



# ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений .....	6
<b>Глава I. Основные неврологические синдромы и методы исследования.</b> .....	<b>7</b>
1. Методы исследования больных с заболеваниями нервной системы. ....	7
Клиническое обследование .....	7
2. Нарушение сознания .....	11
Формы нарушения сознания. Обследование больного с нарушением сознания .....	11
3. Общая чувствительность и ее нарушения. ....	14
Исследование общей чувствительности. ....	16
Симптомы чувствительных нарушений. ....	18
Типы (синдромы) нарушений чувствительности. ....	19
4. Произвольные движения и их нарушения. ....	24
Методика клинического исследования произвольных движений .....	25
Рефлексы и их изменения. ....	28
Симптомы центрального и периферического пареза .....	34
5. Экстрапирамидные нарушения движений .....	38
Симптомы и синдромы экстрапирамидных расстройств. ....	40
6. Синдромы поражения ствола мозга и черепных нервов .....	45
Обонятельный нерв (I пара черепных нервов) .....	47
Зрительный нерв (II пара черепных нервов) .....	48
Глазодвигательный (III пара), блоковый (IV пара) и отводящий (VI пара) нервы .....	51
Тройничный нерв (V пара черепных нервов). ....	56
Лицевой нерв (VII пара черепных нервов) .....	59
Преддверно-улитковый нерв (VIII пара черепных нервов) .....	62
Языкоглоточный нерв (IX пара черепных нервов) и блуждающий нерв (X пара черепных нервов) .....	65
Добавочный нерв (XI пара черепных нервов) .....	68
Подъязычный нерв (XII пара черепных нервов). ....	68
Бульбарный и псевдобульбарный синдромы .....	70

7. Расстройства координации движений. . . . .	71
Исследование координации движений. . . . .	73
Симптомы нарушений координации. . . . .	75
8. Синдромы поражения спинного мозга, его корешков и периферических нервов. . . . .	78
Симптомы и синдромы поражения спинного мозга и его корешков . . . . .	80
Симптомы поражения периферических нервов . . . . .	85
9. Расстройства высших мозговых функций. . . . .	86
Исследование высших мозговых функций . . . . .	92
10. Синдромы поражения отдельных долей головного мозга. . .	101
Синдромы поражения лобной доли . . . . .	101
Синдромы поражения височной доли. . . . .	102
Синдромы поражения теменной доли. . . . .	102
Синдромы поражения затылочной доли . . . . .	103
11. Расстройство функций вегетативной нервной системы. . .	103
Симптомы и синдромы вегетативных нарушений. . . . .	105
12. Симптомы поражения оболочек мозга. Менингеальный и гипертензионный синдромы . . . . .	110
Менингеальный синдром. Гипертензионный синдром. Гидроцефалия . . . . .	113
13. Лабораторные и инструментальные методы исследования. .	115
Вопросы для самоконтроля . . . . .	121
<b>Глава II. Основные заболевания нервной системы. . . . .</b>	<b>123</b>
1. Сосудистые заболевания головного мозга. . . . .	123
Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака . . . . .	124
Транзиторная ишемическая атака . . . . .	128
Кровоизлияние в мозг . . . . .	128
Субарахноидальное нетравматическое кровоизлияние . .	131
Острая гипертоническая энцефалопатия . . . . .	144
Хроническая недостаточность головного мозга . . . . .	145
2. Инфекционные заболевания нервной системы. . . . .	149
Энцефалит . . . . .	149
Абсцесс головного мозга . . . . .	153
Менингит. . . . .	154
Полиомиелит . . . . .	158
Спинальный эпидуральный абсцесс . . . . .	159
3. Черепно-мозговая и спинальная травма . . . . .	160
Черепно-мозговая травма. . . . .	160

Спинальная травма.....	167
4. Головная боль.....	169
Мигрень.....	170
Кластерная головная боль.....	173
Головная боль напряжения.....	175
5. Заболевания, проявляющиеся болью в спине.....	176
6. Заболевания периферической нервной системы.....	186
Невропатия лицевого нерва (паралич Белла).....	187
Мононевропатии периферических нервов конечностей... ..	189
Невралгия тройничного нерва.....	192
Полиневропатии.....	193
Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия (синдром Гийена–Барре).....	196
Плексопатии.....	197
7. Опухоли нервной системы.....	199
Опухоли головного мозга.....	199
Опухоли спинного мозга.....	201
8. Нервно-мышечные заболевания.....	202
Миастения.....	202
Прогрессирующие мышечные дистрофии.....	205
Полиомиозит.....	208
Миотонические расстройства.....	209
9. Боковой амиотрофический склероз.....	212
10. Рассеянный склероз.....	215
11. Пароксизмальные расстройства сознания: эпилепсия и обмороки.....	220
Эпилепсия.....	220
Обмороки.....	226
12. Заболевания экстрапирамидной системы.....	229
Болезнь Паркинсона.....	229
Гиперкинетико-гипотонический синдром.....	232
13. Сирингомиелия.....	234
14. Болезнь Альцгеймера.....	238
15. Заболевания вегетативной нервной системы.....	241
16. Невротические расстройства (неврозы).....	245
Вопросы для самоконтроля.....	248
Список использованной литературы.....	250
Предметный указатель.....	251

## ГЛАВА I

# ОСНОВНЫЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

---

## 1. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Патологические изменения нервной системы имеют разнообразные клинические проявления, чем отличаются от других заболеваний. Нервная система состоит из множества отдельных систем. Значимо, что нарушения ее функций зачастую проявляются нарушением функций других систем и органов.

### *Клиническое обследование*

#### **Анамнез**

Информация, получаемая при сборе анамнеза, имеет исключительное значение. Считают, что анамнез предоставляет около 80% информации, необходимой для установления неврологического диагноза.

Расспрос начинают с уточнения **жалоб**. Если пациент может поддерживать контакт, ему задают вопрос: «Что Вас беспокоит, на что Вы жалуетесь?»

По ходу изложения жалоб врач уточняет их характер.

- При потере сознания важны внезапность, продолжительность, частота, провоцирующие факторы, предшествующие симптомы (потемнение в глазах, дурнота), наличие судорог, непроизволь-

ного мочеиспускания, прикусывания языка, травм, сердечно-сосудистые и дыхательные расстройства, скорость восстановления сознания, состояние после приступа, злоупотребление алкоголем.

- При головной боли уточняют ее локализацию, начало (внезапное или постепенное), периодичность, частоту, время суток, в которое возникает боль (утро, вечер), продолжительность, интенсивность боли (по пяти- или десятибалльной шкале), ее характер (пульсирующий, сжимающий и т.д.), провоцирующие факторы (изменение позы, физическая нагрузка, чиханье и т.д.), влияние на повседневную деятельность, эффект анальгетиков, сопутствующие симптомы [рвота, нарушение зрения, свето- и звукобоязнь, изменение артериального давления (АД)].
- При головокружении уточняют начало эпизода головокружения, его характер (вращательное, предобморочное состояние, дурнота, неуверенность при ходьбе), периодичность, продолжительность, провоцирующие факторы или ситуации (изменение позы, движения головой, тревога, гипервентиляция), облегчающие факторы, сопутствующие проявления (нарушение слуха, появление шума в ушах, тошноты и рвоты, шаткости при ходьбе).
- При нарушении зрения выясняют начало, продолжительность, частоту, провоцирующие факторы, характер симптомов (слепота на один или оба глаза, полная или частичная, выпадение полей зрения, позитивные феномены — вспышки света, мерцание), колебания симптоматики в течение суток.
- При двоении уточняют начало и стойкость данного проявления, исчезает ли при закрывании одного глаза, горизонтальное или диагональное, усиливается ли при направлении взора в какую-либо из сторон.
- При нарушении речи уточняют начало, продолжительность, частоту, характер, появление нарушений фонации (ослабления или носового оттенка голоса), артикуляции (смазанности, нечеткости речи), снижение речевой продукции, нарушение понимания, повторения, затруднения при нахождении слова, нарушение письма и чтения.
- При нарушении глотания имеют значение начало, продолжительность, выраженность (афагия), характер (при попытке проглотить жидкую, твердую пищу), наличие слюнотечения, изменения в течение суток.
- При нарушении движения уточняют начало, продолжительность, частоту, темп прогрессирования, характер (мышечная

слабость, нарушение координации и устойчивости, произвольные движения), локализацию и выраженность (нарушение тонких движений конечностей, нарушение ходьбы).

- При нарушении чувствительности уточняют начало, продолжительность, частоту, провоцирующие факторы, облегчающие факторы, характер (боль, онемение, парестезии), локализацию.
- При нарушении тазовых функций выясняют, есть ли нарушение мочеиспускания и дефекации, их характер (недержание, задержка), начало, давность, частоту.
- При нарушении высших мозговых функций уточняют нарушения внимания, памяти, ориентации, мышления, фон настроения, изменение характера и поведения, начало проявлений, их стойкость и темп прогрессирования.
- При нарушении сна уточняют, как быстро засыпает пациент, что, по его мнению, мешает наступлению сна («наплыв мыслей», события прошедшего дня, головные боли и др.). Необходимо установить характер сна (глубину и продолжительность), частоту и причину пробуждений человека в течение ночи, а также общее состояние после пробуждения.

Важно установить динамику и хронологический порядок появления жалоб, попросить пациента выделить наиболее значимые для него расстройства. Нужно сопоставить жалобы с соматическими расстройствами, сведениями о принимаемых лекарственных препаратах, социальным положением пациента и его семейными отношениями.

Необходимо зафиксировать жалобу и определить, что пациент имеет в виду: люди вкладывают разное содержание в термины «боль», «головокружение», «слабость», задача врача — максимально конкретизировать жалобу, определив, как это расстройство влияет на профессиональную и бытовую деятельность человека, его семейную жизнь. Нужно расспросить, имеют ли симптомы преходящий или пароксизмальный характер, как они изменяются в течение дня, зависят ли от активности больного.

После уточнения жалоб собирают **анамнез заболевания**: когда, как, при каких обстоятельствах началось заболевание (остро, подостро, постепенно), какие отрицательные ощущения, переживания ему предшествовали. Необходимо отметить тип течения заболевания (монофазный, ремиттирующий, прогрессирующий). Острое начало характерно для сосудистых, инфекционных заболеваний, отравлений и метаболических расстройств. Воспалительные поражения часто проявляются подостро. Для опухолей и дегенеративных заболеваний свойственно более постепенное развитие. Важно выяснить, когда

больной начал получать лечение, было ли оно эффективным, а также результаты ранее проведенных исследований. Детализация анамнеза болезни позволяет выявить основные и сопутствующие заболевания, их взаимообусловленность и причины.

Выясняя **анамнез жизни**, необходимо уточнить, есть ли у пациента наследственная предрасположенность к некоторым заболеваниям (наличие нервных и психических заболеваний у родителей, алкоголизм у кого-либо в семье). Значительная часть неврологических заболеваний имеет наследственный характер, поэтому следует тщательно собирать семейный анамнез, а иногда проводить обследование родственников.

В развитии заболевания важную роль могут играть состояние матери во время беременности, течение родов, вмешательства при родах (послеродовая асфиксия, преждевременные роды и т.д.). Имеет значение психическое и физическое развитие ребенка: рост и масса тела новорожденного, возраст, в котором ребенок начал ходить и разговаривать, правильность формирования речи (наличие заикания и других нарушений); возраст начала учебы, успеваемость, общительность, условия, в которых развивался ребенок; перенесенные инфекционные заболевания, болезни детского возраста и отравления (наркомания, алкоголизм, курение, пищевое отравление и т.д.); черепно-мозговые травмы (ЧМТ), психические травмы. Уточняют наличие в анамнезе у больных обменных (метаболических) заболеваний, время появления первых менструаций, их цикличность, число беременностей, аборт. Важны начало трудовой деятельности, профессия и характер работы, контакты с токсическими веществами, изменение условий труда в связи с болезнью, работа, выполняемая в последнее время, режим труда. Обращая внимание на условия трудовой деятельности и быта пациента, необходимо уточнять хронологическую связь развития болезненных симптомов, последовательность их развития, нарастания, исчезновения и смены одних симптомов другими в зависимости от факторов внешней среды. Нужно выяснить, не злоупотребляет ли он алкоголем или наркотическими веществами, не посещал ли районы, эндемичные по инфекционным заболеваниям. Необходимо установить, какими заболеваниями страдал больной, какие лекарственные средства принимал. Головная боль, эпилептические припадки, насильственные движения или полиневропатия могут быть проявлениями побочного действия лекарственных средств. При необходимости расспрос больного дополняют сведениями, полученными от родственников, знакомых, а также и из лечебных учреждений, в которых пациент получал лечение.

## Осмотр

Неврологический осмотр следует комбинировать с общим, поскольку неврологические симптомы часто бывают проявлениями соматических заболеваний. Особое внимание следует обратить на температуру тела, АД, ритм сердечных сокращений, выслушиваемые шумы в области сердца, сонных артерий, цианоз и другие признаки дыхательной недостаточности, снижение или увеличение массы тела, наличие уплотнений в молочных железах, увеличение лимфатических узлов, печени и селезенки, состояние предстательной железы, наличие источников инфекции (зубы, уши, придаточные пазухи носа), изменения кожи (высыпания, ангиомы, пигментные пятна).

Неврологический осмотр проводят по определенному плану, он часто подтверждает мнение, сформировавшееся при сборе анамнеза, но иногда обнаружение того или иного признака (например, рефлекса Бабинского) меняет первоначальное предположение о характере заболевания.

## 2. НАРУШЕНИЕ СОЗНАНИЯ

Сознание — высшая форма отражения действительности, объединяющая психические процессы, позволяющие человеку ориентироваться в окружающем мире, времени, собственной личности и участвовать в общественной жизни. Сознание обеспечено благодаря нормальному функционированию коры больших полушарий головного мозга, ретикулярной формации среднего мозга и зрительного бугра, а также двусторонними связями между ними. Любой патологический процесс, диффузно повреждающий кору или локально поражающий ретикулярную формацию среднего и промежуточного мозга, может вызвать нарушение сознания.

*Формы нарушения сознания.*

*Обследование больного с нарушением сознания*

Выделяют количественные и качественные нарушения сознания.

**Количественное нарушение сознания**, или угнетение сознания, характеризуется прежде всего уменьшением реактивности больного, проявляющимся в снижении речевых и двигательных реакций

на внешние стимулы. Нарушение сознания по степени тяжести можно разделить на оглушенность, сонор и кому. *Оглушенность* характеризуется частичной или полной утратой ориентации, затруднением речевого контакта, потерей связности мыслей и действий, замедленным выполнением инструкций при сохранении бодрствования. При *соноре* больного невозможно полностью вернуть в состояние ясного сознания, но он еще может слабо реагировать на энергичные словесные инструкции, открывает глаза и целенаправленно реагирует на болевые раздражители. При *коме* обнаруживают глубокое угнетение сознания с отсутствием целенаправленной реакции на внешние стимулы, хотя при поверхностных стадиях комы возможна неосознаваемая поведенческая реакция на болевые раздражители, кома протекает с расстройством регуляции жизненно важных функций.

**Обратите внимание!**

При обследовании пациента с нарушением сознания необходимо убедиться, что дыхательные пути проходимы, нет признаков сосудистого коллапса, внутреннего кровотечения или ЧМТ. Обследование проводят одновременно с терапией, направленной на поддержание жизненно важных функций.

Если при неврологическом обследовании нет данных за перелом шейного отдела позвоночника, исследуют менингеальные симптомы, наличие которых указывает на вовлечение в патологический процесс оболочек головного мозга.

Наличие болевой гемипестезии предполагают в тех случаях, когда реакция на болевые раздражители с одной стороны отсутствует или ослаблена (в виде болевой гримасы, стопа). Признак гемипареза — одностороннее отсутствие или ослабление движений в конечностях (спонтанных или рефлекторных в ответ на болевое раздражение). При отсутствии движений с обеих сторон на возможность гемипареза указывают односторонние изменения (понижение или повышение) мышечного тонуса и рефлексов, симптом Бабинского, наружная ротация ноги. На парализованной стороне может быть сглажена носогубная складка, опущен угол рта, возможен феномен «парусящей» в ритме дыхания щеки. На поражение ствола мозга или черепных нервов могут указывать нарушения дыхания, увеличение или уменьшение размеров зрачков, анизокория, отсутствие реакции зрачков на свет, косоглазие, отсутствие феномена «глаз куклы» — движения глаз в противоположную пассивному повороту головы больному сторону.

Тяжесть и прогноз нарушения сознания оценивают, используя шкалу комы Глазго (табл. 1.1), где каждому показателю соответствует определенный балл. Если общее количество баллов 3–8, вероятность смерти больного в среднем составляет 60%, если 9–12, то всего 2%. Если в течение суток у пациента сохраняется показатель 3–8 баллов, то даже в случае выживания у него вероятна инвалидизация вследствие двигательного и/или интеллектуального дефекта.

**Таблица 1.1.** Шкала комы Глазго

Показатель	Баллы
Открытие глаз:	
спонтанное;	4
на речь;	3
на боль;	2
отсутствует	1
Речь:	
полностью сохранена;	5
спутанна;	4
непонятные слова;	3
нечленораздельные звуки;	2
отсутствует	1
Двигательная реакция:	
выполнение инструкций;	6
целенаправленная реакция на болевое раздражение;	5
отдергивание конечности на болевое раздражение;	4
сгибательная реакция на болевое раздражение;	3
разгибательная реакция на болевое раздражение;	2
отсутствует	1

**К качественным нарушениям сознания** относят помрачение и спутанность сознания. *Помрачение* сознания характеризуется преимущественно продуктивными симптомами — галлюцинациями, бредом, снопоподобными переживаниями, явлениями дереализации и деперсонализации. У пациентов с помраченным сознанием нередко отмечают бесцельное хаотичное психомоторное возбуждение, но иногда они могут осуществлять сложные и последовательные, внешне целенаправленные поведенческие акты, которые затем полностью амнезируются. Варианты помрачения сознания: делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания, аментивное состояние.

*Спутанность сознания* отличается от помрачения сознания доминированием дефицитарных расстройств, среди которых преобладают нарушения внимания, ориентации и памяти. Спутанность сознания часто возникает при очаговых или диффузных поражениях головного мозга, метаболических расстройствах, интоксикациях, передозировке лекарственных средств, особенно у больных пожилого и старческого возраста, а также у больных после выхода из комы. Симптомы спутанности сознания могут проявляться дезориентацией, грубым нарушением памяти на текущие события, конфабуляциями, растерянностью, бессвязностью мышления, двигательным беспокойством, резкой заторможенностью, апатией, аспонтанностью, стереотипным двигательным беспокойством и непрерывным повторением бесцельных движений.

### **3. ОБЩАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И ЕЕ НАРУШЕНИЯ**

В зависимости от локализации рецепторов, воспринимающих раздражение, выделяют поверхностную чувствительность (болевою, температурную, тактильную), или экстерорецепцию, глубокую чувствительность (суставно-мышечное чувство, вибрационную чувствительность), или проприорецепцию (рецепторы расположены в мышцах, сухожилиях, связках, капсулах суставов), и интерорецепцию (баро- и хеморецепторы расположены во внутренних органах). В качестве сложных видов чувствительности выделяют стереогноз (стереогностическое чувство), двумерно-пространственное чувство.

Первый нейрон (путей болевой и температурной чувствительности), воспринимающий раздражение от болевого или температурного рецептора, расположен в спинномозговом ганглии. Возбуждение от рецептора распространяется по его дендриту, входящему в состав периферического нерва и сплетения, достигает тела нейрона и распространяется по его аксону, который в составе заднего корешка достигает основания заднего рога, где расположен второй нейрон. Далее возбуждение распространяется по аксону второго нейрона, переходящего на противоположную сторону через переднюю серую спайку и входящего в состав бокового канатика, отдавая ветвь для образования сегментарного рефлекторного пути. Переход на противоположную сторону происходит в косой плоскости, поэтому аксон входит в состав бокового канатика на 1–2 сегмента выше уровня расположения второго нейрона. Аксон второго нейрона проходит через

весь спинной мозг, ствол головного мозга и достигает зрительного бугра (таламуса), образуя спиноталамический путь. На уровне спинного мозга в спиноталамическом аксоны расположены эксцентрично, расположение: волокна, несущие информацию от нижних конечностей, располагаются латерально, волокна от верхних конечностей — медиально (волокна от туловища располагаются между ними). В зрительном бугре возбуждение передается на третий нейрон, аксон которого, образуя таламокорковый путь, проходит через заднее бедро внутренней капсулы, белое вещество полушария головного мозга и достигает постцентральной извилины теменной доли. В верхнюю часть постцентральной извилины и медиальный отдел (парацентральную дольку) теменной доли поступает информация о нижних конечностях, в среднюю часть — о туловище, верхней конечности, в нижнюю часть — о лице, внутренних органах.

Первый нейрон путей глубокой и тактильной чувствительности, воспринимающий раздражения от определенного рецептора (осязательных телец кожи, рецепторов мышц, связок, сухожилий, капсулы сустава), расположен в спинномозговом ганглии. Возбуждение от рецептора распространяется по его дендриту, входящему в состав периферического нерва и сплетения, достигает тела нейрона и распространяется по его аксону, который в составе заднего корешка входит в задний канатик своей стороны, отдавая на этом уровне ветвь для образования сегментарного рефлекса. Аксоны нейронов от нижних конечностей образуют тонкий пучок (пучок Голя), расположенный медиально; аксоны нейронов от верхних конечностей образуют клиновидный пучок (пучок Бурдаха), расположенный латерально в заднем канатике. На уровне продолговатого мозга аксоны тонкого пучка заканчиваются в ядре тонкого пучка (ядре Голя), аксоны клиновидного пучка — в ядре клиновидного пучка (ядре Бурдаха), где расположены вторые нейроны. Аксоны вторых нейронов в составе нового пучка (медиальной петли) переходят на противоположную сторону и присоединяются к волокнам болевой и температурной чувствительности, достигая с ними зрительного бугра. В зрительном бугре возбуждение передается на третий нейрон, аксон которого, образуя таламокорковый путь, проходит через заднее бедро внутренней капсулы, белое вещество полушария головного мозга и достигает постцентральной извилины теменной доли. В верхнюю часть постцентральной извилины и медиальный отдел (парацентральную дольку) теменной доли поступает информация от нижних конечностей, в среднюю часть — от туловища, верхних конечностей, в нижнюю часть — от лица, внутренних органов.

**Запомните**

Проводники болевой, температурной чувствительности и глубокой, тактильной чувствительности имеют разную локализацию в спинном и продолговатом мозге, в остальных отделах нервной системы они расположены вместе.

## *Исследование общей чувствительности*

Исследование начинают с выяснения жалоб (на боль, онемение, неприятные ощущения) и, если они есть, уточняют их характер и локализацию. Затем используют раздражители различного характера, определяя наличие ощущения (боли, тепла и др.), сравнивая ощущения в симметричных отделах тела, дистальном и проксимальном отделах конечностей.

При выявлении изменений определяют их локализацию и границы, сравнивают область нарушений с границами анатомической иннервации.

**Это нужно уметь**

Болевую чувствительность определяют уколами иглы, которые не должны быть сильными и частыми. Для исследования температурной чувствительности используют пробирки с холодной (15–25 °С) и горячей (40–50 °С) водой или более холодные и теплые предметы (в сравнении с кожей исследуемого).

Для оценки глубокой чувствительности наиболее часто исследуют суставно-мышечное чувство — ощущение пассивных движений в суставах конечностей. Пациенту объясняют, какие движения будут производить, например, вверх или вниз, затем просят закрыть глаза и определить осуществляемое врачом пассивное движение. Обычно исследование начинают с определения пассивных движений в концевых фалангах конечностей, затем переходят к исследованию в более крупных суставах. Здоровый человек ощущает легкие пассивные движения в суставе (изменение положения на 1–2°). С помощью камертона можно исследовать вибрационную чувствительность: ножку вибрирующего камертона устанавливают на костный выступ и определяют, ощущает ли человек вибрацию, если ощущает, то измеряют продолжительность ощущения, которая в норме составляет 9–15 с.

Тактильную чувствительность исследуют легким прикосновением к коже мягкой кисточки или ватки; обследуемого просят закрыть глаза и, если он ощущает прикосновение, сказать «да».

Из сложных видов чувствительности обычно исследуют двумерно-пространственное чувство и стереогноз. Для оценки двумерно-пространственного чувства на коже обследуемого тупым предметом, например тупым концом иглы, рисуют простые фигуры (круг, крест, треугольник), которые он должен определить с закрытыми глазами. Для оценки стереогноза обследуемого просят закрыть глаза, кладут в его руку знакомый предмет (ключ, монету, карандаш и др.), просят узнать его, здоровый человек делает это безошибочно.

Боли, обусловленные заболеванием периферической нервной системы, обычно усиливаются при активных движениях из-за натяжения нервных стволов. Так, форсированный наклон головы может приводить к боли в зоне иннервации пораженного спинномозгового корешка (симптом Нери), то же возникает при кашле, чихании, натуживании. Сгибание в тазобедренном суставе выпрямленной нижней конечности при пояснично-крестцовом радикулите вызывает боль в пояснице, по задней поверхности бедра и голени — первая фаза симптома Ласега (рис. 1.1, а), сгибание в коленном суставе устраняет возникающую боль, и дальнейшее поднимание нижней конечности становится возможным — вторая фаза симптома Ласега (рис. 1.1, б). При подъеме нижней конечности возникает боль по передней поверхности бедра и в паховой области — симптом Вассермана; такая же боль появляется и при сгибании в коленном суставе — симптом Мацкевича.

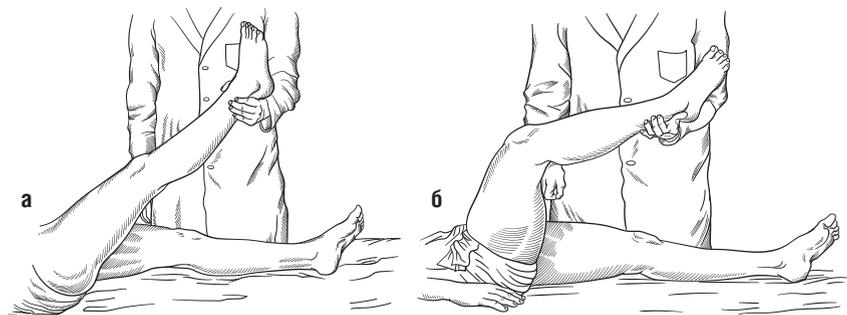


Рис. 1.1. Исследование симптома Ласега: а — первая фаза; б — вторая фаза

## Симптомы чувствительных нарушений

Расстройства чувствительности могут возникать при поражении проводников общей чувствительности на разных уровнях: головной мозг, черепные нервы, спинной мозг, задние корешки, сплетения, периферические нервы. Они проявляются в виде симптомов раздражения, например, боли и выпадения — утраты чувствительности. Основные симптомы чувствительных нарушений представлены в табл. 1.2.

**Таблица 1.2.** Симптомы чувствительных нарушений

Тип нарушения	Клиническая характеристика
Гиперестезия	Повышение чувствительности
Гипестезия	Снижение чувствительности
Анестезия	Отсутствие чувствительности
Гипералгезия	Повышение болевой чувствительности
Гипоалгезия	Снижение болевой чувствительности
Аллодиния	Ощущение боли при неболевом раздражении
Парестезии	Спонтанные, иногда индуцированные патологические ощущения (покалывание, ползание мурашек и т.д.), не имеющие неприятного болезненного характера
Дизестезия	Спонтанные или индуцированные патологические ощущения, обычно имеющие неприятный болезненный оттенок
Гиперпатия	Парадоксальное сочетание повышения порога чувствительности при единичном болевом раздражении с длительной интенсивной болевой реакцией, вызываемой суммацией повторных болевых раздражений
Невралгия	Боль в зоне иннервации нерва, обычно имеющая пароксизмальный характер
Каузалгия	Стойкие жгучие боли, связанные с травмой нерва, часто сочетающиеся с аллодинией, гиперпатией, вегетативно-трофическими расстройствами

Боль можно разделить на ноцицептивную, невропатическую и психогенную.