

Руководство к практическим занятиям по топической диагностике заболеваний нервной системы

*Учебно-методическое пособие по неврологии
для студентов медицинских вузов*

*Под редакцией члена-корреспондента РАМН,
профессора В.И. Скворцовой*



Москва
Издательство «Литтерра»
2012

Общемозговые и менингеальные симптомы и синдромы

Общение с больным начинается с выявления общемозговых и менингеальных симптомов, затем исследуются очаговые симптомы поражения головного, спинного мозга и периферической иннервации. Исследование неврологического статуса больного включает оценку состояния двигательной сферы, различных видов чувствительности, вегетативной иннервации, а также высших мозговых функций.

Общемозговые симптомы

К общемозговым симптомам относят изменение состояния сознания, головную боль, тошноту, рвоту, головокружение.

Беседа может быть адекватной лишь в том случае, если больной находится в **ясном сознании**, правильно оценивает окружающую обстановку, ориентирован во времени, месте и собственной личности. При высоком внутричерепном давлении с явлениями гидроцефалии или нарастающего объемного внутричерепного процесса, когда снижается активирующее влияние ретикулярной формации (РФ) и изменяется **уровень состояния сознания** больного (оглушение, сопор или кома), — четких ответов на поставленный вопрос врач может не получить.

Выделяют количественные и качественные формы **изменения сознания**. К количественным относят оглушение

(поверхностное и глубокое), сопор, кому (первой, второй и третьей степеней).

Оглушение (поверхностное, глубокое) характеризуется нарушением внимания, утраты связанности мыслей или действий. При оглушении больной находится в состоянии бодрствования, но не может выполнить задание, требующее устойчивого внимания, например последовательно отнимать от 100 по 7.

Сопор — больного невозможно полностью разбудить даже с помощью болевых раздражений. Реакция на словесные инструкции слабая или отсутствует, от больного невозможно добиться ответного слова или звука. В то же время он может реагировать целенаправленными защитными двигательными реакциями.

Кома поверхностная (первой степени) — разбудить больного невозможно, на болевые раздражения реагирует простейшими беспорядочными движениями.

Кома глубокая (второй степени) — пациент не отвечает двигательными реакциями на болевые раздражения.

Кома атоническая (третьей степени) — полное отсутствие реакции больного даже на очень сильное болевое раздражение. Атония, арефлексия, нарушено или отсутствует дыхание, может наблюдаться угнетение сердечной деятельности.

Качественные нарушения сознания заключаются в том, что пациент бодрствует, однако продуктивный контакт с ним затруднен или невозможен. Примерами таких состояний являются ступор, онейроид, делирий и ряд других. Более подробно качественные изменения сознания рассматриваются в курсе психиатрии.

Головная боль (ГБ) встречается достаточно часто и у большого числа больных является ведущим симптомом заболевания.

По локализации выделяют диффузную и очаговую ГБ в затылочной, теменной, височной или лобной областях, латерализованную справа или слева, лицевую и пр.

По характеру ГБ может быть постоянной, приступообразной, стреляющей, пульсирующей, распирающей, сверлящей, жгучей, с ощущением выпирания глазных яблок, давлением на уши, в переносицу. Возможна иррадиация боли из затылочной области в глазные яблоки и переносицу (симптом Крамера).

По времени появления выделяют ночную, утреннюю, дневную, вечернюю ГБ, а также ГБ после физической нагрузки, на фоне эмоциональных реакций, при беге, прыжках, наклонах головы вниз, назад, в стороны и пр.

По патогенезу ГБ может быть классифицирована как гипертензионная, сосудистая, невралгическая, мигренозная, пучковая, ГБ напряжения и др.

ГБ может сопровождаться вегетативными компонентами: покраснением лица, слезотечением, инъекцией склер, ринореей, колебаниями артериального давления (АД), пульса, частоты дыхательных движений и пр.

Тошнота и рвота. Необходимо выяснить связь с приемом пищи, зависимость от положения головы, метеоусловий, уровня АД; сочетается ли с шумом в голове или ухе; предшествует ли приступу головной боли или возникает на высоте его, одно- или многократная; сопровождается ли головокружением.

Головокружение. Необходимо определить характер: системное (по часовой стрелке или против нее), несистемное (пошатывание при ходьбе, чувство проваливания, «зыбкости», неустойчивости); уточнить необходимость опоры, сопровождается ли головокружение тошнотой или рвотой, уменьшается или усиливается в определенной позе головы и туловища.

Судорожные припадки — тонические, тонико-клонические, клонико-тонические, горметония, децеребрационные, выгибание туловища дугой и пр., генерализованные и локальные.

Судороги могут быть проявлением эпилептического припадка, экстрапирамидных нарушений, дисфункции ретикулярной формации, децеребрации и пр. Они нередко сопровождаются изменением состояния сознания вплоть до его выключения и постприпадочного сна, что важно для врача в период осмотра больного.

Менингеальный синдром

Менингеальный синдром является проявлением воспалительного процесса в оболочках мозга или раздражения

их при субарахноидальном кровоизлиянии, отеке мозга, ликворной гипертензии, травматическом или опухолевом их поражении. Менингеальный синдром характеризуется появлением диффузной головной боли, сопровождаемой тошнотой, рвотой, фотофобией (светобоязнью), слезотечением, гиперестезией кожных покровов и слизистых (снижением порога раздражения), а также мышечно-тоническими феноменами.

Тонические симптомы

Ригидность мышц шеи — невозможность приведения подбородка к грудной клетке (ее выраженность оценивают числом пальцев, которые можно поместить между подбородком и грудиной при попытке максимального сгибания шеи больного: 1—2 пальца — минимальная ригидность, 4 и более — выраженная), болевая реакция при исследовании ригидности мышц шеи, иррадиация боли в затылок или по позвоночнику до уровня поясницы.

Симптом Кернига — невозможность разогнуть ногу в коленном суставе ($30—45—60^\circ$).

Симптом Брудзинского верхний — сгибание коленных суставов при исследовании ригидности мышц шеи.

Симптом Брудзинского средний — сгибание коленных суставов при надавливании на живот.

Симптом Брудзинского нижний — сгибание второй ноги при исследовании симптома Кернига.

Скуловой симптом Бехтерева — гримаса и зажмуривание при поколачивании по скуловой дуге на стороне очага.

Симптом Мондонези — гримаса и зажмуривание при надавливании через закрытые веки на глазные яблоки на стороне очага.