



Т.І. ІЛЛЯШ

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, Київ

Особливості діагностичного пошуку на етапі топічної діагностики в практиці лікаря-невролога

Впровадження новітніх лабораторно-інструментальних методів обстеження неврологічних пацієнтів призвело до надмірного їхнього призначення ще на початковому етапі діагностичного пошуку та ігнорування ретельного проведення топічної діагностики хвороби. Однак своєчасне встановлення правильного топічного діагнозу звужує діагностичний пошук, запобігає проведенню зайвих обстежень, дає змогу виконати потрібне дообстеження, сприяє ранній діагностиці хвороби.

Мета роботи — підвищити ефективність топічної діагностики неврологічних захворювань шляхом визначення послідовності дій лікаря при встановленні топічного діагнозу в пацієнтів із периферичними, спинномозковими та церебральними клінічними синдромами, визначити особливості клінічних виявів цих синдромів.

Наведено приклади визначення топічного діагнозу у хворих із різною клінічною симптоматикою. Описано порядок дій лікаря при обстеженні пацієнтів із патологією окорухового та серединного нервів. Наголошено, що через перекриття зон іннервації одного нерва іншим часто виявляється не повна клінічна симптоматика ураження нервів, що ускладнює топічну діагностику та свідчить про важливість знання про ділянки автономної іннервації нервів. При аналізі виявлених парезів м'язів слід ураховувати явище спінального та церебрального дішизу. Слід визначити характер парезу м'язів (міотомний чи неміотомний), що відрізняє ураження передніх рогів спинного мозку від периферичних нервів. Наведено приклади встановлення топічного діагнозу у хворих із клінічними ознаками ураження спинного та головного мозку. Зазначено, що вогнищеві симптоми не завжди свідчать про локалізацію первинного вогнища, вони можуть бути результатом зміщення мозкових структур чи лікворо-динамічних розладів. Наголошено, що топічний діагноз є фундаментом для встановлення остаточного клінічного діагнозу, раціонального плану обстеження та лікування.

Ключові слова: ієрархія мозкових структур, топічний діагноз, периферичні, спинномозкові, церебральні клінічні синдроми, дішиз.

Якщо драбина приставлена не до тієї стіни, то скільки б сходинок ви не здолали, все одно прийдете не туди.

Стівен Кові

Останні десятиліття ознаменувалися впровадженням у клінічну неврологічну практику високоінформативних інструментальних методів обстеження пацієнтів. Лікар має призначити їх після встановлення топічного діагнозу, що дає змогу скерувати обстеження хворих у потрібному напрямі, звужує діагностичний пошук, запобігає проведенню зайвих обстежень. Незважаючи на великі можли-

вості лабораторно-інструментальних методів обстеження та їхню значну роль у встановленні клінічного діагнозу, топічна діагностика залишається основою неврології, є обов'язковим етапом діагностичного процесу й має передувати призначенню додаткових методів обстеження пацієнтів. Тому перед лікарем постає важливе завдання — правильно провести топічну діагностику неврологічних порушень.

Під час топічної діагностики важливо врахувати функціональні взаємозв'язки між корою, підкіркою та спинним мозком, які ґрунтуються на принципах субординації, тобто філогенетично нижчі нервові рівні підпорядковані вищим. Отже, існує ієрархія нервових структур, згідно з якою давні нервові утворення гальмуються всіма вищими відділами [2, 5]. Знання цих особливостей має важливе значення для розуміння багатьох симптомів, які виявляють під час обстеження неврологічних пацієнтів. Зосередження функцій регуляції у вищих відділах центральної нервової системи виявляється тим, що сигнали від кори великих півкуль надходять до сегментарних апаратів спинного мозку та мозкового стовбура. Отримавши ці сигнали, сегментарні апарати направляють їх через структури периферичної нервової системи до виконавчих органів. Сегментарний (сегментарно-рефлекторний) апарат спинного мозку — це сіра речовина сегмента й волокна, що забезпечують міжсегментарні зв'язки. Через передні та задні корінці сегментарний апарат має зв'язок із зовнішніми подразниками і здійснює метамерну іннервацію різних тканин людини (дерматом, міотом, склеротом, спланхнотом). Сегментарним апаратом у стовбурі мозку є чутливі, рухові та вегетативні ядра черепних нервів, а також корінцеві волокна, що відходять від цих ядер у межах стовбура. Розуміння ієрархічної організації нервової системи має важливе значення для клінічної неврології. Оскільки кіркові відділи головного мозку гальмують діяльність сегментарних апаратів, у разі пошкодження вищих мозкових центрів сегментарні апарати як нижчі, еволюційно давніші структури, починають виявляти свою діяльність. Так, якщо в пацієнта виявлено гіперрефлексію глибоких рефлексів, це свідчить про ураження пірамідних шляхів вище за рівень замикання їхніх рефлекторних дуг, діяльність яких розгальмовується та спричиняє підвищення рефлексів. Поява рефлексів орального автоматизму, насильницького сміху чи плачу вказує на порушення зв'язків між корою головного мозку та стовбуром. Знання філогенетичних особливостей нервової системи дає змогу неврологам точно визначати рівень ураження, тобто встановити топічний діагноз.

Топічний діагноз вказує на локалізацію патологічного процесу в нервовій системі. Він відповідає на запитання «Що уражено?». Топічний діагноз установлюють на підставі скарг пацієнта, даних анамнезу та неврологічного статусу після ретельного аналізу даних неврологічного дослідження. Обстежуючи пацієнта, лікар діє послідовно. Спочатку збирає скарги пацієнта, дані анамнезу життя й анамнезу хвороби. Визначає як перебігає процес (як швидко формуються клінічні ознаки, регресують чи підсилюються тощо). Далі лікар ретельно досліджує неврологічний статус. Отримавши низку клінічних симптомів, він групує їх у клінічний синдром, оскільки при встановленні діагнозу слід

орієнтуватися не на одну клінічну ознаку, а на їхню комбінацію.

Клінічний синдром — це одночасна наявність кількох симптомів, зумовлених патологічним процесом відповідної локалізації. Він вказує на ураження певного відділу нервової системи, відображує топічний діагноз.

Після виявлення неврологічної симптоматики лікар має визначити, отримані симптоми є органічними чи функціональними або це ознаки вогнищеві чи дифузні, чи є вони симптомами випадіння чи симптомами подразнення. Функціональні неврологічні розлади — це стани, зумовлені порушенням функцій нервової системи без наявності в ній вогнища ураження. Психогенні неврологічні розлади потенційно є зворотними. Можуть бути спричинені стресом, мають зв'язок з депресією, тривогою, складними життєвими подіями або складними взаємовідносинами між людьми. Зазвичай пацієнти з функціональними симптомами скаржаться на головний біль, біль у різних частинах тіла, втому, загальну слабкість, запаморочення, депресію. Функціональні симптоми можуть імітувати органічні розлади (параліч м'язів, сліпота, порушення мови, ходи, судоми, мимовільні рухи тощо). Досвідчені лікарі відразу відзначають, що ці ознаки не вкладаються в класичні неврологічні картини. Зазвичай функціональні симптоми зменшуються, коли пацієнт відволікається. Тремор може змінювати частоту, хода часто має химерний характер, судоми тривають довше, ніж у разі епілепсії, тощо.

Наявні органічні ознаки можуть бути вогнищевими або дифузними. Органічні вогнищеві симптоми вказують на локалізацію патологічного процесу. Вони бувають при одновогнищевому процесі (пухлина, чи інсульт) або багатовогнищевому, коли одночасно можуть виявлятися, наприклад, симптоми ураження півкуль головного мозку, стовбура, чи мозочка (енцефаліт, розсіяний склероз, гострий розсіяний енцефаломієліт). Проте поява вогнищевих симптомів може бути пов'язана не лише з певною локалізацією, пошкодженням певної ділянки, а й зі зміщенням мозкових структур із ліквородинамічними розладами. Зміщення мозкової тканини супроводжуються компресією судин, лікворних шляхів і нервових структур, що може призвести до виникнення так званих хибнолокалізаційних синдромів — клінічних виявів, які не відповідають локалізації первинного патологічного вогнища. Одним із найпоширеніших прикладів є медіальна скронево-тенторіальна дислокація, при якій гачок парагіпокампулярної звивини зміщується під намет мозочка та стискає структури середнього мозку [6]. Класичним синдромом є компресія III пари черепних нервів з появою анізокорії, мідріазу, птозу верхньої повіки та порушення рухів очного яблука [3]. При подальшому зміщенні виникає компресія ніжки мозку. У типовому випадку формується контралатеральний геміпарез. Однак при притис-

канны протилежної ніжки мозку до краю намету мозочка може виникати також іпсилатеральний щодо первинного вогнища геміпарез, що також є класичним прикладом хибнолокалізаційного синдрому [4, 6]. У таких випадках лікар має ретельно зібрати анамнез хвороби, щоб виявити, які ознаки були першими й в якій послідовності з'являлись інші симптоми. Дифузні ураження півкуль головного мозку пов'язані з поширеною патологією. Вони можуть виникати в результаті токсичних або дисметаболических процесів за відсутності окремих вогнищевих симптомів (при хронічних інфекціях, інтоксикаціях).

Існує багато неврологічних розладів, які можна віднести до таких груп.

Симптоми випадіння функцій нервової системи. Це сталі симптоми, що з'являються при руйнуванні тієї чи іншої ділянки нервової системи. Це негативні симптоми, вони характеризуються втратою або зниженням функцій (парези, гіпестезія, атаксія).

Симптоми подразнення. Непостійні. Це позитивні симптоми, плюс-симптоми, що виникають унаслідок подразнення нервової системи. Їх супроводжують нові ознаки, наприклад парестезії, судоми, тремтіння, гіперкінези, зорові чи слухові галюцинації.

Симптоми вивільнення. Це симптоми зняття стресу — різкі перепади настрою, підвищена дратівливість, безсоння, панічні атаки, тремтіння кінцівок, головний біль, емоційне та фізичне виснаження, що виникає після тривалого перенапруження. Їхні фізичні вияви — це серцебиття, приливи жару, запаморочення, коливання тиску, шлункові спазми, зміна апетиту тощо.

Обстеження неврологічного статусу проводять з обов'язковим аналізом отриманих результатів. Якщо лікар виявив парез м'язів, він має встановити його характер (центральный, периферичний чи змішаний), що дає змогу шукати ураження на рівні певного рухового нейрона. Якщо виявлено порушення чутливості, то це також потребує визначення типу чутливих розладів (периферичний, сегментарний чи провідниковий). У разі наявності гіперкінезів, атаксії, афазії чи геміанопсії слід визначити їхній вид. При визначенні характеру парезу м'язів ураховують феномен спінального та церебрального діашизу.

Діашиз — це порушення функції ділянки нервової системи, розташованої на відстані від первинного основного вогнища ураження, але функціонально з ним пов'язаної. Наприклад, при гострій патології спинного мозку (найчастіше в разі травми та спінального інсульту) нижче за рівень ураження виникає спінальний шок, тимчасово гальмується діяльність рефлексорних дуг, глибокі рефлексії та м'язовий тонус знижуються. У такому разі центральна плегія нагадує в'ялу. За принципом центрального діашизу в головному мозку виникають порушення не лише в зоні первинного вогнища, а

й у ділянках, розташованих на відстані від нього. Наприклад, дзеркальні інфаркти в півкулях чи перехресні пошкодження в мозочку при півкульному інсульті тощо. Інфаркт верхнього та середнього відділів мосту спричиняє появу перехресного понтинно-мозочкового діашизу з виникненням вогнища ішемії в півкулі мозочка, контралатеральний щодо первинного понтинного інфаркту [8].

У разі виявлення периферичних парезів м'язів слід визначити характер розподілу м'язової слабкості (міотомний чи неміотомний) й атрофій. Оскільки сплетення становить складне переплетення волокон, що йдуть від різних сегментів, волокна від одного корінця потрапляють у різні периферичні нерви. Тому кожен периферичний нерв утворюється із волокон кількох корінців. Це пояснює, чому периферична іннервація не збігається зі сегментарною. Майже всі м'язи отримують нервові волокна не від одного, а від кількох сегментів. При ураженні переднього рогу страждають м'язи, що отримують сегментарну іннервацію від цього рогу. Наприклад, у разі ураження переднього рогу за наявності бічного аміотрофічного склерозу слабнуть м'язи певного міотому, що іннервуються одним спинномозковим сегментом. Наприклад, дельтоподібний і двоголовий м'язи плеча при ураженні передніх рогів страждають одночасно, бо вони отримують іннервацію від одних і тих самих сегментів (С5, С6). Однак вони іннервуються різними периферичними нервами (пахвовим і м'язово-шкірним відповідно). Тому при ураженні нервів слабкість цих м'язів буде різною. Крім того, при передньороговому ураженні дистальні відділи кінцівок страждають рідше. Частіше від парезу страждають проксимальні м'язи. Це відрізняє ураження передніх рогів від невротатій. Така діагностика потребує від лікаря знання про функції м'язів і сегменти, які їх іннервують.

Чому лікарю важливо визначити тип розладів чутливості? Бо кожен тип порушення чутливої функції вказує на ураження певних структур нервової системи. Якщо в пацієнта виявлено геміанестезію всіх видів чутливості, це може свідчити про ураження таламо-кіркового шляху на відрізок, де волокна загальної чутливості проходять компактно. Така патологія характерна для ураження внутрішньої капсули. Поліневритичний тип порушення чутливості вказує на множинне симетричне ураження периферичних нервів у дистальних відділах кінцівок, що притаманно поліневротатії. Виявлення в пацієнта анестезії лише больової та температурної чутливості за збереження тактильної, наприклад, у сегментах С5—Т10 з обох боків, зазвичай свідчить про ураження задніх рогів спинного мозку, що властиво для сирингомієлії.

Установлення топічного діагнозу потребує від лікаря знання основних симптомокомплексів та їхніх варіантів, що виникають при ураженні певних відділів нервової системи. Кожен із синдромів має унікальний набір клінічних ознак. Синдроми ура-

жень нервової системи поділяють на периферичні, спинномозкові та мозкові.

Периферичними синдромами є мононевритичний, поліневритичний, корінцевий та у разі пошкодження нервових сплетень. Особливістю периферичних синдромів є те, що за їхньої наявності ураження є локальнішим на відміну від ознак ураження центральної нервової системи, оскільки пошкоджуються окремі нерви, окремі корінці або сплетення. Такі синдроми часто супроводжуються болем, рідше — парестезіями. Може бути каузальний біль через подразнення симпатичних волокон. Периферичні синдроми супроводжуються низьким м'язовим тонусом, зниженням або відсутністю рефлексів. Як приклад можна навести послідовність дій лікаря при обстеженні хворого зі синдромом ураження окорухового нерва. Обстежуючи пацієнта з окоруховими розладами, слід деталізувати його скарги на диплопію. Це важливо, тому що диплопія завжди підсилюється, коли хворий дивиться у бік ураженого м'яза. За наявності патології III пари черепних нервів диплопія підсилюється під час погляду на близько розташований предмет, за наявності патології VI пари — при погляді вдалину, за наявності патології IV пари — під час погляду донизу. Слід оглянути пацієнта щодо наявності косоокості, екзофтальму, птозу верхньої повіки, мідріазу. Наявність парезу окорухових м'язів підтверджує обмеження або неможливість активних рухів очними яблуками в певні боки, відсутність конвергенції. Також обов'язковою є перевірка реакції зіниць на світло, конвергенцію та акомодацию. За наявності патології окорухового нерва виявляється розбіжна косоокість, око повернуте назовні та дещо донизу, бо функціонують зовнішній прямий і верхній косий м'язи. Око не рухається до середини, вгору та вниз, не конвергує, є параліч акомодации, екзофтальм, мідріаз, відсутність прямої та співдружньої реакції зіниці на світло. Проте така патологія виникає також при ураженні ядер нерва. Тому периферичні парези м'язів, що виникають при ураженні черепних нервів, слід диференціювати з пошкодженням ядер цих нервів. Зазвичай синдроми стовбура мозку мають множинний характер, а ізольовані симптоми частіше спричинені ураженням окремих нервів. При ядерному ураженні в ніжці мозку на рівні верхніх горбків чотиригорбкового тіла (локалізація ядер окорухового нерва) можуть виникати альтернувальні синдроми Вебера та Бенедикта. Крім того, при ядерному ураженні птоз верхньої повіки рідко спостерігається або виникає після появи інших окорухових розладів. Натомість у разі невротії симптоматика зазвичай починається з птозу. При ураженні ядер може бути парез контралатерального присереднього прямого м'яза з відхиленням ока назовні, оскільки цей м'яз отримує іннервацію від протилежного ядра. Визначаючи рівень ураження при патології окорухового нерва, слід урахувати,

що парасимпатичні волокна нерва, які іннервують зіницю, після виходу зі стовбура прилягають до нього зовні, тому першими уражаються в разі стиснення нерва пухлиною чи аневризмою задньої сполучної артерії [6]. Натомість при ішемічному ураженні нерва, наприклад, у пацієнтів із цукровим діабетом, частіше уражуються центрально розташовані соматичні моторні волокна, тоді як реакція зіниці може бути збереженою [1].

Прикладом периферичного синдрому може бути ураження серединного нерва в зап'ястковому каналі. Його особливістю є те, що, крім рухових, він має велику кількість чутливих і вегетативних волокон. Для ураження характерні чутливі, вегетативні порушення в зоні іннервації, вазомоторно-трофічні розлади (пекучий біль, каузалгія, ціаноз шкіри), слабкість згинання I, II та III пальців, обмеження пронації та згинання кисті, а також неможливість протиставити великий палець іншим. Однак частіше клінічна симптоматика є неповною, порушується лише згинання вказівного пальця та кінцевої фаланги великого пальця. Це пояснюється тим, що для надійності іннервації існує перекриття зони іннервації одного нерва зоною іншого нерва, особливо на руці, де сусідні нерви частково компенсують іннервацію ураженої ділянки [1, 7]. Такі змішані зони іннервації розташовані на межі сусідніх нервів й отримують подвійне або множинне чутливе забезпечення. У цих ділянках чутливі порушення при мононевропатіях менш виразні або можуть бути відсутні. У змішаній зоні перекриття, яка іннервується кількома нервами, при ураженні одного нерва краще зберігаються больова чутливість і сприйняття різких температурних впливів, гірше — тактильна чутливість та складні види чутливості. Зона вазомоторних розладів часто буде більшою, ніж зона шкірної іннервації. Перекриття зон іннервації стосується також корінців. Наприклад, при ураженні одного чи двох спинномозкових корінців порушення тактильної чутливості мінімальні. Дерматоми тактильної чутливості перекривають один одного ширше, ніж дерматоми больової та температурної чутливості. Тому при визначенні функції корінця зазвичай перевіряють больову й температурну чутливість. Для проведення топічної діагностики за наявності периферичних синдромів слід знати автономні зони іннервації нервів. Автономна зона — це ділянка шкіри, яка іннервується лише одним периферичним нервом. Її ураження супроводжується найвиразнішими симптомами випадіння та подразнення. Автономною зоною серединного нерва є кінчики I—III пальців кисті, ліктьового нерва — V палець, променевого нерва — тильна поверхня першого міжпальцевого проміжку [9].

Спинномозкові синдроми поділяють на сегментарні (при патології переднього, заднього та бічного рогу), провідникові (пошкодження провідних шляхів спинного мозку) і сегментарно-про-

відників (ураження поперечника та половини поперечника спинного мозку). Найчастіше ураження спинного мозку супроводжується тріадою: слабкість м'язів на рівні та/або нижче за рівень ураження, наявність чутливих розладів і порушень функції тазових органів. Сегментарні синдроми виникають у разі ураження сегментарного апарату спинного мозку. Це синдром ураження заднього рогу («сирингомієлітичний»), синдром переднього рогу («поліомієлітичний») та синдром ураження бічного рогу зі сегментарно-трофічними розладами (наприклад, синдром Горнера, порушення функції тазових органів за периферичним типом). Сегментарні розлади вказують на рівень патологічного процесу, провідникові порушення завжди виникають за наявності ураження центральної нервової системи. Порушення функції тазових органів, що спостерігають у клінічній практиці, частіше є провідниковими, коли порушується свідомо їхня регуляція при двобічному ураженні пірамідних шляхів. Під час проведення топічної діагностики важливо також пам'ятати, що в спинномозково-таламічному шляху особливе розташування чутливих волокон: зовні — волокна від нижніх сегментів, глибше — від сегментів, розташованих вище. Тому в разі часткового ураження зовнішніх волокон цього шляху можуть виявлятися порушення чутливості не в усіх сегментах, розташованих нижче, а лише в найнижчих. Можна помилково таке провідникове порушення чутливості вважати сегментарним (псевдосегментарний тип).

Прикладом сегментарно-провідникових розладів при ураженні спинного мозку є синдром Броуна-Секара. Симптоматика залежить від рівня ураження спинного мозку. У повному класичному вигляді цей синдром трапляється рідко. Частіше діагностують неповне ушкодження з асиметричними руховими та чутливими порушеннями: утрата рухової функції на боці ураження в м'язах, що мають однобічну кіркову іннервацію, та порушення поверхневої чутливості за провідниковим типом з протилежного боку.

Мозкові (церебральні) синдроми. Оскільки вищі мозкові функції відображують складну інтегративну діяльність мозку загалом, визначити точне місце ураження в корі головного мозку інколи складно. Мозкові синдроми дуже різноманітні. Часто симптоматику визначають за типом «гемі», буває і «монотип». Монопарез може бути із низьким м'язовим тонусом (кірковий тип ураження). Зниження м'язового тону та рефлексів може спричинити церебральний дішиз.

Приклад церебрального синдрому. У пацієнта виявлено симптоматику з обох боків. На лівому боці — дисоційований розлад больової та температурної чутливості на обличчі, параліч м'якого піднебіння й голосової зв'язки, синдром Горнера, мозочкова атаксія в лівих кінцівках. На протилежному боці — геміанестезія поверхневої чут-

ливості. Здається, що наявність таких множинних клінічних ознак може вказувати на те, що це ураження є багатоголищевим. Чи дійсно це так? Дисоційований розлад больової та температурної чутливості на обличчі може бути лише за наявності ураження ядра спинно-мозкового шляху трійчастого нерва, яке проходить через увесь мозковий стовбур. Однобічний параліч м'якого піднебіння та голосової зв'язки — результат ураження подвійного ядра в довгастому мозку на рівні нижніх олив. Таким чином, діагностичний пошук звужився до довгастого мозку. Наявність синдрому Горнера пояснюється ураженням симпатичних волокон також у довгастому мозку, бо через стовбур мозку від гіпоталамічної ділянки проходять симпатичні волокна, що прямують до ціліоспінального центру спинного мозку. Крім того, від мозочка через його нижню ніжку до довгастого мозку та нижніх олив проходять волокна, ураження яких спричиняє мозочкову атаксію на цьому боці. Пошкодження спинномозково-таламічного шляху в довгастому мозку спричинить появу провідникової геміанестезії з протилежного боку. Таким чином, незважаючи на наявність низки, на перший погляд, розрізаних симптомів, вогнище ураження одне. Топічний діагноз у пацієнта такий — ураження бічного відділу лівої половини довгастого мозку на рівні нижніх олив. Це класичний альтернувальний латеральний медулярний синдром, описаний у 1995 р. німецьким неврологом А. Валленбергом.

Проаналізуємо топічну діагностику за наявності ще одного варіанта церебральної патології. У хворого з підозрою на об'ємний процес головного мозку наявні сенсорна афазія, правобічна верхня квадрантна геміанопсія, періодичні слухові галюцинації. Чи є процес багатоголищевим? Наявність сенсорної афазії свідчить про ураження сенсорного мовного центру Верніке в задньому відділі верхньої скроневої звивини з лівого боку. Попереду від цього центру в межах верхньої скроневої звивини розташований кірковий центр слухової системи, подразнення якого призвело до появи періодичних слухових галюцинацій. Проте через верхній відділ скроневої звивини проходять від бічного колінчастого тіла до кіркового центру зорової системи волокна зорової променистості (петля Мейєра), пошкодження яких спричиняє появу верхньої правобічної квадрантно-геміанопсії. Таким чином, патологічний процес є одноголищевим і локалізується у верхньому відділі лівої скроневої частки головного мозку.

Будова нервової системи складна. Складність її будови вражає та захоплює. Переплетення волокон у сплетеннях, що забезпечує розміщення в периферичних нервах волокон від різних сегментів, часткові перехрестя багатьох провідних шляхів, досконалість системи присереднього поздовжнього пучка для здійснення функції погляду — це лише деякі приклади компенсаторних механізмів, результату

еволюції, спрямованого на вдосконалення функціонування нервової системи, запобігання її патології. Однак така будова нервової системи в разі патології спричиняє численні клінічні синдроми, незнання яких ускладнює топічну діагностику й потребує від

лікаря великої обізнаності з анатомією та фізіологією нервової системи, знання про взаємозв'язки різних її відділів. Водночас це спонукає до поглибленого вивчення пропедевтичної неврології, яка вчить, як установлювати топічний діагноз.

Конфлікту інтересів немає.

Література

1. Blumenfeld H. Neuroanatomy through Clinical Cases. 3rd ed. Sinauer Associates is an imprint of Oxford University Press. 2021. 1056 p. ISBN-10: 160535962.
2. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. Neurology in Clinical Practice. 8th ed. Elsevier; 2021.
3. Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL. Bradley's Neurology in Clinical Practice. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021. 2400 p. ISBN-10: 0323642616.
4. Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery. 10th ed. New York: Thieme Medical Publishers; 2023. 1990 p. ISBN-10: 1684205042.
5. Kandel ER, Koester JD, Mack SH, Siegelbaum SA. Principles of Neural Science. 6th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2021. 108 p. ISBN: 978-1-25-964224-1.
6. Ropper AH, Samuels MA, Klein JP, Prasad S. Adams and Victor's Principles of Neurology. 12th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2023. 1616 p. ISBN-10: 1264264526.
7. Standring S, editor. Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice. 42nd ed. London: Elsevier; 2020. 1606 p. ISBN-10: 0702077054.
8. Vynychuk SM, Fartushna OYe. Cerebrospinal and commissural diaschisis in acute stroke patients: case analysis. International Neurological Journal. 2018;5(99):20-25. doi: 10.22141/2224-0713.5.99.2018.142959.
9. Waxman SG. Clinical Neuroanatomy. 29th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2020. 384 p. ISBN-10: 1260452352.

T.I. ILLIASH

Bogomolets National Medical University

Features of diagnostic reasoning at the stage of topical diagnosis in neurological practice

The implementation of modern laboratory and instrumental methods in neurological practice has led to their excessive use at the early stages of diagnostic evaluation, often at the expense of thorough topical neurological diagnosis. However, timely establishment of an accurate topical diagnosis narrows the differential diagnostic process, prevents unnecessary investigations, guides further examinations appropriately, and contributes to early disease detection.

Objective — to improve the effectiveness of topical diagnosis in neurological disorders by determining the sequence of actions a physician should follow when establishing a topical diagnosis in patients with peripheral, spinal, and cerebral clinical syndromes, as well as to highlight the specific clinical manifestations of these syndromes. The article presents examples of establishing topical diagnoses in patients with various clinical manifestations. The sequence of clinical reasoning in patients with oculomotor and median nerve pathology is described. It is emphasized that, because of overlapping innervation zones between nerves, clinical manifestations of nerve lesions are often incomplete, which complicates topical diagnosis and highlights the importance of understanding autonomous zones of innervation.

The authors stress that the phenomena of spinal and cerebral diaschisis should be taken into account when evaluating muscle paresis. Determining whether muscle weakness follows a myotomal or non-myotomal pattern helps differentiate lesions of the anterior horns of the spinal cord from peripheral nerve pathology. Examples of establishing topical diagnoses in patients with clinical signs of spinal cord and brain lesions are also provided. It is noted that focal neurological symptoms do not always indicate the localization of the primary lesion, but may instead result from displacement of brain structures or disturbances in cerebrospinal fluid circulation.

The article emphasizes that topical diagnosis constitutes the foundation for establishing the final clinical diagnosis, developing a rational diagnostic strategy, and planning appropriate treatment.

Keywords: hierarchy of brain structures, topical diagnosis, peripheral clinical syndromes, spinal clinical syndromes, cerebral clinical syndromes, diaschisis.

ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

Илляш Т.І. Особливості діагностичного пошуку на етапі топічної діагностики в практиці лікаря-невролога. Український неврологічний журнал. 2026;2:48-53. doi: 10.30978/UNJ2026-2-48.

Illias T.I. (Features of diagnostic reasoning at the stage of topical diagnosis in neurological practice). Ukrainian Neurological Journal. 2026;2:48-53. <http://doi.org/10.30978/UNJ2026-2-48>. Ukrainian.