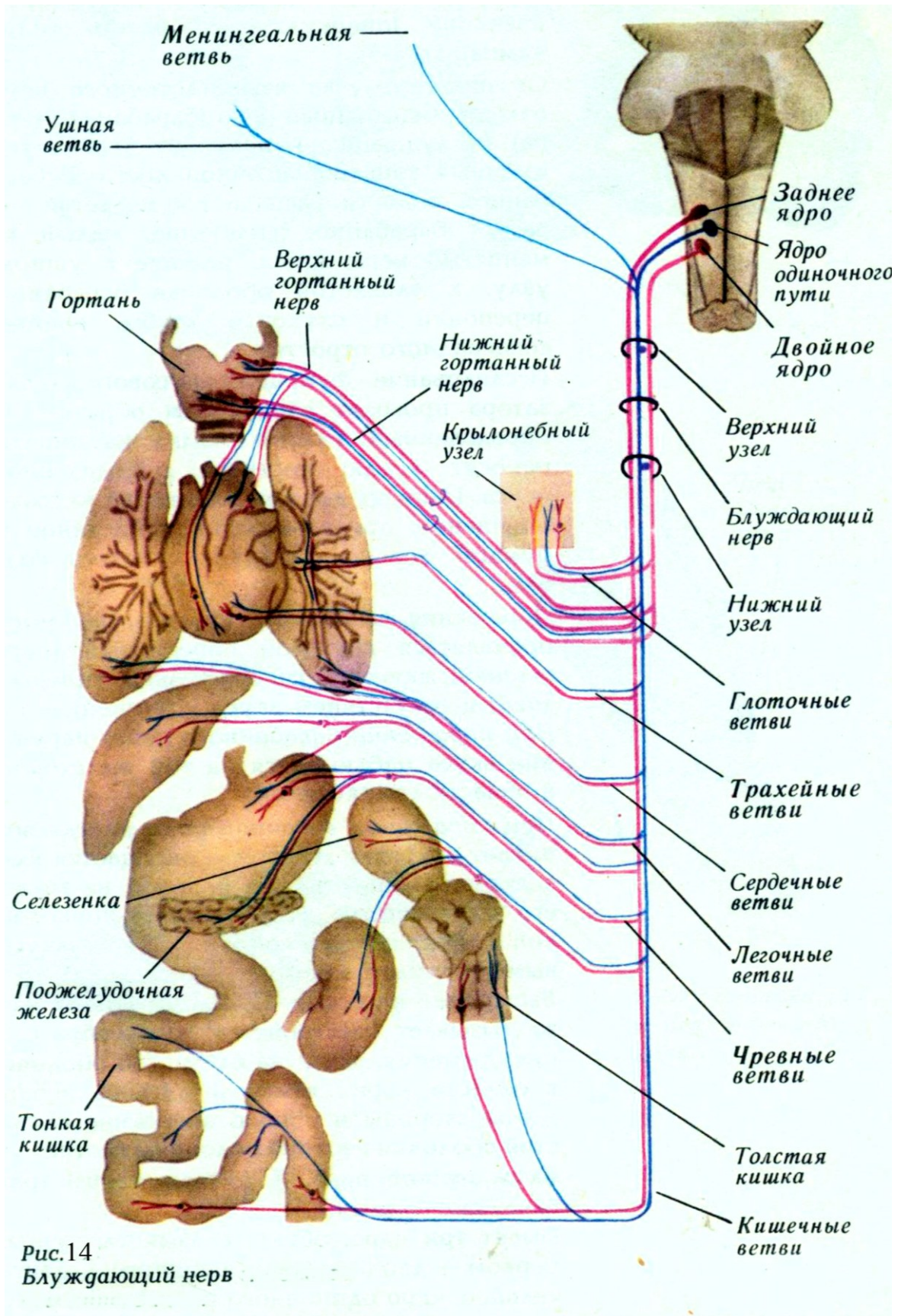


Рисунок 14. Блуждающий нерв.

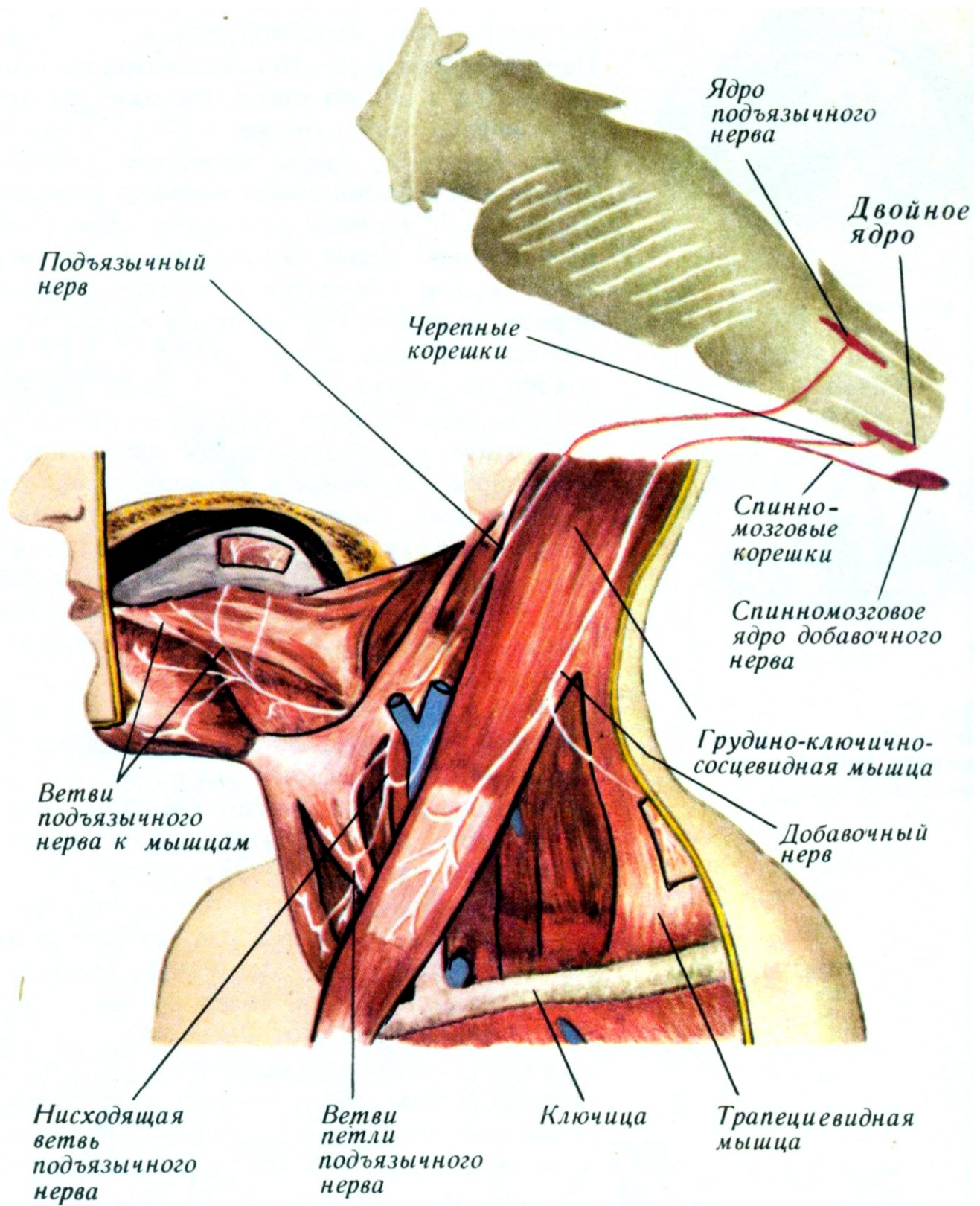


Рис. 15!  
Добавочный и подъязычный нервы.

Рисунок 15. Добавочный и подъязычный нервы.

## СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА

	IX пара – языкоглоточный	X пара – блуждающий нерв	XI пара – добавочный нерв	XII пара – подъязычный нерв
Симптомы поражения нерва	Анестезия слизистой верхней части глотки Дисфагия, нарушение вкуса Сухость во рту	1. При одностороннем поражении: - свисает мягкое небо на стороне поражения - снижен глоточный рефлекс - дисфония 2. При двустороннем поражении: - паралич мягкого неба (асфиксия) - афония - афагия 3. При раздражении нерва: брадикардия, усиление перистальтики и т.д.	Атрофия иннервируемых мышц, ведущая к асимметрии плечевого пояса, и затруднение поворота головы в здоровую сторону	1. Центральный парез: отклонение языка в сторону, противоположную от очага 2. Периферический парез: а. при одностороннем поражении: - атрофия мышц половины языка ("географический" язык) - фибриллярные подергивания - отклонение языка в сторону поражения (язык "показывает" на очаг) б. при двустороннем поражении: - глоссоплегия - дизартрия, дисфагия - атрофия и фибриллярные подергивания всех мышц языка 3. Альтернирующий синдром Джексона: гомолатеральный центральный парез XII пары с контралатеральным центральным гемипарезом
Симптоматика поражения ядер продолговатого мозга	<b>бульбарный синдром:</b> дизартрия, дисфагия, дисфония, парез мягкого неба, выливание жидкой пищи через нос, атрофии и фибриллярные подергивания мышц языка			
Симптоматика двустороннего поражения корково-ядерного пути	<b>псевдобульбарный синдром:</b> дизартрия, дисфагия, парез мягкого неба, нет атрофий и фибриллярных подергиваний мышц языка, но есть патологические рефлексоры орального автоматизма, насильственный смех и плач			

## НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Анатомия	Надсегментарная ВНС	Сегментарная ВНС	
		Симпатическая	Парасимпатическая
	Гипоталамус, поясная извилина, гиппокамп, мин-далевидный комплекс, рети-кулярная формация	Нейроны боковых рогов С <sub>8</sub> – L <sub>2</sub> Паравертебральные или превертебральные узлы и сплетения	Ядра черепных нервов (III, VII, IX, X) Нейроны боковых рогов сакральных сегментов Превертебральные и интрамуральные ганглии или сплетения
Нарушение функции	<p>Синдром вегетативной дистонии:</p> <p>Типы течения:</p> <p>1. Перманентный</p> <p>а. вегетативно-сосудистая дистония</p> <p>б. нейрогастральная дистония</p> <p>в. гипервентиляционный синдром</p> <p>а. нарушение терморегуляции</p> <p>б. сочетанные проявления</p> <p>2. Пароксизмальный</p> <p>а. симпато-адреналовые кризы</p> <p>б. ваго-инсулярные кризы</p> <p>в. смешанные кризы</p> <p>3. Гипоталамический синдром</p> <p>а. нейроэндокринный с-м</p> <p>б. нарушение мотиваций</p> <p>в. нарушение сна и бодрствования</p> <p>г. перманентная вегетативная дистония</p>	<p>Поражение периферического нерва:</p> <p>а. вегетативно-трофические нарушения в зоне иннервации (сухость кожи, ломкость ногтей)</p> <p>б. вегетативно-вазомоторные нарушения (отёчность, синюшность, мраморность в зоне иннервации)</p> <p>в. симпаталгии в зоне иннервации</p> <p>Полинейропатии:</p> <p>а. вегетативно-трофические нарушения в дистальных отделах конечностей</p> <p>б. вегетативно-вазомоторные нарушения в дистальных отделах конечностей</p> <p>в. симпаталгии в дистальных отделах</p> <p>Вегетативные ганглии и сплетения: - симпаталгии</p> <p>Поражение бокового рога: вегетативно-трофические нарушения в соответствующих сегментах</p> <p>Выпадение функции шейной симпатической иннервации глаза (С<sub>8</sub> - Th<sub>1</sub>): синдром Горнера (птоз, миоз, энофтальм),</p> <p>Поражения парасимпатических ядер III пары ч.м.н.</p> <p>мидриаз, нарушение аккомодации</p> <p>Поражение слезоотделительных ядер и волокон VII пары ч.м.н.:</p> <p>нарушение слезоотделения</p> <p>Поражение слюноотделительных ядер и волокон VII, IX, X пары:</p> <p>нарушение слюноотделения</p>	

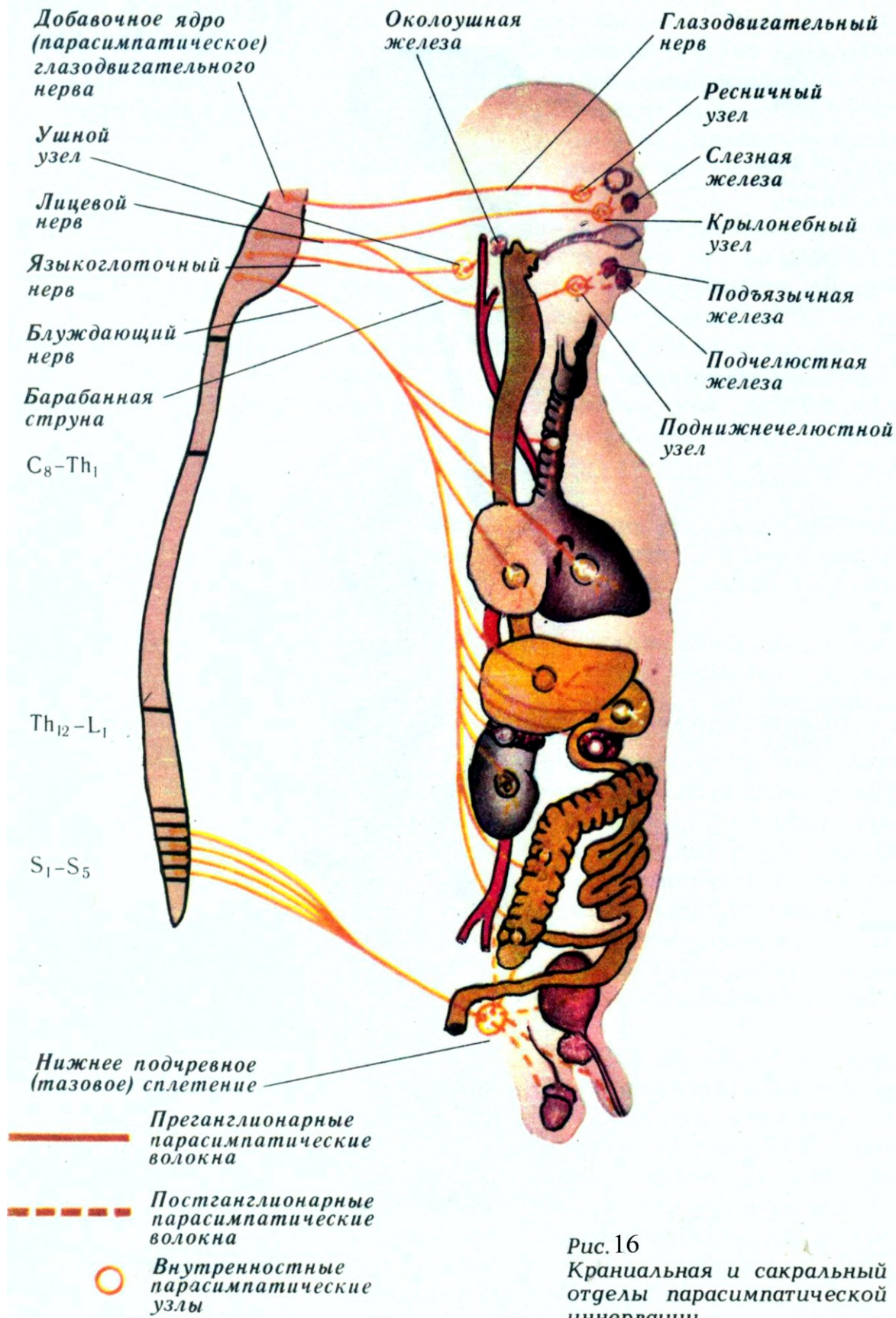


Рис. 16  
Краниальная и сакральная отделы парасимпатической иннервации.

Рисунок 16. Вегетативная (автономная) нервная система, парасимпатическая иннервация

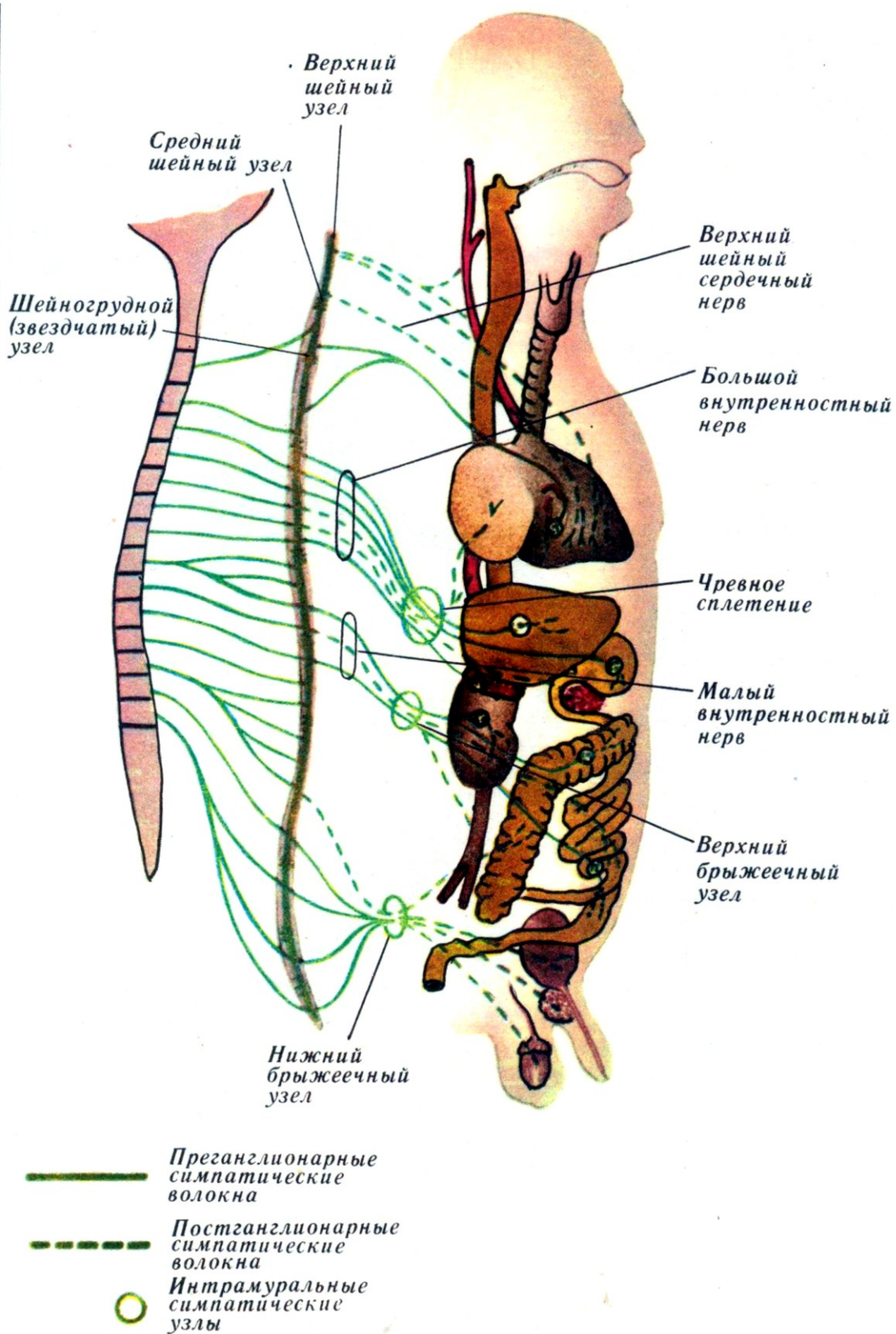


Рисунок 17. Вегетативная (автономная) нервная система, симпатическая иннервация

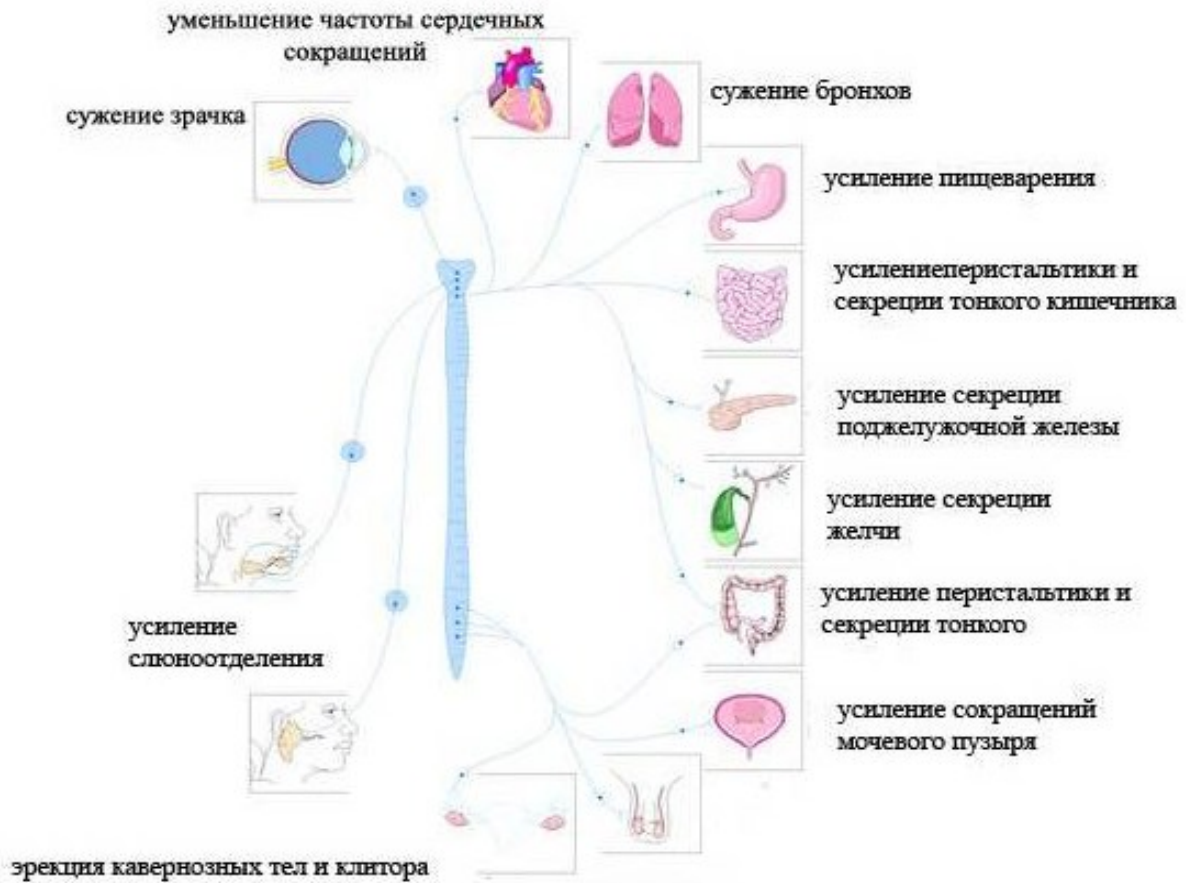


Рисунок 18. Функции парасимпатической нервной системы.

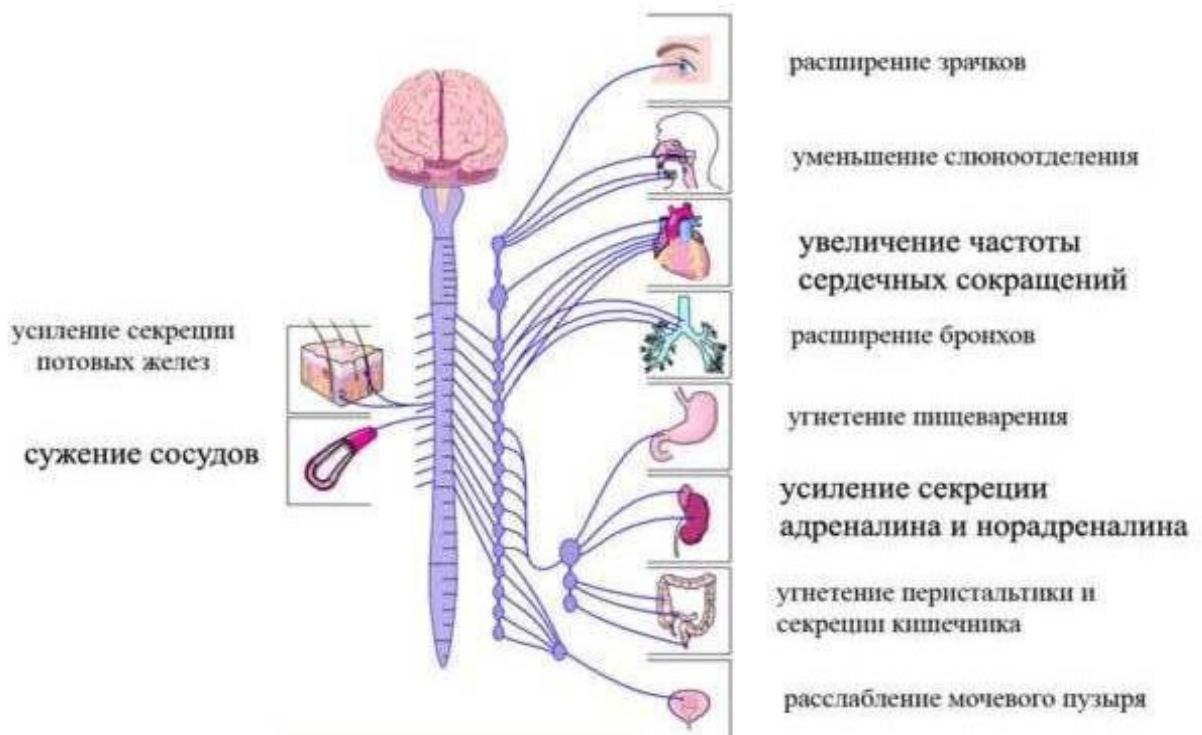


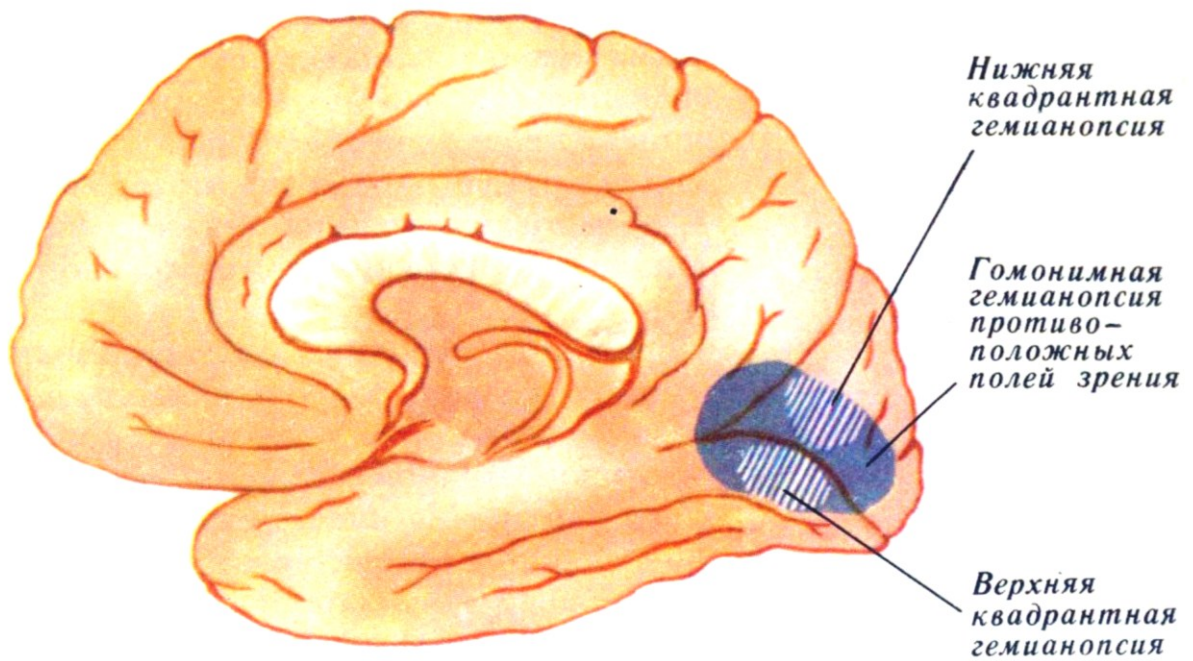
Рисунок 19. Функции симпатической нервной системы.

## СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ

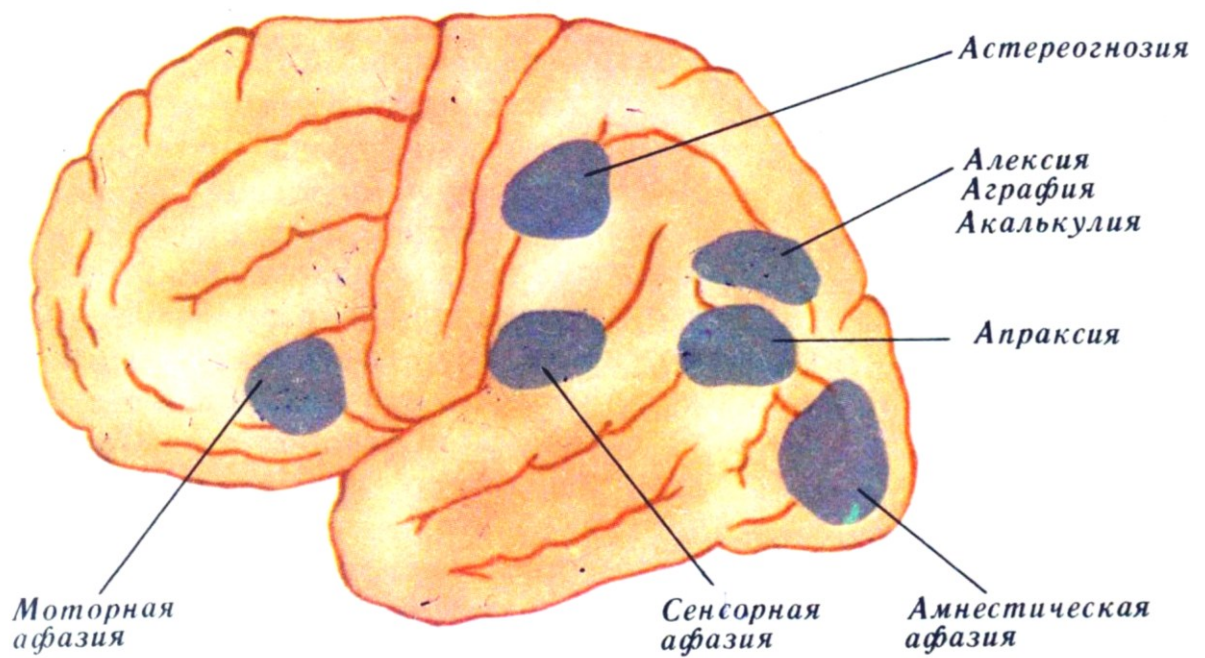
Этиология:	<ul style="list-style-type: none"> <li>-конституциональная природа</li> <li>-на фоне эндокринных перестроек организма</li> <li>-при первичном поражении висцеральных органов</li> <li>-при первичных заболеваниях периферических эндокринных желез</li> <li>-аллергия</li> <li>-патология сегментарной периферической нервной системы</li> <li>-органическое поражение головного мозга</li> <li>-неврозы</li> </ul>		
Синдромы:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1)кардиоваскулярный</li> <li>2)гипервентиляционный</li> <li>3)нейрогастральная астения</li> <li>4)нарушение потоотделения</li> <li>5)сексуальная дисфункция</li> <li>6)нарушение терморегуляции</li> <li>7)нарушение сна и бодрствования</li> </ol>		
Типы течения:	перманентный	пароксизмальный	смешанный
Вегетативные кризы (“панические атаки”)	симпатоадреналовые	вагоинсулярные	смешанные
Клиника:	Неприятное ощущение в области грудной клетки и головы, тахикардия, подъем АД, мидриаз, ознобopodobные гиперкинезы, ощущение страха, тревоги, завершается приступ полиурии светлой мочой.	Головокружения, тошнота, снижение АД, брадикардия, экстрасистолия, затруднение дыхания, желудочно-кишечные дискинезии.	Признаки симпатической и парасимпатической активизации, возникающие одновременно или следующие один за другим.
Лечение:	Транквилизаторы (сибазон, диазепам), валокордин, корвалол, $\alpha$ -блокаторы (глицисед), $\beta$ -блокаторы (анаприлин, метопролол), антидепрессанты	Транквилизаторы, холинолитики (платифиллина гидротартрат, амизил, циклодол, глицисед), антидепрессанты	Транквилизаторы, беллатаминал, холинолитики, антидепрессанты (золофт, паксил, прозак).

## СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Синдромы раздражения	Отделы коры	Синдромы выпадения
Моторная Джексоновская эпилепсия (передняя центральная извилина)	Лобные доли	Моторная афазия, монопарезы, монопараличи (передняя центральная извилина); лобная атаксия, аграфия, нарушения поведения, хватательный феномен (рефлекс Янишевского), паралич взора
Слуховые и обонятельные галлюцинации, сложные зрительные галлюцинации (метаморфопсии)	Височные доли	Сенсорная афазия, алексия, амнестическая афазия, агнозии (обонятельная, слуховая, вкусовая)
Сенсорная Джексоновская эпилепсия (задняя центральная извилина)	Теменные доли	Гипо- или анестезия по моно типу, астереогнозия, алексия, апраксия, акалькулия
Простые зрительные галлюцинации (фотопсии)	Затылочные доли	Зрительная агнозия, гомонимная квадрантная гемианопсия, агнозия цвета
Особенности семиотики межполушарных асимметрий		
Левое полушарие	Нарушение логического, речевого мышления, афазии, аграфии	
Правое полушарие	Нарушение эмоционально-творческой деятельности и конструктивно-творческого мышления	



а



б

Рис. 20  
Основные расстройства высших корковых  
функций при очаговых поражениях коры

Рисунок 20. Синдромы поражения различных отделов коры головного мозга

## ОСНОВНЫЕ ТОПИЧЕСКИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

<p>При заболеваниях периферической нервной системы</p>	<p>Мононевритический Полиневритический Плекситный Радикулярный</p>
<p>При заболеваниях спинного мозга</p>	<p>заднероговый, сегментарно-диссоциированный Переднероговый Боковых рогов Передней серой спайки Проводниковый заднестолбовой Проводниковый бокового столба Половины поперечника (синдром Броун-Секара) Полного поперечника</p>
<p>При заболеваниях головного мозга и оболочек</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Стволовые:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- бульбарный</li> <li>- альтернирующие</li> </ul> </li> <li>2. Псевдобульбарный</li> <li>3. Таламический</li> <li>4. Гипоталамический</li> <li>5. Экстрапирамидный</li> <li>6. Внутренней капсулы</li> <li>7. Корковый:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- лобный</li> <li>- теменной</li> <li>- височный</li> <li>- затылочный</li> <li>- комбинированный</li> </ul> </li> <li>8. Менингеальный</li> </ol>

## СХЕМА ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО У ВРАЧА-НЕВРОПАТОЛОГА

Опрос	Паспортные данные, жалобы больного, анамнез болезни, анамнез жизни	
Объективное исследование	<p>Общий статус:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. внешний вид больного</li> <li>2. конституция</li> <li>3. кожные покровы</li> <li>4. костно-суставная система</li> <li>5. мышечная система</li> <li>6. органы дыхания</li> <li>7. сердечно-сосудистая система</li> <li>8. пищеварительная система</li> <li>9. мочеполовая система</li> <li>10. эндокринно-обменная система</li> </ol>	<p>Неврологический статус:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. состояние сознания</li> <li>2. черепно-мозговые нервы</li> <li>3. чувствительность</li> <li>4. система непроизвольных движений</li> <li>5. система произвольных движений</li> <li>6. координация и статика</li> <li>7. вегетативная система</li> <li>8. высшая нервная деятельность</li> <li>9. психика</li> </ol>
Дополнительные исследования	<p>Лабораторные: общеклинические, биохимические, иммунологические исследования, биопсия мышц</p> <p>Инструментальные: электроэнцефалография, реовазография, эхо-энцефалография; электромиография, транскраниальная доплерография; рентгенография черепа и позвоночника, рентгеновская и ядерномагнитно-резонансная компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография, ангиография, миелография, офтальмоскопия</p>	
<p>Топический диагноз</p> <p>Предположительный клинический диагноз</p> <p>Резюме неврологического статуса</p> <p>Дифференциальная диагностика</p> <p>Окончательный клинический диагноз</p> <p>Методы профилактики и диспансеризации</p> <p>Оценка трудоспособности</p> <p>Заполнение медицинской документации</p>		

## ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Этиология	<ul style="list-style-type: none"> <li>– острые и хронические сосудистые заболевания головного мозга</li> <li>– заболевания вегетативной нервной системы (вегетативные дистонии)</li> <li>– невроты</li> <li>– заболевания периферических вегетативных образований</li> <li>– общие инфекционные заболевания и инфекционные заболевания головного мозга, оболочек, а также глаз, ЛОР-органов</li> <li>– травмы головы</li> <li>– опухоли головного мозга</li> <li>– дисметаболические нарушения и гипоксия головного мозга в результате соматических заболеваний</li> <li>– приём некоторых препаратов (нитраты, антагонисты кальция, антибиотики, оральные контрацептивы и др.), длительный приём анальгетиков</li> </ul>	
Механизмы головной боли:	Главные клинические симптомы	Принципы лечения
1. Сосудистый  - венозный	Ощущение тяжелой, "несвежей" головы утром или после длительного пребывания в горизонтальном положении. Уменьшение боли после активных движений мышц плечевого пояса. Отек век, иногда лица утром	Венотонизирующие препараты
- вазомоторный	Пульсирующая головная боль	Антагонисты кальция, триптаны
- ишемически-гипоксический	Давящая или ломящая тупая головная боль	<p>Антиагреганты (аспирин, агренокс, курантил, тиклид)</p> <p>Препараты, воздействующие на микроциркуляцию (трентал, никотиновая кислота)</p>

<p>2. Ликвородинамический</p> <p>- внутричерепной гипертензии (гиперпродукция ликвора, нарушение оттока ликвора)</p>	<p>Распирающий характер боли, которая сопровождается тошнотой, иногда рвотой, обмороками</p> <p>Ощущение боли при движении глазных яблок</p> <p>При выраженной гипертензии – снижение объема движений глазных яблок, диплопия, косоглазие, застой на глазном дне</p> <p>Признаки внутричерепной гипертензии на ЭхоЭГ, КТ, ЯМР</p> <p>Улучшение самочувствия после дегидратации</p>	<p>Дегидратационная терапия</p>
<p>-внутричерепной гипотензии</p>	<p>Боль усиливается при вставании и ходьбе, уменьшается в положении лежа</p>	<p>Наводнение организма</p>
<p>3. Цефалгии напряжения (невротическая)</p>	<p>Давящая головная боль с ощущением “тугого головного убора”, которая возникает после эмоционального, умственного напряжения, длительного пребывания в однообразной позе</p>	<p>Рефлекторные воздействия</p> <p>Седативные средства</p> <p>Транквилизаторы</p> <p>Миорелаксанты</p>
<p>4. Невралгический</p>	<p>Пароксизмальная кратковременная нестерпимая боль в зоне иннервации соответствующего нерва с наличием “курковых зон”.</p>	<p>Препараты карбамазепинового ряда</p> <p>Анальгетики</p> <p>Рефлекторные воздействия (игло-рефлексотерапия и др.)</p>
<p>5. Психалгия (боль как эквивалент депрессии)</p>	<p>Боль по типу “истерического гвоздя” или постоянная боль небольшой интенсивности, не ограничивающая работоспособность</p>	<p>Антидепрессанты</p>

## МИГРЕНЬ

Мигрень	(от греч. гемикрания) – пароксизмальная боль в одной половине головы (в области виска или затылка), сопровождающаяся рвотой, фото- и фонофобией
Этиология	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наследственно-конституциональные факторы (наследуются особенности вегетативно-гуморального регулирования и реагирования на факторы внешней среды)</li> <li>2. Факторы, провоцирующие дебют заболевания: эмоциональные, эндокринные, токсические, аллергические, связанные с приемом пищи, богатой тирамином</li> </ol>
Патогенез	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нейрогенные механизмы (генерализованное нарушение центральной вазомоторной регуляции в результате адренергической недостаточности)</li> <li>2. Гуморальные механизмы (связанные с изменением содержания вазоактивных веществ: серотонина, тирамина, гистамина, брадикинина, простагландинов, эстрогенов и других).</li> <li>3. Тригеминально-васкулярная теория</li> </ol>
Клиника	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мигрень без ауры (простая) – односторонняя боль глазнично-лобно-височной локализации пульсирующего характера, сопровождающаяся тошнотой и рвотой, свето- и(или) звукобоязнью, длительностью от одного до нескольких часов или дней.</li> <li>2. Мигрень с аурой (ассоциированная) - головная боль, сочетающаяся с очаговыми неврологическими симптомами в зависимости от клинической формы: <ul style="list-style-type: none"> <li>- офтальмическая (классическая), - офтальмоплегическая</li> <li>- гемиплегическая, - базилярная</li> </ul> </li> </ol>
Диагностика	<p>Диагноз ставится на основании сочетания клинических признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– пароксизмальное течение</li> <li>– односторонняя локализация цефалгии</li> <li>– пульсирующий характер головной боли</li> <li>– полный регресс очаговой симптоматики (при ассоциированной форме)</li> <li>– удовлетворительное самочувствие в межприступный период</li> <li>– отсутствие очагов при РКТ- , МРТ- исследованиях</li> <li>– наличие хотя бы двух приступов в анамнезе для мигрени с аурой, пяти приступов для мигрени без ауры</li> <li>– наличие хотя бы одного из сопутствующих симптомов: тошнота, рвота, свето- и звукобоязнь</li> </ul>

Дифференциальный диагноз	<ul style="list-style-type: none"> <li>– с острыми нарушениями мозгового кровообращения, в т.ч. при разрыве аневризмы</li> <li>– с объемным процессом</li> <li>– с воспалительными заболеваниями ЛОР-органов</li> <li>– с височным артериитом</li> <li>– с невралгией тройничного нерва</li> <li>– с глаукомой</li> </ul>
Лечение	<p>1. В период приступа</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ацетилсалициловая кислота с кофеином <ul style="list-style-type: none"> <li>– агонисты серотониновых рецепторов: триптаны (суматриптан, золмитриптан, ризатриптан)</li> </ul> </li> <li>– антигистаминные препараты</li> <li>– транквилизаторы и антидепрессанты</li> <li>– дегидратационные препараты</li> <li>– кортикостероиды</li> <li>– антиконвульсанты</li> </ul> <p>2. В межприступный период лечение назначается при частых приступах (не реже 2-3 раз в месяц)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>антагонисты серотонина (метисергид)</li> <li>антагонисты кальция</li> <li>антигистаминные препараты</li> <li>блокаторы <math>\beta</math>-адренорецепторов</li> <li>антидепрессанты</li> <li>диета с ограничением продуктов, содержащих тирамин (шоколад, цитрусовые, копчености, сыры)</li> <li>рефлексотерапия</li> </ul>

## СИНДРОМ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПОТЕНЗИИ

Этиопатогенетические факторы	Терапевтические и диагностические вмешательства на ликворной системе Ликворный свищ с ликвореей Нарушения водно-солевого обмена (частая рвота, диарея, форсированный диурез) Уменьшение продукции ликвора (после черепно-мозговой травмы, на почве склероза сосудов хориоидального сплетения, вследствие вегетативной дисрегуляции) Артериальная гипотензия
Субъективные данные	Головная боль, часто сжимающего характера Желание опустить голову вниз Тошнота или рвота Общая слабость
Клинические и инструментальные данные	Оболочечные симптомы Щадящее положение головы Тахикардия Пониженное давление при люмбальной пункции Усиление всех симптомов в вертикальном положении и уменьшение лежа, при опускании головы

## СИНДРОМ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Этиопатогенетические факторы	Уменьшение внутричерепного пространства (опухолы, гематомы, абсцессы и т.д.)	Реактивный отек мозга	Затруднение венозного оттока	Увеличение продукции ликвора	Затруднение оттока ликвора из желудочковой системы мозга (окклюзионная гидроцефалия)
Субъективные данные	Головная боль распирающего характера, ощущение давления на глазные яблоки, чувство "песка в глазах", болезненность при движении глазами		Тошнота, рвота (усиливается при перемене положения тела)	Головокружение (непостоянный симптом)	
Клинические данные	Поражение черепно-мозговых нервов (чаще VI пары)		Изменение пульса, дыхания и другие висцеро-вегетативные нарушения	Расстройства сознания при выраженной гипертензии (прогрессирующая загруженность, заторможенность, сопор, кома)	
Данные инструментальных методов исследования	Расширение желудочкового комплекса на Эхо-ЭГ и при компьютерной и магнитно-резонансной томографии	Повышенное давление при люмбальной пункции. Возможно белково-клеточная диссоциация в ликворе	Изменение на рентгенограммах черепа: – усиление пальцевых вдавлений – остеопороз турецкого седла – усиление сосудистого рисунка – расхождение швов у детей	Застойные диски зрительных нервов (при офтальмоскопии)	

**ПРЕХОДЯЩИЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**  
**расстройства кровоснабжения мозга, при которых нарушения функции мозга**  
**претерпевают регресс в течение 24 часов**

Этиология	Гипертоническая болезнь, атеросклероз сосудов головного мозга, васкулиты различной этиологии, заболевания крови, аномалии мозговых сосудов (мальформации), патология сердца, шейный остеохондроз и др.
Патогенез	Спазм или парез мозговых сосудов (локальный или общий); ишемия и гипоксия мозговой ткани; изменения физико-химических свойств крови
Ведущие клинические проявления	<p>1. Транзиторные ишемические атаки.  Симптоматика зависит от вовлечения сосудистого бассейна:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- система сонных артерий (контралатеральные моно-, гемипарезы, моно-, гемигипестезии, афазии, перекрестный оптико-пирамидный синдром, синдромы поражения коры головного мозга)</li> <li>- система позвоночных и базилярной артерии (вестибулярно-атактический, мозжечковый синдром, зрительные нарушения, бульбарные расстройства, альтернирующие синдромы)</li> </ul> <p>2. Преходящие нарушения мозгового кровообращения по типу гипертонического криза.</p> <p>а) общемозговые симптомы (головная боль, шум, звон в ушах, несистемное головокружение, оглушённость, вялость, вазомоторные реакции, психомоторное возбуждение), заднешейно-симпаталгический синдром (ощущение кипятка в затылке, шее, области скальпа головы, парестезии в конечностях)</p> <p>б) сочетание общемозговых симптомов с локальными симптомами, которые связаны с нарушением кровообращения в системах сонных, позвоночных и базилярной артерий</p>
Диагностика	Соматическое, неврологическое и офтальмологическое исследования, Ro-графия, РЭГ, ЭЭГ, ЭхоЭГ, ТКДГ; гемокоагулограмма и другие исследования
Дифференциальный диагноз	<ul style="list-style-type: none"> <li>С вегетативно-сосудистыми кризами</li> <li>С надпочечниковыми кризами</li> <li>С соляными кризами</li> <li>С эпилептическими и неэпилептическими пароксизмальными состояниями</li> <li>С гипертензионно-гидроцефальными кризами</li> </ul>
Принципы лечения	Нормализация артериального давления, деятельности сердца, улучшение кровотока и метаболизма мозга, антиагреганты, низкомолекулярные гепарины, нейро- и ангиопротекторы, симптоматические средства по показаниям

## ОСТРАЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ

Этиология	Гипертоническая болезнь
Патогенез	Спазм периферических артерий и вен мозга, отек головного мозга, ишемия и гипоксия мозговой ткани; изменения физико-химических свойств крови
Ведущие клинические проявления	Подъем АД ( $\geq 200/120$ мм. рт. ст.), судороги локальные и генерализованные, расстройства сознания (оглушение, сопор, кома, психомоторное возбуждение, сумеречное состояние сознания), менингизм (менингеальные симптомы из-за раздражения менингеальных оболочек).
Диагностика	Соматическое, неврологическое и офтальмологическое исследования, Ro-графия, РЭГ, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, ТКД, КТ; МРТ, коагулограмма и другие исследования
Дифференциальный диагноз	<ul style="list-style-type: none"> <li>С вегетативно-сосудистыми кризами</li> <li>С надпочечниковыми кризами</li> <li>С соляными кризами</li> <li>С эпилептическими и неэпилептическими пароксизмальными состояниями</li> <li>С гипертензионно-гидроцефальными кризами</li> <li>С субарахноидальным кровоизлиянием</li> <li>С опухолью головного мозга</li> </ul>
Принципы лечения	Включают антигипертензивные препараты (нормализация артериального давления), противосудорожная терапия, противоотечная терапия, нормализация деятельности сердца, улучшение кровотока и метаболизма мозга, антикоагулянты, нейро- и ангиопротекторы, симптоматические средства по показаниям.

## ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ИНСУЛЬТЫ)

Этиология	Гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз, васкулиты, патология сердца (мерцательная аритмия, фибрилляция предсердий и др.) болезни крови, аномалии мозговых сосудов, травмы сосудов и оболочек мозга, шейный остеохондроз, вегетативно-сосудистая дистония	
Патогенез	<p>При геморрагиях:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- разрыв стенки сосуда или аневризмы</li> <li>- повышенная проницаемость стенки сосуда -диapedез</li> </ul>	<p>При ишемии (инфаркте):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- закупорка сосуда в результате тромбоза, эмболии</li> <li>- вазоспазм или вазопарез, нарушения гемореологии</li> </ul>
Классификация	<p>Паренхиматозное – кровоизлияние в вещество мозга</p> <p>Субарахноидальное – кровоизлияние в подоболочечное пространство</p> <p>Субарахноидально-паренхиматозное (смешанное)</p>	<p>Тромботический – в результате тромбоза</p> <p>Эмболический - в результате эмболии атеросклеротическими бляшками или тромботическими массами</p> <p>Нетромботический- в результате вазоспазма или вазопареза</p>
Ведущие Клинические проявления	<p>Молодой и средний возраст; повышенное артериальное давление, симптомы артериальной гипертензии в соматическом статусе, развитие апоплектиформное; сознание может быть изменено как по типу угнетения, так и по продуктивному типу; выражены общемозговые и очаговые симптомы, горметонии; наблюдаются оболочечные симптомы, симптомы сдавления и дислокации мозга; ликвор может быть ксантохромный или геморрагический</p>	<p>Возраст пожилой, артериальное давление нормальное или повышено, в соматическом статусе симптомы атеросклеротического поражения, нарушения сердечного ритма; симптомы возникают постепенно или внезапно, сознание не нарушено, реже страдает кратковременно; очаговые симптомы превалируют над общемозговыми, оболочечных симптомов нет; симптомов дислокации нет или появляются медленно, спинномозговая жидкость не изменена</p>

Диагностика	Соматическое, неврологическое и офтальмологическое исследование, ликвородиагностика, рентгенография, магнитно-резонансная и рентгеновская компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография, ангиография, РЭГ, ЭЭГ, ЭхоЭГ, коагулограмма, другие исследования по показаниям
Дифференциальная диагностика	Дифференцировать характер инсульта, исключить кому соматического генеза, опухоль головного мозга, острые нейроинфекции и инфекционные заболевания с тяжёлым течением
Принципы лечения	<p>Недифференцированное лечение (независимо от характера инсульта) предусматривает нормализацию АД, сердечной деятельности, дыхания, борьбу с отеком мозга, гипертермией, нарушениями водно-электролитного баланса, нейропротекторы, вопросы питания, ухода.</p> <p>Дифференцированное лечение. При инфарктах - тромболизис (актилизе, альтеплаза) в первые 4-6 часов после развившегося инсульта, когда ещё не наступили необратимые изменения в нервных клетках ("терапевтическое окно") в условиях ПИТ под строгим контролем гемостаза. В более поздние сроки - антикоагулянты, антиагреганты (агренокс), антагонисты кальция.</p> <p>При геморрагиях включает коагулянты, ангиопротекторы, при субарахноидальных кровоизлияниях-антагонисты кальция (нимотоп). Оперативное лечение геморрагических инсультов по строгим показаниям</p>

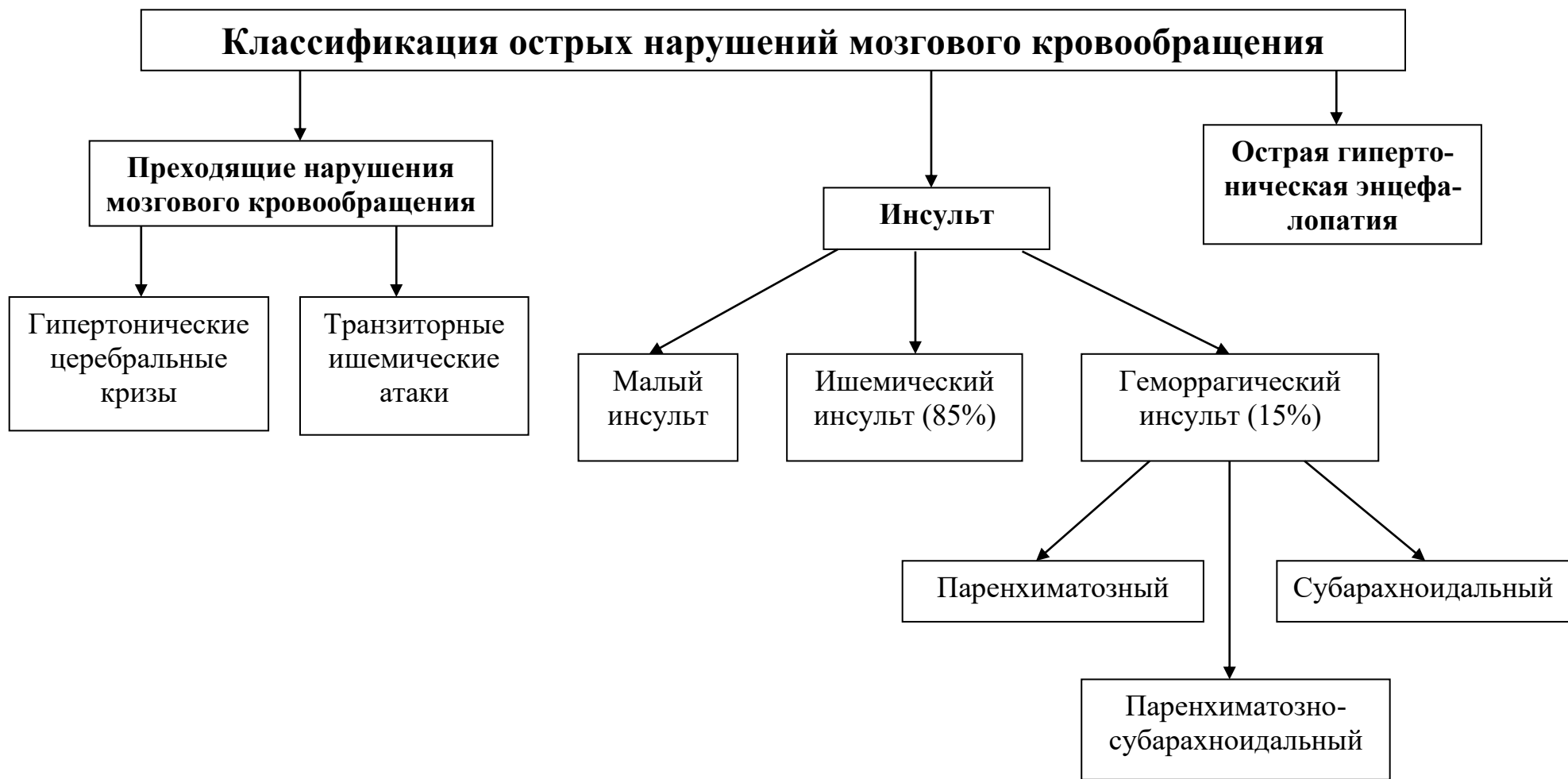


Схема №1 Классификация острых нарушений мозгового кровообращения

<b>ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ СПИННОМОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ</b>			
<b>ИШЕМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ СПИННОМОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ</b>		<b>ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ СПИННОМОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ</b>	
Этиология	<p>1) <b><u>Сердечно-сосудистые заболевания</u></b> (<i>Врожденные</i> – артериовенозные мальформации, аневризмы, коарктация аорты, гипоплазия спинномозговых сосудов. <i>Приобретенные</i> – гипертоническая болезнь, атеросклероз ветвей аорты, артерииты, флебиты, недостаточность гемодинамики при инфарктах миокарда, мерцательной аритмии.)</p> <p>2) <b><u>Компрессионные факторы</u></b> (компрессия аорты и ее ветвей опухолями, метастазами, лимфоузлами, беременной маткой. Сдавление корешково-спинномозговых артерий и корешковых вен грыжей межпозвоночного диска, эпи- и субдуральной опухолью, воспалительным инфильтратом и др. )</p> <p>3) <b><u>Ятрогенные факторы</u></b> (миелоишемия возникает как осложнение хирургических вмешательств, длительное пережатие или пластика аорты с выключением межреберных или поясничных артерий, операции в паравerteбральной области и инъекционных манипуляциях - эпидуральные блокады, спинномозговая анестезия)</p>		Травма позвоночника, гипертоническая болезнь, аномалии сосудистой системы спинного мозга (артериовенозные мальформации и др.), геморрагический диатез, инфекционные васкулиты и др.
	Патогенез	Тромбоз, эмболия, сдавление. .Вазоспазм, вазопарез	Разрыв стенки сосуда или аневризмы, повышенная проницаемость стенки сосуда (диapedез)
Классификация	Преходящие нарушения спинномозгового кровообращения.	Ишемический спинальный инсульт.	Геморрагический спинальный инсульт (гематомиялия, спинальное субарахноидальное кровоизлияние, геморрагический инфаркт)

	<p>Очаговые симптомы, зависящие от локализации и распространенности очага по поперечнику и по длиннику спинного мозга,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Двигательные расстройства в виде спастических, атрофических или смешанных пара- или тетрапарезов, параличей</li> <li>2. Сегментарные и проводниковые расстройства чувствительности</li> <li>3. Сфинктерные расстройства</li> <li>4. Вегетативно-трофические расстройства,</li> </ol>		
<p>Основные клинические проявления</p>	<p><i>Преходящие нарушения спинномозгового кровообращения.</i> Очаговые спинальные симптомы проходят до 24 часов 1) синдром «падающей капли» 2) синдром Унтерхарншейдта 3) миелогенная перемежающаяся хромота 4) каудогенная перемежающаяся хромота</p>	<p><i>Ишемический спинальный инсульт.</i> 1) развитию инсульта может предшествовать период предвестников в виде миелогенной перемежающейся хромоты, преходящих парезов, расстройств чувствительности, преходящих сфинктерных расстройств, радикулалгий и др 2) темп развития- от внезапного (при эмболии или острой компрессии сосудов) до нескольких часов или суток) 3) Характерно прекращение (уменьшение) боли после развития миелоишемии</p>	<p><i>Геморрагические нарушения спинномозгового кровообращения</i> 1) развитию часто предшествуют резкая физическая или эмоциональная нагрузка, травма 2) развитие острое (однако возможно и подострое, если источник гематомы- микроангиомы) 3) характерны интенсивные опоясывающие боли сегментарного характера (при субарахноидальном кровоизлиянии-«кинжальные» боли) 4) возможно повышение температуры тела 5) при субарахноидальном кровоизлиянии- менингеальные симптомы, может развиваться общемозговая симптоматика 6) примесь крови в ликворе или ксантохромия</p>
<p>Диагностика</p>	<p>неврологическое исследование, ликвородиагностика, селективная спинальная ангиография, КТ, МРТ, спондилография, миелография,</p>		
<p>Дифференциальная диагностика</p>	<p>Дифференцировать характер инсульта, исключить острый миелит, рассеянный склероз, опухоли, медулярные метастазы, полиомиелит</p>		

Принципы лечения	<p>Недифференцированное лечение-нормализация функции дыхания и сердечной деятельности коррекция АД, борьба с отеком спинного мозга (маннитол, лазикс) ,нейропротекторы (пирарцетам, витамин Е, антиглутаматные препараты), антибактериальные препараты для профилактики вторичных осложнений(пневмонии, цистита, уросепсиса). Профилактика пролежней,</p> <p><i>Лечение ишемических нарушений спинномозгового кровообращения</i></p> <p>.Тромболитики (в первые 4-6 часов), антикоагулянты (гепарин, клексан, фраксипарин),средства, улучшающие коллатеральное кровообращение,спазмолитики(папаверин, пентоксифиллин, кавинтон), улучшающие микроциркуляцию (реополиглюкин ,полиглюкин, никотиновая кислота, антиагреганты (тиклид, ацетилсалициловая кислота в сочетании с дипиридамолом, агренокс, пентоксифиллин), антагонисты кальция (стугерон, циннаризин, нимотоп, дильцерен, немотан).</p> <p>Назначают танакан (препарат комплексного действия,) актовегин, церебролизин (улучшающие метаболизм в ткани мозга)</p> <p>В случаях компрессионно- васкулярных спинномозговых расстройств лечение направлено на устранение сдавления.</p> <p>При дискогенном процессе- ортопедические (плотное ложе, вытяжение позвоночника, ношение корсета, массаж, ЛФК) и физиотерапевтические мероприятия. При отсутствии успеха от медикаментозного и ортопедического лечения устанавливают показания к оперативному вмешательству.</p> <p>Совместно с нейрохирургами больным с интра- и экстравертебральными опухолями.</p> <p>Совместно с хирургами при поражении аорты (коарктация, атеросклеротическая аневризма).</p> <p><i>Лечение геморрагических нарушений спинномозгового кровообращения.</i></p> <p>Полный покой в остром периоде, коагулянты (преимущественно с ангиопротекторным эффектом-дицинон, этамзилат), ангиопротекторы- аскорбиновая кислота, аскорутин, антогонисты кальция (нимотоп, дильцерен, немотан).</p> <p>Спинномозговые пункции-при субарахноидальном кровоизлиянии.</p> <p>При травме позвоночника и наличие обширной гематомы-оперативное лечение</p> <p>При всех видах расстройств спинномозгового кровообращения- симптоматическая терапия, в периоде восстановления-физиотерапевтические процедуры, ЛФК, массаж.</p>
------------------	---

## СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Ведущие механизмы развития	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Токсическое действие соматической патологии и связанное с ней нарушение обмена веществ в нервной ткани</li> <li>– Гипоксия, связанная с недостаточным притоком кислорода и нарушением его метаболизма в мозге</li> <li>– Патологические рефлекторные влияния из пораженных органов и тканей, которые вызывают нарушения ферментной и медиаторной деятельности нервной системы</li> </ul>			
При эндокринных заболеваниях	Сахарный диабет	<ul style="list-style-type: none"> <li>• дистальная полинейропатия и полинейропатия черепно-мозговых нервов</li> <li>• ангиопатия сосудов головного мозга</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• гипогликемическая энцефалопатия (обморок, тревога, бред, эпилептические припадки, беспокойство, галлюцинации)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• гипергликемическая энцефалопатия (астенический синдром, жажда, полинейропатия, вестибулопатия, запах ацетона изо рта, полиурия, кома)</li> </ul>
	Гипотиреоз	<ul style="list-style-type: none"> <li>• миопатический синдром с псевдогипертрофиями</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• полинейропатический синдром</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• пароксизмальная миоплегия</li> <li>• псевдомиотонический синдром</li> </ul>
	Тиреотоксикоз	<ul style="list-style-type: none"> <li>• миастенический синдром</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• невротеноподобный синдром</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• миопатический синдром</li> </ul>
При гематологических заболеваниях	Пернициозная анемия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• фуникулярный миелоз (поражение задних и боковых столбов спинного мозга): центральные парезы, параличи, проводниковый тип расстройства чувствительности</li> </ul>		
	Лейкозы	<p>в основе поражения нервной системы лежит формирование лейкемических инфильтратов различной локализации, с компрессией, вызывающей корешковый, миелитический, менингеальный синдромы, эпилептические припадки, возможно развитие геморрагического инсульта</p>		
	Лимфогранулематоз	<p>в основе поражения нервной системы лежат лимфогранулематозные инфильтраты, воздействующие компрессионно и вызывающие поражения спинного мозга по типу tumor spinalis</p>		

При заболеваниях дыхательной системы	Поражение легких (пневмония, бронхоэктатическая болезнь, абсцесс легких, рак легких)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• беталепсия</li> <li>• абсцесс мозга</li> <li>• метастазы в головной и спинной мозг</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• нарушение венозной гемодинамики</li> <li>• психомоторное возбуждение</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• полинейропатия</li> <li>• гипоксия</li> <li>• менингеальный синдром</li> </ul>
	хронический бронхит	• гипоксическая венозная энцефалопатия (головные боли, головокружения, обмороки и др.)		
Заболевания ЖКТ	Гастриты, дуодениты, язвенная болезнь, гастроэнтероколиты	• полинейропатия	• астенический синдром	• энцефалопатия • ВСД
	Болезни печени	• энцефалопатия, астенический синдром	• поражение II пары ЧМН	• корешковый синдром • гиперкинетический синдром
Патология почек		<ul style="list-style-type: none"> <li>• энцефалопатия</li> <li>• неврастеноподобный синдром</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• вторичная ренальная гипертония</li> <li>• пароксизмальная миоплегия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• острое нарушение мозгового кровообращения</li> <li>• уремическая кома</li> </ul>
Заболевания сердца и артерии	ИБС, аритмии, миокардиты, пороки сердца, аневризма аорты, коарктация аорты	• энцефалопатия с астеническим состоянием, ВСД, вестибулярно- и мозжечково-атактическими расстройствами	<ul style="list-style-type: none"> <li>• обмороки (в т.ч. синдром Морганьи-Эдамса-Стокса)</li> <li>• дисциркуляторная энцефалопатия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• транзиторные ишемические атаки</li> <li>• острое нарушение мозгового кровообращения</li> </ul>
Онкологические заболевания внутренних органов	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Паранеопластические полинейропатии, миопатии;</li> <li>- Миастенические синдромы (Ламберта – Итона)</li> <li>- Компрессионные синдромы</li> </ul>			

## ЛУЧЕВАЯ БОЛЕЗНЬ

	ОСТРАЯ ЛУЧЕВАЯ БОЛЕЗНЬ	ХРОНИЧЕСКАЯ ЛУЧЕВАЯ БОЛЕЗНЬ
Этиология	одномоментное получение эквивалентной дозы облучения более 100 - 1000 рентген	длительное воздействие ионизирующего излучения
Клинические синдромы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• полиневритический (в т.ч. при поражении черепных нервов – бульбарный)</li> <li>• выраженный астенический</li> <li>• вегетативной дисфункции</li> <li>• энцефаломиелорадикулонейропатия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• астенический</li> <li>• вегетативно-сосудистой дистонии (вегетативные пароксизмы, включая синкопальные состояния)</li> <li>• миастеноподобный</li> <li>• вестибулярных и мозжечковых нарушений</li> <li>• сенсорно – вегетативная полинейропатия</li> <li>• экстрапирамидные нарушения</li> </ul>

## ВИБРАЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ

КЛИНИЧЕСКАЯ СТАДИЯ	ВЕДУЩИЕ СИМПТОМЫ
Начальные проявления (I)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• периферический ангиодистонический синдром</li> <li>• сенсорно-вегетативная полинейропатия</li> </ul>
Умеренно выраженные проявления (II)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• периферический ангиодистонический синдром (типа Рейно)</li> <li>• церебральный ангиодистонический синдром</li> </ul> <p>сенсорно-вегетативная полинейропатия с дистрофическими расстройствами (миофиброз, артроз, периартроз)</p>
Выраженные проявления (III)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• сенсорная, вегетативная и моторная полинейропатия</li> <li>• миелопатия</li> <li>• энцефалопатия</li> </ul>

# КЛАССИФИКАЦИЯ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

## А. На шейном уровне

### I. Рефлекторные синдромы:

1. Цервикалгия
2. Цервикокраниалгия (задний шейный симпатический синдром и др.)
3. Цервикобрахиалгия и цервикоплексалгия с мышечно-тоническими, вегетативно-сосудистыми или нейродистрофическими проявлениями (синдромы: передней лестничной мышцы, плечелопаточного периартроза, плечо-кость, эпикондилеза, стилоидоза, некоронарогенная кардиалгия и др.)

II. Корешковые синдромы: дискогенное (вертеброгенное) поражение корешков (“радикулопатии”)

III. Спинальные синдромы (компрессия спинного мозга грыжей диска, остеофитом и др.)

IV. Сосудистые корешково-спинальные синдромы (радикулоишемия, радикуломиелоишемия, миелоишемия).

V. Синдром позвоночной артерии

## Б. На грудном уровне

I. Рефлекторные синдромы: торакалгия с мышечно-тоническими, вегетативно-висцеральными или нейродистрофическими проявлениями (синдромы – лопаточно-реберный, передней грудной стенки, кардиалгии и др.)

II. Корешковые синдромы: дискогенное (вертеброгенное) поражение корешков (“радикулопатии”)

III. Спинальные синдромы: 1) сосудистый, 2) компрессионный

## В. На поясничном уровне

### I. Рефлекторные синдромы:

- 1) Люмбаго (“прострел”)
- 2) Люмбалгия
- 3) Люмбоишиалгия с мышечно-тоническими, вегетативно-сосудистыми или нейродистрофическими проявлениями (синдромы: грушевидной мышцы, периартроза тазобедренного или коленного суставов, кокцигодинии, ахиллодинии и др.)

II. Корешковые синдромы: дискогенное (вертеброгенное) поражение корешков (“радикулопатии”), включая синдром конского хвоста

III. Сосудистые корешково-спинальные синдромы:

1. радикулоишемия;
2. радикуломиелоишемия;
3. миелоишемия (преходящая или стойкая)

## НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ВЕРТЕБРАЛЬНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Компрессионные синдромы				Рефлекторные синдромы			
Механизм возникновения	Компрессия корешка	Компрессия корешково – спинальных артерий	Компрессия спинного мозга	Синдромы передней лестничной, малой грудной, грушевидной и др. мышц	Плечелопаточный периартроз, эпикондилез и стилоидоз	Люмбалгия, люмбоишалгия	Синдром позвоночной артерии
Клинические проявления	- парестезии или стреляющие боли по ходу корешка - выпадение чувствительности по "корешковому" типу - анталгический сколиоз - локальный мышечный дефанс - болезненность паравертебральных точек при пальпации - снижение или выпадение соответствующих рефлексов	- боли, часто без симптомов выпадения чувствительности - слабость отдельных групп мышц и снижение рефлексов (характерны)	- нарастающие двигательные нарушения (парезы, параличи) - чувствительные нарушения проводникового типа - сфинктерные нарушения в виде недержания или задержки мочеиспускания, дефекации	- болезненность и локальное мышечное напряжение соответствующих мышц - вторичные вегетативные, чувствительные и двигательные нарушения, вызванные сдавлением проходящих сосудов нервных пучков	- боль в области плечевого сустава и ограничение подвижности в нем, больше в эпикондилярной области, усиливающаяся при пронаторных и супинационных движениях в локтевом суставе - болезненность в области шиловидных отростков	- ноющие боли в поясничной области, усиливающиеся при наклонах туловища, в положении "сидя", "стоя" - боли в поясничной области, иррадиирующие в ногу (при люмбоишалгии) - локальный мышечный дефанс, - положительные симптомы натяжения без расстройств в чувствительной и рефлекторной сфере	- головные боли затылочной локализации (пульсирующие, жгучие) - симптом "снятия шлема" - кохлеовестибулярные нарушения - зрительные нарушения
	положительные симптомы натяжения (Лассега, Вассермана, Нери и др)						
Лечение	Покой, анальгетики и противоотечные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты (мовалис, динепрол), новокаиновые блокады (паравертебральные и в мышцы - лестничную, грушевидную, малую грудную), физиотерапия, подводное или сухое вытяжение, мануальная терапия						

## СИНДРОМЫ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ (ЛИКВОРА)

Параметры исследования	Давление	Внешний вид	Клетки	Белок	Глюкоза
Нормальная цереброспинальная жидкость	70-120 мм вод ст. в положении на боку	Прозрачная и бесцветная	0-5 лимфоцитов	0,15-0,33 г/л (0,15-0,33 мг%)	2,2-3,3 ммоль/л (40-60 мг%)
Интракраниальная опухоль	Склонно к значительному повышению	Обычно прозрачная и бесцветная	Норма или незначительное увеличение	Норма или умеренное повышение	Обычно норма, уменьшение при менингеальном карциноматозе
Ишемический инсульт	Норма или незначительное повышение	Обычно прозрачная и бесцветная	Норма или минимальное повышение	Норма или минимальное повышение	Норма
Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние	Повышение	Розовая до сильно кровавистой. Редко прозрачная во время первой пункции	Количество эритроцитов сильно возрастает, лейкоцитов – увеличивается	Увеличение пропорционально количеству эритроцитов	Норма или увеличение
Острый бактериальный менингит	Умеренно или значительно повышено	Различен: опалесцирующая, мутная до гнойной	Значительно увеличены (до 10000-50000). Большинство – полинуклеары	Умеренное или значительное увеличение	Умеренное или значительное уменьшение
Туберкулезный менингит	Слегка или умеренно повышено	От прозрачной до опалесцирующей, может образовываться пленка	Умеренный лимфоцитарный плеоцитоз	Повышение, иногда до 5 г/л (5мг%)	Снижение

## МЕНИНГЕАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Субъективные данные	Головная боль, общая гиперестезия, рвота	
Клинические данные	<p>Менингеальные симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Кернига, Брудзинского (верхний, средний, нижний)</li> <li>– ригидность мышц затылка</li> <li>– симптом Лесажа (подвешивания) у детей</li> </ul>	Менингеальная поза ("легавой собаки")
Дополнительные методы исследования	Изменения ликвора при визуальном, биохимическом, серологическом и микроскопическом исследованиях	

## МЕНИНГИТЫ ГНОЙНЫЕ МЕНИНГИТЫ

Формы	<b>Эпидемический цереброспинальный менингит (первичный)</b>	<b>Вторичные гнойные менингиты</b>
Этиология	Менингококк Вейксельбаума	Пневмококк, стафилококки, стрептококки.
Патогенез	Передается контактным и воздушным путем, входные ворота - слизистая оболочка зева и носоглотки, дальше проникает в оболочки головного и спинного мозга гематогенным путем	Источники инфекции - отогенные, риногенные, сепсис, абсцесс легких и др., пути проникновения инфекции в субарахноидальное пространство - контактный, периневральный, гематогенный, лимфогенный
Патоморфология и топоика	Гнойное воспаление мягкой мозговой оболочки, по ходу вен оболочек - скопление гноя, мозг полнокровный, в коре - токсические, дегенеративные, сосудисто-воспалительные процессы, очаги размягчения, микроабсцессы; при тяжелом течении поражаются пирамидные пути, черепно-мозговые нервы	

Клиника	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Менингеальный синдром</li> <li>– Общеинфекционный синдром</li> <li>– Синдром интракраниальной гипертензии</li> </ul>
Диагностика	<p>Люмбальная пункция, в ликворе - клеточно-белковая диссоциация, ликвор мутный, гнойный, вытекает под повышенным давлением, в ликворе нейтрофилы до десятков тысяч в 1 мкл, повышение белка до 1-16 г/л, в мазках осадка ликвора менигококк или пневмококк, стафилококк, стрептококк</p>
Дифференциальный диагноз	<p>Между всеми формами менингитов Субарахноидальное кровоизлияние</p>
Лечение	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Антибактериальные препараты (в том числе интралюмбально)</li> <li>2. Инфузионно-детоксикационная терапия</li> <li>3. Дегидратационная терапия</li> <li>4. Нейрометаболитики</li> <li>5. Симптоматическая терапия</li> </ol>

## СЕРОЗНЫЕ МЕНИНГИТЫ

Формы	Туберкулезный менингит	Острый лимфоцитарный хориоменингит
Этиология	Туберкулезная палочка из первичного очага больного	Фильтрующийся вирус. Резервуар вируса - серые домашние мыши, заражение через пищевые продукты
Патогенез	Чаще у детей и подростков гематогенная диссеминация, поражение оболочек мозга с серозными воспалительными изменениями	Гематогенная диссеминация. Поражение оболочек мозга. Серозные воспалительные изменения. В головном мозге отек, воспалительные очаги
Патоморфология и топика процесса	Повреждаются оболочки основания мозга, эпендима III и IV желудочков, сосудистые сплетения. Наблюдаются экссудативные и пролиферативные изменения	Оболочки мозга повреждаются диффузно. При тяжелом течении поражение головного и спинного мозга, периферической нервной системы
Клиника	Постепенное начало с нарастанием менингеального синдрома и появлением симптомов поражения черепно-мозговых нервов	Острое начало с быстрым развитием менингеального синдрома, поражением черепно-мозговых нервов, иногда с явлениями энцефаломиелита, полирадикулопатии
Диагностика	Наличие туберкулеза внутренних органов. Люмбальная пункция: ликворное давление повышено, жидкость опалесцирующая, лимфоцитарный плеоцитоз до 600-800x10 <sup>6</sup> /л, повышенное содержание белка до 2-3 г/л, снижение сахара до 0,15-0,5 г/л и хлоридов до 5 г/л, выпадение фибриновой пленки, микобактерии в ликворе в 2/3 случаев	Люмбальная пункция: значительное повышение давления ликвора, лимфоцитарный плеоцитоз, содержание белка, сахара и хлоридов в норме; этиологическая диагностика - выделение вируса, а также исследование реакции нейтрализации и РСК

Дифференциальная диагностика	Между серозными формами менингитов	С туберкулезным менингитом С вторичными энцефалитами
Лечение	Противотуберкулезные препараты Кортикостероиды Дегидратационная терапия Нейрометаболические препараты Симптоматическое лечение	Интерфероны Десенсибилизирующая терапия Дегидратационная терапия Нейрометаболические препараты Симптоматическое лечение

## ОСТРЫЙ МИЕЛИТ

Этиология	Инфекция, интоксикация. Первичные миелиты обусловлены нейровирусами, туберкулезом, сифилисом. Вторичные миелиты возникают как осложнение общеинфекционных заболеваний (корь, скарлатина, тиф, пневмония, грипп) или какого-либо гнойного очага в организме и сепсиса. Нередки случаи поствакцинального миелита
Патогенез	При первичных миелитах инфекция распространяется гематогенно, поражая спинной мозг, при вторичных – играют роль аллергический фактор и гематогенный занос инфекции в спинной мозг.
Патоморфология и топика процесса	Патологический процесс может развиваться: 1) в поясничном отделе; 2) грудном отделе; 3) на уровне шейного утолщения; 4) в верхнешейном отделе. В спинном мозге в области очага гиперемия, отек, мелкие кровоизлияния, распад миелина
Клиника	Неврологический симптомокомплекс поперечного поражения спинного мозга в соответствии с уровнем его поражения на фоне общеинтоксикационного синдрома
Диагностика и дифференциальный диагноз	Острое начало заболевания с быстрым развитием поперечного поражения спинного мозга на фоне общеинфекционных симптомов, наличие воспалительных изменений в цереброспинальной жидкости при отсутствии блока. Важно различать эпидурит, который лечится нейрохирургически. Дифференциальный диагноз проводить с полинейропатией Гийен-Барре, опухолями спинного мозга, гематомиелией, гематораксом, рассеянным энцефаломиелитом
Лечение	Антибиотики. Глюкокортикоиды. Дезинтоксикационная терапия. Нейрометаболитики. Симптоматическая терапия. Уход. Профилактика пролежней

## ПОЛИОМИЕЛИТОПОДОБНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ ВИРУСАМИ Koksaki и ЕСНО

Этиология	Инфицирование энтеровирусами Коксаки и ЭКХО
Патогенез	Алиментарным или аэрационным путем инфицирование, затем вирусемия. Фиксация вируса в различных органах и системах (в мышцах, нервной ткани, слизистых и серозных оболочках и т.д.)
Патоморфология и топоика	Гиперемия и набухание мягких мозговых оболочек, увеличение количества ликвора в субарахноидальном пространстве, желудочках мозга
Клинические формы	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Серозный энтеровирусный менингит</li> <li>– Спинальная полиомиелитоподобная форма</li> <li>– Полирадикулоневритическая форма</li> <li>– Эпидемическая миалгия</li> </ul>
Ведущие клинические синдромы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Общеинфекционный</li> <li>• Менингеальный</li> <li>• Преходящих атрофических парапарезов</li> </ul>
Диагностика	<p>Вирусологическое исследование</p> <p>Копрологическое исследование</p> <p>Эпидемиологическое исследование</p> <p>Люмбальная пункция</p>
Дифференциальная диагностика	<ul style="list-style-type: none"> <li>• С острым полиомиелитом</li> <li>• С гриппозным менингоэнцефалитом</li> <li>• Со всеми формами менингитов</li> <li>• С пищевой токсикоинфекцией</li> </ul>
Принципы терапии	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Противовирусный гамма-глобулин, интерфероны</li> <li>• Кортикостероиды</li> <li>• Дегидратация</li> <li>• Анальгетики</li> <li>• Десенсибилизация</li> <li>• Витамины</li> </ul>

## ПОЛИОМИЕЛИТ

Этиология	Три штамма фильтрующегося вируса (1-го, 2-го, 3-го типов)
Эпидемиология	Основные распространители заболевания - здоровые носители и реконвалесценты с abortивными формами. Основной путь передачи инфекции - личные контакты и фекальное загрязнение пищи
Патогенез	Инкубационный период – 17 дней - 5 недель. Размножается в слизистой оболочке кишечника, затем внедряется в кровь. В нервную систему вирус проникает через гематоэнцефалический барьер
Патоморфология	Спинальный мозг отечен, мягок, в сером веществе – мелкие участки геморрагий. Гистологические изменения наиболее выражены в сером веществе спинного (преимущественно клетках передних рогов) и продолговатого мозга, где отмечаются изменения от легкого хроматолиза до полной деструкции с нейронофагией
Клиника	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Непаралитическая форма -проявляется синдромом серозного менингита или корешковым синдромом</li> <li>2. Паралитические формы: <ul style="list-style-type: none"> <li>- энцефалитическая (поражение коры и подкорки)</li> <li>- понтобульбарная (поражение моста и продолговатого мозга)</li> <li>- спинальная (поражение передних рогов – периферические параличи)</li> <li>- полиневритическая (множественное поражение периферических нервов)</li> </ul> </li> </ol>
Стадии полиомиелита	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Инкубационная</li> <li>– Продромальная</li> <li>– Препаралитическая</li> <li>– Паралитическая</li> <li>– Восстановительный период</li> <li>– Резидуальный период</li> </ul>
Дифференциальная диагностика	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ С менингитами другой этиологии</li> <li>▪ С инфекционным миелитом</li> <li>▪ С полирадикулонейропатией Гийен-Барре</li> <li>▪ С энцефалитами (стволовой формой)</li> </ul>
Лечение	Специфического лечения нет. Симптоматическая терапия - полный покой. При респираторных и бульбарных расстройствах - ИВЛ, отсасывание секрета слизистой, кормление через зонд. Антибиотики для профилактики пневмоний
Профилактика	Изоляция на 6 недель; детям, в контакте - $\gamma$ -глобулин 3-6 мл. Вакцинация детей согласно принятому плану прививок

## ПЕРВИЧНЫЕ ЭНЦЕФАЛИТЫ

Формы	Клещевой энцефалит (весенне-летний)	Герпетический энцефалит	Эпидемический энцефалит (Экономо)
Этиология	Нейротропный вирус, переносчиком которого являются иксодовые клещи	Вирус простого герпеса I типа	Возбудитель до настоящего времени не обнаружен
Эпидемиология	Природно-очаговый зооноз, резервуар – мелкие грызуны, птицы, иногда домашние животные; весенне-летняя сезонность обусловлена биологией клещей; в организм человека попадает через укус клеща или алиментарно; в ЦНС проникает вследствие гематогенной диссеминации и вiremии	Общетоксическое и очаговое-некротическое поражение вещества мозга	Заболевание малоконтагиозно; для острой стадии характерны симптомы воспалительного характера; для хронической – прогрессивно-дегенеративные изменения; между стадиями – период от нескольких месяцев до 5-10 лет
Патоморфология и топика	Воспалительно-дегенеративные изменения в коре и стволе мозга, шейном отделе спинного мозга	Некротический герпетический энцефалит. Возможно вовлечение спинного мозга (энцефаломиелит)	Воспалительно-дегенеративные изменения в ножках мозга, ретикулярной формации, стволе, гипоталамусе, черной субстанции
Основные клинические формы	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Полиоэнцефаломиелитическая</li> <li>▪ Менингеальная</li> <li>▪ Кожевниковская эпилепсия</li> </ul>	Некротический энцефалит с появлением острой очаговой неврологической симптоматики	<p>1. В острой стадии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Нарушения сна и внимания</li> <li>▪ Глазодвигательные нарушения</li> </ul> <p>2. В хронической стадии: синдром паркинсонизма</p> <p><i>Современные формы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Вестибулярная</li> <li>➤ Гиперкинетическая</li> <li>➤ Гипоталамическая</li> </ul>

<p>Диагностика</p>	<p>Пребывание в эпидемическом очаге, укусы клеща, заболевание в весенне-летний период Выделение вируса из крови и цереброспинальной жидкости Положительные РСК, РИ, РТГА</p>	<p>1. Серологическое исследование 2. Специфическое вирусологическое типирование</p>	<p>– Общеинфекционные проявления – Гиперсомния – Глазодвигательные нарушения</p>
<p>Дифференциальная диагностика</p>	<p>Со всеми энцефалитами</p>	<p>С серозными менингитами, менингоэнцефалитами С энцефалитами другой этиологии С острым нарушением мозгового кровообращения (при геморрагической форме)</p>	<p>В острой стадии - с серозным менингитом В хронической стадии - с патологией подкорковых образований (синдром паркинсонизма)</p>
<p>Лечение</p>	<p>В острой стадии: – сыворотка крови переболевших – <math>\gamma</math>-глобулин, интерфероны – дегидратационная терапия В хронической стадии: – симптоматическая терапия – нейрометаболическая терапия</p>	<p>Специфическое противовирусное лечение (зовиракс, вальтрекс) <math>\gamma</math>-глобулин Дегидратационные препараты Симптоматическая терапия</p>	<p>В острой стадии: – кортикостероиды – десенсибилизирующие средства – дегидратационная терапия В хронической стадии: – лечение синдрома паркинсонизма</p>

## ВТОРИЧНЫЕ ЭНЦЕФАЛИТЫ

Формы	Ревматический энцефалит	Гриппозный энцефалит
Этиология	Ревматизм	Вирус гриппа А1, А2, А3, В
Патоморфология и топика	Сосудистые изменения в виде эндартериита, панваскулита, периартериита, периваскулярное воспаление и инфильтрация, изменения глии	Тромбоваскулиты, мелкие дилатационные и очаговые кровоизлияния, периваскулярные инфильтраты, очаговые поражения мозга
Основные клинические формы	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ревматический васкулит</li> <li>– Малая хорея (Сиденгама)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Геморрагический гриппозный энцефалит</li> <li>– Гриппозная диэнцефалопатия с наиболее частыми синдромами: астеническим, вегетативно-сосудистой дистонии, интракраниальной гипертензии</li> </ul>
Диагноз	<p>Клинические данные.</p> <p>В ликворе - лимфоцитарный плеоцитоз, повышение ликворного давления.</p> <p>Положительные острофазовые показатели и специфические ревмопробы</p>	<p>Клинические данные</p> <p>Серологические исследования</p> <p>Вирусологическое исследование</p> <p>В ликворе - лимфоцитарный плеоцитоз, повышение ликворного давления</p>
Дифференциальный диагноз	Со всеми формами энцефалитов и лейкоэнцефалитов	<p>С серозными менингитами, менингоэнцефалитами</p> <p>С энцефалитами другой этиологии</p> <p>С острым нарушением мозгового кровообращения (при геморрагической форме)</p>
Лечение	<p>Лечение ревматизма</p> <p>Нейрометаболитики</p> <p>Дегидратационные препараты</p> <p>Противосудорожные препараты</p> <p>Симптоматическая терапия</p> <p>При гиперкинезах – галоперидол, фенибут, аминазин, фенобарбитал</p>	<p>Кортикостероиды</p> <p>γ-глобулин</p> <p>Дегидратационные препараты</p> <p>Гемостатики</p> <p>Симптоматическая терапия</p>

Формы	Вакцинальные энцефалиты	Коревой энцефалит
Этиология	Противооспенная вакцина, вакцины АДС, АКДС и др.	Тяжелые осложнения кори
Патогенез	Аллергическая реакция с поражением головного мозга	Инфекционно-аллергическая реакция с поражением головного мозга
Патоморфология и топоика процесса	Воспалительные поражения сосудов мозга, периваскулярные инфильтраты, диапедезные кровоизлияния, отек мозга; изменения локализуются в белом веществе головного и спинного мозга – очаги демиелинизации	Фибринозное набухание стенок сосудов мозга, образование перивенозных очагов демиелинизации преимущественно белого вещества головного мозга
Основные клинические формы	– Энцефаломиелитическая – Полиневритическая	– Энцефаломиелитическая – Коревая энцефалопатия
Диагноз	В ликворе лимфоцитарный цитоз, повышенное содержание белка и сахара, повышение ликворного давления	В ликворе повышается количество белка, сахара, умеренный лимфоцитоз, повышение ликворного давления
Дифференциальная диагностика	Проводится со всеми формами энцефалитов	Проводится со всеми формами энцефалитов
Принципы лечения и профилактики	Десенсибилизирующие препараты, иммунодепрессанты (кортикостероиды), дегидратация, нейрометаболитики, симптоматическая терапия	Лечение кори; нейрометаболитики, иммунодепрессанты; десенсибилизирующая терапия; при гиперкинезах – галоперидол, ноофен, аминазин

## ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ АРАХНОИДИТ (хронический лептоменингит)

Этиология	Нейроинфекции, общие инфекции (корь, скарлатина), интоксикации, черепно-мозговые травмы
Патогенез	Неспецифические аутоиммунные и аутоаллергические реакции паутинной и пиальной оболочки, сосудистых сплетений и эпендимы желудочков с преимущественно пролиферативными изменениями в них
Патоморфология	Помутнение и утолщение паутинной оболочки, иногда кисты, наполненные мутноватой или прозрачной жидкостью; различают распространенный и ограниченный: слипчивый, кистозный и кистозно-слипчивый арахноидиты
Топика процесса	По преимущественной локализации различают: – конвекситальный (выпуклой поверхности полушарий)
	– базальный: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ оптико-хиазмальный</li> <li>➤ мостомозжечкового угла</li> <li>➤ задней черепной ямки</li> </ul>
Клиника	Неврологические симптомокомплексы формируются в соответствии с локализацией арахноидита
Диагностика	Очаговый симптомокомплекс; интракраниальная гипертензия; изменения на ЭЭГ, Эхо-ЭГ, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии
Дифференциальная диагностика	С опухолями головного мозга
Лечение	<p>Этиотропное лечение</p> <p>Рассасывающие средства</p> <p>Дегидратационная терапия</p> <p>Нейрометаболитики</p> <p>Симптоматические средства</p> <p>Нейрохирургическое лечение</p>

## ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

### Рассеянный (множественный) склероз

Этиология	Относится к аутоиммунным заболеваниям; вирус, или другие этиологические факторы, вызывающие аутоиммунную реакцию, до этого времени не выявлены. Имеется генетическая предрасположенность.
Патогенез	Олигодендроглиоциты миелиновых оболочек поражаются за счет образования аутоантител к миелину с развитием воспалительной реакции при участии цитокинов (медиаторов, секретируемых иммунными клетками - лимфоцитами, макрофагами), что открывает доступ в ЦНС ещё большему количеству иммунных клеток с дезинтеграцией миелина, изменяет синтез собственных глиозных клеток. Роль повышения перекисного окисления липидов нервной системы
Патоморфология	Многочисленные очаги демиелинизации в головном и спинном мозге; в месте погибших волокон развивается глиофиброз (склеротические бляшки) при сохранности осевых цилиндров; наиболее частая локализация бляшек – боковые канатики, мозжечковые пути, зрительные нервы
Клинические симптомы	Триада Шарко (нистагм, интенционное дрожание, скандированная речь) Пентада Марбурга (нижний спастический парализ, нистагм, интенционное дрожание, отсутствие брюшных рефлексов, частичная атрофия сосков зрительных нервов – побледнение височных половин)
Диагноз	– Многоочаговость – Непостоянство ("мерцание") симптомов даже на протяжении суток – Волнообразное течение заболевания с обострениями и ремиссиями
Дифференциальный диагноз	С дрожательной формой гепатоцеребральной дистрофии (болезнь Коновалова-Вильсона) С острым инфекционным энцефаломиелитом С наследственными мозжечковыми атаксиями
Принципы лечения	В период обострения: пульс-терапия глюкокортикоидами, обменный плазмаферез, цитостатики, десенсибилизирующая терапия, антигистаминные препараты, антиоксиданты В период ремиссии: иммуномодуляторы (ребиф, авонекс, бетаферон, копаксон), препараты, улучшающие трофику нервной системы (фосфаден, витамины группы В, ноотропил), сосудистые препараты (трентал), АКТГ и глюкокортикоиды, иммунодепрессанты

## БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ (болезнь Шарко-Кожевникова)

Этиология, патогенез	Эксайтотоксическое поражение периферических нейронов и центральных мотонейронов вследствие повышенной функции глутаматных рецепторов
Патоморфология	Дегенеративные изменения клеток передних рогов спинного мозга в области шейных и пояснично-крестцовых сегментов, в стволе мозга (ядрах VII, IX, X, XI, XII пар черепных нервов и надъядерных путей), а также в пирамидных путях, расположенных в боковых столбах спинного мозга
Основные клинические формы	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Бульбарная</li> <li>– Шейно-грудная</li> <li>– Пояснично-крестцовая</li> </ul>
Диагностика	Одновременное сочетание признаков центрального и периферического параличей с локализацией в зависимости от клинической формы, фибриллярные подергивания мышц, преобладание парезов над атрофией мышц
Дифференциальная диагностика	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ С вертеброгенной цервикальной миелопатией</li> <li>▪ С опухолями спинного мозга</li> <li>▪ С рассеянным склерозом</li> <li>▪ С сирингомиелией</li> </ul>
Лечение	<p>Антиглутаматные препараты (рилузол)</p> <p>Витамин Е и группы В</p> <p>Средства, влияющие на тканевой обмен (пирацетам, энцефабол, церебролизин, кокарбоксилаза, глютаминовая кислота, берлитион)</p> <p>Анаболические гормоны в повышенных дозах с повторными (1-2 мес.) курсами (ретаболил)</p> <p>Биостимуляторы</p> <p>При слюнотечении – препараты атропина, при дыхательных и бульбарных нарушениях – прозерин, реанимационные мероприятия</p>

## ЭПИЛЕПСИЯ

<p>Этиология</p>	<p>1. Эндогенные: наследственная предрасположенность головного мозга к пароксизмальным состояниям</p> <p>2. Экзогенные: заболевания, вызывающие органические поражения головного мозга и его оболочек (травмы, инфекции, интоксикации, опухоли, аневризмы сосудов головного мозга)</p>				
<p>Патогенез</p>	<p>Формирование эпилептического очага, образуемого из группы нейронов с деполяризованными мембранами, в результате чего генерализуется гиперсинхронный разряд возбуждения</p>				
<p>Классификация приступов</p>	<p>1. Генерализованные:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-большой эпилептический приступ (тонико-клонический);</li> <li>-тонические;</li> <li>-клонические</li> <li>-абсанс:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• простой</li> <li>• акINETический</li> <li>• миоклонический</li> </ul> </li> </ul>	<p>2. Парциальные (фокальные):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) моторные:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- джексоновская эпилепсия</li> <li>- адверсионные</li> <li>- речевая</li> <li>- кожевниковская эпилепсия</li> </ul> </li> <li>б) сенсорные:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ джексоновская эпилепсия</li> <li>▪ зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые галлюцинации</li> <li>▪ сенситивная</li> <li>▪ психосенсорные</li> </ul> </li> <li>в) вегетативно-висцеральные</li> <li>г) эпилептические автоматизмы (сумеречное состояние сознания)</li> </ul>	<p>3. Вторично-генерализованные:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-начинаются парциальным приступом и переходят в генерализованный.</li> </ul> <p>Фокальный компонент называют «аурой».</p>		
<p>Диагностика</p>	<p>Клиника, ЭЭГ, краниография, ЯМР, КТ головного мозга</p>				
<p>Принципы лечения</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%; border: none;">                 Дифференцированность                  Беспрерывность                  Комплексность                  Индивидуальность             </td> <td style="width: 60%; border: none; vertical-align: middle;">                 } антиконвульсантной терапии                  (дифенин, вальпроаты, карбамазепин, ламотриджин и др.)             </td> </tr> </table>			Дифференцированность Беспрерывность Комплексность Индивидуальность	} антиконвульсантной терапии (дифенин, вальпроаты, карбамазепин, ламотриджин и др.)
Дифференцированность Беспрерывность Комплексность Индивидуальность	} антиконвульсантной терапии (дифенин, вальпроаты, карбамазепин, ламотриджин и др.)				
<p>Эпилептический статус</p>	<p>Припадки, следующие друг за другом без светлого промежутка</p>	<p>Купирование: внутривенное введение препаратов бензодиазепинового ряда (реланиум, сибазон), фенгидана, конвулекс, ректальное введение диазепама. При неэффективности медикаментозной терапии-ингаляционный наркоз. Борьба с отёком головного мозга. Люмбальная пункция</p>			



1. Не разводить в растворе глюкозы
2. У детей обычно начинают с диазепамы или лоразепамы; во вторую очередь – фенитоин (фенгидан)
3. Препарат выбора у новорожденных

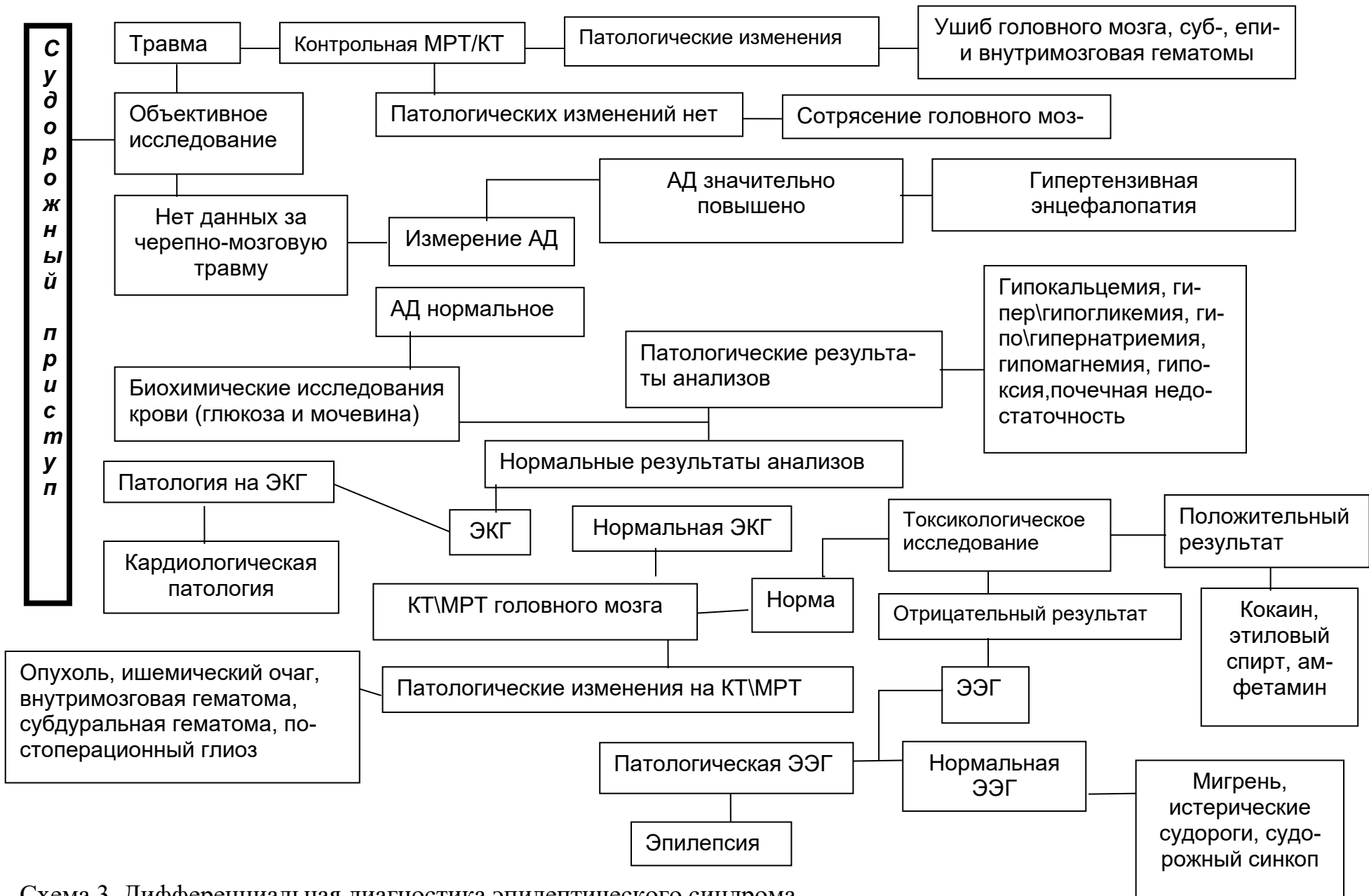


Схема 3. Дифференциальная диагностика эпилептического синдрома

## НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ (отсутствие очага эпилептической активности)

Судорожные	Бессудорожные
<ul style="list-style-type: none"> <li>- фебрильные судороги у детей</li> <li>- спазмофилия (возникает в результате высокой периферической нервно-мышечной возбудимости)</li> <li>- токсические судороги (экзогенные, эндогенные)</li> <li>- истерические судороги</li> </ul>	<p>1. Вегетативно - сосудистые пароксизмы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- симпатoadреналовые («панические атаки»)</li> <li>- вагоинсулярные</li> <li>- смешанные</li> </ul> <p>2. Синкопальные состояния (обмороки):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- нейрогенные (рефлекторные, ваговазальные)</li> <li>- кардиогенные</li> <li>- при нарушении гомеостаза крови и метаболизма головного мозга</li> </ul> <p>3. Мигрень</p>

## ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ

Этиология	Патология внутриутробного развития (при патологии беременности, заболеваниях матери, интоксикациях, иммунологической несовместимости крови матери и плода) и механические факторы (родовая травма)
Патогенез и патоморфология	Гипоксия мозга плода; наличие в коре эмбриональных клеток, зон размягчения, полостей с глиальными стенками, некроза в подкорковых узлах, различные аномалии развития мозга
Основные клинические синдромы	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Пирамидный (парезы, параличи)</li> <li>▪ Экстрапирамидный (различные варианты гиперкинезов)</li> <li>▪ Мышечно-дистонический</li> <li>▪ Мозжечковый</li> <li>▪ Нарушение интеллекта</li> </ul>
Клинические формы	<ul style="list-style-type: none"> <li>- гемиплегическая, тетраплегическая</li> <li>- Литтля</li> <li>- спастическая</li> <li>- мозжечковая</li> <li>- гиперкинетическая</li> </ul>
Диагностика	Клинические данные, анамнез, МРТ и КТ головного мозга
Лечение	<ul style="list-style-type: none"> <li>– лечебная гимнастика</li> <li>– бальнео- и грязелечение</li> <li>– ноотропы</li> <li>– холинолитики</li> <li>– агонисты и антагонисты дофамина</li> <li>– мышечные релаксанты</li> <li>– сосудистая терапия</li> </ul>

## НАСЛЕДСТВЕННЫЕ СПИНОЦЕРЕБЕЛЛЯРНЫЕ АТАКСИИ

Формы	Болезнь Фридрейха	Мозжечковая атаксия Пьера-Мари
Тип наследования	аутосомно-рецессивный	аутосомно-доминантный
Патогенез	до конца не изучен	наблюдается снижение содержания ферментов углеводного обмена и повышение активности гидролитических ферментов
Патоморфология и топика	истончение задних канатиков спинного мозга, спиноцереbellярных путей задних корешков, истончение верхних ножек мозжечка, дегенерация пирамидных путей в спинном мозге	уменьшение в размерах мозжечка, дегенеративные изменения в клетках Пуркинье коры ядер мозжечка, в нижних оливах, спино - мозжечковых путях
Ведущие клинические синдромы	<ul style="list-style-type: none"> <li>– начало до 20 лет</li> <li>– мозжечковая атаксия в ногах</li> <li>– расстройства глубокой чувствительности</li> <li>– дистальные парезы с ранней утратой сухожильных рефлексов</li> <li>– мышечные гипотонии</li> <li>– экстраневральные симптомы (скелетные аномалии - стопа Фридрейха, деформации грудной клетки)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– начало в 20-30 лет</li> <li>– мозжечково-атаксический с-м</li> <li>– пирамидная симптоматика с-м</li> <li>– глазодвигательные нарушения с-м</li> <li>– отсутствие скелетных аномалий с-м</li> <li>– нарушение интеллекта</li> </ul>
Диагностика и дифференциальная диагностика	<p>Клинические данные.</p> <p>Дифференцировать с различными вариантами дегенерации (оливо-цереbellярные, оливо-пункто-цереbellярные, поздней кортикально-мозжечковой и другие)</p>	
Лечение	<ul style="list-style-type: none"> <li>– симптоматическое</li> <li>– препараты, улучшающие метаболизм мозга</li> <li>– общеукрепляющие</li> </ul>	

**НАСЛЕДСТВЕННО-ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С  
ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ  
ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ СИСТЕМЫ**

<b>Формы:</b>	<b>Гепато-церебральная дистрофия (болезнь Коновалова-Вильсона)</b>	<b>хорея Гентингтона</b>
Тип наследования:	аутосомно-рецессивный	аутосомно-доминантный
Патогенез:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– генетически обусловленное нарушение синтеза церулоплазмينا, транспортирующего медь</li> <li>– нарушение обмена меди с отложением ее в печени, мозге, почках и роговице</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- изменение метаболизма нейро-трансммиттеров и нейромодуляторов (ГАМК, дофамин, холинергических)</li> </ul>
Патоморфология и топика:	дегенеративно-дистрофические изменения с очаговым размягчением, разрастанием нейроглии	- дегенерация и атрофия нейронов бледного шара, черной субстанции, коры мозга
Ведущие клинические синдромы:	<p>Клинические формы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ригидно-аритмогиперкинетическая</li> <li>2. Ригидно-дрожательная</li> <li>3. Дрожательная</li> <li>4. Экстрапирамидно-корковая</li> <li>5. Абдоминальная</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- хореические гиперкинезы</li> <li>- деменция</li> </ul>
Диагностика:	Клинические данные, кольцо Кайзер-Флейшнера, гиперкупремия, гиперкупрурия, снижение уровня церулоплазмينا в крови	Клинические данные Электроэнцефалография
Дифференциальная диагностика:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– с малой хореей</li> <li>– с хореей Гентингтона</li> <li>– с рассеянным склерозом</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- с гепатоцеребральной дистрофией</li> <li>- с малой хореей</li> </ul>
Лечение:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– препараты с купрурическим действием (купринил, Д-пенициламин)</li> <li>– улучшение функций печени</li> <li>– диета с ограничением продуктов, содержащих медь</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ноотропные препараты</li> <li>– нейролептики</li> <li>– транквилизаторы</li> <li>– антагонисты дофамина</li> </ul>

<b>БОЛЕЗНЬ ПАРКИНОСНА</b>		
Этиология	<p>Возрастная дегенерация нигро-стриарных нейронов</p> <p>Эпидемический энцефалит (потсэнцефалитический паркинсонизм)</p> <p>Токсическое воздействие (Mn, Co, наркотики и пр.)</p>	<p>Лекарственный паркинсонизм (нейролептики, раувольфия)</p> <p>Черепно-мозговые травмы</p>
	Сосудистый фактор (ишемия нигро-стриарных нейронов)	
Патогенез	Генетически обусловленная неполноценность энзимных систем, контролирующих обмен катехоламинов в мозге; уменьшение концентрации дофамина в нигростриарных нейронах. Патология дофаминовых рецепторов	
Патанатомия и топика	Дегенеративные изменения в нейронах черной субстанции	
Ведущие клинические симптомы	<p>1. Гипокинезия</p> <p>2. Ригидность мышц (пластическая)</p> <p>3. Тремор в покое</p> <p>4. Постуральные нарушения</p>	
Диагностика и дифференциальная диагностика	Дифференцировать сосудистый, токсический и постэнцефалитический паркинсонизм	
Принципы терапии	<p>1. Повышение синтеза дофамина в черной субстанции путем введения метаболитического предшественника дофамина - L-ДОФА, а также препаратов, содержащих L-Дофу и ингибитор дофадекарбоксилазы - наком, мадопар, синемет</p> <p>2. Агонисты дофаминовых рецепторов: мирапекс, прамипекс, проноран</p> <p>3. Высвобождение дофамина из дофаминовых депо - амантин, неомидантан</p> <p>4. Уменьшение катаболизма дофамина - ингибиторы MAO-B (юмекс, азилект)</p> <p>5. Подавление холинергических механизмов хвостатого ядра – циклодол, паркопан</p> <p>6. Уменьшение тремора - бета-адреноблокаторы в малых дозах (анаприллин, обзидан, кореол)</p> <p>7. Применение нейропротекторов - ремасемид, лубелузол, вит.Е</p> <p>8. Трансплантация нигростриарных структур эмбриона</p>	

**НАСЛЕДСТВЕННО-ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЕ  
ЗАБОЛЕВАНИЯ**  
ПРОГРЕССИРУЮЩИЕ МЫШЕЧНЫЕ ДИСТРОФИИ  
МИОПАТИИ

<b>Формы</b>	<b>Псевдогипертрофическая Дюшенна</b>	<b>Ювенильная Эрба-Рота</b>	<b>Плечелопаточно-лицевая Ландузи-Дежерина</b>
Тип наследования	Сцепленный с X-хромосомой	Аутосомно-рецессивный	Аутосомно - доминантный
Этиология, патогенез	Генетически детерминированный мышечный дефект, при котором катаболизм белков преобладает над их анаболизмом		
Ведущие клинические проявления	Миопатический синдром Псевдогипертрофии икроножных, дельтовидных мышц, мышц языка Кардиомиопатии Эндокринные нарушения Расстройства интеллекта	Миопатический синдром Слабость и атрофии проксимальных отделов конечностей "Утиная походка" Вставание "лесенкой" Гиперлордоз "Крыловидные лопатки"	Слабость и атрофии мышц лица и плечевого пояса Лицо "миопата" Симптом "полированного лба" Офтальмоплегия Лагофтальм Поперечная улыбка Губы "тапира" "Крыловидные лопатки"
Диагностика и дифференциальная диагностика	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Клиника</li> <li>▪ Биохимические исследования (повышение в крови КФК, ЛДГ, креатинурия)</li> <li>▪ ЭМГ</li> <li>▪ Биопсия мышц</li> </ul>		
Принципы терапии	<p>Аминокислотные комплексы Белковая диета Анаболические стероиды (ретаболил, феноболил и др.) Препараты, улучшающие трофику мышц (АТФ, кокарбоксилаза, витамин Е и др.) ЛфК, массаж При ювенильной и плечелопаточно-лицевой формах - β-адреноблокаторы</p>		

<b>ПРОГРЕССИРУЮЩИЕ МЫШЕЧНЫЕ ДИСТРОФИИ, АМИОТРОФИИ</b>			
<b>Формы</b>	<b>Спинальная Верд-нига-Гоффманна</b>	<b>Спинальная Кюгельберга-Веландер</b>	<b>Невральная Шарко-Мари-Тута</b>
Тип наследования	Аутосомно-рецессивный	Аутосомно-рецессивный	Аутосомно-доминантный
Патогенез	Нарушение трофики мышц вследствие дегенерации передних рогов спинного мозга		Мышечный дефект в дистальных отделах вследствие дегенерации периферических нервов
Патоморфология	Пучковый характер атрофии мышц		Дегенеративные изменения в осевых цилиндрах и миелиновой оболочке периферических нервов
Ведущие клинические проявления	Злокачественное течение Начало с рождения или в раннем детском возрасте Периферический тетрапарез и парез мышц туловища Фасцикулярные подергивания Бульбарный синдром	Медленное течение Начало во взрослом возрасте Слабость мышц туловища и проксимальных отделов конечностей Фасцикулярные подергивания	Дистальные периферические тетрапарезы Полиневритический тип расстройства чувствительности Стопа "типа Фридрейха" Дистальные вегетативные вазомоторные и трофические нарушения
Диагностика	Клиника, ЭМГ, биопсия мышц		Клиника, ЭМГ
Дифференциальная диагностика	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ С острым полиомиелитом</li> <li>▪ С миопатиями</li> </ul>		
Принципы терапии	Симптоматическое лечение Антихолинэстеразные препараты Сосудистая терапия (трентал, препараты никотиновой кислоты) Физиотерапевтические процедуры - бальнео- и грязелечение Ортопедическая обувь ЛфК, массаж Препараты, улучшающие миелинизацию: витамины группы В, α-липоевая кислота Препараты, улучшающие трофику мышц		

## МЫШЕЧНЫЕ ДИСТОНИИ

Большая группа патологических синдромов, которые проявляются постоянными или периодическими мышечными спазмами и типичными "дистоническими" позами

Классификация	Первичные наследственные или спорадические	Вторичные возникают в результате органических заболеваний мозга (дегенеративно-дистрофических, травматических, сосудистых и др.)	
По локализации	<p>I Фокальные - блефароспазм, лицевой гемиспазм, спастическая кривошея, оромандибулярная дистония, дистония кисти, дистония стопы, торсионная дистония</p> <p>II Сегментарные - дистонические явления наблюдаются в двух смежных сегментах (напр., спастическая кривошея и писчий спазм)</p> <p>III Мультифокальные - дистонические явления наблюдаются в двух и более несмежных сегментах (напр., блефароспазм и дистония стопы)</p> <p>IV Гемидистония - дистонические явления наблюдаются на одной стороне тела (напр. дистония стопы и кисти на одной стороне)</p> <p>V Генерализованная - начинаются с фокальных, напр. спастической кривошеи, а затем наступает генерализация процесса с появлением других вариантов деформирующей мышечной дистонии.</p>		
Этиология	генетический дефект дофамина и дисбаланс дофаминэргических систем (при первичных наследственных дистониях)	дисфункция нейротрансмиттерных систем - преимущественно серотонинэргических и норадренергических (при первичных дистониях без явного наследственного происхождения), последствия инфекций, травм, эмоциональных перенапряжений	прием различных медикаментов - нейролептиков, больших доз L-дофасодержащих препаратов, психостимуляторов
Принципы лечения	<p>Нормализация нарушений нейротрансмиттеров</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– при наследственных дистониях, связанных с дефицитом дофамина - L-дофасодержащие препараты (наком, синемет, мадопар, др.)</li> <li>– агонисты дофамина усиливают дофаминэргическое направление нейротрансмиттерных связей (мирапекс, прамипекс, проноран)</li> <li>– препараты, блокаторы дофаминовых рецепторов - галоперидол</li> <li>– ГАМК-содержащие препараты (ноофен, гопантенат кальция)</li> <li>– седативные препараты и транквилизаторы</li> <li>– введение в спазмированные мышцы препарата токсина ботулизма "Botox"</li> </ul>		

## МИАСТЕНИЯ

Этиология	Аутоиммунное заболевание, в котором большая роль отводится вилочковой железе
Патогенез	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Антитела, вырабатываемые тимоцитами, вступают в конкурентное отношение с ацетилхолином за постсинаптическую пластинку, тем самым блокируя нервно-мышечную передачу.</li> <li>▪ Антитела, реагируя с белковым компонентом постсинаптических холинорецепторов, вызывают ускоренную деградацию последних, уменьшая рецептивное поле ацетилхолина.</li> <li>▪ Ферментативный дефект синтеза ацетилхолина</li> </ul>
Ведущие клинические формы	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Глазная</li> <li>▪ Бульбарная</li> <li>▪ Генерализованная</li> </ul> <p>Для всех форм характерно нарастание проявлений при нагрузке соответствующих мышц</p>
Осложнения	Миастенический криз (резкое усиление слабости мышц, что может привести к асфиксии)
Диагностика	<p>Клиника патологической мышечной утомляемости</p> <p>Прозериновая проба</p> <p>Обследование тимуса (пневмомедиастинография, КТ и ЯМР-томография)</p> <p>ЭМГ</p>
Дифференциальная диагностика	С миастеническим синдромом при интоксикациях, инфекциях, новообразованиях
Лечение	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хирургическое (при патологии тимуса) - тимэктомия</li> <li>2. Консервативное: <ul style="list-style-type: none"> <li>– иммунокоррекция: кортикостероиды, обменный плазмаферез, иммуноглобулины</li> <li>– антихолинэстеразные препараты</li> </ul> </li> <li>3. При миастеническом кризе - ИВЛ, преднизолон, прозерин внутривенно</li> </ol>

## НАСЛЕДСТВЕННЫЕ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Формы	МИОТОНИИ		ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ МИОПЛЕГИИ		
	Врожденная (болезнь Томсена)	Дистрофическая (Куршмана-Штейнерта)	Гипокалиемическая	Гиперкалиемическая	Нормокалиемическая
Тип наследования	Аутосомно-доминантный		Аутосомно-доминантный		
Патогенез	Нарушение проницаемости клеточной мембраны Изменение ионного и медиаторного обмена		Нарушение обмена электролитов и углеводного обмена с перераспределением вне- и внутриклеточного калия и натрия Нарушение мембранного потенциала с образованием гиперполяризационного и деполяризационного блока		
Ведущие клинические проявления	Миотоническая контрактура, возникающая после сильного сокращения Атлетический тип телосложения Повышенная возбудимость мышц, "мышечный валлик" или ямка при ударе молотком	Миотоническая контрактура Миопатический синдром Эндокринные и дистрофические нарушения	Миоплегия конечностей, возникающая во время сна или после него Сердечные аритмии Провоцируется употреблением в пищу углеводов Длительность - несколько дней Снижение уровня калия в сыворотке крови < 3.3 ммоль/л	Развивается в дневное время Провоцируется голодом Вовлекаются мышцы туловища и крациальные Сердечные аритмии Приступы короткие Повышение уровня калия в момент приступа >5.5 ммоль/л	Длительное развитие паралича и медленный выход из приступа (до двух недель) Содержание калия в пределах нормы

Лечение	Дифенин Хинин Диакарб	Дифенин Хинин Диакарб Лечение миопатиче- ского синдро- ма (см. миопат- тию)	Препараты калия Калийсбере- гающие ди- уретики Диета бога- тая калием	Калий выводя- щие диуретики Глюкоза, физ. раствор в/в Диета с повы- шенным со- держанием уг- леводов и соли	Диета бо- гатая по- варенной солью
---------	-----------------------------	---	---	--	---

## НЕВРОЗЫ

(психогенные заболевания, характеризующиеся формированием психологического конфликта  
и проявляющиеся обратимыми расстройствами в эмоциональной, соматической и вегетативной сферах)

Классификация типов нервной системы по сигнальным системам деятельности	Художественный тип психической деятельности	Мыслительный тип психической деятельности	Промежуточный тип (уравновешенность сигнальных систем)
<p style="text-align: center;">Предрасположенность к неврозам</p>	<p>Истерия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- истерические черты характера</li> <li>- эмоционально-аффективные расстройства</li> <li>- псевдоорганические синдромы:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• истерические парезы</li> <li>• истерические судороги</li> <li>• истерические нарушения чувствительности</li> <li>• истерическая слепота</li> <li>• истерическая глухота</li> </ul> </li> </ul>	<p>Невроз навязчивых состояний:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– навязчивые страхи (фобии)</li> <li>– навязчивые мысли, сомнения, движения, действия</li> </ul>	<p>Неврастения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-цефалгии (головные боли)</li> <li>-нарушение сна (диссомнии)</li> <li>-нервно-психические расстройства</li> <li>-вегетативно-висцеральные расстройства</li> </ul>
<p style="text-align: center;">Лечение</p>	<p>Выявление и устранение причины невроза. Психотерапия. Симптоматическая медикаментозная терапия: седативные, антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы, витамины. Правильный режим, массаж, ЛФК, курортные факторы.</p>		

## КЛАССИФИКАЦИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СООТВЕТСТВИИ С МКБ 10 ПЕРЕСМОТРА

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- соматоформная вегетативная дисфункция</li> <li>- сердца и сердечно-сосудистой системы</li> <li>- верхнего отдела желудочно-кишечного тракта</li> <li>- нижнего отдела желудочно-кишечного тракта</li> <li>- дыхательной системы</li> <li>- мочеполовой системы</li> <li>- других органов и систем</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- соматизированное расстройство</li> <li>- соматоформное расстройство недифференцированное</li> <li>- соматоформное расстройство со стойким болевым синдромом</li> <li>- другие соматоформные расстройства</li> <li>- соматоформное расстройство, не уточнённое</li> </ul>
НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- агорафобия</li> <li>- без панического расстройства</li> <li>- с паническим расстройством</li> <li>- социальные фобии</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- специфические изолированные фобии</li> <li>- другие тревожно-фобические расстройства</li> <li>- фобические тревожные расстройства, не уточнённые</li> </ul>
ДРУГИЕ НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- неврастения</li> <li>- синдром деперсонализации-дереализации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- другие специфические невротические расстройства</li> <li>- невротические расстройства, не уточнённые</li> </ul>
СИНДРОМЫ НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ. РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ЕДЫ	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- нервная анорексия, в т.ч. атипичная</li> <li>- нервная булимия</li> <li>- переедание вследствие других психологических нарушений</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- рвота вследствие других психологических нарушений</li> <li>- другие расстройства, связанные с употреблением пищи</li> <li>- расстройства, связанные с употреблением пищи, не уточнённые</li> </ul>

## ГЛОССАЛГИЯ

Этиопатогенез	Нарушения функций зубочелюстной и пищеварительной систем. Возникает в условиях невротизации синдрома навязчивых состояний
Клинические проявления	Неприятные ощущения, ограничивающиеся языком (парестезия типа жжения, покалывания, онемения, боль в языке)
Лечение	Устранение причин, вызвавших заболевание. Симптоматическая терапия, применение седативных препаратов

## НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУННОГО ДЕФИЦИТА (СПИД)

СПИД является конечной стадией развития инфекции, которая вызывается вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и протекает с поражением практически всех органов и систем человека; уже на ранних стадиях высокий удельный вес занимают поражения ЦНС и периферической нервной системы (ПНС)

Этиология	Вирус СПИДа относится к неонкогенным ретровирусам человека, который нарушает иммунитет, способен к персистенции в организме, имеет длительный инкубационный период, обладает тропизмом к макрофагам, лимфоцитам и клеткам нервной ткани
Патогенез	Клинико-патоморфологические данные нейро-СПИДа показывают непосредственное (первичное) поражение нервной системы и многочисленные неврологические осложнения, обусловленные инфекциями и новообразованиями, возникновение которых связано с глубоким угнетением иммунитета у больных
Ведущие клинические проявления	<u>Поражения нервной системы, связанные с непосредственным воздействием ВИЧ</u> Наиболее частой неврологической манифестацией СПИДа является симптомокомплекс <u>СПИД - деменция (СПИД-Д)</u> , обусловленной непосредственным поражением головного мозга ВИЧ в виде многоочагового энцефалита и прогрессирующей лейкоэнцефалопатии. Морфологическим субстратом СПИД-Д считают поражение белого вещества полушарий мозга воспалительного и демиелинизирующего характера. В клинике СПИД-Д характерно сочетание нарушений познавательных и поведенческих функций с двигательными расстройствами. Вначале у больных имеются жалобы на сонливость, расстройство памяти, выявляются гиперрефлексия, легкое повышение мышечного тонуса, оральные феномены, адиадохокinez. В дальнейшем появляются апатия, депрессия, мышечная слабость, атаксия, тремор, глазодвигательные расстройства, судорожные припадки. Экстрапирамидные расстройства проявляются

Ведущие клинические проявления	сопровождающегося герпетическими высыпаниями. <u>Паповавирус</u> при СПИДе приводит к развитию прогрессирующей многоочаговой лейкоэнцефалопатии. У больных наблюдаются психические нарушения, афазии, парезы, атаксия. При КТ выявляются множественные очаги пониженной плотности белого вещества
	<u>Грибковые</u> осложнения при СПИД (криптококк, кандидоз) могут проявляться менингоэнцефалитом, менингитом и абсцессом мозга. Неврологическая симптоматика обусловлена многоочаговым характером поражения <u>Бактериальные</u> инфекции относительно редки, приводят к развитию менингита, абсцесса мозга
	<u>Опухоли центральной нервной системы</u> Наиболее часто встречается <u>первичная лимфома ЦНС</u> . Клиническая картина variabelьна: психические нарушения, головная боль, судорожные припадки, гемипарезы, афазии. Поражение ЦНС при СПИД может быть обусловлено <u>системной лимфомой</u> . Поражаются оболочки мозга с развитием карциноматозного менингита и невропатии черепных нервов, или поражается вещество головного и спинного мозга, что клинически соответствует неврологическим синдромам выпадения функций головного мозга, признакам компрессии спинного мозга. Первично <u>саркома Капоши</u> развивается в легких, а поражение мозга чаще носит метастатический характер, неврологическая симптоматика зависит от локализации. <u>Нарушение мозгового кровообращения</u> у больных СПИД Развиваются цереброваскулярные осложнения по типу инсультов ишемического и геморрагического характера, транзиторных ишемических атак
Диагностика	Исследование неврологического и нейропсихологического статуса. ЭЭГ. РКТ, МРТ, ПЭТ Ликвородиагностика, иммунологическое исследование
Лечение	Этиотропной терапии СПИДа нет, применяют: азидотимидин (АЗТ) 5 мг/кг при в/в введении и 10 мг/кг внутрь. При поражениях НС инфекциями применяют ацикловир 20-30 мг/кг в течение 10 дней, ремантадин.

Ведущие клинические проявления	<p>сопровождающегося герпетическими высыпаниями. <u>Паповавирус</u> при СПИДе приводит к развитию прогрессирующей многоочаговой лейкоэнцефалопатии. У больных наблюдаются психические нарушения, афазии, парезы, атаксия. При КТ выявляются множественные очаги пониженной плотности белого вещества</p> <p><u>Грибковые</u> осложнения при СПИД (криптококк, кандидоз) могут проявляться менингоэнцефалитом, менингитом и абсцессом мозга. Неврологическая симптоматика обусловлена многоочаговым характером поражения</p> <p><u>Бактериальные</u> инфекции относительно редки, приводят к развитию менингита, абсцесса мозга</p> <p><u>Опухоли центральной нервной системы</u></p> <p>Наиболее часто встречается <u>первичная лимфома ЦНС</u>. Клиническая картина вариабельна: психические нарушения, головная боль, судорожные припадки, гемипарезы, афазии. Поражение ЦНС при СПИД может быть обусловлено <u>системной лимфомой</u>. Поражаются оболочки мозга с развитием карциноматозного менингита и невропатии черепных нервов, или поражается вещество головного и спинного мозга, что клинически соответствует неврологическим синдромам выпадения функций головного мозга, признакам компрессии спинного мозга. Первично <u>саркома Капоши</u> развивается в легких, а поражение мозга чаще носит метастатический характер, неврологическая симптоматика зависит от локализации.</p> <p><u>Нарушение мозгового кровообращения</u> у больных СПИД</p> <p>Развиваются цереброваскулярные осложнения по типу инсультов ишемического и геморрагического характера, транзиторных ишемических атак</p>
Диагностика	<p>Исследование неврологического и нейропсихологического статуса.</p> <p>ЭЭГ.</p> <p>РКТ, МРТ, ПЭТ</p> <p>Ликвородиагностика, иммунологическое исследование</p>
Лечение	<p>Этиотропной терапии СПИДа нет, применяют: азидотимидин (АЗТ) 5 мг/кг при в/в введении и 10 мг/кг внутрь.</p> <p>При поражениях НС инфекциями применяют ацикловир 20-30 мг/кг в течение 10 дней, ремантадин.</p> <p>При токсоплазмозе - пириметанин по 50 мг в день и сульфаметоксидиазин по 500 мг в день в течение нескольких недель. При поражении НС грибами (криптококки) применяют амфотерицин (0,3 мг/кг в день, в/в на протяжении 6 недель.</p> <p>Терапевтические мероприятия включают иммуномодуляторы, иммуностимуляторы, (в том числе интерлейкины) и трансплантацию костного мозга.</p>

## ПОЛИНЕВРОПАТИИ

(множественные поражения периферических нервов)

Этиология	<ul style="list-style-type: none"><li>- инфекционные (первичные, вторичные)</li><li>- токсические (экзогенные, эндогенные)</li><li>- авитаминозные</li><li>- лекарственные</li><li>- наследственные</li><li>- радиационные</li></ul>
Патогенез	<ul style="list-style-type: none"><li>- демиелинизирующие полиневропатии</li><li>- аксональные полиневропатии</li></ul>
Патоморфология и топика	<ul style="list-style-type: none"><li>- дистально-симметричная сегментарная демиелинизация нервных волокон</li><li>- дегенеративно-дистрофические процессы осевых цилиндров периферических нервов</li></ul>
Ведущие клинические синдромы	<ul style="list-style-type: none"><li>- полиневропатический синдром<ul style="list-style-type: none"><li>а) периферические дистальные тетрапарезы;</li><li>б) нарушения чувствительности в кистях и стопах;</li><li>в) боли и вегетативно-трофические нарушения в кистях и стопах</li></ul></li><li>– изолированные формы с преимущественным поражением двигательных, чувствительных или вегетативных волокон</li></ul>
Диагностика и дифференциальная диагностика	<ul style="list-style-type: none"><li>– электромиография, определение в сыворотке крови антител к миелину периферических нервов</li><li>– со всеми формами полиневропатий, с болезнью Рейно, с заболеваниями соединительной ткани, печени, крови</li></ul>
Принципы терапии	<ul style="list-style-type: none"><li>– обменный плазмаферез, иммуноглобулины, противовирусные, кортикостероиды, антихолинэстеразные, десенсибилизирующие, препараты липоевой кислоты, дезинтоксикационные, витамины, физиотерапия</li></ul>

## НЕЙРОСИФИЛИС

Этиология:	инфекционная (возбудитель – бледная спирохета)				
Патоморфология:	Ранние формы – преимущественное поражение оболочек и сосудов (мезенхимальная реакция); Поздние формы – поражение нервных клеток, волокон и глии (воспалительно-дистрофический и пролиферативный характер изменений)				
Общая симптоматология:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оптико-окуломоторные нарушения (снижение остроты зрения, концентрическое сужение полей зрения, с. Аргайл-Робертсона, неравномерность зрачков, птоз)</li> <li>2. Акустико-вестибулярная диссоциация и симптомы поражения других черепно-мозговых нервов</li> <li>3. Корешковый синдром (в форме снижения или выпадения ахилловых и коленных рефлексов, парестезий, “корешковых” болей)</li> </ol>				
Наиболее распространенные клинические формы:	<b>Ранний (мезенхимальный) нейросифилис</b>			<b>Поздний (паренхиматозный) нейросифилис</b>	
	Подострый (базальный) менингит	Васкулярный сифилис	Гуммозная форма	Спинальная сухотка	Прогрессивный паралич
	-менингеальный синдром -поражение черепно-мозговых нервов	инсультное течение	-гипертонический синдром -очаговые симптомы	-стреляющие боли -парестезии -сенситивная атаксия -табетические кризы -с. Аргайл-Робертсона -серая атрофия зрительных нервов -артро- и остеопатии -нарушения функции тазовых органов	-выраженные психические нарушения на фоне неврологической симптоматики

Дополнительные методы исследования	<ul style="list-style-type: none"> <li>– положительная реакция Вассермана в крови и ликворе (не всегда);</li> <li>– положительные серологические реакции, иммобилизации бледных трепонем (РИБТ) и иммунофлуоресценции (РИФ);</li> <li>– положительная реакция Ланге с ликвором;</li> <li>– лимфоцитарный плеоцитоз и белок в ликворе (при менингеальных формах)</li> </ul>
Дифференциальный диагноз:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– с менингитами несифилитической этиологии;</li> <li>– нарушениями мозгового кровообращения (васкулярный сифилис);</li> <li>– объемными процессами в мозге (гуммозная форма);</li> <li>– миелитами и спинальной формой бокового амиотрофического склероза (амиотрофический сифилис)</li> </ul>
Лечение:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) пенициллин</li> <li>2) препараты йода и соли тяжелых металлов</li> <li>3) препараты, улучшающие гемодинамику</li> <li>4) биогенные стимуляторы, витамины</li> </ol>

## СИРИНГОМИЕЛИЯ

<p>Этиология Патогенез Патоморфология</p>	<p>1. В основе - дефект эмбрионального развития - незаращение заднего шва мозговой трубки</p> <p>2. Провоцирующие факторы - травма, инфекции</p> <p>3. В сером веществе спинного мозга отмечается: а) разрастание глии с образованием полостей - глиоматозная форма; б) расширение центрального канала спинного мозга - гидромиелитическая форма</p>						
Клинические формы	<b>Сирингомиелия</b>				<b>Сирингобульбия</b>		
Топика очагов	Спинной мозг				Продолговатый мозг		
Основные клинические синдромы	<p>1. Заднероговой синдром - сегментарно-диссоциированные расстройства болевой и температурной чувствительности</p> <p>2. Переднероговой синдром - периферические парезы и параличи</p> <p>3. Синдром поражения бокового рога - вегетативно-трофические нарушения (остеолиз, сустав Шарко)</p> <p>4. Синдромы поражения проводящих путей белого вещества боковых и задних столбов спинного мозга - центральные нижние парезы, сфинктерные расстройства, проводниковые нарушения чувствительности</p> <p>5. Дизрафический статус - аномалии развития, дисплазия костно-суставного аппарата</p>				<p>1. Бульбарный синдром (поражение ядер IX, X, XII пар черепно-мозговых нервов)</p> <p>2. Скобочные диссоциированные расстройства болевой и температурной чувствительности (поражение спинального ядра V черепно-мозгового нерва)</p>		
Диагностические критерии	<p>– Наличие в клинике синдромов поражения заднего, переднего, бокового рогов, скобочных диссоциированных расстройств чувствительности на лице, бульбарного синдрома, дизрафического статуса</p> <p>– Хронически-прогрессирующее течение</p>						
Дифференциальная диагностика	Гематомиелия	Интрамедуллярная опухоль	Плечевая плексопатия	Боковой амиотрофический склероз	Амиотрофический спинальный синдром	Проказа (лепра)	
Принципы терапии	<p>1. Рентгентерапия, лечение радиоактивными изотопами</p> <p>2. Медикаментозная терапия, препаратами, улучшающими трофические функции, антихолинэстеразными препаратами</p> <p>3. Массаж, ЛФК.</p>						

## ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА

Классификация	Церебральные	Спинальные
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нейроэктодермальные</li> <li>2. Оболочечно-сосудистые</li> <li>3. Туберогипофизарные</li> <li>4. Костные</li> <li>5. Метастатические</li> </ol>
Локализация	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Супратенториальные</li> <li>2. Субтенториальные</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Экстремедуллярные</li> <li>2. Интрамедуллярные</li> </ol>
Клинические синдромы	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гипертензионный синдром</li> <li>2. Очаговый синдром</li> <li>3. Дислокационный синдром</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Корешковый синдром</li> <li>2. Сегментарный</li> <li>3. Броун-Секаровский синдром (поперечного поражения)</li> <li>4. Проводниковый синдром</li> </ol>
Диагностика	Краниография, ангиография, РЭГ, ЭЭГ, ЭхоЭГ, вентрикулография, магнитно-резонансная и рентгеновская компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография, офтальмоскопия, ликворология, радиоизотопное сканирование, неврологическое и психиатрическое обследование	Магнитно-резонансная и компьютерная томография, спондилография, миелография, пневмомиелография, радиоизотопное сканирование, ЭМГ, веноспондилография
Лечение	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оперативное</li> <li>2. Лучевая терапия</li> <li>3. Химиотерапия</li> <li>4. Симптоматическое</li> </ol>	

## ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА

	Головной мозг	Спинальный мозг
Клинические формы	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сотрясение</li> <li>2. Ушиб</li> <li>3. Сдавление</li> <li>4. Диффузное аксональное повреждение</li> <li>5. Перелом основания черепа</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сотрясение</li> <li>2. Ушиб</li> <li>3. Сдавление</li> </ol>
Клинические синдромы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Общемозговой</li> <li>• Очаговый</li> <li>• Дислокационный</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вегетативной дисфункции</li> <li>• Интракраниальной гипертензии</li> <li>• Выключения сознания</li> </ul>
Методы исследования	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Краниография, ангиография</li> <li>– РЭГ, ЭЭГ, ЭхоЭГ</li> <li>– РКТ, МРТ, ПЭТ</li> <li>– офтальмоскопия</li> <li>– ликворология</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– РКТ, МРТ, ПЭТ</li> <li>– спондилография</li> <li>– миелография</li> <li>– пневмомиеелография</li> <li>– веноспондилография</li> </ul>
Лечение	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оперативное</li> <li>2. Консервативное</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>-дегидратация</li> <li>-антиоксидантная терапия</li> <li>-ноотропы</li> <li>-венотоники</li> <li>-гипосенсибилизирующие</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ортопедическое</li> <li>2. Оперативное</li> <li>3. Консервативное</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>-патогенетическое</li> <li>-симптоматическое</li> <li>-реанимационное</li> <li>-реабилитационное</li> </ul>

## СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ

название нерва	образующие сегменты	иннервируемые образования	клиника поражения
срединный нерв	C <sub>6</sub> -Th <sub>1</sub>	все мышцы передней сгибательной группы кисти и пальцев (кроме локтевого сгибателя кисти и пальцев), мышцы возвышения большого пальца	"ОБЕЗЬЯННЯ КИСТЬ" боль, парестезия и гиперестезия в зоне иннервации, слабость сгибателей кисти и мышц противопоставляющих и отводящих большой палец. Гипотрофия мышц thenar. Дисгидроз ладони.
лучевой нерв	вентральные ветви C <sub>5</sub> - C <sub>8</sub>	В основном - мышцы, разгибающие предплечье, кисть, пальцы, трёхглавая и локтевая мышцы плеча. Также надкостницу лучевой и локтевой кости	"СВИСАЮЩАЯ" или "ПАДАЮЩАЯ КИСТЬ" Гипестезия в зоне иннервации. Слабость разгибателей предплечья, слабость разгибания и отведения большого пальца (приведен к указательному), гипотрофия тыльной поверхности плеча и предплечья. Понижение или отсутствие рефлекса с трёхглавой мышцы плеча. "Костыльный паралич", синдром "субботней ночи".
локтевой нерв	C <sub>7</sub> - Th <sub>1</sub>	Локтевой сгибатель запястья, медиальная часть глубокого сгибателя пальцев, короткая ладонная мышца, все мышцы hypothenar	"КОГТЕОБРАЗНАЯ КИСТЬ" Удержание предметов между 1 и 2 пальцами затруднено. Цианоз, похолодание внутреннего края кисти, истончение и сухость кожи. Гипестезия в зоне иннервации. Гипотрофия мышц 1 тыльного промежутка, межкостных мышц и hypothenar.

<p>бедренный нерв</p>	<p>L<sub>2</sub> - L<sub>4</sub></p>	<p>Подвздошная, большая и малая поясничные мышцы, четырёхглавая бедра, гребенчатая, портняжная мышцы. Кожа нижних 2/3 передне-внутренней поверхности бедра, голени, медиальной лодыжки</p>	<p>Боль в паховой области с иррадиацией в поясничную область и на бедро. Иногда при кровоизлиянии на уровне подвздошной мышцы - парез иннервируемых мышц (+) симптом Вассермана.</p>
<p>латеральный кожный нерв бедра</p>	<p>L<sub>2</sub> - L<sub>3</sub></p>	<p>кожа наружной поверхности бедра</p>	<p>Парестетическая мералгия (болезнь Рота - Бернгардта): онемение и парестезии по передненаружной поверхности бедра, в 68% - гипестезия, иногда - каузалгические боли.</p>
<p>запирательный нерв</p>	<p>L<sub>2</sub> - L<sub>4</sub></p>	<p>Длинная и короткая приводящие мышцы, тонкая и гребенчатая мышцы.</p>	<p>Боль в паху с иррадиацией по внутренней части бедра, парестезии и онемение, гипестезия средней и нижней трети внутренней поверхности бедра, гипотрофия мышц внутренней поверхности бедра. Из-за выпадения функции приводящих мышц бедра нарушается устойчивость при стоянии и ходьбе, затруднение при укладывании больной ноги на здоровую. Ангидроз.</p>
<p>Седалищный нерв</p>	<p>L<sub>4</sub> - S<sub>3</sub></p>	<p>Внутренняя запирательная и близнецовая, квадратная бедра, полуперепончатая и полусухожильная, длинная головка двуглавой, задняя часть большой приводящей мышцы</p>	<p>Чувство тяжести в ноге, тупая боль, гипестезия на коже голени и стопы, сгибание ноги в колене нарушается, активные движение в стопе и пальцах отсутствуют, при ходьбе выпрямленную ногу выносят вперед, наподобие ходули. (+) симптом Лассега, болезненность в точках Валле</p>

<p>Больше - берцовый нерв</p>	<p>L<sub>4</sub> - S<sub>3</sub></p>	<p>Голеностопный и тарзальный суставы. Кожа наружного края стопы и 5 пальца до конечного межфалангового сочленения. Мышцы голени.</p>	<p>Боли, парестезии, онемение, гипестезия по наружному краю стопы и 5 пальца. Паралич иннервируемых мышц - невозможность сгибания ноги в голеностопном суставе, дистальных фалангах стопы: стопа в положении тыльной флексии с когтевидным положением пальцев - "ПЯТОЧНАЯ СТОПА", подъём на носках не возможен, опираются при ходьбе на пятку. Атрофия мышц.</p>
<p>Мало - берцовый нерв</p>	<p>L<sub>4</sub> - S<sub>2</sub></p>	<p>Кожа латеральной стороны голени, малоберцовые, передняя большеберцовая мышца, длинный разгибатель пальцев, разгибатель большого пальца</p>	<p>Невозможность разгибания стопы, отведения и пронации: "СВИСАЮЩАЯ" или "ЛОШАДИНАЯ СТОПА". походка - СТЕППАЖ. Атрофия мышц передне-наружной поверхности голени.</p>

Диагностика: электронейромиография

Патогенез:

1. Компрессионно-ишемический фактор ( туннельный синдром)
2. Травма
3. Токсическое воздействие

Общие принципы лечения:

1. Устранение этиологического фактора (медикаментозное или оперативное)
2. Противоотёчная терапия
3. Антихолинэстеразные
4. Улучшение микроциркуляции
5. Улучшение метаболизма
6. Восстановительная балнео-, грязе-, электолечение
7. Массаж. ЛФК

**ТУННЕЛЬНЫЕ НЕЙРОПАТИИ** – (чаще компрессионно-ишемические) – клинические симптомокомплексы, обусловленные сдавлением нервов и сосудов в анатомических каналах, или туннелях, а также в других узких анатомических анатомических промежутках.

Этиология	врожденная узость канала, остеохондроз, эндокринная патология с окостенением мышц, травматическая деформация туннеля, опухолевые образования, перетруждение мышц из-за их отека
Виды	-мышечный (бедренный нерв в гунтеровом канале) -фиброзно-мышечный (реберно-ключичный) -костно-мышечный (запирательный); -костно-фиброзный (кубитальный) -костный (фаллопиев канал)
Общие проявления туннельных синдромов	местные боли, симптомы нейропатии по проводниковому типу, ангиоспатические симптомы, симптом Тинеля - отраженные боли, декомпенсированные пробы.
Стадии развития туннельных синдромов	I. Ирритативная; II. Ирритативно-дефицитарная; III. Дефицитарная.
Основные клинические проявления	-признаки основного или провоцирующего заболевания; -локальные симптомы и симптомы компрессии нервов и сосудов, обнаруживаемые дистальнее места компрессии; -чаще проксимальная ирритация боли (ложные представление об их корешковом генезе).
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ТУННЕЛЬНЫХ СИНДРОМОВ</b>	
I группа Локальные изменения	Напряжение, болезненность, гипо- или гипертрофия некоторых мышц, выявляемая специальной пальпацией и электромиографическими исследованиями; болезненность связок проекции некоторых нервов: срединного, локтевого, большеберцового и др.
II группа Неврологические расстройства	Изменение чувствительности дистальнее проекции болезненного туннеля редко проксимальнее; чаще наблюдается гипалгезия, реже – гипералгезия. Глубокая чувствительность, как правило не страдает. Двигательные нарушения: парезы кистей, стоп, отдельных пальцев, мышечная атрофия.
III группа Вегетативно-сосудистые нарушения	Изменение кожной температуры; трофические изменения кожи, волос, ногтей; акроцианоз; изменение АД, PS, амплитуды асциляций при мышечно-тонических нейропатиях; регионарные сосудистые нарушения в зоне иннервации нервов.

Клинические варианты туннельных нейропатий в зависимости от локализации туннельного процесса:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– нейропатии шеи и плечевого пояса;</li> <li>– нейропатии руки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– нейропатии тазового пояса и ног</li> <li>– нейропатия черепных нервов</li> </ul>
Диагностика	<p>Клинические данные</p> <p>Рентгенография заинтересованных участков</p> <p>Электромиография</p>
Принципы терапии	<p>I. Хирургическое (декомпрессия нервов).</p> <p>II. Фармакологическое.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-вещества имеющие биологическую активность соединительной ткани;</li> <li>-улучшающие проведение в нервно-мышечном синапсе (антихолинэстеразные и др.);</li> <li>-препараты, направленные на купирование болевого синдрома;</li> <li>-аналгетики, в том числе и комбинированные;</li> <li>-нестероидные противовоспалительные препараты (инъекции, таблетки, мази, свечи);</li> <li>-препараты, усиливающие регенерацию нервных волокон;</li> <li>-метаболическая терапия;</li> <li>-миорелаксанты с противовоспалительным эффектом;</li> <li>- антидепрессанты, нейролептики, противосудорожные препараты;</li> <li>-антиоксиданты, комплексоны;</li> <li>-препараты, улучшающие реологические свойства крови и микроциркуляцию;</li> <li>-дегидратирующие препараты;</li> <li>-препараты местного действия, местные блокады.</li> </ul> <p>III. Физиотерапевтические методы.</p> <p>IV. Мануальная терапия, постизометрическая релаксация, массаж, растягивание и вытягивание позвоночника, стимуляционная электромиография, фонофорез, синусоидальный модулированный ток, магнитотерапия переменным и пульсирующим магнитным полем, амплипульс, ДДТ, баротерапия, ультразвук, чрезкожная электроаналгезия, лазеротерапия, бальнеотерапия, озокерит, парафин, грязелечение, акупунктура.</p>

## НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

<b>МОЧЕИСПУСКАНИЕ</b>				
компоненты акта	влияния на иннервируемые структуры	физиологическая функция	уровни поражения	клинические признаки
<b>НЕПРОИЗВОЛЬНО-РЕФЛЕКТОРНЫЙ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- расслабление наружного сфинктера</li> <li>- сокращения мышц-детрузоров</li> </ul>	акт мочеиспускания	спинно-мозговой конус	истинное недержание мочи
			крестцовые сегменты (поражение)	задержка мочи
			крестцовые сегменты (раздражение)	парадоксальная ишурия: мочевой пузырь переполнен, моча выделяется каплями
- спинальный центр парасимпатической иннервации мочевого пузыря ( S <sub>2</sub> – S <sub>4</sub> )				
- спинальный центр симпатической иннервации мочевого пузыря (клетки Якобсона в боковых рогах (D <sub>12</sub> - L <sub>2</sub> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- сокращение внутреннего сфинктера</li> <li>-расслабление мышц-детрузоров</li> </ul>	удержание мочи	<ul style="list-style-type: none"> <li>вегетативные преганглионарные нейроны</li> </ul>	истинное недержание мочи: постоянное выделение мочи
			2-х стороннее поражение шейных и грудных сегментов	отсутствие позыва на мочеиспускание, задержка мочи, периодическое рефлекторное опорожнение мочевого пузыря
<b>ПРОИЗВОЛЬНЫЙ</b>	двигательная корковая область мочеиспускания и дефекации	произвольный контроль за актом мочеиспускания (торможение или усиление позыва)	гипоталамус	кратковременные задержки мочи
- парацентральная доля				

компоненты акта	влияния на иннервируемые структуры	Физиологическая функция	уровни поражения	клинические признаки
- прецентральная извилина	сенсорная корковая область мочеиспускания	чувство наполнения мочевого пузыря	Двухстороннее нарушение связи с корковыми центрами	Утрата чувства позыва, прохождения мочи по уретре, нет произвольного управления актом. В начале – задержка мочи, далее – вследствие повышения рефлекторной возбудимости сегментарного аппарата спинного мозга – периодическое недержание. При полной утрате произвольного контроля – феномен автономного мочевого пузыря (рефлекторное его опорожнение) – перемежающееся недержание

**ДЕФЕКАЦИЯ**

<b>НЕПРОИЗВОЛЬНО-РЕФЛЕКТОРНЫЙ</b>	усиление перестальтики	акт дефекации	Спинномозговой конус	недержание кала
спинальный центр парасимпатической иннервации прямой кишки ( S <sub>2</sub> – S <sub>4</sub> )	расслабление наружного сфинктера		крестцовые сегменты (поражение)	недержание кала и газов, при твёрдых каловых массах могут быть запоры
			крестцовые сегменты (раздражение)	задержка кала и газов

компоненты акта	влияния на иннервируемые структуры	физиологическая функция	уровни поражения	клинические признаки
ПРОИЗВОЛЬНЫЙ - парацентральная долька	двигательная корковая область мочеиспускания и дефекации	произвольный контроль за актом дефекации (торможение или усиление позыва)	Двухстороннее нарушение связи с корковыми центрами	Утрата чувства позыва, прохождения кала по кишечнику, нет произвольного управления актом. В начале - задержка кала, далее - вследствие повышения рефлекторной возбудимости сегментарного аппарата спинного мозга - периодическое недержание. При полной утрате произвольного контроля - рефлекторное опорожнение кишечника- перемежающееся недержание
-прецентральная извилина	сенсорная корковая область мочеиспускания	чувство наполнения мочевого пузыря		
- спинальный центр симпатической иннервации прямой кишки (D <sub>12</sub> – L <sub>2</sub> )	-сокращение внутреннего сфинктера - уменьшение перистальтики	удержание кала	2-х стороннее поражение шейных и грудных сегментов	отсутствие позыва на дефекацию, задержка кала, периодическое рефлекторное опорожнение прямой кишки

# СИНДРОМЫ НАРУШЕННОГО СОЗНАНИЯ

## I. СИНДРОМ УГНЕТЁННОГО СОЗНАНИЯ

ТИП		КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ
Оглушение - частичное вы- ключение созна- ния с сохранно- стью словесного контакта на фоне повышен- ного порога вос- приятия всех внешних раз- дражителей и снижения соб- ственной актив- ности	умерен- ное	<ul style="list-style-type: none"><li>• запаздывание ответов, необходимость повторных вопросов</li><li>• сонливость, вялость, обеднение мимики, малоподвижность</li><li>• выполнение инструкций замедлено, иногда после повторения задания</li><li>• сохранение полной пространственно-временной ориентации</li><li>• возможно выявление очаговой, общемозговой и менингеальной симптоматики</li></ul>
Оглушение	глубо- кое	<ul style="list-style-type: none"><li>• частичная пространственно-временная дезориентация</li><li>• заторможенность, почти постоянное состояние сна</li><li>• быстрая истощаемость: при длительном общении переход от продуктивного контакта к формальному (ответы "да-нет")</li><li>• затруднение при выполнении сложных инструкций, выполнение элементарных инструкций</li><li>• возможно выявление очаговой, общемозговой и менингеальной симптоматики</li></ul>

<p><b>Сопор</b> – выключение сознания с отсутствием речевого контакта при сохранён- ности координирован- ных защитных реакций на болевой раздражи- тель</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• отсутствие вербального и мимически-мануального контакта</li> <li>• никакие инструкции не выполняются</li> <li>• сохранены зрачковые реакции, поверхностные и глубокие рефлексy</li> <li>• реакция на болевой раздражитель носит ориентированный (локализованный) характер</li> <li>• возможно выявление очаговой, общемозговой и менингеальной симптоматики</li> </ul>
<p><b>Кома</b> – полное вы- ключение со- знания с то- тальной утра- той восприя- тия и выра- женными неврологи- ческими и ве- гетативны-ми наруше- ниями</p>	<p>умерен- ная (I ста- дия)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• полное отсутствие сознания и какого-либо кон-такта</li> <li>• реакция на болевой раздражитель утрачивает ха-рактер локализованной: больной отвечает общей двигательной реакцией</li> <li>• снижены зрачковые реакции</li> <li>• поверхностные и глубокие рефлексy сохранены</li> <li>• Нарушено глотание и контроль над сфинктерами</li> <li>• возможно выявление очаговой, общемозговой и менингеальной симптоматики</li> </ul>

Кома	глубокая (II стадия)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• дыхательные расстройства стволового типа с появлением парадоксального дыхания (Чейн-Стокса, Биота, Куссмауля)</li> <li>• нестабильность общей гемодинамики с тенденцией к падению АД, брадиаритмии</li> <li>• мышечная гипотония</li> <li>• резкое снижение рефлексов</li> <li>• отсутствие зрачковых реакций и корнеального рефлекса</li> <li>• отсутствие реакции на любой внешний, в т.ч. болевой раздражитель</li> <li>• затруднение (чаще невозможность) выявления очаговых и менингеальных симптомов</li> </ul>
	запредельная (III стадия)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• парасимпатикотония (брадикардия, артериальная гипотония, гипотермия, генерализованный гипергидроз, двухсторонний предельный мидриаз)</li> <li>• адекватная гемодинамика - только при медикаментозном протезировании</li> <li>• адекватное дыхание – при инструментальном протезировании (ИВЛ)</li> <li>• диффузная мышечная атония (симптом "гуттаперчевого мальчика")</li> <li>• глазные щели открыты вследствие гипотонии век</li> <li>• мидриаз</li> <li>• помутнение роговой оболочки глаза ("симптом последней скатывающейся слезы")</li> <li>• арефлексия</li> <li>• выявление симптомов очагового поражения нервной системы крайне затруднено</li> </ul>

## II. СИНДРОМЫ ИЗМЕНЁННОГО СОЗНАНИЯ

ТИП	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ
Психомоторное возбуждение	"Автоматизированная жестикуляция" – поглаживание, потирание, пощипывание рукой участков тела, натягивание простыни ("хватательный" симптом Янишевского).
Делирий	Острое резкое помрачение сознания с грубой дезориентировкой в окружающей среде и собственной личности. Тревога, страх, выраженное двигательное возбуждение, иногда с агрессией, сценopodobные зрительные (реже-слуховые) галлюцинации, яркие бредовые переживания, последующая амнезия. Исключить все возможные причины до установки диагноза "белой горячки"!
Сумеречное состояние сознания	Внезапная дезориентировка, появление устрашающих галлюцинаций, злоба, страх, возбуждение с агрессией, иногда целенаправленного характера (осознание окружающего отсутствует) с последующей полной амнезией. Склонны к разрушительным, крайне жестоким поступкам.
Онейроидное состояние	Отрывочное сочетание отражения реально окружающей обстановки и обильных ярких фантастических переживаний; часто больной не в состоянии отличить сновидения от действительно происходящих событий
Аменция	Грубая дезорганизация с замедлением интеллектуальных процессов. Больные, воспринимая отдельные предметы, не могут оценить окружающий мир в целом. Состояние суетливости, двигательного возбуждения чередуется с вялостью, безразличием
Акинетический мутизм ("бодрствующая кома")	При отсутствии речи, активных движений и чёткой реакции на болевой раздражитель глаза открыты и создаётся ложное впечатление о сохранности сознания

<p><b>Апаллический синдром</b></p>	<p>Отсутствие каких-либо движений, речи, эмоциональных реакций и памяти. Мышечный тонус резко повышен. Не глотают. При обращении открывает глаза, но движения глаз не координирует. На болевой раздражитель – хаотическая двигательная реакция.</p>
<p>Синдром отсутствия двигательных функций (синдром "замыкания", <b>locked in syndrome</b>) Синдром "запертого человека"</p>	<p>Ясное сознание при полной утрате всех двигательных функций и речи иногда сохраняется функция глазодвигательных мышц (мигание, подвижность глазных яблок)</p>
<p><b>"Вегетативное состояние"</b></p>	<p>Состояние после длительной комы</p>

## ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВКЛИНЕНИЯ В ВЫРЕЗКУ НАМЕТА МОЗЖЕЧКА И В БОЛЬШОЕ ЗАТЫЛОЧНОЕ ОТВЕРСТИЕ

Клинические признаки	Вклинение в вырезку намета мозжечка		Вклинение в большое затылочное отверстие
	Синдром среднего мозга		
	Диэнцефальная стадия	Мезэнцефальная стадия	
Состояние сознания	Ясное, «мерцающее» Сознание или нерезкое оглушение, сомноленция	Неуклонно прогрессирующее угнетение сознания вплоть до глубокой комы	
Зрачки: - величина  реакция на свет	Среднего диаметра или несколько сужены, равномерны  Сохранена или несколько замедленна	Расширение зрачка на стороне патологического очага; сужены на противоположной стороне.  Угнетена, особенно на стороне патологического очага, может отсутствовать	Максимальное расширение обоих зрачков  Отсутствует
Глазные яблоки (взор)	Положение глазных яблок не нарушено	Активные движения отсутствуют, может выявляться парез взора вверх, расходящееся косоглазие	Активные движения отсутствуют. Феномен «глаз куклы»
Двигательная функция	Без особенностей	Размашистые, беспорядочные движения, психомоторное возбуждение. Парез конечностей на стороне, противоположной измененному зрачку, а затем – и на стороне расширенного зрачка	Отсутствует

Положение туловища и конечностей	Без особенностей или с наклоном к экстензии нижних	Экстензорная поза нижних конечностей, флексорная - нижних	Атония конечностей
Сухожильные рефлексy	Имеются	Резко повышены	Отсутствуют
Очаговые симптомы	Выраженность увеличивается	Не меняются	Не выявляются
Пирамидные патологические знаки	Отсутствуют или имеются контрлатерально	Двусторонние, резко выраженные	Двусторонние
Функции сфинктеров	Не нарушены	Непроизвольное мочеиспускание и дефекация	
Нарушение дыхания	Нет или нерезко выражены	Гипервентиляция или типа Чейн-Стокса, Биота	Нарастающее брадипноэ, остановка дыхания
Тонические феномены	Отсутствуют или слабо выражены	Болевые раздражения усиливают выраженность указанной позы	Отсутствуют
Пульс	Нормальный или с тенденцией к тахикардии	Резкая, нарастающая тахикардия	Нарастающая брадикардия
Артериальное давление	Колеблется, чаще несколько повышено	Выраженное повышение	Нарастающее снижение
Температура тела	Нормальная или субфебрильная	Выраженная гипертермия	Постепенное снижение
Потливость	Возникает периодически	Постоянный резкий гипергидроз	Постепенное уменьшение

## НАИБОЛЕЕ ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЕМАЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ

**Абазия**, abasia, - невозможность ходить из-за выраженного расстройства координации движений при отсутствии параличей и парезов.

**Абсанс**, absentia, - очень кратковременное отсутствие сознания, затемнение сознания на мгновение у больных эпилепсией.

**Абулия**, abulia, - патологическое безволие, слабоволие, отсутствие воли.

**Автоматизм**, automatismus – возникновение чувств, мыслей, движений и т.п. помимо воли и желания больного (автоматизм амбулаторный, психический, двигательный, аффективный, сенестопатический).

**Агевзия**, ageusia, - отсутствие вкусовых ощущений.

**Агнозия**, agnosia, - нарушение процессов узнавания предметов и живых существ по их признакам (виду, цвету, запаху, вкусу) при отсутствии психического расстройства; выделены следующие виды агнозии: зрительная, слуховая, тактильная, обонятельная, вкусовая.

**Аггравация**, aggravatio – сознательное преувеличение больным своего болезненного состояния.

**Агрипния**, agrypnia – бессонница.

**Аграфия**, agraphia, - потеря способности письма при сохранении двигательной функции руки без расстройства умственных способностей.

**Адиadoхокинез**, adiadochokinesis, - потеря способности к выполнению конечностями заданных противоположных движений – быстро одно за другим (сгибание, разгибание, пронация – супинация).

**Адинамия**, adynamia, - бессилие, потеря сил, чрезвычайная слабость.

**Ажитация**, agitatio – болезненное состояние, проявляющееся в двигательном возбуждении с аффектом тревоги и страха.

**Акалькулия**, acalculia, - нарушение способности оперировать цифрами.

**Акроцианоз**, acrocyanosis, - синюшность дистальных частей тела, вследствие венозного застоя, недостаточной функции правой половины сердца, спазмов мелких артерий.

**Амнезия**, amnesia, - частичная или полная утрата памяти.

**Астения**, asthenia, - приспособительная реакция организма, возникающая после соматических заболеваний, оперативного вмешательства, нейроинфекций,

травм, интоксикаций и др. патологических процессов, но приводящая к восстановлению нарушенных функций.

**Алалия**, *alalia*, - отсутствие или ограничение речи у детей, вследствие поражения в доречевом периоде речевых зон; подразделяется на сенсорную, моторную и тотальную.

**Алексия**, *alexia*, - потеря способности чтения, а также различения отдельных букв и слов; словесная слепота.

**Амавроз**, *amaurosis*, - слепота, вызванная полным перерывом проводимости по волокнам зрительных путей; полная слепота центрального происхождения без объективных изменений в самом глазу.

**Амблиопия**, *amblyopia*, - ослабление зрения без видимых объективных изменений со стороны глаза.

**Амимия**, *amimia*, - потеря мимической выразительности лица, маскообразное лицо.

**Амиотрофия**, *amyotrophia*, - мышечная атрофия как результат заболевания; атрофия мышц.

**Амнезия**, *amnesia*, – потеря памяти частичная или полная, в более узком смысле слова – пробел воспоминаний, выпадение большего или меньшего числа воспоминаний.

**Анальгезия**, *analgesia*, - потеря способности воспринимать боль, обезболивание; нечувствительность к болевым раздражениям.

**Анартрия**, *anarthria*, - невозможность речи, вследствие выпадения функций мышц языка, нижней челюсти и губ, потеря членораздельной речи.

**Анестезия**, *aneesthesia*, - потеря всех или нескольких видов чувствительности, нечувствительность.

**Анизокория**, *anisocoria*, - различная величина зрачков.

**Анизорефлексия**, *anisoreflexia*, - различия в рефлексах левой и правой стороны тела.

**Аносмия**, *anosmia*, - отсутствие (потеря) обоняния.

**Апраксия**, *apraxia*, - нарушение сложных целенаправленных движений при отсутствии параличей и парезов.

**Арефлексия**, *areflexia*, – отсутствие, исчезновение рефлексов.

**Астазия**, *astasia*, - неспособность стоять, отсутствие равновесия (при отсутствии параличей и парезов).

**Астереогнозия**, *astereognosis*, - неузнавание предметов на ощупь при сохранности всех видов чувствительности и без помощи зрения, тактильная агнозия.

**Атаксия**, ataxia, - нарушение равновесия или координации движений, закономерного, согласованного действия мышц.

**Атетоз**, athetosis - непрерывные медленные насильственные «червеобразные» движения пальцев рук, ног.

**Атония**, atonia - расслабление, вялость, недостаточность тонуса (чаще – мышечного), упругости и эластичности.

**Атрофия**, atrophia – дословно отсутствие питания тканей, похудение тканей как результат уменьшения размеров клеток тканей и органов при общих и местных расстройствах трофики.

**Аура**, aura - предвестник (чаще – эпилептического припадка); разнообразные симптомы, непосредственно предшествующие развитию эпилептического припадка.

**Аутоагнозия**, autotopagnosia - потеря способности узнавать части собственного тела, правую и левую стороны.

**Афагия**, arhagia - потеря функции, невозможность глотания.

**Афазия**, arhasia - потеря речевых способностей вследствие поражения корковых центров доминантного полушария головного мозга.

**Афония**, arhonia - потеря звучности голоса.

**Афферентный**, afferens - центростремительный, передающий импульсы от периферии к нервным центрам.

**Баллизм**, ballismus - насильственное движение, гиперкинез «закидывания» - внезапно, часто повторяющиеся невольные движения, напоминающие хорею.

**Блефароспазм**, blepharospasmus - спазм круговой мышцы глаз, век.

**Брахиялгия**, brachialgia – болевые ощущения в руке, по ходу плечевого сплетения.

**Булимия**, bulimia - неукротимый голод при снижении чувства насыщения, патологическое повышение аппетита.

**Бульбарный**, bulbarus – относящийся к продолговатому мозгу.

**Вертиго**, vertigo – головокружение.

**Вестибулярный**, vestibularis – относящийся к системе равновесия, координации, относящийся к преддверию лабиринта.

**Гематомиелия**, heamatomyelia – кровоизлияние в спинной мозг (его вещество), спинальная апоплексия.

**Гематоррахис**, heamatorrhachis – кровоизлияние в спинно-мозговой канал, исходящее из оболочек спинного мозга.

**Гемипарестезия**, hemipareasthesis – потеря чувствительности в левой или правой половине тела.

**Гемианопсия, hemianopsia** – выпадение половины поля зрения каждого глаза.

**Гемиатрофия, hemiatrophia** – снижение питания тканей половины тела или его части.

**Гемибаллизм, hemiballismus** - невольные, произвольные, вынужденные часто повторяющиеся движения в конечностях одной стороны тела или его части.

**Гемигипертрофия, hemihypertrophia** – гипертрофия одной стороны тела или его части.

**Гемикrania, hemicrania** – головная боль, охватывающая преимущественно одну половину головы, мигрень.

**Гемиплегия, hemiplegia** – паралич конечностей одной стороны тела.

**Гемиспазм, hemispasmus** – судорожное сокращение мышц одной половины лица, одной или нескольких мышц на одной стороне тела.

**Гидроцефалия, hydrocephalia** – избыточное скопление жидкости внутри черепной полости, водянка головного мозга.

**Гипакузия, hypacusis** – снижение слуха вследствие снижения возбудимости слухового нерва.

**Гиперакузия, hyperacusis** – ненормально повышенная острота слуха; сильное восприятие умеренных по силе звуков вследствие повышенной возбудимости слухового нерва.

**Гипалгезия, hypalgesia** – снижение болевой чувствительности.

**Гипергидроз, hyperhidrosis**, - повышение потоотделение различного генеза.

**Гиперестезия, hyperaesthesia** – повышенная чувствительность к различным видам раздражений.

**Гиперкинез, hyperkinesis** – насильственные, произвольные движения.

**Гиперосмия, hyperosmia** – патологически обостренное обоняние.

**Гиперрефлексия, hyperreflexia** – резкое усиление рефлексов.

**Гипестезия, hypaesthesia** – пониженная чувствительность, в частности, осязательная.

**Гипомнезия, hypomnesia** – ослабление памяти.

**Гипоосмия, hyposmia** – притупление обоняния.

**Гипотрофия, hypotrophia** - функциональная недостаточность тканей, обусловленная их недостаточным питанием, хроническое расстройство питания.

**Глоссалгия, glossalgia** - приступообразная мучительная боль в языке жгучего характера, захватывающая иногда окружающие ткани.

**Глоссодиния, glossodynia** – ощущение жжения, пощипывания в языке.

**Горметония**, *hormetonia* – периодически возникающие тонические спазмы мышц конечностей и туловища, особый вид ранней контрактуры, развивающийся в парализованных конечностях.

**Деменция**, *dementia* – снижение интеллекта, вследствие органического заболевания головного мозга.

**Дермографизм**, *dermographismus* – вазомоторная реакция кожи в виде белых и красных полосок, после штрихового раздражения кожи.

**Дизартрия**, *dysarthria* – расстройство артикуляции; связанное с поражением речевого аппарата.

**Дизестезия**, *dysaesthesia* – извращенное восприятие некоторых ощущений.

**Диссомнии**, *dyssomnia*, - расстройство сна различного генеза

**Дисфагия**, *dysphagia*, - расстройства функции глотания.

**Дизосмия**, *dysosmia* – расстройство обоняния в виде извращённого восприятия запахов.

**Диплопия**, *diplopia*, - нарушение зрения, при котором все рассматриваемые объекты кажутся удвоенными.

**Дисфония**, *dysphonia* - нарушение голоса, его звучности; хриплый или сиплый голос.

**Инсомния**, *insomnia* – бессонница.

**Ишемия**, *ischemia* – местное снижение кровотока, малокровие органа или ткани; уменьшение или прекращение притока крови.

**Ишиалгия**, *ischalgia* – боль по ходу седалищного нерва.

**Ишиас**, *ischias* – невралгия седалищного нерва.

**Каузалгия**, *causalgia* – жгучая и резкая, нестерпимая боль, наблюдающаяся при поражениях периферических вегетативных волокон.

**Кокцигодия**, *coccygodynia* – копчиковая боль; невралгическая сильная боль в области копчика; чаще страдают женщины, перенесшие травму или воспаление копчика.

**Коллапс**, *collapsus*, - острая сосудистая недостаточность, сопровождающаяся снижением сосудистого тонуса, уменьшения объема циркуляции крови, падением АД, гипоксией мозга и угнетением жизненноважных функций организма

**Кома**, *coma*, - бессознательное состояние, возникающее вследствие угнетения ЦНС, нарушения функции ствола мозга.

**Контрактура**, *contractum*, - стойкое ограничение движений в суставах вследствие нарушения иннервации мышц.

**Крампи, crampi** – болезненные тонические судороги (чаще в икроножных мышцах в ночное время – как проявление неврологических осложнений остеохондроза).

**Лейкодистрофия, leucodystrophia** – наследственное заболевание нервной системы, в основе которого лежит энзимный дефект и нарушение метаболизма миелина; в первую очередь страдают проводящие пути.

**Лептоменингит, leptomeningitis** – воспаление мягкой и паутинной мозговых оболочек; проявляется развитием менингеальных симптомов, изменением цереброспинальной жидкости воспалительного характера.

**Люмбаго, lumbago** – приступообразная интенсивная боль в поясничной области, ограничивающая движения позвоночника в пояснично-крестцовом отделе.

**Менингизм, meningismus** – синдром вовлечения в патологический процесс мозговых оболочек без воспалительных изменений в них.

**Менингит, meningitis** – воспаление мягких оболочек головного и (или) спинного мозга; проявляется менингеальным синдромом.

**Миалгия, myalgia** – боль в мышцах.

**Миастения, myasthenia** – нервно-мышечное заболевание, ведущим проявлением которого является повышенная мышечная утомляемость.

**Мигрень, migraine**, - приступообразные головные боли.

**Мидриаз, midriasis**, - патологическое расширение зрачка при различных поражениях.

**Миелопатия, myelopathy**, - поражение спинного мозга, носящее невоспалительный характер.

**Миелит, myelitis** – воспаление спинного мозга.

**Миоклония, myoclonia** – быстрые, неритмичные произвольные движения в результате сокращения отдельных мышц и мышечных групп, преимущественно в конечностях.

**Миопатия, myopathy** – общее название ряда наследственных болезней мышц, обусловленных нарушением сократительной способности мышечных волокон и проявляющихся мышечной слабостью, уменьшением объема активных движений, снижением тонуса, атрофией.

**Миоплегия**, myoplegia – нейромышечное заболевание с характерными приступами мышечной слабости, вплоть до параличей в конечностях.

**Миотония**, myotonia – патологическое состояние мышц, выражающееся в резком затруднении расслабления после их сильного сокращения.

**Невралгия**, neuralgia – интенсивная боль, распространяющаяся по ходу ствола чувствительного нерва или его ветвей.

**Невропатия**, neuropathia – структурное повреждение периферического нерва.

**Нистагм**, nistagmus, - произвольные ритмичные движения, повторяющиеся дрожания, осцилляции глаз, представленные медленной и быстрой фазами.

**Офтальмоплегия**, ophthalmoplegia – нарушение движений глазных яблок в результате поражения нервов, нервно-мышечных синапсов или глазодвигательных ядер одновременный паралич всех или нескольких черепно-мозговых нервов, иннервирующих глазные мышцы.

**Павор**, paor, – страх.

**Паралич**, paralis, - полная утрата способности производить произвольные (активные) движения вследствие деиннервации соответствующих мышц.

**Параспазм**, paraspasmus – спастическая гипертензия конечностей, двусторонняя, чаще в нижних конечностях, как составная пирамидного симптомокомплекса (связанная с паралитическими явлениями).

**Парафазия**, paraphasia – расстройство речи, при котором больной пропускает, повторяет или заменяет другими отдельные слова или звуки.

**Парафразия**, paraphrasia – образование новых слов.

**Парез**, paresis – частичный паралич, ослабление или неполная потеря способности произвольных движений.

**Парестезия**, paraesthesia - спонтанное неприятное ощущение в виде ползания мурашек по коже, обусловленное раздражением чувствительных волокон периферического нерва, проводящих путей или чувствительной области коры.

**Парестетическая мералгия**, meralgia paraesthetica – болезнь Рота-Бернгардта, болезненная парестезия наружной стороны бедра, в области распространения бокового наружного нерва бедра.

**Паркинсонизм**, parkinsonismus – общее название клинических картин с симптомами, напоминающими дрожательный паралич.

**Пароксизмы**, paroxysmos, - внезапное усиление признаков болезни на короткое время.

**Пахименингит**, pachymeningitis – воспаление твердой мозговой оболочки.

**Периневрий**, perineurium – соединительно-тканная оболочка нерва или пучка нервных волокон.

**Плексит**, plexitis – заболевание нервного сплетения.

**Писчий спазм**, spasmus scriptorius, - расстройство синергизма мышц руки, обуславливающая нарушение письма при сохранности способности производить тонкие движения.

**Полиомиелит**, poliomyelitis – острое воспалительное заболевание ц.н.с. с преимущественным поражением передних рогов спинного мозга, протекающее с атрофическими мышечными параличами.

**Полирадикулоневрит**, polyradiculoneuritis – заболевание с множественным поражением корешков спинного мозга и нервных стволов (периферических нервов), протекающее с болями, парестезиями, мышечной слабостью в конечностях, вялыми параличами.

**Прозопалгия**, prosopalgia - боль в области лица, не относящаяся к невралгии.

**Пропульсия**, propulsio – склонность к падению вперед, неудержимое движение вперед при легком толчке.

**Птоз**, ptosis – опущение верхнего века при параличе мышцы, его поднимающей.

**Радикулопатия**, radiculopatia – поражение корешков спинного мозга, интрадуральной части спино-мозгового нерва до входа его в межпозвоночное отверстие или части его между этим отверстием и нервным сплетением.

**Ригидность**, rigiditas – тугоподвижность, оцепенелость.

**Сакрализация**, sacralisatio – частичное или полное слияние V поясничного позвонка с крестцом.

**Саркодиния**, sarcodynia – боль в крестце, в крестцовой области.

**Симпаталгия**, sympathalgia – приступообразная боль, возникающая при поражении вегетативных симпатических узлов или симпатических нервных волокон.

**Симпатоганглионит**, *sympathoganglionitis* – заболевание, связанное с поражением симпатического узла.

**Синкинезия**, *synkinesis* – непроизвольные содружественные движения, возникающие на стороне паралича или пареза во время активных движений здоровыми конечностями.

**Синкопы**, *syncope*, или **обмороки** – пароксизмальная кратковременная потеря сознания, наступающая вследствие преходящих гемодинамических нарушений, в основе которых лежит ишемия мозга.

**Сирингобульбия**, *syringobulbia* – сирингомиелитический процесс с вовлечением продолговатого мозга или распространяющийся в краниальном направлении от спинного мозга.

**Сирингомиелия**, *syringomyelia* – заболевание, протекающее с формированием полостей и кист преимущественно в спинном мозге.

**Сомноленция**, *somnolentia* – патологическая сонливость, болезненное влечение ко сну; больной может быть разбужен временно при помощи словесного обращения или прикосновения.

**Сопор**, *sopor* – выключение сознания с отсутствием речевого контакта при сохранённости координированных защитных реакций на болевой раздражитель.

**Ступор**, *stupor*, - состояние психической и двигательной заторможенности, проявляющееся обездвиженностью, мутизмом, ослаблением реакции на раздражители.

**Судороги**, *spasmus*, - внезапное кратковременное, непроизвольное сокращение мышц с потерей и без потери сознания.

**Терманестезия**, *thermanaesthesia* – утрата тепловой чувствительности, способности распознавать температурные различия.

**Тетания**, *tetanos*, - болезненное, сильное, длительное сокращение мышц, их групп.

**Тремор**, *tremor* – ритмичное дрожание – быстро перемещающиеся непроизвольные сокращения и расслабления мышечных групп, вызывающие ритмические движения незначительной амплитуды различных частей тела.

**Тризм**, trismus, - сжатие челюстей при тоническом сокращении жевательных мышц.

**Тортиколис спастический**, torticollis spastica – спастическая кривошея, возникающая приступами деформация шеи вследствие тонико-клонических судорог грудино-ключично-сосцевидных мышц и глубоких мышц шеи.

**Фобии**, phobos,- навязчивое патологическое состояние в виде непреодолимой боязни чего-то неопределенного или конкретного.

**Цефалгия**, cephalgia, или головная боль возникает при раздражении болевых рецепторов мозговых оболочек, сосудов, надкостницы, поверхностных тканей черепа, при раздражении вегетативных узлов, их ветвей

**Экзофтальм**, exophthalmos, - смещение вперед глазного яблока, расширение глазной щели.

**Энцефалит**, encephalitis - воспаление вещества головного мозга инфекционного или инфекционно-аллергического происхождения.

**Энцефаломиелит**, encephalomyelitis – воспалительный процесс в спинном и головном мозге.

**Энцефалопатия**, encephalopathia – органические изменения мозговой ткани в результате какой-либо патологии.

**Эпилепсия**, epilepsia – заболевание, характеризующееся периодически наступающими приступами судорог с потерей сознания во время припадка, с изменением характера, личностными нарушениями.

**Эпидурит**, epiduritis – воспалительное заболевание, сопровождающееся скоплением гноя в пространстве над твердой мозговой оболочкой

## НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НЕВРОЛОГИИ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

### 1. Нейропротекторы

1.1. антиоксиданты: витамин Е, унитиол, аскорбиновая кислота, триовит, аевит, эмоксипин, мексидол, эспалипон, берлитион, глиатилин, рилутек.

1.2 антиглутаматные: рилузол, ламиктал, ремасемид, рилутек смеси нейромедиаторных аминокислот типа “Аминоплазмаль”

1.3 антагонисты кальция: нимотоп (немотан), циннаризин, стугерон, флуннаризин, дильцерен, фенигидин и др.

1.4. Средства, улучшающие метаболизм мозга: ноотропы - рацетамы и луцетамы (луцетам, пирацетам, энцефабол); нейропротекторы - актовегин, инстенон; ГАМК-содержащие: фенибут, аминолон, пантогам, ноофен, пикамилон; вещества разных групп - экстракт Гинкго-билобо (билобил, танакан, меморирайз), церебрум-композитум, нейромидин, нейроаминокислоты - глицин, семакс, церебролизин

### 2. Средства, улучшающие мозговую гемодинамику:

2.1. антиагреганты: клопидогрель, тиклид, курантил, аспирин, агренокс, пентилин, трентал, анопирин, агапурин, флекситал, кавинтон, реополиглюкин

2.2 антикоагулянты: гепарин, клексан, фраксипарин, фрагмин, пентосан

2.3 вазоактивные препараты: сермион (ницерголин), эуфиллин, кавинтон, препараты никотиновой кислоты, ницериум, агапурин, этамзилат, инстенон

2.4 ангиопротекторы: рутин, дицинон, троксевазин, детралекс

### 3. Средства, улучшающие и стабилизирующие ликвороциркуляцию:

3.1. кортикостероиды: преднизолон, дексаметазон, метипред

3.2. венотоники: эуфиллин, анавенол, эскузан, препараты каштана, L-лизина эсцинат, детралекс

3.3. салуретики: лазикс, урикс, диакарб

3.4. осмодиуретики: глицерин, маннит, манитол, альбумин

### 4. Противопаркинсонические:

- 4.1. L-DOPA - содержащие: наком, синимет, мадопар, синдопа, карбидопа, сталево
- 4.2. агонисты дофаминовых рецепторов: мирапекс, прамипекс, проноран
- 4.3. антагонисты MAO-B: юмекс, эльдепринил, селегелин, сеган
- 4.4. освобождающие дофамин из депо: амантадин, мидантан, неомидантан
- 4.5. холинолитики: паркопан, циклодол
- 4.6.  $\beta$ -адреноблокаторы: пропранолол, анаприллин, обзидан, кореол, атенолол, эгилок
5. Противосудорожные:
- 5.1. фенитоины: дифенин, фенгидан, талокса
- 5.2. карбамазепины: тимонил, финлепсин, зептол, тегретол
- 5.3. вальпроаты: депакин, орфирил, эвериден, вальпроком, энккорат и др.
- 5.4. современные противоэпилептические средства: ламотриджин, габапентин, вигабатрин, клоназепам, ламотрин
- 5.5. средства, для купирования серии судорожных приступов или для купирования эпилептического статуса: сибазон, реланиум, фенгидан, диазепам ректальная форма, бартитураты (тиопентал Na и др.), закиснокислородный наркоз (2:1)
6. Антимигренозные:
- для купирования приступа:
- 6.1. препараты эрготамина: дигидроэрготамин, дигидергот, номигрен, тамик
- 6.2. агонисты серотониновых рецепторов: суматриптан, золмитриптан, сумамигрен, имигран, ризотриптан, наротриптан, номигрен
- 6.3. антиконвульсанты: финлепсин, тимонил, карбамазепин, ламотрин, фенобарбитал
- для профилактики частых приступов:
- 6.4. антагонисты серотонина: сандомигран, метисергид
- 6.5. антагонисты кальция и  $\beta$  - адреноблокаторы (стугерон, циннаризин, фезам, флунаризин, пропранолол, кореол, анаприллин, обзидан), вазокардин
7. Вегетотропные:

- 7.1. блокаторы  $\alpha$  - адренорецепторов: глицисед, кореол, сермион
- 7.2. блокаторы  $\beta$  - адренорецепторов: кореол, пропранолол, анаприлин, обзидан, корвитол, лабеталол
- 7.3. холинолитики и комбинированные атропиноподобные: атропин, платифиллин, беллатаминал
- 7.4. антидепрессанты
  - 7.4.1. трициклические: amitриптилин, мелипрамин, анафранил, герфонал
  - 7.4.2. четырёхциклические: людиомил, коаксил
  - 7.4.3. ингибиторы обратного захвата серотонина: ципрамил, авоксин, золофт, паксил, флуоксетин (прозак)
  - 7.4.4. комбинированные антидепрессанты: эглонил (сульпирид), нейрولептики с антидепрессивным действием
- 7.5. седативные: гербион успокоительные капли, валериана, ново-пассит, барбовал, валокордин, мебекар, седасен, нотта, адаптол, смесь – антистресс, климапин, седавит и др.
- 7.6. транквилизаторы: бензодиазепины (сибазон, релиум, лоразепам)
- 8. Средства, применяемые при нервно-мышечных заболеваниях:
  - 8.1. улучшающие нервно-мышечную проводимость: антихолинэстеразные - прозерин, неостигмин, амиридин (нейромидин), неостинин, физостигмин, галантамин, нивалин, калимин
  - 8.2. способствующие восстановлению миелина: витамины группы В, препараты  $\alpha$ -липоевой кислоты (берлитион, диалипон, гиогамма, эспалипон) фосфаден, лецитин, нейромедиаторные аминокислоты, препараты, содержащие метионин
  - 8.3. улучшающие метаболизм мышц: витамин Е, ретаболил, комплексы аминокислот, аевит
  - 8.4. антиглутаматные при болезнях мотонейрона: релутек, ламиктак, релузол, препараты из эмбриональных тканей
  - 8.5. инсулиноподобный фактор роста нейронов

9. Средства, применяемые при аутоиммунных и демиелинизирующих заболеваниях нервной системы:
- 9.1. кортикостероиды: преднизолон, дексаметазон, метипред, солумедрол
  - 9.2. цитостатики: циклофосфамид, азатиоприн, имуран
  - 9.3. гипосенсебилизирующие: тавегил, супрастин, перитол, кларитин, фенкарол, телфаст, лоратадин, цетрин, астемизол.
  - 9.4. иммуномодуляторы: Т-активин, тималин, спленин
  - 9.5. ребиф, бетаферон, копаксон
10. Средства, применяемые при герпетических поражениях нервной системы:
- противовирусные: зовиракс, вальтрекс, ацикловир, медовир, фамцикловир, геверан, протекфлазид
11. Средства, воздействующие на миофасциальные и невралгические боли (в т.ч. при головных болях напряжения):
- 11.1. миорелаксанты: сирдалуд, миоластан, баклофен, мидокалм, адаптол, ноофен, фенибит
  - 11.2. нестероидные противовоспалительные средства:
    - диклофенак НА, диклобрю, месулид, немесил, сиган, наклофен, мовалис,
    - вольтарен, индометацин, ибупрофен, ортофен, диклофенак-рапид, олфен, целекоксиб, ксефокам, денебол
  - 11.3. антипароксизмальные (карбамазепин)
  - 11.4 препараты, направленные на купирование болевого синдрома:
    - баралгин, темпалгин, седалгин-нео, максиган, триган, кетанов, спазмове-  
ралгин, реналган, нейралгин (габапентин), ламотрин
12. Средства, применяемые при мышечных дистониях и гиперкинезах:
- 12.1. воздействующие на мышечный тонус: сирдалуд, баклофен, миоластан, препараты ботулотоксин (диспорт, ботокс) и др.
  - 12.2. бензодиазепины: сибазон, реланиум, транксен, седуксен, диазепам
  - 12.3. ГАМК-содержащие: фенибут, ноофен и др.
  - 12.4. тормозные нейроаминокислоты: глицин и комплексные нейромедиаторные аминокислоты
  - 12.5. Нейролептики: аминазин, соннапакс, галоперидол, дроперидол, эглонил.

13. Антиатеросклеротические средства:

13.1 вазилип (симвастатин), средства, коррегирующие липидный обмен с антиатерогенным действием, статины (левостатин, аторвастатин, зокор, липостабил) и др.

13.2 препараты никотиновой кислоты

14. Биогенные стимуляторы: ФИБС, алоэ, стекловидное тело, тоник-К, настойка женьшеня, настойка радиолы розовой, элеутеракокка, левзеи и др.

15. Анаболические стероиды: ретаболил, неробол, феноболил

16. Антистрессовые препараты: магне – В6, эглонил (сульпирид), ново-пассит, персен, адаптол

17. Кальцийсодержащие: кальций Д<sub>3</sub> – никомед, глюконат Са, глицерофосфат Са

Учебное издание

**НЕВРОЛОГИЯ**  
**в схемах и таблицах**

под редакцией проф. И.А. Григоровой

*Учебное пособие*  
*для студентов*  
издание одиннадцатое, дополненное

Составители      Григорова Ирина Анатольевна  
                         Тихонова Людмила Владимировна  
                         Тесленко Ольга Александровна  
                         Григорова Алина Александровна  
                         Ескин Александр Ростиславович  
                         Лещенко Константин Азариевич  
                         Резниченко Елена Константиновна

Ответственная за пособие д.мед.н., профессор И.А. Григорова