

Дополнительные методы исследования неврологических больных уточняют, подтверждают, иногда дают основной материал для установления топического, патогенетического и этиологического диагноза. При распознавании неврологического заболевания врачу приходится пользоваться всеми доступными и безопасными вспомогательными способами исследования, однако основная роль сохраняется за клинико-неврологическими методами.

Только после тщательного анализа клиники **решается вопрос**, нужно ли больному производить дополнительные исследования и какие именно. Выше указывалось на важность проведения люмбальной пункции, исследования ликвора, в частности различных серологических реакций. Это стало возможным в связи со значительным развитием иммунологии, бактериологии и вирусологии.

Кроме изучения ликвора важное значение имеют **электрофизиологические исследования**. Прежде всего остановимся на классической электродиагностике, вошедшей в клиническую практику уже в XIX в. Этим термином обозначают метод исследования реакций скелетных мышц и периферических нервов на [раздражение электрическим током](#). При поражении периферического двигательного нейрона эти электрические реакции имеют своеобразный характер. Существуют три особых синдрома изменения электровозбудимости мышц:

- 1) полная реакция перерождения (денервация);
- 2) частичная реакция перерождения;
- 3) количественное понижение электровозбудимости.

Эти данные электродиагностики позволяют в неясных случаях, во-первых, отличить поражение периферического нейрона от центрального, во-вторых, установить степень обратимости поражения периферического мотонейрона.

В классической электродиагностике применяют два вида тока: прерывистый (**фарадический**) и

постоянный (**гальванический**)

). Для проведения исследования используют универсальный электроимпульсатор. Включение мышцы или нерва исследуемого в электрическую цепь осуществляется с помощью двух электродов: один, нейтральный (пластинка из свинца площадью 150-300 см², толщиной 0,4—0,6 мм, покрытая чехлом), накладывают больному на спину или поясницу, другой, активный (пуговчатый с прерывателем), устанавливают на двигательную точку исследуемой

[мышцы](#)

. Перед

исследованием

все мягкие прокладки электродов обильно смачивают теплой водой или физиологическим раствором. Мышцы больного должны быть расслаблены. Вначале исследуют реакции на прерывистый ток (импульсный, частотой 100 Гц, длительность импульса 1 мс). Осуществляют это надавливанием и отпусканьем ключа на активном электроде.

Каждый раз при этом мышца сокращается, а после отпускания ключа (размыкание тока) приходит в состояние покоя. Если надавливание ключа продолжить (т. е. оставлять электрическую цепь замкнутой), мышца будет находиться в состоянии сокращения в течение всего времени действия тока. Такой тип реакции мышцы на прерывистый ток в электродиагностике называется тетанусом. Постепенно снижая силу фарадического тока, определяют по миллиамперметру тот минимальный ток, при котором мышца остается еще сокращенной, так называемый порог возбудимости мышцы на фарадический ток. Сокращение мышцы при воздействии фарадического тока указывает на отсутствие грубого нарушения ее функции.

Прочитать еще:

1) [Классификация эмфиземы](#)

2) [Клиническая картина при пневмонии](#)

3) [Лакунарная и гнойная ангина](#)