

Руководство к практическим занятиям по топической диагностике заболеваний нервной системы

3-е издание, переработанное и дополненное

Под редакцией проф. Л.В. Стаховской

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ФГАУ «Федеральный институт развития образования» в качестве учебного пособия для использования в образовательном процессе образовательных организаций, реализующих программы высшего образования по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия», 30.05.01 «Медицинская биохимия», 30.05.02 «Медицинская биофизика», 30.05.03 «Медицинская кибернетика»

Регистрационный номер рецензии 49 от 07 февраля 2017 года



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2018

Раздел 3

СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

3.1. СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

3.1.1. Лобная доля

Симптомы раздражения:

- раздражение передней центральной извилины — фокальные судорожные припадки (джексоновские) согласно соматотопической проекции на стороне, противоположной очагу;
- раздражение центра произвольного взора (задний отдел средней лобной извилины) — адверсивные судорожные припадки, начинающиеся с поворота головы и глаз в противоположную пораженному полушарию сторону;
- раздражение оперкулярной области (книзу от центральных извилин) — ритмические жевательные, чмокающие, облизывающие, глотательные движения.

Симптомы поражения (выпадения)

- **Двигательные нарушения:**
 - монопарезы, контралатеральные очагу, согласно соматотопической проекции;
 - гемипарезы с выраженным преобладанием поражения или руки, или ноги;
 - парез взора в противоположную очагу сторону;
 - астазия-абазия (астазия — невозможность стоять, абазия — невозможность ходить);
 - «лисыя походка» — ступни располагаются по одной прямой, может быть заплетание ног;
 - контралатеральная атаксия;
 - хватательные рефлексy;

- феномен сопротивления;
- симптомы орального автоматизма;
- кинетическая (моторная) апраксия.
- **Речевые нарушения (при поражении доминантного полушария):**
 - моторная афазия Брока (эфферентная моторная афазия);
 - динамическая афазия.
- **Расстройства психики:**
 - апатия, торпидность, снижение памяти и внимания;
 - депрессии (особенно при поражении левого полушария);
 - «лобная психика» (неряшливость, неопрятность, склонность к плоским шуткам и остроумиям, эйфория, отсутствие критики к своему состоянию, отсутствие плана действий, неудержание программы действия).

Поражение основания лобной доли:

- аносмия или гипосмия на стороне очага;
- амблиопия, амавроз, синдром Фостера Кеннеди (атрофия соска зрительного нерва на стороне очага, застойные явления на глазном дне с противоположной стороны).

3.1.2. Теменная доля

Симптомы раздражения:

- фокальные сенсорные джексоновские припадки на противоположной очагу стороне согласно соматотопической проекции;
- гиперпатия на противоположной половине тела;
- поворот головы и глаз в противоположную очагу сторону при раздражении заднего адверсивного поля.

Симптомы поражения (выпадения)

- **Чувствительные нарушения:** гипестезия или анестезия на противоположной стороне тела.
- **Двигательные нарушения:** кинестетическая апраксия.
- **Пространственно-гностические расстройства:**
 - астереогноз;
 - анозогнозия;
 - аутоагнозия;
 - дезориентация лево-право;
 - псевдополимия при очаге в верхней теменной доле субдоминантного полушария;
 - алексия при поражении угловой извилины;
 - акалькулия.

- **Речевые нарушения (при поражении доминантного полушария):** афферентная моторная афазия.

3.1.3. Височная доля

Симптомы раздражения:

- слуховые, обонятельные и вкусовые галлюцинации;
- чувство «дереализации»;
- синдром «уже виденного» и «никогда не виденного»;
- приступы «малой эпилепсии» (petit mal, кратковременная потеря или затемнение сознания);
- приступы вестибулярно-коркового головокружения.

Симптомы поражения (выпадения)

- **Двигательные нарушения:**
 - атаксия, преимущественно туловищная (нарушение стояния и ходьбы); падения в сторону, противоположную пораженному полушарию;
 - головокружения.
- **Речевые нарушения (при поражении доминантного полушария):**
 - сенсорная афазия Вернике (при поражении заднего отдела верхней височной извилины);
 - амнестическая афазия (при поражении заднего отдела височной и нижнего отдела теменной доли).
- **Гностические нарушения (при поражении субдоминантного полушария):**
 - слуховая агнозия;
 - сенсорная амузия.
- **Зрительные нарушения:** квадрантная контралатеральная гемианопсия.

Височные отделы лимбической системы

- **При раздражении:**
 - слуховые, обонятельные и вкусовые галлюцинации;
 - височная эпилепсия.
- **При поражении:**
 - вегетативно-висцеральные нарушения;
 - нарушение поведения, лабильность эмоций, психопатоподобное поведение, гиперсексуальность, агрессивность;
 - булимия;
 - расстройство памяти, фиксационная амнезия.

3.1.4. Затылочная доля

- **При раздражении:**
 - зрительные галлюцинации:
 - ✧ фотопсии при раздражении *sulci calcarini* (первичные зрительные поля);
 - ✧ сложные галлюцинации, образы и сцены (вторичные и третичные зрительные поля);
 - ✧ метаморфозии (устрашающие измененные фигуры и предметы) — при раздражении на стыке с височной долей;
 - дебют эпилептического припадка с поворота головы и глаз в противоположную сторону (раздражение заднего адверсивного поля на стыке теменной и затылочной долей).
- **При поражении:**
 - контралатеральная гомонимная гемианопсия;
 - зрительная агнозия;
 - алексия.

Поражение мозолистого тела (синдром расщепленного мозга)

- **Поражение переднего отдела мозолистого тела. Лобно-калезный синдром** — симптомокомплекс неврологических и психических нарушений, развивающихся при поражении мозолистого тела в его передних отделах и разобщении лобных долей мозга:
 - психические нарушения (изменения личности, негативизм, снижение внимания, аспонтанность, прогрессирующее слабоумие, снижение критики, конфабуляции);
 - псевдобульбарные симптомы (насильственный смех и/или плач, рефлексы орального автоматизма, дисфагия, дисфония, дизартрия);
 - двигательные нарушения:
 - ✧ апраксия (идеомоторная апраксия левой руки);
 - ✧ нарушение реципрокной координации;
 - ✧ хватательные рефлексы;
 - ✧ дисфункция сфинктеров тазовых органов.
- **Поражение средних отделов мозолистого тела:**
 - апраксия в левой руке;
 - нарушение схемы тела;
 - нарушение переноса с одной руки на другую кожно-кинестетической информации;

- игнорирование слов, предъявляемых на левое ухо (то есть поступающих в правое полушарие);
- амнезия;
- психоиллюзорные нарушения — синдром «уже виденного».
- **Поражение задних отделов мозолистого тела:**
 - оптическая агнозия;
 - алексия;
 - аномия — нарушение называния стимулов, поступающих в правое полушарие мозга (если больной ошупывает предмет левой рукой или получает зрительные стимулы в левое поле зрения);
 - синдром «дископии-дисграфии» — невозможность писать левой рукой и рисовать правой.

3.1.5. Синдромы поражения подкорковых структур мозга

Псевдобульбарный синдром возникает при двустороннем поражении корково-нуклеарных связей IX, X, XII пар черепных нервов. Характеризуется дизартрией, дисфонией, дисфагией, насильственным плачем и/или смехом. Нёбный и глоточный рефлексy повышены, выражены рефлексy орального автоматизма.

Таламический синдром Дежерина–Русси:

- контралатеральная гемианестезия с выраженным нарушением глубокой чувствительности;
- сенситивная гемиатаксия;
- гомонимная гемианопсия;
- парез мимической мускулатуры, проявляющийся преимущественно при улыбке или смехе;
- гиперпатия, таламические боли (периодические или постоянные);
- вегетативно-трофические нарушения на противоположной стороне;
- «таламическая рука» («рука-лопата», «афферентный парез») — своеобразное положение руки: кисть слегка согнута, пальцы разогнуты в дистальных фалангах и полусогнуты в основных, предплечье пронировано;
- гиперкинезы типа хорей или атетоза.

Гипоталамический синдром: симптомокомплекс эндокринных, обменных, вегетативных и трофических расстройств. **Формы:**

- вегетативно-сосудистая — нарушение функций ВНС, вагоинсулярные или симпатoadренaловые кризы;

- нарушение терморегуляции — характерен длительный субфебрилитет с периодическими подъемами температуры до 39–40 °С; температура повышается утром, к вечеру нормализуется; характерны постоянная зябкость, потливость, зависимость температуры от эмоционального и физического напряжения;
- нейроэндокринная — вегетативно-висцеральные нарушения, изменение углеводного, белкового и жирового обмена; булимия или анорексия; синдром Иценко—Кушинга, адипозогенитальная дистрофия, ожирение, расстройства менструального цикла, импотенция;
- нейротрофическая — трофические изменения (зуд и сухость кожи, трофические язвы, пигментные нарушения, остеомаляция, язвы на слизистых оболочках);
- нарушение мотиваций и влечений, в том числе сна и бодрствования; характерны фобии, сонливость или бессонница, частые внезапные смены настроения, нарушение полового влечения, нарколепсия (приступы внезапного засыпания);
- гипоталамическая (диэнцефальная) эпилепсия — тонические судороги, нарушение сознания, выраженные вегетативные симптомы; приступы кратковременны и стереотипны;
- псевдоневрастеническая, или психопатологическая, — эмоциональная лабильность, раздражительность на фоне тревожности и внутреннего напряжения, адинамия, вялость, потеря интереса к окружающему.

Синдром поражения эпиталамуса (шишковидное тело, поводки, треугольники поводков, эпиталамическая спайка):

- парез взора вверх (синдром Парино);
- внутренняя офтальмоплегия;
- раннее половое созревание, усиление роста;
- гипертензионно-окклюзионные нарушения;
- четверохолмный синдром Нотнагеля (атаксия, нистагм, параличи глазодвигательных мышц, хореические гиперкинезы).

Синдром поражения метаталамуса:

- нарушение слуха (извращение слухового восприятия — гиперакузия, парамузия);
- контралатеральная гомонимная гемианопсия (поражение латеральных колленчатых тел);
- нарушения зрительного восприятия (таламическая слепота, метаморфопсии).

Синдром поражения внутренней капсулы:

- контралатеральная гемиплегия;
- контралатеральная гемианестезия преимущественно в дистальных отделах;
- контралатеральная гемианопсия.

Паллидонигральный синдром — синдром паркинсонизма (гипертонически-гипокинетический синдром, амиостатический синдром):

- гипо-, бради-, олигокинезия;
- повышение мышечного тонуса по пластическому типу с симптомами «зубчатого колеса» и «восковой куклы»;
- ретро-, латеро-, пропульсии;
- брадилалия;
- гипомимия;
- ахейрокинез;
- нарушение позы и походки;
- паллидарный тремор.

Синдром поражения полосатого тела (гипотонически-гиперкинетический синдром):

- гипотония;
- хорей;
- атетоз;
- лицевой гемиспазм и параспазм;
- торсионная дистония;
- миоклонии;
- тики;
- блефароспазм;
- кривошея;
- баллизм (субталамическое ядро Льюиса).

3.1.6. Синдромы поражения мозжечка

- **Полушарие мозжечка:** нистагм, динамическая атаксия, адиадохокинез, дисметрия, мимопопадание, гипотония мышц, отсутствие обратного толчка, интенционное дрожание, отклонение при ходьбе в сторону пораженного полушария, «скандированная речь», мегалография.
- **Червь мозжечка:** гипотония мышц, статическая атаксия, при ходьбе больной широко расставляет ноги, в позе Ромберга падает назад (задняя часть мозжечка) или вперед (передняя часть мозжечка), асинергия Бабинского.

3.1.7. Синдромы поражения среднего мозга

Четверохолмный синдром:

- глазодвигательные нарушения — вертикальный парез взора, расходящееся косоглазие, птоз, мириаза, плавающие движения глазных яблок;
- мозжечковые расстройства — атаксия, вертикальный и горизонтальный нистагм;
- нарушение слуха;
- четверохолмный синдром Нотнагеля (при обширных двусторонних очагах в области крыши, покрывки и частично основания среднего мозга) — атаксия, нистагм, параличи глазодвигательных мышц, хореические гиперкинезы, возможны парезы конечностей;
- синдром Парино — вертикальный парез взора, нистагм, слабость конвергенции, двусторонний птоз, зрачковая арефлексия;
- синдром Гертвига–Мажанди (при одностороннем поражении) — разностояние глазных яблок по вертикали (на стороне поражения глаз отклоняется книзу и кнутри);
- четверохолмный старт-рефлекс Сеппа — внезапные двигательные реакции в ответ на звуковое или зрительное раздражение.

Тегментальный синдром:

- гомолатеральная гемиатаксия;
- гомолатеральный гемитремор;
- гомолатеральные миоклонии;
- контралатеральная гемианестезия;
- нарушение четверохолмного старт-рефлекса Сеппа;
- гомолатеральный синдром Бернара–Хорнера (птоз, миоз, энтофтальм).

Синдром поражения красного ядра:

- контралатеральный интенционный гемитремор;
- контралатеральная гемиатаксия;
- контралатеральный гемигиперкинез.

Синдром поражения черной субстанции:

- акинетико-ригидный синдром.

Альтернирующие синдромы — одностороннее поражение ствола мозга с гомолатеральным нарушением функций черепного нерва и контралатеральными проводниковыми нарушениями.

- **Синдром Вебера** — очаг в основании ножки мозга, поражение ядра III пары черепных нервов и пирамидного тракта. Характеризуется симптомами поражения глазодвигательного нерва на стороне очага и центральным гемипарезом на противоположной стороне.

- **Синдром Бенедикта** — очаг в основании ножки мозга (более дорсально), поражение ядра III пары черепных нервов и путей мозжечка. Характеризуется симптомами поражения глазодвигательного нерва на стороне очага, интенционным гемитремором.
- **Синдром Клюдта** (нижний синдром красного ядра) — гомолатеральное нарушение функции глазодвигательного нерва, контралатеральная гемиатаксия и интенционный тремор.
- **Синдром Фуа** (верхний синдром красного ядра) — гомолатеральное нарушение функции глазодвигательного нерва, контралатеральный гемигиперкинез и интенционный тремор.

3.1.8. Синдромы поражения моста мозга

Альтернирующие синдромы поражения моста мозга:

- **синдром Фовилля** — очаг в основании моста. Поражение ядер VI и VII пар черепных нервов и пирамидного тракта. Характерны периферический паралич мимических мышц на стороне поражения, сходящееся косоглазие на стороне поражения, центральный парез противоположных конечностей. Возможен паралич взора в сторону очага (стволовой парез взора);
- **синдром Мийяра–Гюблера** — очаг в нижнем отделе моста. Поражение ядра VII пары черепных нервов и пирамидного тракта. Характерны периферический паралич мимических мышц на стороне поражения, центральный парез противоположных конечностей;
- **синдром Бриссо–Сикара** — раздражение ядра VII пары черепных нервов и поражение пирамидных волокон. Характерны спазм мимических мышц на стороне поражения, центральный парез противоположных конечностей;
- **синдром Грене** — поражение ядра V пары черепных нервов и спиноталамического пути. Характерны гомолатеральное нарушение болевой и температурной чувствительности на лице (по сегментарному типу), контралатеральная гемигипестезия.

Синдром поражения мостомозжечкового угла: поражение VII, VIII, реже VI и V пар черепных нервов, мозжечковые расстройства на стороне очага, на противоположной стороне — центральный гемипарез.

Синдром запертого человека (locked-in синдром, синдром замыкания, синдром дезэферентации) возникает при быстро развивающемся поражении кортико-спинальных и кортико-нуклеарных путей на уровне основания моста. Характеризуется тетрапарезом, параличом мимической и жевательной мускулатуры, анартрией и псевдобульбарным син-

дромом. Надъядерные волокна, иннервирующие глазодвигательную мускулатуру, не страдают. Сохраняются вертикальные движения глазных яблок и иногда мигание. Не страдает глубже расположенная ретикулярная формация, и пациенты остаются в ясном сознании. Данный синдром возможен при тромбозе основной артерии, ограниченном кровоизлиянии в мосту, центральном понтинном миелолизе.

3.1.9. Синдромы поражения продолговатого мозга

Булбарный синдром возникает при поражении ядер или корешков IX, X и XII пар черепных нервов и проявляется парезом мягкого нёба (дисфагия), параличом гортани, голосовых складок, гнусавым оттенком голоса (дисфония), параличом языка (дизартрия), снижением глоточного и нёбного рефлексов.

Альтернирующие синдромы

- **Синдром Джексона** — половинное поражение нижнего отдела продолговатого мозга — ядра XII пары черепных нервов и пирамидных волокон. Характеризуется параличом половины языка на стороне поражения и контралатеральным параличом конечностей.
- **Синдром Авеллиса** — половинное поражение продолговатого мозга — ядра XII, двигательного ядра IX, X пар черепных нервов и пирамидных волокон. Характеризуется параличом половины языка, мягкого нёба, голосовой складки на стороне поражения и контралатеральным параличом конечностей.
- **Синдром Шмидта** — половинное поражение продолговатого мозга — ядер IX, X, XI пар черепных нервов и пирамидных волокон. Характеризуется гомолатеральным парезом трапециевидной, грудино-ключично-сосцевидной мышц, мягкого нёба и контралатеральным парезом конечностей. Возможно поражение чувствительных путей и развитие контралатеральной гемианестезии. Также возможно нарушение чувствительности лица на стороне поражения (поражение ядра V пары черепных нервов) или анестезия глотки и мягкого нёба (поражение чувствительных ядер IX–X пар черепных нервов). Кроме того, возможно развитие мозжечковой атаксии.
- **Синдром Валленберга–Захарченко** развивается при нарушении кровообращения в задней нижней мозжечковой артерии:
 - на стороне поражения развивается паралич мягкого нёба и голосовой складки (ядра IX–X пар черепных нервов), вестибуляр-

но-мозжечковые расстройства, нарушение чувствительности на лице, синдром Бернара–Хорнера;

– на противоположной очагу стороне развивается гемианестезия.

- **Синдром Таппа** — половинное поражение продолговатого мозга — ядер XI–XII пар черепных нервов и пирамидных волокон. Характеризуется гомолатеральным парезом языка, трапецевидной, грудино-ключично-сосцевидной мышц и контралатеральным парезом конечностей.

Поражение ретикулярной формации ствола мозга проявляется нарушением сна и бодрствования (синдром нарколепсии — приступы сонливости), катаплексией (приступообразная гипотония), синдромом Клейна–Левина («периодическая спячка», сочетающаяся с булимией), вегетативно-висцеральными расстройствами.

3.1.10. Синдромы поражения основания мозга

Симптомы поражения передней черепной ямки:

- односторонняя аносмия — поражение обонятельного нерва;
- снижение остроты зрения — поражение зрительного нерва;
- синдром Фостера Кеннеди (атрофия соска зрительного нерва на стороне очага, застойные явления на глазном дне с противоположной стороны).

Симптомы поражения средней черепной ямки:

- птоз, диплопия, мидриаз, расходящееся косоглазие — поражение глазодвигательного нерва;
- расстройство чувствительности на лице — поражение тройничного нерва;
- битемпоральная или назальная гемианопсия — поражение хиазмы;
- нейроэндокринные, трофические, вегетативно-сосудистые, висцеральные расстройства — гипоталамический синдром.

Симптомы поражения задней черепной ямки:

- боли и гипестезия на лице — поражение тройничного нерва;
- парез мимической мускулатуры — поражение лицевого нерва;
- снижение слуха и вестибулярные расстройства — поражение VIII черепного нерва;
- симптомы бульбарного паралича — поражение IX, X, XI пар черепных нервов;
- периферический парез мышц языка, фибрилляции в языке — поражение XII черепного нерва;

- атаксия, атония мышц, асинергия, нистагм, «скандированная речь» — мозжечковые расстройства на стороне поражения;
- парезы конечностей — поражение пирамидного пути.

Синдромы сочетанного поражения черепных нервов

- **Синдром кавернозного синуса.**
 - Этиология: аневризма внутренней сонной артерии, патологические процессы в области пещеристого синуса, прорастающая опухоль носоглотки; вовлечение в процесс III, IV пар черепных нервов.
 - Клиническая картина: болезненный экзофтальм, отек век, птоз, расходящееся косоглазие, пульсирующий шум над глазницей.
- **Болевая офтальмоплегия (синдром Толосы—Ханта).**
 - Этиология: периартериит каротидного синуса, негнойное воспаление наружной стенки пещеристого синуса.
 - Клиническая картина: резкие мучительные ретро- или периорбитальные боли, пульсирующий болезненный экзофтальм, птоз, офтальмоплегия.
- **Синдром верхней глазничной щели.**
 - Этиология: опухоль основания черепа, носоглотки, параселлярные менингиомы, краниофарингеомы.
 - Клиническая картина: слепота, офтальмоплегия (часто болезненная), невралгия I ветви тройничного нерва.
- **Синдром Градениго.**
 - Этиология: поражение вершины пирамиды височной кости, вовлечение в процесс V, VI иногда III, VII пар черепных нервов.
 - Клиническая картина: боль в височно-теменной области, изменение глазного дна и полей зрения, сходящееся косоглазие, лицевые боли.
- **Синдром Гарсена.**
 - Этиология: саркомы основания черепа, туберкулезный менингит.
 - Клиническая картина: одностороннее поражение всех черепных нервов (I—XII пары) на основании мозга.

3.2. СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА

- **Задние столбы:** утрата суставно-мышечного чувства, частично тактильной и вибрационной чувствительности, сенситивная атаксия на стороне очага ниже уровня поражения.
- **Боковые столбы:** центральный паралич ниже уровня поражения на стороне очага, утрата поверхностной чувствительности на противо-

положной стороне на два-три сегмента ниже очага поражения. При двустороннем поражении боковых столбов — спастическая пара- или тетраплегия, двустороннее расстройство поверхностной чувствительности по проводниковому типу, нарушение тазовых функций.

- **Синдром Броун-Секара — поражение половины поперечника спинного мозга:**
 - на стороне очага ниже уровня поражения развиваются центральный паралич, утрата суставно-мышечного и вибрационного чувства;
 - на противоположной стороне на два-три сегмента ниже уровня поражения — утрата поверхностной чувствительности;
 - на уровне пораженных сегментов на стороне очага — выпадение всех видов чувствительности по сегментарному типу, вегетативно-трофические расстройства, периферический парез соответствующих мышц.
- **Полное поражение поперечника спинного мозга:**
 - нижняя пара- или тетраплегия, двусторонние проводниковые расстройства глубокой чувствительности с уровня очага, проводниковые расстройства поверхностной чувствительности на два-три сегмента ниже уровня поражения, центральное расстройство тазовых функций;
 - на уровне очага — выпадение всех видов чувствительности по сегментарному типу, вегетативно-трофические расстройства, периферические парезы мышц в зоне пораженных сегментов.
- **Синдром экстремедуллярного поражения:** корешковые симптомы, боли, возникновение проводниковых расстройств. Первоначально развивается синдром половинного поражения спинного мозга, затем — синдром полного перерыва спинного мозга, причем расстройства поверхностной чувствительности возникают на противоположной стороне тела и распространяются снизу вверх (до уровня на два-три сегмента ниже очага поражения).
- **Синдром интрамедуллярного поражения:**
 - сегментарные расстройства — диссоциированные анестезии;
 - периферические параличи — преимущественно проксимальные;
 - проводниковые расстройства — поверхностная анестезия на противоположной половине тела от уровня на два-три сегмента ниже очага, распространяющаяся сверху вниз (симптом «масляного пятна»).
- **Передние рога:** периферические параличи мышц конечностей по сегментарному типу, фасцикулярные подергивания.

- **Боковые рога:** трофические, вазомоторные расстройства; при поражении на уровне $C_{VIII}-Th_1$ развивается синдром Бернара–Хорнера.
- **Задние рога:** диссоциированные расстройства чувствительности (болевая и температурная гипестезия при сохранности тактильной и глубокой чувствительности) на стороне поражения в зоне пораженного сегмента.
- **Передняя серая спайка:** двустороннее расстройство болевой и температурной чувствительности при сохранности тактильной и глубокой в зоне пораженного сегмента.
- **Верхний шейный отдел (C_I-C_{IV}):** паралич диафрагмы, центральный тетрапарез, утрата всех видов чувствительности ниже уровня поражения, центральное нарушение мочеиспускания, корешковые боли в шее и затылке.
- **Шейное утолщение (C_V-Th_1):** верхний периферический парапарез, нижний центральный парапарез, утрата всех видов чувствительности ниже уровня поражения, центральное нарушение мочеиспускания, синдром Бернара–Хорнера, корешковые боли, иррадиирующие в руки.
- **Грудной отдел (Th_1-Th_{XII}):** нижний центральный парапарез, утрата всех видов чувствительности ниже уровня поражения, центральное нарушение мочеиспускания, корешковые боли опоясывающего характера.
- **Поясничное утолщение ($L_{II}-S_{II}$):** нижний периферический парапарез, анестезия в промежности и нижних конечностях, нарушение мочеиспускания.
- **Эпиконус ($L_{IV}-S_{II}$):** жестокие корешковые боли, симметричный периферический паралич дистальных отделов нижних конечностей, анестезия в промежности и нижних конечностях, нарушение мочеиспускания.
- **Конус ($S_{III}-Co$):** анестезия в области промежности и нижнезадних отделов ягодич, нарушение тазовых функций по периферическому типу, утрата анального рефлекса, трофические расстройства в области крестца.

3.3. СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

- **Передние корешки спинного мозга:** периферический паралич мышц в зоне иннервации поврежденных корешков.

- **Задние корешки спинного мозга:** опоясывающие стреляющие боли; анестезия в зоне иннервации пораженных корешков; арефлексия; болезненность в точках выхода корешков; симптомы натяжения.
- **«Конский хвост»:** нижняя периферическая параплегия с расстройством тазовых функций по типу истинного недержания; анестезия нижних конечностей и промежности; жестокие корешковые боли в ногах, крестце, ягодицах, промежности.
- **Плечевое сплетение (C_v – Th_{II}):** упорные боли по всей руке, усиливающиеся при движениях; периферический паралич руки; арефлексия; анестезия в зоне иннервации сплетения.
- **Верхняя ветвь плечевого сплетения (C_v – C_{VI}) — паралич Дюшена–Эрба:** парез проксимальных мышц руки; гипестезия по наружной поверхности всей руки; выпадение рефлекса с двуглавой мышцы плеча.
- **Нижняя ветвь плечевого сплетения (C_{VII} – Th_{II}) — паралич Дежерин–Клюмпке:** парез мышц предплечья, кисти и пальцев при сохранности движений в плече; гипестезия на всей внутренней поверхности руки; вазомоторно-трофические расстройства в дистальных отделах кисти; выпадение карпорадиального рефлекса; синдром Бернара–Хорнера.
- **Локтевой нерв:** ограничение ладонного сгибания кисти, приведения, разведения пальцев; разгибательная контрактура в основных фалангах и сгибательная — в концевых фалангах, особенно IV и V пальцев (поза «когтистой лапы»); атрофия межкостных мышц кисти, червеобразных мышц, мышц гипотенара, частичная атрофия мышц предплечья; гипестезия на ладонной поверхности V пальца, тыльной поверхности V и IV пальцев, ульнарной поверхности III пальца.
- **Срединный нерв:** нарушение сгибания и пронации кисти, I, II, III пальцев, оппозиции большого пальца, сгибания средних и концевых фаланг II и III пальцев; атрофия мышц предплечья и тенара («обезьянья рука» — кисть уплощена, пальцы разогнуты, большой палец приведен к указательному); гипестезия на кисти, ладонной поверхности I, II, III пальцев, лучевой поверхности IV пальца; вегетативно-трофические расстройства в зоне иннервации; каузалгии при травмах.
- **Лучевой нерв:** слабость разгибания предплечья и кисти; отсутствие (снижение) рефлекса с трехглавой мышцы плеча; «свисающая» или «падающая» кисть; слабость разгибания и отведения I пальца; гипотрофия мышц тыльной поверхности плеча и предплечья; гипестезия на задней поверхности плеча и предплечья, наружной по-

ловине тыльной поверхности кисти и I пальца, а также основных фаланг II пальца и лучевой поверхности III пальца кисти.

- **Поясничное сплетение ($Th_{XII}-L_{IV}$):** высокое поражение бедренного, запирающего и наружного кожного нервов бедра.
- **Бедренный нерв:** при поражении в полости таза — нарушение сгибания бедра и разгибания голени, атрофия мышц передней поверхности бедра, невозможность ходьбы по лестнице, бега и прыгания, гипестезия на нижних 2/3 передней поверхности бедра и передневыпяченной поверхности голени, выпадение коленного рефлекса, положительные симптомы Вассермана и Мацкевича; при низком уровне поражения — изолированное поражение четырехглавой мышцы.
- **Запирающий нерв:** нарушение приведения бедра, скрещивания ног, поворота бедра кнаружи; атрофия аддукторов бедра; гипестезия на внутренней поверхности бедра.
- **Наружный кожный нерв бедра:** гипестезия на наружной поверхности бедра; парестезии; иногда сильные невралгические приступообразные боли (болезнь Рота).
- **Крестцовое сплетение ($L_{IV}-S_{IV}$):** клиническая картина определяется поражением седалищного нерва с его основными ветвями (большеберцовым и малоберцовым нервами), верхнего и нижнего ягодичных нервов, заднего кожного нерва бедра.
- **Седалищный нерв:** при высоком поражении — парез сгибателей голени, паралич стопы и пальцев, отвисание стопы, атрофия мышц задней поверхности бедра, голени и стопы, гипестезия на передней, наружной и задней поверхностях голени, тыльной и подошвенной поверхностях стопы, пальцев, выпадение ахиллова рефлекса, боли по ходу седалищного нерва, болезненность точек Валле, положительные симптомы натяжения, анталгический сколиоз, вазомоторно-трофические расстройства; при травме — каузалгии.
- **Большеберцовый нерв:** нарушение сгибания стопы и пальцев; ротация стопы кнаружи; невозможность стоять на носках; атрофия икроножных мышц и мышц стопы; «пяточная стопа»; гипестезия на задней поверхности голени, на подошве, подошвенной поверхности пальцев; выпадение ахиллова рефлекса; вегетативно-трофические расстройства; при травме — каузалгии.
- **Малоберцовый нерв:** ограничение разгибания стопы и пальцев; невозможность стоять на пятках; свисание стопы книзу и ротация внутрь («конская стопа»); «петушиная походка» (больной высоко

поднимает ногу, чтобы не задеть стопой о пол); атрофия мышц передненаружной поверхности голени; гипестезия на наружной поверхности голени и тыльной поверхности стоп.

- **Ягодичные нервы:** нарушение разгибания бедра и фиксации таза; «утиная походка»; атрофия ягодичных мышц.
- **Задний кожный нерв бедра:** гипестезия на задней поверхности бедра и нижних отделах ягодиц.
- **Полиневритический синдром** (множественное, чаще симметричное поражение преимущественно дистальных нервных стволов конечностей): периферический паралич или парез дистальных отделов конечностей; гипестезия по типу «чулок и перчаток»; парестезии; боли по ходу нервных стволов; арефлексия; вегетативно-трофические расстройства.