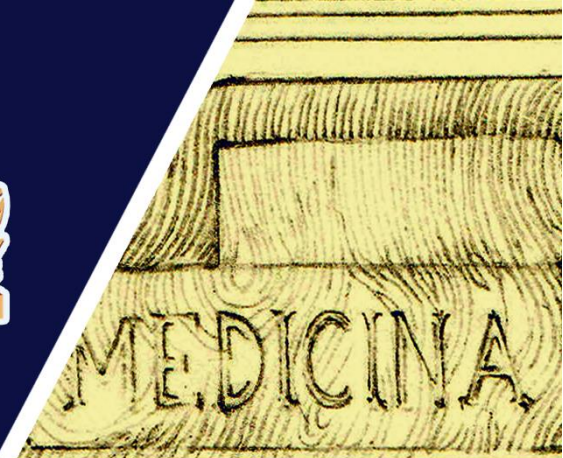


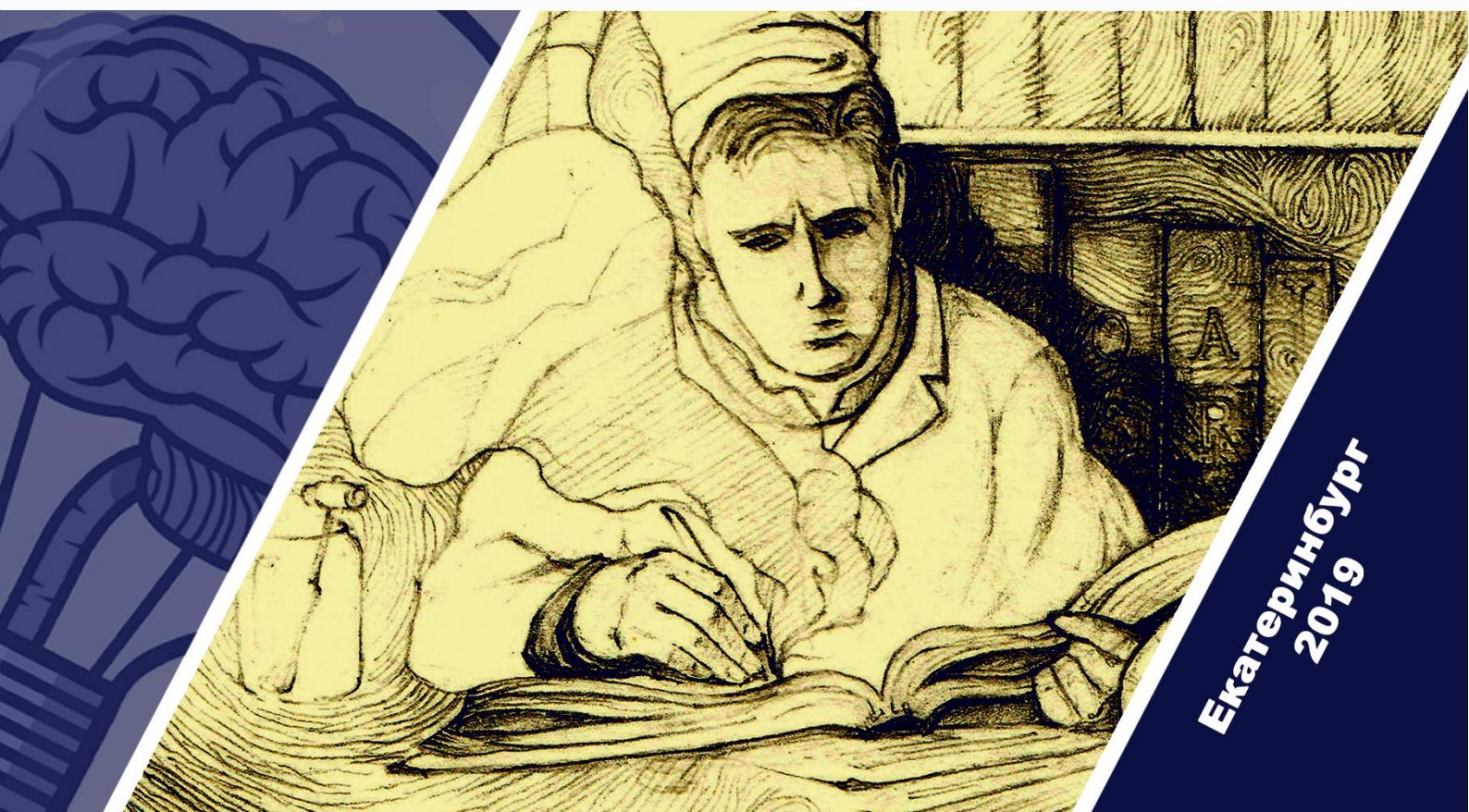
**Ошурков П.А.**  
**Волкова Л.И.**  
**Лазарев А.Ю.**  
**Филимонова П.А.**  
**Харковец Н.К.**



# **СЛОВАРЬ**

## **НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ**

### **ТЕРМИНОВ**



**Екатеринбург**  
**2019**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
КАФЕДРА НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ, НЕЙРОХИРУРГИИ  
И МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ  
МАУ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №40 Г. ЕКАТЕРИНБУРГ  
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «РУБИН»**

**Ошурков П.А., Волкова Л.И., Лазарев А.Ю.,  
Филимонова П.А., Харковец Н.К.**

---

# **НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ**

---

**Сборник неврологических терминов  
и пояснения к ним**

**Екатеринбург, 2019**

УДК 616-009  
ББК 56.12  
О96

**Ошурков П.А. Неврологический словарь. Сборник неврологических терминов и пояснения к ним / П.А. Ошурков, Л.И. Волкова, А.Ю. Лазарев, П.А. Филимонова, Харковец Н.К. – Екатеринбург: ООО «Типография Для Вас», 2019. – 36 с.**

ISBN 978-5-905522-75-8

Неврологический осмотр, как и неврологический диагноз – нечто значительно отличающееся от всех оных в остальных медицинских специальностях. Причиной тому огромное количество нозологий, изучаемых этой дисциплиной, а как следствие, - избытие терминологии. Каждый медик в той или иной степени знаком с терапевтическими патологиями, общехирургическими диагнозами, ведь изучению этих базовых специальностей отводится серьезный период обучения в медицинском вузе. Неврологическую патологию же по факту знают только неврологи.

На цикле нервных болезней студенты сталкиваются с ранее неизвестными им терминами и понятиями. С каждой темой их количество растет, фразы становятся все сложнее. В этой связи не своевременно разобранный в полном объеме материал влечет за собой ком непонимания последующих тем. Чтобы облегчить студентам путь познания неврологической специальности, мы решили предложить вашему вниманию эту книгу, представляющую собой своеобразный «переводчик» с неврологического языка на общечеловеческий.

Рекомендовано для студентов медицинских вузов, клинических ординаторов, практикующих врачей неврологов и нейрохирургов. Утверждено на заседании Центрального методического совета Уральского государственного медицинского университета

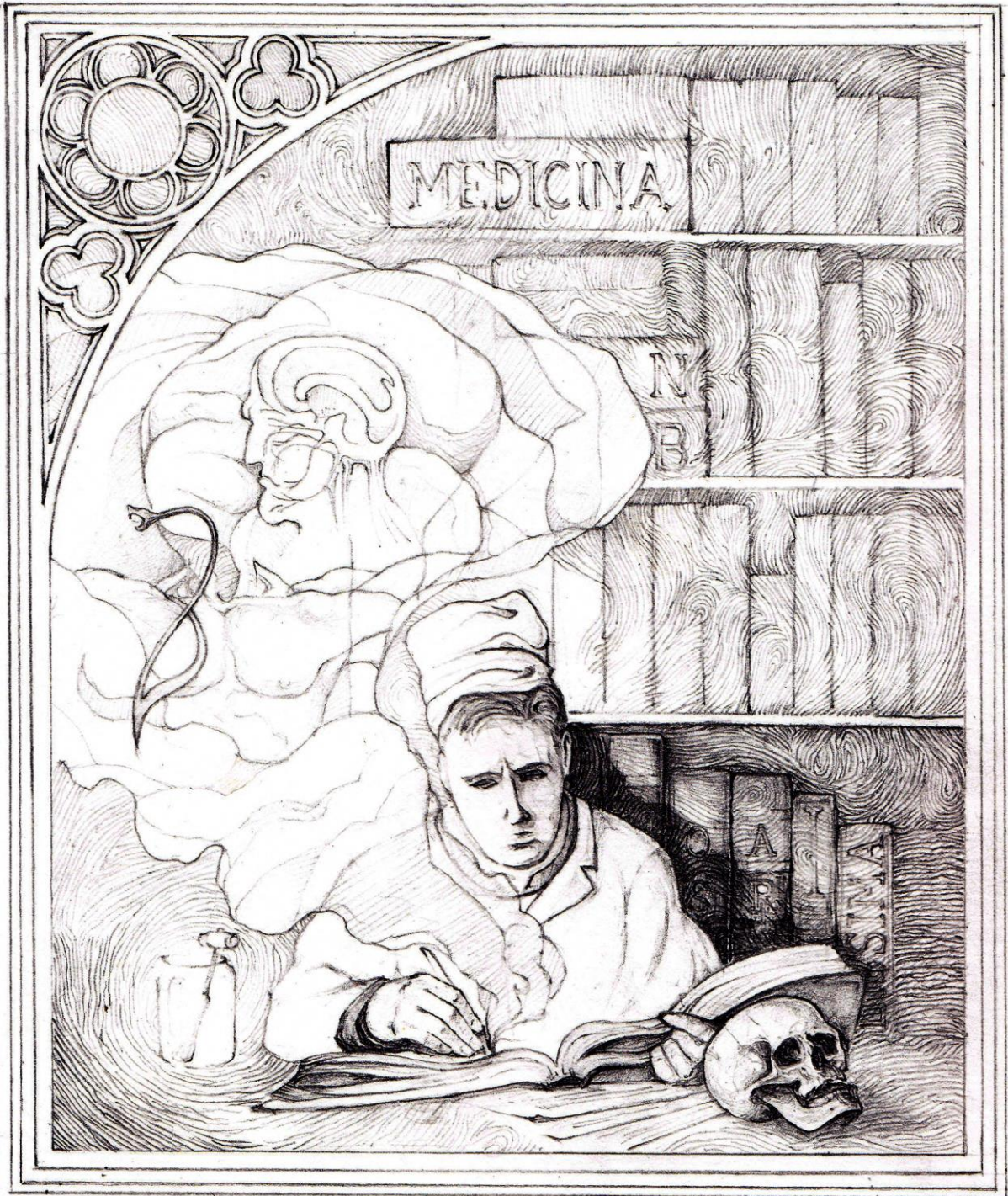
УДК 616-009  
ББК 56.12

**Авторы выражают благодарность  
Сычёву Вячеславу Михайловичу  
за помощь в издании книги**

Ни одна из частей настоящего пособия не может быть перепечатана или издана в любом виде (электронном, фотографическом, письменном и др.) полностью или частями без письменного разрешения авторов.

ISBN 978-5-905522-75-8

© Ошурков Павел Александрович, 2019



А

*Художник Гаев Александр Александрович,  
2019 г.*

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ПРЕДИСЛОВИЕ</b> .....	<b>5</b>
<b>ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ СФЕРА:</b> <b>ГЛУБОКАЯ И ПОВЕРХНОСТНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ</b> .....	<b>6</b>
<b>ДВИГАТЕЛЬНАЯ СФЕРА:</b> <b>ПИРАМИДНАЯ СИСТЕМА</b> .....	<b>12</b>
<b>ДВИГАТЕЛЬНАЯ СФЕРА:</b> <b>ЭКСТРАПИРАМИДНАЯ СИСТЕМА</b> .....	<b>17</b>
<b>КОРА БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ</b> .....	<b>22</b>
Лобная доля .....	22
Теменная доля .....	24
Височная доля. Гиппокамп .....	25
Затылочная доля .....	25
<b>ЧЕРЕПНЫЕ НЕРВЫ</b> .....	<b>27</b>
I пара .....	27
II пара .....	27
III, IV, VI пара .....	28
V пара .....	31
VII пара .....	31
VIII пара .....	32
IX-XII пары .....	33

## ПРЕДИСЛОВИЕ

*In angello  
cum libello*

*Уединившись  
с книгой*

Знаете ли Вы, кто такие неврологи? Когда в приемный покой привозят сложного пациента, вокруг него склоняется сразу несколько представителей различных специальностей. И вот, казалось бы пациент обследован, а причина его симптоматики так и не стала ясна. «Не мое», - произнес каждый из специалистов, - «А давайте-ка вызовем невролога». На все непонятные и самые сложные патологии вызывают невролога... И вот в выглаженном белом безупречном халате появляется долгожданный невролог, - надежда всех скопившихся докторов. Начинается таинство. В ход идут фонарики, молоточки, иголки, зубочистки, какие-то «вилкоподобные» звенящие и вибрирующие агрегаты. «Не мое!» - говорит невролог и удаляется, оставив в недоумении всех присутствующих.

Ну а если кроме шуток, неврологический осмотр, как и неврологический диагноз – нечто значительно отличающееся от всех оных в остальных медицинских специальностях. Причиной тому огромное количество нозологий, изучаемых этой дисциплиной, а как следствие, - изобилие терминологии. Каждый медик в той или иной степени знаком с терапевтическими патологиями, общехирургическими диагнозами, ведь изучению этих базовых специальностей отводится серьезный период обучения в медицинском вузе. Неврологическую патологию же по факту знают только неврологи.

На цикле нервных болезней студенты сталкиваются с ранее неизвестными им терминами и понятиями. С каждой темой их количество растет, фразы становятся все сложнее. В этой связи не своевременно разобранный в полном объеме материал влечет за собой ком непонимания последующих тем. Чтобы облегчить студентам путь познания неврологической специальности, мы решили предложить вашему вниманию эту книгу, представляющую собой своеобразный «переводчик» с неврологического языка на общечеловеческий.

Авторы.

## **ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ СФЕРА: ГЛУБОКАЯ И ПОВЕРХНОСТНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ**

---

**Аграфестезия** – неспособность к узнаванию пациентом букв, цифр, геометрических фигур, которые обследующий чертит на его коже тупым предметом или пальцем.

**Акроанестезия** – отсутствие чувствительности дистальных отделов конечностей.

**Акропарестезия** – возникающее спонтанно (без внешних воздействий) ощущение онемения, «ползания мурашек», холода, прохождения электрического тока, стягивания или покалывания. Эти чувствительные феномены возникают в дистальных отделах конечностей как при местных нарушениях кровообращения, приводящих к ишемии нервных стволов, так и при ирритативных процессах в периферической и центральной нервной системе.

**Аллодиния** – болевое ощущение, возникающее в ответ на воздействие раздражителей, которые в нормальных условиях не вызывают боль (например, легкое прикосновение, дуновение ветра).

**Аллостезия** – расстройство чувствительности, при котором нанесенное раздражение ощущается в другой области тела.

**Аллохейрия** – качественное нарушение чувствительности, при котором больной локализует раздражение не в месте его нанесения, а на противоположной стороне тела, обычно в симметричном участке.

**Альтернирующие синдромы (син. альтернирующие параличи, перекрестные параличи)** – синдромы, которые проявляются различной симптоматикой на стороне поражения и на противоположной стороне (на обеих сторонах). Могут развиваться при половинном поражении спинного мозга (выпадение поверхностной чувствительности с противоположной стороны, а глубокой чувствительности и движений на стороне поражения), а также ствола головного мозга (поражение черепных нервов на стороне очага с проводниковыми расстройствами двигательной и чувствительной функций на противоположной стороне). Подробнее см. ниже центральный проводниковый тип расстройства чувствительности и в разделе «черепные нервы».

**Анализатор** – функциональные объединения структур периферической и центральной системы, осуществляющие восприятие и анализ информации о явлениях происходящих как в окружающей, так и во внутренней среде организма.

**Аналгезия (анальгезия)** – утрата болевой чувствительности.

**Анестезия** – полная потеря того или иного вида чувствительности. Утрату всех видов чувствительности называют общей или тотальной анестезией.

**Астереогнозия (астереогноз)** – потеря способности к узнаванию предмета при его ощупывании. Выделяют первичный и вторичный астереогноз. Первичный (истинный) возникает вследствие поражения коры, расположенной в нижней части теменной доли доминантного полушария и протекает на фоне сохраненной проприо- и экstreоцептивной чувствительности. Так, испытуемый может отметить все качества предмета (его твердость, вес, форму, температуру), однако соединить их в одно общее представление о целом предмете, ему хорошо знакомом, не может. Вторичный астереогноз (псевдоастереогноз) наблюдают при нарушении проводников глубокой и/или тактильной чувствительности или непосредственно коры задней центральной извилины; всегда сочетается с выпадением проприоцептивной чувствительности.

**Атаксия сенситивная** – нарушение равновесия и координации движений, в основе которого лежит нарушение проприоцептивной чувствительности, а как следствие – де-

фицит информации о положении частей тела в пространстве. Походка у таких больных неустойчива, атаксия особенно выражена в положении стоя и при ходьбе с закрытыми глазами или при ходьбе. Сенситивная атаксия развивается при поражении рецепторов или проводников суставно-мышечной чувствительности на любом участке: в периферических нервах, задних корешках, задних столбах спинного мозга, стволе мозга, зрительном бугре.

**Барестезиометр** – прибор типа пружинного динамометра, применяющийся для исследования чувствительности к механическому давлению.

**Барестезия** – вид проприоцептивной чувствительности, характеризующийся ощущением давления массы на единицу площади кожи.

**Батиаанестезия** – утрата всех видов глубокой чувствительности (отсутствие проприоцептивной чувствительности).

**Болезненная анестезия** (*anaesthesia dolorosa*) – вид нарушения чувствительности, при котором снижение чувствительности сочетается со спонтанными болевыми ощущениями.

### **Боли**

- иррадиирующие – боли, возникающие в зоне иннервации одной из ветвей нерва (например, тройничного) при нанесении раздражения в зоне иннервации другой ветви того же нерва.
- местные – боли, возникающие в области нанесения болевого раздражения.
- нейропатическая – связана с функциональным расстройством нервного волокна, а не непосредственным раздражением болевых рецепторов. Характеризуется ощущением жжения, покалывания.
- отраженные (рефлекторно-реперкуссивные) – боли, проявляющиеся в зонах, непосредственно не связанных с патологическим очагом (то есть, наблюдающиеся в зонах сегментарной иннервации). Они локализуются в определенных участках кожи, называемых зонами Захарьина-Геда. Как правило, такие боли возникают при заболеваниях внутренних органов. Выделяют следующие кожные участки наиболее частого отражения болей: сердце соответствует сегментам С<sub>3</sub>-С<sub>4</sub> и Th<sub>1</sub>-Th<sub>6</sub>, желудок – С<sub>3</sub>-С<sub>4</sub> и Th<sub>6</sub>-Th<sub>9</sub>, кишечник – Th<sub>9</sub>-Th<sub>12</sub>, печень и желчный пузырь – Th<sub>7</sub>-Th<sub>9</sub>, почка и мочеточник – Th<sub>11</sub>-S<sub>1</sub>, мочевого пузыря – Th<sub>11</sub>-S<sub>4</sub>, матка – Th<sub>9</sub>-S<sub>4</sub> и др. Реперкуссия проявляется вегетативными, чувствительными, двигательными, трофическими и другими феноменами.
- проекционные – болевые ощущения, наблюдающиеся не только в месте раздражения, но и дистальнее, в области, иннервируемой этими нервами и корешками.
- фантомные – ощущение отсутствующей части конечности, боли в ней. Фантомные боли обычно обусловлены рубцовым процессом, поддерживающим раздражение периферического нерва и очаг возбуждения в проекционной зоне коры головного мозга.

**Гемиаанестезия** – потеря чувствительности одной половины тела.

**Гипалгезия** – снижение болевой чувствительности с повышением порога болевого восприятия.

**Гипералгезия** – чрезмерно выраженная чувствительность при нанесении болевых стимулов.

**Гипералгия** – сложный вид нарушения чувствительности, проявляющийся повышением порога и увеличением времени восприятия раздражения, отсутствием четкой локализации раздражителя, тенденцией к иррадиации и увеличению времени последствий.

**Гиперпатия** – извращённая чувствительность, характеризующаяся повышенным порогом возбудимости, наличием длительного латентного периода (восприятие отстает по времени от момента нанесения раздражения), отсутствием чувства локализации, быстрой генерализацией, длительным последствием (длительное ощущение неприятного оттенка).

**Гиперестезия** – повышение чувствительности при нормальной интенсивности раздражителя.

**Гипестезия** – снижение восприятия чувствительности, являющееся следствием повышения порога раздражения.

**Дерматом** – область кожи, иннервируемая определенным сегментом спинного мозга.

**Дизестезия** – извращенное восприятие «рецепторной принадлежности» раздражителя: тепло воспринимается как холод, укол – как прикосновение горячего и т.п.

**Дискриминационная чувствительность** – способность разделять два одинаковых раздражения, одновременно наносимых на кожу. Для этого используют циркуль Вебера. Ножки циркуля сдвигают до тех пор, пока двойное прикосновение не станет восприниматься как одно. Чувство дискриминации более всего выражено на ладонной поверхности пальцев рук, языке, губах.

**Диссоциация (расщепление расстройств чувствительности)** – изолированное выпадение одного вида чувствительности при сохранности других на определённом участке тела.

**Камертон** – прибор, применяющийся для исследования вибрационной чувствительности.

**Каузалгии** – приступообразные жгучие, мучительные боли, возникающие на фоне интенсивных болей при неполном перерыве некоторых крупных нервных стволов

**Метод Фрея** – исследования чувства давления, тактильной и болевой чувствительностей и чувства давления с помощью набора щетинок и волосиков.

**Модуляция** – процесс усиления или подавления нервного импульса в спинном мозге за счет возбуждающих или тормозных интернейронов.

**Невралгия** – поражение периферических нервов, характеризующееся приступами боли в зоне иннервации какого-либо нерва. В отличие от неврита, при невралгии отсутствуют двигательные нарушения и выпадение чувствительности, а в поражённом нерве отсутствуют структурные изменения. Невралгия развивается преимущественно в нервах, проходящих в узких каналах и отверстиях.

**Парестезии** – ощущения жжения, покалывания, стягивания, ползания мурашек т.д., возникающие спонтанно, без видимых внешних воздействий.

**Палланестезия** – утрата вибрационной чувствительности.

**Перцепция** – обработка ноцицептивной информации в головном мозге с целью формирования реакции через нисходящие нервные пути в спинном мозге.

**Полиестезия** – вид извращенной чувствительности, при котором нанесение одиночного раздражения воспринимается больным как множественное.

**Проба Ромберга** – проба, позволяющая определить функции статической координации: больному предлагается стоять со сближенными стопами и вытянутыми вперед руками. Проба считается положительной, если при её выполнении наблюдается неустойчивость и пошатывание.

**Протопатическая (Витальная, Ноцицептивная) чувствительность** – вид кожной чувствительности, воспринимающей лишь сильные механические и температурные раздражения

**Пучки Голля и Бурдаха** – проводящие пути суставно-мышечного чувства, вибрационного и части тактильного в центральной нервной системе (глубокая чувствительность).

**Расщепление расстройств (син. диссоциация)** – см. выше.

**Рецепторы** – специализированные сенсорные органы, которые воспринимают физические и химические изменения во внешней среде или внутренней среде организма и преобразуют их в электрические импульсы, перерабатываемые в нервной системе. Выделяют:

- висцерорецепторы (интерорецепторы) – рецепторы, сообщающие о процессах, происходящих во внутренней среде организма;
- дистантные рецепторы (телецепторы) – рецепторы, информирующие организм об объектах внешней среды, расположенных на расстоянии (рецепторы глаза и органа слуха);
- проприорецепторы – рецепторы, воспринимающие информацию о положении и движении головы в пространстве (рецепторы, находящиеся в лабиринте внутреннего уха), напряжении мышц и сухожилий, положении суставов и мышечном напряжении, необходимом для совершения определенного движения и др.;
- экстерорецепторы – рецепторы, информирующие организм об изменениях, происходящих в ближайшем окружении;

**Рецепция** – процесс восприятия и преобразования энергии внешнего раздражителя в энергию нервного импульса

**Симпаталгия** – болевой синдром, возникающий при поражении периферических отделов симпатической нервной системы. Боли мучительные, иногда пульсирующие, склонные к иррадиации; усиливаются при охлаждении, под влиянием эмоций и лёгкой скользящей пальпации артерий.

**Симптом натяжения** – болевые симптомы, определяющиеся при поражении задних корешков, сплетений и стволов периферических нервов:

- - **Симптом Вассермана** – симптом натяжения, позволяющий выявить поражение бедренного нерва. Данный симптом характеризуется возникновением болезненных ощущений по передней поверхности бедра у исследуемого при поднятии выпрямленной ноги в положении лежа на животе.
- **Симптом Бехтерева (перекрестный симптом Ласега, симптом Файерштейна)** – боль в ноге со стороны поражения при поднимании здоровой ноги.
- **Симптом Ласега** – симптом натяжения, проявляющийся болезненностью при натяжении седалищного нерва и состоящий из двух фаз: I фаза - при сгибании в тазобедренном суставе выпрямленную ногу возникают боли по ходу седалищного нерва; II фаза - прекращение вышеуказанной боли при сгибании ноги в коленном суставе.
- **Симптом Мацкевича** – симптом натяжения, позволяющий выявить поражение бедренного нерва и заключающийся в возникновении болезненных ощущений по передней поверхности бедра у исследуемого при сгибании ноги в коленном суставе в положении лежа на животе.
- **Симптом Нери** – симптом натяжения, при котором отмечается возникновение болезненных ощущений в пояснице и ноге при нагибании головы исследуемого вперед.
- **Симптом Сикара** – симптом натяжения, проявляющийся болезненными ощущениями по задней поверхности исследуемой нижней конечности при резком тыльном сгибании стопы.

**Синдром Броун-Секара** (альтернирующий) – см. альтернирующие синдромы, см. центральный проводниковый тип расстройства чувствительности.

**Синестезия** – качественное нарушение чувствительности, при котором ощущение раздражения возникает не только в месте его нанесения, но и в какой-либо другой области (как правило, в одноименном сегменте – дерматоме противоположной стороны).

**Стереогноз** – способность распознавать предмет, вложенный в ладонь, наощупь с закрытыми глазами – осуществляется не только посредством первичной сенсорной коры, но и ассоциативных зон в теменной доле, где интегрируются отдельные чувствительные характеристики предмета: размер, форма, консистенция, температура, острота края, твердость или мягкость и др., а также сравнение полученных ощущений с прошлым опытом осязания, хранящимся в памяти.

**Терманалгезия** – утрата температурной чувствительности.

**Топанестезия** – потеря чувства локализации прикосновения к коже.

#### **Типы расстройства чувствительности**

- **Периферический корешковый** – выпадение всей чувствительности в соответствующем дерматоме, при этом на конечностях наблюдают выпадение полосой, а на туловище – полукольцами. Основными причинами являются грыжа межпозвоночного диска, опухоль корешка, эпидурит, спондилодисцит.
- **Периферический мононевритический** – выпадение всех видов чувствительности в зоне иннервации одного нерва (локтевого, лучевого, срединного, седалищного и т.д.), часто сочетается с выпадением активных движений в мышцах, иннервируемых этим нервом, а также трофическими расстройствами. Причинами являются травма нерва, компрессионная нейропатия, компрессия опухолью, лимфоузлом, гематомой и т.п., опухоль самого нерва.
- **Периферический полиневритический** – выпадение всех видов чувствительности и формирование трофических расстройств в зоне иннервации дистальных отделов всех нервов конечности по типу перчаток и носков. Часто сочетается с выпадением активных движений в мышцах, иннервируемых этими нервами. Данный тип поражения является следствием токсического поражения нервов (алкоголь, курение, лекарственные препараты, в т.ч. химиотерапевтические, а также интоксикации тяжелыми металлами, в т.ч. профессиональные и т.п.), аутоиммунного характера (синдром Гийена-Барре), дисметаболической природы (сахарный диабет, уремия, амилоидоз) и др.
- **Центральный спинальный проводниковый** – утрата поверхностной чувствительности в дерматомах, на 2-3 сегмента ниже уровня поражения на контралатеральной стороне (при условии половинного поражения спинного мозга и с двух сторон с уровня поражения при поперечном пересечении) и в дерматомах, иннервируемых 2-3 сегментами ипсилатеральной стороны в сочетании с утратой глубокой чувствительности на ипсилатеральной стороне ниже повреждения. Это часть альтернирующего синдрома Броун-Секара. При нем кроме описанной утраты поверхностной и глубокой чувствительности наблюдается парез во всех мышцах, иннервируемых сегментами с уровня поражения и ниже на ипсилатеральной стороне.
- **Центральный спинальный сегментарный диссоциированный** – выпадение поверхностной чувствительности по типу куртки или полукуртки с сохранением глубокой. выпадает только поверхностная чувствительность (по типу «куртки» или «полукуртки»). Причины: интрамедуллярный опухоли, опухоли, располагающиеся в центральном канале, сдавливающие переднюю белую спайку, сирингомиелия, гидромиелия.

- **Центральный церебральный проекционный тип расстройств чувствительности** – выпадение чувствительности по зонам коркового представительства согласно сомато-топической проекции на постцентральную извилину. Встречается при поражении коры больших полушарий опухолью, травмой, ОНМК и тп.
- **Центральный церебральный проводниковый** – характеризуется выпадением всех видов чувствительности по гемитипу на противоположной от очага поражения стороне. Связан с нарушением проводников (волокон 2 и 3 нейронов) в головном мозге.

**Трансдукция** – процесс преобразования ноцицептивных стимулов в электрические импульсы.

**Трансмиссия** – процесс распространения ноцицептивной информации по системе чувствительных нервов.

**Циркуль Вебера** - прибор для исследования дискриминационной чувствительности (см. выше).

**Чувствительность** – способность живого организма воспринимать раздражения, исходящие из окружающей среды или от собственных тканей и органов, и отвечать на них дифференцированными формами реакций.

**Эпикритическая (гностическая, корковая) чувствительность** – тонко дифференцированный, точно локализованный вид кожной чувствительности, обеспечивающий восприятие слабых механических и температурных воздействий.

## ДВИГАТЕЛЬНАЯ СФЕРА: ПИРАМИДНАЯ СИСТЕМА

---

**Арефлексия** – полная утрата рефлексов, возникающая при нарушении проводимости нервных импульсов на различных уровнях рефлекторных дуг: рецептора, чувствительного нейрона, чувствительных волокон, контактного нейрона, мотонейрона и рабочего органа. Понижение рефлексов, или частичную их утрату, принято называть **гипорефлексией**. В то же время повышение сегментарных рефлексов вследствие ослабления тормозящих влияний коры головного мозга на сегментарный рефлекторный аппарат называют **гиперрефлексией**. В основе гиперрефлексии лежит увеличение чувствительности мышечных веретен к растяжению, особенно в мышцах-сгибателях руки и разгибателях ноги. Чувствительность веретен возрастает вследствие утраты нисходящего тормозного влияния головного мозга на  $\gamma$ -мотонейроны, которыми мышечные веретена и иннервируются.

**Атония** – полная утрата мышечного тонуса, эластичности и возбудимости тканей и органов (сосудов, желудка, кишечника и т.д.).

**Атрофия** – прижизненное уменьшение массы и объёма ткани или органа, сопровождающееся ослаблением или прекращением их функции. Менее выраженная степень подобного расстройства называется **гипотрофией**.

**Ахиллов рефлекс (S1-2)** – сокращение икроножных мышц и подошвенное сгибание стопы в ответ на удар молоточком по пяточному (ахиллову) сухожилию.

**Висцеромоторный рефлекс (син. рефлекс вегетосоматический)** – рефлекторное сокращение (напряжение) мышц живота вследствие раздражения брюшины при воспалительно-гнойных заболеваниях органов брюшной полости, например при аппендиците, холецистите и др.

**Гемиатрофия** – уменьшение размеров одной половины лица, туловища, конечностей, сочетающееся с нарушением трофики и обменных процессов в тканях.

**Гемипарез** – ослабление или неполная потеря способности произвольных движений в одной из половин тела.

**Гемиплегия** – потеря способности произвольных движений и полное отсутствие мышечной силы в одной из половин тела.

**Гиперрефлексия** – см. выше.

**Гипертония** – увеличение тонуса мышцы или мышечного слоя стенки полого органа.

**Гипертрофия** – увеличение объёма ткани или органа за счёт увеличения объёма или числа составных элементов ткани (клеток).

**Двигательная единица** – общий конечный путь двигательных импульсов, поступающих в клетки передних рогов спинного мозга из высших отделов двигательной системы. В понятие двигательной единицы объединяют мотонейрон в переднем роге, его отростки и иннервируемые им мышечные волокна.

**Дискинезия** – расстройство двигательной функции, в том числе гладкой мускулатуры.

**Каталепсия** – двигательное расстройство, выражающееся в длительном сохранении больным приданной ему позы, которая может быть сложной и очень неудобной; оцепенение и застывание в определённой позе.

**Кататония** – нарушение произвольных движений, своеобразное сокращение мышц при шизофрении, двигательная заторможенность (ступор) или возбуждение.

**Клонус** – крайнее проявление повышения сухожильных рефлексов, проявляющиеся ритмическими сокращениями какой-либо мышцы и наблюдающийся при растяжении ее сухожилия.

**Коленный рефлекс (L2-4)** – непроизвольное разгибание голени при растяжении четырехглавой мышцы бедра, вызванном лёгким ударом по её сухожилию под надколенником.

**Лопаточно-плечевой рефлекс (C5-6)** – непроизвольное приведение и ротация наружи плеча при ударе молоточком по внутреннему краю лопатки.

**Паралич (син. плегия)** – полное отсутствие мышечной силы.

**Параплегия** – потеря способности произвольных движений и полное отсутствие мышечной силы в двух симметричных конечностях (верхних или нижних).

**Парез** – неполный паралич; ослабление или неполная потеря способности произвольных движений:

- **периферический парез** – парез, протекающий в сочетании с утратой рефлексов (гипорефлексией), гипотонией, фасцикулярными подергиваниями и дегенеративной атрофией мышцы. Данное патологическое состояние возникает при поражении на уровне периферических нервов, сплетений, передних корешков, передних рогов спинного мозга;
- **центральный парез** – поражение до переключения на периферический мотонейрон; характеризуется отсутствием атрофии мышц (наступает через продолжительное время), гипертонусом мышц, гиперрефлексией, наличием патологических рефлексов и отсутствием патологических знаков.

**Миопатия** – общее название ряда наследственных заболеваний мышц, обусловленных нарушением сократительной способности мышечных волокон и проявляющихся мышечной слабостью, уменьшением объёма активных движений, снижением тонуса, атрофией, иногда псевдогипертрофией мышц.

**Миоплегия пароксизмальная семейная (син. Вестфалья синдром, Вестфалья-Гольдфлама паралич, паралич пароксизмальный семейный, гипокалиемический)** – наследственная болезнь, характеризующаяся приступообразным развитием параличей или парезов конечностей, угасанием глубоких рефлексов, преходящей потерей возбудимости мышц, сниженным содержанием калия в сыворотке крови.

**Моноплегия** – потеря способности произвольных движений и полное отсутствие мышечной силы в одной из конечностей.

**Миотония** – патология группы нервно-мышечных заболеваний, при которых возникают тонические спазмы мышц в начале активных движений из-за задержки их расслабления. Такие спазмы в фазе расслабления мышц получили название миотонических.

**Оπισстотонус** – тоническое напряжение мышц спины и шеи с запрокидыванием головы, вытягиванием и приведением конечностей (наблюдают, например, при поражении верхних отделов ствола мозга).

**Пальцевой феномен Дойникова** – проба на скрытый парез: руки лежат на коленях ладонями кверху, кисти супинированы, пальцы разведены. Клиническая картина положительного симптома: на стороне пареза возникает пронация кисти и сгибание пальцев.

**Подошвенный рефлекс (L5-S2)** – непроизвольное сгибание пальцев стопы, иногда в сочетании со сгибанием голени и бедра, возникающее при штриховом раздражении подошвенной поверхности стопы.

**Поза Вернике-Манна** – поза, демонстрирующая приведение плеча к туловищу, сгибание предплечья, сгибание и пронацию кисти, разгибание бедра, голени и подошвенное сгибание стопы, в то время как при ходьбе нижняя конечность описывает полукруг. Чаще всего данная поза встречается при поражениях различного характера в области внутренней капсулы.

**Прием Ендрашека (син. прием Ендрассика)** – прием растормаживания коленного рефлекса на фоне невозможности полного расслабления мышц нижней конечности пациента: больному предлагается сцепить пальцы рук перед туловищем в «замок» и с силой тянуть их в противоположные стороны. Затем ударяют молоточком по сухожилию, чтобы выявить коленный рефлекс. Получаемый результат сравнивается с тем, который был достигнут без использования приёма.

**Проба Барре (верхняя)** – проба, применяющаяся для выявления скрытых парезов. Проба считается положительной, если при закрытых глазах пациента одна из его рук, вытянутых вперед, начинает опускаться.

**Проба Барре (нижняя)** – проба для выявления скрытого пареза: у лежащего пациента на спине с согнутыми в коленных суставах под прямым или слегка тупым углом ногам паретичная нижняя конечность опускается быстрее, чем здоровая.

**Проба Будды** – проба, выявляющая скрытый парез: руки исследуемого, согнутые в локтевых суставах, устанавливаются над головой ладонями кверху, пальцы едва касаются друг друга. При наличии скрытого пареза на стороне поражения рука опускается и пронирует.

**Проба «кольца» Панова** – проба, выявляющая скрытый парез. При попытке разорвать «колечко», образованное I и V пальцами исследуемого сопротивление на пораженной руке резко ослаблено.

**Проба на удержание рук с нагрузкой** – выявление скрытых парезов: при легком давлении на вытянутые вперед руки пациента паретичная рука опускается быстрее. **Пронационный феномен (син. Автоматическая пронация по Бабинскому)** – проба для выявления симптомов, свидетельствующих о наличии пирамидной недостаточности (скрытых парезов): при закрытых глазах руки исследуемого вытягиваются вперед в положении полной супинации (ладонями кверху), на стороне пирамидной недостаточности отмечается пронация, легкое сгибание в локтевом суставе, опускание (кисть приближается к телу не ладонной поверхностью, а тыльной). Данная проба полезна при определении степени выраженности пареза в случаях, когда объем активных и пассивных движений, мышечная сила и тонус практически не отличаются от нормы.

**Пястно-лучевой (карпорадиальный) рефлекс (C5-7)** – непроизвольное сгибание конечности в локтевом суставе, пронация предплечья и сгибание пальцев кисти при ударе молоточка по шиловидному отростку лучевой кости.

**Разгибательно-локтевой рефлекс (C7-8)** – непроизвольное сокращение трехглавой мышцы и разгибание предплечья в локтевом суставе при ударе молоточка по сухожилию мышцы на 1,5-2 см выше локтевого отростка.

**Рефлекс Лери (C6-Th1)** – рефлекторное сгибание конечности в локтевом суставе в ответ на производимое сгибание пальцев в кисти.

**Сгибательно-локтевой рефлекс (C5-6)** – сокращение двуглавой мышцы и сгибание конечности в локтевом суставе при ударе молоточка по сухожилию двуглавой мышцы в проекции локтевого сустава.

**Синдром Броун-Секара** – см. альтернирующие синдромы.

**Симптом Бабинского** – извращенный подошвенный рефлекс, заключающийся в разгибании большого пальца (изолированное или в сочетании с одновременным разведением остальных пальцев по типу «веера») в ответ на штриховое раздражение подошвенной поверхности стопы.

**Симптом Бехтерева–Менделя** – патологический рефлекс, демонстрирующий рефлекторное сгибание II-V пальцев стопы в результате постукивания молоточком по передненаружной поверхности тыла стопы.

**Симптом Гордона** – патологический рефлекс, при котором наблюдается разгибание большого пальца в результате сжатия рукой исследующего массы икроножной мышцы.

**Симптом Жуковского** – патологический рефлекс, вызываемый ударом молоточка по подошве под пальцами, при этом ответным рефлекторным движением является подошвенное сгибание II-V пальцев.

**Симптом Оппенгейма** – патологический рефлекс, проверяющийся проведением с нажимом мякотью большого пальца исследующего по передней поверхности большеберцовой кости испытуемого сверху вниз. Симптом считается положительным, если в результате наблюдается разгибание большого пальца, подобное тому, что характерно при положительном симптоме Бабинского (см. выше).

**Симптом Пусеппа** – патологический рефлекс, представляющий собой отведение V пальца при штриховом раздражении наружного края стопы.

**Симптом Россолимо** – патологический рефлекс, демонстрирующий рефлекторное сгибание II-V пальцев стопы в ответ на короткий удар по кончикам вышеуказанных пальцев молоточком.

**Симптом складного ножа** - ощущение сопротивления, испытываемое исследующим при попытке согнуть конечность больного в коленном или локтевом суставе, причем после преодоления начального сопротивления конечность сгибается свободно. Данный симптом характерен для центрального паралича.

**Симптом Хвостека** – симптом, заключающийся в возникновении гримасы – «тетанического лица» в ответ на удар по стволу лицевого нерва ниже скуловой дуги (в области «гусиной лапки»). Этот симптом позволяет определить наклонность к тетании, наблюдающейся в условиях гипокальциемии (см. ниже).

**Симптом Шеффера** – патологический рефлекс, заключающийся в непроизвольном разгибании большого пальца при щипковом раздражении или сильном сдавлении ахиллова сухожилия.

**Спастическая гипертония (син. симптом складного ножа)** – см. выше

**Тетания** – синдром повышенной нервно-мышечной возбудимости, обусловленной, как правило, снижением концентрации ионизированного кальция в крови и проявляющийся приступами тонических судорог отдельных мышечных групп. Повышение нервно-мышечной возбудимости выявляется клинически при снижении концентрации общего кальция в крови до 0,07 г/л, приступы тетании обычно возникают при еще более выраженном ее снижении (до 0,05—0,035 г/л). Наиболее часто возникновение тетании связано с гипокальциемией, обусловленной гипопаратиреозом. Другими причинами гипокальциемии, ведущей к возникновению тетании, могут быть нарушения всасывания кальция при гиповитаминозе D на фоне заболеваний ЖКТ, сопровождающихся диареей и стеатореей (в т.ч. при энтеритах, целиакии и др.), респираторный алкалоз, спазмофилия, наблюдающаяся преимущественно у детей до 2 лет, и др.

**Тетраплегия** – потеря способности произвольных движений и полное отсутствие мышечной силы во всех четырех конечностях.

**Тонус** – рефлекторное напряжение мышцы, обеспечивающее сохранность позы и равновесия, подготовку к движению.

**Фасцикулярные подергивания** – быстрые подергивания отдельных мышечных пучков.

**Феномен отдачи** – стремление сегмента конечности вернуться в исходное положение по окончании пассивного движения. Один из симптомов центрального пареза или паралича мышц конечности.

**Фибрилляции** – спонтанно возникающие постоянные сокращения отдельных мышечных волокон (миофибрилл), обусловленные раздражением мотонейронов передних рогов спинного мозга или двигательных ядер черепных нервов.

**Хватательный рефлекс Янишевского** на верхних конечностях – патологический рефлекс, демонстрирующий непроизвольное захватывание предметов, соприкасающихся с ладонью.

**Хоботковый рефлекс** – патологический рефлекс; рефлекторное сокращение круговой мышцы рта при легком ударе молоточком по губе.

## ДВИГАТЕЛЬНАЯ СФЕРА: ЭКСТРАПИРАМИДНАЯ СИСТЕМА

---

**Абазия** – нарушение способности к сохранению равновесия при ходьбе.

**Адиадохокинез (син. диадохокинез, дисдиадохокинез)** – нарушение правильного чередования противоположных движений (сгибания и разгибания, супинации и пронации), является одним из симптомов поражения мозжечка.

**Акинетико-ригидный синдром (син. амниостатический симптомокомплекс, гипертоно-гипокинетический)** – двигательные расстройства, проявляющиеся бедностью и замедлением активных движений и своеобразным повышением мышечного тонуса. К основным клиническим проявлениям относят позу просителя (сутулая поза), бедную мимику (гипомимия), тремор покоя, собственно повышенного тонуса мышц конечностей, отсутствие плавности поворота и содружественных движений рук при ходьбе (физиологические синкинезии), медленную шаркающую походку, постуральные расстройства, а также трудности, связанные с началом ходьбы. Данный синдром представляет собой ядро клинической картины болезни Паркинсона и синдрома паркинсонизма.

**Аимия** – симптом, проявляющийся в исчезновении возможности выражать свои чувства и эмоции невольным выражением лица и возникающий в результате поражения черной субстанции, бледного шара (в качестве клинического проявления акинетико-ригидного синдрома) и лобной доли.

**Амниостатический симптомокомплекс** – см. выше.

**Астазия** - нарушение способности к сохранению равновесия при стоянии. При астазии и абазии (см. выше) больные ходят, широко расставив ноги, походка становится неустойчивой и напоминает походку пьяного (палубная, или пьяная, походка). Ходьба на пятках и носках становится невозможной. При поражении вестибулоцереbellума (мозжечок) шаткость связана не с недостатком проприоцептивных импульсов, достигающих сознания, а с нарушением координированной деятельности мышц в процессе преодоления силы тяжести.

**Астериксис** – неспособность больного поддерживать фиксированную позу, порхающий тремор - медленные и неритмичные сгибания-разгибания конечностей.

**Атаксия** – нарушения равновесия и координации движений, проявляется в виде изолированных расстройств статики и координации или может сочетаться с двигательными (пирамидными или экстрапирамидными) нарушениями.

- **Вестибулярная атаксия** (см. ниже в теме черепные нервы)
- **Лобная атаксия** (см. ниже в теме кора больших полушарий)
- **Мозжечковая** – атаксия, развитие которой связано с поражением мозжечковых структур - червя и коры полушарий. В связи с этим выделяют статико-локомоторную атаксию при поражении червя мозжечка (расстраиваются в основном устойчивость и походка) и динамическую атаксию — преимущественное нарушение выполнения различных произвольных движений конечностями при поражении полушарий мозжечка.
- **Сенситивная атаксия** (см. выше в теме чувствительность)
- **Фридрейха атаксия** – аутосомно-рецессивное заболевание, проявляющееся сочетанным поражением задних канатиков, спиноцереbellарных трактов и, в части случаев, пирамидных трактов. Как правило, атаксия Фридрейха начинается в возрасте младше 20 лет с гибели клеток в спинномозговых ганглиях, которая приводит к дегенерации задних канатиков. Клинически это проявляется

нарушением проприоцептивной и дискриминационной чувствительности, стереогноза в сочетании с сенситивной атаксией и неустойчивостью в позе Ромберга. Совместное поражение задних канатиков и спинocerebellарных трактов проявляется грубой атаксией. Примерно у половины выявляется деформации скелета и *per cavus* – полая стопа (стопа «Фридрейха»).

**Атетоз** – гиперкинез, характеризующийся медленными тоническими насильственными движениями, захватывающими одновременно мышцы агонисты и антагонисты. Постоянная изменчивость мышечного спазма в мышечных группах приводит к характерной вычурности, червеобразности насильственных движений, распространяющихся преимущественно на дистальные отделы конечностей, мышцы лица.

**Асинергия** - нарушение координации работы ряда мышечных групп, необходимых для осуществления того или иного движения, наблюдается при поражении мозжечка.

**Баллизм** - гиперкинез, проявляющаяся широкоамплитудными крупноразмашистыми бросковыми движениями в конечностях, вовлекающими преимущественно проксимальные суставы. Это редкое двигательное нарушение вызвано поражением субталамического ядра. В большинстве случаев гиперкинез носит односторонний характер (гемибаллизм - см. ниже) и возникает на противоположной по отношению очагу поражения стороне.

**Блефароспазм** – непроизвольное насильственное закрывание глаз вследствие сокращения круговой мышцы глаза.

**Брадикинезия** – замедление темпа любого вида движений: ходьбы – брадибазия, действий - брадипраксия, речи - брадифазия, психических процессов – брадифрения.

**Брадителикинезия (син. симптом «узды»)** – замедление пальца по мере приближения к цели при выполнении пальце-пальцевой или пальце-носовой проб с последующим увеличением скорости до исходной.

**Гемибаллизм** – вариант экстрапирамидного гиперкинеза, характеризующийся быстрыми размашистыми движениями в большом объеме на одной стороне тела, напоминающими толкание ядра или бросание мяча, возможны элементы ротаторного движения туловища.

**Гиперкинез** – синдром, характеризующийся насильственными непроизвольными избыточными движениями. Большая доля гиперкинезов обусловлена поражением базальных ганглиев и связанных с ними структур, условно объединяемых в экстрапирамидную систему. Гиперкинезы, вызванные поражением базальных ганглиев, усиливаются при умственной работе и эмоциональном стрессе и уменьшаются во время сна.

**Гипотонно-гиперкинетический синдром** – синдром, появляющийся при повреждении стриарной системы, для клинической картины которого характерны атетоз, хорея, баллистический гиперкинез, торсионный гиперкинез, кривошея и миоклония.

**Гипокинезия** – недостаточная двигательная активность, обеднение движений.

**Дезэквилибрация** – нарушение чувства равновесия. Данный симптом характерен для клинической картины поражения мозжечка, вестибулярного аппарата, а также их связей со структурами нервной системы.

**Дисметрия** – избыточность или недостаточность амплитуды движения (т.е. его несоответственность), потеря контроля над расстоянием, скоростью движения и силой сокращения мышц. Клинически дисметрия проявляется неспособностью вовремя остановить выполнение произвольного движения в нужное время, например, при выполнении пальценосовой, пальце-пальцевой и указательных проб палец исследуемого промахивает

вается мимо цели (гипер- или гипометрия). Описанный феномен наблюдают при поражении мозжечка (церебробеллума) или нарушении его связей.

**Дистония** – произвольные двигательные мышечные сокращения, которые вызывают причудливые «вращательные» движения и позы в конечностях. Дистонию, ограниченную одной мышечной группой, называют фокальной дистонией; к этому виду относится блефароспазм (см. выше) и дистоническую кривошею (спастический тортиколиз). Генерализованная дистония в разной мере вовлекает множественные мышечные группы. Генерализованная дистония зачастую протекает в сочетании с дисфагией и дизартрией. Основной причиной развития дистонии являются различные нарушения в базальных ганглиях.

**Интенционное дрожание** – разновидность тремора, проявляющийся главным образом при целенаправленных движениях и становится явно выраженным по мере приближения пальца к цели при выполнении пальценосовой и указательных проб (так называемый тремор действия). Развитие интенционного дрожания связано с поражением мозжечка, его ствола и путей.

**Коленопяточная проба** – метод проверки координации движений, при котором больному, лежащему на спине, предлагают провести пяткой одной ноги по передней поверхности голени другой ноги от надколенника до голеностопного сустава.

**Маятникообразный или «педулярный» рефлекс** – рефлекс, наблюдающийся при исследовании коленного рефлекса в положении сидя, со свободно свисающими с кушетки голени; после удара молоточком по *lig. patellae* наблюдается несколько «качающихся» движений голени.

**Мегалография** – изменение почерка в виде резкого увеличения размеров букв. Наблюдается при поражении мозжечка.

**Миоклония** – произвольные кратковременные (до 0,1 с.) сокращения определенных мышц или целых групп мышц, возникающие как при движениях, так и в состоянии покоя. Является симптомом гипотонно-гиперкинетического синдрома. Наблюдается при поражении стриарной системы (экстрапирамидная система).

**Нистагм** – произвольное ритмическое подергивание глазных яблок при взгляде в стороны или вверх. Различают физиологический и патологический, врожденный, нистагм, по форме - горизонтальный, ротаторный или вертикальный. Патологический нистагм возникает при поражении вестибулоцеребеллума (мозжечковый синдром) и связан с патологическим увеличением амплитуды микросаккадических движений глаз, в норме имеющих место при зрительном слежении. Взор-индуцируемый нистагм, вызываемый взглядом, более выражен при движении глаз в сторону поражения мозжечка и уменьшается при взгляде в противоположную сторону; при возвращении глаз к срединной линии возможно появление нистагма в противоположном направлении - «рикошетный нистагм».

**Опсоклонус (син. глазной миоклонус, синдром «пляшущих глаз»)** – сложная форма нистагма в виде быстрого содружественного движения глазных яблок в различных направлениях. Опсоклонус исключительно в горизонтальном направлении получил название **трепетания глазных яблок**.

**Палубная походка** (атактически-мозжечковая, «пьяная» походка) - см. выше.

**Пальценосовая проба** – метод проверки координации движений, при котором больному предлагают сначала с открытыми, а затем с закрытыми глазами коснуться кончика своего носа поочередно указательными пальцами правой и левой рук. Наблюдается при поражении полушария мозжечка.

**Пальце-пальцевая проба** – метод проверки координации движений: больному с закрытыми глазами предлагается широко развести руки и затем сближать указательные

пальцы, стремясь попасть пальцем в палец, при этом, как и при положительном результате пальценосовой пробы, выявляются интенционное дрожание и симптом узды (брадителкинезия - см. выше). Положительный результат пробы позволяет заподозрить поражение полушария мозжечка.

**Пентада Марбурга** - характерный для рассеянного склероза симптомокомплекс, состоящий из нистагма, скандированной речи, интенционного дрожания, отсутствия брюшных рефлексов и побледнения височных половин зрительных нервов.

**Периодический альтернирующий нистагм** - нистагм, при котором направление подергивания глаз изменяет направление каждые 2-3 минуты. Такая форма нистагма характерна для поражения узелка и язычка мозжечка.

**Перекрест Вернекинга** - перекрест верхних мозжечковых ножек или перекрест волокон мозжечково-покрышечного пути, идущих от зубчатых ядер мозжечка к красным ядрам среднего мозга и зрительным буграм, и волокон переднего спинно-мозжечкового пути.

**Перекрест Фореля** - перекрест руброспинальных (монаховских) путей в проекции вентральной части покрышки среднего мозга.

**Поза просителя (манекена)** – характерная поза для больного с акинетико-ригидным синдромом. Больной сутулится, голова наклонена вперед, полусогнутые в локтевых суставах руки прижаты к телу, ноги также слегка согнуты в тазобедренных и коленных суставах. Наблюдается при поражении бледной субстанции, бледного шара.

**Постуральные рефлексы** – совокупность рефлексов и реакций, обеспечивающих сохранение определенного положения тела или его частей (головы, конечностей, туловища) как в пространстве, так и по отношению друг к другу.

**Проба на гиперпронацию** - проба, позволяющая предположить поражение мозжечка или его проводящих путей, при этом исследуемому предлагают вытянутые руки в позе супинации быстро перевести в положение пронации, ладонями вниз. Проба считается положительной, если наблюдается гиперметрия и гиперпронация.

**Проба Ромберга** – неврологический тест, с помощью которого оценивают функцию статической координации. Выполняется пациентом в положении стоя, руки вытянуты вперед, пальцы слегка раздвинуты.

**Путь Флексига (син. задний спинно-мозжечковый путь)** – путь несознательной проприоцептивной чувствительности.

**Путь Говерса (син. передний спинно-мозжечковый путь)** – путь несознательной проприоцептивной чувствительности.

**Пяточно-коленная проба** – метод проверки координации движений, при котором больному, лежащему на спине с закрытыми глазами, предлагают высоко поднять одну ногу и затем ее пяткой попасть в колено другой ноги. При мозжечковой патологии больной испытывает затруднения при выполнении данной пробы, особенно выполняя пробу ногой, гомолатеральной пораженному полушарию мозжечка.

**Симптом «зубчатого колеса»** – ощущение прерывистости, ступенчатости движения в виде равномерных толчков в мышцах исследуемой конечности. Является одним из характерных проявлений акинетико-ригидного синдрома.

**Симптом отсутствия «обратного толчка»** – симптом, позволяющий заподозрить поражение мозжечка: исследуемому предлагается согнуть супинированное предплечье, после чего исследующий оказывает сопротивление сгибанию. Симптом считается положительным, если при неожиданном прекращении оказывания сопротивления рука исследуемого, сгибаясь по инерции, с силой ударяет его в грудь.

**Симптом узды (син. брадителкинезия)** - см. выше.

**Скандированная речь** – расстройство речи, для которого характерно замедление, аритмичность речи (запинание) в сочетании с нарушением артикуляции и патологическим постоянным ударением на каждом слоге. Эти проявления возникают, преимущественно, при параверминальном поражении в связи с нарушенем синергичной работы речевых мышц.

**Тики** – быстрые, клонические, неритмичные, стереотипные движения, которые локализуются преимущественно в области лица, шеи, плечевого пояса, реже распространяются на туловище, верхние и нижние конечности.

**Торсионный гиперкинез (торсионный спазм, торсионная дистония)** – атетоз (см. выше) туловища, проявляющийся перегибающимися штопорообразными движениями туловища при ходьбе.

**Тремор** – насильственные колебательные движения во всем теле или в отдельных его частях, чаще в верхних конечностях, характеризующиеся ритмичностью, стереотипностью и незначительной амплитудой.

**Триада Шарко** – симптомокомплекс, включающий в себя нистагм глазных яблок, скандированную речь, интенционный тремор. Наблюдается при рассеянном склерозе.

**Хорея** – форма гиперкинеза, проявляющаяся быстрыми, беспорядочными, неритмичными (нерегулярными по времени и амплитуде), нестереотипными, насильственными движениями различных мышечных групп. Возникает при поражении putamen с одновременным вовлечением в процесс дендорубальной системы (nucleus dentatus мозжечка и nucleus ruber).

- **Хорея малая (син. Ревматическая хорея, –** заболевание ЦНС ревматической этиологии, характеризуется хореическими гиперкинезами в виде быстрых насильственных движений в конечностях, туловище и лице, мышечной гипотонией, нарушениями эмоций, иногда другими психическими расстройствами. Возникает в результате иммунного ответа организма на антигены бета-гемолитического стрептококка группы А, общие с антигенами базальных ганглиев – хвостатого и субталамического ядра и скорлупы.
- **Хорея большая (хорея Гентингтона)** – аутосомно-доминантное заболевание, отличительным гистологическим признаком которого является дегенерация шиповидных энкефалических и ГАМК-ергических нейронов в полосатом теле. Так, гибель вышеуказанных нейронов приводит к снижению тормозящего влияния на глутаматергические нейроны таламуса, что клинически проявляется в виде быстрых, кратковременных непроизвольных движений, вовлекающих множественные мышечные группы в случайно последовательности.

**Хореоатетоз** – сочетание хореического гиперкинеза с атетозом.

**Ядра Бехтерева** - верхние вестибулярные ядра в комплексе вестибулярных ядер, расположены в проекции дна IV желудочка, в нижней половине Варолиева моста, у его наружного угла, кнутри от верхних ножек мозжечка.

**Ядра Даркшевича** – ядро медиального продольного пучка, расположенное в покрышке среднего мозга роstralнее ядра глазодвигательного нерва.

## КОРА БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ

---

### Лобная доля

**Аграфия** – потеря способности письма (письменной речи) при сохранности двигательных функций в руках. Обычно сочетается с афазией, но может быть и самостоятельным расстройством при поражении второй лобной извилины левого полушария. Возникает аграмматизм при письме – больные заменяют, переставляют или выпускают (пропускают) буквы и слоги. Иногда наблюдают расстройство списывания слов и букв. **Адверсивные приступы** припадки, характеризующиеся приступообразными произвольными поворотами головы и глаз в сторону, противоположную патологическому очагу в мозге. Часто очаг располагается в задних отделах средней лобной извилины (поле 8 по Бродману).

**Акайрия** – приставание, навязчивость, назойливость.

**Акатаграфия** – расстройство письменной речи, при котором нарушается порядок слов в предложении или слогов в словах (развивается моторная афазия).

**Акатафазия** – расстройство речи, характеризующееся употреблением неподходящих по смыслу, но сходных по звучанию слов (развитие моторной афазии).

**Алалия** – отсутствие или ограниченность речи у детей в связи с недоразвитием или поражением в натальном периоде (доречевой период) речевых зон головного мозга (лобных и/или височных долей). Этот диагноз устанавливают при отсутствии глухоты, слабоумия и механической анартрии. Различают моторную, сенсорную и тотальную алалию.

**Анартрия** – см. выше в теме черепные нервы.

**Афазия** – расстройство речи, состоящее в утрате способности использовать слова для выражения мыслей и общения с окружающими при сохранности функции артикуляционного аппарата и слуха. Несмотря на то что речь рассматривают как функциональную систему, интегративнейронную организацию всего мозга человека, выделяют специальные «речевые зоны» в коре больших полушарий, ответственные за различные виды афазий.

- **Амнестическая афазия** – афазия, наблюдаемая при очагах поражения в районе 22-го, 37-го и 19-го полей доминантного полушария. Больной «забывает» слово, чаще всего имена существительные, т.е. названия предметов: вместо «карандаш» он говорит «чем рисовать», вместо ложка - «чем едят» и т.д. В спонтанной речи он легко подменяет забытое слово другим или описанием данного предмета, но оказывается беспомощным, если ему предложить назвать показываемые предметы.
- **Моторная афазия Брока** – афазия, при которой наиболее важным клиническим признаком является значительное снижение или отсутствие речевой продукции. У больного сохраняется способность к пониманию слов, он также способен дать название простых предметов, однако нарушается построение предложений (параграмматизм и аграмматизм), больной допускает фонетические парафазические ошибки (замена звуков в словах), не может с одного слога быстро переключиться на другой. Афазия возникает при повреждении в зоне Брока (44 и 45-е корковые поля доминантного полушария).
- **Сенситивная афазия Вернике** – см. раздел «височная доля»

- **Семантическая афазия** – одна из форм афазии, которая связана с нарушением понимания логико-грамматических структур. Данная форма афазии возникает при поражении теменно-затылочного отделов доминантного левого полушария у правой. Первичный дефект, который лежит в основе данного синдрома — трудности в восприятии логико-грамматических структур, страдает одновременный симультанный анализ и синтез явлений. Так, фраза «Я пошел гулять после того, как пообедал» понимается больным в последовательности изложения, то есть, «пошел гулять, а затем пообедал». Совсем непонятны ему отношения «кем, чем», например «мешать чай ложкой, «человек ограблен бандитом», а так же смысл простых пословиц.

**Дисфория** – антоним эйфории; форма болезненно-пониженного настроения, характеризующаяся мрачной раздражительностью, чувством неприязни к окружающим.

**Лобная атаксия** – нарушение равновесия и координации движений, в основе которого лежит разобщение лобной коры и клеток Пуркинье коры мозжечка контрлатеральной стороны. Такое патологическое состояние является результатом разрушения фронто-понтocerebellарных путей на любом их участке, чаще при поражении коры полюса лобной доли. Клинически лобная атаксия проявляется неуверенностью и шаткостью походки. Во время ходьбы у исследуемого может отклоняться туловище назад (симптом Хеннера). ступни он ставит на одной прямой («лисья походка»), иногда при ходьбе отмечается «заплетание» ног. У некоторой части таких больных развивается астазия и абазия на фоне отсутствия клинических признаков параличей и парез в нижних конечностях, в т.ч. скрытых.

**Лобная психика** – комплекс симптомов, возникающих при поражении лобных долей, характеризующийся заторможенностью, вялостью, оглушенностью, снижением памяти и критики к своим действиям, склонностью к цинизму и плоским шуткам (мория), безынициативностью, неопрятностью, неряшливостью. (По-другому называется апатико-абулимический синдром).

**Мутизм** – отсутствие речевого общения при сохранности речевой функции (т.е. речевого аппарата). При мутизме больной не отвечает на вопросы и даже не даёт понять знаками, что он согласен вступить с окружающими в контакт, при этом в принципе способность разговаривать и понимать речь окружающих у него сохранена. Дифференциальную диагностику проводят между мутизмом и афазией, при которой также утрачивается способность говорить, чаще вследствие какого-либо повреждения мозга. Выделяют различные варианты мутизмов, однако, с точки зрения неврологии, наиболее распространен акинетический мутизм. Основными причинами акинетического мутизма являются органические поражения головного мозга: огнестрельные ранения лобных отделов больших полушарий, гемангиомы мезенцефальной локализации, тромбоз базилярной артерии, опухоли в области III желудочка и др. В последнее время наибольший интерес среди инфекционных заболеваний принадлежит прионным заболеваниям. Так, акинетический мутизм принадлежит к группе диагностических критериев болезни Крейтцфельда-Якоба.

**Оперкулярный синдром** - приступы жевательных или глотательных движений, облизывания губ, причмокивания. Оперкулярный синдром возникает вследствие раздражения нижних участков прецентральной извилины.

**Паралич взора** – см. ниже в разделе «черепные нервы».

**Рефлекс Янишевского** – произвольное захватывание и удержание предмета, которым производят штриховое раздражение кожи у основания пальцев кисти; наблюдается при поражении премоторной области коры полушарий большого мозга, чаще на противоположной стороне.

**Синдром Фостер-Кеннеди** – комплекс симптомов, обусловленный компрессией оптического нерва и обонятельного нерва на фоне повышения внутричерепного давления. Основная причина развития синдрома - образование опухолей в лобных долях. К клиническим проявлениям относят атрофию зрительного нерва, развитие центральной скотомы и аносмию с ипсилатеральной опухоли стороны, а также отёк диска контрлатерального зрительного нерва.

### Теменная доля

**Агнозия** – нарушение сложной аналитико-синтетической деятельности отдельного анализатора, невозможность объединения отдельных признаков в целостный образ; невозможность узнавания окружающих предметов, явлений, их взаимодействий, а также частей собственного тела. При агнозии сохраняются простые формы чувствительности и сознание.

- **Зрительная агнозия** – см.ниже в разделе «Затылочная доля».

**Акалькулия (син. дискалькулия)** – нарушение способности оперировать цифрами. Больной не может решить простейшие арифметические задачи, действия, может забывать таблицу умножения и написание отдельных цифр. Симптом возникает при поражении угловой извилины доминантного полушария.

**Алексия** – расстройство способности чтения и понимания прочитанного вследствие неузнавания букв, слогов, слов и фраз. Изолированно алексию наблюдают при поражении угловой извилины теменной доли доминантного полушария. Степень нарушения функции чтения варьирует от невозможности читать (вслух и про себя - полное неузнавание слов, или *оптическая алексия*, формирующаяся при поражении 19 и 39 полей по Бродману) до менее грубых расстройств, когда чтение сохранено, но существует пропуск и перестановка букв (*литеральная паралексия*) или слов (*вербальная паралексия*). Алексия часто сочетается с афазией. Оптическая алексия

**Анозогнозия** – неосознавание и отрицание своего двигательного или другого дефекта, например, если пациенту показать его парализованную руку, он не признает ее своей.

**Апраксия** – нарушение способности выполнять целенаправленные действия. Апраксия характеризуется утратой навыков, выработанных в процессе индивидуального опыта сложных целенаправленных действий (бытовых, производственных и др.) без признаков пареза или нарушения координации движений.

**Астереогнозия** – см.выше в теме «Поверхностная и глубокая чувствительность».

**Аутопагнозия** – расстройство ориентировки в отношении собственного тела или его частей, т.е. расстройство схемы тела. У больных с нарушением схемы тела возникают ложные представления о размерах частей своего тела (*метаморфонсия*): больной начинает воспринимать части тела необычными по форме и величине. При *макропсии* части тела и предметы кажутся больному необычайно большими, при *микрпсии* - необычайно малыми. Иногда возникает явление *полимелии* - ощущение ложных конечностей (третьей верхней или нижней конечности, «чужой» конечности). Фрагменты аутопагнозии - агнозия пальцев (больной не знает названия пальцев, не может их показать) и нарушение право-левой ориентировки. Иногда наблюдают неосознавание и отрицание своего двигательного или другого дефекта – *анозогнозию*.

**Гемианестезия** – см.выше в теме «Поверхностная и глубокая чувствительность».

**Моноанестезия** – см.выше в теме «Поверхностная и глубокая чувствительность».

**Синдром Герстмана-Шильдера** – неврологическое расстройство, которое состоит из следующих признаков: неспособность больного правильно называть свои пальцы (пальцевая агнозия), нарушения письма (а- или дисграфия), счета (а- или

дискалькулия), неспособности различать правую и левую стороны тела. Впервые данный синдром был описан в 1924 году у больного с ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии (СМА) с поражением теменной доли.

### **Височная доля. Гиппокамп**

**Агевзия (ageusia, ae, f; греч. а- - отрицание + geusis - вкус)** – отсутствие вкусовых ощущений. Островковая доля (находится в глубине латеральной борозды).

**Амузия** – утрата способности понимать или исполнять музыку, писать и читать ноты в результате поражения височных отделов доминантного полушария.

#### **Амнезия**

**Гипомнезия** – ослабление памяти или отдельных её компонентов (запоминания, воспроизведения, сохранения).

**Гиперосмия** – патологическое обострение обоняния, к которому обычно приводит центральное поражение, например, частой причиной является височная эпилепсия.

**Какосмия** – качественное нарушения обоняние, включающее в себя ощущение дурных запахов (в частности, неприятное ощущение кала).

**Конгенитальная аносмия** – отсутствие обоняния, обусловленное аплазией центрального или периферического обонятельного нейрона. Ярким примером такого патологического состояния является синдром Каллманна, включающий в себя сочетание мужского гипогонадизма и аносмию вследствие расстройства импульсной секреции гонадолиберина в гипоталамусе. Развитие синдрома Каллманна генетически обусловлено, наследование Х-сцепленное рецессивное или аутосомно-доминантное с неполной пенетрантностью.

**Обонятельная агнозия** – утрата способности узнавать запахи при сохранности обонятельных ощущений. Обонятельная агнозия возникает при диссоциативных расстройствах между гиппокампом и корой его окружающей.

**Обонятельные галлюцинации.** Как уже говорилось выше, возникают при раздражении гиппокампа. Они могут сочетаться с паросмией (обонятельная парестезия), вкусовыми, вестибулярными, вегетативно-висцеральными расстройствами. Они могут быть самостоятельными феноменами или являться аурой эпилептического припадка.

**Синдром Клювера-Бюси** – синдром, характеризующийся ослаблением эмоциональных реакций, гиперсексуальностью, навязчивым стремлением прикоснуться к любому попавшемуся предмету или поместить его в рот (гиперорализм), нарушением пищевых привычек, прожорливостью и нарушением способности распознавать окружающие предметы (зрительная агнозия). Заболевание возникает при двустороннем поражении медиальных структур височных долей мозга (особенно миндалевидных тел), например при герпетическом энцефалите или дегенеративных заболеваниях головного мозга.

**Унцинатные припадки** – эпилептические припадки в сочетании с обонятельными и вкусовыми галлюцинациями, характерны для поражения крючка гиппокампа и миндалевидного тела.

### **Затылочная доля**

**Амавроз** – полная потеря зрения при сохранности зрачковой реакции на свет.

**Амблиопия** – снижение остроты зрения (вследствие функциональных расстройств зрительного анализатора).

**Гемианопсия** – половинное выпадение поля зрения. Подробное описание гемиптопсий см. в разделе "Черепные нервы".

**Зрительная агнозия** – нарушение узнавание предмета или его изображения, потеря представления о назначении этого предмета. Однако при ощупывании этого же предмета больной может узнать его. Зрительная агнозия возникает при поражении ассоциативной зрительной коры (поля 18 и 19 по Бродману) и может быть различной по величине клинических проявлений, варьируя от тотального неузнавания до узнавания отдельных частей предметов.

**Зрительная аллестезия** – иллюзорное смещение изображений с одной стороны зрительного поля в другое.

**Оптическая алексия (син. словесная слепота)** – крайняя степень алексии (см. выше в разделе «Теменная доля»), проявляющаяся полным неузнаванием слов и формирующаяся при поражении 19 и 39 полей по Бродману.

**Симультанная агнозия** – нарушение способности одновременного восприятия нескольких объектов или целой ситуации

**Синдром Балинта** – синдром, характеризующийся неспособностью охватить взором предмет, находящийся в поле зрения

**Палинопсия** – сохранение зрительного образа после удаления объекта.

**Прозопагнозия** – потеря способности узнавать лица.

## ЧЕРЕПНЫЕ НЕРВЫ

---

### *I пара*

**Аносмия** – количественное нарушение обоняние, характеризующееся полной утратой обоняния (одно- и двухсторонняя). Односторонняя аносмия встречается при поражении обонятельных нервов в области решетчатой кости (опухоль, перелом, травматическая гематома, этмоидит); при поражении обонятельной луковицы и всех первичных обонятельных центров. Двухсторонняя гипосмия и аносмия встречается при гриппе, атрофических ринитах, ОРВИ.

**Гиперосмия** – см. тему кора больших полушарий.

**Гипосмия** – количественное нарушение обоняние, характеризующееся снижением обоняния (одно- и двухсторонним). Функциональная гипосмия имеет место при неврозах и беременности. Сенильная гипосмия представляет собой снижение обоняния на фоне дегенеративноатрофических изменений в обонятельных нейронах, чаще у пожилых людей. Респираторная гипосмия возникает на фоне нарушения носового дыхания при искривлении носовой перегородки, полипах, а так же дыхании через рот.

**Какосмия** - см. тему кора больших полушарий.

**Конгенитальная аносмия** – отсутствие обоняния, обусловленное аплазией центрального или периферического обонятельного нейрона, встречается, например, при синдроме Каллманна.

### *II пара*

**Амавроз** – полная потеря зрения при сохранности зрачковой реакции на свет.

**Амблиопия** – снижение остроты зрения.

**Ахроматопсия** – тотальная утрата узнавания цвета, встречающееся при ишемии коры затылочной доли.

**Гемианопсия** – половинное выпадение поля зрения. **Гомонимная (трактусовая, односторонняя) гемианопсия** характеризуется выпадением односторонних половин полей зрения каждого глаза и возникает при поражении латерального колленчатого тела и зрительного тракта. При **гетеронимной, или разноименной, гемианопсии** (обобщающий термин для битемпоральной и биназальной гемианопсий) выпадают разносторонние половины полей зрения каждого глаза, при этом, битемпоральная гемианопсия протекает с выпадением височных половин полей зрения, а биназальная – с выпадением носовых (медиальных) половин полей зрения. Верхнеквадрантная гемианопсия возникает при поражении язычной извилины и проявляется выпадением верхней половины поля зрения. Нижнеквадрантная гемианопсия подразумевает выпадение нижней половины поля зрения и является следствием поражения коры конечного мозга в области клина.

**Дисхроматопсия** – нарушение цветового зрения. Среди дисхроматопсий наиболее распространен дальтонизм – неспособность различать зеленый и красный цвет. Этот вид цветовой слепоты генетически обусловлен и чаще встречается у лиц мужского пола.

**Желтое пятно** – место наибольшей остроты зрения в сетчатке, которое содержит только колбочки, причем аксон каждой колбочки образует синапс с отдельной биполярной клеткой из следующего нейронального слоя сетчатки.

**Макропсия** – расстройство зрения, при котором предметы воспринимаются бóльшими, чем они есть на самом деле. Расстройство развивается при раздражении зрительной коры в области стыка с корой височной доли.

**Метаморфопсия** – искажённое восприятие формы видимых объектов - контуры их кажутся изломанными, искривлёнными. Данной расстройством как и макропсия развивается при раздражении зрительной коры в области стыка с корой височной доли.

**Монохроматопсия** – восприятие всех предметов в одном цвете. Встречается при интоксикациях, например, акрихином, сантонином, наперстянкой или лекарственными препаратами, которые содержат её алкалоиды (сердечные гликозиды). В этом случае все предметы кажутся жёлтыми. При кровоизлиянии в макулярную зону сетчатки наблюдается **эритропсия** – восприятие всего окружающего в красном цвете.

**Скотомы** – дефект поля зрения. Положительная скотома – центральное пятно выпадения (затемнения) поля зрения. Возникает при поражении зрительного нерва или сетчатки. Отрицательная скотома – «слепая» зона, возникающая в поле зрения у пациента, которую он не замечает. Возникает при страдании коры затылочной доли (поле 17 по Бродману).

**Транзиторная мимолетная слепота (amaurosis fugax)** – кратковременные эпизоды нарушения зрения в одном глазу, продолжающиеся от нескольких секунд до нескольких минут. Данное патологическое состояние обычно вызвано закупоркой сосудов сетчатки микроэмболами. Нередко источником микроэмболов становится атеросклеротическая бляшка во внутренней сонной артерии (ВСА).

### *III, IV, VI пара*

**Аккомодация** – способность глаза одинаково четко видеть предметы, расположенные на разном расстоянии от него.

**Альтернирующий синдром Бенедикта** – ветральный синдром среднего мозга, возникающий при поражении его покрышки с вовлечением ядер III пары, красного ядра, черной субстанции, денторубрального пути, крайне редко – медиальной петли и верхних отделов медиального продольного пучка. Клинические признаки синдрома Бенедикта: птоз верхнего века, мидриаз с утратой фотореакции зрачка, отсутствие движений глазного яблока вверх, внутрь и вниз, расходящееся косоглазие, диплопия, парез аккомодации и конвергенции ипсилатерально; контралатерально: экстрапирамидные гиперкинезы (гемихореоатетоз и интенционный гемитремор), легкий спастический гемипарез, парез взора (глаза смотрят на очаг) и гемигипестезия поверхностной и глубокой чувствительности, чаще без вовлечения лица. Причинами развития синдрома Бенедикта являются нарушения кровообращения в бассейне парамедианных перфорирующих ветвей терминального отдела основной артерии или педункулярных перфорирующих ветвей задней мозговой артерии, менинговаскулярный сифилис, солитарные туберкулемы, опухоли красного ядра.

**Альтернирующий синдром Вебера** – альтернирующий синдром, относящийся к вентральным синдромам среднего мозга, или синдромам основания среднего мозга. Клинически проявляется птозом верхнего века, мидриазом с утратой фотореакции зрачка, отсутствием движений глазного яблока вверх, внутрь и вниз, расходящимся косоглазием, диплопией, парезом аккомодации и конвергенции ипсилатерально, контралатерально – гемипарезом или гемиплегией (включая центральный парез VII и XII пар черепных нервов). Возникает при поражениях различного характера в области ножек мозга, где проходят кортикоспинальный и кортиконуклеарный тракты, а также внутристволовой отдел корешка глазодвигательного нерва (III).

**Альтернирующий синдром Фовилля** – альтернирующий синдром, развивающийся при поражении моста. Вовлекаются ядра и корешки VII, VI пары, пирамидный путь, а также (не всегда) медиальная петля. На стороне патологического процесса развивается периферический парез мимической мускулатуры, прямой наружной мышцы глаза, на противоположной – центральный гемипарез и гемигипестезия.

**Анизокория** – неравенство диаметров зрачков правого и левого глаза. Возникает вследствие расстройства взаимодействия двух гладких мышц радужной оболочки: циркулярной (m. sphincter pupillae), сужающей зрачок, и радиальной (m. dilatator pupillae), расширяющей зрачок. Легкая асимметрия диаметра зрачков допустима и является вариантом нормы (физиологическая анизокория).

**Дивергенция глазных яблок**

**Диплопия** – расстройство зрения, при котором рассматриваемый предмет кажется удвоенным (двоение в глазах).

**Дилатация (расширение) зрачка.** Симптом обусловлен недостаточностью m. sphincter pupillae на фоне поражения парасимпатической иннервации глазодвигательного нерва.

**Внутренняя офтальмоплегия** – изолированный парез (см. выше) внутренних мышц глаза (сфинктера зрачка и ресничной мышцы) вследствие селективного поражения парасимпатических волокон в глазодвигательном нерве. При этом глазное яблоко остается подвижным, а зрачок застывает в одном положении: отсутствуют прямая и содружественная реакции зрачка на свет, и нарушается аккомодация (см. выше), из-за чего зрения становится нечетким.

**Гипертропия** – девиация глазного яблока вверх.

**Гипотропия** – девиация глазного яблока вниз.

**Конвергенция глазных яблок** – сведение глазных осей. Физиологическая конвергенция возникает при рассмотрении близких предметов, патологическая – сходящееся косоглазие, встречающееся при одно- или двухстороннем поражении отводящего нерва (VI). Симптом обусловлен недостаточностью функции наружной прямой мышцы глаза.

**Косоглазие (син. страбизм)** – отклонение зрительных осей от направления на рассматриваемый объект, при котором нарушается скоординированная работа глаз и затрудняется фиксация обоих глаз на объекте зрения.

**Миоз** – сужение зрачка.

**Мидриаз** – расширение зрачка. При поражении III пары черепных нервов мидриаз формируется вследствие паралича мышцы, суживающей зрачок, и функционального преобладания m. dilatator pupillae.

**Наружная офтальмоплегия** – ограничение подвижности глазного яблока при созрании вегетативной (парасимпатической) иннервации.

**Оптокинетический нистагм** – подергивания глазных яблок, возникающие при фиксации взора на быстроменяющихся, движущихся в различных направлениях предметах. Отсутствие данного явления является следствием патологического процесса.

**Офтальмоплегия** – паралич мышц глаза (глаз неподвижен) вследствие поражения глазодвигательных нервов.

**Паралич аккомодации** – утрата способности глаза фокусировать на сетчатке изображение всех точек пространства, расположенных в пределах присущей ему, в соответствии с клинической рефракцией, области ясного видения (ближняя и дальняя точка ясного видения сливаются воедино).

**Паралич взора** – невозможность содружественного поворота глаз в сторону парализованной мышцы. Характер паралича взора определяется по той стороне, в которую не

двигаются глаза. Так, если глаза у больного отведены вправо и не двигаются влево, то говорят о левостороннем параличе взора. Наблюдается при поражении ядер и/или волокон глазодвигательных нервов (паралич взора на ипсилатеральной стороне), а также второй лобной извилины и/или волокон, идущих к ядрам глазодвигательных нервов (паралич взора на контрлатеральной стороне).

**Полная неподвижность зрачка** – полная утрата зрачков на свет и конвергенцию.

**Птоз** – опущение верхнего века, обусловленное параличом мышцы, поднимающей верхнее веко. При этом на фоне слабости мышцы, поднимающей верхнее веко, сохраняется иннервация круговой мышцы глаза, которую иннервирует лицевой нерв. Пациент может лишь незначительно приоткрыть глазную щель за счет сокращения лобной мышцы.

**Симптом Аргайлла-Робертсона** – выпадение прямой и содружественной реакции зрачков на свет при сохранении реакций на конвергенцию и аккомодацию. Этот симптом наблюдается почти исключительно при спинной сухотке. При энцефалитах (особенно летаргическом) может выявляться обратный симптомокомплекс: сохранение зрачковой реакции на свет при выпадении реакции на аккомодацию и конвергенцию.

**Симптомокомплекс Горнера** - сочетание уменьшения глазной щели (птоз), сужения зрачка (миоз) и некоторого западения глазного яблока (энофтальм). Является следствием поражения центральных симпатических волокон, цилиоспинального центра (локализованы в боковых рогах спинного мозга от сегмента С<sub>8</sub> до Th<sub>2</sub>), верхнего шейного узла и постганглионарных симпатических волокон на их пути в глазницу; нередко встречается в клинической картине синдрома Бинга-Хортона (эритропрозопалгия).

**Синдром Гертвига-Можанди (син. синдром разного стояния глазных яблок)** – разное стояние глазных яблок по вертикали, к которому привело поражение заднего продольного пучка на уровне среднего мозга.

**Синдром каротидно-кавернозного синуса (ККС, синдром Бонне)** – поражение III, IV, VI черепных нервов и 1-й веточки тройничного нерва (V пара), проявляющееся экзофтальмом и хемозом (гиперемия и отек конъюнктивы и век), полной офтальмоплегией глазного яблока на стороне поражения, болями и снижением чувствительности в области иннервации 1-й ветви тройничного нерва (роговица, верхнее веко, половина лба). Причины: формирование каротидно-кавернозного соустья, объемные образования (менингиома, гумма, аневризма и др.), которые располагаются в кавернозном синусе, сдавливают краниальные нервы и нарушают венозное кровообращение в глазничных и лицевых венах, тромбоз синуса, аневризма внутренней сонной артерии (присоединяется пульсирующий шум в голове на стороне поражения).

**Синдром Парино (син. дорсальный мезэнцефальный синдром)** – симптомокомплекс, возникающий при поражении системы заднего продольного пучка на уровне верхних бугров четверохолмия в среднем мозге. Синдром проявляется в первую очередь нейроофтальмологическими феноменами: паралич взора вверх (иногда вниз), зрачковые нарушения (обычно широкие зрачки с диссоциацией реакции на свет и на аккомодацию с конвергенцией), конвергирующий и ретракторный нистагм при взгляде вверх; патологическая ретракция век; отставание век. Причины развития синдрома: гидроцефалия, опухоли гипофизарной области.

**Паралич аккомодации** – утрата способности глаза фокусировать на сетчатке изображение всех точек пространства, расположенных в пределах присущей ему, в соответствии с клинической рефракцией, области ясного видения (ближняя и дальняя точка ясного видения сливаются воедино).

**Система заднего продольного пучка (медиального продольного пучка)** – комплекс нервных связей, обуславливающих ассоциированность и совместность как

рефлекторных, так и произвольных движений глазных яблок. Система заднего продольного пучка включает в себя не только межъядерные (III, IV, VI нервы с обеих сторон) связи, но и связи ядер глазных мышц с другими отделами нервной системы.

**Тест Бильшовского** – наклон головы в сторону поражения при фиксации здорового глаза на неподвижном объекте

**Тест Гиршберга** – метод сравнения роговичных бликов. Методика выполнения теста: больного просят не отводить глаз от источника света или рукоятки, после чего оценивают симметричность бликов от обеих роговиц.

**Эзотропия** – девиация глазного яблока внутрь.

**Экзотропия** – девиация глазного яблока наружу.

**Энофтальм** – более глубокое, чем в норме, расположение глазного яблока в глазнице.

Этот признак входит в состав синдрома Бернара-Горнера.

**Экзофтальм** – чрезмерное выстояние глазного яблока из орбиты. При поражении III пары черепных нервов экзофтальм является результатом атонии парализованных мышц глаза и преобладания тонуса гладкой *m. orbitalis*, давящей на глазное яблоко со стороны глазницы.

### *V пара*

**Зоны Зельдера** – зоны сегментарной кожной иннервации лица и головы ядром тройничного нерва (по типу луковицы).

**Невралгия тройничного нерва** – пароксизмальная колющая боль продолжительностью несколько секунд, часто вызывается вторичными чувствительными стимулами, соответствует зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва на одной стороне лица, без неврологических выпадений.

**Нижнечелюстной рефлекс** – сокращение жевательной мышцы и приподнятие нижней челюсти в ответ на легкие удары неврологическим молоточком по дисальной фаланге пальца исследующего, уложенного на подбородок исследуемого. У здоровых людей этот рефлекс вызывается с трудом.

**Тризм** – скрип, сжимание челюстей, тонический спазм жевательной мускулатуры.

### *VII пара*

**Агевзия (син. агейзия)** – тотальная потеря вкусовых ощущений. Однако волокна вкусовой чувствительности проходят в составе нескольких различных черепных нервов (промежуточный нерв и барабанная струна несут афферентную информацию с передних 2/3 языка, языкоглоточный нерв – с задней трети, блуждающий – от вкусовых рецепторов надгортанника).

**Альтернирующий синдром Мийяра-Гюблера** – вентральнопонтинный синдром, возникающий при поражении ядра или волокон лицевого нерва и пирамидных путей. Очаг локализуется в нижнем отделе основания моста. Синдром включает в себя следующие клинические проявления: периферический парез мимических мышц (поражение VII пары черепных нервов) ипсилатерально, контралатерально – гемиплегия. Основные причины развития синдрома: атеросклероз, стеноз, окклюзия или небольшое кровоизлияние в бассейне одной из парамедианных перфорирующих ветвей нижнего отдела основной артерии; нейросифилис, опухоли и воспалительные процессы.

**Альтернирующий синдром Фовилля** – (см. выше)

**Гиперакузия (син. дизакузия)** – неприятное, усиленное восприятие звука, особенно низких тонов, «раскатистое» восприятие звука. В основе гиперакузии лежит

расслабление стремянковой мышцы при поражении лицевого нерва или n.stapedius, и, как следствие, повышение подвижности стемечка. Стремечко является своеобразной мембраной внутреннего уха и поэтому нарушение его фиксации, «разболтанность», проявляются в виде гиперакузии.

**Гипергевзия (син. гипергейзия)** – усиление вкусовой чувствительности.

**Гипогевзия (син. гипогейзия)** – снижение вкусовой чувствительности.

**Лагофталм** – невозможность полного закрывания глаза, возникающее при поражении периферического ядра лицевого нерва, его корешка или неврного ствола лицевого нерва. При лагофтальме обычно наблюдается слезотечение (если сохранена нормальное функционирование слезных желез). Развитие слезотечения связано с тем, что слезы не доходят слезной точки, куда они обычно проталкиваются периодическим смыканием век, и выливаются через край нижнего века. Кроме того, постоянно открытый глаз способствует усилению слезного рефлекса.

**Симптом Белла** – симптом, характерный для периферического поражения лицевого нерва (т.е. его ядра, корешка, неврного ствола) и проявляющийся смещением глазного яблока кверху при попытке закрытия глаза, в то время как радужка уходит под верхнее веко, а глазная щель остается несомкнутой.

**Паралич Белла** – неврит лицевого нерва; наиболее распространенная форма паралича лицевого нерва. Причина заболевания остается неизвестной. Заболевание характеризуется развитием вялого пареза всех мимических мышц (включая мышцы лба) и другими симптомами, зависящими от местонахождения очага (нарушение вкусовой чувствительности, гиперакузия и т.п.).

**Прозоплегия (син. просоноплегия)** – полная утрата мышечной силы в лицевой мускулатуре ипсилатеральной очагу поражения стороне. В клинической картине обращают на себя внимание резкая ассиметрия лица: пораженная сторона маскообразна, складки сглажены, глазная щель шире, угол рта опущен.

**Роговичный рефлекс** – непроизвольное смыкание век обоих глаз в ответ на раздражение роговицы глаза.

**Феномен «крокодиловых слез»** – непроизвольное слезотечение во время приема пищи. В основе данного феномена лежит аномальная реиннервация слезных желез. Так, в процессе восстановления аксонов секреторных волокон происходит прорастание волокон, иннервирующих слюнные железы к слезным железам, а так же их врастание под шванновские оболочки дегенерировавших волокон, прежде иннервирующих слезные железы.

**Эпифора** – слезоточивость, непрерывное слезотечение: непроизвольное, не связанное с эмоциональными причинами слезотечение, вызываемое препятствиями в отводящих слезу путях или увеличенным выделением слезы.

### *VIII пара*

**Анакузия** – тотальная утрата слуха на стороне поражения среднего и внутреннего уха.

**Аудиометрия** – количественная оценка нарушения слуха.

**Вестибулярная атаксия** – нарушения координации движений и способности поддерживать позу. Вестибулярная атаксия проявляется шаткостью в положении стоя и сидя, а также при ходьбе. Она сопровождается системным головокружением и нистагмом.

**Гипакузия** – снижение слуха на стороне поражения среднего и внутреннего уха.

**Головокружение** – патологическое неприятное ощущение вращения больного по отношению к окружающей среде или ощущение вращения предметов вокруг больного. При головокружении может выявляться осциллопсия – зрительная иллюзия движения

предметов вперед и назад.

**Проба Ринне** – проба, позволяющая сравнить качество восприятия звука при воздушной и костной проводимости. Методика проведения пробы: рукоятку вибрирующего камертона устанавливают на сосцевидном отростке, когда пациент перестает слышать звук, камертон подносят к уху. В норме пациент снова должен услышать звук вибрирующего камертона (проба Ринне положительна). При кондуктивной тугоухости (см.ниже) костная проводимость оказывается лучше (проба Ринне отрицательна).

**Проба Вебера** – проба, позволяющая дифференцировать между собой кондуктивную и нейросенсорную тугоухости. Методика проведения пробы: звучащий камертон помещают на середину темени пациента. В норме пациент слышит звук по средней линии, при односторонней кондуктивной тугоухости (см.ниже) – на стороне поражения, при нейросенсорной тугоухости (см.ниже) – на здоровой стороне.

**Пресбиакузис** – старческая тугоухость, утрата восприятия высоких частот.

**Тугоухость** – это стойкое снижение слуха, которое приводит к нарушению взаимодействия между людьми и затруднению речевого общения.

- **Кондуктивная тугоухость** – тугоухость, вызванная патологическими процессами в наружном слуховом проходе или чаще – в среднем ухе. Нарушается или утрачивается передача воздушных колебаний (звуковых волн) во внутреннее ухо. При этом костная проводимость (проведение звуковых колебаний по костным структурам до кортиева органа) может сохраняться. Причинами кондуктивной тугоухости могут быть дефекты барабанной перепонки, образование серных и слизистых пробок, кровоизлияние в полость среднего уха, разрыв соединений между слуховыми косточками в результате травмы или воспаления, кальцификация слуховых косточек (отосклероз), опухоли (опухоль сонного гломуса, или каротидного тельца) и др.
- **Нейросенсорная тугоухость** – тугоухость, вызванная поражением внутреннего уха, кортиева органа, слухового нерва и центрального слухового пути. К нейросенсорной тугоухости могут привести инфекционные заболевания (грипп и ОРВИ, сифилис, инфекционный паротит, корь, опоясывающий лишай), сосудистые расстройства (гипертоническая болезнь, вертебробазилярная дисциркуляция, церебральный атеросклероз), ототоксическое воздействие промышленных (бензин, сероводород, анилин, фтор, ртуть, мышьяк и др.) бытовых веществ (алкоголь, никотин), лекарственных препаратов (антибиотики аминогликозидного ряда (стрептомицин, канамицин, гентамицин, тобрамицин, амикацин), цитостатики (эндоксан, цисплатин и др.), петлевые диуретики (фуросемид) и др.), невринома VIII пары черепных нервов (на фоне нейрофиброматоза II типа), травмы (перелом, акустическая травма) и др.

### ***IX-XII пары***

**Агевзия** – см.выше

**Альтернирующий синдром Авеллиса** – синдром, причиной которого является поражения ядер IX, X, XII черепных нервов, пирамидных и спиноталамических путей. Гомолатерально проявляется периферическим парезом IX, X, XII черепных нервов, контрлатерально – гемиплегией (гемипарезом) скелетных мышц и гемигипестезией.

**Альтернирующий синдром Джексона** – синдром, причиной которого является поражения ядра XII черепного нерва, пирамидных путей, спиноталамических путей, и проявляющийся парезом, атрофией и фибриляциями языка гомолатерально,

девиацией языка в сторону очага; контрлатерально гемиплегией (гемипарезом), гемигипестезией.

**Альтернирующий синдром Шмидта** – синдром, являющийся следствием поражения ядер и корешков IX, X, XI, XII черепных нервов, пирамидных и спиноталамических путей. При этом на стороне поражения наблюдают периферический парез IX, X, XI, XII черепных нервов, а на противоположной пораженной стороне – гемиплегию (гемипарез) и гемигипестезию.

**Анартрия** – нарушение речи в виде полного отсутствия способности произносить буквы, слоги, слова вследствие периферического (поражение V, VII, IX, X, XII пар черепных нервов) или центрального (двустороннее поражение корково-ядерных трактов пирамидной системы) паралича мышц, участвующих в артикуляции (мышцы языка, губ, нижней челюсти). Менее выраженная степень расстройств – **дизартрия**. Анартрию наблюдают в симптомокомплексе бульбарного и псевдобульбарного паралича в сочетании с глоссоплегией, дисфагией, афонией.

**Афония** – отсутствие звучности голоса при сохранности шёпотной речи. Афония может развиваться как симптом при поражении голосовых связок воспалительным или опухолевым процессом, при парезе или параличе возвратного гортанного нерва, вследствие психической травмы. Различают истинную (или гортанную), паралитическую, спастическую и функциональную (или истерическую) афонию.

**Афтонгия** – утрата способности артикуляции речи, обусловленная судорогой мышц голосового аппарата.

**Глоточный рефлекс** – рефлекс, демонстрирующий в норме симметричные с двух сторон глотательные, иногда рвотные движения в ответ на прикосновение к задней стенке глотки (справа и слева).

**Глоссоплегия** – паралич мышц языка, возникающий при двустороннем поражении подъязычных нервов, их ядер или корково-ядерных путей.

**Дисфагия** – расстройство глотания и поперхивание при приеме пищи из-за пареза мышц глотки и надгортанника. Ранняя степень этого расстройства получила названия **афагии**.

**Девиация языка** – отклонение языка вправо или влево от средней линии.

**Истинный бульбарный паралич** – симптомокомплекс, возникающий в результате поражения ядер и корешков IX, X, XII черепных нервов с одной или обеих сторон и проявляющийся дис- или афагией, дисфонией или афонией, диз- или анартрией, атрофией мышц языка, фибрилляциями в мышцах языка.

**Небный рефлекс** – подтягивание небной занавески вверх при прикосновении к слизистой оболочке мягкого неба.

**Псевдобульбарный паралич** – симптомокомплекс, возникающий в результате двустороннего надъядерного поражения (т.е. кортиконуклеарных трактов бульбарной группы ЧН) и проявляющийся клиникой истинного бульбарного паралича, за исключением атрофии и фибрилляций мышц языка (см. выше) в сочетании с рефлексом орального автоматизма и с повышением глоточного, небного, нижнечелюстного рефлексов.



Ощурков Павел Александрович  
Волкова Лариса Ивановна  
Лазарев Андрей Юрьевич  
Филимонова Полина Анатольевна  
Харковец Наталья Константиновна

## НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ

Сборник неврологических терминов  
и пояснения к ним

Тираж 1000 экз.

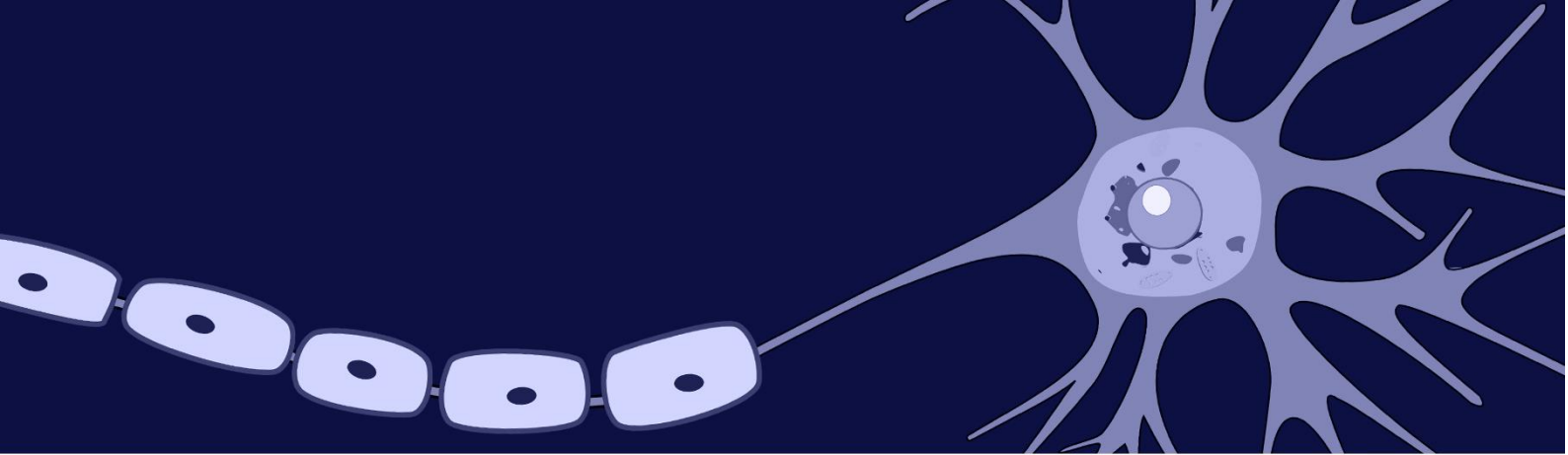
ISBN 978-5-905522-75-8



---

Отпечатано в ООО «Типография Для Вас»  
620075, Екатеринбург, ул. Розы Люксембург, д. 52а, оф. 3.  
Тел. +7 (343) 211-0-300

---



**РУБИН**  
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

- ▶ КТ
- ▶ МРТ
- ▶ УЗИ
- ▶ Денситометрия
- ▶ Все виды анализов
- ▶ Детские и взрослые специалисты

г. Каменск-Уральский, ул. Каменская, д. 25

[www.mfcrubin.ru](http://www.mfcrubin.ru)

Тел.: (3439) 399-880

ISBN 978-5-905522-75-8



9 785905 522758

