

**ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России**

***КРАТКАЯ ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА  
ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ТАБЛИЦАХ***

**Методическое пособие для врачей по медико-социальной экспертизе и  
неврологов федеральных казённых учреждений медико-социальной  
экспертизы  
(издание 5-е, исправленное и дополненное)**

**Санкт-Петербург 2019**

**Краткая топическая диагностика заболеваний нервной системы в таблицах:**  
Методическое пособие для врачей по медико-социальной экспертизе и неврологов федеральных казённых учреждений медико-социальной экспертизы.

**Под редакцией:**

**Помникова Виктора Григорьевича**, доктора медицинских наук, профессора, ректора, заведующего кафедрой неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации Федерального государственного бюджетного учреждения «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России.

**Составители:**

**С.В. Трекин**, заместитель руководителя по организационно-методическим вопросам ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области»,

**И.Б. Лейкин**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации Федерального государственного бюджетного учреждения «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России.

**И.И. Белозерцева**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации Федерального государственного бюджетного учреждения «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России.

**И.В. Михайлов**, кандидат медицинских наук, докторант Федерального государственного бюджетного учреждения «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России.

В пособии представлена краткая топическая диагностика заболеваний нервной системы, необходимая в практической работе врачей-специалистов неврологов и смежных специалистов первичного звена федеральных казенных учреждений медико-социальной экспертизы. Удобное расположение сведений в форме таблиц позволит быстро и четко решить вопрос об уровне поражения нервной системы с подтверждением представленными симптомами и синдромами.

Рекомендовано к печати Учебно-методическим советом СПбИУВЭКа.  
Протокол № 2 от 21 марта 2019 года.

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, 2019 год.

## Содержание

Введение.....	4
Топическая диагностика поражений спинного мозга.....	5
Топическая диагностика поражений периферической нервной системы.....	9
Топическая диагностика поражений мозжечка.....	15
Дифференциальная диагностика атаксий.....	19
Топическая диагностика поражений экстрапирамидной системы.....	19
Топическая диагностика поражений черепных нервов.....	28
Топическая диагностика поражений ствола головного мозга.....	36
Альтернирующие синдромы при поражении различных отделов ствола головного мозга.....	37
Бульбарный и псевдобульбарный паралич.....	40
Топическая диагностика поражений основания головного мозга.....	41
Топическая диагностика поражений ретикулярной формации.....	44
Топическая диагностика поражений промежуточного мозга.....	46
Топическая диагностика поражений белого вещества головного мозга.....	47
Топическая диагностика корковых поражений.....	49
Топическая диагностика поражений отдельных сосудистых бассейнов головного мозга.....	52
Топическая диагностика поражений отдельных сосудистых бассейнов спинного мозга.....	58
Топическая диагностика поражений основных функций высшей нервной деятельности.....	59
Литература.....	63
Предметный указатель.....	64

## **Введение**

Пространственные представления о строении и расположении различных отделов головного и спинного мозга – их центров, базальных ядер, ядер черепных нервов, мозжечка, мозгового ствола с его проводниками, сегментарного аппарата, ликворосодержащих и других систем имеют исключительное значение для диагностики.

Знание топографии многочисленных нервных стволов, зон их двигательной и чувствительной иннервации позволит практическому врачу, основываясь на клинических данных, с большей достоверностью определить локализацию и характер патологического очага, то есть поставить топический и функциональный диагнозы (Сандригайло Л.И., 1988).

## Топическая диагностика поражений спинного мозга

Таблица № 1

Очаг поражения	Синдром поражения		
	Расстройства чувствительности	Мышечно-тонические расстройства	Вегетативно-сосудистые или нейротрофические расстройства
1. Задние канатики	1. Расстройство глубокой чувствительности с утратой суставно-мышечного и вибрационного чувства по проводниковому типу с возникновением сенситивной атаксии; 2. Поверхностная чувствительность сохранена	1. Возможно снижение тонуса	
2. Боковые канатики	<b>I. Одностороннее поражение</b>		
	Расстройство поверхностной чувствительности на противоположной стороне на 2 – 3 сегмента ниже очага поражения	Спастическая парезия на одноименной очагу стороне	
	<b>II. Двустороннее поражение</b>		
	Двустороннее расстройство поверхностной чувствительности по проводниковому типу на 2-3 сегмента ниже очага поражения	1. Спастическая тетрапарезия при поражении шейного отдела; 2. Спастическая нижняя парапарезия при поражении грудного отдела;	1. Нарушение функций тазовых органов по центральному типу

3. Половинное поражение поперечника спинного мозга	<b>Синдром Броун – Секара</b>		
	<b>I. Расстройство по проводниковому типу</b>		
	<b>A. На стороне очага</b>		
	Расстройство глубокой боковой чувствительности	Спастическая парезия	
	<b>Б. Контралатерально очагу</b>		
	Расстройство поверхностной чувствительности на 2–3 сегмента ниже очага поражения		
	<b>II. Расстройство по сегментарному типу на стороне очага</b>		
Расстройство болевой и температурной чувствительности на уровне пораженных сегментов		Расстройства в зоне иннервируемого сегмента	
4. Полное поражение поперечника	<b>I. Расстройства по проводниковому типу</b>		
	1. Двусторонняя полная анестезия ниже очага поражения: а) расстройство глубокой чувствительности с уровня очага; б) расстройство поверхностной чувствительности на 2 – 3 сегмента ниже очага поражения;	а) уровень верхнешейного отдела (С1-С4) – спастика тетрапарезия, парезия диафрагмы; б) уровень шейного утолщения (С5-Th1) – периферическая или смешанная верхняя парапарезия, спастическая нижняя парапарезия; в) уровень грудного отдела (Th2-Th12) – спастическая нижняя парапарезия; г) уровень	а) при поражении шейного утолщения – синдром Клода Бернара – Горнера; б) при поражении мозгового конуса – трофические расстройства в крестцовой области

		<p>поясничного утолщения (L1-2 – S1-2) – периферическая нижняя параплегия. Все вышеуказанные нарушения движений сочетаются с центральным расстройством мочеиспускания.</p> <p>д) уровень мозгового конуса (S3-Co1) – утрата анального рефлекса с расстройством функций всех тазовых органов по периферическому типу (истинное недержание мочи)</p>	
<b>II. Расстройства по сегментарному типу</b>			
	Двустороннее расстройство всех видов чувствительности на уровне пораженных сегментов	Двусторонняя периферическая парезия мышц в зоне иннервируемого сегмента	Двустороннее расстройство в зоне пораженного сегмента
5. Синдром экстрамедуллярного поражения	<p>Проводниковые расстройства поверхностной чувствительности распространяются по противоположной половине тела <b>снизу вверх</b> до уровня очага поражения с присоединением корешковых симптомов и болей с</p>		

	последующим развитием синдрома Броун-Секара		
6. Синдром интрамедуллярного поражения	Проводниковые расстройства поверхностной чувствительности распространяются по противоположной половине тела <b>сверху вниз</b> от уровня очага поражения; корешковые симптомы и боли, синдром Броун-Секара отсутствуют		
7. Синдром заднего рога	Диссоциированное расстройство чувствительности: выпадение поверхностной чувствительности в соответствующей сегментарной зоне на одноименной стороне при сохранении глубокой чувствительности		
8. Синдром переднего рога		Периферическая плегия мышц по сегментарному типу на стороне поражения в сочетании с фасцикулярными подергиваниями	
9. Синдром бокового рога			Расстройства в зоне пораженного сегмента на стороне поражения
10. Синдром передней серой спайки	Диссоциированное расстройство чувствительности с расстройством		



	поверхностной чувствительности по сегментарному типу с обеих сторон с сохранением глубокой чувствительности в зоне пораженного сегмента		
--	---	--	--

## Топическая диагностика поражений периферической нервной системы

Таблица № 2

Очаг поражения	Синдромы поражения		
	Расстройства чувствительности	Мышечно-тонические расстройства	Вегетативно-сосудистые или нейротрофические расстройства
I. Передний двигательный корешок спинного мозга		Периферическая парезия мышц в зоне поврежденных корешков	
а) С6		Периферическая парезия двуглавой мышцы плеча и мышц тенара	
б) С7		Периферическая парезия трехглавой мышцы плеча	
в) С8		Периферическая парезия сгибателей и разгибателей пальцев и мышц гипотенара	
г) L4		Периферическая парезия четырехглавой мышцы	
д) L5		Периферическая парезия перонеальной группы мышц, разгибателей стопы, особенно I пальца	
е) S1		Периферическая парезия ягодичной,	

		трехглавой мышцы голени, сгибателей пальцев стопы	
II. Задний чувствительный корешок спинного мозга	1. Расстройство всех видов чувствительности в соответствующих сегментарных зонах; 2. Интенсивные стреляющие боли; 3. Болезненность в точках выхода корешков	Выпадение рефлексов в соответствующих сегментарных зонах	
а) С6	1. Анестезия наружной поверхности плеча; 2. Иррадиация болей в I палец	Выпадение сгибательно-локтевого рефлекса с двуглавой мышцей	
б) С7	1. Анестезия наружной поверхности предплечья, лучевой поверхности кисти и I, II пальцев кисти; 2. Иррадиация болей во II и III пальцы кисти	Выпадение разгибательно-локтевого рефлекса с трехглавой мышцей	
в) С8	1. Анестезия внутренней поверхности предплечья, ладонной и тыльной поверхности кисти, исключая локтевую и лучевую поверхности, и III, IV, V пальцев кисти; 2. Иррадиация болей в V палец кисти	Выпадение разгибательно-локтевого рефлекса с трехглавой мышцей	Синдром Клода Бернара-Горнера
г) L4	Анестезия передне-внутренней поверхности бедра и голени	Выпадение коленного рефлекса	

д) L5	Анестезия задне-наружной поверхности бедра и голени, тыльной поверхности стопы	Коленный и ахиллов рефлексы сохранены	
е) S1	Анестезия задней и задне-наружной поверхности бедра и голени, пяточной области, наружного края стопы и V пальца	Выпадение ахиллова и подошвенного рефлексов	
III. Спинно-мозговой ганглий (узел)	Синдромы поражения заднего чувствительного корешка с присоединением герпетических высыпаний (herpes zoster)		
IV. Конский хвост (cauda equina)	1. Анестезия нижних конечностей и промежности; 2. Корешковые боли в ногах, крестцовой и ягодичной областях, промежности	Периферическая нижняя параплегия;	. Расстройство функций тазовых органов по периферическому типу (истинное недержание мочи)
V. Сплетение	Резкая местная болезненность и нарушение всех видов чувствительности в зоне иннервации нервов, исходящих из данного сплетения	Периферическая парезия мышц в зоне иннервации нервов, исходящих из данного сплетения	Имеются или отсутствуют в зависимости от состава нервов, исходящих из данного сплетения
A. Плечевое сплетение (plexus brachialis)			
а) верхняя часть плечевого сплетения (C5-C6)	<b>Паралич Дюшенна – Эрба</b> (поражение мышц проксимального отдела руки, т.е. мышц плечевого пояса и плеча, при сохранении функций кисти и пальцев)		
	Анестезия наружной поверхности верхней Конечности	Выпадение сгибательно-локтевого рефлекса с двуглавой мышцы	
б) нижняя часть плечевого	<b>Паралич Дежерин - Клюмпке</b> (поражение мышц дистального отдела руки, т.е. мышц		

сплетения (C7-Th1)	предплечья, кисти и пальцев, при сохранении мышц плечевого пояса)		
	Анестезия внутренней поверхности верхней конечности	Выпадение карпорадиального рефлекса	Имеются
VI. Периферический нерв	1. Нарушение всех видов чувствительности в зоне иннервации данного нерва; 2. Боль	Периферическая плегия мышц, иннервируемых данным нервом	Имеются или отсутствуют в зависимости от состава конкретного нерва
1. Лучевой нерв (n. radialis) C5-C8	Выпадение чувствительности на задней поверхности плеча, предплечья, тыльной поверхности I, II и лучевой половины III пальцев и лучевой части кисти	1. Невозможность разгибания предплечья, кисти и фаланг пальцев; 2. Отсутствие разгибательно-локтевого рефлекса с трехглавой мышцей; 3. «Свисающая» кисть	
2. Локтевой нерв (n. ulnaris) C8-Th1	Выпадение чувствительности на ладонной поверхности V и локтевой половине IV пальцев, на тыльной поверхности V и IV, локтевой половины III пальцев и локтевой части кисти	1. Невозможность ладонного сгибания кисти, 3-5 пальцев, приведения и разведения пальцев; 2. Невозможность приведения I пальца; 3. «Когтистая лапа»-разгибательная контрактура в основных фалангах и сгибательная контрактура в концевых фалангах пальцев, особенно IV и V; 4. Атрофия межкостных мышц кисти, мышц гипотенара	
3. Срединный нерв	1. Выпадение чувствительности	1. Невозможность ладонного сгибания	Имеются

<p>(n. medianus) C5-Th1</p>	<p>на ладонной поверхности кисти, I, II, III и лучевой половины IV пальцев; 2. Синдром каузалгии</p>	<p>кисти, I, II, III пальцев, разгибания средних и концевых фаланг II, III пальцев; 2.«Обезьянья рука»- кисть уплощена, все пальцы разогнуты, большой палец вплотную приведен к указательному; 3. Атрофия мышц тенара; 4. При сжатии руки в кулак I, II, III пальцы не сгибаются; 5. Нарушение противопоставления и отведения I пальца</p>	
<p>Б. Поясничное сплетение (plexus lumbalis) Th12-L4</p>			
<p>4. Бедренный нерв (n. femoralis) L2-L4</p>	<p>1. Выпадение чувствительности нижних 2/3 передней поверхности бедра и передней поверхности голени; 2. Положительные симптомы натяжения: а) <i>Мацкевича</i> – у больного, лежащего на животе, сгибают ногу в коленном суставе, при этом возникают боли по передней поверхности бедра; б) <i>Вассермана</i> –</p>	<p>1. Нарушении сгибания бедра и разгибания голени; 2. Атрофия мышц передней поверхности бедра; 3. Невозможность ходьбы по лестнице, бега, прыгания; 4. Выпадение коленного рефлекса</p>	

	боли по передней поверхности бедра при попытке поднять ногу в положении на животе		
В. Крестцовое сплетение (plexus sacralis) L4-S3			
5. Седалищный нерв (n. ischiadicus) L5-S3	<p>1. Выпадение поверхностной чувствительности на передней, наружной, задней поверхности голени, тыльной и подошвенной поверхности стопы;</p> <p>2. Глубокая чувствительность страдает при совместном поражении мало- и большеберцового нервов или основного ствола седалищного нерва;</p> <p>3. Синдром каузалгии;</p> <p>4.С-мы натяжения:</p> <p>а) <i>Ласега</i> – I фаза: при попытке согнуть в тазобедренном суставе выпрямленную ногу возникают боли по задней поверхности бедра, II фаза: при сгибании ноги в коленном суставе боль прекращается</p> <p>б) <i>Нери</i> – сгибание головы вперед возникает</p>	<p>1. Невозможность сгибания голени вследствие выпадения функции сгибателей голени;</p> <p>2. Плегия мышц стопы и пальцев;</p> <p>3. Свисание стопы;</p> <p>4. Атрофия мышц задней поверхности бедра, всех мышц голени и стопы</p>	Имеются

	боль в пояснице		
6. Большеберцовый нерв (n. tibialis) L4-S3	1. Анестезия задне-внутренней поверхности голени, подошвенной поверхности стопы и пальцев; 2. Синдром каузалгии	1. Нарушение подошвенного сгибания стопы и пальцев; 2. Невозможность стоять на носках; 3. Атрофия икроножных мышц, мышц стопы; 4. «Пяточная стопа» - выступающая пятка, углубленный свод, «костистое» положение пальцев; 5. Выпадение ахиллова рефлекса;	Имеются
7. Малоберцовый нерв (n. peroneus) L4-S1	Анестезия наружной поверхности голени, тыльной поверхности стопы и пальцев	1. Нарушение тыльного сгибания стопы и пальцев; 2. Невозможность стоять на пятках; 3. Атрофия мышц наружной поверхности голени; 4. «Конская стопа» - свисание стопы с ротацией внутрь; 5. «Петушиная походка» - при ходьбе больной высоко поднимает ногу (степпаж)	

### Топическая диагностика поражений мозжечка

Таблица № 3

Очаг поражения	Синдромы поражения		Методы исследования
	Название	Описание	
I. Полушария мозжечка	<b>A. Расстройства атактического характера на стороне очага</b>		
	а) динамическая атаксия	Нарушение координации двигательных актов, характеризующееся атактически-	Исследование походки

		мозжечковой походкой с отклонением при ходьбе в сторону пораженного полушария	
	б) интенционный тремор	Дрожание конечностей при целенаправленных движениях, усиливающееся по мере приближения к цели	Пальценосовая и пяточноколенная пробы
	в) нистагм	Ритмичное подергивание глазных яблок, рассматривается как интенционный тремор	Выявляется при движениях глазных яблок при неподвижной голове
	г) расстройство почерка	Мегалография – крупные буквы, неровный почерк	Сопоставление почерка до и после заболевания
<b>Б. Расстройство асинергического характера преимущественно конечностей на стороне очага</b>			
	а) асинергия	Нарушение согласованности в действиях мышца-антагонистов конечностей	а) отсутствие <i>симптома «обратного толчка»</i> - больной с силой сгибает руку в локтевом суставе, исследующий пытается разгибать ее, чему больной оказывает сопротивление, удерживая руку в согнутом положении, затем исследующий внезапно прекращает разгибание и рука больного с силой ударяется в грудь; б) <i>проба Бабинского</i> – лежащему на спине больному предлагают сесть без помощи рук, скрестив их на груди, больной не может сесть, вместо туловища у него поднимаются ноги



б) адиадохокинез	Затруднение чередования противоположных движений	<b>Проба на выявление адиадохокинеза</b> - имитация откручивания электрической лампочки
в) гиперметрия	Несоразмерность, чрезмерность движений	<b>Пронаторная проба</b> – больному предлагают перевести кисти вытянутых рук из положения «ладони вверх» в положение «ладони вниз»
г) мимопопадание	Мимопопадание в движущуюся цель	<b>Указательная проба</b> – больной указательным пальцем догоняет молоточек с выявлением промахивания
д) скандированная речь	Расстройство речи (мозжечковая дизартрия) связано с нарушением координации движений речедвигательного аппарата	Исследование речи во время беседы
<b>В. Расстройства мышечного тонуса преимущественно конечностей на стороне очага</b>		
Синдром мозжечковой атонии в сочетании с синдромом мозжечковой дистонии	На уровне стволомозжечковых связей благодаря зубчатому ядру и вставочным нейронам мозжечок оказывается в единой кольцевой системе; при поражении мозжечка возникает патологическая импульсация, распространяющаяся на кольцо: мозжечок (зубчатое ядро) – зрительный бугор – ствол мозга (ретикулярная формация) и в последующем через «облегчающие»	Исследование мышечного тонуса

		и «тормозящие» нисходящие волокна ретикулярной формации на гамма-нейроны переднего рога спинного мозга; поочередное раздражение волокон будет проявляться дистонией, выпадение «облегчающих» волокон - понижением, а «тормозящих» - повышением мышечного тонуса	
II. Червь мозжечка	а) статическая (туловищная) атаксия	Нарушение равновесия при стоянии	<i>Проба Ромберга</i> – больной стоит со сближенными носками и пятками и вытянутыми вперед руками, сначала с открытыми, а затем с закрытыми глазами; проба положительная, если больной пошатывается или теряет равновесие
	б) асинергия	Утрачиваются синергии, стабилизирующие центр тяжести	Проба Ромберга
	в) диффузная двусторонняя гипотония мышц		Исследование мышечного тонуса
III. Кора больших полушарий головного мозга (лобные, затылочные, височные доли)	Вследствие нарушения связей коры с мозжечком возникают расстройства атактического и асинергического характера на противоположной очагу стороне		В позе Ромберга тенденция к падению в противоположную очагу сторону

## Дифференциальная диагностика атаксий

Таблица № 4

<b>Атаксия</b>	<b>Очаг поражения</b>	<b>Дифференциальная диагностика</b>
1. Спинальная (сенситивная)	Поражение задних канатиков спинного мозга и других отделов, где проходят пути глубокой чувствительности	Одновременно страдает и координация движений, и мышечно-суставное чувство, компенсирующую роль играет контроль зрения за положением тела
2. Мозжечковая	Мозжечок	Контроль зрения не помогает, равновесие нарушается как при открытых, так и при закрытых глазах
3. Вестибулярная (лабиринтная)	Вестибулярный аппарат	Нарушение равновесия сопровождается головокружением, тошнотой, рвотой, во время ходьбы больной отклоняется в сторону пораженного лабиринта, обследование проводится как при мозжечковой атаксии

### Топическая диагностика поражений экстрапирамидной системы

Экстрапирамидная система включает в себя следующие анатомические образования: клеточные группы коры больших полушарий (лобные доли); подкорковые ганглии (скорлупа, хвостатое ядро, бледный шар, ограда); субталамическое ядро, образования в стволе головного мозга (черная субстанция, красные ядра, ретикулярная формация, ядра Даркшевича, голубоватое место в мосту мозга и др.); мозжечок; гамма-мотонейроны спинного мозга.

Таблица № 5

<b>Синдром</b>	<b>Очаг поражения</b>	<b>Клиника</b>
----------------	-----------------------	----------------

<p>1. Баллизм (ballismos – подпрыгивание, бросание)</p>	<p>Субталамическое ядро (СТЯ). Преимущественно связано с лобными долями. Моторная зона коры проецируется на дорсолатеральную часть ядра, ассоциативная кора- на медиальную часть ядра. В норме ядро оказывает возбуждающее влияние на внутренний сегмент бледного шара (БШ); БШ обладает тормозным действием на нейроны вентрального ядра таламуса, таким образом, повреждение СТЯ приводит к растормаживанию таламокортикальных связей.</p>	<p>Резкие бросковые крупно-амплитудные движения в проксимальных отделах конечностей с вращательным компонентом. При одностороннем поражении СТЯ вовлекаются контралатеральные конечности (гемибаллизм); вовлечение в гиперкинез одной конечности – монобаллизм, генерализованная форма гиперкинеза- бибаллизм, при вовлечении обеих сторон – парабаллизм. Мощные бросковые движения могут приводить к нарушениям равновесия и падению больных, повреждениям кожи и подкожных тканей. Эмоциональное напряжение усиливает выраженность баллизма, гиперкинез полностью исчезает во сне.</p>
<p>2. Миоклония</p>		
<p>2.1 Кортикальная миоклония (синдром прогрессирующей миоклонической эпилепсии)</p>	<p>Соматомоторная и/или соматосенсорная кора больших полушарий мозга, мультисистемное поражение головного мозга</p>	<p>Миоклонический гиперкинез, эпилептические припадки. Гиперкинезы аритмичные, наблюдаются в покое и при движениях, усиливаются в ответ на зрительную и тактильную стимуляцию, стрессовые факторы.</p>

		<p>Эпилептические припадки, чаще манифестируют с генерализованных тонико-клонических или разнообразных парциальных приступов, реже наблюдаются абсансы. Часто наблюдаются др. неврологические синдромы: деменция, атаксия, хореоатетоз, пирамидные знаки, атрофия зрительных нервов.</p>
<p>2.2. Подкорковая миоклония (эссенциальная миоклония)</p>	<p>Преимущественно поражение базальных ганглиев, а также двигательных центров ствола мозга, мозжечка, в частности, ядра ретикулярной формации (РФ), серотонинергические нейроны ядра шва, красное ядро, нижние оливы и их связи, зубчатое ядро мозжечка.</p>	<p>Постоянный миоклонический гиперкинез, двусторонний несинхронный, усиливается при эмоциональном напряжении, письме; уменьшается при ходьбе, отвлечении внимания, после приема алкоголя, полностью исчезает во сне.</p>
<p>2.3. Спинальная миоклония (травмы, воспалительные заболевания спинного мозга)</p>	<p>Мотонейроны спинного мозга</p>	<p>Гиперкинез может локализоваться в руках, ногах, ограниченном сегменте тела, в одной конечности или ее части в зависимости от уровня поражения, нередко сохраняется во время сна.</p>
<p>3. Хорея (chorea – пляска) – быстрые, неритмичные, толчкообразные и некоординирован</p>	<p>Поражение стриатума и коры больших полушарий мозга.</p>	<p>Гиперкинез усиливается при волнении, умственной деятельности, перемене положения тела, нередко возникает</p>

<p>ны наильственные движения, возникающие беспорядочно в различных частях тела</p>		<p>«двигательная» или «хореическая» буря». Нарушение моторного контроля и наличие «ингибиторных пауз» при произвольном мышечном сокращении. Обычно наблюдается снижение мышечного тонуса. Хореический гиперкинез уменьшается в состоянии покоя и исчезает во сне.</p>
<p>4. Тикозный гиперкинез (тики) –непроизвольные кратковременные повторяющиеся стереотипные неритмичные отрывистые движения, которые одновременно вовлекают отдельные мышцы или группы мышц</p>	<p>Нарушение функции вентрального отдела стриатума (вентромедиальная часть головки хвостатого ядра, прилежащее ядро, обонятельный бугорок), который связывает в единую систему моторный круг и лимбические структуры и способствует трансформации мотива в реальное действие.</p>	<p>Пароксизмальный гиперкинез, продолжительность каждого движения обычно не превышает одной секунды. Интенсивность тиков колеблется от еле заметных единичных подергиваний до непрерывного потока гиперкинезов, практически неподдающихся подсчету. Моторные и вокальные тики подразделяют на простые и сложные.</p>
<p>5.Атетоз-гиперкинез, характеризующийся постоянными медленными червеобразными движениями в дистальных отделах конечностей, шее, языке, мышцах лица</p>	<p>Распространенное поражение базальных ганглиев различной этиологии. Двойной атетоз – поражение базальных ганглиев в виде уменьшение количества нейронов и беспорядочного разрастания сети миелиновых волокон и волокнистой глии, очаги поражения в области дорсальных</p>	<p>Динамичные спазмы соответствующих мышечных групп (подвижный спазм). Атетоидные движения чаще наблюдаются в руке и выглядят как непрерывная последовательность сгибания, разгибания, отведения, приведения, медленного вращательного компонента вращения</p>

	<p>отделов скорлупы или вентральной группы ядер таламуса.</p>	<p>пальцев и кисти, постоянное чередование различных вычурных поз дистального сегмента конечности. Мышечный тонус варьирующ. Могут наблюдаться мучительные, волнообразные судороги мышц языка и лица, разнообразные тонические гримасы, нарушается и становится нечленораздельной речь. При любой выраженности гиперкинезов насильственные движения исчезают во сне. очаги повышенной интенсивности сигнала в области дорсальных отделов скорлупы или вентральной группы ядер таламуса.</p>
<p>6. Дистония – неритмичные медленные насильственные движения в различных частях тела, своеобразными изменениями мышечного тонуса и патологическими позами</p>	<p>Не имеет четкого и однозначного морфологического субстрата в мозге, обусловлена нейромедиаторными и нейродинамическими нарушениями на уровне оральных отделов ствола головного мозга, базальных ганглиев (скорлупы), таламуса</p>	<p>Генерализованная (торсионная) дистония характеризуется выраженным полиморфизмом. Начало заболевания от 1 года до 70 лет, чаще 5-20 лет (80%). Начинается с одной группы мышц (мышцы рук, ног, шеи, туловища). Чаще – с нижней конечности. Сначала симптомы непостоянны, постепенно становятся более длительными и распространяются на другие части тела. Чем</p>

		<p>раньше начинается заболевание, тем быстрее оно прогрессирует и приводит к развитию тяжелой генерализованной формы. Интеллект остается сохранным. Выделяют ригидную (ДОФА-зависимую) и гиперкинетическую формы.</p> <p>Фокальные дистонии: краниальная, аксиальная, дистонии конечностей.</p> <p>Общие клинические особенности фокальных дистоний:</p> <p>дистоническая поза, характерная для каждой клинической формы; дистония действия – избирательное нарушение выполнения некоторых действий, осуществляемых мышцами, формирующими дистоническую позу. Например, при блефароспазме (БСП) – удержание глаз открытыми, при цервикальной дистонии (ЦД) – фиксирование головы в прямом положении. В то же время другие действия, выполняемые той же группой мышц, не нарушены. Зависимость и изменчивость дистонии от положения</p>
--	--	--



		<p>тела - усиление в положении стоя, при ходьбе; влияние эмоционального и функционального состояния пациента на выраженность дистонии (уменьшение или исчезновение во сне, усиление при стрессе); корригирующие жесты: специальные приемы, используемые больным для устранения или уменьшения дистонического гиперкинеза; парадоксальные кинезии – кратковременное уменьшение или устранение гиперкинеза при изменении характера действия (у больных с писчим спазмом – возможность писать мелом, при ЦД – уменьшение ротации головы при беге и др.); ремиссии, чаще у больных ЦД; сочетание фокальных форм дистонии и переход одних форм в другие, формирование функционального дефекта, ограничивающего жизнедеятельность</p>
<p>7.Тремор (дрожание) – ритмичные механические осцилляции, по крайней мере, одной функциональной области тела</p>	<p>Источник дрожания может возникать на разных уровнях ЦНС вследствие нарушения функционирования дуги рефлекса на растяжение либо</p>	<p>Физиологический тремор (простой и усиленный) существует у каждого человека. Патологический тремор – тремор, возникающий при различных</p>

	<p>нарушений связей в ЦНС в результате которого формируются центральные осцилляторы (нижние оливы и ядра зрительного бугра). При болезни Паркинсона возрастает ингибирующее влияние внутреннего сегмента бледного шара на таламус. Образования, входящие в состав треугольника Моллара (зубчатое, шаровидное и пробковое ядра, контралатеральное красное ядро, контралатеральная нижняя олива и связывающие их волокна) могут явиться источником различных вариантов тремора.</p>	<p>заболеваниях, видимый невооруженным глазом и имеющий ряд клинических и электрофизиологических особенностей. Тремор покоя возникает, когда мышцы расслаблены и не совершают активных действий, усиливается при волнении и умственном напряжении, уменьшение происходит при активных произвольных и особенно при точных целенаправленных движениях. Тремор действия: постуральный (на фоне активного напряжения мышц при поддержании позы); изометрический (при сокращении мышц, испытывающих стационарное сопротивление при взаимодействии с неподвижным, фиксированным предметом); кинетический (во время любого произвольного действия); интенционный (при целенаправленном движении, амплитуда которого возрастает при приближении к цели); кинезиоспецифический (только при специфических целенаправленных действиях).</p>
--	---	--

<p>8. Паркинсонизм</p>	<p>Нарушение взаимодействия между базальными ядрами и премоторными зонами коры. Дегенерация нейронов черной субстанции приводит к растормаживанию непрямого пути и снижение активности прямого пути, что ведет к усилению импульсации субталамического ядра и бледного шара, ядер таламуса, торможению таламокортикальных нейронов и нарушению функциональной активности дополнительной моторной коры. Растормаживание субталамического ядра может быть связано с поражением дофаминергических нигросубталамических путей. Изменение импульсации от базальных ганглиев через кортикоспинальные и кортико-ретикуло-спинальные системы. Сочетанное поражение нигростриальных и дентато-рубральных путей приводит к тремору. Дегенерация нейронов дорсального ядра блуждающего нерва, обонятельной</p>	<p>Гипокинезия-замедленность движений, затруднение инициации движений, неспособность генерировать адекватное по силе и темпу мышечное усилие (гипометрия), быстрое уменьшение амплитуды и скорости при повторяющемся движении. Гипокинезия проявляется также гипомимией, укорочением длины шага, редким миганием, затруднениями при поворотах, микрографией, гипометрией саккад, ахейрокинезом брадилалалией, диспросодией, тахифемией. Ригидность- повышение мышечного тонуса, проявляющееся повышенным сопротивлением пассивным движениям толчкообразно меняющимся (феномен «зубчатого колеса»), монотонным, нарастающим при повторных движениях (феномен «восковой куклы»). Тремор покоя - уменьшается при движении конечности, но усиливается при активных движениях другими конечностями. Постуральные</p>
------------------------	---	---

	<p>луковицы, норадренергических нейронов голубоватого пятна, серотонинергических нейронов ядер шва, холинергических нейронов ядра Мейнерта, коры больших полушарий и вегетативных сплетений.</p>	<p>нарушения представлены изменением позы («поза просителя», камптокормия, синдром Пизанской башни) и постуральной неустойчивостью. Вегетативные нарушения (дисфункция ЖКТ, нарушения мочеиспускания, нарушение половой функции, потоотделения, дисфункция сердечно-сосудистой системы, нарушение слюноотделения, себорея). Когнитивные и аффективные нарушения. Парасомнии. Психотические нарушения (галлюцинации, иллюзии, бредовые расстройства, делирий, нарушения идентификации). Гипосмия.</p>
--	--	--

### Топическая диагностика поражений черепных нервов

Таблица № 6

Название нерва	Синдромы поражения
<p>I пара – n. olfactorius, обонятельный нерв</p>	<p>1. Гипосмия – снижение остроты обоняния;  2. Гиперсмия – обострение обоняния;  3. Дизосмия – извращение обоняния;  4. Обонятельная аура – предвестник судорожного припадка в виде ощущения какого-либо запаха при раздражении височной доли коры больших полушарий в области гиппокампа</p>
<p>II пара – n. opticus, зрительный нерв</p>	<p>Нарушение полей зрения.  А. Поражение зрительного нерва:</p>

	<p>1. Амавроз – слепота (или амблиопия – снижение остроты зрения при частичном поражении);</p> <p>2. Концентрическое сужение полей зрения;</p> <p>3. Исчезновение прямой реакции зрачков на свет;</p> <p>4. Сохранение содружественной реакции зрачков на свет при освещении здорового глаза;</p> <p>5. Наличие скотомы при поражении отдельных волокон нерва (положительная – в виде темного пятна, отрицательная – больной не осознает выпадения в поле зрения).</p> <p>Б. Битемпоральная гемианопсия – выпадение наружных полей зрения при поражении середины (медиальной части) хиазмы, т.е. перекрещенных волокон от внутренних половин сетчатки (характерно для опухоли гипофиза).</p> <p>В. Биназальная гемианопсия – выпадение внутренних полей зрения при поражении наружных (латеральных) отделов хиазмы, т.е. неперекрещенных волокон от наружных половин сетчатки (характерно для аневризмы сонной артерии).</p> <p>Г. Полная двусторонняя слепота при полном разрушении хиазмы.</p> <p>Д. Гомонимная гемианопсия – выпадение одноименных полей зрения при поражении зрительного тракта.</p> <p>Е. Квадрантная гомонимная гемианопсия при поражении глубоких отделов теменной доли или cuneus затылочной доли, височной доли или gyrus lingualis, зрительного пучка и шпорной борозды головного мозга</p>
<p>III пара – n. oculomotorius, глазодвигательный нерв</p>	<p>1. Поражение двух наружных крупноклеточных ядер нерва, иннервирующих глазодвигательные мышцы (m. rectus superior, поворачивающую глазное яблоко кверху и несколько кнутри, m. rectus internus, двигающую глазное яблоко кнутри, m. rectus inferior, двигающую глазное яблоко книзу и несколько кнутри, m. obliquus inferior, поворачивающую глазное яблоко кверху и несколько кнаружи) и мышцу, поднимающую верхнее веко (m. levator palpebrae superior), сопровождается на стороне очага периферической плегией данных мышц, которая сопровождается:</p> <p>а) птозом;</p> <p>б) расходящимся косоглазием и невозможностью движения глазного яблока кнутри, вверх, вниз</p>

	<p>в) диплопией;</p> <p>г) экзофтальмом – выстоянием глазного яблока из орбиты.</p> <p>2. Поражение двух мелкоклеточных ядер Якубовича-Эдингера-Вестфаля, обеспечивающих парасимпатическую иннервацию мышцы, суживающей зрачок (<i>m. sphincter pupillae</i>), и являющихся началом дуги зрачкового рефлекса, сопровождается на стороне очага:</p> <p>а) мидриазом – расширением зрачка;</p> <p>б) отсутствием реакции зрачка на свет.</p> <p>3. Поражение непарного парасимпатического ядра Перлиа, иннервирующего цилиарную мышцу (<i>m. ciliaris</i>), изменяющую выпуклость хрусталика, и обеспечивающего аккомодацию, сопровождается на стороне очага расстройством аккомодации.</p> <p>4. Поражение участка ствола мозга, где расположены ядра нерва, сопровождается альтернирующими синдромами Вебера и Бенедикта</p>
IV пара – <i>n. trochlearis</i> , блоковый нерв	Изолированное поражение ядра, иннервирующего мышцу ( <i>m. obliquus superior</i> ), поворачивающую глазное яблоко кнаружи и вниз, наблюдается редко и характеризуется легким сходящимся косоглазием на стороне очага и диплопией при взгляде вниз
VI пара – <i>n. abducens</i> , отводящий нерв	Изолированное поражение ядра нерва, иннервирующего мышцу ( <i>m. rectus externus</i> ), поворачивающую глазное яблоко кнаружи, характеризуется сходящимся косоглазием на стороне очага и диплопией при взгляде кнаружи
V пара – <i>n. trigeminus</i> , тройничный нерв	<p>Ветви нерва:</p> <p>I ветвь – <i>n. ophthalmicus</i>, глазной нерв - проводит поверхностную и глубокую чувствительность от кожи лба и передней волосистой части головы, верхнего века, внутреннего угла глаза и спинки носа, глазного яблока, слизистой оболочки верхней части носовой полости, лобной и решетчатой пазух мозговых оболочек, надкостницы и мышц верхней трети лица;</p> <p>II ветвь – <i>n. maxillaris</i>, верхнечелюстной нерв - проводит поверхностную и глубокую чувствительность от кожи нижнего века, наружного угла глаза, верхней части щек, верхней губы, верхней челюсти и ее зубов, слизистой оболочки нижней части носовой полости и гайморовой пазухи;</p> <p>III ветвь – <i>n. mandibularis</i>, нижнечелюстной нерв:</p>

а) проводит поверхностную и глубокую чувствительность от нижней губы, нижней части щек, нижней челюсти и ее зубов, подбородка, задней части боковой поверхности лица, слизистых оболочек щек, нижней части ротовой полости и языка;  
б) несет двигательные волокна к жевательной мускулатуре.

1. Поражение ветвей:

I ветвь – расстройство всех видов чувствительности в зоне иннервации, выпадение надбровного рефлекса;

II ветвь - расстройство всех видов чувствительности в зоне иннервации;

III ветвь:

а) расстройство всех видов чувствительности в зоне иннервации;

б) при поражении двигательного ядра, корешка или двигательного корешка развивается периферическая парезия жевательной мускулатуры на стороне очага.

2. При поражении тройничного узла или чувствительного корешка наблюдается нарушение всех видов чувствительности в зоне иннервации всех ветвей в сочетании с herpes zoster на лице на стороне поражения.

3. При поражении ядра спинномозгового пути (nucl. spinalis) в области ствола мозга наблюдается диссоциированное расстройство чувствительности:

а) при полном поражении ядра выпадает поверхностная чувствительность на половине лица по сегментарному типу;

б) сегментарное поражение ядра приводит к выпадению чувствительности в определенных сегментарных кольцевых кожных зонах Зельдера.

4. Поражение ядра спинномозгового пути на уровне продолговатого мозга с захватом волокон спиналноталамического пути сопровождается альтернирующим синдромом Валленберга-Захарченко.

5. Поражение мостового ядра глубокой чувствительности (nucl. terminalis) в области моста сопровождается выпадением глубокой чувствительности половины лица на стороне очага.

6. Поражение зрительного бугра и задней трети задней ножки внутренней капсулы вызывает

	<p>контралатеральное выпадение всех видов чувствительности на лице, туловище, конечностях.</p> <p>7. Поражение нижней трети задней извилины приводит к контралатеральному выпадению чувствительности на половине лица.</p> <p>8. Невралгия нерва сопровождается иррадиацией болей и выявлением болевых точек в местах выхода ветвей нерва на поверхности лица</p>
<p>VII пара – n. facialis, лицевой нерв;</p> <p>XIII пара – n. intermedius Wrisbergi, врисберггов нерв</p> <p>(нервы имеют совместные волокна, но различные ядра)</p>	<p>1. Поражение периферического нейрона (ядро или ствол нерва) вызывает периферический парез мимических мышц на стороне очага:</p> <p>а) асимметрия лица;</p> <p>б) лагофthalm – постоянно открытый глаз;</p> <p>в) <b>симптом Белла</b> – при попытке закрыть глаз глазное яблоко смещается вверх, радужка уходит под верхнее веко, глазная щель остается несомкнутой,</p> <p>г) слезотечение;</p> <p>д) выпадение надбровного рефлекса.</p> <p>2. Поражение ядра с вовлечением в процесс пирамидного пути сопровождается альтернирующими синдромами Мийяра-Гюблера.</p> <p>3. Поражение корешка нерва, выходящего в мостомозжечковом углу вместе с корешками V, VI, VIII пар, характеризуется плегией мимической мускулатуры в сочетании с поражением вышеуказанных пар черепных нервов на стороне очага.</p> <p>4. Поражение нерва в фаллопиевом канале:</p> <p>а) до отхождения или в месте отхождения I ветви врисберггова нерва n. petrosus major (большого каменистого нерва), состоящего из парасимпатических слезовыделительных волокон, от ствола лицевого нерва на стороне очага:</p> <p>1) периферическая плегия мимической мускулатуры;</p> <p>2) сухость глаза;</p> <p>3) гиперacusия;</p> <p>4) нарушение вкуса на передних 2/3 языка;</p> <p>б) до отхождения или в месте отхождения I ветви врисберггова нерва n. stapediatus (стремянного нерва), иннервирующего стремечковую мышцу, от ствола лицевого нерва на стороне очага:</p> <p>1) периферическая плегия мимической мускулатуры;</p> <p>2) слезотечение;</p>



	<p>3) гиперакузия;</p> <p>4) нарушение вкуса на передних 2/3 языка;</p> <p>в) до отхождения или в месте отхождения chorda tympani (барабанной струны), непосредственного продолжения волокон врисбергова нерва, принимающего вкусовую информацию от передних 2/3 языка, от ствола лицевого нерва на стороне очага:</p> <p>1) периферическая плегия мимической мускулатуры;</p> <p>2) слезотечение;</p> <p>3) нарушение вкуса на передних 2/3 языка;</p> <p>г) поражение лицевого нерва после отхождения chorda tympani (барабанной струны) на стороне очага:</p> <p>1) периферическая плегия мимической мускулатуры;</p> <p>2) слезотечение</p>
<p>VIII пара – n. vestibulocochlearis, преддверно-улитковый нерв</p>	<p>I. Нарушение слуховой части – nucl . cochlearis</p> <p>A. Острота слуха.</p> <p>1. Одностороннее поражение слуха возникает только в случае поражения среднего и внутреннего уха, nerv. cochlearis и его ядер:</p> <p>а) гиперакузия – снижение остроты слуха;</p> <p>б) глухота – полная потеря слуха;</p> <p>в) гиперакузия – обострение слуха (при нарушении nervus. stapedius (стремянного нерва) – II ветви ствола VII и XIII пар).</p> <p>Б. Костная и воздушная проводимость звуков.</p> <p>1. Проба Ринне – звучащий камертон устанавливают на сосцевидный отросток, после того, как больной перестает слышать звук, камертон подносят к наружному слуховому проходу.</p> <p>а) Тест <b>Ринне</b> – положительный – в норме обследуемый продолжает слышать звучание, так как воздушная проводимость лучше костной;</p> <p>отрицательный – при поражении звукопроводящего аппарата (барабанная перепонка и слуховые косточки) костная проводимость оказывается лучше воздушной, звук камертона, установленного на сосцевидном отростке воспринимается дольше, чем у наружного слухового прохода.</p> <p>2. Проба Вебера – звучащий камертон устанавливают на темя, в нор-</p>

	<p>ме звук камертона одинаково воспринимается обоими ушами.</p> <p>а) при поражении звукопроводящего аппарата костная проводимость лучше воздушной, поэтому обследуемый лучше слышит звук на пораженной стороне;</p> <p>б) при поражении звуковоспринимающего аппарата (кортиева органа) обследуемый лучше слышит на здоровой стороне.</p> <p>II. Нарушение вестибулярной части - <i>nucl. vestibularis</i></p> <p>А. Поражение ядер нерва:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наружного ядра Дейтерса, связанного с экстрапирамидной системой и задним продольным пучком – нистагм, симптомы поражения экстрапирамидной системы и заднего продольного пучка;</li> <li>2. Верхнего ядра Бехтерева, связанного с мозжечком – нарушение координации движений в виде расстройства равновесия;</li> <li>3. Медиального и нижнего ядер – нарушение координации движений.</li> </ol> <p>Б. Нарушение центрального вестибулярного пути характеризуется симптомами поражения височной доли.</p> <p>В. Нарушение связей вестибулярного аппарата с парасимпатическим ядром X пары (<i>nucl. dorsalis</i>) характеризуется головокружением, тошнотой, рвотой</p>
<p>IX пара – <i>n. glossopharyngeus</i>, языкоглоточный нерв;</p> <p>X пара – <i>n. vagus</i>, блуждающий нерв;</p> <p>XIII пара – <i>n. intermedius</i> <i>Wrisbergi</i>, врисбергов нерв</p> <p>(нервы имеют совместные ядра)</p>	<p>I. Поражение двигательного ядра (<i>nucl. ambiguus</i>, двоякое ядро, общее для IX и X пар), иннервирующего мышцы глотки, верхней части пищевода, надгортанника, мягкого неба, голосовых связок.</p> <p>А. Двустороннее поражение ядер:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. дисфагия – нарушение глотания, поперхивания вследствие плегии мышц надгортанника и мягкого неба;</li> <li>2. дисфония – сиплость голоса вследствие плегии мышц гортани, что приводит к провисанию голосовых связок;</li> </ol> <p>Б. Одностороннее поражение ядра проявляется свисанием мягкого неба на стороне поражения, язычок (<i>uvula</i>) отклоняется в здоровую сторону, выпадение глоточного рефлекса на пораженной стороне.</p>

II. Поражение вкусового ядра (*nucl. solitarius*, ядро одиночного пути, общее для IX, XIII пар), принимающего вкусовую информацию от передних 2/3 языка по системе XIII пары через *chorda tympani* и от задней трети языка по системе, общей для IX, X пар.

Нарушение вкуса:

1. гипогейзия – снижение вкуса;
2. агейзия – потеря вкуса;
3. гипергейзия – обострение вкуса;
4. вкусовые галлюцинации возникают при раздражении коркового анализатора.

III. Поражение чувствительного ядра (*nucl. alae cinereae*, общее для IX и X пар), обеспечивающего чувствительность гортани, трахеи, глотки, мягкого неба, среднего уха, приводит к выпадению глоточного рефлекса и анестезии слизистой оболочки мягкого неба и глотки.

IV. Поражение парасимпатических ядер.

A. Система слюноотделительных ядер (*nucl. salivatorius*) включает:

а) верхнее слюноотделительное ядро (общее для IX и XIII пар обеспечивает иннервацию слезной железы волокнами *nucl. retrosus major* системы XIII пары в фаллопиевом канале, а также подъязычной и подчелюстной слюнных желез по системе XIII пары через *chorda tympani*).

Изолированное поражение системы XIII пары при нормальном функционировании околушной слюнной железы не приводит к сухости во рту;

б) нижнее слюноотделительное ядро (собственно IX пары) обеспечивает иннервацию околушной слюнной железы.

При поражении ядра или языкоглоточного нерва возникает сухость во рту.

Б. Заднее ядро блуждающего нерва (*nucl. dorsalis*, собственно X пары) обеспечивает иннервацию гладкой мускулатуры сосудов, желудка, кишечника, трахеи, бронхов, мышцы сердца, желез дыхательных и желудочно-кишечных путей:

1. Двустороннее поражение ядер X пары вызывает смерть вследствие прекращения сердечной деятельности и остановки дыхания;
2. Одностороннее поражение вызывает денервацию внутренних органов на стороне поражения

<p>XI пара – n. accessorius, добавочный нерв</p>	<p>Иннервирует m. sternocleidomastoideus (грудиноключично-сосцевидную) и m. trapezius (трапециевидную), осуществляющих наклон головы набок с поворотом лица в противоположную сторону, приподнимание плеча и акромиальной части лопатки (пожимание плечами), оттягивание плечевого пояса кзади и приведение лопаток к позвоночнику.  I. Одностороннее поражение ядра, корешка, ствола нерва – периферическая плегия иннервируемых мышц: затруднен поворот головы в здоровую сторону, плечо на пораженной стороне опущено, затруднено пожимание плечом, ограничение поднимания руки выше горизонтальной линии;  II. Альтернирующий синдром Шмидта</p>
<p>XII пара – n. hypoglossus, подъязычный нерв</p>	<p>Иннервирует мышцу языка.  I. Одностороннее поражение:  1. корково-ядерного пути – альтернирующий синдром Джексона;  2. нерва – плегия соответствующей половины языка, сопровождающаяся:  а) атрофией мышц языка, отклонением языка при высовывании сторону очага, а при поражении ядра присоединяются фасцикулярные подергивания;  б) дизартрией – нарушением речи,  в) альтернирующими синдромами Джексона, Авеллиса, Шмидта;  II. Двустороннее поражение нерва:  а) язык становится неподвижным;  б) нарушение жевания и глотания;  в) анартрия – невозможность речи</p>

### Топическая диагностика поражений ствола головного мозга

Таблица № 7

Очаг поражения	Принципы топической диагностики
<p>Анатомические особенности ствола</p>	<p>Пирамидный путь лежит в нижнем этаже; чувствительные пути – в среднем этаже; ядра черепных нервов – в верхнем этаже (в крышке ствола)</p>
<p>Одностороннее поражение двигательного ядра черепного нерва</p>	<p>Альтернирующий симптомокомплекс – периферическая плегия мышц, иннервируемых нервом на стороне очага и центральная плегия или проводниковые расстройства чувствительности на противоположной стороне вследствие близкого расположения ядер с пирамидным или</p>

	чувствительными путями
Двустороннее поражение продолговатого мозга	Бульбарный паралич, если поражение не влечет за собой смерть (при двустороннем поражении ядер X пары)
Двустороннее надъядерное поражение головного мозга	Псевдобульбарный паралич
Поражение моста или четверохолмия	Паралич взора – невозможность содружественного поворота глаз в сторону или в вертикальной плоскости

### Альтернирующие синдромы при поражении различных отделов ствола головного мозга

Таблица № 8

Название синдрома	Ядро пораженного черепного нерва, другие очаги поражения	Симптомы поражения	
		На стороне очага	Контралатерально
<b>Поражение продолговатого мозга</b>			
1. Джексона	XII	Периферическая плегия языка	
	Пирамида продолговатого мозга, корково-спинномозговой путь (tractus cortico-spinalis)		Спастическая гемиплегия
2. Авеллиса	XII	Периферическая плегия языка	
	IX – X, nucl. ambiguus, общее двигательное ядро	Периферическая плегия мягкого неба и голосовой связки с нарушением глотания, фонации, речи	
	Пирамида продолговатого мозга, корково-спинномозговой путь (tractus cortico-spinalis)		Спастическая гемиплегия

3. Шмидта	XII	Периферическая плегия мышц языка	
	IX – X, nucl. ambiguus, общее двигательное ядро	Периферическая плегия мягкого неба и голосовой связки с наруше- нием глотания, фонации, речи	
	XI	Периферическая плегия трапециевидной и грудино- ключично- сосцевидной мышц	
	Пирамида продолговатого мозга, корково- спинномозговой путь (tractus cortico-spinalis)		Спастическая гемиплегия
4. Валленбер- га-Захарченко	IX – X, nucl. ambiguus, общее двигательное ядро	Периферическая плегия мягкого неба и голосовой связки с наруше- нием глотания, фонации, речи	
	V, nucl. tractus spinalis	Расстройство чувствительности на лице по сегментарному типу	
	Латеральный спиноталамический путь на уровне продолговатого мозга (tractus spino- thalamicus)		Гемианестезия
	Веревчатые тела продолговатого мозга	Вестибулярно- мозжечковые рас- стройства (атак- сия, нистагм)	
	Синдром	Птоз – сужение	

	Бернара-Горнера – нарушение симпатической иннервации глаза	глазной щели; Миоз – сужение зрачка; Энофтальм – за- падение глазного яблока	
<b>Поражение моста</b>			
5. Мийяра – Гюблера	VII	Периферическая плегия мимиче- ской мускулату- ры	
	Корково- спинномозговой путь		Спастическая гемиплегия
6. Фовилля	VII	Периферическая плегия мимиче- ской мускулату- ры	
	VI	Сходящееся косо- глазие, диплопия, недоведение глаз- ного яблока кна- ружи	
	Корково- спинномозговой путь (tractus cortico-spinalis)		Спастическая гемиплегия
<b>Поражение среднего мозга</b>			
7. Вебера	III	Периферическая плегия глазодвигателей: расходящееся косоглазие, не- возможность дви- жений поражен- ного яблока кнут- ри, вниз и вверх, экзофтальм, птоз, мидриаз, отсутст- вие прямой и содружественной реакции зрачка на свет, паралич аккомодации	

	Вовлечение кортико-нуклеарных путей к ядрам VII и XII пар		Центральная плегия мышц лица и языка, Спастическая гемиплегия
8. Бенедикта	III	Периферическая плегия глазодвигателей: расходящееся косоглазие, невозможность движений пораженного яблока кнутри и вверх, экзофтальм, птоз, мидриаз, отсутствие прямой и содружественной реакции зрачка на свет, паралич аккомодации	
	Вовлечение черного вещества и красных ядер при сохранности пирамидного пути		Интенционный гемитремор

### Бульбарный и псевдобульбарный паралич

Таблица № 9

Признаки паралича	Бульбарный паралич	Псевдобульбарный паралич
1. Очаг поражения	Симптомокомплекс двигательных расстройств, наступающих в результате двустороннего поражения ядер, корешков или нервных стволов IX, X, XII пар черепных нервов	Симптомокомплекс двигательных расстройств, наступающих в результате двустороннего поражения корково-ядерных путей
2. Характер двигательных нарушений	Периферический	Центральный
3. Синдромы поражения	Атрофия языка, мышц глотки, мягкого неба, фасцикулярные подергивания, реакции пере-	Отсутствие атрофий и реакции перерождения мышц языка при наличие патологиче-



	рождения при исследовании мышц языка, сопровождающиеся дизартрией, дисфагией, дисфонией	ских псевдобульбарных рефлексов – <i>рефлексов орального автоматизма:</i> <i>а) ладонно-подбородочный рефлекс Маринеску-Радовичи</i> – при штриховом раздражении ладони возникает сокращение мышц подбородка; <i>б) губной рефлекс Вюрна</i> – перкуссией по верхней губе вызывают выпячивание губ; <i>в) назолабиальный рефлекс</i> – перкуссия переносицы вызывает выпячивание губ «хоботком»; <i>г) сосательный рефлекс Оппенгейма</i> – штриховое раздражение губ вызывает сосательное движение; <i>д) дистанс-оральные рефлексы</i> – выпячивание губных мышц при приближении к лицу неврологического молоточка
4. Исследование глоточного рефлекса	Снижается или угасает	Сохранен

### Топическая диагностика поражений основания головного мозга

Таблица № 10

Черепная ямка	Очаг поражения		Синдромы поражения	
	название	локализация	на стороне очага	контралатерально
Передняя	Лобная доля	Основание лобной доли	<b>Синдром Фостера Кеннеди</b>	
			Атрофия соска зрительного нерва	Застойные явления на глазном дне
	I пара черепных нервов	Обонятельная луковица	Гипо-аносмия	
	II	Зрительный	Амавроз	

		нерв	(амблиопия)	
Средняя	III	Средний мозг, передние бугры четверохолмия	Птоз, расходящееся косоглазие, диплопия, экзофтальм, мидриаз	
	III пара с вовлечением кортико-нуклеарных путей VII и XII пар и пирамидного пути	Средний мозг	Альтернирующий синдром Вебера	
	III пара с вовлечением в процесс черного вещества и красных ядер стрио-паллидарной системы	Средний мозг	Альтернирующий синдром Бенедикта	
	II	Хиазма	Битемпоральная или биназальная гемианопсия или полная двусторонняя слепота	
	Гипоталамус	Промежуточный мозг	Гипоталамический синдром	
Задняя	V	Мост	Боль и расстройство всех видов чувствительности в зоне иннервации	
	VI	Мост	Сходящееся косоглазие и диплопия	
	VII	Мост	Периферическая плегия мимической мускулатуры	
	VII пара с	Мост	Альтернирующий синдром	

вовлечением пирамидного пути		Мийяра-Гюблера
VII пара с вовлечением VI пары и пирамидного пути	Мост	Альтернирующий синдром Фовилля
VIII	Мост	1) синдромы поражения экстрапирамидной системы (паркинсонизм); 2) паралич взора; 3) синдромы поражения червя мозжечка
XII пара с вовлечением пирамидного пути	Продолговатый мозг	Альтернирующий синдром Джексона
XII, X, IX пары с вовлечением пирамидного пути	Продолговатый мозг	Альтернирующий синдром Авеллиса
XI пара с вовлечением в процесс IX, X, XII пар и пирамидного пути	Продолговатый мозг	Альтернирующий синдром Шмидта
Сочетание поражения IX, X, V пар, веревчатых тел и симпатических волокон без вовлечения пирамидного пути	Продолговатый мозг	Альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко
Двустороннее поражение ядер IX, X, XII пар	Продолговатый мозг	Бульбарный паралич

	черепных нервов		
--	--------------------	--	--

## Топическая диагностика поражений ретикулярной формации

Таблица № 11

<b>Анатомо-функциональная характеристика поражений</b>	<b>Механизм развития поражения</b>	<b>Основные синдромы</b>	<b>Описание синдромов</b>
1. Нарушение восходящего влияния	Нарушение контроля сна и бодрствования	А. Нарколепсия	Периодически наступающие, кратковременные приступы почти непреодолимого сна, появляющиеся во время работы, связанной с выполнением стереотипных движений, при ходьбе; просыпаясь самостоятельно, больной чувствует себя бодрым
		Б. Синдром Пиквика	Сердечно-легочный синдром при ожирении, проявляющийся внезапными непроизвольными приступами сна, возникающими в результате расстройство легочной вентиляции, характеризующийся клиническими проявлениями: а) ожирением; б) повышением аппетита и жажды; в) сонливостью днем, которая является компенсаторной реакцией вследствие нарушения ночного сна; г) нарушением дыхания во время сна (укороченное поверхностное дыхание с храпом)
		В. Синдром периодической спячки	Внезапно возникающая сонливость, сочетающаяся с булимией и нарушением эндокринных функций
		Г. Синдром	а) летаргические проявления

		длительного нарушения сна и бодрствования	при эпидемическом энцефалите; б) бодрствование при нарушении кровообращения ствола мозга
2. Нарушение нисходящего влияния	Нарушение регуляции мышечного тонуса	А. Децеребрационная ригидность	Повышение мышечного тонуса
		Б. Катаlepsия	Приступы внезапного падения мышечного тонуса, приводящие к тому, что больной не в состоянии устоять на ногах и становится на короткий период (несколько секунд или минут) обездвиженным при сохранности сознания
3. Двойственные (сочетанные) нарушения	Нарушение регуляции вегетативных функций	Вегетативно-сосудистая дистония	Нарушение функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем в виду нахождения в стволе дыхательного и сосудодвигательного центров
4. Нарушение общего функционального состояния	Нарушение физиологических свойств центральной нервной системы	А. Невротически-гиперстенический	Нарушение общего функционального состояния нервной системы – устойчивое патологическое состояние, обусловленное изменением физиологических свойств центральной нервной системы вследствие органического повреждения регуляторных систем головного мозга различного генеза, проявляющееся клинически в виде рефлекторных чувствительных и двигательных расстройств, нарушения психических функций и поведения, плохой переносимости внешних влияний и нагрузок с нервно – психическим напряжением (дезадаптационный синдром)
		Б. Невротически-гипостенический	
		В. Астено-депрессивный	
		Г. Ипохондрический	
		Д. Истерический	

5. Органическое поражение на уровне ствола	Ишемия ствола	Синдром вклинивания (сдавления) ствола	а) рвота; б) зевота; в) икота; г) нарушение акта глотания; д) обморок
--	---------------	--	---

## Топическая диагностика поражений промежуточного мозга

Таблица № 12

Составные части зрительного бугра	Синдромы поражения
1. Собственно таламус	<b>Таламический синдром Дежарина-Русси</b> – (симптомы возникают на стороне, противоположной патологическому очагу) – 1) гемианестезия; 2) сенситивная гемиатаксия; 3) гомонимная гемианопсия; 4) гемиалгия (таламические боли); 5) таламическая рука – кисть разогнута, основные фаланги пальцев согнуты, хореоатетодные движения в кисти; 6) вегетативно-трофические нарушения; 7) насильственный смех и плач
2. Метаталамус	1) нарушение слуха; 2) гомонимная (центральная и периферическая) гемианопсия
3. Эпиталамус	1) преждевременное половое созревание и усиление роста в сочетании с нарушением психики (расстройство эмоционально-волевой сферы с морально-этическими отклонениями, гиперсексуальность); 2) задержка полового созревания с ожирением по женскому типу и гипоплазией половых органов
4. Гипоталамус	<b>Гипоталамический синдром</b> – симптомокомплекс, обусловленный органическим поражением или конституциональной дефектностью гипоталамуса, проявляющийся наличием: 1) полиморфных нейроэндокринно-обменных и нейродистрофических симптомов; 2) симптомов, патогномичных для поражения гипоталамуса (булимия, нарушения терморегуляции центрального генеза, несахарный диабет, изменение либидо); 3) церебральной органической симптоматики, свидетельствующей о поражении соседних с гипоталамусом и гипофизом структур мозга (оральный отдел ствола)

**Топическая диагностика поражений белого вещества  
головного мозга**

Таблица № 13

Очаг поражения	Виды расстройств				
	Чувствительные	Двигательные	Мозжечковые	Черепных нервов	Психические
I. Мозолистое тело		а) акинезия; б) псевдобульбарный паралич			а) корсаковский синдром; б) апраксия на стороне очага; в) слабоумие
II. Внутренняя капсула					
1. Задняя треть заднего бедра	а) гемипарез на противоположной очагу стороне; б) чувствительная гемипарезия на противоположной очагу стороне			Гомонимная гемипарезия на противоположной очагу стороне	
2. Передние 2/3 заднего бедра	а) гемипарезия на противоположной очагу стороне; б) чувствительная гемипарезия не выявляется вследствие на-	Гемипарезия на противоположной очагу стороне		Гомонимная гемипарезия на противоположной очагу стороне	

	личия двигательных расстройств				
3. Колено				Проходят корково-ядерные пути к двигательным ядрам, при одностороннем очаге выпадает функция нижней мимической мускулатуры (VII пара) и мышц языка (XII) с противоположной стороны, расстройства определяются только при двустороннем поражении	
4. Переднее бедро			Гемиатаксия на противоположной очагу стороне вследствие перерыва корково-мостового пути, связывающего кору больших полушарий с мозжечком		
III. Лучистый венец	а) гемианестезия на противоположной очагу стороне; б) чувствительная ге-	Гемиплегия с неравномерным поражением руки и ноги на противоположной очагу			



	миатаксия на проти- вополож- ной очагу стороне	стороне			
--	--	---------	--	--	--

## Топическая диагностика корковых поражений

Таблица № 14

<b>Очаг поражения</b>		<b>Синдромы поражения</b>
<b>Доли головного мозга</b>	<b>Основные центры</b>	
1. Лобная	Двигательный анализатор располагается в передней центральной извилине и в парацентральной дольке	а) моно-, гемиплегии, недостаточность VII и XII пар черепных нервов по центральному типу; б) симптомы орального автоматизма; в) при раздражении развиваются фокальные судорожные припадки (моторная джексоновская эпилепсия);
	Центр поворота глаз и головы в противоположную сторону (корковый центр взора) расположен в средней лобной извилине	а) паралич взора – невозможность сочетанного поворота глазных яблок в сторону, противоположную локализации очага, глазные яблоки фиксируются в крайнем отведении и «смотрят на очаг»; б) раздражение вызывает адверсивные судорожные припадки, начинающиеся с поворота головы и глазных яблок в сторону, противоположную очагу
	В задних отделах верхней лобной извилины представлен центр, дающий начало лобно-мостомозжечковому пути, участвующий в обеспечении координации движений, связанных с прямохождением, сохранением равно-	Контралатеральная гемиатаксия

	<p>веса стоя, сидя, и регулирующий работу противоположного полушария мозжечка</p>	
	<p>Моторный центр речи (центр речевого праксиса) находится в задней части нижней лобной извилины – извилина Брока.</p> <p>Центр письменной речи локализуется в заднем отделе средней лобной извилины в непосредственной близости от проекционной корковой зоны руки и обеспечивает автоматизм письма и функционально связан с центром Брока</p>	Моторная афазия
	<p>Участие в формировании высшей нервной деятельности</p>	«Лобная психика» - неряшливость, неопрятность, склонность к плоским шуткам, эйфория, отсутствие критики к своему состоянию
	<p>Основание лобной доли</p>	а) анозмия на стороне очага; б) амблиопия и амавроз; в) с-ром Фостера Кеннеди
2. Теменная	<p>В задней центральной извилине проецируется тактильная, болевая, температурная чувствительность противоположной половины тела</p>	Моно-, гемианестезия
	<p>В коре верхней теменной области представлены элементы глубокой чувствительности</p>	Сенситивная гемиатаксия
	<p>Кзади от средних отделов задней центральной извилины располагается центр стереогнозиса, обеспечивающего способность узнавать предметы на ощупь.</p> <p>Кзади от верхних отделов задней центральной извилины располагается центр, обеспечивающий способ-</p>	а) нарушение сложных видов чувствительности; б) раздражение вызывает фокальные сенсорные джексоновские припадки (приступы онемения, покалывания, жжения, парестезии в соответствующих участках тела)

	ность узнавания собственного тела, его частей, их пропорций и взаимоположения	
	Центр праксиса локализуется в нижней теменной доле слева, надкраевой извилине	Апраксия
3. Височная	Центр слухового анализатора располагается в средней части верхней височной извилины, на поверхности, обращенной к островку (извилина Гешля), и обеспечивает проекцию улитки, а также хранение, распознавание слуховых образов	а) слуховая агнозия; б) раздражение приводит к появлению слуховой ауры, предшествующей генерализованному припадку
	Центр вестибулярного анализатора располагается в нижних отделах наружной поверхности височной доли	Вестибулярно-корковые системные головокружения
	Центр обонятельного анализатора находится в крючке и аммоновом роге, обеспечивает хранение, распознавание обонятельных образов	Раздражение приводит к появлению обонятельной ауры, предшествующей генерализованному припадку
	Центр вкусового анализатора располагается в крючке и аммоновом роге, а также в островке, обеспечивает хранение и распознавание вкусовых образов	а) агевзия – нарушение вкуса; б) раздражение приводит к появлению вкусовой ауры, предшествующей генерализованному припадку
	Акустико-гностический сенсорный центр речи (центр Вернике) локализуется в задних отделах верхней височной извилины слева, в глубине латеральной борозды	Сенситивная афазия
	В средней трети верхней височной извилины, в непосредственной близости от центра Вернике, располагается центр, обеспечивающий распознавание музыки	Сенсорная амузия

	кальных звуков и мелодий	
	Височные доли играют роль в организации такого сложного психического процесса, как память	При раздражении возникают нарушения памяти, сумеречные состояния, сложные психомоторные автоматизмы
	В глубоких отделах проходят зрительные пути	Квадрантная гемианопсия
4. Затылочная	Центр зрительного анализатора обеспечивает хранение и распознавание зрительных образов, зрительную ориентацию	а) зрительная агнозия; б) гомонимная (половинная или квадрантная) гемианопсия; в) зрительные галлюцинации; г) снижение зрительной памяти; д) нарушение зрительной ориентировки; е) контралатеральная атаксия;
	На границе височной, затылочной и теменной долей располагается центр анализатора письменной речи, тесно связанный с центром Вернике височной доли, с центром зрительного анализатора затылочной доли, а также с центрами теменной доли. Центр чтения обеспечивает распознавание и хранение образов письменной речи	Нарушение устной (аграмматизмы) и письменной речи (литерные параграфии – пропуски и перестановки букв в словах, вербальные параграфии – замена слов другими, имеющими совершенно различный смысл)

### Топическая диагностика поражений отдельных сосудистых бассейнов головного мозга

Таблица № 15

Сосудистый бассейн	Зоны васкуляризации головного мозга	Виды расстройств				
		Чувствительные	Двигательные	Мозжечковые	Черепных нервов	Психические
1. Передняя мозговая артерия (a.cerebri	Верхний корковый отдел передней и	Гемианестезия на противо-	Гемиплегия на противополож-			

anterior)	задней центральной извилин (центральная долька)	положной очагу стороне с преимущественным поражением ноги	ной очагу стороне с преимущественным поражением мышц ноги			
	Передняя центральная извилина		Расстройство мочеиспускания по центр. типу			
	Кора и субкортикальное белое вещество лобной доли		Симптомы орального автоматизма			Лобная психика
	Корковая зона нижней теменной дольки слева (центр праксика)					Апраксия на гомолатеральной стороне (чаще слева), т.к. на контралатеральной стороне развивается гемиплегия

	Мозолистое тело		Акинезия, псевдобульбарный паралич			Апраксия, корсаковский синдром, прогрессирующее слабоумие
	Переднее бедро внутренней капсулы			Гемиатаксия на противоположной очагу стороне		
	Хвостатое ядро стриарной системы		Гиперкинезы лица и руки			
	Обонятельный тракт				Гипосмия	
2. Средняя мозговая артерия (a.cerebri media)	Нижний корковый отдел передней и задней центральных извилин	Гемианестезия на противоположной очагу стороне с преимущественным поражением лица и руки	Гемиплегия на противоположной очагу стороне с преимущественным поражением мышц лица и руки			
	Глубокие	Геми-	Геми-			

	корковые отделы передней и задней центральных извилин	анестезия на противоположной очагу стороне с равномерным поражением лица, руки и ноги	плегия на противоположной очагу стороне с равномерным поражением мышц лица, руки и ноги			
	Средняя лобная извилина		Поворот головы и взора в сторону очага			
	Нижняя лобная извилина					Моторная афазия
	Верхняя височная извилина					Сенсорная афазия
	Задняя центральная извилина теменной доли					Нарушение узнавания предметов на ощупь и схемы тела
	Пучок Грациоле височной доли				Контралатеральная квадрантная гемианопсия	
	Заднее бедро внутрен-	Гемианестезия	Гемиплегия на		Гомонимная геми-	

	ней капсулы	на противоположной очагу стороне; сенситивная гемипарезия на противоположной очагу стороне (не определяется вследствие двигательных расстройств)	противоположной очагу стороне		анопсия на противоположной очагу стороне	
	Колено внутренней капсулы				Проходят корково-ядерные пути к двигательным ядрам, при одностороннем очаге выпадает функция нижней мимической мускулатуры (VII пара) и мышц языка (XII) с противоположной стороны, расстройства определяются только при двустороннем поражении	
3. Задняя мозговая артерия (a.cerebri posterior)	Внутренняя поверхность затылочной доли				Контралатеральная центральная гомонимная гемипарезия	
	Наруж-					Зри-



	ная поверх- ность левой затылоч- ной доли					тельная агнозия
	Смеж- ные облас- ти темен- ной, ви- сочной и заты- лочной долей слева					Амнес- тиче- ская афа- зия, алексия
	Зритель- ные бугры проме- жуточ- ного мозга	Таламический синдром, контралатеральный очагу				
	Сред- ний мозг	Альтернирующие синдромы Вебера и Бенедикта				
4. Бази- лярная (основная) артерия (a. basilaris)	Мост мозга				Пораже- ние V, VI, VII, VIII пар череп- ных нер- вов	
		Альтернирующие синдромы Мийяра-Гюблера и Фовилля				
	Мозже- чок			Рас- стройст- ва атак- тиче- ского, асинер- гиче- ского харак- тера и мышеч- ного		

				тонуса		
5. Позвоночные артерии (a.a. vertebralis)	Продолговатый мозг				Поражение IX, X, XII, XIII пар черепных нервов; бульбарный паралич	
		Альтернирующие синдромы Джексона, Авеллиса, Шмидта				
	Верхние сегменты спинного мозга				Поражение XI пары черепных нервов;	
6. Задняя нижняя мозжечковая артерия	Альтернирующий синдром Валленберга – Захарченко					

### Топическая диагностика поражений отдельных сосудистых бассейнов спинного мозга

Таблица № 16

Сосудистый бассейн	Зоны васкуляризации спинного мозга	Виды расстройств		
		Чувствительные	Двигательные	Вегетативно-сосудистые
1. Передняя спинно-мозговая артерия (непарная) (a. spinalis anterior)	Весь длинник спинного мозга, исключая задние канатики	Синдромы полного поражения поперечника спинного мозга, исключая расстройства глубокой чувствительности		
2. Задние спинно-мозговые	Задние канатики по всему	Расстройства глубокой чувствитель-		

артерии (парные) (a. spinalis posterior)	длиннику спинного мозга	ности с уров- ня очага по проводнико- вому типу		
3. Артерия Адамкевича (передняя большая радикуло- медуллярная)	Нижние грудные (с Th 10), поясничные и крестцовые сегменты спинного мозга	Синдромы полного поражения поперечника спинного мозга с уровня грудного отдела		
4. Артерия Депрож- Геттерона (нижняя дополни- тельная передняя радикуло- медуллярная)	Уровень мозгового конуса (S3 – Co 1)	Анестезия промежности	Утрата анального рефлекса в сочетании с расстройст- вами тазовых органов по перифериче- скому типу (истинное недержание мочи)	Трофические расстройства в крестцовой области

### Топическая диагностика нарушений основных функций высшей нервной деятельности

Таблица № 17

Основные функции высшей нервной деятельности		Виды расстройств	
1. Гнозис	Способность узнавать предметы по чувстви- тельным восприятиям	Агнозия (тотальная, зрительная, слуховая, сенситивная, вкусовая, обонятель- ная)	Отсутствие способ- ности узнавать
2. Праксис	Способность выпол- нять последовательные комплексы движений и совершать целенаправ- ленные действия по выработанному плану	Апраксия	Неспособность выпол- нения целенаправлен- ных действий

3. Речь	Специфическая человеческая форма деятельности, служащая общению между людьми	I группа расстройств	Речевые нарушения, связанные с органическим поражением центральной нервной системы
		А. Афазии	Распад всех компонентов речи в результате поражения корковых речевых зон
		1) Сенсорная афазия Вернике	Словесная «глухота» в результате нарушения понимания смысла слов и предложений
		2) Моторная афазия Брока	Утрата «памяти» приемов произношения при сохранении понимания смысла речи
		Б. Алалии	Системное недоразвитие речи вследствие поражений корковых зон в доречевом периоде
		1) Моторная алалия	Недоразвитие моторной речи, затруднение в построении фраз, искажение слоговой структуры слов
		2) Сенсорная алалия	Нарушение понимания обращенной речи с сохранением элементарного слуха; всегда имеет место и недоразвитие моторной речи
		В. Дизартрии	Нарушение артикуляции вследствие нарушения иннервации речевого аппарата, которое может быть обусловлено пlegией речедвигательного аппарата, поражением мозжечка или стриопаллидарной системы

		II группа расстройств	Речевые нарушения, связанные с функциональными изменениями центральной нервной системы
		А. Заикание	Судороги мышц, участвующих в акте речи, началу которых предшествует испуг или психо-эмоциональное переживание
		Б. Мутизм	Немота, которая возникает у больного, владеющего речью (при истерии или шизофрении)
		III группа расстройств	Речевые нарушения, связанные с дефектами строения артикуляционного аппарата
		IV группа расстройств	Задержки речевого развития в результате педагогической запущенности
4. Память	Как психический процесс связана с работой целостного мозга	1) амнезия	Полная потеря памяти
		2) ретроградная амнезия	При черепно-мозговой травме потеря памяти на события, связанные с данной травмой
		3) гипомнезия	Снижение памяти
		4) гипермнезия	Необычайно хорошая память
		5) феномен «уже виденного»	Больному кажется, что он уже был в ситуации, в которой оказался впервые
		6) феномен «никогда не виденного»	Какой-либо знакомый процесс ощущается словно впервые
5. Мышление	Высшая форма познавательной деятельности, в процессе которой устанавли-	I. Задержка умственного развития	Способность к обучению остается на высоком уровне, поэтому при устранении при-

<p>ваются внутренние связи между предметами и явлениями окружающего мира, тесно связанная с речью, благодаря чему возможна передача информации, знаний, опыта</p>		чин этой задержки и соответствующих педагогических мероприятий ребенок может догнать свой возрастной уровень
	II. Врожденное слабоумие – олигофрения, степени:	Страдает способность к обучению, ребенок не в состоянии догнать свой возрастной уровень
	1) тяжелая – идиотия	Полное отсутствие социальной адаптации, отсутствие фразовой речи или речи вообще
	2) средняя - имбецильность	Возможность овладеть примитивной речью, элементарными навыками обслуживания и простейшими трудовыми операциями
	3) легкая - дебильность	Ориентация в практических, житейских вопросах адекватна, но страдают высшие уровни психики: абстрактное мышление и логический анализ
	III. Приобретенное слабоумие - деменция	Характеризуется нарастающей утратой приобретенных навыков и высших корковых функций

## Литература

- Баркер Р., Барази С., Нил М. Наглядная неврология. Перевод с английского / Под редакцией члена – корреспондента РАМН, профессора В.И. Скворцовой. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа», 2005.
- Голубев В.Л., Вейн А.М. Неврологические синдромы / Руководство для врачей). – М.: Издательство «Эйдос Медиа», 2002.
- Гусев Е.И., Бурд Г.С., Никифоров А.С. Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни. – М.: Медицина, 1999.
- Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы: Руководство для врачей / Под редакцией А.Ю. Макарова. – СПб.: ООО «Золотой век», 2006.
- Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Пропедевтика клинической неврологии. Учебник для студентов медицинских вузов. – СПб.: «Политехника», 2004.
- Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Атлас по клинической неврологии. – М: «МИА», 2014.
- Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. Издание 10 – СПб.: Издательство «Политехника», 2017.

## Предметный указатель

Гиперкинезы	20-26
Гипокинезия	27-28
<b>Параличи:</b>	
- бульбарный	37,40- 41,43,58
- взора	37,49
- Дежерин Клюмпке	11
- Дюшенна-Эрба	11
- псевдобульбарный	37,40,41
Паркинсонизм	27-28
<b>Пробы:</b>	
- Бабинского	16
- Вебера	33
- на адиадохокинез	17
- пронаторная	17
- Ринне	33
- Ромберга	18
-указательная	17
<b>Рефлексы:</b>	
- губной Вюрпа	41
- дистант-оральные	41
- ладонно-подбородочный (Маринеску-Радовичи)	41
- назолабиальный	41
- орального автоматизма	41
- постуральные	28
- сосательный Оппенгейма	41
<b>Синдромы:</b>	
- Авеллиса	36,37, 43-58
- акинетико-ригидный	27
- альтернирующие	36-37
- Бенедикта	30, 40,42,57
- Бернара-Горнера	6,10,39
- Броун-Секара	6,8
-Валленберга-Захарченко	31,38,39,43,58
- Вебера	30,39,42,57
- вклинивания ствола	46
- гипоталамический	46
- Дежерина-Русси	46,57
- Джексона	36,37,43,58
- каталепсия	45
- Мийяра-Гюблера	39,43,57
- нарколепсии	44
- Пиквика	44



- Фовилля	39,43,57
- Фостера Кеннеди	41, 50
- Шмидта	36,38,43,58
<b>Симптомы:</b>	
- Белла	32
- Вассермана	13
- «зубчатого колеса»	27
- Ласега	14
- Мацкевича	13
- Нери	14
- «обратного толчка»	16
- ригидности	27
- Ринне	33
<b>Феномены:</b>	
- «никогда не виденного»	61
- «уже виденного»	61