



ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ В НЕВРОЛОГИИ

Методика исследования вегетативно-сосудистых рефлексов

1. Глазо-сердечный рефлекс Даньини-Ашнера - при надавливании на глазные яблоки у здоровых людей в течение 30 секунд сердечные сокращения замедляются на 6-12 ударов в минуту, если число сокращений замедляется на 12-16 это расценивается как повышение тонуса парасимпатической части ВНС, если наблюдается отсутствие замедления или ускорение сокращений на 2-4 удара, то это расценивается как повышение возбудимости симпатической нервной системы.

2). Орто- и клиностатический рефлекс – исследование проводится в два приема : у больного лежащего на спине подсчитывается пульс. Затем предлагают быстро встать – ортостатическая проба: при этом в норме происходит увеличение пульса на 12 в минуту; при переходе больного в горизонтальное положение показатели пульса приходят к исходным цифрам в течение 3 минут – клиностатическая проба. Значительное ускорение пульса при ортостатической пробе указывает на повышение возбудимости симпатической нервной системы, значительное замедление пульса при клиностатической пробе – на повышение возбудимости парасимпатической части вегетативной нервной системы.

Методика исследования местного и рефлекторного дермографизма

- Дермографизм – сосудистая реакция кожи в ответ на её механическое раздражение (рукояткой молоточка, тупым концом булавки). Обычно на месте раздражения возникает красная полоса, ширина которой зависит от состояния вегетативной нервной системы. У некоторых лиц полоса может возвышаться над кожей (возвышенный дермографизм).

Методика исследования местного и рефлекторного дермографизма

При повышении тонуса симпатической нервной системы полоса имеет белый цвет (белый дермографизм).

Очень широкие полосы красного цвета указывают на повышение тонуса парасимпатической нервной системы.

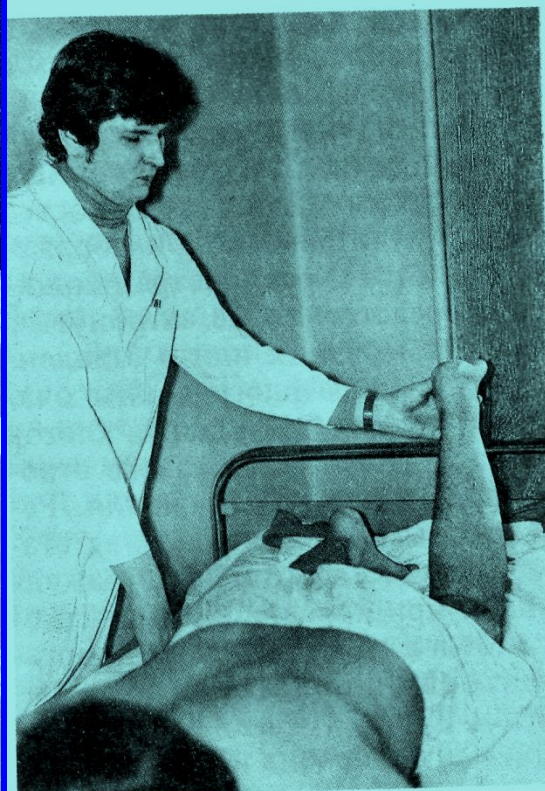
При топической диагностике используют рефлекторный дермографизм, который вызывается раздражением кожи острым предметом. Возникает полоса с неровными фестончатыми краями. Рефлекторный дермографизм представляет собой спинномозговой рефлекс. Он исчезает в зоне иннервации пораженных нервов и задних корешков (где проходят сосудорасширяющие волокна) или соответствующих им спинномозговых сегментов. Выше и ниже зоны поражения рефлекс сохраняется.

СИМПТОМЫ НАТЯЖЕНИЯ

Симптомы натяжения седалищного (Ласега) и бедренного нервов (Мацкевича и Вассермана)



Исследование симптома Ласега
а — первая фаза; б — вторая фаза.



Симптом Мацкевича



Симптом Вассермана.

СИМПТОМЫ НАТЯЖЕНИЯ

- Симптом Нери. При наклоне головы вперед боль возникает в зоне пораженного корешка.
- Симптом «вожжей». При поражении грудных позвонков длинные мышцы спины ниже уровня поражения напряжены и при наклонах больного напрягаются в виде натянутых вожжей. Обычно обнаруживается при вторичной радикулалгии (туберкулез, метастаз опухоли, грыжа диска).
- Проба Бонне — приведение и ротация внутрь бедра сопровождается болями вследствие натяжения грушевидной мышцы.

СИМПТОМЫ НАТЯЖЕНИЯ

Симптом «посадки» — сгибание больной ноги при попытке больного сесть в постели с выпрямленными ногами.

Симптом Бехтерева (перекрестный симптом Ласега) — возникновение боли в «больной» ноге при исследовании симптома Ласега на здоровой стороне.

Симптом «кашлевого толчка» (Дежерина) — появление боли в пояснице при кашле, чихании, натуживании.

Синдром Сикара — боль по ходу седалищного нерва при сильном тыльном разгибании стопы.

Нормальный состав спинномозговой жидкости.

- Визуально - бесцветный, прозрачный
- Давление – в положении лежа на боку
110- 180 мм в ст, сидя до 210 мм в ст
- Белок – 0,33 г/л
- Количество клеток (цитоз) - от 3 до 5 в 1
мкл
- Сахар - 0,5-0,75 г/л
- Хлориды - 7,0 -7,5 г/л

- Белково-клеточная диссоциация ликвора-
- увеличение количества белка в большее число раз, чем количества клеток - наблюдается при опухолях головного и спинного мозга.
- Клеточно-белковая диссоциация ликвора-
- увеличение количества клеток в большее число раз, чем количества белка – наблюдается при менингитах

Синдром Аргайль-Робертсона

- Отсутствие реакции зрачков на свет
- при сохранной реакции на конвергенцию.
- Может сочетаться с синдромом Клода –
Бернара-Горнера.
- Характерен для нейросифилиса.

Синдром Клода-Бернара-Горнера

- 1). Птоз (опущение верхнего века)
- 2). Миоз (сужение зрачка)
- 3). Энофтальм (западение глазного яблока)
- Характерен для поражения спинного мозга на уровне С8-D1 сегментов. Патологии верхушки лёгкого. Вирховском метастазе.

Синдром Вендеровича

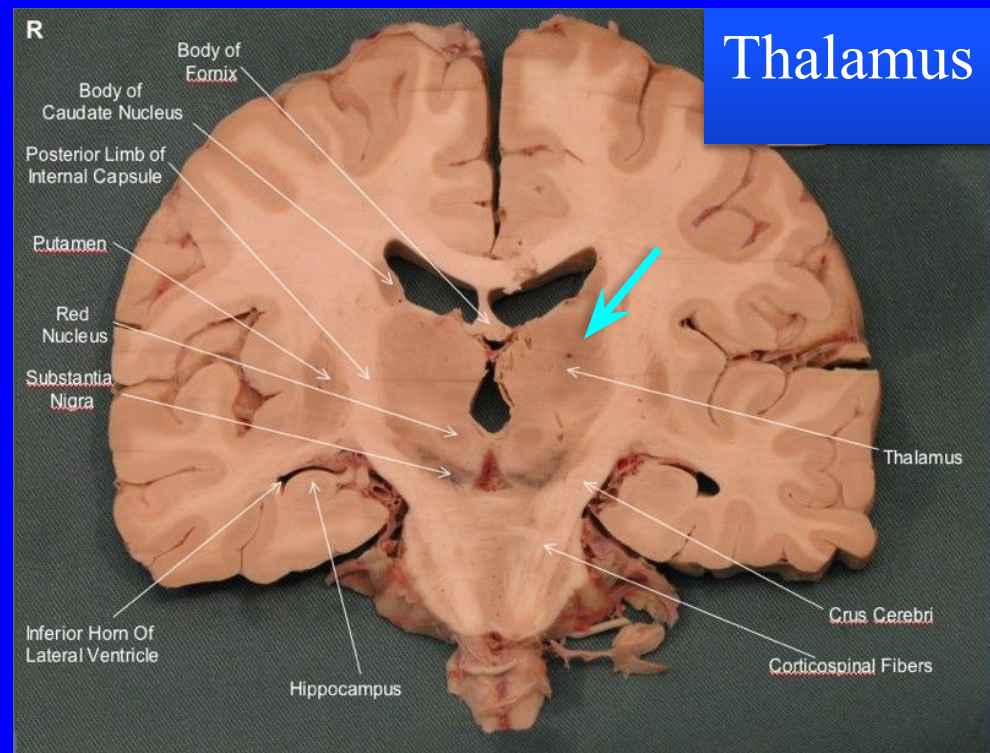
- Отсутствие реакции зрачков в ответ на конвергенцию глазных яблок, при сохранной реакции зрачков на свет.
- Характерен для эпидемического летаргического энцефалита.

Триада Шарко

- 1). Нистагм
- 2). Скандированная речь
- 3). Интенционный тремор
- Характерен для рассеянного склероза

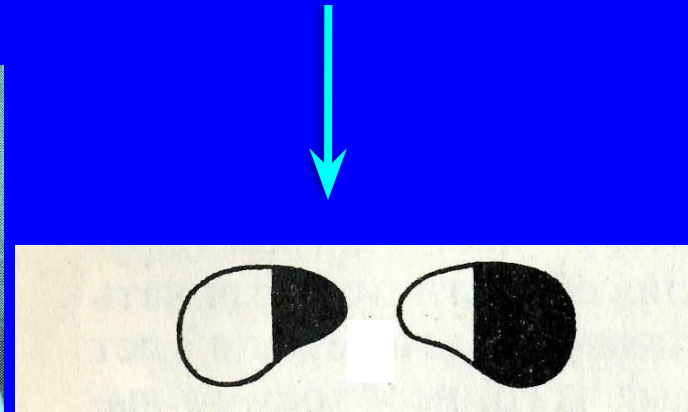
Синдром поражения зрительного бугра

- На противоположной половине синдром 3-х «ГЕМИ»
 - 1). Гемиянестезия
 - 2). Гемипатаксия
 - 3). Гемиянопсия

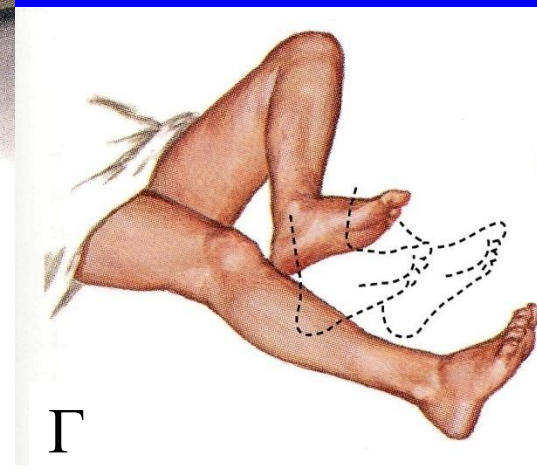
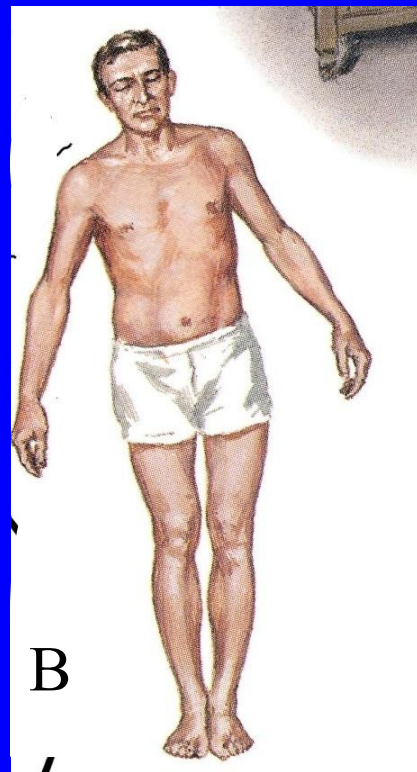
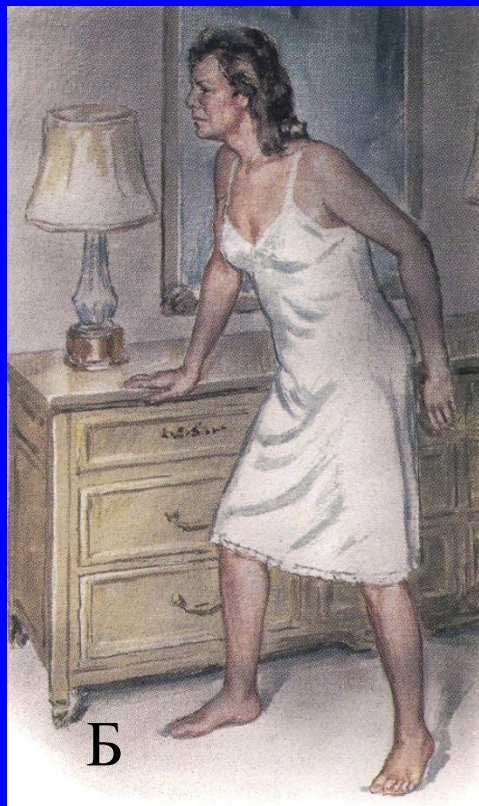
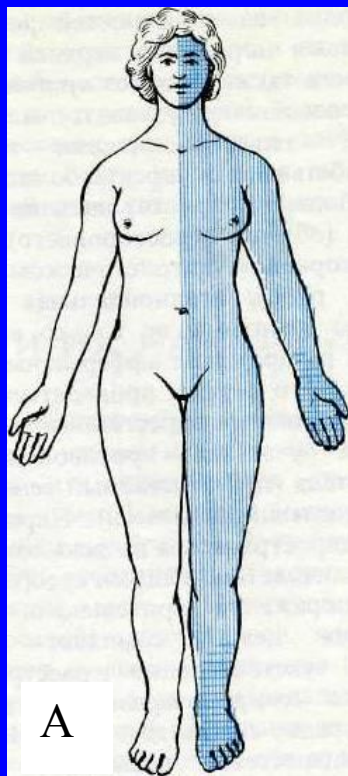


Синдром поражения зрительного бугра

- Гемианопсия (слепота половин полей зрения)



Синдром поражения зрительного бугра

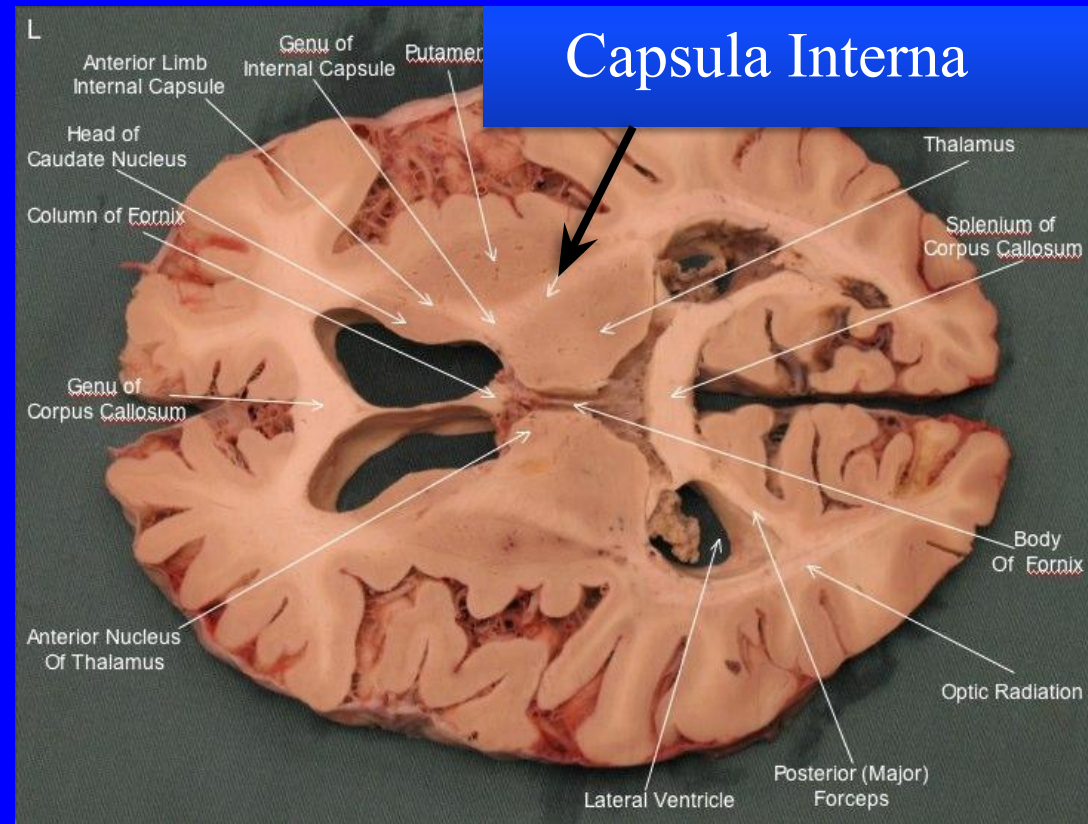


А. Гемипарезия

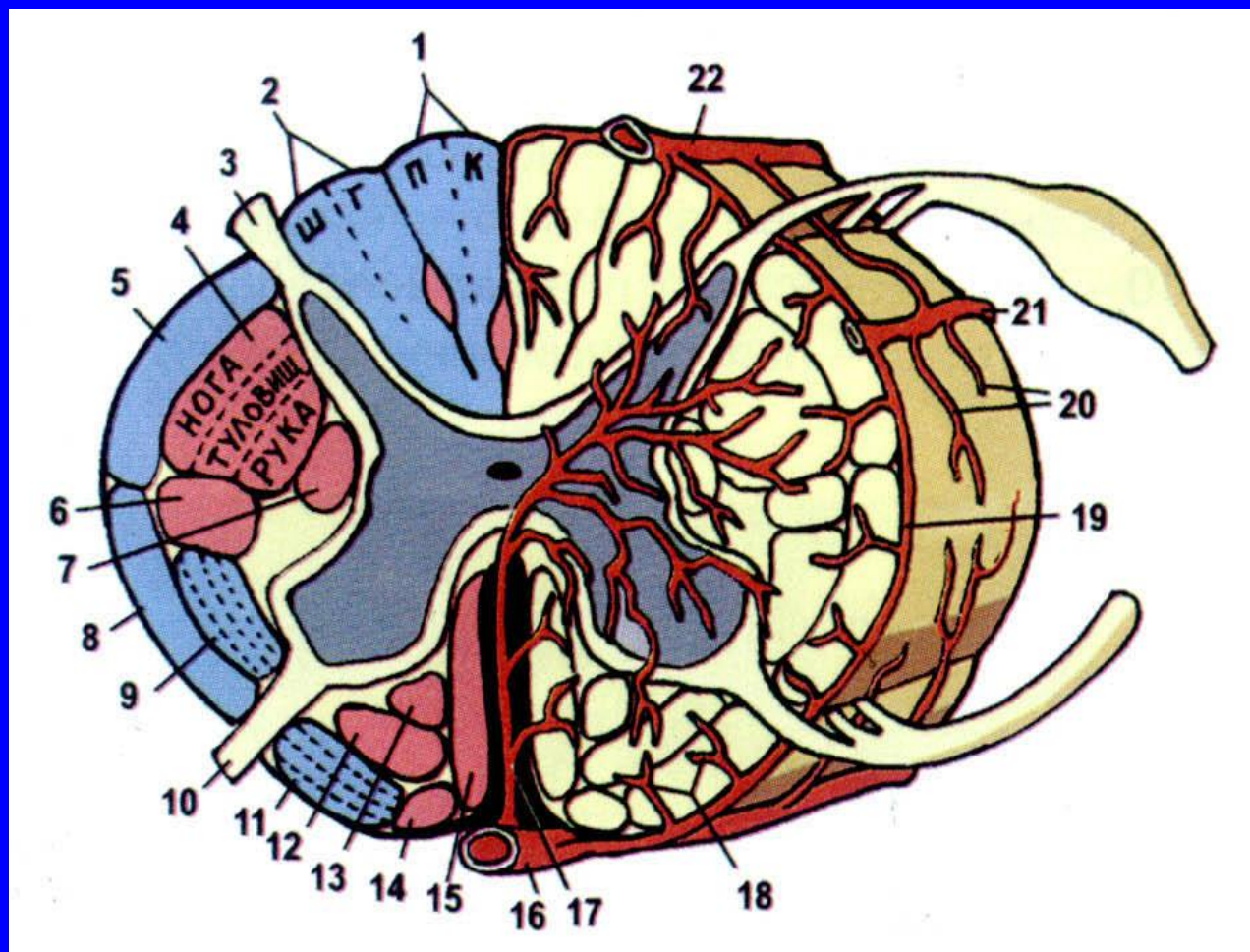
Б,В,Г. Гемипарезия

Синдром поражения внутренней капсулы

- На противоположной стороне
- 1). Гемипарез
- 2). Гемиплегия
- 3). Гемипарестезия

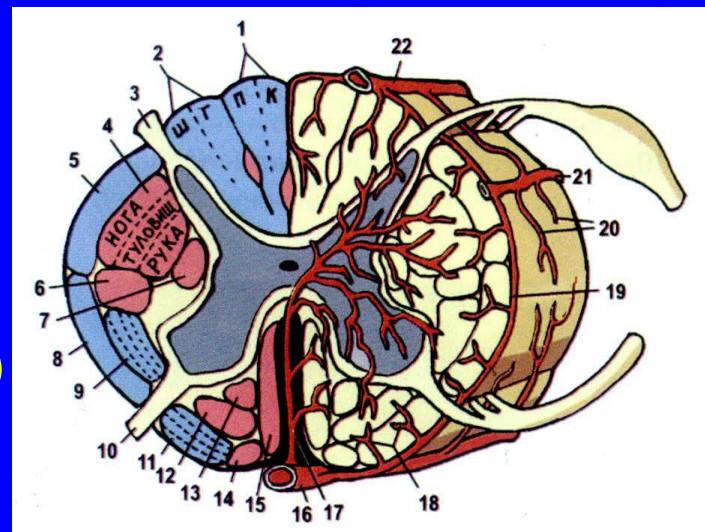


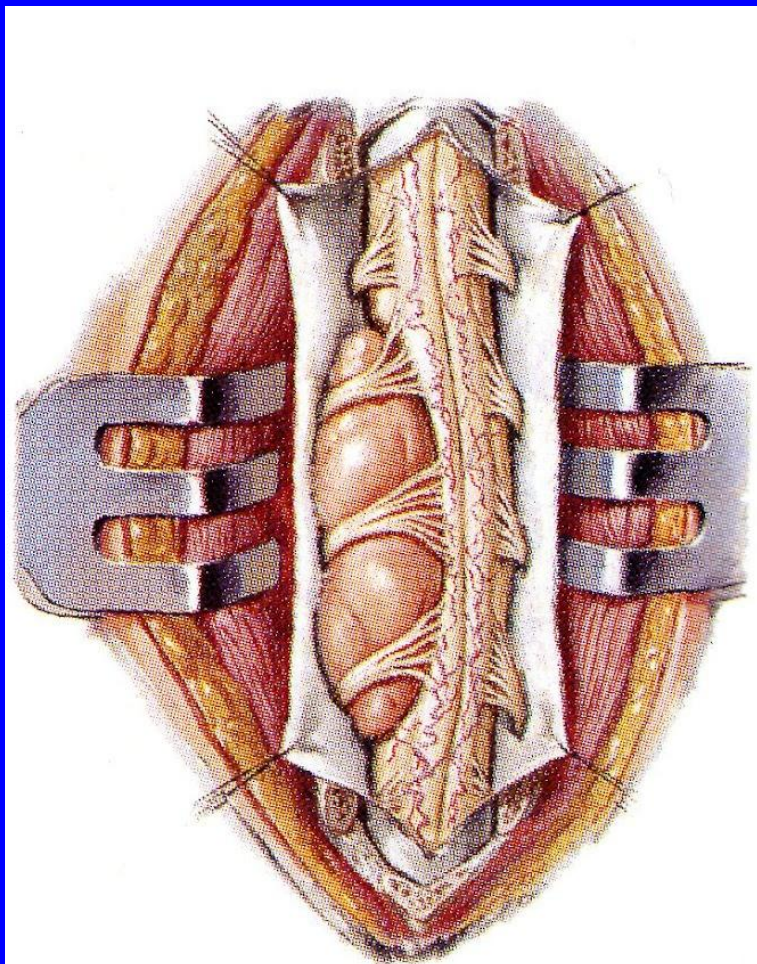
Синдромы поражения спинного мозга



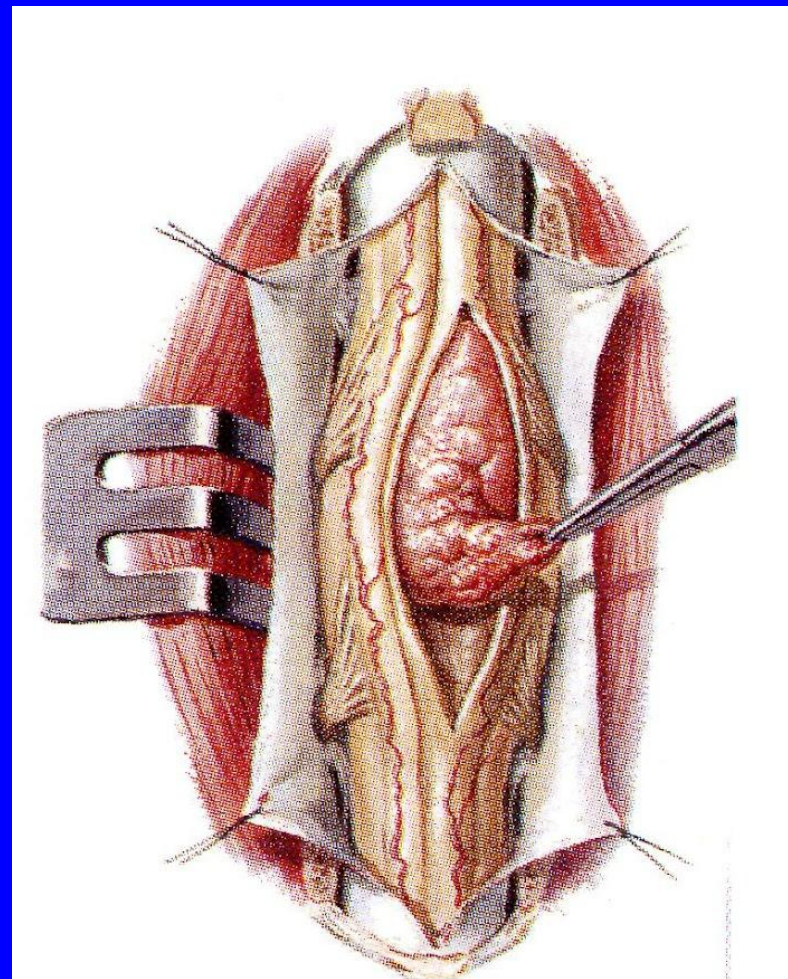
Закон эксцентричного расположение более длинных проводников

- Проводящие пути поверхностной чувствительности, идущие от ног расположены более латерально (эксцентрично). Поэтому при экстрамедуллярных опухолях (ТР) чувствительные нарушения возникают в начале в ногах, поднимаясь до уровня локализации ТР. При интрамедуллярных ТР чувствительные нарушения возникают на уровне локализации опухоли и при её росте опускаются вниз.

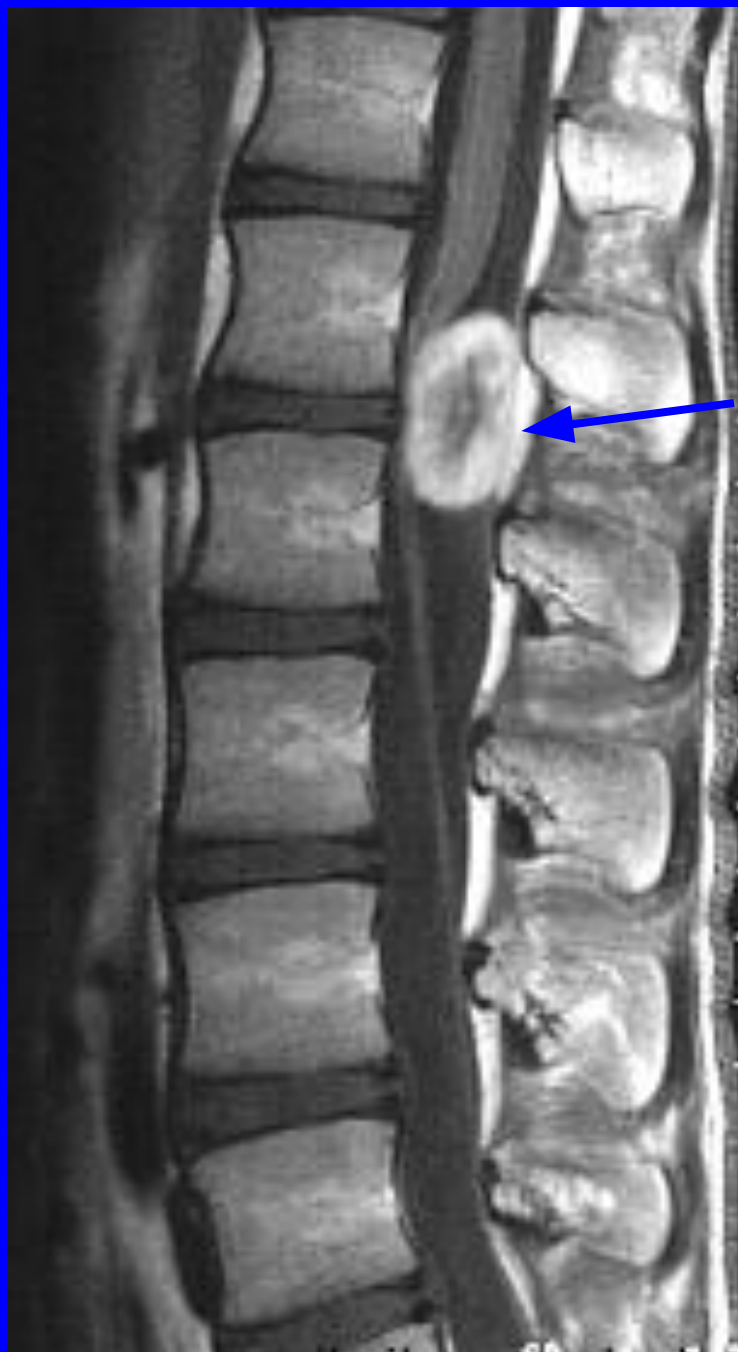




Экстрamedулярная опухоль

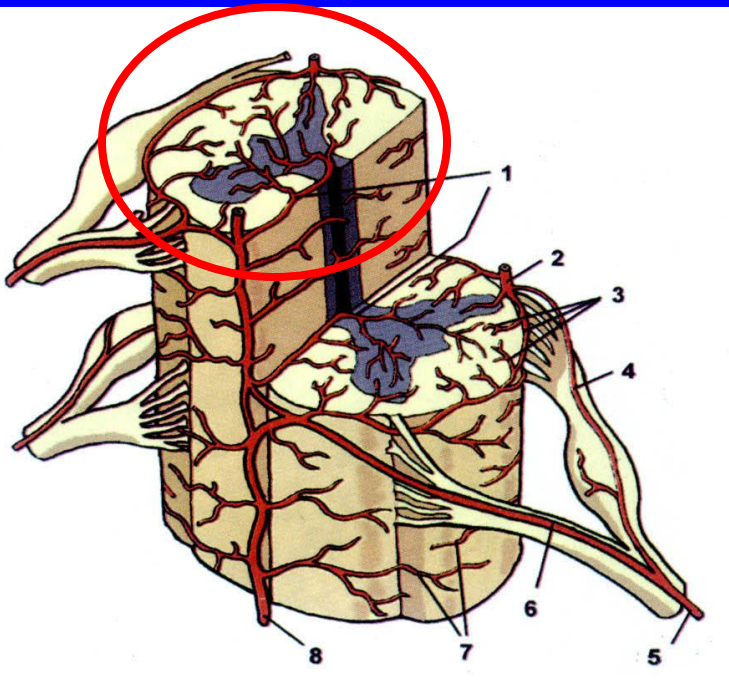


Интрамедулярная опухоль



МРТ. Экстрамедуллярная опухоль

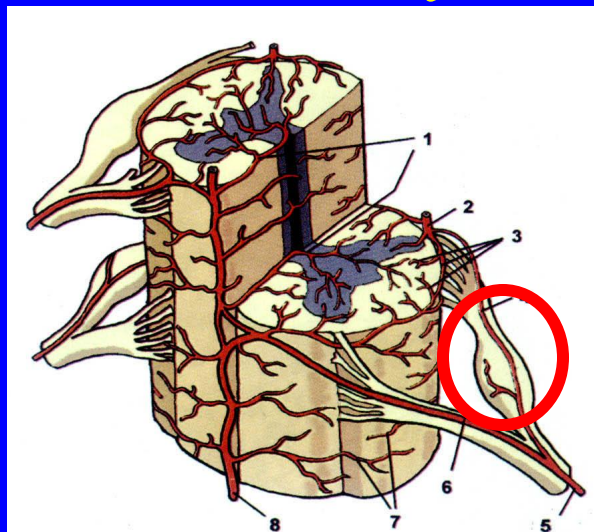
Синдром поражение половины спинного мозга (Броун-Секара)



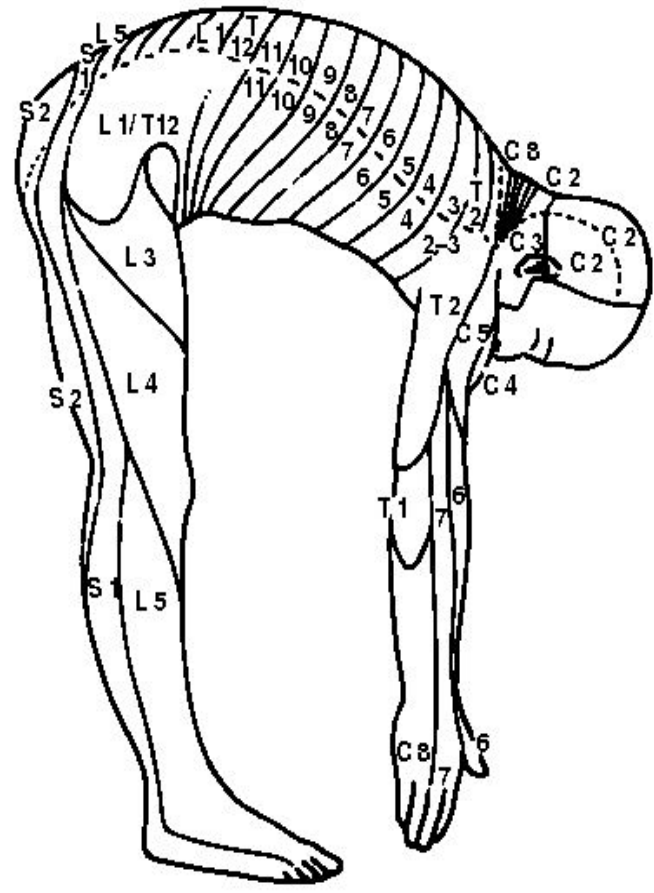
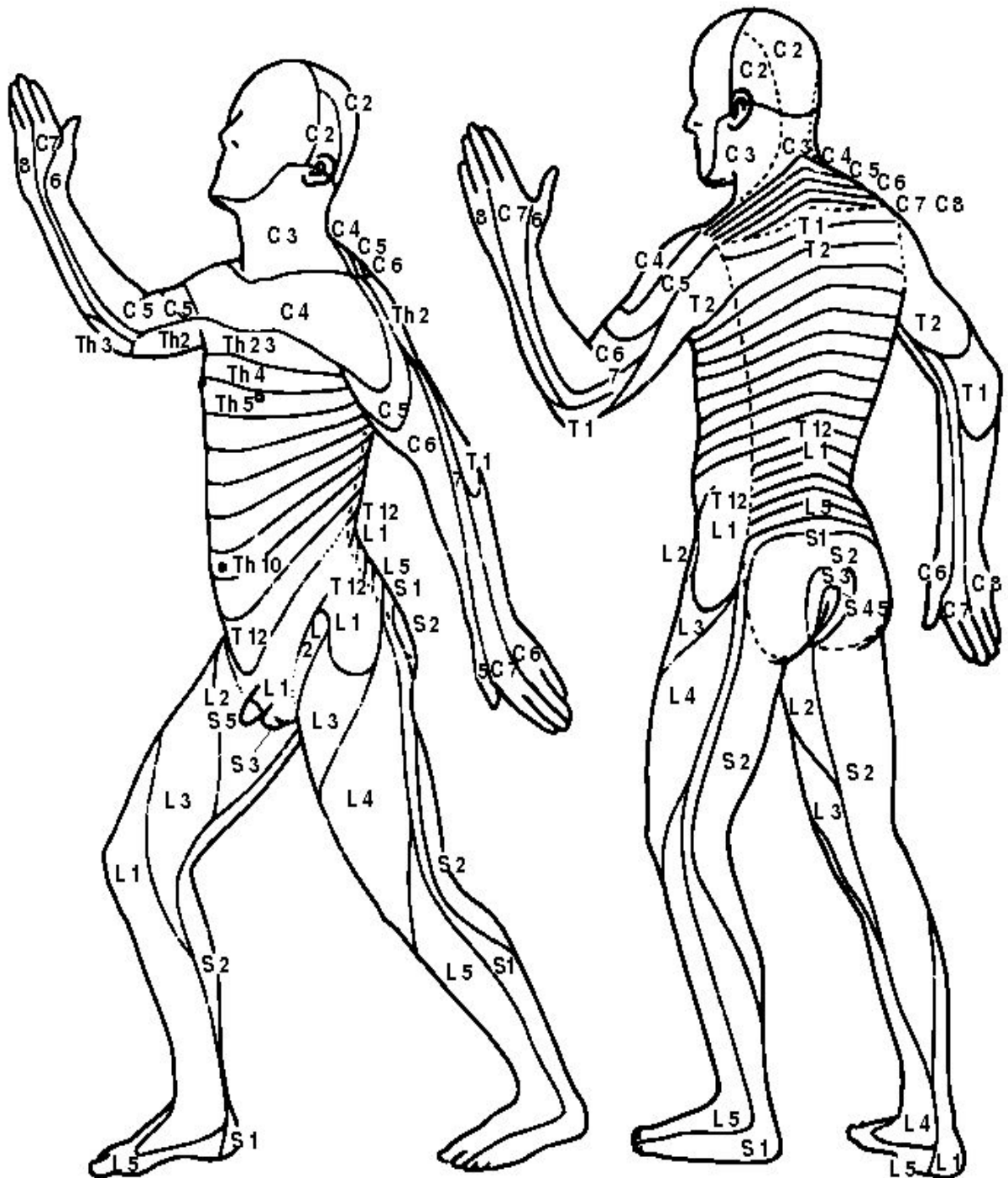
- Симптоматика при этом следующая: 1). на стороне поражения центральный паралич, с гиперрефлексией и патологическими рефлексами 2). утрата глубокой чувствительности.
- На противоположной стороне утрат болевая и температурная чувствительность по проводниковому типу книзу от уровня поражения.

- Синдром спинномозгового узла.

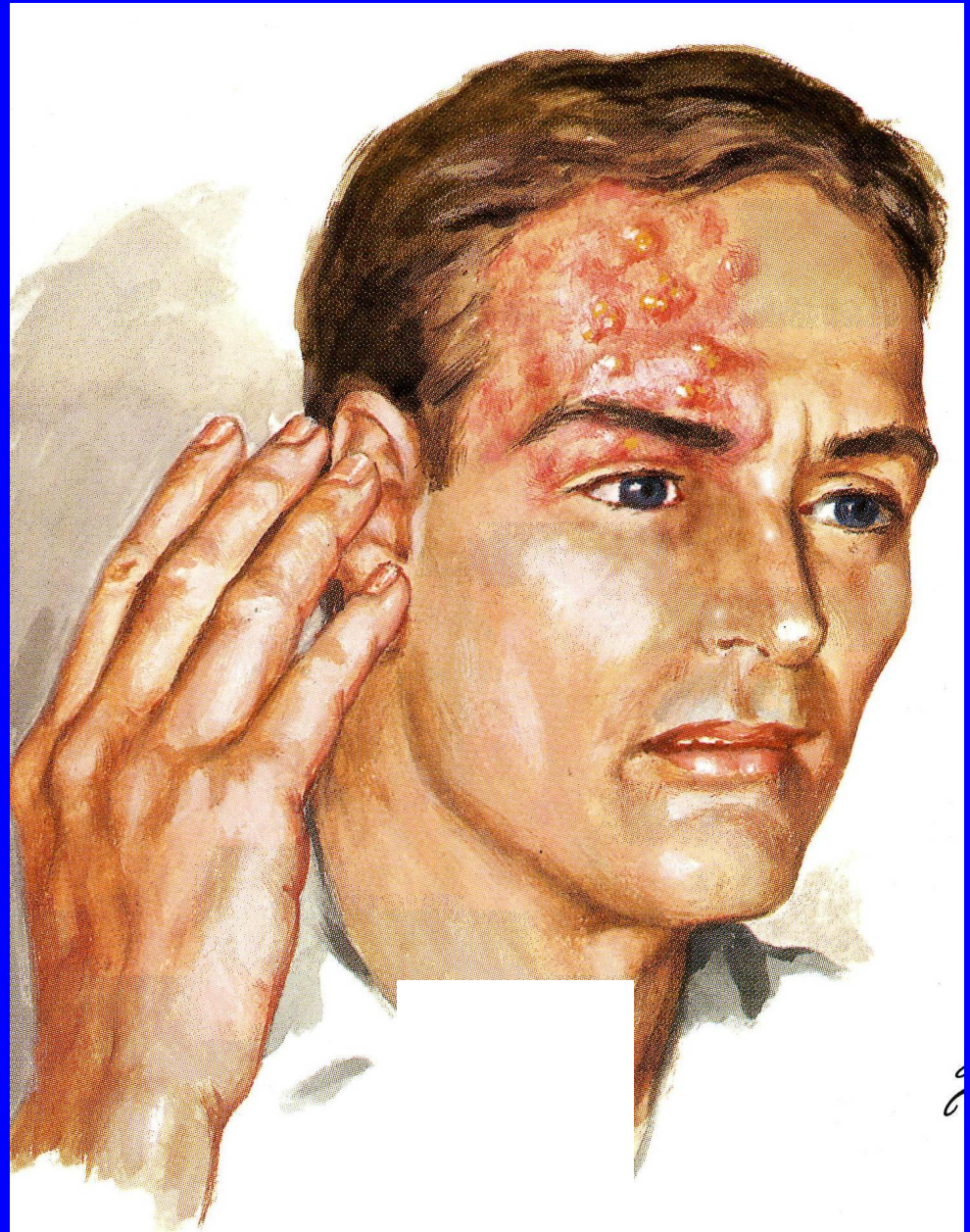
- Синдром называется «герпес зостер». В пораженных дерматомах отмечаются везикулы, парестезии и интенсивная жгучая, режущая боль. Иногда герпес зостер присоединяется к уже существующему заболеванию (метастазу рака в позвоночник, туберкулезному спондилиту, лейкемии, ВИЧ и др.).



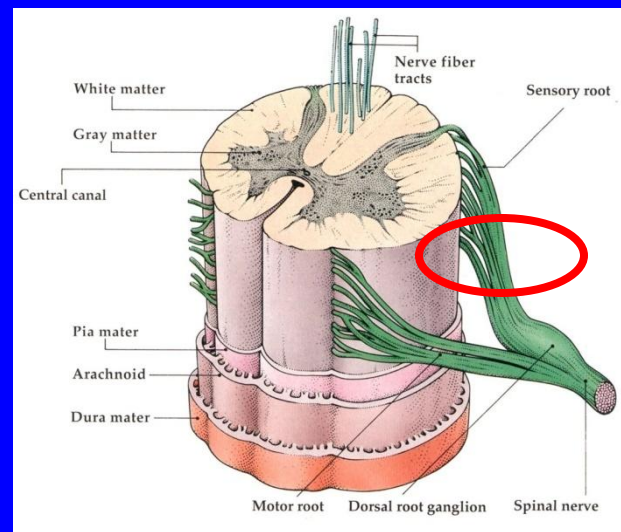
THE DERMATOMES



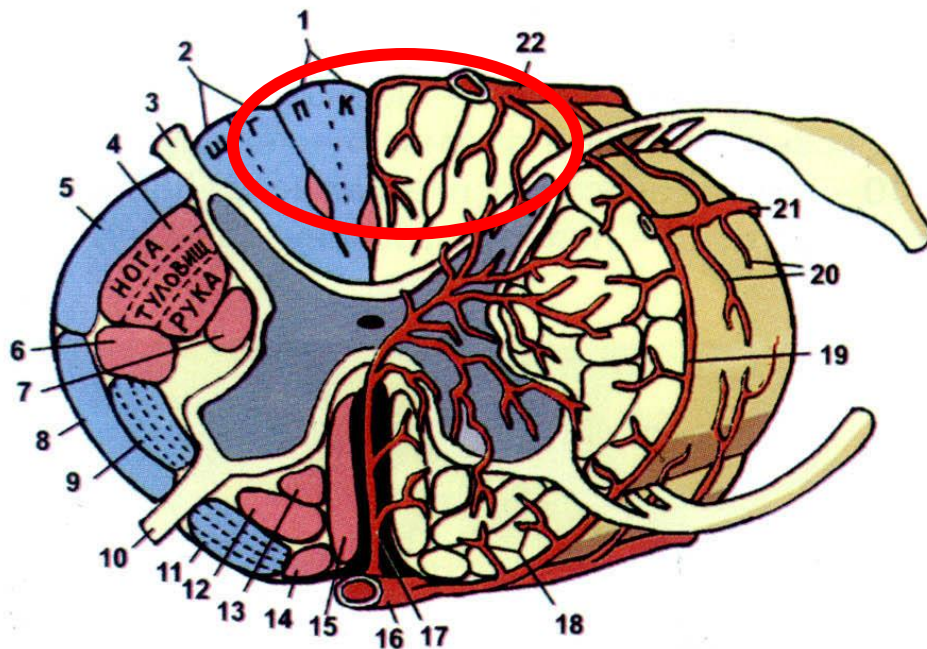
Herpes Zoster – вследствие
поражения Гасерова узла
тройничного нерва



- **Синдром задних корешков.**
- Полный перерыв нескольких соседних задних корешков ведет к утрате всех видов чувствительности в соответствующих дерматомах. Кроме того, нарушение целостности рефлекторной дуги ведет к мышечной гипотонии, а также к гипо — и арефлексии. Симптомом поражения заднего корешка также является сильная режущая, стреляющая, корешковая боль.

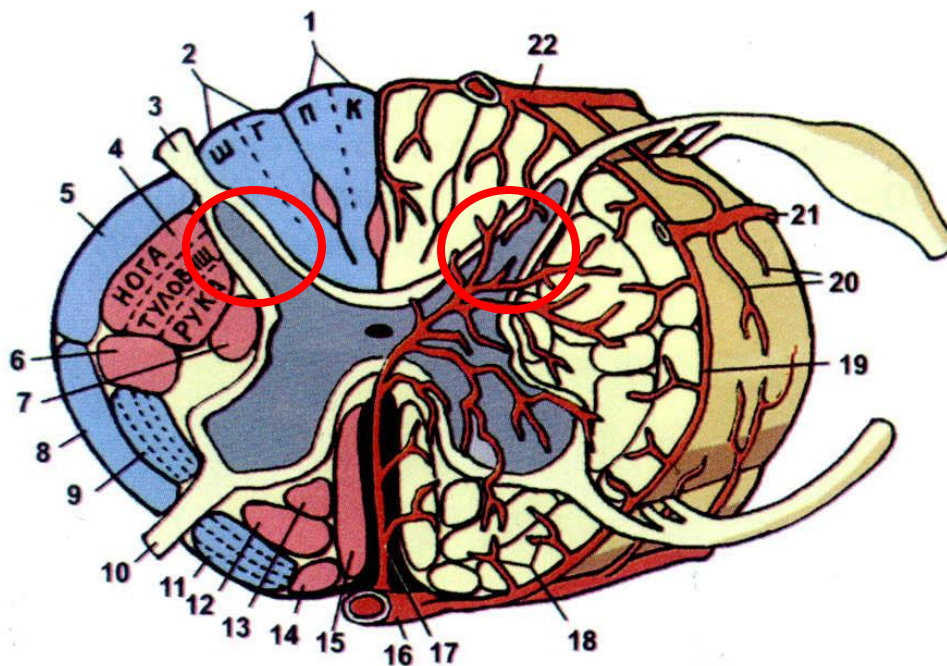


- **Синдром задних путей (задних канатиков).**
- Характеризуется утратой глубокой чувствительности книзу от места поражения. Отмечается также астереогноз, сенситивная атаксия.
- Наиболее частыми причинами поражения задних путей являются спинная сухотка (табес дорзалис), атаксия Фридрейха, травма и экстрамедуллярная опухоль.

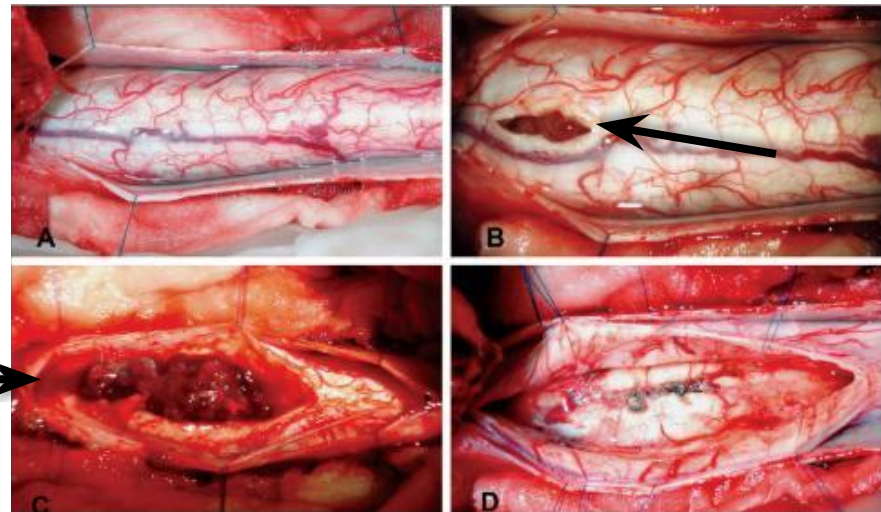


● Синдром задних рогов

- Чувствительные нарушения соответствует сегментарному типу. Нарушается только болевая и температурная чувствительность в данном дерматоме, в то время как глубокая чувствительность, проводимая по задним канатикам, остается интактной. Потеря болевой и температурной чувствительности при сохранности остальных видов чувствительности называется «сегментарно-диссоциированным расстройством чувствительности».

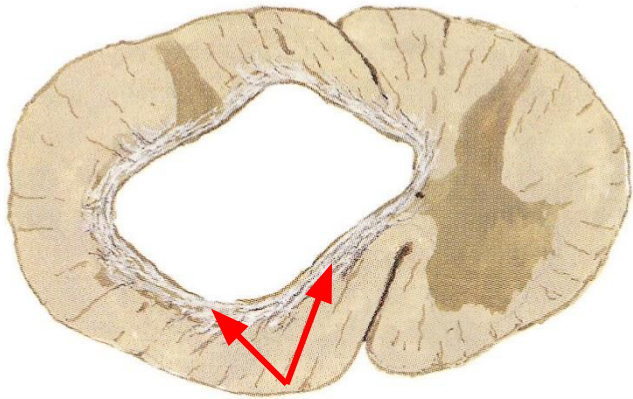


- **Синдром задних рогов.**
- Синдром поражения задних рогов спинного мозга возникает при таких заболеваниях, как сирингомиелия, гематомиелия (травматическое кровоизлияние в серое вещество спинного мозга), при интрамедуллярных опухолях.



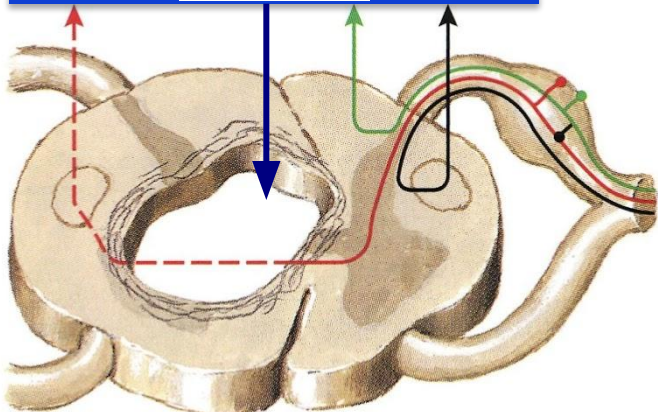
Интрамедуллярная опухоль

Сирингомиелия

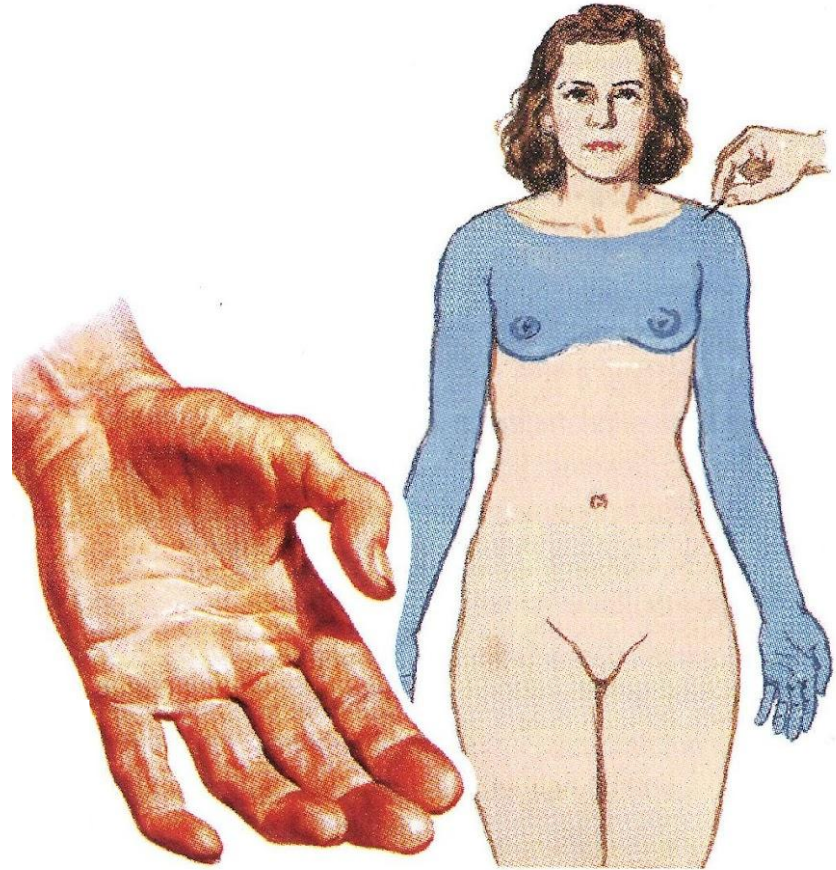


Глиозная трансформация

Полость



Аналгезия и термоанестезия



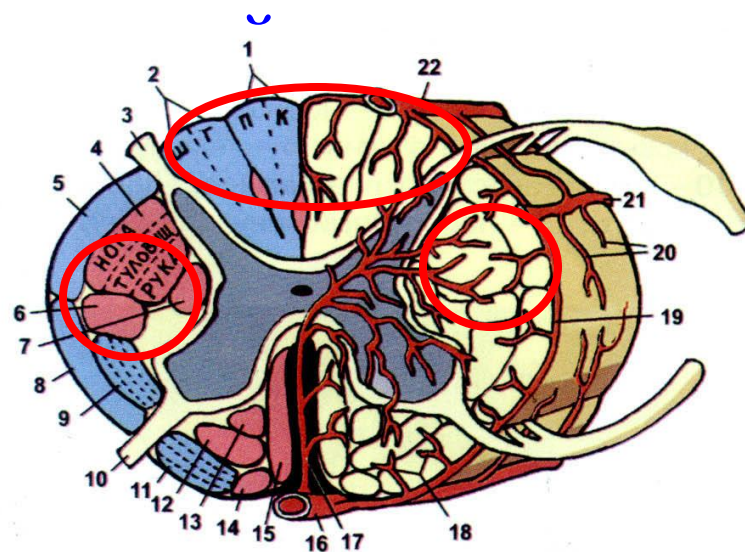
Атрофия кисти

Сирингомиелия (МРТ шейного отдела спинного мозга)



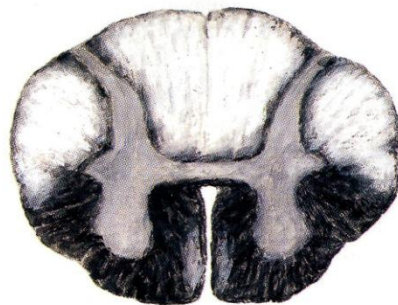
Полость в ткани спинного мозга

- Синдром сочетанной дегенерации задних канатиков и корково-спинно-мозговых путей (подострая сочетанная дегенерация спинного мозга – фуникулярный миелоз).
 - В процесс вовлекаются задние канатики и пирамидные пути; серое вещество не страдает. Поражение задних канатиков вызывает утрату глубокой чувствительности в ногах. Одновременно за счет вовлечения пирамидных путей развивается нижний спастический паралич.



Подострая сочетанная дегенерация спинного мозга (фуникулярный миелоз)

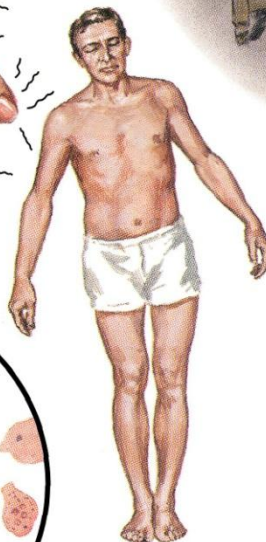
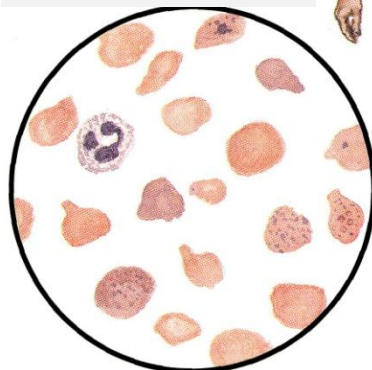
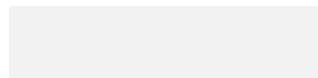
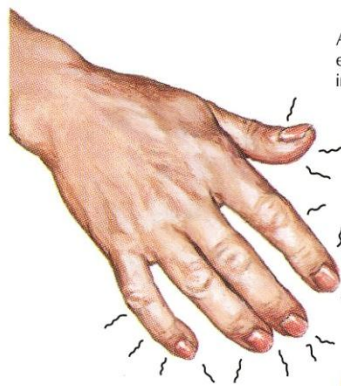
■ Это заболевание обычно связано с пернициозной анемией, хотя также может быть вызвано и другими анемиями и различными формами недостаточности питания.



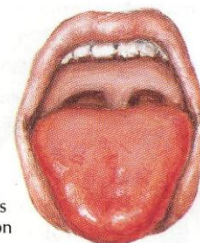
Degeneration of posterior columns, and corticospinal and direct spinocerebellar tracts, chiefly in midthoracic spinal cord



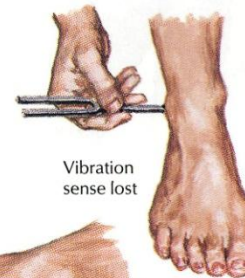
Ataxia, especially in darkness



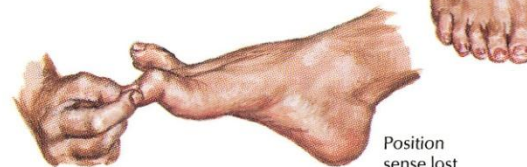
Patient sways with eyes closed (positive Romberg sign).



Glossitis common



Vibration sense lost

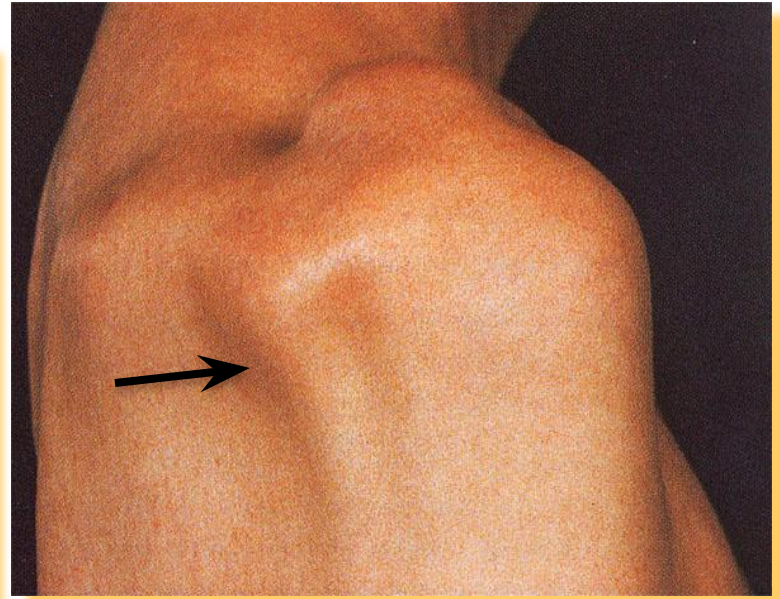


Position sense lost

Pernicious anemia with macrocytosis, poikilocytosis, and polychromatophilia almost always present. Hemoglobin may be normal, mean corpuscular volume elevated. Bone marrow characteristically abnormal.

● Синдром передних рогов.

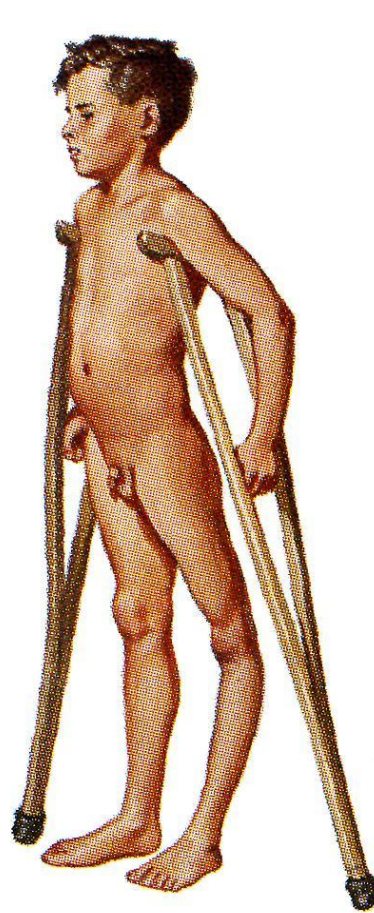
- Нейроны передних рогов избирательно поражаются при остром полиомиелите. Особенно ранимы нейроны шейного и поясничного утолщений.
- При полиомиелите развивается вялый паралич соответствующих мышц. Нарушение иннервации ведет к атрофии мышечной ткани, иногда полностью замещается соединительной и жировой тканью. Кроме полиомиелита передние рога могут поражаться при сирингомиелии, гематомиелии, миелите и нарушениях спинального кровообращения.



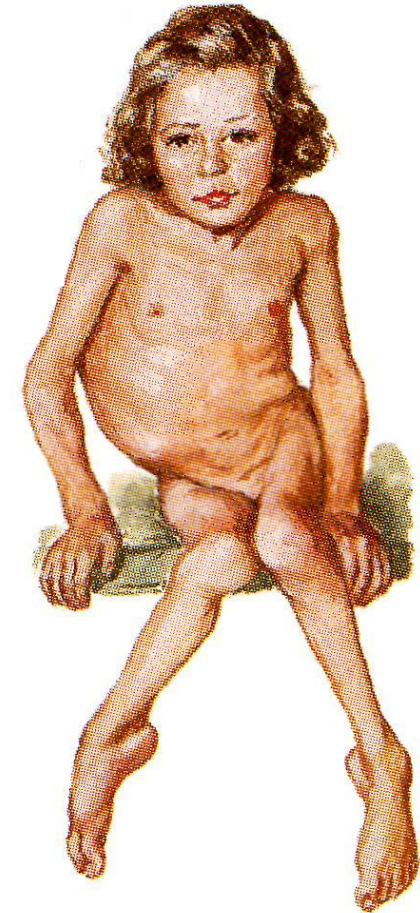
Резидуальная стадия полиомиелита



Scoliosis



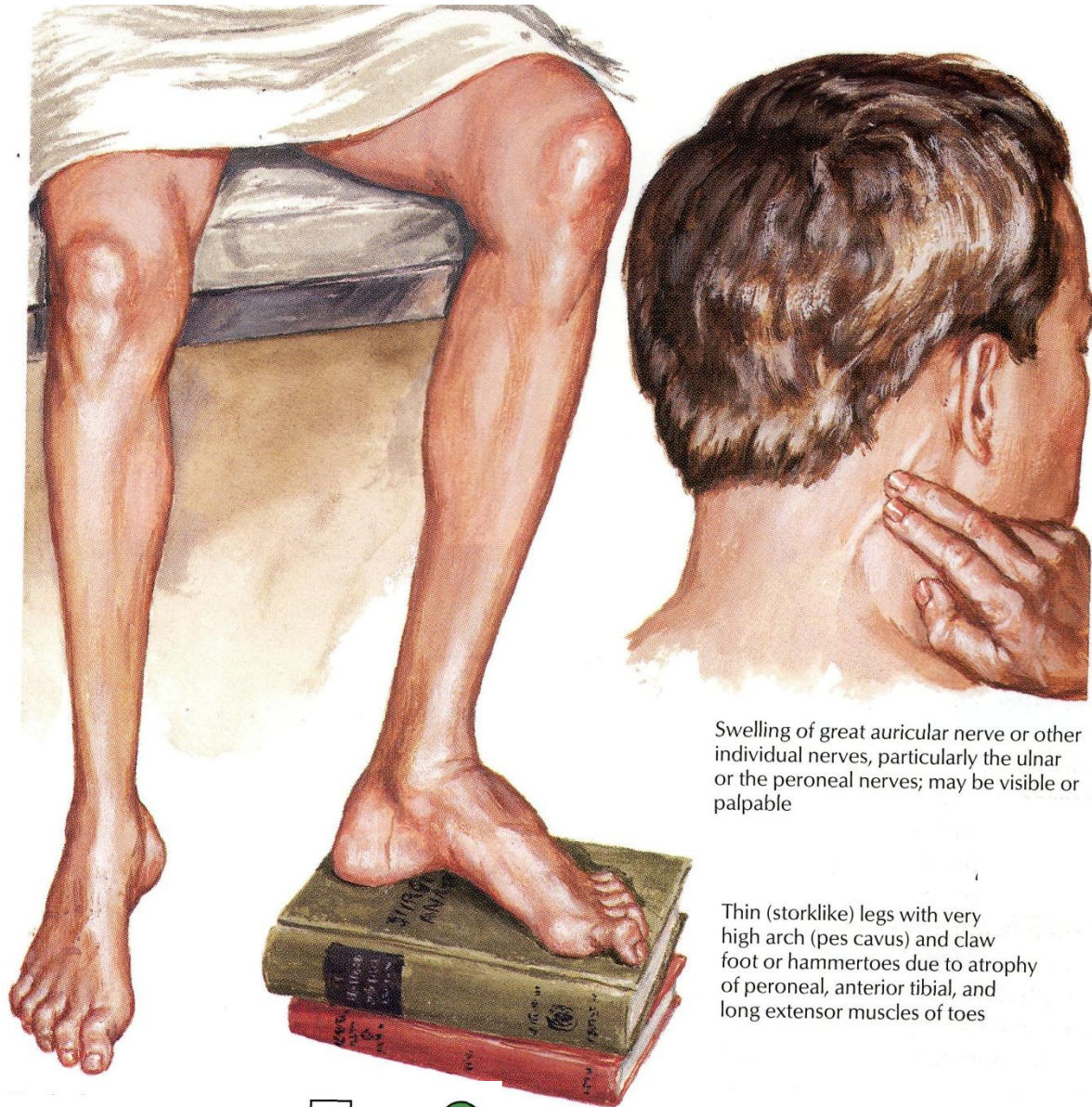
Genu recurvatum, atrophy of limb
and equinovarus



- Синдром комбинированного поражения переднего рога и пирамидного пути.
- Такое сочетание поражений называется Боковым Амиотрофическим Склерозом - БАС . Поражение передних рогов вызывает развитие вялого паралича, а патология пирамидных путей — спастического паралича. Соответственно, при обследовании больного выявляется комбинация вялого и спастического парезов. Например, может обнаруживаться атрофия мышц рук и кистей и снижение тонуса в них. Однако можно выявить и симптомы спастичности в этих мышцах в виде высоких рефлексов.

- **Синдром передних и задних корешков и периферических нервов.**
- Этот синдром называется **невральной мышечной атрофией**. Он включает сочетание чувствительных расстройств с вялым парезом. Также беспокоят парестезии и периодически — боли. Периферические нервы на ощупь утолщены и часто чувствительны к давлению. Невральная мышечная атрофия - наследственное заболевание, встречается главным образом у молодых мужчин. Течение его хроническое, на фоне прогрессирования отмечаются длительные периоды ремиссий. Характерными признаками заболевания являются атрофии, локализующиеся преимущественно в дистальных отделах ног («ноги аиста»), и походка по типу «степпаж».

Невральная амиотрофия Шарко - Мари - Тута



Swelling of great auricular nerve or other individual nerves, particularly the ulnar or the peroneal nerves; may be visible or palpable

Thin (storklike) legs with very high arch (pes cavus) and claw foot or hammertoes due to atrophy of peroneal, anterior tibial, and long extensor muscles of toes



БОЛЕЗНЬ ШАРКО-МАРИ-ТУТА

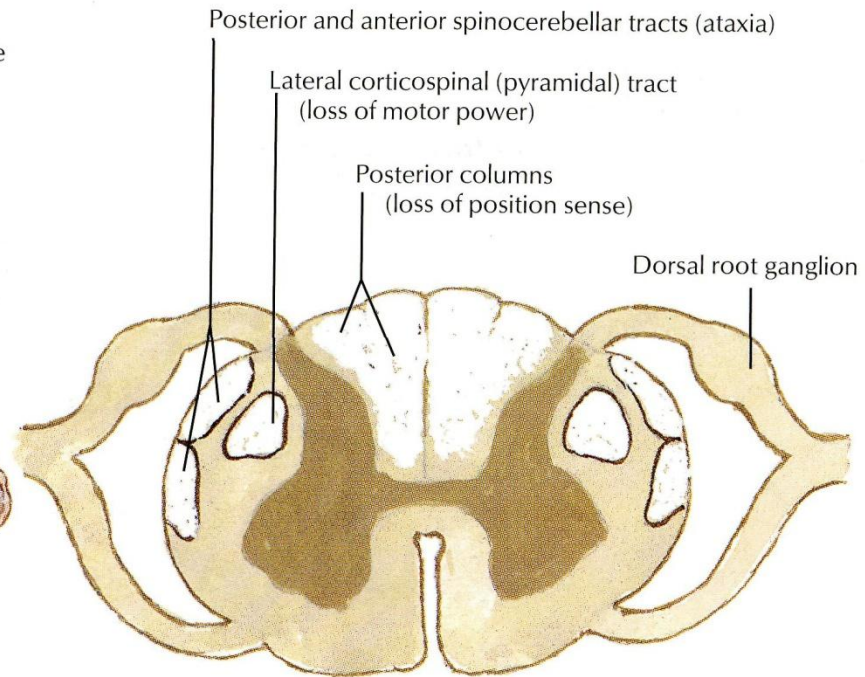
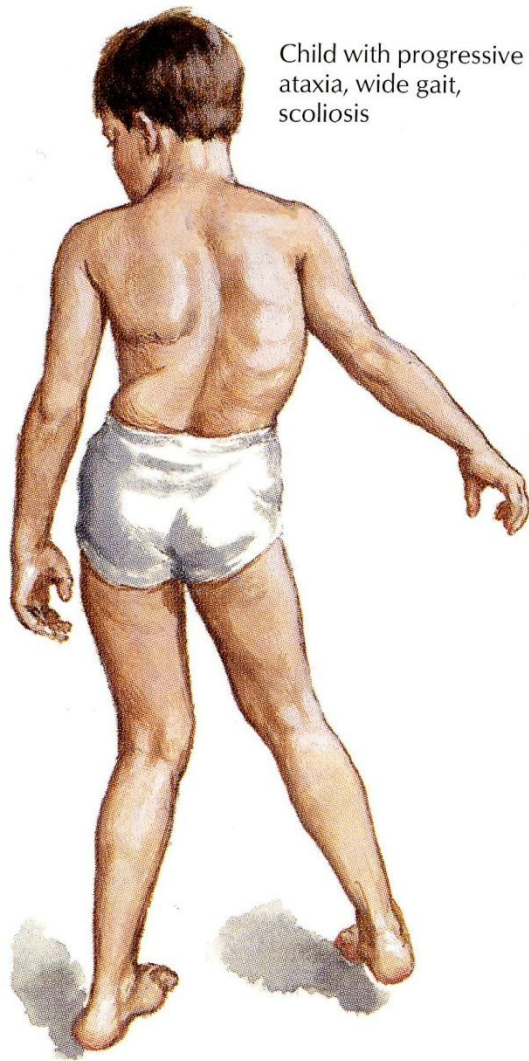


БОЛЕЗНЬ ШАРКО-МАРИ-ТУТА

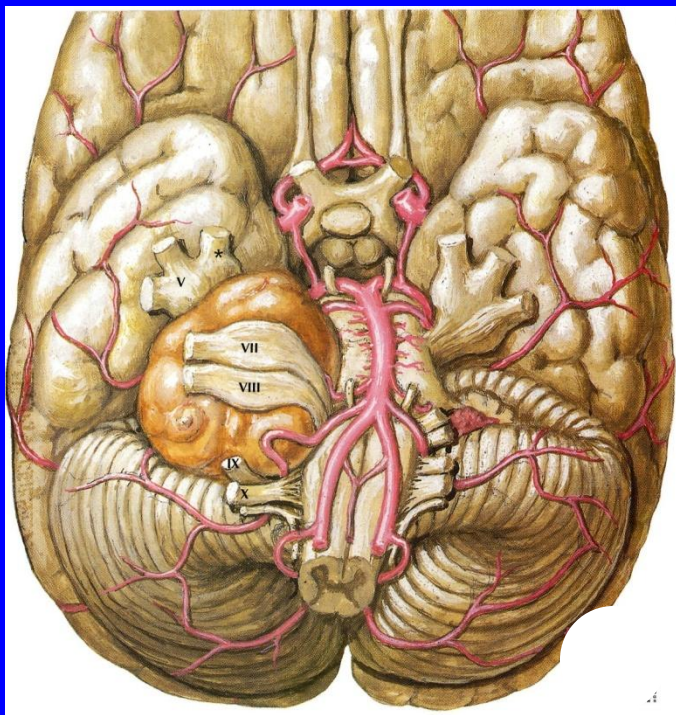
- **Синдром сочетанного поражения заднего канатика и спинно-мозжечковых путей.**
- Поражение указанных структур составляет основу наследственного заболевания, называемого **атаксией Фридрейха**. Заболевание начинается с дегенерации заднего канатика. Вследствие этого утрачивается глубокая чувствительность. Температурная и болевая чувствительность не страдают. Атаксия нередко является ведущим симптомом из-за дегенерации спинно-мозжечковых путей. Атаксия заметна при ходьбе, стоянии, сидении и отчетливо выявляется при пальценосовой и пяточно-коленной пробах. Больной ходит, широко расставляя ноги. Характерна «полая стопа», так называемая **СТОПА Фридрейха**, которая выявляется в 75% случаев. Кроме того 80% больных имеют кифоз или сколиоз.

Атаксия Фридрейха

Child with progressive ataxia, wide gait, scoliosis



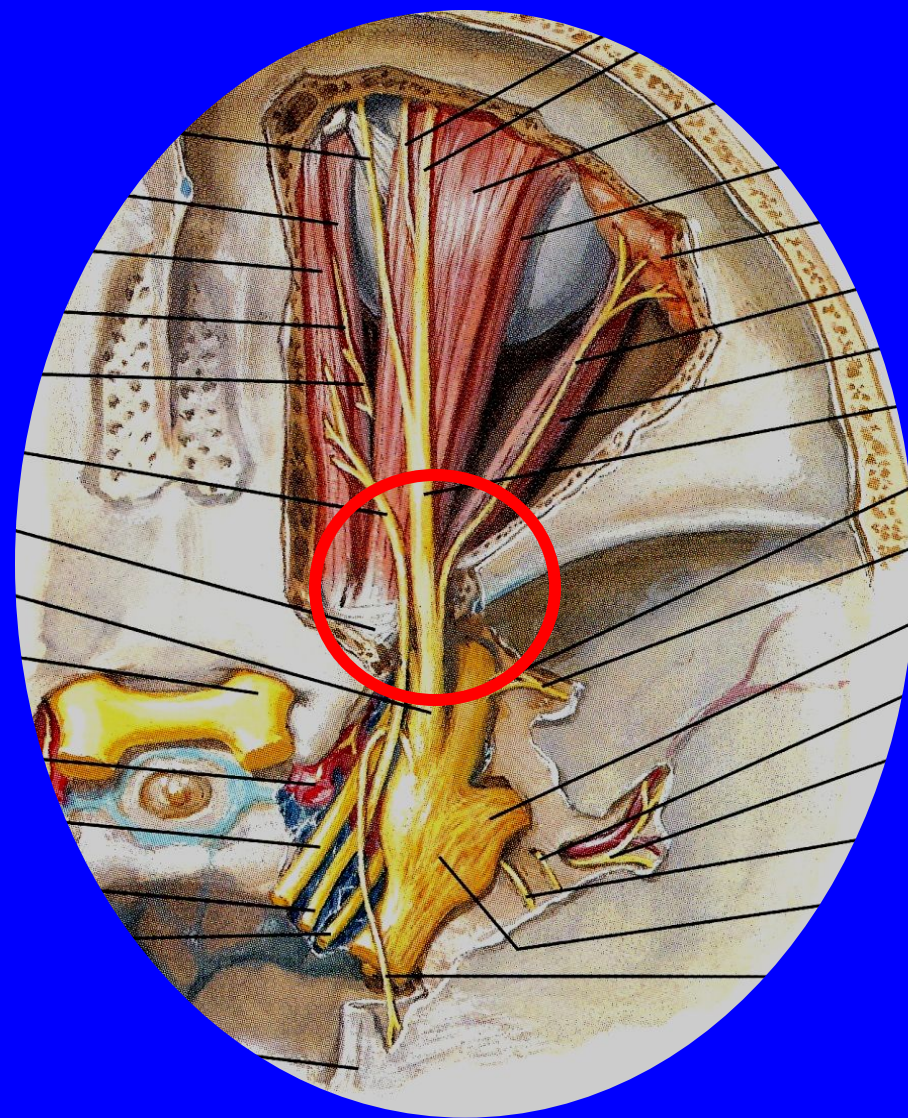
Синдром поражения мосто-мозжечкового угла



Невринома слухового нерва

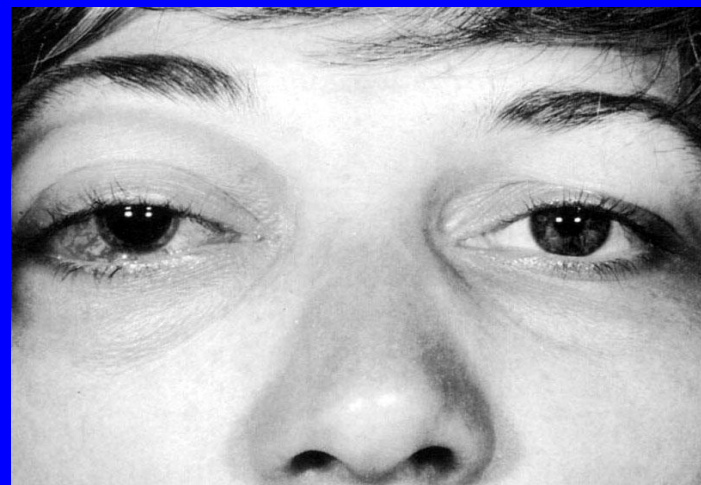
Синдром верхней глазничной щели

Это синдром сочетанного поражения черепных нервов проникающих в орбиту через верхнеглазничную щель — (III, IV, VI и первая ветвь V нерва).



Синдром верхней глазничной щели. Наиболее частые причины и клинические проявления

- 1). Переломы основания черепа
- 2). Опухоли крыльев основной кости
- 3). Стероидно-чувствительная офтальмоплегия Толоса-Ханта
- 4). Патология кавернозного синуса (в сочетании с экзофтальмом)



Good Luck!



