

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра нервових хвороб

Діагностика невідкладних станів в неврології (в таблицях)

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

для студентів IV курсу медичного факультету вищих навчальних закладів III-IV рівня акредитації по спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія», лікарів-інтернів спеціальності «Неврологія», «Загальна практика – сімейна медицина» лікарів-неврологів, сімейних лікарів»

Запоріжжя
2017

УДК 616.8-083.98(075.8)
К 59

*Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ
(протокол № 5 від 25.05.2017 р.)
та рекомендовано для використання в освітньому процесі.*

Автори:

О. А. Козьолкін - д.мед.н., професор;
А. В. Ревенько - к.мед.н., доцент;
С. О. Медведкова - к.мед.н., доцент.

Рецензенти:

О. В. Рябоконт - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри інфекційних хвороб Запорізького державного медичного університету;

О. В. Крайдашенко - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри клінічної фармакології, фармації, фармакотерапії та косметології Запорізького державного медичного університету.

К59 **Діагностика невідкладних станів в неврології (в таблицях)** : навч.-метод. посіб. для студентів IV курсу мед. ф-ту вищ. навч. закл. III-IV рівня акредитації по спец. «Лікувальна справа», «Педіатрія», лікарів-інтернів спеціальності «Неврологія», «Загальна практика – сімейна медицина» лікарів-неврологів, сімейних лікарів / *О. А. Козьолкін, А. В. Ревенько, С. О. Медведкова.* – Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. - 133с.

©О. А. Козьолкін, А. В. Ревенько, С. О. Медведкова, 2017.
©Запорізький державний медичний університет, 2017.

ВСТУП

Нині хвороби нервової системи мають найбільшу питому вагу серед інших захворювань людини, тому клінічна неврологія займає одно з провідних місць в сучасній медицині і є основою в освіті лікаря будь-якої спеціальності.

Знання діагностики невідкладних станів в неврології є обов'язковою вимогою в підготовці лікарів-інтернів неврологів і лікарів-інтернів загальної (сімейною) практики. Цей посібник складений відповідно до програми навчання в інтернатурі.

У сучасних посібниках представлена переважно інформація про інтенсивну терапію орієнтовану на встановлений клінічний діагноз, а методологічний підхід до постановки клінічного діагнозу і подальша тактика ведення хворого освітлений недостатньо.

Методичний посібник містить чіткі дані про формування синдромологічного діагнозу, плану подальшого обстеження, диференціальної діагностики різноманітних гострих неврологічних захворювань, а також формування остаточного клінічного діагнозу.

У методичному посібнику доступно і лаконічно представлені алгоритми діагностики у вигляді інформаційних таблиць, найчастіших синдромів ураження нервової системи, що зустрічаються, і провідні клінічні синдроми в невідкладній неврології, а також диференційна діагностика і критерії діагнозу судинних, запальних, травматичних уражень нервової системи, що вимагають надання невідкладної допомоги.

Посібник буде корисним лікарям-інтернам неврологам і лікарям-інтернам загальної (сімейною) практики в діагностиці невідкладних станів: набряку мозку, гострої внутрішньочерепної гіпертензії, судорожного і міастенічного синдромів і інших гострих станів.

ЗМІСТ

	стр.
1. Топічний діагноз в неврології.....	5
2. Клінічні прояви порушення свідомості.....	28
3. Гострі порушення мозгового кровообігу.....	36
4. Гострі інфекційно-запальні порушення.....	55
5. Травматичні ураження головного мозку.....	79
6. Токсичні ураження нервової системи.....	82
7. Судорожні стани, міастенічний, холинергічний кризи.....	89
8. Шкали оцінки тяжкості неврологічних захворювань.....	94
9. Тести з невідкладних станів у неврології.....	106
10. Література.....	133

ВИДИ ЧУТЛИВОСТІ, ТИПИ І ВИДИ ПОРУШЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ

Види чутливості		
Поверхнева: больова; тактильна; температурна (холодова, тепла)	Глибока: — м'язово- суставна; — вібраційна: — кінестезія; — почуття маси;	Складна: — почуття локалізації; — дискримінаційна; — стереогностична; — двумірно-просторова
<i>Типи порушення чутливості</i>		<i>Види порушення Чутливості</i>
1. Мононевритичний. 2. Поліневритичний. 3. Корінцевий. 4. Сегментарно-дисоційований (заднероговий). 5. Провідниковий		1. Анестезія. 2. Гіпер- або гіпостезія. 3. Гіперпатія. 4. Парестезія. 5. Поліестезія. 6. Сінестезія. 7. Дізестезія

ПОРУШЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ ПРИ УРАЖЕННІ ЧУТЛИВИХ АНАЛІЗАТОРІВ НА РІЗНИХ РІВНЯХ

Рівні ураження	Синдроми чутливих порушень
Периферичний нерв	Порушення усіх видів чутливості в зоні іннервації, біль, парестезії
Міжхребцевий ганглій	Сегментарна анестезія, біль, герпетичні висипання на стороні ураження
Задній корінець	Сегментарна анестезія, біль і симптоми натягу на стороні ураження (Ласега, Бехтерева та ін.)
Задній ріг	Сегментарно-диссоційовані порушення чутливості (порушення больової і температурної чутливості при збереженні глибоких видів чутливості)
Боковий стовб спинного мозку	Анестезія поверхневих видів чутливості на протилежній стороні на 2-3 сегменти нижче осередку ураження
Задній стовб спинного	Провідникові порушення глибокої чутливості, сенситивна атаксія на стороні вогнища
Медіальна петля стовбуру	Геміанестезія, геміатаксія на протилежній до вогнища стороні
Внутрішня капсула	Геміанестезія, геміанопсія, геміатаксія і геміплегія на протилежній до вогнища стороні
Зоровий горб	Геміанестезія, геміатаксія, геміанопсія, таламічні болі на протилежній до вогнища стороні
Променистий вінець	Залежно від розміщення вогнища на протилежній стороні (частіше моноанестезія)
Задня центральна звивина (кора мозку)	Моноанестезії, при подразненні - чутлива джексоновська епілепсія на протилежній до вогнища стороні

ПОРУШЕННЯ ДОВІЛЬНИХ РУХІВ (ПРИ УРАЖЕННІ КІРКОВО-М'ЯЗОВОГО ШЛЯХУ). ПАРАЛІЧІ, ПАРЕЗИ

Вид паралічу	Центральний (спастичний)	Периферичний (атрофічний)
Коли буває	При ураженні 1-го, тобто центрального нейрона (кірково-спінального шляху)	При ураженні 2-го, тобто периферичного нейрона (передній ріг, корінець,
Патогенез	Виключення гальмівних впливів вище розташованих відділів на спинний мозок, прояв спінального автоматизму	Порушення цілісності спінальних рефлекторних дуг
Ознаки (симптоми) паралічей	<ol style="list-style-type: none"> 1. Спастична гіпертонія м'язів. 2. гіперрефлексія глибоких рефлексів. 3. Клонуси. 4. Зниження або зникнення шкірних черевних і підшшових рефлексів. 5. Патологічні рефлекси. 6. Захисні рефлекси. 7. Патологічні синкінези 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гіпо (а-) трофія м'язів. 2. Гіпо (а-) тонія м'язів. 3. Гіпо (а-) рефлексія. 4. Реакція переродження (зміна електрозбудливості м'язів). 5. Фасцикулярні посмикування

КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ, ЩО ДОЗВОЛЯЮТЬ ДИФЕРЕНЦІЮВАТИ УПАЖЕННЯ ВЕРХНЬОГО МОТОНЕЙРОНА ВІД УРАЖЕННЯ НИЖНЬОГО МОТОНЕЙРОНА

Ураження верхнього мотонейрона Клініка: Геміплегія або геміпарез (переважно ураження дистальних відділів кінцівок); спастичність; підвищені глибокі сухожильні рефлекси; клонус; відсутні черевні рефлекси; симптом Бабінського; смоктальний рефлекс і рефлекс Гоффманна		Ураження нижнього мотонейрона Клініка: М'язова слабкість з атрофією, гіпотонією, пониженими глибокими сухожильними і поверхневими рефlekсами, фасцикуляціями в уражених м'язах обличчя, тулуба або кінцівок; вазомоторні порушення; відсутній симптом Бабінського	
Слабкіші м'язи	Сильніші м'язи	Уражені структури	Клінічні прояви
Обличчя (нижня частина)	Обличчя (верхня частина)	Ядра III пари черепних нервів	Горизонтальна диплопія, відхилення ураженого ока назовні і вниз, двосторонній неповний птоз, розширення зіниці
Верхні кінцівки: Rotator externus Deltoideus Triceps Extensor digitorum Hypotenor Interosseus	Верхні кінцівки: Pectoralis major Biceps Flexor carpus Flexor digitorum Thenar	IV пара черепних нервів VI пара черепних нервів VII пара черепних нервів	Вертикальна диплопія з елементом нахилу ока Горизонтальна диплопія (наростає при погляді у бік парезу), часто як синдром Фовілля Однобічна слабкість іпсилатеральної верхньої і нижньої частини лица (часто як синдром Мійяра-Гублера або Фовілля)
Нижні кінцівки: Iliopsoas Abductor femoralis Сухожилия, ограничивающие с боков подколенную ямку Peroneus Flexor digitus pedis	Нижні кінцівки: Adductor femoralis Gluteus maximus Quadriceps Tibialis anterior Extensor digiti pedis Tibialis posterior Gastrocnemius Soleus	IX, X, XI, XII пари черепних нервів, Клітини передніх рогів спинного мозку Корінці Сплетення Периферичний нерв	Бульбарний синдром, синдром Валленберга, Вернета, Шмідта, Джексона, Коллет-Сикарда М'язова слабкість, виражена атрофія і фасцикуляції в уражених м'язах тулуба або кінцівок Радікулярна біль, м'язова слабкість, атрофія в міотомі ураженого корінця, анестезія, парестезія М'язова слабкість і дистальна атрофія уражених м'язів, інколи — чутливі порушення Слабкість і атрофія окремого м'яза або групи м'язів, інколи — чутливі, вазомоторні і трофічні порушення в зоні інервації ураженого нерва

**ТОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ПОРУШЕНЬ ДОВІЛЬНИХ РУХІВ
(синдроми ураження кірково-м'язового шляху)**

Рівні ураження		Синдроми рухових порушень
Передня центральна звивина кори головного мозку		1. Синдром випадіння функції: центральний монопарез на протилежному вогнищу боці. 2. Синдром подразнення: джексоновська моторна епілепсія
Внутрішня капсула		Центральний геміпарез або геміплегія з центральним парезом лицьового і під'язикового нервів на протилежній до
Стовбур головного мозку		Альтернуючі (перехресні) паралічі: ураження черепного нерву на стороні вогнища і центральний геміпарез на протилежній до вогнища стороні
Спинний мозок (повне ураження)	Вище шийного потовщення (C _I -	Центральний тетрапарез з сфінктерними розладами
	Шийне потовщення (C _V -T _I)	Змішаний тетрапарез в верхніх кінцівках — периферичний, в нижніх — центральний зі сфінктерними розладами
	Грудний відділ	Нижній центральний парапарез зі сфінктерними розладами
	Поперекове потовщення (L _I -S _{II})	Нижній периферичний парапарез зі сфінктерними розладами
	Епіконус	Сфінктерні розлади
Спинний мозок — грудний відділ (половина поперечника)		Синдром Броун—Секара: рухові порушення і порушення глибокої чутливості на стороні вогнища, розлади поверхневої чутливості на протилежній стороні (за провідниковим типом)
Передній ріг спинного мозку		Сегментарні периферичні паралічі з фасцикулярними посмикуваннями на боці ураження та без порушення чутливості
Передній корінець		Сегментарні периферичні паралічі на боці ураження без порушення чутливості, можуть бути фасцикулярні посмикування
Периферичний нерв		Периферичні паралічі з порушенням чутливості в зоні іннервації ураженого нерву

ЕКСТРАПРАМІДНА СИСТЕМА ТА ЇЇ ПАТОЛОГІЯ

Еволюційні утворення	Неостріатум (більш молоді)	Палеостріатум (більш древні)
Структурні утворення	1. Хвостате ядро 2. Скорлупа 3. Мигдалеподібне тіло 4. Огорожа	1. Білий шар. 2. Чорна субстанція. 3. Червоне ядро, а також: а) люїсове тіло; б) верхні відділи ретикулярної формації; в) чотирьохгорбкове тіло; г) ядро Даркшевіча; д) блакитна пляма; е) вестибулярні ядра; ж) нижня олива
Патогенез	Дисфункція дофамінергічних, серотонінергічних і других нейротрансмітерних систем	Зменшення кількості дофаміну в нігостріарних нейронах; зменшення чутливості дофамінових рецепторів; підвищення активності хвостатого ядра
Синдроми ураження	1. Гіперкінетичний синдром: атетоз; хорія; гемібалізм; тики та інші. 2. Гіпо- або дистонічний синдром: синдроми м'язових дистоній, які проявляються періодичними або постійними м'язовими спазмами та типовими «дистонічними» позами	Гіпокінетично-гіпертонічний синдром (синдром паркінсонізму): 1. Гіпокінезія («маскоподібне обличчя», «поза згиначів», «ахейрокінез» човгання). 2. Пластична ригідність м'язів — рівномірне збільшення тону в усіх групах м'язів з синдромом «зубчастого колеса». 3. Статичний тремор (головы - за типом «так-так», «ні-ні»; китець — за типом «катання пілюль», «счета монет») 4. Постуральна нестійкість (пропульсії)

МОЗОЧОК ТА ЙОГО ПАТОЛОГІЯ

Структурні утворення	Черв'як (філогенетично древня частина)	Півкулі (філогенетично молодші)	Ядра: - зубчасте; - кулеподібне; - пробковидне; - ядро намету
Регульовані функції	Переважно статика	Переважно координація	
Зв'язки мозочка з різними відділами нервової системи			
Нижні ніжки (веревчаті тіла) — з'єднують гомолатерально спинний мозок з мозочком через довгастий мозок	Середні ніжки — з'єднують гетеролатерально кору мозку з мозочком через варолієв міст	Верхні ніжки — з'єднують мозочок гомолатерально зі спинним мозком через червоні ядра, а з екстрапірамідною системою та ретикулярною формацією стовбуру мозку через зоровий горб	
Включають:			
- задній спинно-мозочковий шлях (Флексига); - волокна від тонкого та клиноподібного ядер, олив, ядер трійчастого, присінково-завиткового та блукаючого нервів, ретикулярної формації	- лобно-мосто-мозочковий шлях; - тім'яно-скронево-мозочковий шлях	- передній спинно-мозочковий шлях (Говерса); - червоноядерно-спинномозковий (Монакова); - присінково-спинномозковий шлях; - ретикулярно-спинномозковий шлях	
Синдроми ураження	— статична атаксія (при виконанні проби Ромберга відхилення у бік осередку ураження); — динамічна атаксія (порушення ходи, інтенційний тремор, мимопопадання при виконанні пальце-носової та колінно-п'яткової проб); — скандована мова (по складах, уривиста); — зміна почерку (макрографія); — гіпотонія м'язів; — адіадохокінез; — асинергія, дисметрія		

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ БУЛЬБАРНОГО ТА ПСЕВДОБУЛЬБАРНОГО СИНДРОМІВ

БУЛЬБАРНИЙ ПАРАЛІЧ (периферичне ураження)	ПСЕВДОБУЛЬБАРНИЙ ПАРАЛІЧ (центральне ураження)
<p>Обумовлений поразкою: 9, 10, 12 пар черепних нервів або їх рухових ядер</p> <p>Розвивається параліч м'язів мови, м'язів піднебіння, глотки, голосових в'язок, надгортанника</p> <p><i>Клінічні прояви:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - дисфонія, дисфагія, дизартрія; - відхилення язика у бік ураження, атрофія, фіблярні сипання м'язів язика; - відсутність глоткового рефлексу; - розлад дихання і серцевої діяльності 	<p>Обумовлений двостороннім ураженням кортїкоядерних шляхів</p> <p>Розвивається параліч м'язів що беруть участь в процесі ковтання, фонації, артикуляції мови</p> <p><i>Клінічні прояви:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - дисфонія, дисфагія, дизартрія; - симптоми орального автоматизму - вимушений сміх та плач - прогресуюче зниження психічної діяльності <p><i>Варіанти псевдобульбарного синдрому:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - пірамідний - екстрапірамідний - мозочковий

ЧЕРЕПНІ НЕРВИ

Номери та назва пар черепних нервів	Характеристика	Походження	Функція
I: Нюховий нерв	Спеціальний вісцеральний аферентний	Біполярні нюхові нейрони нюхової слизової оболонки	Нюх
II: Зоровий нерв	Спеціальний соматичний аферентний	Гангліозні клітини сітківки ока	Зір
III: Окоруховий нерв	Соматичний аферентний Вісцеральний еферентний (парасимпатичний) Соматичний еферентний	Ядро окорухового нерву (середній мозок) Ядра Вестфаля-Едингера Пропріорецептори м'язів ока	Прямий верхній, нижній, медіальний м'язів ока; косий нижній м'язів ока; м'яз, піднімаючий верхню повіку М'яз-сфінктер зіниці Війковий м'яз Пропріорецепція
IV: Блоковий нерв	Соматичний еферентний соматичний аферентний	Ядро блокового нерву (середній мозок) Пропріорецептори	Верхній косий м'яз ока Пропріорецепція
V: Трійчастий нерв 1-я зяброва дуга	Соматичний аферентний Зябровий еферентний Соматичний аферентний	Біполярні клітки півмісяцевого вузла Рухове ядро V пар Пропріорецептори жувальних м'язів	Чутливість шкіри обличчя та слизової оболонки носа і рота Жувальні м'язи Пропріорецепція
VI: Відвідний нерв	Соматичний еферентний соматичний аферентний	Ядро відвідного нерву Пропріорецептори	Прямий латеральний м'яз ока Пропріорецепція
VII: Лицьовий нерв 2-га зяброва дуга Промежуточний нерв	Зябровий еферентний Вісцеральний еферентний Спеціальний вісцеральний аферентний Соматичний аферентний	Ядро лицьового нерву Верхнє слиновидільне ядро Колінчастий вузол Колінчастий вузол	Мімічні м'язи; підшкірний м'яз шиї; шило-підязичний м'яз; двочеревцевий м'яз; Слізні, слинні (під'язикова, піднижньощелепна) залози, залози слизової оболонки носа Смак, передні дві третини язика Зовнішнє вухо, частина слухового проходу, зовнішня поверхня барабанної перетинки (чутливість)
VIII: Присінково-завитковий нерв	Спеціальний соматичний аферентний	Присінковий вузол Спіральний вузол	Рівновага; перетинкові перегородки півкруглих каналів; плями сферичного і еліптичного мішечків Слух; кортієв орган

продовження табл. «Черепні нерви»

IX: Язико-глотковий нерв 3-я зяброва дуга	Зябровий еферентний	Подвійне ядро	шило-глотковий м'яз; м'язи глотки
	Вісцеральний еферентний (парасимпатичний)	Нижнє слиновидільне ядро	Слиновиділення; вушна слинна залоза
	Спеціальний вісцеральний аферентний	Нижній вузол	Смак (задня третина язика)
	Вісцеральний еферентний	Верхній вузол	Чутливість; задня третина язика і глотка (блювотний рефлекс)
X: Блукаючий нерв 4-а зяброва дуга	Соматичний аферентний	Верхній вузол	Середнє вухо; евстахієва труба (чутливість)
	Зябровий еферентний	Подвійне ядро	Мускулатура глотки і гортані
	Вісцеральний еферентний (парасимпатичний)	Дорсальне ядро блукаючого нерва	Внутрішні органи грудної і черевної порожнин (моторика)
	Вісцеральний аферентний	Нижній вузол	Черевна порожнина (чутливість)
XI: Додатковий нерв	Спеціальний вісцеральний аферентний	Нижній вузол	Смак; надгортанник
	Спеціальний вісцеральний аферентний	Нижній вузол	Смак; надгортанник
	Соматичний аферентний	Верхній вузол (яремний)	Слуховий прохід; тверда мозкова оболонка (чутливість)
XII: Под'язиковий нерв	Зябровий еферентний	Подвійне ядро (церебральний корінець)	Мускулатура глотки і гортані
	Соматичний еферентний	Клітки передніх рогів спинного мозку (спінальний корінець)	Грудинно-ключично-соскоподібний м'яз; трапецієвидний м'яз
XII: Под'язиковий нерв	Соматичний еферентний	Ядро під'язикового нерву	Мускулатура язика

АЛЬТЕРНУЮЧІ СИНДРОМИ ДОВГАСТОГО МОЗКУ

Назва синдрому / Локалізація вогнища / Басейн артерії	Клінічна симптоматика	
	на стороні вогнища	на протилежній стороні
Синдром Джексона В області ядра XII нерва Басейн передньої спінальної артерії	Периферичний параліч XII нерва	Провідникові геміпарез, геміанестезія
Синдром Авелліса В області ядер IX і X черепних нервів Парамедіанні гілки хребетної артерії	Периферичний параліч м'якого піднебіння і голосової зв'язки	Провідникові геміпарез, гемігіпестезія
Синдром Шмідта В області ядер IX, X, XI і XII черепних нервів Парамедіанні гілки хребетної артерії	Периферичний параліч м'якого піднебіння, голосової зв'язки, половини язика, грудинно-ключично- соскоподібного і трапецієвидного м'язів	Провідникові геміпарез, гемігіпестезія
Синдром Валленберга - Захарченка В області ядер X, IX і V черепних нервів, чутливих, мозочків і симпатичних шляхів. Басейн задньо-нижньої артерії мозочка	Периферичний параліч м'якого піднебіння, голосової зв'язки, розлади чутливості на обличчі за цибулинним типом, синдром Горнера	Провідникова гемігіпестезія больової і температурної чутливості
Синдром Бабінського - Нажотта В області нижньої ніжки мозочка і симпатичного шляху Басейн задньо- нижньої артерії мозочка	Мозочкові симптоми (геміатаксія, дисметрія, адіадохокінез, зниження м'язового тону), синдром Горнера	Провідникові порушення
Синдром Раймона В області нижнього відділу ствола — чутливого ядра V черепного нерва Басейн задньо-нижньої артерії мозочка	Больова і температурна анестезія в області обличчя гомолатерально	Провідникова гемігіпестезія (больова і температурна)

АЛЬТЕРНУЮЧІ СИНДРОМИ МОСТУ МОЗКУ

Назва синдрому / Локалізація вогнища / Басейн артерії	Клінічна симптоматика	
	на стороні вогнища	на протилежній стороні
Синдром Мійяра - Гублера Вогнище в області ядра VII нерва Гілки основної артерії	Периферичний параліч VII нерва, але без порушення смаку	Спастична геміплегія, рідше — гемігіпестезія
Синдром Фовілля Одночасна поразка VI і VII нервів Гілки основної артерії	Збіжна косоокість. Периферичний параліч	Центральний геміпарез, гемігіпестезія
Синдром Бріссо - Сікара Процеси, що подразнюють ядро VII нерва Гілки основної артерії	Геміспазми м'язів	»
Синдром Раймона - Сестана Ураження в зоні заднього повздожнього пучка Гілки основної артерії	Параліч погляду у бік вогнища	»
Синдром Гасперіні Ураження V, VI, VII і VIII черепних нервів Гілки основної артерії	Ураження V, VI, VII і VIII черепних нервів	Гемігіпестезія, інколи — центральний геміпарез
Синдром Грене Поразка ядра V нерва спіноталамічного шляху Гілки основної артерії	Диссоційований розлад чутливості, інколи — з поразкою жувальних м'язів	Гемігіпестезія

АЛЬТЕРНУЮЧІ СИНДРОМИ НИЖОК МОЗКУ

Назва синдрому / Локалізація вогнища / Басейн артерії	Клінічна симптоматика	
	на стороні вогнища	на протилежній стороні
Синдром Вебера Внутрішньостовбурове ураження корінця III черепного нерва і пірамідного шляху. Гілки задньої мозкової артерії	Часткова або повна поразка внутрішньостовбурового корінця III черепного нерва (птоз, порушення рухів очного яблука вгору, назовні, вниз, розбіжна косоокість, мідріаз)	Центральна геміплегія з центральним паралічем VII і XII і геміанастезія
Синдром Монакова Гілки задньої мозкової артерії	Птоз, збіжна косоокість, мідріаз, обмеження рухів очного яблука до середини, вгору і вниз	Пірамідні (геміпарез) чутливі (геміанестезія) екстрапірамідні симптоми (хореоатетоз)
Синдром Бенедикта Вогнище розташоване дорсальніше Ураження III нерва Гілки задньої мозкової артерії	Периферичний параліч III нерва (птоз, розбіжна косоокість, мідріаз)	Екстрапірамідні симптоми (інтенційний тремор, хореоатетоз, зміна тону за пластичним типом, гемігіперкінез). Легкий геміпарез
Синдром Клодта (нижній синдром червоного ядра) Ураження нижніх відділів червоного ядра Парамедіанні артерії ствола	Периферичний параліч III нерва (птоз, розбіжна косоокість, мідріаз, обмеження рухів очного яблука до середини)	Мозочкові симптоми (геміатаксія, дисметрія, адіадохокінез)
Синдром Фуа (нижній синдром червоного ядра без ураження III черепного нерву) Парамедіанні артерії ствола	Симптомів немає: не є істинно альтернуючим синдромом	Поєднання мозочків (інтенційний тремор), екстрапірамідних (хореїформний гіперкінез) і чутливих (гемігіпестезія) розладів

ТОПІЧНА ДІАГНОСТИКА

Центральна нервова система (ЦНС)	ЦНС включає головний і спинний мозок. Поразка центральних нейронів приводить до когнітивних порушень, спастичного паралічу, посилення глибоких рефлексів, порушень чутливості і появи патологічних рефлексів. - Півкулі головного мозку. - Провідні пучки білої речовини. - Мозочок. - Базальні ганглії. - Стовбур головного мозку. - I і II пари черепних нервів. - Спинний мозок. - Ураження кори головного мозку часто супроводжується порушенням вищих мозкових функцій (наприклад, деменцією або афазією), епілептичними нападами, тоді як при ураженні білої речовини спостерігаються парціальні порушення рухових і сенсорних функцій. У багатьох випадках має місце змішане ураження		
Периферична нервова система (ПНС)	ПНС включає периферичні мотонейрони і відділи нервової системи, що не входять в ЦНС. Ураження периферичних мотонейронів проявляється слабкістю, млявим паралічем, порушенням чутливості, втратою глибоких сухожилкових рефлексів за відсутності патологічних рефлексів. - Черепні нерви III—XII. - Спинномозкові нерви та їх корінці, включаючи кінський хвіст. - Периферичні мотонейрони, включаючи рухові ядра передніх рогів спинного мозку. - Нервові сплетення, - Периферичні нерви - Нервово-м'язові синапси		
	ФУНКЦІЇ	НАЙБІЛЬШ ЧАСТІ ПРИЧИНИ УРАЖЕННЯ	ПРОЯВИ ПАТОЛОГІЇ
Лобна доля	когнітивні процеси, особові характеристики, мова, здібність до думок	інсульти, пухлини і травми	когнітивні порушення (наприклад, деменція), відхилення погляду у бік вогнища, абулія, моторна афазія, геміпарез, парціальні напади
Скронева доля	пам'ять і емоції	інсульти, пухлини і травми	порушення пам'яті, гомонімна геміанопсія, афазія (при ураженні домінуючої півкулі), складні парціальні напади
Тім'яна доля	чутливість, праксис (здатність здійснювати цілеспрямовані рухові акти)	інсульти, пухлини і травми	геміпарез, порушення чутливості половини тулуба, апраксія (складність у виконанні раніше освоєних дій), парціальні припадки
Потилична доля	зір	інсульти, пухлини і травми	гомонімна геміанопсія сліпота
Таламус	інтеграція сенсорної аферентації	інсульти	порушення чутливості і біль на протилежній стороні, відхилення погляду (зазвичай у бік ураження)
Внутрішня капсула	проведення моторних і сенсорних сигналів	інсульти	контрлатеральні геміпарез і гемігіпестезія
Мозочок	забезпечення рівноваги і координація рухів	інсульти і пухлини	статолокомоторна атаксія, дисметрія і порушення координації рухів в кінцівках

продовження табл. «Топічна діагностика»

Середній мозок	рухи очей по вертикалі, проведення сенсорних і моторних сигналів	інсульт	розширення і втрата реакцій зіниць, обмеження рухів очних яблук, що часто супроводяться контрлатеральним геміпарезом, тремором або атаксією, параліч погляду уверх
Міст мозку	життєво важливі функції (наприклад, дихання, підтримка свідомості, діяльність серця), рухова і чутлива функції, горизонтальні рухи очей	інсульт, розсіяний склероз	гемі- або тетраплегія, точкові зіниці, параліч горизонтального погляду, меж'ядерна офтальмоплегія, кома, часто відзначається ністагм, направлений догори
Довгастий мозок	ковтання, регуляція серцевої діяльності, підтримка рівноваги, рухи язика, рухова і чутлива функції	інсульт, патологічні порожнини (сирінгобульбія)	- латеральний синдром довгастого мозку – синдром Валленберга (альтернуюче порушення чутливості – оніміння на одній стороні обличчя і протилежній стороні тіла, осиплість голосу, дисфагія, синдром Горнера і іпсилатеральна атаксія), - медіальний синдром довгастого мозку (відхилення язика у бік ураження і контрлатеральний геміпарез).
Шийний відділ спинного мозку	чутливість і рухи верхніх та нижніх кінцівок	спонділез, розсіяний склероз, травматичне ушкодження	тетра- або парапарез, спастичність верхніх та нижніх кінцівок з рефлексом Бабінського, порушення чутливості в шийних дерматомах, затримка сечовипускання, втрата просторового відчуття
Грудний відділ спинного мозку	чутливість і рухи нижніх кінцівок, іннервація сечового міхура	метастази в хребет або інтрадуральні пухлини (наприклад, менінгіома, нейрофіброма), рідко інсульт, грижі міжхребцевих дисків	спастичний парапарез або параплегія з двостороннім рефлексом Бабінського, порушення чутливості на грудному рівні, затримка сечовипускання, втрата суглобово-м'язового відчуття в нижніх кінцівках (за винятком переднього спінального синдрому, при якому функція задніх стовпів не страждає)
Конус спинного мозку	іннервація сечового міхура і кишківника	пухлини на рівні L ₁	зниження больової чутливості в області промежини, дисфункція сечового міхура і кишківника, пізніше – біль в нижніх кінцівках
Кінський хвіст	чутливість і рухи в нижніх кінцівках, функція сечового міхура і кишківника	грижі поперекових міжхребцевих дисків, пухлини	болі і слабкість в нижніх кінцівках, втрата колінного і ахіллового рефлексів, порушення функції сечового міхура і кишківника
Клітини передніх рогів спинного мозку	рухова іннервація окремих м'язів	бічний аміотрофічний склероз	млявий параліч, фасцикуляції і атрофія м'язів відповідної рухової одиниці, випадіння рефлексів

продовження табл. «Топічна діагностика»

Спинномозкові корінці	чутлива і рухова функції окремих м'язів	грижа міжхребцевих дисків	біль і парестезії у відповідному дерматомі і слабкість в міотомі
Периферичні нерви	сенсорна і моторна іннервація окремих м'язів	поліневропатії, ураження окремих нервів або нервових сплетень, множинна мононевропатія	оніміння, парестезії, слабкість, млявий параліч, втрата рефлексів, вібраційній і пропріоцептивної чутливості в зоні іннервації
Нервово-м'язовий синапс	рухова іннервація окремих м'язів	Міастенія	варіабельна слабкість з швидкою стомлюваністю за відсутності порушень чутливості і випадіння сухожилкових рефлексів
М'язи	рухи в суглобах, забезпечення м'язової сили	м'язова дистрофія і поліміозит	слабкість проксимальних груп м'язів, збереженні сухожилкових рефлекси і відсутність порушень чутливості

СИНДРОМИ УРАЖЕННЯ РІЗНИХ ВІДДІЛІВ КОРИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Синдром подразнення	Локалізація	Синдром випадіння
<i>Моторна джексоновська епілепсія (передня центральна звивина)</i>	Лобна доля	Моторна афазія, монопарези, монопаралічі (передня центральна звивина); лобова атаксія, аграфія, порушення поведінки, хапальний феномен (рефлекс Янішевського); параліч погляду, анозогнозія
<i>Сенсорна джексоновська епілепсія (задня центральна звивина)</i>	Тім'яна доля	Гипо- або анестезія за монотипом, астереогнозія, алексія, апраксія, акалькулія
<i>Слухові і нюхові галюцинації, складні зорові галюцинації (метаморфозії)</i>	Скронева доля	Сенсорна і амнестична афазія, алексія, агнозія (нюхова, слухова, смакова) на протилежній стороні
<i>Прості зорові галюцинації (фотопсії)</i>	Потилична доля	Зорова агнозія, гомонімная квадрантна геміанопсія, агнозія кольору

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Анатомія	Надсегментарна ВНС	Сегментарна ВНС	
		<i>Симпатична</i>	<i>Парасимпатична</i>
	Гіпоталамус, гіпокамп, мигдалеподібний комплекс, ретикулярна формація	Нейрони бічних рогів сегментів C _{VIII} -L _{III} , паравертебральні та превертебральні	Ядра черепних нервів (III, VII, IX, X); нейрони бічних рогів сакральних сегментів, превертебральні та
Порушення функції	<p>1. Синдром вегетативної дистонії:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>перманентний</i> а) вегетативно-судинна дистонія; б) нейрогастральна дистонія; в) гіпервентиляційний синдром; г) порушення терморегуляції; - <i>пароксизмальний</i> а) симпатоадреналовий криз; б) вагоінсулярний криз; в) змішаний криз; <p>2. Гіпоталамічний синдром;</p> <ul style="list-style-type: none"> а) пароксизмальні порушення неспання; б) нейроендокринний; в) нейротрофічний; г) нейром'язовий; д) невротичний 	<p>1. Ураження периферичного нерву:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) вегетативно-трофічні порушення (сухість шкіри, ламкість нігтів); б) вегетативно-вазомоторні порушення (набряклість, синюшність, мармуровість шкіри); в) симпаталгії. <p>2. Полінейропатії:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) вегетативно-трофічні порушення в дистальних відділах кінцівок; б) вегетативно-вазомоторні порушення в дистальних відділах кінцівок; в) симпаталгії в дистальних відділах кінцівок. <p>3. Вегетативні ганглії і сплетіння: симпаталгії.</p> <p>4. Ураження бокового рогу: вегетативно-трофічні порушення у відповідних сегментах.</p> <p>5. Випадіння функції шийної симпатичної іннервації ока (C8-Th1): синдром Горнера (птоз, міоз, енофтальм).</p> <p>6. Ураження парасимпатичних ядер III пари: мідріаз, порушення акомодациї.</p> <p>7. Поразка слезовидільних ядер і волокон VII пари: порушення слезовиділення.</p> <p>8. Ураження слиновидільних ядер і волокон VII, IX, X пар: порушення слиновиділення</p>	

ОСНОВНІ ТОПІЧНІ НЕВРОЛОГІЧНІ СИНДРОМИ

1. При захворюваннях периферичної нервової системи	<ul style="list-style-type: none"> — невритичний; — поліневритичний; — плекситний; — радикулярний
2. При захворюваннях спинного мозку	<ul style="list-style-type: none"> — сегментарно-дисоційований (заднероговий); — переднероговий; — бокових рогів; — передньої сірої спайки; — провідниковий заднестовбовий; — провідниковий бокового стовбу; — половини поперечнику (синдром Броун-Секара); — повного поперечнику
3. При захворюваннях головного мозку та оболонки	<ol style="list-style-type: none"> 1) стволовий: <ul style="list-style-type: none"> — бульбарний; — понтинний; — педункулярний; — альтернуючий; 2) псевдобульбарний; 3) таламічний; 4) гіпоталамічний; 5) стріо-паллідарний (екстрапірамідний); 6) внутрішньої капсули; 7) кірковий: <ul style="list-style-type: none"> — лобовий; — тім'яний; — скроневий; — потиличний; — комбінований; 8) менінгеальний; 9) внутрішньочерепної гіпо- і гіпертензії

ОСНОВНІ СИНДРОМИ УРАЖЕННЯ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ (по E.Roth, R. Harvey, 1996)

Сосуд	Зона кровоснабження	Симптомы поражения
Середня мозкова артерія	Конвексіальна поверхня лобової, тім'яної та скроневої долей; лобно-тім'яна покришка; острівець; шкаралупа, біла куля хвостате ядро, внутрішня капсула (задня ніжка).	Основний ствол середньої мозкової артерії : контрлатеральна геміплегія; контрлатеральна геміанопсія; контрлатеральна геміанестезія; дисфагія. <i>Домінантна півкуля:</i> глобальна афазія; апраксія. <i>Недомінантна півкуля:</i> апросодія і афективна агнозія; синдром "зневаги"; порушення просторової орієнтації (visual spatial deficit). Верхні гілки середньої мозкової артерії: контрлатеральна геміплегія з переважним ураженням верхньої кінцівки; контрлатеральна геміанестезія; контрлатеральна геміанопсія; дисфагія. <i>Домінантна півкуля:</i> афазія Брока; апраксія. <i>Недомінантна півкуля:</i> апросодія; синдром «зневаги»; порушення просторового орієнтування. Нижні гілки середньої мозкової артерії: контрлатеральна геміанопсія; <i>Домінантна півкуля:</i> афазія Верніке. <i>Недомінантна півкуля:</i> афективна агнозія;
Передня мозкова артерія	Внутрішня (міжпівкульна) поверхня лобової і тім'яної долей; верхня третина перед- і задньоцентральною звивини; частина верхньої тім'яної часточки; мозолисте тіло; голівка хвостатого ядра; внутрішня капсула (передня ніжка); передні відділи шкаралупи і білої кулі; гіпоталамус.	Контрлатеральна геміплегія з переважним ураженням нижньої кінцівки; контрлатеральна геміанестезія; апраксія "роз'єднання"; хапальний рефлекс; акінетичний мутизм.
Задня мозкова артерія	Таламус; скронева, потилична долі; шпорна борозна.	Гемігіпестезія; зорові порушення; зорова агнозія; прозопагнозія; дисхроматопсія; алексія без аграфії; порушення пам'яті.
Хребтові та основна артерії	Довгастий мозок; варолиев міст; мозочок.	<i>Синдром Вебера (ураження медіобазальних відділів середнього мозку):</i> іпсілатеральний параліч окорухового нерву; контрлатеральна геміплегія <i>Синдром Бенедикта (ураження покришки середнього мозку):</i> іпсілатеральний параліч окорухового нерву; контрлатеральне порушення больової та температурної чутливості; контрлатеральне порушення м'язово-суглобового відчуття; контрлатеральна атаксія; контрлатеральний гіперкінез. <i>Синдром "замкнутої людини" (білатеральне ураження базальних відділів моста):</i> білатеральна геміплегія; білатеральний параліч черепних нервів при збереженні вертикального погляду. <i>Синдром Мийяр-Гублера (ураження латеральних відділів варолиєва моста):</i> іпсілатеральний параліч відповідного нерву; іпсілатеральний параліч лицьової мускулатури; контрлатеральна геміплегія. <i>Синдром Валленберга-Захарченко (ураження латеральних відділів довгастого мозку):</i> іпсілатеральна геміатаксія; іпсілатеральне порушення больової і температурної чутливості на обличчі; контрлатеральне порушення больової і температурної чутливості на тулубі; ністагм; іпсілатеральний синдром Горнера; дисфагія і дисфонія.

МЕНІНГЕАЛЬНИЙ СИНДРОМ

Суб'єктивні дані	Головний біль, нудота і блювота, загальна гіперестезія
Клінічні дані	Менінгеальні симптоми: <ul style="list-style-type: none">• Керніга, Брудзинського (верхній, середній та нижній);• ригідність потиличних м'язів;• симптом Лесажа (підвішування) у дітей;• менінгеальне положення («лягавої собаки»)
Додаткові методи дослідження	Зміни ліквору при візуальному, біохімічному, серологічному і мікроскопічному дослідженнях

СИНДРОМ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Етіопатогенетичні чинники	<ol style="list-style-type: none">1. Зміншення внутрішньочерепного простору (пухлини, гематоми, абсцеси тощо)2. Реактивний набряк мозку3. Утруднення венозного відтоку4. Збільшення продукції ліквору5. Порушення відтоку ліквору зі шлуночкової системи мозку (оклюзивна гідроцефалія)
Суб'єктивні дані	<ol style="list-style-type: none">1. Головний біль (розпираючого характеру), біль при русі очними яблуками2. Нудота, блювота (посилюється при зміні положення тіла)3. Запаморочення (непостійний симптом)
Клінічні дані	<ol style="list-style-type: none">1. Ураження черепних нервів (частіше VI пари)2. Зміна пульсу, дихання та інші вісцеро-вегетативні порушення3. Порушення свідомості при вираженій гіпертензії (оглушення, сопор, кома)
Дані інструментальних методів дослідження	<ol style="list-style-type: none">1. Розширення шлуночкового комплексу на Ехо-ЕГ або при комп'ютерній томографії2. Підвищений тиск при люмбальній пункції3. Білково-клітинна дисоціація в лікворі4. Зміни на рентгенограмах черепа (посилення пальцевих вдавлень, остеопороз турецького сідла, посилення судинного малюнка, розходження швів у дітей)5. Застійні диски зорових нервів (при офтальмоскопії)

ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ УКЛИНЕННЯ У ВИРІЗКУ НАМЕТА МОЗОЧКА ТА У ВЕЛИКИЙ ПОТИЛИЧНИЙ ОТВІР

[Цит. по Віленському Б.С., 1986]

Клінічні ознаки	Вклиніння у вирізку намета мозочка			Вклиніння у великий потиличний отвір
	Дієнцефальна стадія	Мезєнцефальна стадія	Стадія переходу до бульбарного синдрому	
<i>Стан свідомості</i>	Ясне, мерехтливе, нерізде оглушення. Поглиблення раніше пригніченної свідомості	Неухильно прогресуюче пригнічення свідомості до глибокої коми		
<i>Зіниці:</i> — <i>величина</i> — <i>фотореакція</i>	Середнього діаметру; декілька звужені; рівномірні Збережена або сповільнена	Розширений на стороні патологічного вогнища; звужений на протилежній стороні Пригнічена, особливо на стороні вогнища; може бути відсутнім	Різке розширення обох зіниць Вкрай ослаблена; може бути відсутньою	Максимальне розширення обох зіниць Відсутня
<i>Очі яблука (погляд)</i>	Звичайний	Активних рухів немає; може виявлятися парез погляду вгору; розбіжна косоокість. Інколи є ністагм	Активних рухів немає. Виражена; розбіжна косоокість.	Активних рухів немає. Відсутній окулоцефальний рефлекс
<i>Рухова активність</i>	Без особливостей	Спочатку розмашисті, безладні рухи. Парез на стороні, протилежній до розширеної зіниці, а потім на його стороні	Відсутня	Відсутня
<i>Положення тулуба і кінцівок</i>	Без особливостей; схильність до розгинання ніг	Розгинання ніг, згинання рук; рухова активність менше в ногах	Розгинальна поза менш виражена, особливо в руках	Атонія кінцівок
<i>Тонічні феномени</i>	Відсутні або слабо виражені	Біль підсилює вказану позу	Біль не змінює вказаної пози	Відсутні
<i>Сухожилкові рефлекс</i>	Збережені	Різко підвищені	Різко понижені	Відсутні
<i>Патологічні рефлекс</i>	Відсутні або контрлатеральні	Двосторонні, різко виражені	Двосторонні	Відсутні
<i>Осередкові симптоми, що раніше виявлялися</i>	Вираженість наростає	Суттєво не змінюються	Як правило, не виявляються.	Відсутні
<i>Функції сфінктерів</i>	Не порушені	Мимовільне сечовипускання та дефекація		
<i>Порушення дихання</i>	Немає або незначне	Гіпервентиляція: типа Чейна-Стоксу або Біота	Сповільнене, поверхневе; атактичні форми дихання	Наростаюче брадикардічне; зупинка дихання
<i>Пульс</i>	Тахікардія	Різка тахікардія	Наростаюча тахікардія	Наростаюча брадикардія
<i>Артеріальний тиск</i>	Тенденція до гіпертензії	Виражена гіпертензія	Різка гіпертензія	Наростаюча гіпотензія
<i>Температура тіла</i>	Норма; тенденція до підвищення	Виражена гіпертермія	Виражена гіпертермія	Поступове зниження температури
<i>Пітливість</i>	Виникає періодично	Постійний різкий гіпергідроз	Постійний різкий гіпергідроз	Поступове зменшення

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ РОЗЛАДІВ СВІДОМОСТІ РІЗНОГО СТУПЕНЮ ТЯЖКОСТІ

Ступінь тяжкості	Реакція на біль, рефлекси	Очні симптоми	Положення кінцівок	Дихання	Кровообіг	Передбачуваний рівень ураження
Сопор	Реакція на біль, рефлекси збережені	Зіниці вузькі, реакція на світло збережена	Довільні рухи збережені	Чейна-Стоксу, частіше нормальне	Тахікардія, нормотонія	Зоровий горб
Кома I	Реакція на біль загальний, рефлекси	Зіниці середньої величини, реакції на	Декортикаційне положення	Центральна гіпервентиляція	Тахікардія Артеріальна гіпертензія	Середній мозок
Кома II	Реакції на біль немає, опістотонус, рефлексів немає	Точкові зіниці, реакції на світло немає. Рухів очних яблук	Децеребраційна ригідність	Періодичне апное	Тахікардія або брадикардія, помірною артеріальною	Міст
Кома III	Реакції на біль і рефлексів немає	Широко фіксовані зіниці, реакція на світло відсутня	Повна атонія	Рідке, поверхневе	Аритмія, артеріальною гіпотензія (нижче 60 мм рт. ст.)	Довгастий мозок

ОБСТЕЖЕННЯ КОМАТОЗНОГО ХВОРОГО

1. Шкіра	волога, суха, гіпермійована, ціанотична, жовтянична
2. Голова та	наявність травматичних ушкоджень
3. Очі	кон'юнктива (крововилив, жовтяниця): реакція зіниць на світло; очне дно (набряк диска зорового нерва, гіпертонічна або діабетична ретинопатія)
4. Ніс та вуха	виділення гною, крові, лікворея, акроціаноз
5. Язик	сухість; сліди прикушення або рубці
6. Дихання	запах ацетону, сечі, алкоголю
7. Шия	ригідність потиличних м'язів, пульсація сонних артерій
8. Грудна клітина	частота, глибина, ритмічність дихання
9. Серце	порушення ритму (брадикардія), джерела емболії судин мозку (мітральний стеноз)
10. Живіт	збільшення печінки, селезінки або нирок
11. Руки	артеріальний тиск, геміплегія, сліди ін'єкцій
12. Кисті	частота, ритм і наповнення пульсу, тремор
13. Ноги	геміплегія, підшвові рефлекси
14. Сеча	нетримання або затримка, білок, цукор, ацетон

НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНІ ПРИЧИНИ І ДІАГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ КОМАТОЗНИХ СТАНІВ

Причина	Діагностичні ознаки
<i>1. Мозкова патологія</i>	
Травма	Пошкодження зовнішніх покривів або кісток черепа, кровотеча або лікворея з носа або вух
Судинні порушення	Геміплегія (геміпарез), гіпертензія, ригідність потиличних м'язів (при субарахноїдальному крововиливі)
Пухлини	Вогнищцева симптоматика ЦНС, набряк диску зорового
Інфекція	Виділення гною з носа або вух, ригідність м'язів потилиці, лихоманка
Епілепсія	Судоми при огляді або в анамнезі, рубці, свіжі сліди на язиці від прикушення
<i>2. Метаболічна патологія</i>	
Уремія	Уремичний запах з рота, дегідратація, м'язові посмикування, ретинопатія, протеїнурія
Діабет	Запах ацетону з рота, дегідратація, ретинопатія (мікроаневризми), цукор і кетоніві тіла в сечі
Гіпоглікемія	Пітливість, тремор, може бути присутнім симптом
Печінкова кома	Жовтяниця, спленомегалія, кривава блювота, тремор
<i>3. Інтоксикація</i>	
Алкоголь	Запах алкоголю з рота, гіперемія обличчя (слід виключити ЗЧМТ)
Психотропні препарати	Порушення дихання, помірна гіперсалівація
Чадний газ	Порушення дихання, характерна гіперемія

ВІДМІТНІ ОЗНАКИ НАЙБІЛЬШ ЧАСТИХ КОМАТОЗНИХ СТАНІВ

Характер коми	Анамнез	Симптоматика	Додаткові данні
Травматична	Травма голови	Зовнішні ознаки травми голови, інколи кров'яна лікворея і оболонкові симптоми, можливі центральні паралічі	Кров'яний ліквор. На краніограмі тріщини або переломи
Після епілептичного нападу	Епілептичні напади	Сліди прикусу язика, мимовільне сечовипускання, піна з рота, сліди ударів, отримані під час припадків	На ЕЕГ: списи; гострі хвилі; пики-хвилі; множинні пика-хвилі; гостра хвиля — повільна хвиля
Уремична	Захворювання нирок, передуремічні ознаки (головні болі, сонливість)	Блідість і одутлість обличчя, високий артеріальний тиск, запах сечовини з рота, оболонкові симптоми, епілептиформні припадки	Азотемія, нейроретиніт, патологічні зміни сечі
Діабетична	Діабет	Субнормальна температура, м'який пульс, м'якість очних яблук на дотик, зниження сухожилкових рефлексів і м'язового тону, міоз, запах ацетону з рота, дихання за типом Куссмауля	Гіперглікемія, глюкозурія, ацетонурія, висока питома вага сечі
Гіпоглікемічна	Введення інсуліну	Мідріаз, рясний піт, психічне збудження, сплутана свідомості, судоми, підвищення сухожилкових рефлексів	Гіпоглікемія

Інсультна	Гіпертонічна хвороба, атеросклероз, раптовість розвитку	Багрове обличчя, напружений пульс, високий артеріальний тиск, ознаки центрального паралічу	Гіпертонічний ретиніт
-----------	---	--	-----------------------

ПОКАЗАННЯ ДО ЕКСТРЕНОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ І ЛІКУВАННЯ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ХВОРИХ НЕВРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Показання до екстреної госпіталізації	Лікування на догоспітальному етапі	Транспортування
1. Минущі порушення мозкового кровообігу	При високому АТ: 0,5 мл 1% розчину пентаміну внутрішньом'язово; лазікс 20-40 мг внутрішньовенно, внутрішньом'язово; Пірацетам 5—10 мл 20% розчину внутрішньовенно, внутрішньом'язово; еуфіллін 2,4% — 10 мл внутрішньовенно	Лежачи на носилках у супроводі лікаря
2. Ішемічний інсульт (тромбоз, емболія)	При високому АТ (див. вище). При низькому АТ: сульфокамфокаїн 2 мл 10% розчину і кордіамін 2 мл внутрішньом'язово	Так само
3. Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, субарахноїдальний крововилив, гематомієлія)	При високому АТ (див. вище); діцинон 2—4 мл 12,5% розчину внутрішньовенно, внутрішньом'язово; глюконат кальцію 10 мл 10% розчину внутрішньовенно; амінокапронат 100 мл 5% розчину внутрішньовенно; оксибутірат натрію 10 мл 20% розчину внутрішньовенно; лазікс 80-120 мг внутрішньовенно, внутрішньом'язово (при набряку)	Так само
4. Епілептичний статус	Введення повітроводу; седуксен 2 мл 0,5% розчину внутрішньовенно, повтор через 5— 10 хвилин тієї ж дози; внутрішньовенно краплинно 2% розчин тіопенталу натрію (гексенала) 20-50 мл або 10% розчин тіопенталу з розрахунку 1 мл на 10кг маси тіла	Так само
5. Міастенічний криз	Послідовно три рази (через 30 хв.) 2 мл 0,05% розчину прозерину підшкірно, внутрішньовенно. За відсутності ефекту - інтубація і ШВЛ	Так само

ПОКАЗАННЯ ДО НЕВІДКЛАДНОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НЕЙРОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Показання до екстреної госпіталізації	Лікування на догоспітальному етапі	Транспортування
1. Закрита ЧМТ	Дегідратація: 10—20 мг лазиксу; при порушенні дихання — повітровід, ШВЛ	Лежачи на носилках і щиті у супроводі
2. Відкрита ЧМТ	Асептична пов'язка. Дегідратація: при порушенні свідомості - інтубація та ШВЛ; при кровотечі - реополіглокін 400 мл, гідрокортизон 500	Так само
3. Перелом хребта з ушкодженням спинного мозку	Знеболення: 50% розчин анальгіну 2—4 мл, при спінальному шоці наркотичні анальгетики внутрішньовенно краплинно, поліглокін, желатіноль. При низькому АТ: 1 мл 1% розчину мезатону внутрішньовенно; корвалолу 1 мл, преднізолон	Так само
4. Травматичні внутрішньочерепні гематоми	Лазикс 60—80 мг внутрішньовенно, внутрішньом'язово; при низькому АТ: кордіамін 2—4 мл внутрішньом'язово; при психомоторному збудженні — седуксен 2 мл 0,5% розчину	Так само
5. Пухлини головного мозку з гіпертензивним синдромом	Лазикс 80—120 мг внутрішньовенно, внутрішньом'язово; при зниженні АТ—сульфокамфокаїн 2 мл 10% розчину і кордіамін 2 мл внутрішньом'язово	Так само

МИНУЩІ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ
(розлади кровопостачання мозку, при яких порушення функції мозку
зазнають регрес протягом 24 годин)

Етіологія	Гіпертонічна хвороба, атеросклероз судин головного мозку, васкуліти різної етіології, захворювання крові, аномалії мозкових судин (мальформації), патологія серця, шийний остеохондроз та інші
Патогенез	Спазм або парез мозкових судин (локальний або загальний), ішемія і гіпоксія мозкової тканини, зміни фізико-хімічних властивостей крові
Провідні клінічні прояви	1. Транзиторні ішемічні атаки Симптоматика порушення залежить від залучення судинного басейну: — система сонних артерій (контрлатеральні моногеміпарези, геміестезії, афазії, перехресний оптико-пірамідний синдром, синдроми поразки кори головного мозку); — вертебробазиллярний судинний басейн (вестібуло-атактичний і мозочковий синдром, альтернуючі синдроми, зорові порушення, бульбарні розлади). 2. МПМК за типом гіпертонічного кризу: — загально мозкові симптоми (головний біль, шум, дзвін у вухах, несистемне запаморочення, оглушеність, млявість, психомоторне збудження, вазомоторні реакції); — задньошийний симпатичний синдром (відчуття жару в потилиці, шиї, області скальпа голови, парестезії в кінцівках); — поєднання загально мозкових і локальних симптомів, пов'язаних з порушенням кровообігу в каротидному або вертебробазиллярному судинному басейні
Діагностика	Соматичне, неврологічне і офтальмологічне дослідження, Ro-графія, РЕГ, ЕЕГ, ЕхоЕГ, гемокоагулограма та КТ головного мозку
Диференційна діагностика	З вегетативно-судинним, солярним, наднирниковим кризами, епілептичними і неепілептичними пароксизмами, гіпертензивно-гідроцефальним кризом
Принципи лікування	Нормалізація АТ, діяльності серця, поліпшення кровотоку і метаболізму мозку, нейро- і ангіопротектори, інші симптоматичні засоби за показаннями

КЛІНІЧНІ СИНДРОМИ ІНСУЛЬТУ

	Повний каротидний синдром	Парціальний каротидний синдром	Лакунарний синдром	Вертебрально-базиллярний синдром
Клініка	1. Геміпарез і геміанестезія та 2. Гомонімна геміанопсія та 3. Порушення вищих психічних (кіркових) функцій (афазія або порушення зорово-просторового сприйняття)	Будь які два з трьох елементів повного каротидного синдрому [(1) і (2), аба (2) та (3), Або (1) та (3)] Або тільки (3)	Геміпарез або Геміанестезія або Геміпарез + геміанестезія або Атактичний геміпарез Нема ні геміанопсії, ні порушення кіркових функцій	Симптоми ураження стовбуру мозку (наприклад, диплопія, запаморочення, дисфагія, атаксія, білатеральні парези, геміанопсія або кіркова сліпота)
Анатомія	Лобові, скроневі і тім'яні доли або Таламус/Внутрення капсула/Затилочная доля	Одна доля	Невеликої глибини вогнище в променистому вінці, внутрішній капсулі, таламусі або вентральних відділах мосту	Стовбур мозку і/або мозочок
Патоморфологія	Інфаркт (85%) або Крововилив (15%)	Інфаркт (85%) або Крововилив (15%)	Інфаркт (95-98%) або Крововилив (2-5%)	Інфаркт (85%) або Крововилив (15%)
Етіологія	<i>Інфаркт:</i> оклюзія іпсилатеральної ВСА або СМА або, інколи, ЗМА при емболії з серця, аорти, сонної артерії або артерій ВБС; або тромбоз in situ. <i>Крововилив:</i> будь-які причини	<i>Інфаркт:</i> оклюзія іпсилатеральної ВСА або СМА або, інколи, ЗМА при емболії з серця, аорти, сонної артерії або артерій ВБС; або тромбоз in situ. <i>Крововилив:</i> будь-які причини	<i>Інфаркт:</i> зазвичай мікроатерома або ліпогіаліноз перфорууючої артерії, рідко - артеріт або емболія. <i>Крововилив:</i> будь-яка причина, але найчастіше гіпертонічна патологія дрібних судин	<i>Інфаркт:</i> оклюзія артерій ВБС або ЗМА унаслідок тромбозу in situ або емболії з серця, аорти або судин ВБС <i>Крововилив:</i> будь-які причини
Частота повторних інсультів	Низька	Висока у перші 3 міс.	Низька, але стабільна впродовж 12 міс	Висока у перші 2 міс., потім стабільна впродовж 12 міс
Прогноз протягом 1 року (%)	Несприятливий	Сприятливий	Сприятливий	Сприятливий
Смерть	60	15	10	20
Інвалідність	35	30	30	20
Самообслуговування	5	55	60	60
ВСА - внутрішня сонна артерія, СМА - середня мозкова артерія, ЗМА - задня мозкова артерія, ВБС - вертебрально-базиллярна система				

Диференційно-діагностичні критерії для розпізнавання типу гострих порушень мозкового кровообігу (анамнез і симптоматологія)

Критерії	Інфаркт мозку	Крововилив у мозок при гіпертонічній хворобі	Внутрішньомозкові гематоми іншого генезу	Субарахноїдальні крововиливи
А н а м н е з				
Найважливіші причини	Атеросклероз; емболія; рідко — васкуліти	Гіаліноз; артеріолонекроз	Судинні мальформації або неясні причини	Аневризми, артеріо-венозні мальформації; ангиоми
Супутні судинні захворювання	Коронарний атеросклероз; облітеруючі захворювання периферичних артерій	Атеросклероз; гіпертонія	Немає визначених	Часто гіпертонія
Частота серед усіх гострих цереброваскулярних захворювань (%)	60-65	10-15	5-10	12
Вік на момент захворювання	Старше 55 років	Старше 55 років	Середній або молодий	Молодше 40 років
Типові «провокуючі ситуації»	Слабкість; рідко — різке навантаження	Різка, раптова напруга, хвилювання, стрес	Різка, раптова напруга	Різка, раптова фізична напруга; інсоляція
Час доби	Будь-який час доби	Частіше вдень	Частіше вдень	Будь-який час доби
Продромальні симптоми	Минущі ішемічні епізоди	Часто головні болі, несистемні запаморочення	Часто головні болі, інколи судомний синдром	Часто головні болі
Початок захворювання	Підгостре або прогредієнтне	Апоплектиформне; підгостре або прогредієнтне	Апоплектиформне; рідко підгостре	Апоплектиформне
Симптоматика				
Стан свідомості	Ясне або нерізде оглушення; рідко різке пригноблення свідомості	Від різкого оглушення до глибокої коми	Різде оглушення; інколи глибока кома	Порушення свідомості в 50% випадків
Симптоми підвищення внутрішньо-черепного тиску	Спочатку відсутні; виникають в період розвитку набряку мозку	Зазвичай мають місце; часто симптоми вклиніння	Часто; незрідка швидко розвиваються симптоми вклиніння	Спочатку важко відрізнити від симптомів подразнення мозкових оболонок
Неврологічні синдроми	Відповідають ураженню певного судинного басейну. Парези спочатку мляві, а пізніше спастичні	Частіше мляві або спастичні геміпарези. Тетраплегія при прориві крові в шлуночкову систему	Виражені; відповідають локалізації гематоми. Часті епілептичні напади	Зазвичай відсутні. Неврологічні симптоми вказують на наявність поразки паренхіми мозку або ангиоспазму

**ГОСТРІ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБИГУ,
супроводжуються стійкими порушеннями функції мозку, — ІНСУЛЬТИ**

Етіологія	Гіпертонічна хвороба, церебральний атеросклероз, васкуліти, патологія серця, хвороби крові, аномалії мозкових судин, травми судин і оболонок мозку, шийний остеохондроз тощо	
Патогенез	При геморагіях: - розрив стінки судини або аневризми; - підвищена проникність стінки судини (діapedез)	При ішемії (інфаркті): - закупорка судини в результаті тромбозу, емболії; - вазоспазм або вазопарез
Класифікація	Паренхіматозне: - крововилив в речовину мозку; Субарахноїдальне: - крововилив в підоболонковий простір; Паренхиматозно-субарахноїдальне (змішане)	- Атеротромботичний інсульт - Кардіоемболічний інсульт - Гемодинамічний інсульт - Лакунарний інсульт - Інсульт за типом гемореологічної мікрооклюзії
Провідні клінічні прояви	Молодий і середній вік, підвищений АТ, симптоми артеріальної гіпертензії в соматичному статусі, раптовий розвиток, порушення свідомості, виражені загально мозкові і осередкові симптоми, горметонії, оболонкові симптоми, симптоми дислокації мозку, ліквор ксантохромний або геморагічний	Літній вік, АТ нормальний або підвищений, в соматичному статусі симптоми атеросклерозу, порушення серцевого ритму, виникає поступово або раптово, свідомість збережена, рідше страждає короткочасно, вогнищеві симптоми превалюють над загально мозковими, оболонкових симптомів немає, симптоми дислокації з'являються повільно, ліквор не змінений
Діагностика	Соматичне, неврологічне і офтальмологічне дослідження, ліквородіагностика, КТ, МРТ, ангиографія, РЕГ, ЕЕГ, ЕхоЕГ, коагулограма, інші дослідження	
Диференційна діагностика	Диференціювати характер інсульту з пухлиною головного мозку, гострими нейроінфекціями, виключити кому соматичного і токсичного генезу	

Принципи лікування	Недиференційоване лікування (незалежно від характеру інсульту) — нормалізація дихання і серцево-судинних порушень, боротьба з набряком мозку, метаболічний захист мозку, нормалізація водно-електролітних порушень, ліквідація судорожного синдрому, питання годування та догляду. Диференційоване лікування. При інфаркті — реперфузія і нейропротекція. При геморагії — стимуляція гемостаза і нейропротекція. Оперативне лікування інсультів за строгими показаннями.
---------------------------	---

ПІДТИПИ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

АТЕРОТРОМБОТИЧНИЙ	КАРДІОЕМБОЛІЧНИЙ	ГЕМОДИНАМІЧНИЙ	ЛАКУНАРНИЙ
<p>Обумовлений ураженням внутрішньочерепних мозкових судин – унаслідок формування атеросклеротичної бляшки.</p> <p>Клініка: Розвивається частіше в нічний час (пацієнт пробуджується з парезом або афазією).</p> <p>Розвиток інсульту в денний час: характеризується поступовим розвитком вогнищневого неврологічного синдрому (години-доба) – ступенеподібно прогресує неврологічний дефіцит.</p> <p>АТ підвищується незначно .</p> <p>Вогнищневі симптоми залежать від локалізації вогнища і басейну.</p> <p>Загальнономозкові симптоми: головний біль, пригнічення судин, судорожний синдром – частіше відсутні</p> <p>В 40% атеротромботичному інсульту передують ТІА</p>	<p>Розвивається унаслідок наявності тромботичних мас в лівому передсерді і лівому шлуночку.</p> <p>Причиною КІ є також: порушення ритму серцевих скорочень, операції на серці, ендокардит, захворювання крові – лейкоз.</p> <p>Клініка: Раптовий розвиток вогнищневих симптомів.</p> <p>Вогнищневі симптоми з перших хвилин виражені максимально, інколи симптоми флюктуують (при емболії крупних судин), інколи флюктуація симптомів обумовлена геморагічною трансформацією.</p> <p>Свідомість – частіше пригнічена.</p> <p>Характерний епісиндром (при тромбозі кіркових гілок)</p> <p>Неврологічна симптоматика залежить від басейну і локалізації тромбу (частіше вражаються глибокі або кіркові гілки</p>	<p>Розвивається при грубому стенозуванні магістральних артерій за умови різкого падіння АТ і при захворюваннях серцево-судинної системи.</p> <p>Ішемія виникає в найбільш віддалених зонах – вазороздільних (наприклад, кордон середньої і передньої мозкової артерії).</p> <p>Клініка: Неврологічні симптоми залежать від ураженого басейну</p> <p>Можливі: 2-х сторонні інфаркти в тім'яно-потиличній долі: кіркова сліпота, агнозія, амнезія (среднемозговая і потилична артерії)</p>	<p>Лакунарний інфаркт обумовлений патологією дрібних судин.</p> <p>Розміри інфаркту: декілька міліметрів – 1,5 см.</p> <p>Розвиваються унаслідок закупорки дрібних пенетруючих судин, які кровопостачають глибинні відділи мозку.</p> <p>Клініка: Інсульт розвивається у будь-який час доби: на тлі підвищеного АТ</p> <p>Відсутні загальнономозкові симптоми.</p> <p>Характерні вогнищневі (описано більше 50 вогнищневих симптомів), але частіше зустрічається 5!!!</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Чисто руховий синдром. 2. Чисто сенсорний синдром. 3. Сенсормоторний синдром. 4. Атактичний синдром. 5. Дизартрія і незручність кисті.

**КЛІНІКА ЛАКУНАРНИХ ІНФАРКТІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД
ЛОКАЛІЗАЦІЇ
УРАЖЕННЯ**
(за E. Roth, R. Harvey, 1996)

Синдром	Локалізація інфаркту
Чисто «руховий» інсульт	заднє стегно внутрішньої капсули основа мосту піраміди
Чисто «чутливий» інсульт	таламус таламокортикальні шляхи
«Чутливо-руховий» інсульт	область стику внутрішньої капсули і таламуса
Дизартрія – «незграбна рука»	переднє стегно внутрішньої капсули міст
Атактичний геміпарез	променистий вінець (corona radiata) внутрішня капсула міст мозочок
Гемібалізм	голівка хвостатого ядра таламус субталамічне ядра

НЕВРОЛОГІЧНА СИМПТОМАТИКА ПРИ ВНУТРІШНЬОМОЗКОВОМУ КРОВОВИЛИВІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ ВОГНИЩА

Симптоми	<i>Локалізація вогнища</i>				
	Капсулярно-підкіркова область	Таламус	Міст	Мозочок	Кора
Кома	Часто	Часто	Ранній розвиток	Пізній розвиток	Не часто
Зіниці	Норма	Вузькі, млява реакція на світло	Точкові, реагують на світло	Вузькі, реагують на світло	Норма
Рухи очних яблук	Горизонтальне відведення кон'юговане у бік вогнища	Кон'югована девіація вниз і медіанно	Дискон'юговані рухи	Кон'юговане відведення у бік, протилежний до вогнища	Норма або іпсилатеральна девіація
Порушення чутливості та руху	Контрлатеральна геміплегія, геміанестезія	Контрлатеральна геміанестезія, пізніше геміплегія	Тетраплегія, двосторонній дефіцит чутливості	Немає	Частіше монопарез або моноанестезія
Епілептичні приступи	Не часто	Не часто	Немає	Немає	Часто
Інше	Афазія при крововиливі у домінантну півкулю, неусвідомлення тяжкості захворювання при крововиливі у недомінантну півкулю	Транзиторна афазія		Блювота, атаксія при ходьбі і стоянні, м'язова гіпотонія, скандована мова	Афазія

**КЛІНІЧНІ СИМПТОМИ, РЕЗУЛЬТАТИ ЕХОЕНЦЕФАЛОГРАФІЇ І
ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКВОРУ
при ішемічному та геморагічному інсульті в різні терміни з моменту
захворювання**

Перші 6 г. з моменту захворювання	
Ішемічний інсульт	Геморагічний інсульт
Ясна свідомість або оглушення	Сопор або кома
АТ не досягає високих цифр	АТ підвищений
Нормальна ЧСС; нерізкі порушення серцевого ритму	Тахікардія
Відсутність різких порушень дихання	Порушення дихання
Нерізка вираженість неврологічного дефіциту	Різка вираженість неврологічного дефіциту Повторна блювота Гіперемія шкірних покривів обличчя
Відсутність менингеальних симптомів	Можуть виявлятися нерізкі менингеальні симптоми і психомоторне збудження
Відсутність змін при ехоенцефалоскопії	Незначний зсув М-ехо і поява окремих додаткових сигналів при обширних півкульних гематомах, що швидко формуються
Відсутність домішок крові в лікворі	При обширних паренхиматозно-субарахноїдальних крововиливах — домішки крові в лікворі

На другу добу з моменту захворювання	
Ішемічний інсульт	Геморагічний інсульт
Оглушення, сопор, інколи кома	Кома або сопор
АТ не досягає високих цифр	Високий АТ
Тахікардія; часто порушення серцевого ритму	Тахікардія або брадикардія
Помірно виражені порушення дихання	Різкі порушення дихання
Виражений неврологічний дефіцит	Різкий неврологічний дефіцит. Симптоми вторинного ствольного синдрому Повторна блювота
Нерізко виражені оболонкові симптоми при обширних інфарктах	Судомні випадки Менінгеальні симптоми; але при глибокій комі можуть бути відсутніми
Незначний зсув М-еха і поява окремих додаткових сигналів при обширних інфарктах, що виявляється при ехоенцефалоскопії	Вираженне зміщення М-ехо і поява додаткових сигналів, що виявляється при ехоенцефалоскопії
Відсутність домішок крові в лікворі	Домішки крові в лікворі

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА РІЗНИХ ВИДІВ ІНСУЛЬТУ
(за даними Е.І. Гусева та соавт., 1997)

Критерії	Геморагічний інсульт		Ішемічний інсульт	
	Крововилив в мозок	Субарахноїдальний крововилив	Тромбоз судин мозку	Емболія судин мозку
Вік	45-60	20-40	Після 50	Будь-який за наявності джерела емболії
Продромальні прояви	Може бути виражений головний біль	Можуть бути скороминущі головні болі	Часто скороминущі осередкові	Немає
Вигляд хворого	Гіперемія обличчя, ін'єкція склер	Гіперемія обличчя, блефароспазм	Блідість	Блідість
Початок хвороби	Раптовий, частіше вдень після фізичної або психоемоційної	Раптовий, часто з відчуттям «удару» в голову	Поступовий, частіше вночі, під ранок	Раптовий
Пригнічення свідомості	Часто, швидко розвивається до глибокої коми	Часто, короткочасне	Поступовий розвиток, корелює з наростанням вогнищевої симптоматики	Часто в дебюті захворювання або може швидко розвинутися згодом, корелює з тяжкістю вогнищевої симптоматики
Головний біль	Часто	Часто	Рідко	Рідко
Рухове збудження	Часто	Часто	Рідко	Рідко
Блювота	70-80%	Більше 50%	Рідко (2-5%)	Часто (25-30%)
Дихання	Аритмічне, клекочуще	Часто ритм Чейна-Стоксу, може бути	Рідко порушено при півкульних вогнищах	Рідко порушено
Пульс	Напружений, бради-, рідше тахікардія	Прискорений до 80-100 за хв.	Може бути прискорений, м'який	Залежить від захворювання серця; часто аритмія
Серце	Межі розширені, акцент II тону на аорті	Патологічні зміни рідкі	Незрідка постінфарктний кардіосклероз, ознаки «гіпертонічного» серця	Стеноз, недостатність мітрального клапана; аритмія
АТ	Артеріальна гіпертензія	Частіше підвищен	Нормальний або знижений	Нормальний, залежить від патології серця
Паралічі, парези кінцівок	Геміплегія з гіперрефлексією, горметонія	Можуть бути відсутніми, часто пригнічені	Нерівномірний геміпарез, може наростати до	Нерівномірний геміпарез, частіше геміплегія

Патологічні симптоми	Частіше двосторонні, більш виражені контр-латерально вогнищу	Рідко	Однобічні	Частіше однобічні
Темп розвитку	Швидкий	Швидкий	Поступовий	Швидкий
Судоми	Нечасто	У 10% хворих	Рідко	Часто як дебют
Менінгеальні симптоми	Часто	Практично завжди	Рідко	Легкі
Плаваючий погляд	Часто	Рідко	Рідко	Рідко
Стволові порушення	Развиваються швидко	Рідко	Развиваються повільно	Развиваються рідко

**Диференційно-діагностичні критерії для розпізнавання
типа гострих порушень мозкового кровообігу
(результати дослідження СМР і проведення ехоенцефалоскопії)**

Метод діагностики	Діагностичні ознаки			
	інфаркт мозку	крововилив в мозок при гіпертонічній хворобі	внутрішньомозк ова гематома іншого генезу	Субарахної- дальний крововилив
Ехоенцефалоскопія	Зазвичай без змін. Рідкий незначний зсув М-еха	М-ехо може бути зміщено	М-ехо може бути зміщено	М-ехо зміщено рідко; ухилення М-еха вказує на наявність субарахної-дально-паренхиматозного крововиливу
Дослідження спинномозкової рідини	Тиск зазвичай нормальний. Зрідка підвищений вміст білку та клітин. При геморагічному інфаркті — нерізкі домішки крові	Тиск підвищений. Зазвичай кров'янистий ліквор	Тиск підвищений. Зазвичай кров'янистий ліквор	Тиск часто підвищений. Ліквор обов'язково кров'янистий

ГОСТРА ГІПЕРТОНІЧНА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ

Етіологія	Гіпертонічна хвороба
Патогенез	Спазм периферичних артерій і вен мозку, набряк головного мозку, ішемія і гіпоксія мозкової тканини; зміни фізико-хімічних властивостей крові
Провідні клінічні прояви	Підвищення АТ ($\geq 200/120$ мм рт. ст.), судоми локальні і генералізованні, порушення свідомості (оглушення, сопор, кома, психомоторне збудження, сутінковий стан свідомості), менінгізм (менінгеальні симптоми внаслідок подразнення менінгеальних оболонок).
Діагностика	Соматичне, неврологічне і офтальмологічне дослідження, Ro-графія, РЕГ, ЕЕГ, ЕхоЕГ, ТКД, КТ; коагулограма і інші дослідження
Диференційний діагноз	<ul style="list-style-type: none"> З вегетативно-судинним кризом З наднирниковим кризом З соляним кризом З епілептичними і неепілептичними пароксизмальними станами З гіпертензійно-гідроцефальним кризом З субарахноїдальним крововиливом З пухлиною головного мозку
Принципи лікування	Включають антигіпертензивні препарати (нормалізація артеріального тиску), протисудомна терапія, протинабрякова терапія, нормалізація діяльності серця, поліпшення кровотоку і метаболізму мозку, антикоагулянти, нейро- і ангіопротектори, симптоматичні засоби за показаннями

**ТИПОВІ КТ ОЗНАКИ ІНФАРКТУ МОЗКУ
В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ДАВНОСТІ ІНСУЛЬТУ**

Тип інсульту	Давність інсульту	КТ ознаки
Інфаркт	менше 24 годин	Ознаки здавлення мозку із згладженістю борозен або слабо обкресленою зоною злегка зниженої щільності
	24-48 годин	Нечітко обкреслена область злегка зниженої щільності
	3-5 днів	Добре обкреслена область зниженої щільності; можуть визначатися ознаки цитотоксичного набряку (область зниженої щільності у вогнищі ішемії поширюється як на білу, так і на сіру речовину мозку) і здавлення мозку
	6-13 днів	Область зниженої щільності виглядає більш гомогенною; краї зони ураження чітко обкреслені; контрастна томографія показує патологічний розподіл контрастної речовини
	14-21 день	Ефект затуманення (область інфаркту починає виглядати майже так само, як і навколишні неушкоджені тканини мозку, проте контрастна томографія дозволяє виявити зону зниженої)

**ОСНОВНІ МРТ ХАРАКТЕРИСТИКИ ІНФАРКТУ МОЗКУ
І КРОВОВИЛИВУ В МОЗОК**

	<i>МРТ-характеристика сигналів вогнища ураження</i>	
Тип ураження, давність та склад вогнища	T1-зважені зображення тканини	T2-зважені зображення тканини
<p>Інфаркт мозку Крововилив у мозок, час (дні) від початку інсульту до моменту проведення МРТ</p> <p>1-3 (гостра стадія), утворення діоксигемоглобіну</p> <p>3-7 (рання підгостра стадія), внутрішньоклітинний метгемоглобін</p> <p>7-14 (пізня підгостра стадія), руйнування клітин, вільний метгемоглобін</p> <p>>21 (хрончна стадія)</p>	<p>Темне забарвлення</p> <p>Нормальне (ізоденсивне) окраска</p> <p>Світле забарвлення</p> <p>Світле забарвлення</p> <p>Ізоденсивне забарвлення, можливе темне забарвлення країв вогнища ураження</p>	<p>Світле забарвлення</p> <p>Темне забарвлення</p> <p>Нормальне (ізоденсивне) забарвлення</p> <p>Світле забарвлення</p> <p>Дуже темне забарвлення з країв вогнища ураження</p>

ВСТАНОВЛЕНІ ТА ПОТЕНЦІЙНІ ПОКАЗАННЯ ДО ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ

Встановлені клінічні показання	Потенційні можливості застосування метода
<p>1. Оцінка характеру та рівня внутрішньо-мозкового колатерального кровообігу у хворих з вираженим стенозом або оклюзією внутрішніх сонних артерій, хребтових артерій або підключичних артерій</p> <p>2. Виявлення гемодинамічно значущого стенозу основних внутрішньокраніальних артерій на основі мозку</p> <p>3. Виявлення внутрішньокраніального вазоспазму і спостереження за його динамікою, особливо при розвитку вазоспазму після субарахноїдального крововиливу</p> <p>4. Виявлення артеріовенозних мальформацій і дослідження артерій, що живлять їх, а також гемодинамічних ефектів лікування цих мальформацій</p> <p>5. Підтвердження клінічного діагнозу смерті мозку</p>	<p>1. Передопераційний, операційний і післяопераційний моніторинг нейрохірургічних хворих (наприклад, моніторинг хворих під час каротидної ендартеректомії і інших реваскуляризаційних операцій; операційне і післяопераційне дослідження гемодинамічних змін артеріовенозних мальформацій)</p> <p>2. Моніторинг внутрішньочерепного тиску у хворих з травмою мозку, внутрішньомозковим крововиливом, пухлиною мозку або гіпоксією мозку</p> <p>3. Наукові дослідження (такі як дослідження змін мозкової гемодинаміки у відповідь на фізіологічну і фармакологічну стимуляцію, вивчення патофізіологічних механізмів розвитку інсульту у хворих з серповидно-клітинною хворобою, мігренню, церебральним васкулітом і іншими станами)</p>

АЛГОРИТМ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ГОСТРИХ ПОРУШЕННЯХ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

(з методичних рекомендацій «Сучасні принципи діагностики і лікування хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу», 2005)

ПРИЙМАЛЬНЕ ВІДДІЛЕННЯ НЕВРОЛОГІЧНОГО АБО ІНСУЛЬТНОГО ВІДДІЛЕННЯ			
ОБСТЕЖЕННЯ: Життєво важливі функції (дихання, кровообіг) Тяжкість стану хворого і ступінь порушення свідомості (ШКГ) Неврологічний і соматичний статус При непритомному стані хворого та нез'ясованому анамнезі - рентгенографія шийного відділу хребта Загальний і біохімічний аналіз крові (рівень глюкози, електроліти, креатинін, коагулограма)			
<p style="text-align: center;"><u>ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ СТАНУ ХВОРОГО (ШКГ)</u></p> <p>Відносно задовільний — 13-15 б. Середнього ступеню тяжкості — 9-12 б. Важкий стан — ≤ 8 б.</p>	<p style="text-align: center;"><u>ДИХАННЯ</u></p> <p>Звільнення дихальних шляхів Повітровід Інгаляція кисню Оцінка ефективності дихання Моніторинг оксигенації крові (за показаннями) Інтубація трахеї (за показаннями) ШВЛ (за показаннями) Критерії ефективності самостійного дихання: $PaO_2 \geq 70 \text{ mm Hg}$ або $SpO_2 \geq 94 \%$ $PaCO_2 30-40 \text{ mm Hg}$</p>	<p style="text-align: center;"><u>КРОВООБІГ</u></p> <p>Моніторинг АТ серцевого ритму (ЕКГ) Інфузійна терапія і вазопресори (за показаннями)</p>	<p>Антиконвульсанти при <u>судомних нападах</u> Седативні — <u>при психомоторному збудженні</u></p>
<p style="text-align: center;"><u>СТАБІЛІЗАЦІЯ СТАНУ ПАЦІЄНТУ</u></p> <p style="text-align: center;">Дихальні шляхи вільні Контрольовані параметри дихання Контрольовані параметри артеріального тиску $SpO_2 \geq 94 \%$</p>			
<p style="text-align: center;"><u>КТ ГОЛОВНОГО МОЗКУ</u></p>			

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИЧНИХ І ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

(з методичних рекомендацій «Сучасні принципи діагностики і лікування хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу», 2005)

<u>КТ ГОЛОВНОГО МОЗКУ</u>				
Ознаки крововиливу (див. алгоритм для геморагічного інсульту) Дислокаційний синдром, ознаки вклинення, набряк мозкової речовини Стан стовбурових структур (компресія та дислокація) Басейн ішемічного ураження, зона суміжного кровопостачання Ознаки геморагічної імбібіції				
<u>Визначення етіології ішемічного інсульту</u>				
<i>Інструментальні методи дослідження:</i>				
УЗ-дослідження судин (дуплексне сканування, ТКДГ)				
Спіральна КТ-ангіографія				
МР-ангіографія				
Селективна церебральна ангіографія				
Гостра тромботична оклюзія магістральних церебральних артерій екстракраніально	Гостра тромботична оклюзія інтракраніальних гілок магістральних церебральних артерій	Розшарування стінок магістральних х церебральних артерій	Стенотичне ураження магістральних церебральних артерій	Інші причини
ВИЗНАЧЕННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ				
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ (за відсутності протипоказань) Тромбектомія, тромбенаректомія, ангіопластика та стентування тощо.			КОНСЕРВАТИВНА ТЕРАПІЯ Системний тромболізис (внутрішньовенний), антикоагулянти, дезагреганти та інші.	

**АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИЧНИХ ТА ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ
В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТУ**
(з методичних рекомендацій «Сучасні принципи діагностики і лікування
хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу», 2005)

КТ ГОЛОВНОГО МОЗКУ			
<ul style="list-style-type: none"> • Ознаки інтракраніального крововиливу (гематома з мас-ефектом, об'єм і локалізація гематоми) • Дислокаційний синдром, ознаки уклинення, набряк мозкової речовини • Стан стоволових структур (компресія і дислокація стоволових структур) • Ознаки гідроцефалії • Кров в шлуночковій системі і субарахноїдальному просторі 		<p>Відсутність змін на АКТ при клінічних ознаках САК</p> <p>При ЛП – ознаки САК</p>	<p>Ознаки гострої церебральної ішемії за відсутності інших ознак інтракраніального крововиливу (див. алгоритм для ішемічного інсульту)</p>
<p><u>ВИЗНАЧЕННЯ ЕТІОЛОГІЇ ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТУ</u></p> <p align="center"><u>Інструментальні методи дослідження:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Спіральна КТ ангиографія</u> • <u>МР ангиографія</u> • <u>Селективна церебральна ангиографія</u> <p align="center">• <u>УЗ-дослідження судин (ТКДГ для моніторингу артеріального спазму)</u></p>			
<p align="center">АНЕВРИЗМА МОЗКОВИ АРТЕРІЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Спадковий анамнез • Клінічний прояв у вигляді раптового сильного головного болю • Неврологічні симптоми у вигляді парезу III пари ЧМН, геміпарез, афазія, парапарез • При КТ-дослідженні — кров у базальних і інших мозкових цистернах, обмежений крововилив в субарахноїдальному просторі • КТ ознаки аневризми великих розмірів 	<p align="center">АРТЕРІО-ВЕНОЗНА МАЛЬФОРМАЦІЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Наявність в анамнезі нападів головного болю або судом • Аускультативне визначення краніальних шумів • Молодий вік пацієнтів • Крововилив в проекції білої речовини • КТ ознаки гіпертрофованих кровопостачальних і дренажних судин 	<p align="center">ІНТРАКРАНІАЛЬНИЙ КРОВОВИЛИВ ВНАСЛІДОК АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Анамнез артеріальної гіпертензії • Наявність гіпертензивної ретинопатії, захворювань нирок, гіпертрофії лівого шлуночку • Крововилив в проекції підкіркових мозкових структур 	<p align="center">ІНШІ МОЖЛИВІ ПРИЧИНИ ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТУ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Множинні вогнищеві геморагії в півкулях у хворих похилого віку внаслідок амілоїдної ангиопатії • Множинні парасагітальні геморагії в результаті тромбозу мозкових синусів • Крововилив, оточений значною зоною набряку, в результаті крововиливу в пухлину • Наявність крові в перимезенцефальних цистернах, не пов'язані з розривом артеріальної аневризми • Хвороба Моя-Моя та інші • Спинальна АВМ
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ		<p align="center">КОНСЕРВАТИВНА ТЕРАПІЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> • при інсульт-гематомах супра- і інтратенторіальної локалізації гіпертонічного генезу за умов компенсованого дислокаційного синдрому і контрольованого стану інтракраніальної гіпертензії і ліквородинаміки; • розміри, локалізація, морфологічні особливості аневризми, АВМ, каверноми перевищують ризик розвитку важких інтраопераційних ускладнень (смерть, глибока інвалідизація) 	

НОРМАТИВИ НАДАННЯ МЕДИЧНІЙ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ПРИ ГОСТРИХ ПОРУШЕННЯХ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

(з методичних рекомендацій «Сучасні принципи діагностики і лікування хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу», 2005)

Нозологічна форма	Шифр за МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Об'єм лікувальних заходів	Критерії якості (очікувані результати лікування)	Середня орієнтовна тривалість лікування (дні)
Геморагічний інсульт	I 61	<ol style="list-style-type: none"> 1. Неврологічний і соматичний огляд. Оцінка стану хворих за шкалою коми Глазго, Ханга-Хеса 2. КТ (МРТ) головного мозку 3. Ехо-ЕС (1, 3-5, 9-14 день) - за відсутності КТ 4. За відсутності дислокації мозку — ЛП, за відсутності КТ 5. Церебральна ангиографія при підозрі на аневризму, АВМ, каверному 7. Визначення групи крові, резусу 8. Загальні аналізи крові і сечі, RW 9. Біохімічне дослідження крові (вміст цукру, електроліти, гематокрит, загальний білок, осмолярність плазми) 10. Коагулограма 11. Консультація офтальмолога, терапевта, ЕКГ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нормалізація дихання, гемодинаміки. За показаннями — інтубація трахеї, зондування шлунку, катетеризація сечового міхура, підключичної вени. При неефективному диханні — ШВЛ. Контроль ЦВТ, сатурації крові, ВЧТ 2. Корекція АТ (робоча норма або на 10-15% вище від норми) 3. Термінове видалення гематоми (при дислокації серединних структур більше 5 мм, за відсутності протипоказань і при тяжкості стану ≤ 12 б. (за ШКГ) інсульту, усунення причини крововиливу (аневризма, АВМ, кавернома): ендovasкулярні або мікрохірургічні втручання. Зовнішнє дренування шлуночкової системи при ліквородинамічних порушеннях. При медіальних і змішаних інсульт-гематомах рішення про тактику лікування приймається консиліумом 4. Дегідратаційна терапія 5. Антибактеріальна терапія (антибіотики, сульфаніламід) 	Поліпшення загального стану, частковий регрес неврологічної симптоматики	10-16 днів Подальше лікування у відділенні неврології - або реабілітації
Ішемічний інсульт Минущі порушення мозкового кровообігу	I 63 G 45	<ol style="list-style-type: none"> 1. Неврологічний і соматичний огляд. Аускультация магістральних судин шиї 2. КТ (МРТ) головного мозку 3. Ехо-ЕС (1,3—5 день), за відсутності КТ 4. УЗД судин шиї і інтракраніально 5. Ангіографія — за показаннями 6. ЛП (диференціація з геморагією) — за показаннями, за відсутності КТ 7. Определение группы крови, резуса, коагулограма 8. Загальні аналізи крові і сечі, RW 9. Біохімічне дослідження крові (вміст цукру, електроліти, гематокрит, загальний білок, осмолярність плазми), креатинін 10. Консультація терапевта, ЕКГ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Базисна терапія 2. Гемодилуція, антиагреганти, антикоагулянти 3. Системний фібринолізис в перші 3 години від початку захворювання, антикоагулянти, дезагреганти 4. За наявності тромбозу, стенозу сонних артерій понад 70% екстракраніально — в перших 6-12 годин ендартеректомія, ангіопластика і стентування за відсутності зони інфаркту мозку на КТ/МРТ 5. За наявності тромбозу екстракраніальних церебральних артерій і їх інтракраніальних гілок — селективний інтраартеріальний тромболізис в перші 6 годин за відсутності зони інфаркту мозку на КТ/МРТ 6. Протинабрякова терапія (за показаннями) 	Поліпшення загального стану, частковий регрес неврологічної симптоматики	При операціях - до 20 днів, без операції - до 10 днів. Подальше лікування у відділенні неврології або реабілітації

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ

Форми	Менінгококовий менінгіт (первинний)	Вторинні гнійні менінгіти
Етіологія	Менінгокок Вейксельбаума	Пневмокок, стафілакок, стрептокок
Патогенез	Передається контактним і повітрям шляхом, вхідні ворота — слизова оболонка зіву та носоглотки, проникає в оболонки головного і спинного мозку	Джерела інфекції — отогенні, риногенні, сепсис та інші; шляхи проникнення інфекції в головний мозок — контактний, периневральний, гематогенний, лімфогенний
Патоморфологія і топіка	Гнійне запалення м'якої мозкової оболонки, за ходом вен оболонки — скупчення гною; мозок повнокровний, в корі - токсичні, дегенеративні, судинно-запальні процеси, вогнища розм'якшення, мікроабсцеси, вражаються черепні нерви	
Клініка	<ul style="list-style-type: none"> — менінгеальний синдром; — загальноінфекційний синдром; — синдром інтракраніальної гіпертензії 	
Діагностика	Люмбальна пункція: у лікворі — клітинно-білкова дисоціація, ліквор каламутний, витікає під підвищеним тиском, нейтрофільний плеоцитоз до тисяч в 1 мкл, підвищення білку 1—16 г/л, у мазках осаду ліквору менінгокок, пневмокок, стафілакокк або стрептокок	
Диференціальна діагностика	Між всіма формами менінгітів і з субарахноїдальним крововиливом	
Принципи лікування	<ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактеріальні препарати (у тому числі інтралюмбально). 2. Інфузійно-дезінтоксикаційна терапія. 3. Дегідратаційна терапія. 4. Нейрометаболіти. 5. Симптоматична терапія. 	

Характеристика змін ліквору при основних формах невідкладних станів

Форма патології	Лікворний тиск (150-200 мм вод. ст. в горизонтальному положенні хворого)*	Ліквор (безбарвний, прозорий)	Клітинний склад (до $0,005 \cdot 10^9/\text{л}$)	Вміст білку (1500-3000 мг/л)	Вміст глюкози (2,5—3,5 ммоль/л)	Примітки
Субарахноїдальний, паренхіматозно-оболонковий, обширний внутрішньомозковий крововилив	Підвищений (200-400)	На ранніх стадіях — кров'янисте забарвлення; на пізніх стадіях — ксантохромія	На ранніх стадіях — різке збільшення числа еритроцитів (головним чином за рахунок незмінених); на пізніх стадіях — збільшення числа змінених еритроцитів	Підвищений — 3000-8000	Нормальний	Однакове число еритроцитів в першій і подальших порціях ліквору
Артеріальна домішка крові в лікворі («невдала» люмбальна пункція)	Нормальний	Різні ступені домішки крові до ліквору	Незмінені еритроцити	Нерізко підвищений — до 4000-7000	Нормальний	Прогресуюче зменшення числа еритроцитів в подальших порціях ліквору
Ішемічний інсульт (інфаркт мозку)	Нерізко підвищений (200-300)	Прозорий, безбарвний	Нормальне або збільшене число мононуклеарів	Нерізко підвищений — до 4000-7000	Нормальний	При геморагічному інфаркті — незначна домішка крові
Гнійні менінгіти: менінгококовий пневмококовий стрептококовий стафілококовий колибацилярний, викликаний <i>Proteus vulgaris</i> викликаний синегнойною паличкою	Завжди різко підвищений (інколи до 800-1000)	Гнійний, каламутний	Різке збільшення числа лейкоцитів (поліморфно-ядерних) до $20-30 \cdot 10^9/\text{л}$	Підвищений, інколи різко	Як правило, знижений	На ранніх етапах захворювання збудник може бути виявлений шляхом імунологічного дослідження ліквору
Серозні менінгіти: ентеровірусний аденовірусний лімфоцитарний хориоменінгіт при паротиті викликаний вірусом герпесу лептоспірозний	Завжди підвищений Так само	Прозорий, інколи мутнуватий Так само	Число клітин, як правило, не більше $0,5-0,6 \cdot 10^9/\text{л}$; характерна перевага лімфоцитів. Число клітин при важких формах до $1-1,5 \cdot 10^9/\text{л}$	Завжди підвищений до 4000-8000; зрідка більше Так само	Нормальний або Декілька знижений Так само	На ранній стадії захворювання етіологія може бути встановлена при імунологічному дослідженні Так само
Туберкульозний менінгіт	Підвищений	Прозорий; інколи злегка каламутний	Число клітин до $0,5-1 \cdot 10^9/\text{л}$; переважно лімфоцитів	Підвищений до 6000-10000	В більшості випадків значно знижений, навіть на ранніх стадіях розвитку захворювання	Туберкульозні бактерії можуть виявлятися у фібриновій «сіточці», що утворюється в пробірці через 12-24 год. після пункції
Менінгізм	Підвищений або різко підвищений	Прозорий, безбарвний	Нормальне	Нормальний	Нормальний	-
Абсцес мозку	Підвищений	Від прозорого до гнійного	Нормальне або збільшене число нейтрофілів	Нормальний або підвищений	Нормальний або нерізко знижений	Вираженість змін ліквору залежить від стадії формування абсцесу. При інкапсульованих абсцесах ліквор нормальний або нерізко змінений; при абсцесах, що формуються, розкрилися, і абсцесах, близько розташованих до лікворопроводящих шляхів, — різні ступені змін у лікворі (аж до гнійного)

продовження таблиці «Характеристика змін ліквору при основних формах
невідкладних станів»

Форма патології	Лікворний тиск (150-200 мм вод. ст. в горизонтальному положенні хворого)*	Ліквор (безбарвний, прозорий)	Клітинний склад (до $0,005 \cdot 10^9/\text{л}$)	Вміст білку (1500-3000 мг/л)	Вміст глюкози (2,5—3,5 ммоль/л)	Примітки
Пухлина головного мозку	Підвищений	Прозорий або легка ксантохромія	Нормальне або збільшене число клітин	Нормальний або підвищений	Нормальний	Ступінь зміни ліквору залежить від розташування пухлини по відношенню до лікворопровідних шляхів і від гістологічної структури пухлини. При компресії лікворопровідних шляхів (особливо в області задньої черепної ямки) – підвищений вміст білку. При швидко прогресуючих первинно-злоякісних пухлинах (мультиформні гліобластоми) – зміни, що нагадують запальні. Інколи в лікворі можуть бути виявлені пухлинні клітки
Пухлина спинного мозку (гострий компресійний синдром)	Нормальний або понижений	Прозорий, опалесцируючий або ксантохромія	Нормальне або трохи збільшене число клітин	Повищений від незначного до дуже різкого (50000- 60000)	Нормальний	Характерна білково-клітинна дисоціація (відносно більше збільшення вмісту білка, чим збільшення числа клітинних елементів). Вираженість змін ліквору залежить від міри блоку субарахноїдального простору.
Асептичні менінгеальні реакції	Підвищений	Безбарвний, прозорий	Число клітин збільшене	Підвищений	Нормальний	Виявляється після введення в хребтовий канал діагностичних засобів, лікарських речовин і анестетиків. Необхідна чітка диференціація від початкових форм менінгіту.

* у дужках вказані нормальні величини.

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ СЕРОЗНИХ МЕНІНГІТІВ

Форми	Гострий лімфоцитарний хориоменінгіт	Туберкульозний менінгіт
Етіологія	Вірус, що фільтрується. Резервуар вірусу — сірі миші, зараження через продукти харчування	Туберкульозна паличка з первинного вогнища хворого
Патогенез	Гематогенна дисемінація. Серозні запальні зміни оболонки мозку. У головному мозку набряк, запальні вогнища	Гематогенна дисемінація, ураження оболонок мозку з серозними запальними змінами
Патоморфологія і топіка процесу	Оболонки мозку ушкоджуються дифузно. При важкій течії ушкоджуються головний і спинний мозок, периферична нервова система	Ушкоджуються оболонки основи мозку, епендіма III і IV шлуночків, судинні сплетення. Спостерігаються ексудативні і проліферативні зміни
Клініка	Гострий початок з швидким розвитком менінгеального синдрому, ураженням черепних нервів, інколи з явищами енцефаломієліту, полірадикулопатії	Поступовий початок з наростанням менінгеального синдрому і появою симптомів ураження черепних нервів
Діагностика	Люмбальна пункція: підвищення тиску ліквору, лімфоцитарний плеоцитоз, вміст білку, цукру, хлоридів в нормі; етіологічна діагностика — виділення вірусу; дослідження реакції нейтралізації і РЗК	Наявність туберкульозу внутрішніх органів. Люмбальна пункція: тиск ліквору підвищений, рідина прозора, лімфоцитарний плеоцитоз, підвищений вміст білка до 2—3 г/л, зниження цукру до 0,15—0,5 г/л і хлоридів до 5 г/л, випадання фібринової плівки, інколи мікобактерії в лікворі
Диференційна діагностика	З туберкульозним менінгітом і вторинними	Між серозними формами менінгітів
Принципи лікування	Нуклеаза-ферменти (РНК, ДНК), десенсибілізація, дегідратація, нейрометаболіти, симптоматичні засоби	Протитуберкульозні препарати, кортикостероїди, дегідратація, нейрометаболіти, симптоматичні засоби

ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ ГНІЙНИХ І СЕРОЗНИХ МЕНІНГІТІВ З НЕЙРОТОКСИКОЗОМ ПРИ ГРИПІ ТА ІНШИХ ГРВІ

Захворювання, ознака	Серозні менінгіти, викликані вірусами	Нейротоксикоз при грипі та інших ГРВІ	Менінгококовий менінгіт
Епіданамнез	Контакт з хворим. чаші хворіють сільські жителі	Контакт з хворим на ГРВІ	Контакт з хворим або носієм менінгокока
Вік	Будь-який	Будь-який	Будь-який, але частіше діти перших 3-х років життя
Захворюваність	Спорадична, епідемічна	Спорадична, епідемічна	Спорадична
Сезонність	Осіньне-зимово-весняна	Осіньне-зимова	Зимово-весняна
Шляхи передачі	Повітряно-краплинний, аліментарний, рідко - контактний	Виключно повітряно-краплинний	Повітряно-краплинний
Початок захворювання	Гостре	Гострійше	Гостре (можуть вказати годину захворювання)
Висота лихоманки	38°-39° С може бути двоххвилювою	Часто вище 40 С	39°-40°С та вище
Катаральні прояви	Можуть бути	Виражені значно	Можуть бути
Зміни слизової оболонки ротоглотки	Не характерні	Гіперемія, набряклість. точкові крововиливи, зернистість задньої стінки	Можуть нагадувати зміни при ГРВІ
Шкірні висипання	Не характерні	Дрібноточечний геморагічний висип на слизових оболонках і шкірі	Геморагічний зірчастий висип з некрозом в центрі
Блювота	У гострому періоді. повторна	Лише на висоті токсикозу	Повторна, багаторазова
Головний біль	Сильний, але не тривалий	Сильний, але не тривалий	Виражений, інтенсивний, дифузний або в лобово-скроневих долях

Свідомість	Може бути збудження або пригнічення свідомості, аж до втрати	Порушена від сомнолентності до її втрати	Порушена від сомнолентності до її втрати
Судоми	На висоті токсикозу	На висоті лихоманки нетривалі тоніко-клонічні	Генералізовані тоніко-клонічні
Переважаючий синдром	Внутрішньочерепна гіпертензія	Загальноінфекційний	Загальноінфекційний, менінгеальний, гіпертензивний
Менінгеальний синдром	Помірно виражений, диссоційований	Непостійний і неповний	Різко виражений з перших годин
Енцефалічний синдром	Не характерний	Може бути	Клонус стоп, м'язова гіпотонія, ураження черепних нервів
Тяжкість стану	Переважно середньоважкий, рідше важкий	От легкого до дуже важкого	Важкий або дуже важкий
Периферична кров	Лейкопенія, невеликий нейтрофілоз і зсув формули вліво. нормальна ШОЕ	У перший день -лейкоцитоз, на 2-3 день - лейкопенія, еозинофілія, лімфоцитоз, нормальна ШОЕ	Лейкоцитоз, еозинофілія. палочкоядерний зсув формули крові вліво, прискорена ШОЕ
ЦСР	Тиск підвищений, ліквор прозорий і безбарвний. плеоцитоз спочатку змішаний, потім за рахунок лімфоцитів від десятків до сотень в 1 мкл, вміст білка, глюкози і хлоридів в межах норми	Тиск значно підвищений, прозорий, білястого кольору, невеликий плеоцитоз за рахунок лімфоцитів. помірно підвищений рівень білку. Вміст глюкози і хлоридів в нормі	Тиск ліквору підвищений, каламутний, молочною або жовтувато-зеленого кольору, нейтрофільний плеоцитоз від сотень до тисяч в 1 мкл. кількість білка підвищена до 1-4,5 г/л, рівень глюкози і хлоридів знижений

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ МЕНІНГОКОКОВОГО МЕНІНГІТУ З ІНШИМИ ПЕРВИННИМИ ГНІЙНИМИ МЕНІНГІТАМИ

Захворювання, ознака	Менінгококовий менінгіт	Пневмококовий менінгіт	Менінгіт, викликаний hemofilus- influenza
Вік	Частіше діти перших 3-х років життя; новонароджені хворіють рідко	От 1 до 5 років, часті діти перших 3-х років життя	Частіше діти від 6 міс. до 4-х років; новонароджені хворіють рідко
Преморбідний фон	Не змінений	Пневмонія, гайморит, отит, недавно перенесена ГРВІ	Ослаблені діти (рахіт, гіпотрофія; часті ГРВІ, пневмонія)
Сезонність	Зимово-весняна	Осінньо-зимова	Осінньо-зимова
Початок захворювання	Гострійший	У молодших дітей - підгострий, в старших - гострий	Частіше підгострий
Висота, тривалість лихоманки	Висока, 39-40°C, 3-7 днів	Висока, 39-40°C, 7-25 днів	На початку висока, 38-39°C, потім субфібрильна, до 4-6 тижнів
Менінгеальний синдром	Різко виражений з перших годин хвороби	Виражений, інколи неповний	Помірно виражений, неповний, з 3-5-го дня хвороби
Енцефалічний синдром	Характерний для дітей першого року	Виразний, характерний для 3/4 хворих	Може бути, рідко у дітей першого року життя
Провідний клінічний синдром	менінгеальний, інфекційно-токсичний	інфекційно-токсичний енцефалічний	менінгеальний, можливий інфекційно-токсичний
Наявність висипу	в 70-90% геморагічний, зірчастий, з некрозом у центрі	Не характерний	Не характерний
Симптоми ураження ЦНС	Порушення свідомості в перші дні, судоми, порушення слуху, геміпарези, атаксія	Порушення свідомості, локальні судоми, паралічі, ураження черепних нервів. Гідроцефалія	Інколи ураження черепних нервів, парези кінцівок

Перебіг захворювання	Гострий, рідко - затяжний	В старших гострий, в молодших затяжний	Хвилеподібний, схильність до блоку лікворних шляхів
Можливі соматичні порушення	Артрити, пневмонія	Пневмонія, отит, синусити	Трахеїт, бронхіт, риніт
Аналіз крові	Лейкоцитоз, нейтрофіліоз із зрушенням вліво, підвищена ШОЕ	Лейкоцитоз, нейтрофіліоз із зсувом вліво, підвищена ШОЕ	Анемія, лейкоцитоз, нейтрофіліоз. рідко - підвищена ШОЕ
ЦСР	Каламутна, білувата, цитоз від сотень до тисяч в 1 мкл, нейтрофільного характеру, вміст білку підвищений, вміст глюкози знижен	Каламутна, зеленувата, цитоз 300-1500 в 1 мкл, нейтрофільного характеру, вміст білку підвищений	Каламутна, зеленувата, цитоз 300—900 в 1 мкл, нейтрофільного характеру, вміст білку підвищений
Матеріал, в якому виявляється збудник	Кров, ліквор, вміст носоглотки, сеча	Ліквор, виділення з гнійних вогнищ	Ліквор, кров, слиз дихальних шляхів, мокротиння, виділення з гнійних вогнищ
Бактеріоскопічне дослідження	Внутрішньоклітинно розташовані грамнегативні диплококи	Внутрі- і позаклітинно попарно розташовані грампозитивні коки	Поліморфні кокобацили у вигляді коротких і довгих ниток, інколи попарно розташовані мікрококи

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ МЕНІНГОКОКОВОГО МЕНІНГІТУ ТА ВТОРИННИХ ГНІЙНИХ МЕНІНГІТ

Захворювання, ознака	Менінгококовий менінгіт	Вторинні гнійні менінгіти
Вік	Діти раннього віку. дошкільний, молодший шкільний, рідко - старший вік	Частіше новонароджені. Діти перших місяців життя
Преморбідний фон	Частіше сприятливий	Перинатальна патологія, родова травма, сепсис, гнійні ураження шкіри і внутрішніх органів
Сезонність	Частіше зимово-весняна	Немає
Початок захворювання	Завжди гостре	Гостре, рідше поступове
Висота та тривалість лихоманки	39 ⁰ -40 ⁰ С та вище. 3—7 днів	Септична, інколи постійна, тривала, хвилеподібна
Гіпертензивний синдром	Виражений з перших годин	Може бути відсутнім
Менінгеальний синдром	Різко виражений з перших годин хвороби	Слабо або помірно виражений
Герпетичний висип (лабіальна, назальна)	Часто	Рідко, не характерний
Висипання на шкірі	Часто, геморагічного характеру з некрозом в центрі	Рідко, при стафілококовому та синьогнійному менінгіті, геморагічна, без некрозу
Можливі соматичні порушення	Артрита, міокардит. іридоцикліт(при змішаних формах)	Отит, синусит, пневмонія, гнійні ураження шкіри і внутрішніх органів
Симптоми ураження ЦНС	Порушення свідомості. судоми, порушення слуху. парези, атаксія	Судома, геміпарези, ураження черепних нервів, гідроцефалія
Бактеріологічне дослідження ЦСР	Виявлення менінгокока	Виявлення стафілокока і інших коків, ешеріхій, ентеробактерій, інших мікроорганізмів

ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ МЕНІНГІТІВ СТАФІЛОКОКОВОЇ, СТРЕПТОКОКОВОЇ ЕТІОЛОГІЇ І ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЛОР-ОРГАНІВ

Захворювання, ознака	Стафілококовий менінгіт	Стрептококовий менінгіт	Менінгіт при захворюваннях ЛОР-органів
Вік	Частіше новонароджені і діти перших 3-х місяців життя	Діти раннього віку, рідко старшого віку	Діти різного віку, частіше старшого віку
Преморбідний фон	Гнійні ураження шкіри, кісток, внутрішніх органон, сепсис	Гнійні ураження шкіри обличчя, гнійний отит, синусити, септичний ендокардит, сепсис	Гнійні отити, синусити
Початок захворювання	Підгострий, рідше бурхливий	Гострий	Гострий, поступовий
Висота і тривалість лихоманки	Висока, 39°-40°С(рідше субфібрильна. хвилеподібна	Висока, 38,5°- 39,5°С	Висока, 39°-40°С
Менінгеальний синдром	Помірно виражений	Виражений	Різко виражений
Провідний клінічний синдром	Септичний	Септичний	Септичний
Симптоми ураження ЦНС	Епілептичні напади, парези черепних нервів, кінцівок	Крововилив в підпаутинний простір, вогнищева симптоматика	Інколи вогнищева неврологічна симптоматика, застійні диски зорових нервів
Можливі соматичні порушення	Гнійні ураження шкіри, внутрішніх органів, сепсис	Наявність стрептококової інфекції шкіри, ЛОР-органів, внутрішніх органів	Гострі або загострення хронічних отитів, синуситів
Перебіг	Затяжний, схильність до блокування лікворних шляхів, абсцедуванню.	Важкий, може бути з летальним результатом	Важкий, може бути з летальним результатом

	Висока летальність		
ЦСР	Каламутна, жовтувата, цитоз від 200 до 800 в 1мкл, нейтрофільний, вміст білку 0.6-8.0 г/л	Каламутна, цитоз від 500 до 800 в 1 мкл. нейтрофільний, вміст білку 0,5-10 г/л	Каламутна, цитоз від 200 до 700 в 1 мкл. нейтрофільний, вміст білку 0,3-5 г/л

ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ МЕНІНГІТІВ САЛЬМОНЕЛЬОЗНОЇ, ЕШЕРІХІОЗНОЇ ТА СИНЬОГНІЙНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Захворювання, ознака	Сальмонельозний менінгіт	Ешеріхіозний менінгіт	Синьогнійний менінгіт
Вік	Новонароджені і діти перших 6 міс. життя, рідко інших вікових груп	Новонароджені та діти перших 3-х міс. життя	Новонароджені та діти перших 3-х міс. життя
Преморбідний фон	Перинатальна патологія, пологова травма	Перинатальна патологія, сепсис	Недоношеність, гіпотрофія
Початок захворювання	Гострий, підгострий	Гострий	Гострий, підгострий
Висота та тривалість лихоманки	Висока, 38,5 и 39,5°C, до 3-4 тижнів	Субфібрильна або фібрильна, рідко висока, протягом 15-40 днів	Висока, 39°-40°C, протягом 2 - 4 тижнів
Менінгеальний синдром	Виразений або помірний	Слабо виразений або відсутній	Виразений
Провідний клінічний синдром	Інфекційно-токсичний, септичний	Інфекційно-токсичний, гідроцефальний	Інфекційно-токсичний, септичний
Симптоми ураження ЦНС	Лікворна гіпотензія	Судоми, страбізм, геміпарези, гідроцефалія, лікворна гіпотензія	Психомоторне збудження, судоми. кома
Можливі соматичні порушення	Гастроентероколіт, ентероколіт, сепсис	Гастроентерит, ентерит, сепсис	Ентероколіт, сепсис
Перебіг захворювання	Важкий, тривалий часто із загостреннями, летальним результатом	Затяжний, хвилеподібний	Важкий, затяжний
ЦСР	Прозора: невеликий, рідше високий нейтрофільний цитоз. Вміст білку 0,3-2,0 г/л	Каламутна, зеленувата, нейтрофільний цитоз від 800 до 2000 в 1 мкл. Вміст білку 0,5- 10 г/л	Каламутна. синювато-зеленого кольору, нейтрофільний цитоз від 100 до 300 в 1 мкл. Вміст білку 0,5-3,0 г/л

**ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ З
ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИМИ КРОВОВИЛИВАМИ**

Захворюван ня, ознака	Вірусний менінгіт	Субарахної- дальний крововилив	Субдуральний крововилив або випіт	Епідуральни й крововилив
Вік	Будь-який	Ранній дитячий і шкільний	Будь-який	Частіше старший шкільний
Причина виникнення	Віруси (ентеровіруси, грипу)	Пороки розвитку судин (ангіоми, артеріовенозні аневризми)	Пологова травма, травма черепа, Перенесений бактеріальний менінгіт	Травма черепа з переломом кісток
Початок захворюванн я	Гострий	Раптовий з наростаючими ознаками порушення свідомості	Поступовий, повільний	Поступовий
Температурн а реакція	38° - 39° С 2-5 днів	Інколи субфібрильна	Немає	Немає
Менінгеальн ий синдром	Помірний або виражений в перші дні, інколи диссоційовани й	Виражений	Яскраво виражений	Не характерний
Переважаюч ий синдром ураження ЦНС	Внутрішньоче- репна гіпертензія	Порушення свідомості, менінгеальни й	Прогресуюче підвищення внутрішньочере п-ного тиску	Прогресуюче підвищення внутрішньоче- репного тиску
Інші симптоми	Катаральні явища, кишкові розлади, явища епід.паротиту та ін.	Судинний шум над кістками черепа, напружений пульс, підвищений АТ	Відмова від їжі	Ознаки ущемлення головного мозку
Головний біль	Сильний, але не тривалий	Раптовий, нестерпний біль в потилиці	Сильний, повторюєчийся з локалізацією в потилиці	Сильний, стійкий діффузний
Блювота	Повторна	Може бути	Повторна	Може бути
Інші симптоми ураження	Вогнищеві симптоми. короткочасне	Рухові порушення (геміплегія,	Епілептичні напади (парціальні,	Геміпарез на стороні, протилегній

ЦНС	ураження черепних нервів	судоми), ураження черепних нервів	вторинно-генералізовані), наростаючі геміпарез, геміанестезія, парез погляду, анізокорія	травмі. клонічні судоми на стороні, протилежній гематомі, гомолатеральний мідріаз
ЦСР	Без домішки крові, прозора, опалесцируюча, плеоцитоз в межах 0,1-0,2x10%, лімфоцитарного характеру	Рівномірно кров'яна, ксантохромна, еритроцити мають форму насіння дурману	Без домішки крові, відсутність ознак запалення	Без домішки крові, відсутність ознак запалення
Очне дно	Без змін	Крововиливи	Набряк соска зорового нерва	Набряк соска зорового нерва

Диференційна діагностика гнійного менінгіту та субарахноїдального крововиливу

Діагностичні ознаки	Бактеріальний гнійний менінгіт	Спонтанний субарахноїдальний крововилив
Наявність фонового захворювання	Як правило	Не характерне, можлива гіпертонічна хвороба
Початок хвороби	Гостре, доба	Найгостріше, години
Синдром інтоксикації	Обов'язковий,	Не характерен
Температура тіла	38-39° С	Нормальна спочатку, потім субфібрильна
Локалізація головного болю, його інтенсивність	Розлитий, постійний, різкий, розпираючий	Дуже різкий, частіше в потиличній області; іррадіює уздовж хребта
Свідомість	Протягом 24-30 г можлива повна втрата	Не змінена або короткочасна втрата
Менінгеальний синдром	Різко виражений	Виражений незначно або сумнівний
Гемограма	Нейтрофільний лейкоцитоз, прискорена ШОЕ	Часто не змінена
Тиск ЦСР	Різко підвищений	Підвищений
Колір нативної ЦСР *	Опалесціююча або каламутна різного	«Журавлинний морс»
Характер плеоцитозу	Нейтрофільний, рідко — змішаний	Завжди змішаний
Еритроцити в ЦСР	Одиничні	До сотень в полі зору, незмінні
Білок ЦСР	Як правило, більше 1	До 1 г/л
Вміст глюкози в лікворі	Знижено	Нормальне
Бактеріоскопія ЦСР	Виявляються коки і палички	Мікрофлори немає
ЕХО-скопія	Без зміщення	Без зміщення

* Після центрифугування ліквору в разі субарахноїдального крововиливу надосадочна рідина має жовте або рожеве забарвлення, а в разі домішки пупньювї кровї — безбарвна. При відстоюванні ЦСР протягом декількох годин надосадочна рідина при бактеріальному менінгіті залишається каламутною, а при субарахноїдальному крововиливі — стає безбарвною або жовтуватою і прозорою з осадом червоного кольору. При струшуванні пробїрки в разі субарахноїдального крововиливу ЦСР знов набуває

....

Диференційна діагностика гнійного менінгіту та епідуральної або субдуральної гематом, які проявляються після «світлого проміжку»

Діагностична ознака	Бактеріальний гнійний менінгіт	Внутрішньочерепна гематома
Наявність черепно-мозкової травми у найближщому	Не характерно	Зазвичай, але відомості про неї можуть бути відсутніми (забуття або приховання)
Інтоксикація	Різко виражена	Відсутній, можливі загальнономозкові симптоми
Температура тіла в гострий період	38-39° С, «постійний» тип температурної кривої	Нормальна
Головний біль	Розлитий, сильний	Помірний спочатку; у динаміці — наростає
Свідомість	Протягом 24-30 год. можлива повна втрата	Часто не змінена або пригнічена
Менінгеальний	Яскраво виражений	Помірний, непостійно
Очне дно	Як правило, норма	Можливий набряк соска зорового нерва на стороні
Гемограма	Нейтрофільний лейкоцитоз, прискорення ШОЕ	Не змінена
Колір ЦСР	Каламутна, «гнійна»	Безбарвна
Тиск ЦСР	Високий	Норма або підвищений незначно
Плеоцитоз ЦСР	До тисяч клітин в 1 мкл, нейтрофільний	Відсутній
Білок ЦСР	Підвищений	Норма
Дисоціація в ЦСР	Частіше клітинно-білкова або відсутня	Відсутній
ЭХО-скопія	Без зсуву	Можливий зсув серединних структур мозку
КТ або МРТ головного мозку	КТ (МРТ) ознаки внутрішньочерепної гіпертензії	Наявність гематоми в епі- або субдуральному просторі

**ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ
З АБСЦЕСОМ І ПУХЛИНОЮ**

Захворювання, ознака	Гнійні менінгіти	Абсцес (непроривний) головного мозку	Пухлина головного мозку
Збудник	Різноманітна бактерійна флора	Різноманітна бактерійна флора	Невідомий
Попередні захворювання	Вірусні захворювання, фізичні та психічні перевантаження	Пневмонія, емпієма, синусит, менінгіт	Періодичний головний біль
Температура	Гіпертермія до 39°— 40° С	Помірний підйом	Нез'ясовне підвищення температури
Головний біль	Інтенсивний, дифузний, прогресуючий	Наростаючий, сильний	Дифузний, постійний, наростаючий, що по-силюється вночі і вранці з нудотою, блювотою
Блювота	Повторна	Рідко, може бути відсутньою	Повторна, наростаюча
Інші симптоми ураження ЦНС	Ураження черепних нервів, при розвитку менінгоенцефаліту паралічі кінцівок атаксія, деменція.	Зміни психіки, припадки, сонливість, зниження реакції	Залежать від локалізації
Менінгеальний синдром	Виражений	Ригідність м'язів дисоціація	Можуть бути диссоційовані
Судоми	Можуть бути	Можуть бути	Залежно від локалізації: парціальні, вторинно-генералізовані

Очне дно	Не змінено, може бути дистонія судин сітківки	Можуть бити застійні соски зорових нервів	Застійний сосок, асиметричне звуження судин, атрофія дисків зорових нервів, крововиливи
Основні методи діагностики	Клінічні, лабораторні, бактеріологічні, серологічні	Магнітно-резонансна томографія, рентгенівська комп'ютерна томографія, посіви крові	Рентгенівська комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія
ЦСР	Цитоз від сотень до тисяч клітин в 1 мкл за рахунок нейтрофілів, вміст глюкози понижений, білок підвищений до 2—5г/л	Тиск підвищений. Цитоз 0-200 клітин в 1мкл, моноцити або нейтрофільні лейкоцити. Вміст глюкози нормальний. Вміст білка від нормального до злегка підвищеного	Прозора, тиск підвищений від 0 до 300 в 1мкл, інколи моноцити і/або атипові клітини. Вміст глюкози не змінений, але може бути дуже низьким. Вміст білка підвищений (білково-клітинна дисоціація) або нормальне

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ПЕРВИННИХ ЕНЦЕФАЛІТІВ

Форми	Епідемічний енцефаліт (Економо)	Кліщовий енцефаліт (весінньо-літній)
Етіологія	Збудник до теперішнього часу не виявлений, захворювання малоконтагіозне	Нейротропний вірус, переносник — іксодові кліщі. Природно-вогнищевий зооноз, резервуар — дрібні гризуни, птиці, домашні тварини. Весінньо-літня
Патоморфологія та топіка	Запально-дегенеративні зміни в ніжках мозку, ретикулярній формації ствола, гіпоталамусі, чорній субстанції	Запально-дегенеративні зміни в корі і стовбурі мозку, шийному відділі спинного мозку
Основні клінічні форми	У гострій стадії: — порушення сну і уваги; — окорухові порушення; — вестибуло-вегетативні порушення; У хронічній стадії: — синдром паркінсонізму. Між стадіями — період від декількох місяців до 10—15 років. Сучасні форми: летаргічна, вестибулярна,	— менінгеальна; — енцефалітична; — кожевніковська епілепсія; — поліоенцефаломієлітична
Діагностика	Загальноінфекційні прояви, гіперсомнія, окорухові порушення, вестибуло-вегетативні порушення	Перебування в епідемічному вогнищі, укуси кліща, захворювання у весняно-літній період. Виділення вірусу з крові і ліквору, позитивні реакції РЗК, РН, РТГА
Диф. діагностика	У гострій стадії з серозним менінгітом, в хронічній - з патологією підкіркових утворень (синдром паркінсонізму)	З усіма енцефалітами
Принципи лікування	У гострій стадії: кортикостероїди, десенсибілізатори, дегідратанти, інтерферон. У хронічній стадії: лікування	У гострій стадії: сироватка перехворілих, гамма-глобулін, РНК, дегідратанти; В хронічній стадії: нейрометаболіти,

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ВТОРИННИХ ЕНЦЕФАЛІТІВ

Форми	Грипозний енцефаліт	Коровий енцефаліт
Етіологія	Віруси грипу А,, А _{2>} , А ₃ , В	Важкі ускладнення кори
Патоморфологія та топіка	Тромбоваскуліти, діapedезні і вогнищеві крововиливи, періваскулярні інфільтрати, вогнищеві ураження мозку	Фіброзне набухання стінок судин мозку, утворення перівенозних вогнищ демієлінізації переважно білої речовини головного, спинного мозку
Основні клінічні форми	— геморагічний грипозний енцефаліт; — грипозна діенцефалопатія з найбільш частими синдромами: астенічним, вегетативно-судинної дистонії, інтракраніальної гіпертензії	— енцефаломієлітична; — корова енцефалопатія
Діагноз	Клінічні дані, серологічні і вірусологічні дослідження, в лікворі — лімфоцитарний плеоцитоз, підвищений тиск, домішки крові, вміст білка підвищений	У лікворі підвищується кількість білку, цукру, помірний лімфоцитоз, підвищення лікворного тиску
Диф. діагностика	З серозними менінгітами і енцефалітами іншої етіології, ГПМК (при геморагічній формі)	Проводиться зі всіма формами енцефаліту
Принципи лікування	Гамма-глобулін, кортикостероїди, дегідратанти, гемостатики, інші необхідні симптоматичні засоби	Лікування кори, нейрометаболіти, препарати L-ДОФА, імунодепресанти, десенсибілізатори; при гіперкінезах - галоперидол, фенібут, аміназін

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО МІЄЛІТУ

Етіологія	Інфекція, інтоксикація. Первинний мієліт обумовлений нейровірусами, туберкульозом, сифілісом. Вторинні виникають як ускладнення загальноінфекційних захворювань (кір, скарлатина, тиф, пневмонія, грип) або якого-небудь гнійного вогнища в організмі та сепсису. Нерідкі випадки поствакцинального мієліту
Патогенез	При первинному мієліті інфекція поширюється гематогенним шляхом, при вторинних — основну роль грають гематогенне занесення інфекції в спинний мозок і алергічний чинник
Патоморфологія і топіка	Патологічний процес може розвиватися: 1) у верхньошийному відділі; 2) на рівні шийного потовщення; 3) у грудному відділі; 4) у поперековому відділі. В області вогнища гіперемія, набряк, дрібні крововиливи, розпад мієліну
Клініка	На тлі синдрому загальної інтоксикації - неврологічний симптомокомплекс поперечного ураження спинного мозку відповідно до рівня його ураження
Діагностика та диф.діагностика	Гострий початок зі швидким розвитком поперечного ураження спинного мозку на тлі загальноінфекційних симптомів, наявність запальних змін у лікворі за відсутності блоку ликворних шляхів. Важливо розрізнити епідурит, який лікується нейрохірургічно. Диференціюють з пухлинами спинного мозку, гематомієлією, гематоракісом, розсіяним енцефаломієлітом
Принципи лікування	Антибіотики, глюкокортикоїди, дезінтоксикаційна терапія, нейрометаболіти, інші симптоматичні засоби, догляд, профілактика пролежнів

ГОСТРА ЗАКРИТА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА

Клінічні форми	<ol style="list-style-type: none">1. Струс.2. Забій.3. Здавлення.4. Дифузне аксональне ушкодження головного мозку
Клінічні синдроми	<ol style="list-style-type: none">1. Загальномозковий.2. Вогнищевий.3. Дислокаційний.4. Вегетативної дисфункції.5. Інтракраніальної гіпертензії.6. Виплощення свідомості
Методи дослідження	<ol style="list-style-type: none">1. Краніографія, ангиографія.2. КТ, МРТ, ПЕТ.3. РЕГ, ЕЕГ, Ехо-ЕГ.4. Офтальмоскопія.5. Лікворологія
Принципи лікування	<ol style="list-style-type: none">1. Консервативне: патогенетичне (дегідратація, гемостатики, антиоксиданти, ноотропи, венотоніки); симптоматичне, реанімаційне, реабілітаційне.2. Оперативне

ДИФЕРЕНЦІЙНІ ОЗНАКИ ЗАКРИТИХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ

Ознаки	Зміна ознак після травми		
	Струс	Забій	Здавлення
Стан свідомості	Втрата свідомості до декількох хвилин, оглушення, сопор	Втрата свідомості до декількох годин, кома	Наростаюча оглушеність, кома
Зіниці	Нормальні	Анізокорія	Мідріаз на стороні вог-нища (70%)
Корнеальні	Нормальні	Нерівномірні	Понижені
Окорухові порушення	Ністагм	Парез погляду	Поступово наростають
Стан очного дна	Нормальне	Розширення вен	Ознаки застою або гіперемії
Бульбарні розлади	Немає	Є при мезенцефально-бульбарній формі	Виникають рідко
Блювота	Рідка	Часта	Частішаюча
Оболонкові	Не виявляються	Бувають	Рідко виявляються
Анізорексія	Мало характерна	Характерна	Характерна
Патологічні	Немає	Скороминуці	Бувають
Пульс	Нормальний	Прискорений	Сповільнений (40% випадків)
Артеріальний тиск	Нормальний	Підвищений	Різко підвищується
Тривалість симптомів: загальномозкових вогнищевих	1-5 днів 1-2 дні	Більше 5 днів Декілька тижнів або місяців	Швидко наростають Швидко наростають
Переважаючі загальномозкові симптоми над вогнищевими	Скороминуще	Переважаючі вогнищевих	Швидко наростають
Загальний стан постраждалого	Покращується	Довго важкий	Погіршується
Зміна спинномозкової рідини	Тиск підвищений	Тиск більше 200 мм вод. ст., невеликий цитоз, ксантохромія	Тиск різко підвищується, плеоцитоз, збільшення кількості білку,

Дані Ro-дослідження черепа	Тріщини кісток черепа або норма	Ознаки тріщин або переломів кісток черепа	Ознаки дислокації судин і шишко-подібної залози, безсудинні зони
Дані каротидної ангиографії	Не змінені	Ознаки гідроцефалії, зсуви гілок сонної артерії	Симптоми зсуву судин, відмічається безсудинна зона
Результати комп'ютерної томографії	В нормі	Ділянки зниженої щільності, явища гідроцефалії	Ділянки підвищеної та зниженої щільності (+25 +50 од), білі та чорні
Зміни на ЕхоЕГ	Немає	Ехо-сигнали від вогнища ураження, ознаки гідроцефалії, розширення	Ехо-сигнали від гематоми, зсув більше 3—5 мм
Зміни на ЕЕГ	Немає	Переважає півкульних або стовбурових порушень	Виявляється вогнище повільної активності
Зміни на РЕГ	Зміни тону судин слабкі	Гостра або закруглена вершина кривої, анакрота понижена, додаткова хвиля, підвищений дикротичний індекс	На стороні вогнища змінена вершина, понижена амплітуда збільшені анакрота та дикротичний індекс

**ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ГОСТРИХ ОТРУЄНЬ ЗА
ОСНОВНИМИ КЛІНІЧНИМИ СИНДРОМАМИ ТА СИМПТОМАМИ**
[Лужников Е.О., Костомарова Л.Г., 1989]

Клінічна ознака	Токсична речовина або джерело отрути	Токсична дія	Особливості клінічних проявів. Диференційно-діагностичні ознаки
Алопеція	Талій (хлорид, сульфат, карбонат талію)	Ураження ряду ферментних систем організму, стріопалідарної області ЦНС; порушення утворення кератину у волосяних цибулинах	Характерна діагностична ознака — чорне веретеноподібне потовщення довжиною 0,1-0,15 мм в прикореневій частині зростаючого волоса
Амавроз	Спирт метиловий (метанол, деревний спирт)	Нейротоксичне, нефро- і офтальмотоксична дія з розвитком дистрофії зорових нервів, обумовлена порушенням окислювального фосфорилування, гальмуванням ЦНС	Мигтіння «мушок» перед очима, неясність зору, потім — повна сліпота. Зіниці розширені. Психоневрологічні, гемодинамічні, дихальні розлади
	Хінін	Дистрофія зорового нерву	Неясність зору, сліпота, розлад ритму і провідності серця
Анурія (олігурія)	Аноксія, обумовлена різними причинами	Анурія є ознакою олігоанурічної стадії гострої ниркової недостатності при отруєнні нефротоксичними отрутами або виникає при екзотоксичному шоці унаслідок розладів загального і регіонарного кровообігу. Токсична нефропатія може бути обумовлена отруєнням гепато- і нейротоксичними речовинами, гемолітичними отрутами, ураженням нирок за наявності до отруєння хронічних захворювань	
	Нефротоксичні речовини: етиленгліколь, шавлева кислота, з'єднання важких металів (ртуть, хром, свинець), з'єднання миш'яку	Нефротоксична дія обумовлена блокадою ряду ферментів з подальшим порушенням структури і функції клітин; осмотичною дією токсичних метаболітів	Ознакам нефропатії передують біль в животі, диспептичні явища, гостра серцево-судинна недостатність
	Гемолітичні речовини: оцетова есенція, миш'яковистий водень, мідний купорос, біхромат калію тощо	Гострий гемоліз	Гемоглобінурія, нудота, блювота, пронос, біль в животі, гостра серцево-судинна недостатність, жовтяниця
	Гепатотоксичні речовини: хлоровані вуглеводи (чотирихлористий вуглець, дихлоретан, хлороформ), алкоголь і його сурогати, рослинні токсини (бліда поганка, крестовник і ін.)	Пошкодження мембран кліток нирок і печінки унаслідок перекисного окислення ліпідів	Супутні ураження печінки і ознаки токсичного ураження ЦНС
	Нейротоксичні речовини: фосфорорганічні з'єднання, снодійні, нейролептики, окисел вуглецю	Пригнічення ЦНС	Ознаки токсичного ураження ЦНС
Аритмія серця	Різні зміни основних електрофізіологічних характеристик міокарду (автоматизму, збудливості та провідності)		

продовження таблиці «Диф-а діагностика гострих отруень за основними клінічними синдромами та симптомами»

	Серцеві глікозиди (дигіталіс, дігосин, дигітоксин, лантозід)	Інгібування аденозинтрифосфатази, необхідною для активного транспорту іонів через клітинні мембрани	Біль в області серця, загальна слабкість, розлади зору. Ектопічні аритмії, атріовентрикулярний блок різних ступенів, інколи в поєднанні з миготливою аритмією (синдром Фрідеріка), фібриляція шлуночків, зупинка серця
	Обзидан (індерал)	β-адреноблокатор ослаблює вплив симпатичної імпульсації, блокує позитивний хроно- та інотропний ефекти адреналіну	Швидке зниження серцевого викиду, колапс. Брадикардія, атріовентрикулярна блокада різного ступеню
	Трициклічні антидепресанти	Пригнічення активності мембранної аденозинтрифосфатази з порушенням активного транспорту іонів	Сопорозний або коматозний стан. Тахікардія, уповільнення внутрішньошлуночкової провідності, внутрішньошлуночкова блокада, фібриляція шлуночків, зупинка серця
	Оксітоцин	Порушення проникності клітинних мембран міокарду	Тахікардія, уповільнення внутрішньошлуночкової провідності, внутрішньошлуночкова блокада. Сильне скорочення матки
	Пахикарпін	Блокує Н-холінореактивні системи, пригнічує дію ацетилхоліну, пригнічує активний транспорт іонів	Коматозний стан, порушення зору і слуху. Тахікардія, групові політопні шлуночкові екстрасистоли, поперечна блокада, фібриляція шлуночків, трепетання шлуночків, зупинка серця
	Аконіти (алкалоїд аконітин)	Курареподібна та гангліоблокуюча дія	Тахікардія (рідше брадикардія), групова екстрасистолія або ритмована аритмія, яка переходить у фібриляцію шлуночків, блокада гілок пучка Гіса, атріовентрикулярна блокада різного ступеню
	Хінін (алкалоїд хінідін)	Пригнічення мембранної провідності іонів калію, погіршення деполяризації і провідності серця	Політопні екстрасистоли, уповільнення передсердно-шлуночкової і внутрішньошлуночкової провідності
	Героїн	Антихолінергасна дія та дихальна гіпоксія унаслідок пригнічення дихального центру	Специфічне порушення ритму – блискавичний розвиток фібриляції передсердь, колапсу і набряку легень
	Солі калію	Гіперкаліємія при гострій нирковій і гострій нирково-печінковій недостатності	Екстрасистолія, миготлива аритмія, при швидкому внутрішньовенному введенні – зупинка серця
	Солі барію	Підвищення проникності клітинних мембран і капілярів	Брадикардія, бігемінія, групові політопні шлуночкові екстрасистоли, фібриляція шлуночків. Множинні крововиливи
	Фосфорорганічні з'єднання	Антихолінергасний вплив на М- і Н-холінореактивні системи міокарду; дія на холінореактивні структури ЦНС	Брадикардія, порушення передсердно-шлуночкової провідності, що виявляється збільшенням електричної систоли. Інколи фібриляція шлуночків
Асфіксія	Виникає як наслідок гострого або підгостро розвитку недостатності кисню в крові і накопичення в організмі вуглекислоти		
Асфіксія в результаті ураження нервової системи	Речовини наркотичної і снодійної дії. Вдихання фізіологічно інертних газів (азот, метан, гелій)	Пригнічення діяльності дихального центру	Глибока кома, арефлексія, параліч дихання. Виключення — препарати опію, при дії яких параліч дихання може виникати при збереженій свідомості. При вдиханні газів — миттєва зупинка дихання
	Речовини антихолінергасного (фосфорорганічні інсектициди і ін.), нікотино- або курареподібної (пахикарпін, хлорид барію, цикута і ін.) дії	Порушення функції дихальних м'язів, обумовлене дезорганізацією їх нервової регуляції	Фібриляції і гіпертонус м'язів грудної клітки, ригідність грудної клітки, обмеження дихальних екскурсій, пізніше — різке падіння тону м'язів грудної клітки, стан максимального видиху з повною втратою здібності до самостійних рухів

продовження таблиці «Диф-а діагностика гострих отруень за основними клінічними синдромами та симптомами»

	«Судорожні отрути». Тубазид, стрихнін, етиленгліколь, чадний газ	Ураження ЦНС з тривалими клоніко-тонічними судомами та стійким гіпертонусом дихальних м'язів, що перешкоджає нормальній екскурсії гортанної клітки	Параліч дихання супроводжують судоми
Блефароспазм	Сірководень	Нейротоксична та місцева подразнююча дія	Блефароспазм з різцю в очах, ринітом, бронхітом, у важких випадках — токсичний набряк легенів
Гіпертензія	Може бути викликана специфічною дією токсичної речовини, виникати рефлекторно або бути проявом компенсованої фази екзотоксичного шоку		
	Адреналін	Адренергічна дія, пов'язана з прямим збудженням адренорецепторів (переважно β-рецепторів)	Підвищення артеріального тиску супроводиться мідріазом, розпливчатістю зору, тремором, судомами, тахікардією, диспепсичними явищами
	Нафтизін	Судинозвужувальна і нейротоксична дія, пов'язана із збудженням адренореактивних систем	Підвищення АТ супроводиться різкою блідістю шкірних покривів, розширенням зіниць, головним болем
	Норадреналін	Нейротоксична, судинозвужувальна дія, пов'язана із збудженням α-адренорецепторів	Різка підвищення АТ і брадикардія
	Фосфорорганічні з'єднання	Сукупна дія на центри довгастого мозку, симпатичні ганглії, хеморецептори каротидних клубочків і мозкову речовину наднирників	Гіпертонічний синдром неперманентно спостерігається в ранньому періоді інтоксикації, коли одночасно є міофібриляції, міоз, брадикардія, бронхорея
	Аміак (пари хлору) і інші пари та газу, які викликають подразнення та опік верхніх дихальних шляхів	Рефлекторний спазм судин на подразнення верхніх дихальних шляхів	Підвищення АТ супроводжують ознаки хімічного опіку верхніх дихальних шляхів
Гіпотензія (колапс)	Найчастіше прояв декомпенсованого екзотоксичного шоку, значно рідше — як наслідок несумісної з життям хімічної травми (первинний токсикогенний колапс) або дії судинорозширювальних препаратів		
Глухота (зниження слуху)	Антибіотики групи аміноглікозидів (мономіцин, стрептоміцин, канаміцин і ін.)	Токсична дія на ЦНС, присінкові-звистковий нерв, нефротоксична дія	Різка зниження слуху або глухота (стрептоміцин) при одночасному розвитку гострої ниркової недостатності
	Саліцилати (похідні саліцилової кислоти)	Токсична дія на ЦНС	Поряд із зниженням слуху присутні шум у вухах, розлади зору, збудження
Діарея	Борна кислота (боракс), бура (натрію тетраборат)	Нейротоксична дія, обумовлена порушенням засвоєння рибофлавіну печінкою, зниженням його скріплення білками крові; місцева подразнювальна дія	Діарея супроводиться різким болем в животі, дегідратацією організму, генералізованими спананнями м'язів обличчя, кінцівок
	Бліда поганка	Ентеро-, нефро- і гепатотоксична дія, обумовлена руйнуванням ліпопротеїдних комплексів, збільшенням проникності клітинних мембран	Діарея, кривавий пронос одночасно з неприборкною блювотою, порушення водно-електролітного балансу, колапс; пізніше присднуються нефро- і гепатопатія
	Літій (карбонат літію)	Місцева подразнююча дія. Нейротоксична, кардіо- і нефротоксична, обумовлена порушенням транспорту іонів в клітках: холіномітична дія на ЦНС	Діарея, м'язова слабкість, адинамія, сопорозний стан, порушення ритму серця. Характерний хвилеподібний перебіг інтоксикації
	Мідь (мідний купорос, бордоська рідина, купронафт і ін.)	Місцева припікаюча дія. Резорбтивна нейро-, гемо-, нефротоксична дія, обумовлена пригніченням активності тіолових ферментів	Багатократний стілець, нейротоксичні, гемодинамічні розлади, гемоліз
	Молочай прутьовидний	Місцева подразнююча дія	Неприборкний пронос, що супроводиться судомами
	Миш'як і його з'єднання (арсенід натрію, кальцію і ін.)	Блокада тіолових ферментів, підвищення проникності і параліч капілярів. Гемоліз	Рідкий стілець, що нагадує рисовий відвар; металевий смак в роті, блювотні маси зеленуватого кольору
	Свинець (хлорид, нітрат, ацетат, свинцеві білила, глазури)	Ентеро-, нейро-, нефро- і гепатотоксична дія, обумовлена пригніченням ряду ферментів, порушенням метаболізму глюкози, синтезу білку та РНК в клітинах	Багатократний стілець чорного кольору; металевий смак в роті, різкі болі в животі (свинцева коліка)
	Фосфор	Місцева подразнювальна, резорбтивна нейро- і гепатотоксична дія, обумовлена ураженням ряду ферментних систем	Пронос, здуття живота, блювота масами, що світяться в темноті, із запахом часнику; порушення дихання, судоми
Диплопія	Атропін (беладонна, блекота, дурман)	Блокада М-холінореактивних систем організму, парасимпатична денервація	Диплопія, світлобоязнь, розширення зіниць, психомоторне збудження, галюцинації, почервоніння і сухість шкірних покривів

продовження таблиці «Диф-а діагностика гострих отруень за основними клінічними синдромами та симптомами»

Кома	Частіше за всього розвивається при отруєнні токсичними речовинами наркотичної дії, пригнічуючими ЦНС, але може бути при гіпоксії, яка викликана речовинами ненаркотичної дії		
	Барбітурати (фенобарбітал, барбітал, барбіталнатрію, барбаміл, етаміпал-натрію). Похідні бензодіазепіну	Наркотична та М-холіноміметична дія, пригнічення активності вегетативних центрів	Почало поступове: сонливість, зниження больової чутливості, затьмарення свідомості, кома. Зіниці звужені. Різка пітливість, бронхорея, гіпотермія
	Фосфорорганічні з'єднання (тіофос, хлорофос, карбофос, дихлофос, метафос тощо.)	Пригнічення холінестераз з різким підвищенням холінергічних процесів: мускаріно-, нікотино- та курарепоподібний ефект	Клінічні прояви схожі з барбітуровою комою, але одночасно відзначаються міофібриляції, судоми, брадикардія, специфічний ароматичний запах з рота і від блювотних мас
	Спирт етиловий	Наркотична дія на ЦНС, М-холіноміметична дія	Клінічні прояви схожі з барбітуровою комою. Запах алкоголю з рота, маятникові рухи очних яблук
	Атропін (белладонна, блекота), дурман, аерон, астматол	Блокада М-холінореактивних систем організму з нейротоксичною, М-холінолітичною дією	Комі передують гіпертермія, психомоторне збудження, марення, галюцинації. Гіперемія і сухість шкірних покривів, мідріаз
	Наркотичні анальгетики групи опію (опій, морфін, промедол)	Наркотична дія на ЦНС, збудження центрів блукаючого нерву	Кома супроводиться міозом з ослабінням реакції на світло, гіпертонією скелетних м'язів, пригніченням дихання, гіперемією шкіри, часто – паралічем дихання
	Спирт метиловий	Нейротоксична дія, обумовлена гальмуванням ЦНС порушенням окислювального фосфорилування	Комі передують сплутана свідомість, судоми, наростаюча спрага. Мідріаз. Шкіра і слизові оболонки сухі, гіперемовані, з ціанотичним відтінком. Характерна ознака отруєння - порушення зору
	Окисел вуглецю (чадний газ)	Утворення карбоксигемоглобіну в крові; розвиток гіпоксемії та тканинної гіпоксії	Початкові симптоми відчуття тиску в скронях, рожево-червоне забарвлення шкірних покривів, збудження або оглушеність. Кома, гіпертермія, мідріаз, гіперкінези, порушення дихання
	Хлоровані вуглеводи (чотирихлористий вуглець, дихлоретан, хлороформ)	Нейро-, гепато-, нефротоксична дія з різким порушенням метаболізму в тканинах — аутокаталітичне переокислення мікосомальних ліпідів	Бурхливий розвиток симптомів інтоксикації — наполеглива блювота та рідкий стілець з ароматичним запахом. Кома, мідріаз, гіперемія склер, ранні гемодинамічні розлади
Інсулін	Гіпоглікемічна дія	Комі передують відчуття голоду, страху, посилене потовиділення. При комі — клоніко-тонічні судоми	
Кровотечі	Антикоагулянти (гепарин, дикумарін, фенілін и др.)	Гепарин гальмує утворення тромбіну, перешкоджає агрегації тромбоцитів. Похідні кумарину викликають гіперкоагуляцію, порушуючи біосинтез протромбіну, проконвертину та ІХ, Х чинників згортання крові	Носові, маткові, шлункові, кишкові кровотечі. Гематурія, крововиливи в шкіру, м'язи, склери. Збільшення часу згортання крові або падіння протромбінового індексу
	Бензол (пари)	Наркотична дія, пригнічення кровотворення, особливо клітин мієлоїдного ряду	Кровотечі з носа і ясен, маткові, крововиливи в шкіру, задишка, судоми. Обличчя бліде, слизові оболонки червоного кольору, мідріаз
	Глюкокортикоїди (гидрокортизон, кортизон, преднізолон, дексаметазон)	Вплив на метаболізм вуглеводів, білків, жирів, нуклеїнових кислот з порушенням функції ЦНС, ендокринної системи, трофічних процесів та ін.	Кровотечі з виразоктравного тракту, що гостро утворюються, одночасно з порушеннями нервово-психічної сфери, підвищенням АТ
Міофібриляції	Залізо (сульфат, глюконат, лактат заліза тощо)	Місцева припікаюча дія. Резорбтивна, гепато- і гематотоксична дія; зниження синтезу протромбіну; підвищення проникності судинних стінок; надлишковий надходження до кровотоку ферритину, що знижує ефект адреналіну та норадреналіну	Кровотечі з шлунково-кишкового тракту; загальна підвищена кровоточивість; наполеглива блювота і пронос, тахікардія, зниження АТ
	Нікотин	Нейротоксична дія, пов'язана із збудженням, а потім пригніченням Н-холінореактивних систем ЦНС, гангліїв, наднирників	Міофібриляції, звуження зіниць, розлади зору та слуху
	Пахикарпін	Нейротоксична дія, обумовлена блокуванням передачі збудження у вегетативних вузлах	Міофібриляції, розширення зіниць, атаксія, порушення зору і слуху, гемодинамічні розлади

продовження таблиці «Диф-а діагностика гострих отруень за основними клінічними синдромами та симптомами»

Зупинка серця (ско-ропостижная смерть)	Серцеві глікозиди, трициклічні антидепресанти, пахікарпін, фосфорорганічні інсектициди, окисел вуглецю, синильна кислота, сірководень, пари хлорних розчинників — трихлоретилену тощо.		Передвісники зупинки серця — ціаноз шкірних покривів, раптове зниження артеріального тиску, сповільнення пульсу, поступове подовження інтервалів P-P і Q-T на ЕКГ
Слиноотеча	Дикаїн (аметокаїн, децикаїн)	Нейротоксична та місцева анестезуюча дія	Слиноотеча супроводжується нудотою, частим слабким пульсом, задишкою. Блідість, потім ціаноз шкіри
	Кадмій	Цито-, нефро- і гепатотоксична дія, обумовлена пригніченням активності тіолових ферментів, зниженням синтезу білку	Слиноотеча супроводжується диспептичними розладами, м'язовими болями. Металевий присмак у роті
	Мухомор	Збудження М-холінореактивних систем — нейротоксична та вегетотропна дія	Слиноотеча, диспептичні розлади, бронхорея, задишка, ціаноз, марення; зіниці звужені
	Нікотин (екстракт табаку)	Збудження, а потім пригнічення Н-холінореактивних систем ЦНС, гангліїв	Слиноотеча, диспептичні розлади, звуження зіниць, порушення зору і слуху, міофібриляції
	Пілокарпін	Збудження периферичних М-холінореактивних систем	Слиноотеча супроводжується астматичним станом, бронхореєю, ціанозом, судомами; почервонінням обличчя, зіниці звужені
Судоми	Судомний синдром може бути результатом специфічної дії токсичної речовини, але частіше – результат важких порушень дихання та глибокої гіпоксії мозку		
	Стрихнін	Збудження ЦНС з переважним підвищенням рефлекторної збудливості спинного мозку	Тетанічні судоми, тризм, тахікардія, ціаноз, гіркий присмак у роті, почуття страху
	Ізоніазід	Нейротоксична дія у зв'язку з порушенням засвоєння піридоксину	Судоми епілептиформного типу з втратою свідомості та дихальними розладами
	Етиленглицоль	Наркотична дія	Втрата свідомості, ригідність потиличних м'язів, клоніко-тонічні судоми

ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЯКІ СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ПОРУШЕННЯМ СВІДОМОСТІ

Симптоми	Можлива патологія
Ознаки травми	Внутрішньоочерепний крововилив
Легка гіперемія шкіри	Діабетична кома; отруєння чадним газом, атропіном, скополаміном, борною кислотою,
Сіро-синій ціаноз	Отруєння знеболюючими препаратами, азотистими з'єднаннями, аніліном, похідними бензолу, хлоридом калію, нафталіном, Є605, цианідами
Жовтий колір шкіри	Отруєння препаратами фенотіазину, хлоридом калію, грибами, перманганатом калію, свинцем; ниркова кома
Бліда шкіра	Уремична кома, гіпоглікемічна кома
Петехіальні крововиливи	Менінгококцемія
Шкіра: волога, холодна; суха та тепла	Отруєння снодійними препаратами; гіпоглікемія; шок
	Діабетична кома; перегрівання
Дихання Куссмауля	Ацидоз
Хрипляче дихання	Алкалоз
Порушення ритму аж до дихання Чейна—Стокса	Мозгові крововиливи; отруєння снодійними препаратами, уремія, пухлини мозку
Брадикардія	Збільшення внутрішньочерепного тиску: отруєння клофеліном
Разширені зіниці	Отруєння снодійними препаратами, атропіном, алкоголем, цитізіном; енцефаліт
Звужені зіниці	Отруєння морфіном, снодійними препаратами, Е605; енцефаліт
Анізокорія	Внутрішньочерепний процес

**Фізіологічні показники крові та їх зміни
при найбільш частих дисметаболічних процесах та отруєннях
з гостро виникаючою неврологічною патологією**

Показник	Нормальні величини за системою СИ	Невідкладні стани, при яких найчастіше характерні зміни показників
Залишковий азот і його компоненти: залишковий азот (цілісна кров) сечовина (плазма, цілісна кров) креатин креатинін	15-20 ммоль/л 3-7 ммоль/л 0,01-0,1 ммоль/л 0,04-0,08 ммоль/л	Гостра та хронічна ниркова недостатність
Пігменти сироватки крові: білірубін уробілін	8,7-20,8 мкмоль/л 0,05-0,25 мг/100 мл	Гостра та хронічна печінкова недостатність; порфірія
Показники вуглеводного обміну: глюкоза (сахар) молочна кислота кетонові тіла	4-6 ммоль/л 0,5-1,5 ммоль/л 5-15 мг/л	Діабет
Нейромедіатори: адреналін ацетилхолін норадреналін серотонін	2,1 ± 0,2 нмоль/л 85,5 ± 17,7 нмоль/л 4,3 ± 0,4 нмоль/л 0,1-0,3 мкг/100 мл	Наднирникова, тиреоїдна недостатність; важкі форми інсульту; анафілактичний, інфекційн о-токсичний шок
Ферменти крові: α-амілаза ліпаза ацетилхолінестераза холінестераза	12-32 г/(ч·л) 0,5-1,5 ед 1,6-4,8 ммоль/(ч·л) 160-340 ммоль/(ч·л)	Гострий панкреатит Міастенія; міоплегія; отруєння інгібіторами антихолінестерази (фосфорорганічними з'єднаннями)

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА МІАСТЕНІЧНОГО ТА ХОЛІНЕРГІЧНОГО КРИЗІВ

Міастенічний криз	Холінергічний криз
Порушення нервово-м'язової провідності за типом конкурентного блоку	Неконкурентний блок нервово-м'язової провідності через передозування
Швидкий розвиток (хвилини, Мідріаз	Повільний розвиток (доба та Міоз
Суха шкіра	Гіпергідроз
Підвищений АТ, тахікардія	Зниження АТ, брадикардія
Затримка сечовипускання	Прискорене сечовипускання
Парез кішківника	Підсилення перистальтики, діарея
Відсутність посмикувань м'язів	Наявні фасцикуляції м'язів

ЕПІЛЕПСІЯ

Етіологія	<p>1. Ендогенні: спадкова схильність головного мозку до пароксизмальних станів</p> <p>2. Екзогенні: захворювання, які викликають органічні ураження головного мозку та його оболонок (травми, інфекції, інтоксикації, пухлини, аневризми судин головного мозку)</p>		
Патогенез	<p>Формування епілептичного вогнища, який утворюється з групи нейронів з деполяризованими мембранами, в результаті чого генералізується гіперсинхронний розряд збудження</p>		
Класифікація нападів	<p>1. Генералізовані:</p> <ul style="list-style-type: none"> - великий епілептичний напад (тоніко-клонічний); - тонічні; - клонічні - абсанс: <ul style="list-style-type: none"> • простий • акінетичний • міоклонічний 	<p>2. Парціальні (фокальні):</p> <p>а) моторні:</p> <ul style="list-style-type: none"> - джексоновська епілепсія - адверсивні - мовний - кожевніковська епілепсія <p>б) сенсорні: <ul style="list-style-type: none"> ▪ джексоновська епілепсія ▪ зорові, слухові, нюхові, смакові галюцинації ▪ сенситивні ▪ психосенсорні </p> <p>в) вегетативно-вісцеральні</p> <p>г) епілептичні автоматизми (паморочний стан свідомості)</p>	<p>3. Вторинно-генералізовані-починаються парціальним нападом і переходять у генералізований.</p> <p>Фокальний компонент називають «аурою»</p>
Діагностика	<p>Клініка, ЕЕГ, краніографія, ЯМР, рентгенівська комп'ютерна томографія головного мозку</p>		
Принципи лікування	<p>Диференційованність Бесперервність Комплексність Індивідуальність</p> <p style="text-align: right;">} — протисудомної терапії</p>		
Епілептичний статус	<p>Напади, які слідуєть один за другим без світлого проміжку</p>	<p><u>Купірування:</u> внутрішньовенне введення препаратів бензодіазепінового ряду (реланіум, сібазон), фенгідану, ректальне введення діазепаму. За відсутності ефекту медикаментозної терапії — інгаляційний наркоз. Боротьба з набряком головного мозку. Показане проведення люмбальної пункції</p>	

**НЕЕПІЛЕПТИЧНІ ПАРОКСИЗМАЛЬНІ
СТАНИ**
(відсутнє вогнище епілептичної активності)

Судомні	Безсудомні
<ul style="list-style-type: none"> - фібрильні судоми у дітей - спазмофілія (виникає в результаті високої периферичної нервово-м'язової збудливості) - токсичні судоми (екзогенні, ендогенні) - істеричні судоми 	<p>1. Вегетативно - судинні пароксизми:</p> <ul style="list-style-type: none"> - симпатoadреналові («панічні атаки») - вагоінсулярні - змішані <p>2. Синкопальні стани (непритомність):</p> <ul style="list-style-type: none"> - нейрогенні (рефлекторні, ваговазальні) - кардіогенні - при порушенні гомеостазу крові та метаболізму головного мозку <p>3. Мігрень</p>

**ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ НЕЙРОГЕННОЇ
НЕПРИТОМНОСТІ ТА ВЕГЕТАТИВНО-ВІСЦЕРАЛЬНИХ
ЕПІЛЕПТИЧНИХ НАПАДІВ**

Ознака	Види пароксизмів	
	Непритомність	Епілептичний напад
<i>Спадкова схильність</i>	Часто непритомність у родині	В родині нерідкі епілептичні напади, фібрильні та афібрильні
<i>Анамнез</i>	Часті соматичні захворювання, поганий фізичний розвиток	Часті судоми в грудному або ранньому дитячому віку, «спазмофілія», фібрильні судоми, сноходження, нічні жахи
<i>Вік на початку захворювання</i>	Зазвичай шкільний, рідше юнацький	Переддошкільний, дошкільний, шкільний,
<i>Соматичний статус</i>	Доволі часто захворювання внутрішніх	За захворювання внутрішніх органів рідкі
<i>Неврологічний статус</i>	Вегетативна дистонія	Симптоми вегетативної дистонії часто поєднуються з ознакам органічного ураження ЦНС
<i>Статура</i>	Зазвичай астенична	Будь-яка
<i>Фактори, що провокують напади</i>	Зазвичай є	Зрідка
<i>Суб'єктивне переживання пароксизму</i>	Відчуття слабкості, наближення втрати свідомості тощо, які хворий завжди чітко описує (ліпотімія)	Відчуття якісної зміни свого тіла, його частини (деперсоналізація) або зовнішнього світу (дереалізація), які важко
<i>Об'єктивні зміни під час приступу:</i>		
<i>шкірні покриви</i>	Бліді, спітнілі	Бліді або гіперемовані
<i>пульс</i>	Слабкого наповнення, часто нитковидний, може не відчуватися, іноді сповільнений	Зазвичай прискорений
<i>артеріальний тиск</i>	Зазвичай знижується	Зазвичай норальний або підвищується
<i>Можливість попередження втрати свідомості.</i>	Часто наявна (прийняття горизонтального положення)	Як правило, відсутня
<i>Стан після приступу</i>	Астенія	Пригніченість настрою, інколи сонливість

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЕПІЛЕПТИЧНОГО ТА ІСТЕРИЧНОГО НАПАДІВ

Симптом	Епілептичний напад	Істеричний напад
Передвісники	Аура зорова, нюхова, слухова, сенсорна тощо	Не відзначається
Судоми	Звичайно тоніко-клонічні	В демонстраційних випадках «дуга»
Прикус язика	Типовий	Не відзначається
Сечовипусканн	Часто	Не відзначається
Артеріальний тиск	Нормальний або підвищений	Нормальний або злегка підвищений
Пульс	Нормальний	Прискорений
Час появи	В будь-який час доби	Зазвичай в присутності сторонніх осіб
Сонливість або сон після нападу	Типова	Не відзначається
Вегетативні реакції	При великих нападах — гіперемія, синюшність	Зовні не виражені
Зіничні реакції	Відсутні	Збережені
Тривалість нападу	2—5 хв., іноді менше	Різна
Анамнестичні дані	Наявність нападів у анамнезі	Специфічна (істерична) зміна особистості

Визначення рівня свідомості

ШКАЛА КОМИ ГЛАЗГО (GLASGOW COMA SCALE)

по G.Teasdale B. Jennet , 1974)

Параметри	Бали	Деталізація
<i>Розплющення очей</i>		
-Немає	1	Не відкриває очі ні на які подразнення, навіть на біль при натисканні на супраорбікулярну ділянку
-На біль	2	Больові подразнення грудини, кінцівок, супраорбікулярної ділянки
- На мову	3	Не обов'язково на команди <input type="checkbox"/>
- Спонтанне	4	Очі відкриває не обов'язково свідомо
<i>Рухова реакція</i>		
- Немає	1	Немає жодних рухових реакцій ні на які больові подразники;
- Разгибальні	2	
- Патологічні сгибальні	3	Кінцівки залишаються «млявими» «Децеребраційна» ригідність; плече приведене і ротоване досередини, передпліччя проноване
- Відсмикування	4	«Декортикація»; рука зігнута і приведена У відповідь на больове подразнення рука відсмикує,
- Локалізація болю	5	плече відводиться У відповідь на больове подразнення в області грудей або в суборбітальної області рука тягнеться, щоб
- Виконання команд	6	прибрати джерело болю <input type="checkbox"/> Виконує прості команди
<i>Мовна реакція</i>		
- Немає	1	Жодних мовних звуків ні на які подразнення
- Нерозбірливі	2	Незрозумілі нерозбірні звуки у відповідь на подразнення і спонтанні
- Неадекватні	3	Окремі слова у відповідь на подразнення, стимуляцію або спонтанно
- Спутані	4	Доступний мовному контакту, але мова сплутана
- Орієнтовані	5	Орієнтація в місці, часі, власній особі <input type="checkbox"/>

Усього: 15 балів - ясна свідомість, 13-14 балів - оглушення, 9-12 балів - сопор, 4-8 балів - кома, 3 бали - смерть мозку

ГЛАЗГО - ПІТТСБУРГСЬКА ШКАЛА ОЦІНКИ ГЛУБИНИ КОМИ
(за G. Teasdale, P. Safar и соавт., 1984)

Шкала Глазго оцінки коми (ШГОК) на момент обстеження	Піттсбургська шкала оцінки стану стовбуру мозку (ПШОССМ) на момент обстеження
<p>А. Розплющення очей:</p> <p>Самостійно =4</p> <p>у відповідь на прохання =3</p> <p>у відповідь на біль = <input type="checkbox"/></p> <p>відсутність здатності =1</p> <p>Б. Виражена рухова реакція (кінцівки менш ураженої сторони)</p> <p>по команді =6</p> <p>локалізація =5</p> <p>відсмикування =4</p> <p>патологічне згинання =3</p> <p>розгинання =2 <input type="checkbox"/></p> <p>відсутність реакції =1</p> <p>В. Мовна реакція (при інтубації ставимо вищій бал)</p> <p>орієнтований =5</p> <p>сплутана мова =4</p> <p>слова не влад =3</p> <p>звуки =2</p> <p>відсутність реакції =1</p> <p>Сума балів за ШГОК <input type="checkbox"/> (вищий бал- 15, нижчий- 3)</p>	<p>Додати до ШГОК (А,Б,В)</p> <p>Наявність війкового рефлексу (на будь-якій стороні) так = 2 ні = 1</p> <p>Збереження рефлексу рогівки (на будь-якій стороні) так = 2 ні = 1</p> <p>Наявність окулоцефалічного («очі ляльки») або окуловестибулярного (холодового) рефлексу (на будь-якій стороні) так = 2 ні = 1</p> <p>Права зіниця: реакція на світло <input type="checkbox"/> так = 2 ні = 1</p> <p>Ліва зіниця: реакція на світло <input type="checkbox"/> так = 2 ні = 1</p> <p>Наявність блювотного або кашлевого рефлексу так = 2 <input type="checkbox"/> ні = 1</p> <p>Сума балів за ПШОССМ <input type="checkbox"/> (вищий - 15, нижчий - 6)</p> <p><i>Стан хворого на момент обстеження:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Анестезія, вираж. <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> інтубація седативн. ефект</p> <p>Параліч (частк. або повна нейро- м'яз. блокада)</p> <p>Жодного з переліченого</p>

Загальний бал
смерть мозку

Примітка: 30 балів - ясна свідомість, 9-

Узагальнена оцінка стану порушених функцій

ШКАЛА ІНСУЛЬТУ НАЦІОНАЛЬНОГО ІНСТИТУТУ ЗДОРОВ'Я

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH) STROKE SCALE

(no J.Biller u coaem., 1990; T.Brott u coaem., 1989)

Ознака	Балл	Описание
<i>Свідомість: рівень свідомості</i>	0	Ясне
	1	Оглушення (загальмований, сонливий, але реагує навіть на незначний стимул - команду, питання)
	2	Ступор (вимагає повторної, сильної або хворобливої стимуляції для того, щоб здійснити рух або стати на якийсь час доступним контакту)
	3	Кома (мовному контакту недоступний, відповідає на подразнення лише рефлекторними руховими або вегетативними реакціями)
<i>Свідомість: відповіді на питання Просьть хворого назвати місяць року та свій вік</i>	0	Правильні відповіді на обидва питання
	1	Правильна відповідь на одне питання
	2	Неправильні відповіді на обидва питання
<i>Свідомість: виконання інструкцій Просьть хворого закрити та відкрити очі, стиснути пальці в кулак та розжати його</i>	0	Виконує обидві команди правильно
	1	Виконує одну команду правильно
	2	Обидві команди виконує неправильно
<i>Рухи очних яблук</i>	0	Норма
	1	Частковий параліч погляду(але немає фіксованої девіації погляду)
	2	Фіксована девіація очних яблук
<i>Поля зору (досліджують за допомогою рухів пальцями, які дослідник виконує одночасно з обох сторін)</i>	0	Не порушені
	1	Часткова геміанопсія
	2	Повна геміанопсія
	3	Білатеральна геміанопсія
<i>Параліч лицьової мускулатури</i>	0	Немає
	1	Легкий
	2	Помірно виражений
	3	Повний
<i>Рухи в руці на стороні парезу. Руку просьть утримати протягом 10 секунд в положенні згинання під кутом 90° в плечовому суглобі, якщо хворий сидить, і в положенні згинання під кутом 45°, якщо хворий лежить</i>	0	Рука не опускається
	1	Хворий спочатку утримує руку в заданому положенні, потім рука починає опускатися
	2	Рука починає падати відразу, але хворий все ж дещо утримує її проти сили тяжіння
	3	Рука відразу падає, хворий абсолютно не може здолати силу тяжіння
	4	Немає активних рухів
<i>Рухи в протилежній руці (стволовий інсульт) Те ж саме завдання, що і в попередньому пункті.</i>	0	Рука не опускається
	1	Хворий спочатку утримує руку в заданому положенні, потім рука починає опускатися
	2	Рука починає падати відразу, але хворий все ж дещо утримує її проти сили тяжіння
	3	Рука відразу падає, хворий абсолютно не може здолати силу тяжіння
	4	Немає активних рухів
<i>Рухи в нозі на стороні парезу Хворого, лежачого на спині, просьть утримати протягом 5 секунд ногу, підняту (зігнуто в кульшовому суглобі) під кутом 30°</i>	0	Нога впродовж 5 секунд не опускається
	1	Хворий спочатку утримує ногу в заданому положенні, потім нога починає опускатися
	2	Нога починає падати відразу, але хворий все ж дещо утримує її проти сили тяжіння
	3	Нога відразу падає, хворий абсолютно не може здолати силу тяжіння
	4	Немає активних рухів
<i>Рухи в протилежній нозі (стволовий інсульт) Те ж саме завдання, що і в попередньому пункті.</i>	0	Нога впродовж 5 секунд не опускається
	1	Хворий спочатку утримує ногу в заданому положенні, потім нога починає опускатися
	2	Нога починає падати відразу, але хворий все ж дещо утримує її проти сили тяжіння
	3	Нога відразу падає, хворий абсолютно не може здолати силу тяжіння
	4	Немає активних рухів

<i>Атаксія в кінцівках</i> Пальці-носова та п'ятко-колінна проби (атаксія оцінюється у балах лише у тому випадку, коли вона не пропорційна ступеню парезу; при повному паралічі кодується буквою «Н»)	0 1 2	Немає Є або у верхній, або в нижній кінцівці Є і у верхній, і в нижній кінцівці
<i>Чутливість.</i> Досліджується за допомогою шпильки, враховується тільки порушення за гемітипом	0 1 2	Норма Незначне зниження Значно знижена
<i>Синдром «заперечення» (neglect, англ.)</i>	0 1 2	Немає Частковий Повний
<i>Дизартрія</i>	0 1 2	Нормальна артикуляція Легка або помірна дизартрія Нерозбірлива мова
<i>Афазія</i> Оцінюється за мовними відповідями пацієнта в процесі його обстеження	0 1 2 3	Немає Легка або помірна афазія Виражена афазія Мутизм

**ШКАЛА ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ СУБАРАХНОЇДАЛЬНОГО
КРОВОВИЛИВУ Всесвітньої федерації нейрохірургів**
(World Federation of Neurological Surgeons Grading System for Subarachnoid
Hemorrhage (WFNS) Scale)

Система клінічної оцінки була розроблена як простий надійний і клінічно спроможний спосіб класифікації хворих з субарахноїдальними крововиливами. Вживання цієї системи забезпечує меншу варіабельність оцінок одного хворого, виконаних різними фахівцями, в порівнянні з деякими системами класифікації, що раніше застосовувалися.

Оцінка за шкалою коми Глазго	Руховий дефіцит *	Оцінка
15	Відсутній	1
13-14	Відсутній	2
13-14	Наявний	3
7-12	Наявний або відсутній	4
3-6	Наявний або відсутній	5

* Під руховим дефіцитом мається на увазі виражений вогнищевий руховий дефіцит

Інтерпретація:

- При максимальній оцінці за шкалою коми Глазго (15) - прогноз найкращий
- При мінімальній оцінці за шкалою коми Глазго (3) - прогноз найгірший
- При оцінках за шкалою коми Глазго > 8 - шанси на відновлення хороші
- Оцінки за шкалою коми Глазго в діапазоні 3-5 - потенційно фатальні, особливо якщо супроводжуються фіксацією зіниць або відсутністю окуловестибулярних відповідей.

ШКАЛА Ханга та Хесса

(оцінка ступеню тяжкості стану хворих при субарахноїдальному крововиливі)

Ступінь тяжкості стану	Критерії
I	Асимптомний перебіг, незначний головний біль або ригідність м'язів потилиці
II	Головний біль помірний або слабкий. Наявність менінгеального синдрому. Вогнищева неврологічна симптоматика відсутня, за винятком можливого ураження оболонкових нервів
III	Менінгеальний синдром виражений. Свідомість порушена до приглушеної. Вогнищева симптоматика
IV	Менінгеальний синдром виражений. Свідомість порушено до стану сопору. Вогнищева симптоматика
V	Кома різної глибини, відсутність реакції на зовнішні подразнення або децеребраційна ригідність

Примітка: Якщо захворювання протікає на тлі артеріальної гіпертензії, діабету, важкого атеросклерозу, хронічного захворювання легень, то тяжкість стану оцінюється на одну ступінь вище

ШКАЛА ДОГОСПИТАЛЬНОЇ ОЦІНКИ ІНСУЛЬТУ

ЦИНЦИНАТИ

(Cincinnati prehospital stroke scale - CPSS)

Шкала догоспитальної оцінки інсульту Цинциннати заснована на істотно скороченій і спрощеній шкалі інсульту NIH і включає усього лише три пункти. Оцінка за цією шкалою як лікарями, так і середнім медичним персоналом служби швидкої допомоги, дає можливість виявляти хворих з інсультом, які можуть бути кандидатами для проведення тромболізу. Виявлення аномалій у будь-якому з цих трьох пунктів свідчить з високою чутливістю(66%) і специфічністю(87%) про наявність у хворого інсульту.

Ознака	Опис	
Слабкість м'язів половини обличчя	Оцінюється симетричність обличчя при замруженні, піднятті брів, посмішці, вискаленні.	
	<i>Норма:</i>	Симетричний рух обох половин обличчя
	<i>Аномалія:</i>	Одна сторона обличчя не рухається
Несиметричне зміщення рук	Оцінюється симетричність утримання або мимовільного опускання піднятих рук. Хворого просять витягнути руки вперед перед собою (якщо він сидить) або підвести їх над ліжком (якщо він лежить) і утримувати в такому стані.	
	<i>Норма:</i>	Обидві руки однаково утримуються або мимоволі опускаються з однаковою швидкістю
	<i>Аномалія:</i>	Одна рука не може бути піднята або мимоволі опускається швидше за іншу
Мова	Оцінюється адекватність змісту мови і її розбірливість.	
	<i>Норма:</i>	Хворий використовує в мові правильні слова і говорить розбірливо
	<i>Аномалія:</i>	Використання в мові недоречних слів, невиразна мова, або втрата здатності до мови

Шкала ABCD (ABCD Score)

Шкала ABCD застосовується для прогнозування ризику інсульту упродовж перших 7 днів після транзиторної ішемічної атаки. Згідно з результатами досліджень, при оцінці за шкалою ABCD =6 ризик інсульту перевищує 30%, а при низьких оцінках - інсульт зазвичай не виникає. Шкала ABCD може бути використана в рутинній клінічній практиці для виявлення осіб, схильних до високого ризику і що потребують невідкладного обстеження та лікування.

	Фактори ризику	Категорія	Оцінка
A	<i>(Age of patient)</i> Вік хворого	≥ 60 років < 60 років	1 0
B	<i>(Blood pressure at assessment)</i> Артеріальний тиск на момент обстеження	АД сист. > 140 мм рт.ст. або АД діаст. > 90 мм рт.ст. Інше	1 0
C	<i>(Clinical features presented with)</i> Перші клінічні прояви	Одностороння слабкість Порушення мови (слабкості немає)	2 1 0
D	<i>(Duration of TIA Symptoms)</i> Тривалість симптомів ТІА	≥ 60 хвилин 10-59 хвилин < 10 хвилин	2 1 0
Загалом			

Шкала ABCD-2 (ABCD-2 Score)

Шкала ABCD - 2, в зіставленні з шкалою ABCD, бере до уваги наявність у хворого діабету. Згідно з результатами досліджень, оцінка за шкалою 'ABCD - 2' = 6-7 супроводжується високим ризиком інсульту (2-денний ризик перевищує 8%), оцінка 4-5 - помірним ризиком, оцінка 0-3 - низьким ризиком.

Шкала ABCD може бути використана в рутинній клінічній практиці для виявлення осіб, схильних до високого ризику і що потребують невідкладного обстеження і лікування.

	Фактори ризику	Категорія	Оцінка
A	<i>(Age of patient)</i> Вік хворого	≥ 60 років < 60 років	1 0
B	<i>(Blood pressure at assessment)</i> Артеріальний тиск на момент обстеження	АД сист. > 140 мм рт.ст. или АД диаст. > 90 мм рт.ст. Другое	1 0
C	<i>(Clinical features presented with)</i> Перші клінічні прояви	Одностороння слабкість Порушення мови (слабкості немає)	2 1 0
D	<i>(Duration of TIA Symptoms)</i> Тривалість симптомів ТІА	≥ 60 хвилин 10-59 хвилин < 10 хвилин	2 1 0
	<i>(Diabetes)</i> Діабет	Наявний діабет Діабету немає	1 0
Загалом			

ШКАЛА ТОРОНТО
(Toronto stroke scoring system)

		Оцінка			
(1)	Рівень свідомості (ясна свідомість, сонливість, ступор, неглибока кома, глибока кома)		0-4	x 25	0-100
(2)	Парез	Обличчя	0-3	x 1	0-3
		Рука	0-4	x 3,5	0-14
		Нога	0-4	x 2,5	0-10
(3)	Порушення чутливості	Обличчя	0-2	x 1,5	0-3
		Рука	0-2	x 6	0-12
		Нога	0-2	x 4,5	0-9
(4)	Геміанопсія		0-2	x 3	0-6
(5)	Афазія (відсутня, легка, помірна, важка, повна)		0-4	x 10	0-40
(6)	Вищі кіркові функції	Лобні	0-2	x 12	0-48
		Тім'яні	0-2	x 12	
(7)	Сплутанність мислення		0-3	x 15	0-45
(8)	Парез погляду		0-2	x 2	0-4
(9)	Порушення координації рухів		0-3	x 3	0-9
(10)	Дизартрія		0-3	x 2	0-6
(11)	Дисфагія		0-2	x 4	0-8

Сумарна оцінка свідчить про :

0-37 – сприятливий прогноз,

38-72 – сумнівний прогноз,

≥ 73 - несприятливий прогноз

Оцінка стану м'язового тонусу в паретичних кінцівках

**МОДИФІКОВАНА ШКАЛА СПАСТИЧНОСТІ АШФОРТ
MODIFIED ASHWORTH SCALE OF MUSCLE SPASTICITY**

(по R. Bohannon, V. Smith, 1987; D.Wade, 1992)

Бали	М'язовий тонус
0	Немає підвищення
1	Легке підвищення тонусу, що відчувається при згинанні або розгинанні сегменту кінцівки у вигляді незначного опору у кінці
2	Незначне підвищення тонусу у вигляді опору, що виникає після виконання не менше половини об'єму руху
3	Помірне підвищення тонусу, що виявляється впродовж усього руху, але не утрудняюче виконання пасивних рухів
4	Значне підвищення тонусу, утрудняюче виконання пасивних рухів
5	Уражений сегмент кінцівки фіксований в положенні згинання або

ШКАЛА РЕЗУЛЬТАТІВ ГЛАЗГО
(Glasgow Outcome Scale)

Оцінк	Опис
1	Смерть
2	Стійкий вегетативний стан Хворий не проявляє кіркових функцій
3	Важка функціональна неспроможність (Хворий у свідомості, але функціонально неспроможний). Хворий залежний від оточення в повсякденному житті у зв'язку з наявністю у нього розумового або фізичного дефекту, або їх поєднання
4	Помірна функціональна неспроможність (Хворий функціонально обмежений, але незалежний від оточення). Хворий незалежний в повсякденному житті. Обмеження функціональної спроможності може полягати в наявності різного ступеню дисфазії, геміпарезу, атаксії, а також недостатності інтелектуальних функцій або пам'яті і змін особистості
5	Хороше відновлення Відновлення нормальної активності, незважаючи на можливу наявність невеликих неврологічних або психологічних дефіцитів

МОДИФІКОВАНА ШКАЛА РЕНКІН
MODIFIED RANKIN SCALE
(*no J.Rankin, 1957; D. Wade, 1992*)

Оцінка	Опис
0	Немає симптомів
1	Відсутність істотних порушень життєдіяльності, незважаючи на наявність деяких симптомів хвороби; здатний виконувати усі звичайні повсякденні обов'язки
2	Легке порушення життєдіяльності; нездатний виконувати деякі колишні обов'язки, але справляється з власними справами без сторонньої допомоги
3	Помірне порушення життєдіяльності; потреба в деякій допомозі, але ходить без сторонньої допомоги
4	Виражене порушення життєдіяльності; нездатний ходити без сторонньої допомоги, нездатний справлятися зі своїми тілесними(фізичними) потребами без сторонньої допомоги
5	Грубе порушення життєдіяльності; прикований до ліжка, нетримання калу та сечі, потреба в постійній допомозі медичного персоналу

ТЕСТИ З НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ У НЕВРОЛОГІЇ

Правильна відповідь – А.

1. У хворого з метастатичною пухлиною мозку виник адверсивний припадок: спів дружній поворот голови та очей в протилежну від локалізації вогнища сторону.

Вкажіть синдром.

- A. Синдром заднього відділу верхньої лобової звивини.
- B. Синдром середнього відділу лобової долі.
- C. Синдром переднього відділу лобової долі.
- D. Синдром нижньої поверхні лобової долі.
- E. Синдром передцентральної області лобової долі.

2. У хворої, 30 років, з третинним сифілісом розвинулися порушення статички та координації: відхилення у спокої тіла убік, промахивание, адиодохокинез, порушення координації на протилежній до вогнища стороні поразки.

Вкажіть синдром.

- A. Синдром переднього відділу лобової долі.
- B. Синдром нижньої поверхні лобової долі.
- C. Синдром передцентральної звивини.
- D. Синдром задніх відділів лобової долі.
- E. Синдром середнього відділу лобової долі.

3. Після перенесеної важкою ЧМТ у пацієнта виникли розлади психіки: відсутність ініціативи до руху, акінезія, апатія, депресія, зниження уваги, пам'яті, млявість, інертність мислення.

Вкажіть синдром.

- A. Синдром середнього відділу лобової долі.
- B. Синдром переднього відділу лобової долі.
- C. Синдром передцентральної області.
- D. Синдром нижньої поверхні лобової долі.
- E. Синдром задніх відділів лобової долі.

4. Після перенесеного кардіоеMBOLічного інсульту у хворого розвинулися: аграфія при збереженні рухової функції руки, парез погляду убік протилежний до вогнища, астазія, абазія, аспонтанність.

Вкажіть синдром.

- A. Синдром задніх відділів лобової долі.
- B. Синдром середніх відділів лобової долі.
- C. Синдром передніх відділів лобової долі.
- D. Синдром нижньої поверхні лобової долі.
- E. Синдром передцентральної звивини.

5. У пацієнта з лептоменінгітом розвинувся синдром парціальної епілепсії : клонічні судоми стереотипно починаються в дистальному відділі правої кисті з подальшим залученням передпліччя, плеча, м'язів правої нижньої кінцівки.

Вкажіть синдром.

- A. Синдром передцентральної звивини.
- B. Синдром постцентральної звивини.
- C. Синдром нижньотім'яної часточки.
- D. Синдром медіобазальних відділів скроневої долі.
- E. Синдром глибинних структур скроневої долі.

6. Після важкої ЧМТ у пацієнта розвинулися розлади пам'яті у формі патологічної забудькуватості, домінує зниження пам'яті на події поточного часу, при відносному збереженні пам'яті на події далекого минулого.

Вкажіть синдром.

- A. Синдром дифузного ураження скроневої долі.
- B. Синдром ураження середнього відділу лобової долі.
- C. Синдром Альцгеймеру.
- D. Синдром Бінсфангеру.
- E. Синдром тім'яної часточки.

7. У пацієнта з трепетанням передсердя виникли порушення пізнавання предметів і явищ при збереженні їх зорового сприйняття - хворий не впізнає знайомі предмети, не знає їх призначення, впізнавання відбувається тільки при обмацуванні руками.

Вкажіть синдром.

- A. Синдром випадіння потиличної долі.
- B. Синдром випадіння тім'яної долі.
- C. Синдром подразнення потиличної долі.
- D. Синдром подразнення тім'яної долі.
- E. Синдром випадіння скронево-тім'яної долі.

8. Після отруєння седативними препаратами у хворої розвинулися: втрата контакту з оточенням, очі розплющені, безглуздо блукають в різні боки без фіксації погляду. На звернення не реагує, реакція на біль збережена, ритм сну та неспання збережений.

Вкажіть синдром.

- A. Апалічний синдром.
- B. Акінетичний мутизм.
- C. Синдром "замкнутої людини".
- D. Синдром "вегетативного стану".
- E. Синдром мозолистого тіла.

9. У пацієнтки з гліомою розвинулися контрлатерально вогнищу геміанестезія, гемігіперестезія, геміатаксія.

Вкажіть синдром.

- A. Таламічний синдром.
- B. Синдром переднього стегна внутрішньої капсули.
- C. Синдром заднього стегна внутрішньої капсули.
- D. Синдром коліна внутрішньої капсули.
- E. Синдром Геда-Холмса.

10. У хворої після операції з приводу аденокарциноми матки при різкій зміні положення голови виникли напади вираженого головного болю, вимушене положення голови, запаморочення, блювота, тахікардія, брадикардія, затьмарення свідомості, скороминущий амавроз.

Вкажіть синдром.

- A. Синдром Брунса.
- B. Синдром прозорої перегородки.
- C. Синдром Сикстинської капели.
- D. Синдром Унтерхарнштейдта.
- E. Синдром ромбовидної ямки.

11. У приймальне відділення доставлений хворий після ДТП. Контакт хворої недоступний через відсутність здатності розуміння хворим оберненої мови, неможливості повторення слів і писання під диктування.

Вкажіть синдром.

- A. Сенсорна афазія.
- B. Моторна афазія.
- C. Амнестична афазія.
- D. Синдром мозолистого тіла.
- E. Синдром вегетативного стану.

12. Після видалення внутрішньомозкової гематоми у хворої розвинулися: повна втрата здатності користуватися словами для вираження своїх думок за відсутності розладів артикуляційного апарату і при збереженні розуміння усної і письмової мови.

Вкажіть синдром.

- A. Моторна афазія.
- B. Сенсорна афазія.
- C. Амнестична афазія.
- D. Апатико-абулічний синдром.
- E. Синдром Альцгеймеру.

13. У хворого після операції з приводу раку шлунку розвинулися: корінцеві болі, а потім оніміння і слабкість в дистальних відділах правої ноги, які мали висхідний тип (від низу до верху), в подальшому розвинувся синдром Броун-Секара.

Який синдром ураження спинного мозку наявний у хворого?

- A. Екстремедулярний.

- В. Інтрамедулярний.
- С. Поперечного ураження.
- Д. Половинного ураження.
- Е. Бічного стовпа.

14. У хворого з хронічним бронхітом розвинулися диссоційовані порушення чутливості, розлади тазових органів, низхідний тип рухових і чутливих розладів зі швидким розвитком повного поперечного ураження спинного мозку: тетрапарез (периферичний парез м'язів верхніх кінцівок, спастичний, - нижніх кінцівок), провідникова анестезія, вегетативно-трофічні порушення.

Який синдром ураження спинного мозку визначається у хворого?

- А. Інтрамедулярний.
- В. Екстрамедулярний.
- С. Повної поперечного ураження.
- Д. Бічного стовпа.
- Е. Половинного ураження.

15. У пацієнта з переломом хребта розвинулися: периферичний параліч м'язів рук, центральний параліч ніг, провідникова анестезія, с-м Горнера, порушення функцій тазових органів: періодичне нетримання сечі.

Який синдром ураження спинного мозку визначається у хворого?

- А. Шийного потовщення.
- В. Верхньошийних сегментів.
- С. Грудного відділу.
- Д. Передньої сірої спайки.
- Е. Броун-Секару.

16. У хворого з пухлинним процесом розвинулися наступні симптоми: біль і парестезії в області потилиці, шиї, хребта, кінцівках, тетрапарез - змішаного характеру в руках, спастичний в ногах, провідникові розлади чутливості нижче С₁ сегменту, скороминущі порушення дихання, периферичний парез XI і XII черепних нервів, с-м Горнера.

Який синдром розвинувся у хворого?

- А. Краніоспінальний.
- В. Верхньошийних сегментів.
- С. Шийного потовщення.
- Д. Довгастого мозку.
- Е. Циліоспинального центру.

17. У хворого з метастатичною пухлиною лобової локалізації визначається симптомокомплекс: первинна атрофія правого зорового нерву, зниження гостроти зору на праве око, контрлатерально – застійний диск зорового нерва.

Який синдром розвинувся у хворого?

- А. Фостера-Кенеді.

- В. Сфеноїдальній щілині.
- С. Талоса-Ханта
- Д. Перехрещення зорових нервів.
- Е. Лобовий базальний синдром.

18. У хворого, 18-ти років, з абсцесом мозку розвинулися: інтенційне тремтіння, атаксія, адіадохокінез, гіперметрія, мимопопадання при виконанні пальце-носової та колінно-п'яточної проб, симптом Стюарта-Холмса.

Який синдром розвинувся у хворого?

- А. Півкулі мозочка.
- В. Черв'яка мозочка.
- С. Задньої черепної ямки.
- Д. Акінетико-ригідний.
- Е. Лобовій атаксії.

19. У хворого впродовж двох років розвинувся акінетико-ригідний синдром. Ураженням яких структур мозку він обумовлений?

- А. Чорної субстанції.
- В. Заднього подовжнього пучка.
- С. Таламусу.
- Д. Покришки середнього мозку.
- Е. Смугастого тіла.

20. У хворого 50 років з крововиливом в ствол мозку розвинулося пароксизмальне підвищення м'язового тону в кінцівках і тулубі : голова закинена назад, спина витягнута дугою, кінцівки різко розгинаються і судорожно витягуються.

Який синдром розвинувся у хворого?

- А. Децеребраційної ригідності.
- В. Руброталамічний.
- С. Червоного ядру Фуа.
- Д. Покришки Нотнагелю.
- Е. "Замкнутої людини".

21. У пацієнта, 20 років, після ЧМТ розвинулися: запаморочення, нудота, блювота, ністагм, різке зниження слуху, напади невралгії трійчастого нерву.

Який синдром розвинувся у хворого?

- А. Бонн'є.
- В. Мостомозжечкового кута.
- С. Мен'єра.
- Д. Бічної цистерни.
- Е. Гаспаріні.

22. У хворої, 54 роки, з дисциркуляторної енцефалопатією у вертебробазиллярній системі несподівано розвинулися тетраплегія, параліч усіх черепних нервів, зберігається тільки вертикальний рух очних яблук, свідомість збережено, не говорить, обернену мову розуміє.

Який синдром розвинувся у хворого?

- A. "Замкнутої людини".
- B. Бульбарний.
- C. Псевдобульбарний.
- D. Акінетичного мутизму.
- E. Вегетативний стан.

23. У пацієнта з кардиоэмболическим інсультом розвинулися: птоз, косоокість, що сходиться, мідріаз, обмеження рухів очних яблук кнутри, вгору і вниз, контрлатерально геміпарез, геміанестезія, хореоатетоз.

Який альтернуючий синдром визначається у хворого?

- A. Монакова.
- B. Вебера.
- C. Бенедикта.
- D. Клодта.
- E. Фовілля.

24. У хворого з лептоменінгітом розвинулися: птоз, порушення руху очного яблука досередини, вгору, вниз; контрлатерально - центральна геміплегія, центральний параліч VII і XII пар, геміанестезія.

Який альтернуючий синдром визначається у хворого?

- A. Вебера.
- B. Монакова.
- C. Бенедикта.
- D. Клодта.
- E. Фовілля.

25. У хворого, 68 років, з оклюзією гілки основної артерії розвинулися периферичний параліч лицьового нерву без порушення смаку і контрлатерально - спастична геміплегія.

Який альтернуючий синдром визначається у хворого?

- A. Мійяра-Гублера.
- B. Фовілля.
- C. Гасперіні.
- D. Грені.
- E. Вебера.

26. У хворого, внаслідок стенозу гілок основної артерії, розвинулися диссоційовані порушення чутливості на половині обличчя, сбіжна косоокість, периферичний парез VII і VIII нервів на стороні вогнища і контрлатерально гемігіпестезія, центральний геміпарез.

Який альтернуючий синдром визначається у хворого?

- A. Гасперіні.
- B. Грені.
- C. Мійяра-Гублера.
- D. Фовілля.
- E. Монакова.

27. У хворого з поліомієлітом розвинулися дисфонія, дизартрія, дисфагія, атрофія м'язів і відхилення язика вбік, розлад дихання, серцево-судинної діяльності, глотковий рефлекс не викликається.

Який синдром визначається у хворого?

- A. Бульбарний.
- B. Псевдобульбарний.
- C. Джексона.
- D. Авеліса.
- E. Шмідта.

28. У хворого, що переніс повторний півкульний інсульт, розвинулися порушення ковтання, фонації, артикуляції, симптоми орального автоматизму, насильницький плач та сміх, зниження психічної активності.

Який синдром визначається у хворого?

- A. Псевдобульбарний.
- B. Бульбарний.
- C. Джексона.
- D. Авеліса.
- E. Шмідта.

29. Після вживання копченого м'яса у пацієнта розвинулася нудота, блювота, діарея, затуманення зору, офтальмоплегія, дизартрія, дисфагія. У крові та ЦСР змін не виявлено. ЕМГ: прогресуюче зниження амплітуди М-відповіді.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Ботулізм.
- B. Міастенія, окорухова та бульбарна форми.
- C. Поліомієліт, бульбарна форма.
- D. Бічний аміотрофічний склероз.
- E. Гостра запальна полінейропатія Гійєн-Барре.

30. У хворого, 27 років, розвинулися зорові галюцинації: з'явилися в полі зору яскраві, мелькаючі іскри, зірочки, блискучі лінії, що рухаються, та метаморфопсії: навколишні предмети здаються спотвореними.

Назвіть синдром.

- A. Синдром подразнення потиличної долі.
- B. Синдром випадіння потиличної долі.
- C. Синдром подразнення скроневої долі.
- D. Синдром випадіння скроневої долі.

Е. Синдром скронево-тім'яного стику.

31. Хворий, 40 років, отримав травму, після якої розвинулася атрофія м'язів верхніх кінцівок, торпідність сухожилкових рефлексів, зниження м'язової сили в руках, фібриляції та фасцикуляції в м'язах рук, виражена слабкість в ногах, різке підвищення сухожилкових рефлексів на ногах, патологічні стопні знаки з 2-х сторін, відсутність усіх черевних рефлексів, періодичне нетримання сечі.

Назвіть синдром.

- А. Синдром шийного потовщення.
- В. Синдром грудного відділу.
- С. Краніоспінальний синдром.
- Д. Синдром верхньошийних сегментів.
- Е. Синдром Броун-Секара.

32. Після інсульту у хворого виникли розлади мови (порушення артикуляції, мова з носовим відтінком), утруднення ковтання, жування, глотковий рефлекс відсутній, гіпотонія, гіпотрофія м'язів язика, фібриляції.

Який синдром розвинувся у хворого?

- А. Бульбарний синдром.
- В. Псевдобульбарний синдром.
- С. Синдром Авеліса.
- Д. Синдром Джексона.
- Е. Синдром Шмідта.

33. Після ножового поранення тулуба, у хворого розвинувся спастичний парез правої ноги, розлад глибокої чутливості та вазомоторні порушення нижче рівня ураження, ліворуч - провідникова анестезія больової та температурної чутливості та вузька смужка гіперестезії над провідниковою анестезією.

Назвіть синдром.

- А. Синдром Броун -Секара.
- В. Синдром поперекового потовщення.
- С. Синдром поперечного ураження спинного мозку.
- Д. Інтрамедулярний синдром.
- Е. Екстрамедулярний синдром.

34. У хворі з пахіменінгітом виник свердлячий біль усередині правої очної ямки, потім приєдналася офтальмоплегія, біль в області іннервації 1 гілки трійчастого нерва праворуч, зниження гостроти зору на праве око. Больова офтальмоплегія зберігалася декілька тижнів, а потім спонтанно регресувала, через місяць напади поновилися.

Назвіть синдром.

- А. Синдром Таласа-Ханта.
- В. Синдром Фостера-Кенеді.

- C. Синдром ольфакторної ямки.
- D. Синдром бічної цистерни мозку.
- C. Синдром задньої черепної ямки.

35. У хворої 25 років, після переохолодження стало неможливим морщення лоба і нахмурення брів ліворуч, відсутність зімкнення очної щілини, згладжена носогубної складки, опускання кута рота, неможливість вискалення зубів і надування щік, маскообразність лівої половини обличчя.

Установіть попередній діагноз.

- A. Ураження лицьового нерву при виході з шилососковидного отвору.
- B. Ураження корінця лицьового нерва в мосто-мозжечковому куті.
- C. Ураження лицьового нерва у фаллопієвому каналі.
- D. Синдром Мійяра-Гублера.
- E. Ураження III гілки трійчастого нерву.

36. У хворого з сирингомієлією розвинулися: екзофтальм, звуження очної щілини, міоз, гомолатеральное порушення секреції сльози.

Назвіть синдром.

- A. Синдром Горнера.
- B. Синдром Пті.
- C. Синдром верхньої очноямкової щілини.
- D. Синдром крилопіднебінного вузла.
- E. Синдром війкового вузла.

37. Синдром периферичного типу порушення функції тазових органів виникає при ураження сегментів спинного мозку :

- A. $S_I - S_{IV}$
- B. $L_I - L_{IV}$
- C. $L_I - L_{II}$
- D. $S_I - S_{II}$
- E. $Th_X - Th_{XII}$

38. У пацієнта розвинулися напади болю в очній ямці, кореня носа, надочноямкової області, що поширюється на скроневу область, які віддають у потилицю, шию, супроводжуються слезотечею, гіперемією обличчя тривалістю більше години.

Назвіть синдром.

- A. Синдром крилопіднебінного вузла.
- B. Синдром війкового вузла.
- C. Синдром вушного вузла.
- D. Невралгія трійчастого нерву.
- E. Пучкова цефалгія.

39. У пацієнта, після перенесеної ГРВІ, розвинулися рецидивуючі пароксизми сильних болів в очному яблуці і позаду нього, світлобоязнь, слезотеча, гіперемія кон'юктиви тривалістю до двох годин.

Назвіть синдром.

- A. Синдром війкового вузла.
- B. Синдром крилопіднебінного вузла.
- C. Синдром вушного вузла.
- D. Пучкова цефалгія.
- E. Синдром Таласа-Ханта

40. У пацієнта з хронічним синуситом розвинулися пароксизми одностороннього болю пекучого характеру в скроневій області попереду від нижнього слухового проходу, що іррадіюють в зуби, підборіддя тривалістю більше за півгодини, провоковані прийомом гарячої їжі.

Назвіть синдром.

- A. Синдром вушного вузла.
- B. Синдром війкового вузла.
- C. Синдром крилопіднебінного вузла.
- D. Невралгія трійчастого нерву.
- E. Невралгія язикового нерву.

41. У хворого, 55-ти років, з ДДП хребта після сну розвинулася слабкість в нижніх кінцівках, оніміння в них, порушення функції тазових органів. У неврологічному статусі: сухожилкові рефлексни понижені, визначається м'язова гіпотонія, гіпестезія з рівня Th_x, періодичне нетримання сечі. В анамнезі у хворого скороминущі болі та оніміння в нижньогрудному відділі хребта, скороминуще оніміння в нижніх кінцівках після тривалої ходи. Впродовж місяця лікування вогнищеві неврологічні симптоми значно регресували.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Ішемічний спінальний інсульт.
- B. Транзиторна мієлоішемія.
- C. Гематомієлія.
- D. Розсіяний склероз.
- E. Пухлина головного мозку

42. У хворої, 48-ми років, з ДДП хребта після тривалої ходи з'являється слабкість і почуття оніміння в ногах, що супроводжується імперативними позивами до сечовипускання. Після нетривалого відпочинку (10-15 хвилин) описані явища регресують. В період розвитку слабкості в ногах визначається: зниження колінних і ахіллових рефлексів, гіпотонія литкових м'язів, фасцикулярні посмикування в них.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Мієлогенна перемежаюча кульгавість.
- B. Транзиторна мієлоішемія.

- С. Спінальний інсульт.
- Д. Пухлина спинного мозку.
- Е. Гематомієлія.

43. У хворого, 58-ми років, з каорктацією аорти несподівано розвинулася слабкість у верхніх і нижніх кінцівках і короточасне порушення свідомості до 3-х хвилин, через 10 хвилин довільні рухи відновилися. У періоді після нападу у хворого було почуття тяжкості і тупий біль в шийному відділі хребта. При дослідженні ЦСР патологічних змін не виявлено.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Транзиторна мієлоішемія.
- В. Мієлогенна перемежаюча кульгавість.
- С. Ішемічний спінальний інсульт.
- Д. Гематомієлія.
- Е. Спінальний субарахноїдальний крововилив.

44. У хворого, що переніс інфаркт міокарду, після емоційного навантаження, несподівано з'явилися: розлад свідомості - кома, порушення вітальних функцій, падіння гемодинаміки та порушення дихання. У неврологічному статусі: зіниці вузькі, реакція на світло ослаблена, сухожлкові та патологічні рефлекси не визначаються.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Кардіоемболічний інсульт у базилярній системі.
- В. Кардіоемболічний інсульт в передній мозковій артерії.
- С. Кардіоемболічний інсульт в середній мозковій артерії.
- Д. Кардіоемболічний інсульт в задній мозковій артерії.
- Е. Кардіоемболічний інсульт у вертебробазилярній системі.

45. У пацієнта, 55-ти років, на тлі артеріальної гіпертонії та емоційної напруги розвинулися: раптовий головний біль, блювота, гіперемія обличчя, психомоторне збудження, впродовж 10 хвилин приєдналися порушення свідомості, центральна плегія правих кінцівок. Через 3 години приєднався менінгеальний симптом.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Внутрішньомозковий крововилив.
- В. Субарахноїдальний крововилив.
- С. Шлуночковий крововилив.
- Д. Ішемічний кардіоемболічний інсульт.
- Е. Гостра гіпертонічна енцефалопатія.

46. У хворого, 35-ти років, на тлі фізичної напруги і підвищеного АТ 180/100 мм рт.ст. розвинувся інтенсивний головний біль: відчуття сильного удару "по голові", нудота, блювота, світлобоязнь, приєдналися порушення свідомості : сопор. Через 4 години після початку захворювання розвинулися менінгеальні

симптоми. При дослідженні ЦСР визначається геморагічний лікворний синдром.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Субарахноїдальний крововилив.
- В. Паренхіматозний крововилив.
- С. Шлуночковий крововилив.
- Д. Гостра гіпертонічна енцефалопатія.
- Е. Мігренозний статус.

47. У хворої, 60-ти років, що страждає злоякісною течією артеріальної гіпертонії на тлі високого АТ 210/130 мм рт.ст. виник дифузний наростаючий головний біль, нудота, блювота, порушення свідомості, генералізований епілептичний припадок. У неврологічному статусі: вогнищеві неврологічні симптоми не визначаються, наявні виражені менінгеальні симптоми. На очному дні: двосторонній набряк дисків зорових нервів. На тлі корекції АТ та набряку мозку вищеописані симптоми регресували через 72 години.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Гостра гіпертонічна енцефалопатія.
- В. Субарахноїдальний крововилив.
- С. Внутрішньошлуночковий крововилив.
- Д. Епілепсія. Генералізований судомний напад.
- Е. Кардіоемболічний ішемічний інсульт.

48. У пацієнта, 68-ми років, уранці, після сну на фоні АТ 140/80 мм рт.ст. поступово, впродовж декількох годин розвинулася слабкість в правих кінцівках, оніміння в них, розлад свідомості - сомноленція. Загально мозкових явищ не спостерігалось. В анамнезі у хворого ТІА. При КТ голови, через 12 годин з моменту захворювання визначається область зниженої щільності речовини головного мозку.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Ішемічний атеротромботичний інсульт.
- В. Ішемічний кардіоемболічний інсульт.
- С. ТІА.
- Д. Мігренозний інсульт.
- Е. Лакунарний інфаркт.

49. У хворого, 54 років, на тлі пароксизму фібриляції передсердя несподівано розвинулася моторна афазія у стадії виражених розладів, а через 15 хвилин розвинувся генералізований епілептичний напад, який поновлювався в наступні дні. У неврологічному статусі загально мозкові та менінгеальні симптоми не визначаються.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Ішемічний кардіоемболічний інсульт.
- В. Ішемічний атеротромботичний інсульт.
- С. Субарахноїдальний крововилив.

- Д. Внутрішньомозковий крововилив.
- Е. ТІА.

50. У хворого, 68 років, після шлункової кровотечі і значного зниження АТ (80/40 мм рт.ст.) розвинулися правосторонній виражений геміпарез, гемігіпестезія, моторна афазія, пригнічення свідомості. Загально мозкові симптоми не спостерігалися.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Гемодинамічний ішемічний інсульт.
- В. Кардіоемболічний ішемічний інсульт.
- С. Атеротромботичний ішемічний інсульт.
- Д. Лакунарний ішемічний інсульт.
- Е. ТІА.

51. У хворого, 36 років, з мігренню, після важкого нападу мигренозного болю, розвинулась гомонімна геміанопсія, яка суттєво регресувала впродовж 3-х тижнів. На КТ на 4-у добу захворювання визначалося гіподенсивне вогнище речовини головного мозку.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Мігренозний інсульт.
- В. Мігрень з аурою.
- С. ТІА.
- Д. Ішемічний тромбоемболічний інсульт.
- Е. Ішемічний лакунарний інсульт.

52. У пацієнта, 36 років, з печінковою недостатністю, після прийому алкоголю розвинулися протягом доби порушення свідомості - сопор, правосторонній геміпарез, менінгеальний синдром. Після проведення дезінтоксикаційної, протинабрякової та метаболічної терапії впродовж подальших 7 днів вогнищеві, загально мозкові та менінгеальні симптоми регресували.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Токсична енцефалопатія.
- В. Мозковий ішемічний інсульт.
- С. Мозковий геморагічний паренхіматозний інсульт.
- Д. Розсіяний склероз
- Е. Субарахноїдальний крововилив.

53. У хворого, 56 років, що переніс інфаркт міокарду, в активний час доби, під час фізичного навантаження несподівано розвинулася плегія руки, легка гіпоалгезія в правій нозі. Хворий розгальмований, збуджений.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Кардіоемболічний інсульт в передній мозковій артерії
- В. Кардіоемболічний інсульт в середній мозковій артерії.
- С. Кардіоемболічний інсульт у вертебробазиллярній артерії.

- Д. Кардіоемболічний інсульт в хребетній артерії.
- Е. Кардіоемболічний інсульт у базилярній артерії.

54. У пацієнта, 70-ти років, після сну на тлі підвищеного АТ 160/100 мм рт.ст. розвинувся кірковий парез погляду (поворот голови і співдоружне відхилення очей вліво), правосторонній центральний геміпарез, який впродовж 4-го годин наріс до плегии, правостороння гемігіпоалгезія

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Атеротроботичний ішемічний інсульт в середній мозковій артерії
- В. Атеротроботичний ішемічний інсульт в передній мозковій артерії.
- С. Атеротроботичний ішемічний інсульт у вертебробазилярній артерії.
- Д. Атеротроботичний ішемічний інсульт в хребетній артерії.
- Е. Атеротроботичний ішемічний інсульт у базилярній артерії.

55. У жінки, 48-ми років, з ДДП-хребта на тлі підвищеного АТ до 160/100 мм рт.ст. після сну розвинулися: диплопія і слабкість в лівих кінцівках. У неврологічному статусі визначається: птоз правої повіки, розбіжна косоокість і мідріаз справа. Контрлатерально (ліворуч) визначається центральний геміпарез, центральне ураження VII, XII пар черепних нервів.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Ішемічний інсульт у вертебробазилярній системі.
- В. Ішемічний інсульт в передній мозковій артерії.
- С. Ішемічний інсульт в основному стволі середньої мозкової артерії.
- Д. Ішемічний інсульт в хребетній артерії.
- Е. Ішемічний інсульт у базилярній артерії.

56. У хворого 49-ти років, що переніс спінальний інсульт, розвинувся нижній в'ялий парапарез, тотальна анестезія в нижніх кінцівках Th10, порушення функції тазових органів : періодичне нетримання сечі.

Синдром закупорки, якій артерії спинного мозку визначається у хворого?

- А. В а.Адамкевича.
- В. В передній спинномозковій артерії.
- С. В артерії шийного потовщення.
- Д. В нижній додатковій корінцево-спинномозковій артерії.
- Е. В задній спинномозковій артерії.

57. У пацієнта, 18-ти років, під час лікування в кардіологічному відділенні з приводу бактерійного ендокардиту несподівано, на тлі емоційної напруги, розвинувся генералізований судорожний випадок. Після нападу в неврологічному статусі визначалися парез м'язів обличчя та язика справа, центральний правосторонній геміпарез, переважаючий в руці.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Емболічний інсульт в кіркових гілках середньої мозкової артерії.
- В. Емболічний інсульт в кіркових гілках задньої мозкової артерії.

- С. Лакунарний інфаркт в стволі головного мозку.
- Д. Епілепсія, генералізований напад.
- Е. Емболічний інсульт у базилярній артерії.

58. У хворого 70-ти років після оперативного втручання і значного зниження АТ розвинулися центральний геміпарез, гемігіпоалгезія справа та моторна афазія.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Гемодинамічний інфаркт в руслі середньої мозкової артерії.
- В. Гемодинамічний інфаркт в передній мозковій артерії.
- С. Гемодинамічний інфаркт в а.Гейбнера.
- Д. Гемодинамічний інфаркт у базилярній артерії.
- Е. Гемодинамічний інфаркт в задній мозковій артерії.

59. Пацієнт 45-ти років захворів гостро. На вулиці несподівано відчув запаморочення, слабкість, впав. Свідомість не втрачав. Під час огляду: свідомість збережена, блідість обличчя, пульс аритмічний, ЧСС- 98, АТ 150/100 мм рт.ст. Спонтанний горизонтальний ністагм, дисфонія, дисфагія, дизартрія, правосторонній центральний геміпарез, м'язова гіпотонія в правих кінцівках. Впродовж подальшої доби розвинувся сопор. Менінгеальні симптоми не визначаються.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Кардіоемболічний інсульт в стволі головного мозку.
- В. Атеротромботичний інсульт в стволі головного мозку.
- С. Гемодинамічний інсульт в стволі головного мозку.
- Д. Субарахноїдальний крововилив базальної локалізації.
- Е. ТІА.

60. Хвора, 20-ти років, захворіла гостро, під час зайняття в спортивному залі. Відчула різкий "удар" в голову, швидко приєднався інтенсивний головний біль, нудота, багатократна блювота, в подальшому приєдналося порушення свідомості. У неврологічному статусі: сомнолентна, сухожилкові рефлексі S=D, двосторонній патологічний рефлекс Бабинського, парези в пробі Барре не визначаються. Виражені симптоми: ригідність потиличних м'язів, Кернига з двох сторін, Брудзинського.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Субарахноїдальний крововилив.
- В. Внутрішньомозочковий крововилив.
- С. Паренхіматозний крововилив.
- Д. Мігренозний інсульт.
- Е. Тромбоемболічний ішемічний інсульт.

61. У хворой несподівано виник сильний головний біль, порушилася свідомість до рівня сопору. У неврологічному статусі визначається ригідність м'язів потилиці і світлобоязнь.

Передбачається, що проведена ангіографія виявить:

- А. Мішкovidну аневризму.
- В. Потиличну астроцитому.
- С. Менингеому в області клиновидної кістки.
- Д. Ішемічний інсульт.
- Е. Аденому гіпофіза

62. Препаратом вибору для відновлення прохідності судинного русла при ішемічному інсульті є:

- А. Актилізе.
- В. Фраксипарин.
- С. Гепарин.
- Д. Варфарін.
- Е. Плавікс.

63. При лікуванні хворого з ішемічним інсультом для поліпшення властивостей реологій крові препаратом вибору може бути:

- А. Трентал.
- В. Ноотропіл.
- С. Емоксипін.
- Д. Еуфіллін.
- Е. Манітол.

64. У жінки, 56 років, без видимих причин виникла прогресуюча слабкість в дистальних відділах рук, незручність при виконанні диференційованих рухів, схуднення кінцівок. У неврологічному статусі: гіпотрофія м'язів мови, гіпотрофія м'язів рук та верхнього плечового поясу, фасцикуляції, сухожилкові рефлексі верхніх кінцівок високі, рефлексогенні зони розширені, чутливих і тазових порушень немає.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- А. Бічний аміотрофічний склероз, шийно-грудна форма.
- В. Спонділогенна цервикальна мієлопатія.
- С. Пухлина спинного мозку.
- Д. Інтоксикаційна мієлопатія.
- Е. Бульбоспинальна аміотрофія Кенеді.

65. У пацієнта після операції з приводу остеомієліту і тривалого субфебрилітету розвинулися порушення мови - моторна афазія та епілептичні напади, приєдналися зміни поведінки - розгальмованність, головний біль, блювота. Очне дно: застійні диски зорових нервів. КТ: в правій лобовій долі визначається гіподенсивне вогнище з мас-ефектом.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- А. Абсцес мозку.
- В. Ішемічний інсульт.
- С. Геморагічний інсульт.

- D. Пухлина мозку.
- E. Гнійний менінгіт.

66. У пацієнта з хронічним синуситом розвинулася лихоманка, головний біль розпираючого характеру, блювота, тахікардія, офтальмоплегія, набряк і ціаноз верхньої частини обличчя, основи носа, фотофобія. Справа визначається екзофтальм, хемоз. Очне дно: крововилив в сітківку, набряк дисків зорових нервів. КТ: гіперденсивні та гіподенсивні вогнища в проекції правого запалого синуса.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Септичний тромбоз запалого синуса.
- B. Ішемічний інсульт.
- C. Геморагічний інсульт.
- D. Гнійний менінгіт.
- E. Субдуральна емпієма.

67. Після повернення з відрядження (Далекий Схід) у пацієнта різко підвищилась температура тіла до 40°C, приєдналися: озноб, сильна цефалгія, блювота, болі в м'язах, гіперемія обличчя, шиї, кон'юнктиви, порушення свідомості - оглушеність, виражені менінгеальні симптоми, приєднався в'ялий параліч плечового поясу, проксимальних відділів рук, "звисаюча шия". У ЦСР: помірний лімфоцитарний плеоцитоз, високий вміст білку. Серологічна реакція РЗК - позитивна.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Кліщовий енцефаліт.
- B. Герпетичний енцефаліт
- C. Епідемічний енцефаліт.
- D. Гостра полінейропатія Гійєн-Барре.
- E. Японський енцефаліт.

68. У пацієнта після 2-х тижнів хвороби, що проявилася субфібрильною температурою, вираженою астеноїєю та патологічною сонливістю, приєднався акинетико-ригідний синдром.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Епідемічний енцефаліт.
- B. Кліщовий енцефаліт.
- C. Герпетичний енцефаліт.
- D. Японський енцефаліт.
- E. Цитомегаловірусний енцефаліт.

69. У дитини, 5 років, на тлі тривалого загального погіршення здоров'я, зниження апетиту, денної сонливості, субфебрилітету розвинувся головний біль, неспокійний сон, блювота, підвищилася температура до 38°C, приєдналися менінгеальні симптоми, генералізовані судорожні напади,

окорухові розлади. У лікворі: лімфоцитарний плеоцитоз (480 кл), зміст білку 10 г/л, низький вміст глюкози.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Туберкульозний менінгіт.
- B. Серозний менінгіт(Коксаки і ЕСНО).
- C. Герпетичний менінгіт.
- D. Гострий гнійний менінгіт.
- E. ОРЭМ.

70. У пацієнта гостро розвинулася лихоманка(38°-40°0С), головний біль, загальна слабкість, кашель, нежить, блювота, генералізовані судомні напади, порушення вищих мозкових функцій : сенсорна афазія, амнезія, менінгеальні симптоми. У лікворі: нейтрофільний плеоцитоз, помірне підвищення білку, помірне зниження рівня глюкози. ПЦР - позитивна. ДНК вірусу ВЗГ І.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Герпетичний енцефаліт.
- B. Кліщовий весняно-літній енцефаліт.
- C. Епідемічний енцефаліт.
- D. Цитомегаловірусний енцефаліт.
- E. Гострий гнійний менінгіт.

71. У дитини, 10 років, після переохолодження несподівано підвищилася температура до 40°С, виник різкий головний біль, що іррадіює в шию, спину, супроводжувався блювотою, приєдналася сонливість, сопор, виражений менінгеальний синдром, геморагічний висип на шкірі. У крові: нейтрофільний лейкоцитоз, значне збільшення ШОЕ. ЦСР: d>500 мм вод.ст., цитоз 10000 в 1 мкл, вміст білку 10 г/л.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Гострий гнійний менінгіт.
- B. Менінгіт Коксаки-ЕСНО.
- C. Туберкульозний менінгіт.
- D. Герпетичний менінгіт.
- E. ГРЕМ.

72. У дитини, 12 років, гостро піднялася температура до 39°С, приєднався сильний головний біль розпираючого характеру, багатократна блювота. Об'єктивно: гиперимия обличчя, блідий носогубний трикутник, герпетичні висипання на губах, петехіальний висип. У крові: зрушення лейкоцитарної формули вліво, ШОЕ 40 мм/г, ліквор : лімфоцитарний плеоцитоз.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Серозний менінгіт (Коксаки-ЕСНО).
- B. Гострий гнійний менінгіт.
- C. Туберкульозний менінгіт.
- D. Герпетичекий менінгіт.
- E. ГРЕМ.

73. У дитини, 7 років, що переніс в ранньому дитячому віці кір, розвинулися виражені прояви астенії, дратівливість, агресивна поведінка, порушення почерку, дизартрія, порушення координації, міоклонії, зниження інтелекту, приєдналися генералізовані судоми, атрофія зорових нервів, вегетативна нестабільність, паралічі. МРТ - генералізована кіркова атрофія.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Паненцефаліт.
- B. Розсіяний склероз.
- C. Кірково-підкіркова мультифокальна дегенерація.
- D. Прогресуючий коровий енцефаліт.
- E. ГРЕМ.

74. У пацієнтів, 52 років, гостро розвинулися головний біль, запаморочення, астенія, порушення сну, в подальшому приєдналися психічні розлади, зорові розлади та атаксія мозочка, швидко прогресуюча кірково-підкіркова деменція і миоклопии. Кров: ШОЕ 56. ЕЕГ: високоамплітудні трифазні гострі хвилі на тлі уповільнення електричної активності. Через 4 місяці настав летальний кінець. Біопсія мозку : присутність PrP у бляшках.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Хвороба Крейцфельда-Якоба
- B. Паненцефаліт.
- C. Пухлина мозку.
- D. ГРЕМ.
- E. Кірково-підкіркова мультисистемна деменція.

75. У пацієнта, 24 років, розвинулася гостро лихоманка, головний біль, блювота, сплутана свідомості, генералізовані епіприпадки. Приєднався центральний тетрапарез, окорухові розлади, бульбарний синдром, провідникові розлади чутливості, менінгеальні симптоми. На тлі лікування загальнономозкові та вогнищеві симптоми впродовж місяця регресували. ЦСР - лімфоцитарний плеоцитоз, підвищення білку. МРТ - мультифокальні зміни у білій речовині півкуль мозку, мозочка, стволі.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. ГРЕМ.
- B. Розсіяний склероз.
- C. Стволовий енцефаліт Біккерстафа.
- D. Гнійний менінгіт.
- E. Гостра атаксія мозочка Вестфал-Лейдена.

76. У дитини, 10 років, на тлі загальноінфекційних симптомів виникли парестезії і болі в спині, що іррадіюють в шийний відділ і нижні кінцівки, приєднався нижній центральний парапарез, провідникові порушення чутливості, періодичне нетримання сечі, швидко розвинулися пролежні. ЦСР: нейтрофільний плеоцитоз, підвищений вміст білку.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Гострий мієліт.
- B. Епідуральний абсцес.
- C. Пухлина спинного мозку.
- D. Розсіяний склероз.
- E. Розсіяний енцефаломієліт

77. У дитини, 9 років, розвинулися шлунково-кишкові розлади, головний біль, лихоманка, погіршення здоров'я, на 4-й день приєдналися в'ялі асиметричні паралічі, переважно в проксимальних відділах нижніх кінцівок : м'язова атрофія, арефлексія, без порушень чутливості.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Поліомієліт.
- B. Полінейропатія Гійєн-Барре.
- C. Ботулізм.
- D. Поперечений мієліт.
- E. Переважаюча порфірія.

78. У пацієнта, 50 років, виникли нападopodobні болі в ногах тривалістю до декількох годин, "штампуюча" хода. У неврологічному статусі: зміна форми зіниць, анізокорія, в'яла реакція на світло, відсутність ахіллових і колінних рефлексів, сенситивна атаксія. ЦСР - позитивні серологічні реакції.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Сухотка спинного мозку.
- B. Прогресуючий параліч.
- C. Пухлина спинного мозку.
- D. Поперечний мієліт.
- E. Атаксія Фрідрейха.

79. У жінки, 20 років, після пологів виникла диплопія, хиткість при ходьбі. У неврологічному статусі: диплопія при погляді вправо, збіжна косоокість справа, статична, динамічна атаксія, гіперметрія, асинергія, інтенційне тремтіння. Окуліст: концентричне звуження полів зору. МРТ: в перивентрикулярному просторі зони підвищеної інтенсивності сигналу.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Розсіяний склероз.
- B. ГРЕМ.
- C. Сухотка спинного мозку.
- D. Паненцефаліт.
- E. Пухлина мозочка.

80. У пацієнта, 32 роки, після стресу розвинулися швидко прогресуюче зниження гостроти зору, хиткість при ходьбі, імперативні позиви. У неврологічному статусі: посилені сухожилкові рефлекси, розширені

рефлексогенні зони, 2-х сторонні патологічні рефлекси стоп, сенситивна атаксія. На очному дні: збліднення скроневих половин дисків зорових нервів.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Розсіяний склероз.
- B. ГРЕМ.
- C. Пухлина мозку.
- D. Паненцефаліт.
- E. Оптикохіазмальний лептоменінгіт.

81. Пацієнт, 36 років, скаржиться на слабкість в нижніх кінцівках, швидку стомлюваність при ходьбі, хиткість при ходьбі, порушення мови. Хворіє близько 5 років, перебіг захворювання ремітуюче. У неврологічному статусі: горизонтальний ністагм, нижній центральний парепарез : колінні та ахіллові рефлекси посилені, розширені рефлексогенні зони, патологічні рефлекси стоп, скандована мова, статична, динамічна атаксія. У анамнезі: лікувався у окуліста з приводу ретробульбарного неврити зорового нерва.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Розсіяний склероз.
- B. Міастенія.
- C. Поперечний мієліт.
- D. БАС.
- E. Паненцефаліт.

82. У пацієнта на тлі стихання симптомів гострого отиту розвинулася лихоманка, головний біль, блювота, порушення свідомості, менінгеальні знаки, правосторонній центральний геміпарез. ЦСР: без патології. КТ: мастоїдит. МРТ з контрастуванням: в субдуральному просторі лобової долі - дефект наповнення : дельта ознака.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Субдуральна емпієма.
- B. Гнійний менінгіт.
- C. Абсцес мозку.
- D. Гострий енцефаліт.
- E. Тромбоз печеристого синуса.

83. Хворий, 32 роки, захворів гостро, 2 дні тому, коли з'явилися катаральні явища, сухий кашель, головний біль, температура 38,5°C. Звернувся до дільничного лікаря, поставлений діагноз: ГРВІ. Призначено лікування. На 2-й день хвороби з'явився геморагічний зірчастий висип на стегнах, сідницях, наріс головний біль. Госпіталізований. Об'єктивно: ригідність шийних м'язів, позитивний с-м Керніга під кутом 90°. LP: каламутна, цитоз 2 тис., нейтрофільний плеоцитоз, білок 10 г/л, глюкоза 1,0 мкмоль/л.

Поставте попередній діагноз.

- A. Менінгококовий менінгіт.
- B. Пневмококовий менінгіт.

- C. Туберкульозний менінгіт.
- D. Епідемічний енцефаліт.
- E. Коровий енцефаліт.

84. Хворий, 20 років, знаходиться на лікуванні в пульмонологічному відділенні з приводу пневмококової пневмонії. На 3-й день хвороби на руках, слизових оболонках рота з'явилися мілкопапульозні висипання. З'явився головний біль розпираючого характеру. Об'єктивно: сомнолентен. Ригідність задньошийних м'язів +6 см, с-м Кернига під кутом 90°. LP: ЦСР витікає під високим тиском, каламутна, нейтрофільний плеоцитоз (1000 кл/1мкл).

Поставте попередній діагноз.

- A. Пневмококовий менінгіт.
- B. Менінгококовий менінгіт.
- C. Гнійний менінгіт невідомої етіології.
- D. Серозний менінгіт.
- E. Туберкульозний менінгіт.

85. Хворий, 25 років, 3 дні хворіє ГРВІ. Відчув себе погано на тлі високої температури 38,5°C, з'явився інтенсивний головний біль розпираючого характеру. Після прийому парацетамолу головний біль не пройшов. На висоті головного болю з'явилася блювота, що не приносить полегшення. Госпіталізований ШМД. Об'єктивно: обличчя гіперемійована, склери ін'єктовані, блідість носогубного трикутника, ригідність задніх шийних м'язів +4см, с-м Кернига під кутом 160°. LP: ЦСР каламутна, тиск 180 мм вод.ст., лімфоцитарний плеоцитоз до 500 кл/1мкл.

Поставте попередній діагноз.

- A. Вірусний серозний менінгіт.
- B. Туберкульозний менінгіт.
- C. Гнійний менінгіт.
- D. Субарахноїдальний крововилив.
- E. Ішемічний інсульт.

86. Хворий, 26 років, захворів гостро: з лихоманкою до 38°C, головним болем, болем в горлі. На 2-у добу розвинувся нижній в'ялий парепарез, асиметричний з переважним ураженням дистальних відділів кінцівок. Порушення чутливості не виявлене.

Поставте попередній діагноз.

- A. Поліомієліт.
- B. Синдром Гійєна-Барре.
- C. Мієліт.
- D. Спинна сухотка.
- E. Хвороба Штрюмпеля.

87. Ви лікар швидкої допомоги. На виклику у хворого запідозрений менінгококовий менінгіт, менінгококцемія.

Яку групу препаратів найприйнятніше призначити хворому?

- A. Глюкокортикостероїди.
- B. Бактеріостатичні препарати.
- C. Бактерицидні препарати.
- D. НПЗП.
- E. Анальгін.

88. У хворого запідозрений поліомієліт. Необхідно провести диференціальну діагностику з поперечним мієлітом.

Головною ознакою диференціальної діагностики є:

- A. Переважне ураження передніх рогів спинного мозку при поліомієліті.
- B. Наявність спастичного паралічу.
- C. Відсутність чутливих порушень.
- D. Наявність центрального паралічу за відсутності порушень чутливості.
- E. При поліомієліті повне поперечне ураження спинного мозку.

89. До числа ускладнень гострих гнійних менінгітів, що часто зустрічаються, можна віднести:

- A. Епілептичні напади.
- B. Нейросенсорну туговухість.
- C. Деменція.
- D. Епілепсія.
- E. Абсцес мозку.

90. Хворий, 29 років, захворів гостро після перенесеної краснухи, через 5 днів. При огляді скарги на головний біль, одноразову блювоту "фонтаном". Об'єктивно: сомнолентен, дезорієнтований. СХР з рук D>S високі, з ніг D>S високі, клонуси стоп, патологічні знаки стоп Бабинського, Штрюмпеля, Пусеппа, Россолимо з 2-х сторін. Легка правостороння гемігіпоалгезія. Координаторні проби - мимопопадання. Проба на адіадохокінез позитивна. Ригідність задніх шийних м'язів +5см, с-м Кернига під кутом 150° з 2-х сторін.

Поставте попередній діагноз.

- A. Гострий розсіяний енцефаломієліт.
- B. Розсіяний склероз.
- C. Краснушний енцефаломієліт.
- D. Синдром Рейе.
- E. Туберкульозний менінгіт.

91. У пацієнтки розвинулися астенія, головний біль, порушення статевої функції, надмірне зростання частин тіла, що виступають, скороминуща гіперглікемія, бітемпоральна геміанопсія.

Назвіть синдром.

- A. Синдром акромегалоїдний.
- B. Синдром адипозогенітальної дистрофії.

- C. Синдром Іценко-Кушинга.
- D. Синдром Сімондса.
- E. Синдром Лоренса-Муна-Бідля.

92. У жінки після пологів розвинулося катастрофічне схуднення, порушення апетиту, випадання волосся, зубів, гіпотрофія статевих органів, згасання статевих функцій.

Назвіть синдром.

- A. Синдром Сімондса.
- B. Синдром Шихана.
- C. Синдром Іценко-Кушинга.
- D. Синдром Лоренса-Муна-Бідля.
- E. Синдром нецукрового діабету.

93. Під час поїздки в транспорті у молодій жінки несподівано розвинулися легке затьмарення свідомості, запаморочення, шум і дзвін у вухах, похолодання рук і ніг.

Поставте попередній діагноз.

- A. Ліпотимія.
- B. Проста непритомність.
- C. Істерична непритомність.
- D. Кардіогенна непритомність.
- E. Абсанс.

94. Під час перебування в задушливому приміщенні у пацієнта виникла нудота, затуманення зору, дзвін у вухах, блідість особи, порушення свідомості до хвилини.

Поставте попередній діагноз.

- A. Вазопресорна непритомність.
- B. Гіпервентиляційна непритомність.
- C. Синокаротидна непритомність.
- D. Никтурична непритомність.
- E. Кашлева непритомність.

95. У пацієнтки, після перебування на сонці, з'явилася дратівливість, необґрунтована втома, парестезії в ділянці обличчя, легка гемікранія поступово наростаюча пульсація, що провокується рухами голови, нудота, світлобоязнь. Подібні напади спостерігаються з 14 років.

Поставте попередній діагноз.

- A. Мігрень без аури.
- B. Мігрень з аурою.
- C. Головний біль напруги.
- D. Пучкова цефалгія.
- E. Панічна атака.

96. У пацієнта після стресу розвинулися зорові розлади: зигзаги, точки наростаючого характеру, що зберігаються близько 20 хвилин. У подальшому розвинулася гемікранія в лобово-скронево-очноямковій області. У анамнезі більше 10 подібних нападів.

Поставте попередній діагноз.

- A. Мігрень з типовою ауурою.
- B. Базиллярная мігрень.
- C. Ретинальная мігрень.
- D. Офтальмоплегічна мігрень.
- E. Артеріовенозна мальформація.

97. У чоловіка, 35-ти років, розвинувся впродовж 5 хвилин головний біль в області очного яблука, періорбітально, що супроводжується вегетативними проявами. Частота нападу - 1 напад в 2 дні, що виникають вночі в один і тойже час.

Поставте попередній діагноз.

- A. Пучковий головний біль.
- B. Головний біль напруги.
- C. Хронічна пароксизмальна гемікранія.
- D. Гангліоневралгія крилопіднебінного вузла.
- E. Невралгія трійчастого нерву.

98. Жінку турбує помірній інтенсивності, не залежна від фізичного навантаження, монотонного характеру головний біль. Іноді виникає відчуття "шолома" на голові, депресія. Число днів з таким головним болем близько 10 днів. Хворіє 4 роки.

Поставте попередній діагноз.

- A. Головний біль напруги.
- B. Пучковий головний біль.
- C. Мігрень без аури.
- D. Вегето-судинна дистонія.
- E. Субарахноїдальний крововилив.

99. У чоловіка, 55 років, розвинулися напади гострого, смикаючого болю тривалістю до 20 сек, що локалізуються в області кореня язика та мигдалин, що іррадіюють у вухо, кут нижньої щелепи. Іноді напади супроводжуються брадикардією, синкопальними станами. Біль провокується ковтанням.

Поставте попередній діагноз.

- A. Невралгія язикоглоткового нерву.
- B. Неприємність при ковтанні.
- C. Невралгія трійчастого нерва.
- D. Гангліоневралгія крилопіднебінного вузла.
- E. Больова м'язово-фасціальна дисфункція.

100. У пацієнтки розвинулися повторно виникаючі напади інтенсивного страху, що супроводжуються серцебиттям, пітливістю, ознобом, тремором, почуттям нестачі повітря, почастишенням пульсу 110 в мін, підйомом АТ 190/100 мм рт.ст, виражене запаморочення.

Поставте попередній діагноз.

- А. Панічна атака.
- В. Гіпертонічний криз.
- С. Напад пароксизмальної тахікардії.
- Д. Вестибулярний криз.
- Е. Істеричний припадок.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Неврология: учеб. для студ. / И. А. Григорова [и др.] ; под ред.: И. А. Григоровой, Л. И. Соколовой. - К. : ВСВ Медицина, 2016. - 680 с.
2. Неврология : учеб. пособие / С. М. Виничук [и др.] ; под ред. С. М. Виничука. - К. : Здоров'я, 2010. - 680 с.
3. Неврологія : нац. підруч. для студ. вищ. мед. нав. закл. IV рівня акредитації / І. А. Григорова [та ін.] ; за ред.: І. А. Григорової, Л. І. Соколової. - К. : ВСВ Медицина, 2014. - 640 с.
4. Триумфов А. В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы / А. В. Триумфов. – М. : "МЕДпресс-информ", 2014.- 264 с.
5. Шевага В. М. Невропатологія : підручник / В. М. Шевага, А. В. Паєнок, Б. В. Задорожна. - К. : Медицина, 2009. - 656 с.

Додаткова

1. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хворобу Паркінсона : Наказ МОЗ України від 17 серпня 2007 р. № 487. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070817_487.html
2. Белова А. Н. Клиническое исследование нервной системы / А. Н. Белова, В. Н. Григорьева, Н. И. Жулина. - М. : Москва, 2009. - 384 с.
3. Браславец А.Я. Невідкладна неврологія: навч. посібник (у таблицях). – Х.: Факт, 2005. – 152 с.
4. Виленский Б. С. Геморрагические формы инсульта / Б. С. Виленский. - С.-П. :Фолиант, 2008. – 72 с.
5. Виленский Б. С. Неотложные состояния в неврологии: руководство для врачей. – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2004. – 512 с.
6. Вишневский А. А. Спинной мозг : (клинические и патофизиологические сопоставления) / А. А. Вишневский, Н. В. Шулешова. – М. : Фолиант, 2014.-744 с.

7. Неврология : нац. руководство / под ред. Е. И. Гусева [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 686 с.
8. Зенков Л. Р. Эпилепсия: диагноз и лечение : руководство для врачей / Л. Р. Зенков. - М. : МИА, 2012. - 176 с.
9. Зенков Л. Р. Функциональная диагностика нервных болезней / Л. Р. Зенков. - М. : МЕДпресс-информ, 2013. - 488 с.
10. Крылов В. В. Нейрореанимация : практ. руководство / В. В. Крылов, С. С. Петриков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 172 с.
11. Крылов В. В. Хирургия геморрагического инсульта / В. В. Крылов. - М. : Медицина, 2012. - 336 с.
12. Лихтерман Л. Б. Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение / Л. Б. Лихтерман. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 488 с.
13. Холин А. В. Магнитно-резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы / А. В. Холин. - 2-е изд., испр. и доп. - Санкт-Петербург : Гиппократ, 2007. - 254 с.
14. Мументалер М. Дифференциальный диагноз в неврологии / М. Мументалер, К. Бассетти, К. Дэтвайлер. - 4-е изд. - Москва : МЕДпресс-информ, 2014. - 359 с.
15. Мументалер М. Неврология / М. Мументалер, Х. Маттле; пер. с нем.; под ред. О. С. Левина. - М. : МЕДпресс-информ, 2007. - 920 с.
16. Парфенов В. А. Ишемический инсульт / В. А. Парфенов. - М. : МИА, 2012. - 288 с.
17. Дуус П. Топический диагноз в неврологии. Пер. с нем. - М.: ИПЦ «Вазар-Ферро», 1996. - 400 с.
18. Скоромец А. А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы : рук. для врачей / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. - СПб. : Политехника, 2014. - 628 с.
19. Трошин В. Д. Неотложная неврология: рук. для врачей и студентов мед. вузов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. - 592 с.

20.Цинзерлинг В. А. Инфекционные поражения нервной системы / В. А. Цинзерлинг, М. Л. Чухловина. - С.-П. :ЭЛБИ-СПб, 2011. - 448 с.