

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина
Университеті

Кафедра: Жүйке аурулары

Мамандығы 051301 жалпы медицина

Пән PNN4306 «Неврология»

Дәрістік жинақ

**ТАҚЫРЫБЫ: Клиникалық неврологияның
даму тарихы. Жүйке жүйесінің негізгі
топикалық диагностикасы.**

- **Дәрістің тезистері :**
- Жүйке жүйесінің ауруларын шартты түрде екі топқа бөлеміз: органикалық және қызметіне қарай.
- Органикалық бұзылыстардың негізінде тіндердің анатомиялық зақымдануы жатады. Негізгі себептері жарақат, жұқпалы аурулардан, уланудан, қан кетуден, ісіктен, тұқым қуалау және туа пайда болған ақаулардан болып табылады.
- Қызметінің бұзылуына байланысты екінші топ анықталады, оның негізінде жүйке қызметінің шамадан тыс тітіркенуі, шешілмейтін және шешілмеген ахуалдар.
- Клиникалық жүйке жүйесі және невропатология – жүйке аурулары туралы ғылым.
- 1869 жылға дейін Мәскеуде қаласында (Мәскеу мектебінде) және психиатрияда (Петербург мектебінде) терапияның негізгі бөлігі болған.
- Қысқа уақыт аралығында бір қатар ғалымдар отандық (ресейлік) неврологияның дамуына үлкен үлес қосқан, сондай-ақ анатомия және жүйке жүйесінің физиологиясын, клиникалық жүйке жүйесінде көп үлес қосқан.

- Атақты орыс физиологтері жүйке жүйесінің және психикалық қызметтің материалистік негіздерін жоққа шығарылмайтын дәлелдеді: И.М. Сеченов (1829-1905), И.П. Павлов (1849-1936), Н.Е. Введенский (1852-1922), А.А. Ухтомский (1875-1942), П.К. Анохин (1898-1974).
- Қазақстанда 1934 жылы АГМИ-да жүйке жүйесінің кафедрасы ашылды. Е.М.Стеблов кафедраның қызметкерлері профессордың басшылығымен нейроинфекцияның ерекшеліктерін жасады, әр түрлі Қазақстан өлкелеріндегі сибір энцефалитінің клинико - эпидемиологиялық ерекшеліктері орнатты (Е.М. Стеблов, М.Х. Фаризов, Р.Г. Мандрыко, Е.Л. Фалькова-Калико, М.С. Генина).
- Безгектің, бруцеллездің, мидың паразиттік аурулары жүйке жүйесіне клинико - физиологиялық және патоморфологиялық көріністерге әсер етулері талқыланған (Е.М. Стеблов, Р.Г. Мандрыко, М.Х. Фаризов). Ары қарай жүйке жүйесі кафедрасының ашылуы Қарағанды, Семей, Ақтөбе, Ақмола, Шымкент қалаларында және дәрігерлерді жетілдіру институтында жалғастырылды.

- Ірі зерттеулер (Б.А.Атчабаров және қызметтестері) нейросатуризмнің клиникасы, патогенезі және терапиясы бойынша және (С.К.Қайшыбаев, У.А. Аманбеков) тербеліс ауруы, эпилепсия және жергілікті гиперкинездер (Ю.И.Беляев, Р.К.Алдоңғаров, А.В. Чемерис) зерттеулері бойынша жүргізілді.
- Қазақстанда негізгі неврологтер мектебін профессор С.Қ. Қайшыбаев атымен байланыстырады, бас миының қан-тамыр ауруларында, экологиялық жағдайларда, гидроцефалия және бас ми жарақаттары ауруларында көптеген үлес қосқан.
- Жүйке жүйесі бар ауруларды ажыратып, диагностикалау, емдеу және емдік – профилактикалық іс-шаралар жүргізу үшін невропатология негіздерін жақсы білу қажет. Қазіргі заманғы білім деңгейіне сәйкес келу үшін ойлау қабілеті ұтқыр, ғылым жолын түсінетін, тарихи байлықты бағалайтын, психология негізін білетін, коммуникативтік дағдыларға орныққан білікті маман қажет.

- **Жүйке жүйесінің негізгі топикасын диагностикалау.**
- Жүйке жүйесінің негізгі анатомиясын ұғыну терең негізгі заңдылықты және жүйке жүйесінің негізгі қызметін түсіну, жүйке жүйесінің байланыстыру жолдарының бұзылуын және оның қызметіне байланысты клиникалық көріністері анықталады, осы заңдылықты ұғыну болып табылады.
- Неврологиялық қарау өз қатарында симптомдар мен синдромдарды анықтауға мүмкіндік береді, ал олар жүйке жүйесінің ошақты аймағының зақымдануына алып келеді. функций. Орталық және шеткері, вегетативті жүйке жүйесінің зақымдануларындағы клиникалық диагноздың негізі болып топикалық диагностикалау болып табылады.
- Топиканы негіздейтін қосымша зерттеулер лабораторлы әдістер: нейровизуализация, нейрофизиология, нейропсихология барлық неврологиялық клиникаларда қол жетімді зерттеулер.
-

● Мәскеулік невропатологтер мектебі



А.Я Кожевников

● В.К. Рот

● С.С. Корсаков

● Л.О. Даркшевич

● Г.И. Россолимо

● Е.К. Сепп

● И.М. Кальменева



● Санкт-Петербург невропатологтер мектебі

- И.И. Баменский
- И.П. Мержеевский
- В.М. Бехтерев
- М.И. Аствацатуров
- И.Я. Раздольский
- А.В. Триумфов
- С.Н. Давиденков
- Н.В. Коновалов
- В.М. Керниг
- А.А. Скоромец

● Қазақстандық неврологтер мектебі



Е.М. Стеблов

Ф.А. Мусабаева

● М.Х. Фаризов

Н.К. Клипицкая

● Р.Г. Мандрыко

Т.Т. Бокебаев

● Е.Л. Фалькова-Калико

Н.С. Кайшибаев

● М.С. Генина

Г.Б. Кабдрахманова

● С.У. Каменова

Е.С. Нургужаев

● Б.А. Атчабаров

А.В. Чемерис

● Г.А. Дущанова

Б.А. Абеуов

● С.К. Кайшибаев

Т.Н.Хайбулин

Жүйке жүйесінің негізгі топикалық диагностикасы

Вопросы общей неврологии подробно и глубоко изучаются на кафедре нервных болезней, потому что при установлении неврологического диагноза идут от симптомов к синдромам, далее — к топическому, а затем — нозологическому и клиническому диагнозам.

Умение выявить и дать оценку симптомам неврологической патологии позволяет отличать органические неврологические поражения от функциональных и соматогенных расстройств нервной системы. Унификация отдельных симптомов в неврологические синдромы нередко нацеливает врача на нозологическую диагностику. С целью повторения пройденного на кафедре нервных болезней материала по вопросам топической диагностики поражения нервной системы эти сведения приведены в виде обобщающих таблиц.

Синдромы нарушения произвольных движений. Возникают в связи с поражением корково-мышечного пути и проявляются в виде двух синдромов: центрального (спастического) пареза или паралича и периферического (атрофического) пареза или паралича (табл. 2, 3).

Нарушение произвольных движений (при поражении корково-мышечного 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 выше расположенных отделов на спинной мозг, проявление спинального автоматизма	Нарушение целостности спинальных рефлекторных дуг
Признаки (симптомы) параличей	<ol style="list-style-type: none"> 1. Спастическая гипертония мышц. 2. Гиперрефлексия глубоких рефлексов. 3. Клонусы. 4. Снижение или исчезновение кожных брюшных и подошвенных рефлексов. 5. Патологические рефлексы. 6. Защитные рефлексы. 7. Патологические синкинезии 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гипо(а-)трофия мышц. 2. Гипо(а-)тония мышц. 3. Гипо(а-)рефлексия. 4. Реакция перерождения (изменение электровозбудимости мышц). 5. Фасцикулярные подергивания

Таблица 3

Топическая диагностика нарушений произвольных движений (синдромы поражения корково-мышечного пути)

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 или гемиплегия с центральным парезом лицевого и подъязычного нервов на противоположной очагу стороне
Ствол головного мозга		Альтернирующие (перекрестные) параличи: поражения черепного нерва на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной очагу стороне
Спинальный мозг (полное поражение)	Выше шейного утолщения (C ₁ -C ₄)	Центральный тетрапарез со сфинктерными расстройствами
	Шейное утолщение (C ₅ -Th ₁)	Смешанный тетрапарез в руках — периферический, в ногах — центральный со сфинктерными расстройствами
	Грудной отдел	Нижний центральный парапарез со сфинктерными расстройствами
	Поясничное утолщение (L ₁ -S ₁)	Нижний периферический парапарез со сфинктерными расстройствами
	Эпиконус	Сфинктерные расстройства
Спинальный мозг — грудной отдел (половина поперечника)		Синдром Броун-Секара: двигательные нарушения и нарушения глубокой чувствительности на стороне очага, расстройства поверхностной чувствительности на противоположной стороне (по проводниковому типу)
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 подергивания
Периферический нерв		Периферические параличи с расстройством чувствительности в зоне иннервации пораженного нерва

Экстрапирамидные синдромы возникают при поражении подкорковых ядер и их связей с корой головного мозга и спинным мозгом, проявляются нарушением произвольных движений (гипокинезия или гиперкинезия), а также нарушением мышечного тонуса (ригидность или гипотония) (см. табл. 4).

Экстрапирамидная система и ее патология

Эволюционные образования	Неостриатум (более молодые)	Палеостриатум (более древние)
Структурные образования	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хвостатое ядро 2. Скорлупа 3. Миндалевидное тело 4. Ограда 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бледный шар. 2. Черная субстанция. 3. Красное ядро, а также: а) люисово тело; б) верхние отделы ретикулярной формации; в) четверохолмие; г) ядро Даркшевича; 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гиперкинетический синдром: <ul style="list-style-type: none"> – атетоз; – хорей; – гемибаллизм; – тики и др. 2. Гипо- или дистонический синдром: синдромы мышечных дистоний, которые проявляются периодическими или постоянными мышечными спазмами и типичными «дистоническими» позами 	<p>Гипокинетически — гипертонический синдром (синдром паркинсонизма):</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 (голова — по типу «да-да», «нет-нет»; кистей — по типу «катания пилюль», «счета монет»). 4. Постуральная неустойчивость (пропульсии)

Стволовые синдромы. При локализации патологического очага в стволе мозга возникают альтернирующие (перекрестные) синдромы. За счет поражения ядер и корешков черепных нервов на стороне очага возникает их периферический паралич, а также гемиплегия и гемианестезия конечностей и туловища с противоположной стороны в результате поражения корково-мышечного пути и чувствительных проводников, которые перекрещиваются ниже очага поражения. В зависимости от локализации очага поражения в стволе мозга альтернирующие синдромы разделяют на:

Черепные нервы продолговатого мозга

	IX пара — языкоглоточный нерв (смешанный)	X пара — блуждающий нерв (смешанный)	XI пара — добавочный нерв (двигательный)	XII пара — подъязычный нерв (двигательный)
Ядра	Длинное двигательное ядро (общее с X). Ядро общей чувствительности (общее с X). Вкусовое ядро одиночного пути. Нижнее слюноотделительное ядро	Двигательное ядро (общее с IX). Чувствительное ядро (общее с IX). Висцеральное (парасимпатическое) ядро. Ядро одиночного пути	Двигательное ядро	Двигательное ядро
Иннервируемые структуры	Мышцы глотки. Вкус на задней трети языка. Секретция слюнной железы	Мышцы глотки, гортани, голосовых связок. Чувствительность твердой мозговой оболочки, задней черепной ямки, наружного слухового прохода и задней поверхности ушной раковины. Внутренние органы	Грудинно-ключично-сосцевидная, верхняя часть трапециевидной мышцы	Подбородочно-язычная, поперечная мышца языка, подъязычная мышца
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; — афония; — дисфагия. 3. При раздражении нерва: — брадикардия, усиление перистальтики и т. д.	Атрофия иннервируемых мышц, ведущая к асимметрии плечевого пояса и затруднению поворота головы в здоровую сторону	1. При одностороннем поражении: — атрофия мышц половины языка; — язык «показывает» на очаг; — «географический язык». 2. При двустороннем поражении: — глосоплегия; — дизартрия; — дисфагия. 3. Альтернирующий синдром Джексона: гомолатеральный парез XII пары с контрлатеральным гемипарезом

- педункулярные (поражена ножка мозга);
- понтинные (поражен мост мозга);
- бульбарные (поражен продолговатый мозг).

В практическом отношении наиболее угрожающими являются поражения продолговатого мозга (табл. 5).

При поражении ядер IX–XII пар черепных нервов или их корешков возникает синдром бульбарного паралича: дисфония, дисфагия, дизартрия, парез мягкого неба, атрофия и фибриллярные подергивания мышц языка.

Двустороннее поражение корково-ядерных волокон IX–XII пар черепных нервов ведет к появлению псевдобульбарного синдрома. Он характеризуется дизартрией, дисфагией, дисфонией, парезом мягкого неба, отсутствием атрофий и фибриллярных подергиваний мышц языка, патологическими рефлексамии орального автоматизма, насильственным смехом и плачем.

Поражения мозжечка. Мозжечок — орган равновесия, координации и поддержания мышечного тонуса. Его патология показана в табл. 6.

Мозжечок и его патология

Структурные образования	Червь (филогенетически древняя часть)	Полушария (филогенетически более молодые)	Ядра: – зубчатое; – шаровидное; – пробковидное; – ядро шатра
Регулируемые функции	Преимущественно статика	Преимущественно координация	

Связи мозжечка с различными отделами нервной системы

Нижние ножки (веревчатые тела) — соединяют гомолатерально спинной мозг с мозжечком через продолговатый мозг	Средние ножки — соединяют гетеролатерально кору мозга с мозжечком через варолиев мост	Верхние ножки — соединяют мозжечок гомолатерально со спинным мозгом через красные ядра, а с экстрапирамидной системой и ретикулярной формацией ствола через зрительный бугор
---	---	--

Включают:

– задний спинно-мозжечковый путь (Флексига); – волокна от тонкого и клиновидного ядер, олив. ядер тройничного, преддверно-улиткового и блуждающего нервов, ретикулярной формации	– лобно-мосто-мозжечковый путь; – теменно-височно-мозжечковый путь	– передний спинно-мозжечковый путь (Говерса); – красноеядро-спинномозговой путь (Монакова); – преддверно-спинномозговой путь; – ретикулярно-спинномозговой путь
---	---	--

Синдромы поражения	– статическая атаксия (при выполнении пробы Ромберга отклонение в сторону очага поражения); – динамическая атаксия (нарушение походки, интенционный тремор, миоподание при выполнении пальце-носовой и коленно-пяточной проб); – скандированная речь (по слогам, отрывистая); – изменение почерка (макрография); – гипотония мышц; – адиадохокинез; – асинергия, дисметрия
--------------------	--

Синдромы чувствительных нарушений. Импульсы чувствительности идут от экстеро- и проприоцепторов по трехнейронным путям поверхностной и глубокой чувствительности. Виды чувствительности, типы и виды расстройств чувствительности, а также признаки чувствительных нарушений при поражении чувствительных анализаторов на различных уровнях иллюстрируют табл. 7, 8.

Таблица 7

**Виды чувствительности,
типы и виды расстройств чувствительности**

Виды чувствительности		
Поверхностная: – болевая; – тактильная; – температурная (холодовая, тепловая)	Глубокая: – мышечно-суставная; – вибрационная; – кинестезия; – чувство массы; – чувство давления	Сложная: – чувство локализации; – дискриминационная; – стереогностическая; – двумерно-пространственная
Типы расстройства чувствительности		Виды расстройства чувствительности
1. Мононевритический. 2. Полиневритический. 3. Корешковый. 4. Сегментарно-диссоциированный (заднероговой). 5. Проводниковый		1. Анестезия. 2. Гипер- или гипостезия. 3. Гиперпатия. 4. Парестезия. 5. Полиестезия. 6. Синестезия. 7. Дизестезия

Нарушение чувствительности при поражении чувствительных анализаторов на различных уровнях

Уровни поражения	Синдромы чувствительных нарушений
Периферический нерв	Нарушение всех видов чувствительности в зоне иннервации, боль, парестезии
Межпозвоночный ганглий	Сегментарная анестезия, боль, герпетические высыпания на стороне поражения
Задний корешок	Сегментарная анестезия, боль и симптомы натяжения на стороне поражения (Ласега, Бехтерева и др.)
Задний рог	Сегментарно-диссоциированные нарушения чувствительности (нарушения болевой и температурной чувствительности при сохранении глубоких видов чувствительности)
Боковой столб спинного мозга	Анестезия поверхностных видов чувствительности на противоположной стороне на 2–3 сегмента ниже очага поражения
Задний столб спинного мозга	Проводниковые нарушения глубокой чувствительности, сенситивная атаксия на стороне очага
Медиальная петля ствола мозга	Гемианестезия, гемиатаксия на противоположной очагу стороне
Внутренняя капсула	Гемианестезия, гемианопсия, гемиатаксия и гемиплегия на противоположной очагу стороне
Зрительный бугор	Гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия, таламические боли на противоположной очагу стороне
Лучистый венец	В зависимости от размещения очага на противоположной стороне (чаще моноанестезия)
Задняя центральная извилина (кора мозга)	Моноанестезии, при раздражении — чувствительная джексоновская эпилепсия на противоположной очагу стороне

Нарушения вегетативной нервной системы. Нарушения функций вегетативной нервной системы приведены в табл. 9.

Таблица 9

Нарушения функций вегетативной нервной системы

Анатомия	Надсегментарная ВНС	Сегментарная ВНС	
		Симпатическая	Парасимпатическая
	Гипоталамус, гиппокамп, миндалевидный комплекс, ретикулярная формация	Нейроны боковых рогов C ₈ -L ₂ , паравертебральные и превертебральные узлы и сплетения	Ядра черепных нервов (III, VII, IX, X); нейроны боковых рогов сакральных сегментов, превертебральные и интрамуральные ганглии и сплетения
Нарушение функции	<ol style="list-style-type: none"> Синдром вегетативной дистонии: <ul style="list-style-type: none"> перманентный <ul style="list-style-type: none"> а) вегетативно-сосудистая дистония; б) нейрогастральная дистония; в) гипервентиляционный синдром; г) нарушение терморегуляции; пароксизмальный <ul style="list-style-type: none"> а) симптоадреналовые кризы; б) вагоинсулярные кризы; в) смешанные кризы. Гипоталамический синдром: <ul style="list-style-type: none"> а) пароксизмальные нарушения бодрствования; б) нейроэндокринный; в) нейротрофический; г) нейромышечный; д) невротический 	<ol style="list-style-type: none"> Поражение периферического нерва: <ul style="list-style-type: none"> а) вегетативно-трофические нарушения (сухость кожи, ломкость ногтей); б) вегетативно-вазомоторные нарушения (отечность, синюшность, мраморность кожи); в) симпаталгии. Полиневропатии: <ul style="list-style-type: none"> а) вегетативно-трофические нарушения в дистальных отделах конечностей; б) вегетативно-вазомоторные нарушения в дистальных отделах конечностей; в) симпаталгии в дистальных отделах конечностей. Вегетативные ганглии и сплетения: симпаталгии. Поражение бокового рога: вегетативно-трофические нарушения в соответствующих сегментах. Выпадение функции шейной симпатической иннервации глаза (C₈-Th₁): синдром Горнера (птоз, миоз, энофтальм). Поражения парасимпатических ядер III пары: мидриаз, нарушение аккомодации. Поражение слезоотделительных ядер и волокон VII пары: нарушение слезоотделения. Поражение слюноотделительных ядер и волокон VII, IX, X пар: нарушение слюноотделения 	

Поражение коры головного мозга. Поражение различных отделов коры головного мозга характеризуется симптомами, указанными в табл. 10.

Особенности семиотики межполушарных асимметрий:

- левое полушарие: нарушение логического, речевого мышления;
- правое полушарие: нарушение эмоционально-творческой деятельности и конструктивно-творческого мышления.

Таблица 10

Синдромы поражения различных отделов коры головного мозга

Синдром раздражения	Локализация	Синдром выпадения
Моторная джексоновская эпилепсия (передняя центральная извилина)	Лобная доля	Моторная афазия, монопарезы, монопараличи (передняя центральная извилина); лобная атаксия, аграфия, нарушения поведения, хватательный феномен (рефлекс Янищевского); паралич взора, анозогнозия
Сенсорная джексоновская эпилепсия (задняя центральная извилина)	Теменная доля	Гипо- или анестезия по моно-типу, астереогнозия, алексия, апраксия, акалькулия
Слуховые и обонятельные галлюцинации, сложные зрительные галлюцинации (метаморфопсии)	Височная доля	Сенсорная и амнестическая афазия, алексия, агнозия (обонятельная, слуховая, вкусовая) на противоположной стороне
Простые зрительные галлюцинации (фотопсии)	Затылочная доля	Зрительная агнозия, гомонимная квадрантная гемианопсия, агнозия цвета

Судорожные синдромы. Среди многочисленных типов течения нервных и соматических заболеваний наблюдается пароксизмальный тип, который проявляется в судорожной форме. Судорожные состояния условно можно разделить на две большие группы:

1. Эпилептические (возникают при эпилептической болезни), угрожающими ургентными состояниями при эпилепсии являются эпилептический статус и острые эпилептические психозы.
2. Неэпилептические (вторичные, симптоматические) — тетания, фебрильные судороги, эклампсия, столбняк, истерия и др. Последние отличаются от первых отсутствием в мозге эпилептических очагов и других признаков эпилептизации мозга.

Синдромы нарушения сознания. К наиболее частым случаям угнетения сознания относятся обморок, или синкопе, и кома. Кома предшествует оглушение и сопор. Обморок, или синкопе, характеризуется мышечной слабостью, понижением постурального тонуса, невозможностью больного стоять прямо, расстройством сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности, потерей сознания.

Оглушение — глубокая сонливость, дезориентация, затруднение речевого контакта, выполнение лишь простых команд.

Сопор — почти полное отсутствие сознания с сохранением реакции на болевые раздражители: координированные защитные движения, открывание глаз и отдергивание конечностей. При сопоре психическая и физическая активность больного сведена к минимуму.

Кома — выключение сознания с тотальной потерей восприятия себя и окружающей среды. По степени тяжести кому подразделяют на легкую, умеренную, глубокую и терминальную (запредельную).

Синдромы нервно-мышечных нарушений

1. *Миастенический синдром.* Характеризуется периферической слабостью и утомляемостью мышц, особенно лица и шеи. Патогенез зависит от блокады нервно-мышечной передачи и аутоиммунной реакции синаптических мембран. Для миастении характерно нарастание проявлений во время нагрузки соответствующих мышц, вплоть до появления миастенических кризов.

2. *Миоплегический синдром.* Характеризуется приступами мышечной слабости и плегиями периферического типа. Патогенез связан с нарушением обмена электролитов и углеводного обмена с перераспределением внешне- и внутриклеточного калия и натрия, нарушениями мембранного потенциала с образованием гиперполяризационного и деполяризационного блоков. Различают гипокалиемическую, гиперкалиемическую и нормокалиемическую миоплегию как нозологическую форму и синдромы периодического паралича, которые развиваются при соматических заболеваниях с нарушением электролитного баланса (болезни почек, диарея и др.).

Синдромы ликворно-динамических нарушений. Внутричерепная гипо- и/или гипертензия имеют многочисленные этиопатогенетические факторы и являются вторичными. Их симптоматика обобщена в табл. 11, 12.

Таблица 11

Синдром внутричерепной гипотензии

Этиопатогенетические факторы	<ol style="list-style-type: none">1. Терапевтические и диагностические вмешательства на ликворной системе.2. Ликворный свищ с ликвореей.3. Нарушения водно-солевого обмена (частая рвота, диарея, форсированный диурез).4. Уменьшение продукции ликвора (после черепно-мозговой травмы, на почве склероза сосудов хориоидального сплетения, вследствие вегетативной дисрегуляции).5. Артериальная гипотония
Субъективные данные	<ol style="list-style-type: none">1. Головная боль, часто сжимающего характера.2. Желание опустить голову вниз.3. Тошнота или рвота.4. Общая слабость
Клинические и инструментальные данные	<ol style="list-style-type: none">1. Оболочечные симптомы (иногда).2. Щадящее положение головы.3. Тахикардия.4. Пониженное давление при люмбальной пункции.5. Усиление всех симптомов в вертикальном положении и уменьшение лежа, при опускании головы

Синдром внутричерепной гипертензии

Этиопатогенетические факторы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уменьшение внутричерепного пространства (опухоли, гематомы, абсцессы и т.д.). 2. Реактивный отек мозга. 3. Затруднения венозного оттока. 4. Увеличение продукции ликвора. 5. Затруднение оттока ликвора из желудочковой системы мозга (окклюзивная гидроцефалия)
Субъективные данные	<ol style="list-style-type: none"> 1. Головная боль (распирающего характера), болезненность при движении глазными яблоками. 2. Тошнота, рвота (усиливается при перемене положения тела). 3. Головокружение (непостоянный симптом)
Клинические данные	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поражение черепных нервов (чаще VI пары). 2. Изменение пульса, дыхания и другие висцеро-вегетативные нарушения. 3. Расстройства сознания при выраженной гипертензии (оглушение, сопор, кома)
Данные инструментальных методов исследования	<ol style="list-style-type: none"> 1. Расширение желудочкового комплекса на ЭхоЭГ или при компьютерной томографии. 2. Повышенное давление при люмбальной пункции. 3. Белково-клеточная диссоциация в ликворе. 4. Изменения на рентгенограммах черепа (усиление пальцевых вдавлений, остеопороз турецкого седла, усиление сосудистого рисунка, расхождение швов у детей). 5. Застойные диски зрительных нервов (при офтальмоскопии)

Менингеальный синдром является основным клиническим проявлением таких urgentных состояний, как менингит и субарахноидальное кровоизлияние (табл. 13).

Таблица 13

Менингеальный синдром

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

Обобщение основных топических неврологических синдромов.

Основные топические неврологические синдромы обобщены в табл. 14.

Четкое определение неврологических синдромов или установление места поражения нервной системы — основа топического диагноза. Далее, как отмечалось выше, ставят нозологический и клинический диагнозы.

Таблица 14

Основные топические неврологические синдромы

1. При заболеваниях периферической нервной системы	— невритический; — полиневритический; — плекситный; — радикулярный
2. При заболеваниях спинного мозга	— сегментарно-диссоциированный (заднероговой); — переднероговой; — боковых рогов; — передней серой спайки; — проводниковый заднестолбовой; — проводниковый бокового столба; — половины поперечника (синдром Броун-Секара); — полного поперечника
3. При заболеваниях головного мозга и оболочек	1) стволовый: — бульбарный; — понтинный; — педункулярный; — альтернирующий; 2) псевдобульбарный; 3) таламический; 4) гипоталамический; 5) стрио-паллидарный (экстрапирамидный); 6) внутренней капсулы; 7) корковый: — лобный; — теменной; — височный; — затылочный; — комбинированный; 8) менингеальный; 9) внутричерепной гипо- и гипертензионный

● 5. Әдебиеттер:

- Негізгі:
- Кайшибаев С.К. Неврология. 1, 2 бөлім. Алматы, 2009
- Надирова К.Г. Нерв жүйесінің анатомиясы, физиологиясы, тексеру методикасы және зақымдану семиотикасы. Қарағанды, 1993.
- Браславец А.Я. Неотложная неврология. Украина, 2006
- Қосымша:
- Абеуов Б.А., Нургужаев Е.С. Классификация болезней нервной системы и примеры формулировки неврологического диагноза (пособие для врачей и студентов старших курсов). - Алматы, 1998.
- Бадалян Л.О. Детская неврология. М.: Медицина, 2001.
- Надирова К.Г., Дарибаев Ж..Р. Клиникалық невропатология. Қараганда, 1995.
-

● Бақылау сұрақтары.

- 1. Неврология дегеніміз не?
- 2. Қандай невропатологтерды білесіндер?
- 3. Топикалық диагностикалау дегеніміз не?
- 4. Синдром және симптом дегеніміз не?
- 5. Топикалық диагностикалаудың негіздері?
-