

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА НЕРВНЫХ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

**СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
С МЕТОДИКОЙ ОБСЛЕДОВАНИЯ
НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА РЕБЕНКА**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2011

УДК 616.8(091) (075.8)
ББК 56.12 я73
С92

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 25.05.2011 г., протокол № 9

Авторы: канд. мед. наук, ассист. Л. И. Ясинская; д-р. мед. наук, проф. А. С. Федулов; канд. мед. наук, доц. В. Г. Логинов; ассист. С. С. Русикевич

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. каф. детской неврологии Белорусской медицинской академии последипломного образования Е. Н. Ивашина; канд. мед. наук, доц. каф. неврологии и нейрохирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования К. А. Садоха

Схема написания истории болезни с методикой обследования неврологического статуса ребенка : учеб.-метод. пособие / Л. И. Ясинская [и др.]. – Минск : БГМУ, 2011. – 18 с.

ISBN 978-985-528-471-1.

В полном объеме изложена методика исследования неврологического статуса детей разного возраста. Приводится подробное описание сбора жалоб и анамнеза у родителей и ребенка, методов исследования высших мозговых функций, черепных нервов, двигательной и чувствительной сфер, вегетативной нервной системы, дополнительных методов исследования.

Предназначено для студентов 4 курса педиатрического факультета, врачей-интернов, клинических ординаторов.

УДК 616.8(091) (075.8)
ББК 56.12 я73

ISBN 978-985-528-471-1

© Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2011

**Образец оформления титульного листа
истории болезни**

Кафедра нервных и
нейрохирургических
болезней БГМУ,
заведующий кафедрой

История болезни №

Ф.И.О. больного _____

Возраст _____

Клинический диагноз, расшифрованный с указанием тяжести
болезни _____

Куратор / Ф.И.О. студента,
курс, группа, факультет _____

Преподаватель (ученая
степень, звание, Ф.И.О) _____

Паспортная часть

Паспортная часть содержит следующие сведения:

1. Ф.И.О. больного.
2. Возраст, дата рождения.
3. Домашний адрес.
4. Название детского коллектива, который посещает ребенок.
5. Дата поступления.
6. Дата курации.
7. Кем направлен больной (название лечебного учреждения).
8. Диагноз направившего учреждения.
9. Диагноз при поступлении.
10. Клинический диагноз:
 - а) основной;
 - б) осложнения;
 - в) сопутствующие заболевания.
11. Исход болезни: выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение.
12. Проведено койко-дней.

Жалобы

Всегда осмотру ребенка предшествует беседа с его родителями, в результате чего выясняются жалобы, которые фиксируются в порядке их важности: вначале главные, затем второстепенные. Проявления болезни необходимо детализировать, выяснив их характерные особенности. Обращается внимание на поведение ребенка (вялость, беспокойство, нарушение сознания, судороги), температуру тела (нормальная, субфебрильная, фебрильная), тембр голоса (громкий, тихий, осиплость, дисфония), наличие головной боли и головокружения (характер, локализация, периодичность), тошноты и рвоты (кратность, связь с приемом пищи), наличие суставных и мышечных болей (их локализация, характер, длительность, условия и время возникновения), нарушение зрения, двоение, двигательные и

чувствительные нарушения, изменения походки, нарушение функции тазовых органов и др.

Анамнез настоящего заболевания

При выяснении анамнеза болезни (*anamnesis morbi*) необходимо уточнить дату и точное время заболевания, отметить характер начала заболевания (внезапное, острое, постепенное, ремиттирующее, хроническое) с подробным изложением начальных симптомов заболевания. Необходимо тщательно расспросить о динамике развития болезни с отражением даты появления каждого нового симптома, а также определить характер ее течения (прогредиентное, регрессиентное, стационарное). Выяснить наличие психотравмы, стресса, переутомления. При наличии общеинфекционных симптомов важно установить эпидемиологический анамнез (не посещались ли районы, эндемичные по отношению к предполагаемому заболеванию, сезонность болезни и др.). Уточняется дата первичного обращения к врачу, предварительный диагноз, характер лечения на дому (препараты, дозы, продолжительность, переносимость, эффективность). Вместе с тем необходимо внимательно ознакомиться с имеющейся у родителей медицинской документацией (амбулаторной картой, эпикризами из других стационаров).

Анамнез жизни

При сборе сведений для данного раздела истории болезни (*anamnesis vitae*) необходимо уточнить основные факты жизни ребенка до заболевания.

Для детей раннего возраста следует выяснить, от какой по счету беременности родился ребенок, каково было ее течение (наличие токсикозов, угрозы прерывания беременности и в каком сроке, предшествовавшие беременности заболевания матери, прием ею медикаментов). Уточнить, как протекали предыдущие беременности, не было ли неразвивающейся беременности, выкидышей, мертворождений. Характеристика течения родов: были они в срок или преждевременные, время отхождения вод, кричал ребенок сразу или проводились реанимационные мероприятия, оценка по шкале Апгар, масса ребенка при рождении, когда был приложен к груди и как сосал, не было ли подергиваний, судорог, была ли желтуха (ее интенсивность и длительность), на какой день был выписан из роддома либо попал на второй этап выхаживания (по какой причине там находился).

Необходимо обязательно уточнить темпы моторного развития ребенка на первом году жизни: в каком возрасте стал держать голову, переворачиваться, садиться, ползать, стоять, самостоятельно вставать, ходить,

бегать. Как развивался в дальнейшем: отличался быстротой и ловкостью либо был неуклюжим и медлительным. Каковы были темпы психического развития: когда ребенок начал следить за предметами, тянуться за игрушками и брать их в ручки, узнавать родителей, выполнять простые задания, говорить первые слова и фразы, сколько слов говорил в один год.

Для детей старшего возраста необходимо уточнить, как ребенок учится в настоящее время, какие предметы даются легко и какие вызывают затруднения, как складываются отношения в семье, детском коллективе и т. д.

Необходимо уточнить данные о *перенесенных заболеваниях* (ОРВИ, инфекции, травмы, операции и др.) и *аллергологическом анамнезе* (указать причину аллергической реакции).

Указать семейный анамнез: возраст родителей ребенка, их социальный статус, профессию, наследственность (при общем осмотре ребенка необходимо обращать внимание на наличие или отсутствие мелких аномалий развития (стигм), что может иметь место при хромосомных синдромах и наследственных заболеваниях).

Данные объективного обследования (status praesens)

Обследование ребенка начинается с общего осмотра. Осмотр осуществляется при температуре помещения 24–26 °С. Руки врача должны быть теплыми, иначе контакт с ребенком будет нарушен. Приступая к осмотру больного ребенка необходимо установить контакт с ним, расположить его к себе. Особенно это важно при работе с детьми первых 2–3 лет жизни. Благоприятно на грудного ребенка влияет тихая ласковая речь, негромкие звуки, яркие игрушки. Со старшими детьми легче вступить в контакт при игровой ситуации.

СОСТОЯНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Общий вид больного: состояние ребенка (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое), положение больного (активное, пассивное, адинамичное, вынужденное), сознание (ясное, сомнолетное, сопорозное, ступорозное, кома). Выражение лица: спокойное, возбужденное, страдальческое, гипомимичное. Температура, рост, вес.

Кожные покровы: окраска (бледно-розовые, бледные, мраморные, желтушные, серые, цианотичные), наличие элементов сыпи (пятно, папула, геморрагии, везикулы), их локализация, количество, цвет, размер, форма, болезненность при пальпации. Тургор и эластичность кожи: сохранены, снижены, резко снижены. Наличие на коже гемангиом, пигментных пятен, гематом, расширения вен.

Слизистые оболочки: окраска видимых слизистых (ярко-розовая, гиперемирована, бледная), их влажность, наличие налетов, энантемы, кровоизлияний, состояние уздечек (языка, нижней и верхней челюстей).

Подкожно-жировая клетчатка: степень развития подкожно-жирового слоя (наличие гипотрофии, паратрофии, ожирения), характер распространения.

Периферические лимфоузлы: какие лимфоузлы пальпируются (затылочные, задне- и переднешейные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные), отметить их величину, подвижность, спаянность между собой, эластичность, болезненность при пальпации, температуру кожи в месте пальпируемых узлов, внешний вид кожи в проекции узлов.

Костно-мышечная система: общее развитие мышц (хорошее, умеренное, слабое), характеристика тонуса мышц, болезненность мышц при пальпации или при движениях (активных или пассивных), наличие атрофии, гипотрофии или гипертрофии, уплотнений. Форма суставов, наличие костных деформаций, искривлений, трещин, дизостозов, контрактур, остеопороза, болезненность при пальпации. Осмотр тазобедренных суставов: у здоровых новорожденных разведение ножек в тазобедренных суставах возможно почти до поверхности пеленального стола. Ограничение подвижности отмечают при поражении ЦНС (патологический гипертонус аддукторов бедер, т. е. аддукторный синдром), дисплазии тазобедренных суставов. Патологическая подвижность в тазобедренных суставах («разболтанность») возможна при снижении мышечного тонуса нижних конечностей (недоношенность, родовая травма), при некоторых заболеваниях наследственного характера (артрогрипоз, болезнь Дауна). Установка стоп: варусная установка стоп характеризуется отклонением стопы от оси конечности в медиальном направлении; вальгусное положение — отклонением стопы от оси конечности в латеральном направлении. Эти положения стоп могут быть связаны как с ортопедической патологией (установочные), так и с неврологическими повреждениями.

Дыхательная система: характеристика носового дыхания (свободное, затрудненное), голоса (громкий, тихий, гнусавый). Форма грудной клетки (бочкообразная, килевидная, воронкообразная), ее симметричность, участие в акте дыхания. Окружность груди у здорового доношенного новорожденного составляет 33–36 см, что на 1–2 см меньше, чем окружность головы. Увеличение окружности груди в первом полугодии жизни составляет 1,5 см в месяц, во втором — 0,5 см в месяц, с года до 5 лет — на 1 см ежегодно, от 5 до 15 лет — на 0,6 см в год.

Аускультативные изменения: ритмичность и характер дыхания. В норме у детей над легкими выслушивается пуэрильное либо везикулярное дыхание. У детей старше 5 лет выслушивается весь вдох и половина вы-

доха (2 : 1). У детей первых 4–5 лет жизни везикулярное дыхание более громкое и называется пуэрильным. Соотношение вдох – выдох в этом случае 1 : 1. Частота дыханий зависит от возраста и составляет 40–60 у новорожденного, 30–35 — у детей до года, 25 — у детей 5 лет, около 20 — у детей 10 лет, 16–20 — у взрослых.

Сердечно-сосудистая система: пульс (частота, ритмичность, наполнение, напряжение), верхушечный толчок (характер, локализация). Частота сердечных сокращений переменчива и составляет в среднем 120–150 уд./мин. С возрастом частота пульса уменьшается: грудной период — 120 уд./мин, 5 лет — 100 уд./мин, 12 лет — 80 уд./мин, 15 лет — 70–75 уд./мин. Артериальное давление зависит от возраста: у доношенных новорожденных — 70/35 мм рт. ст., у годовалого — 90/60 мм рт. ст., у старших — систолическое определяется по формуле $90 \cdot 2n$, диастолическое — $60n$, где n — возраст ребенка в годах.

При аускультации: характеристика тонов сердца (ясные, звучные, ритмичные, глухие, расщепление), наличие шума в сердце и отношение к фазам сердечной деятельности (систолический, диастолический).

Пищеварительная система: окраска слизистой полости рта, язык (влажный, сухой, обложен налетом), состояние зубов, форма живота (округлый, асимметричный), участие в акте дыхания. Необходимо обращать внимание на то, не напряжен ли живот, мягкий, в спокойном состоянии, доступен ли глубокой пальпации. Передняя брюшная стенка должна быть упругой и эластичной. Указать появление на ней пастозности (у недоношенных, при воспалительных заболеваниях органов брюшной полости, аномалиях развития почек), расхождение прямых мышц живота. Печень пальпируется у края реберной дуги, у новорожденных выступает из-под края реберной дуги (не более 1,5–2 см по среднеключичной линии). Селезенка у здоровых детей не пальпируется. Характеристика стула (регулярный, оформленный, кашицеобразный, жидкий, каломазание).

Мочеполовая система: боли внизу живота или в поясничной области, припухлость в области почек, их пальпация, симптом поколачивания, характеристика мочеиспускания (свободное, безболезненное, затруднено, недержание мочи). Осмотр половых органов: у здоровых новорожденных мальчиков яички опущены в мошонку, а у девочек большие половые губы прикрывают малые.

Эндокринная система: визуальный осмотр щитовидной железы, ее величина, при необходимости — гормональный статус ребенка.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС

Состояние сознания: оценка сознания (ясное, оглушение, сопор, кома), возможность контакта с больным (доступность, продуктивность), ориентировка больного в месте, времени, собственной личности. У грудного ребенка уровень сознания оценивают по комплексу поведенческих

реакций новорожденного на голос, лицо, прикосновение врача, по характеру крика ребенка, смене выражения его лица, реакции при наличии дискомфорта (голод, мокрые пеленки, насильственное пробуждение), скорости успокоения при устранении раздражающих факторов. Крик грудного ребенка оценивается по эмоциональности, интенсивности, длительности, модуляции. Слабый крик или его отсутствие всегда вызывают беспокойство и, как правило, бывают у недоношенных; у доношенных же может быть следствием реанимационных мероприятий или поражения ЦНС. Раздраженный (мозговой) крик сопровождается субарахноидальные кровоизлияния, повышение внутричерепного давления, болевой синдром. Монотонный (неэмоциональный) оттенок крика бывает при метаболических нарушениях, гидроцефалии, билирубиновой энцефалопатии. Гнусавый оттенок крика свидетельствует о поражении каудальной группы черепных нервов или надъядерных волокон.

Осмотр головы и шеи: форма головы может быть округлая, брахицефалическая, долихоцефалическая, скафоцефалическая, неправильная, что связано с изменением конфигурации костей черепа при прохождении по родовым путям. *Окружность головы:* в норме составляет 34–36 см у доношенного ребенка, что на 1–2 см больше окружности грудной клетки. В течение первых 3 месяцев жизни окружность головы увеличивается до 2 см ежемесячно, в следующие 3 месяца — до 1 см ежемесячно, во втором полугодии — на 0,5 см в месяц, с года до 5 лет прирост составляет 1 см в год, а с 5 до 15 лет — 0,5 см в год.

Плотность костей черепа: отметить локальные утолщения костей свода черепа (дизостозы), которые относят к дизонтогенезам; лакунарные дефекты костей свода черепа («окончатый» череп), имеющие неясный генез; истончение костей свода черепа (чаще одной или обеих теменных). При нарушениях минерализации необходимо дифференцировать с несовершенным остеогенезом.

Швы и роднички: у здоровых детей они обычно находятся на уровне края костей, их образующих. Размеры большого родничка индивидуальны и составляют 1–3 см между краями противоположных костей. Маленький родничок у большинства доношенных новорожденных закрыт. Боковые роднички открыты только у глубоко недоношенных либо являются признаком гидроцефалии. Широкие швы и наличие малого родничка у недоношенных является вариантом нормы. Сагиттальный шов у доношенных чаще закрыт либо открыт не более чем на 1–2 мм, остальные швы пальпируются на стыке костей.

Осмотр шеи: короткая шея может быть следствием травмы шейного отдела позвоночника («голова уходит в плечи»); крыловидная шея (продольные складки кожи, расположенные на боковых поверхностях шеи по направлению к плечам) характерна для синдрома Шерешевского–Тернера;

кривошея проявляется асимметричностью напряжения грудино-ключично-сосцевидной мышцы, укорочением ее на больной стороне, поворотом головы в эту сторону, а также компенсаторным удлинением и напряженностью аналогичной мышцы с противоположной стороны.

Черепные нервы

I пара — обонятельный нерв: у детей первых лет жизни не оценивают из-за низкой информативности об ощущениях пациента. При необходимости внимательно наблюдают за поведенческой реакцией ребенка на те или иные запахи. У детей старшего возраста проверка обоняния проводится так же, как и у взрослых, с закрытыми глазами, каждым носовым ходом в отдельности. Обращается внимание на наличие гипосмии, аносмии, гиперосмии, дизосмии, обонятельной агнозии или обонятельных галлюцинаций.

II пара — зрительный нерв: оценивают остроту зрения, поля зрения, цветоощущение и состояние глазного дна.

Острота зрения: у грудных детей проверяется ориентировочно с реакции сосредоточения — исследователь оценивает расстояние, с которого ребенок узнает мать, видит различные предметы, например, игрушки. Начиная с 3 лет остроту зрения уже успешно можно определить с помощью таблиц с картинками, которые показывают ребенку на расстоянии 5 м вначале при обоих открытых глазах, а затем для каждого глаза в отдельности. При этом выявляют наличие амблиопии, амавроза, зрительных галлюцинаций.

Поля зрения: у ребенка можно точно определить только с помощью периметра. Однако это исследование нельзя достоверно оценить у детей младше 6–7 лет. Поэтому, начиная с первого года жизни, определение полей зрения у ребенка проводится только ориентировочно. Для этого исследователь медленно двигает яркую игрушку или бутылочку из невидимого поля зрения ребенка, наблюдая за его реакцией. Ребенок поворачивает голову и глаза к увиденному предмету. О состоянии периферического зрения можно также судить по ориентации ребенка в окружающей обстановке при его передвижении. При оценке полей зрения учитывают концентрическое сужение полей зрения, выпадение отдельных участков (скотомы), наличие гемианопсии (гомонимная, гетеронимная, битемпоральная, биназальная, квадрантная).

Цветовое зрение: исследование проводится с 2–3 лет жизни. Используют ярко окрашенные в основные цвета картинки и просят ребенка показать такую же, какую исследователь ему дает (красную, зеленую). Оценивают наличие ахроматопсии, дисхроматопсии, дальтонизма.

Глазное дно: исследование проводится с помощью офтальмоскопа у детей любого возраста. Важна характеристика диска зрительного нерва

(неврит, застой, атрофия) и кровоснабжающих сетчатку сосудов (признаки ретинопатии).

III, IV, VI пары — глазодвигательный, блоковый и отводящий нервы: эти черепные нервы исследуются одновременно. Возраст ребенка при этом не имеет существенного значения, однако следует помнить, что у детей до года жизни недоступен выявлению такой важный диагностический признак, как двоение в глазах. Обращается внимание на ширину глазных щелей (асимметрия, птоз), наличие косоглазия (расходящегося, сходящегося), экзо- или энофтальма. Врожденный птоз одного или двух глаз виден сразу после рождения. У детей первых месяцев жизни часто встречается сходящееся косоглазие, которое исчезает с возрастом. Для определения у ребенка объема движений глазных яблок обычно используется яркая игрушка, за которой тот следит глазами вверх, вниз и в стороны. При этом отмечается наличие офтальмоплегии (отсутствие движений глазных яблок), пареза взора (отсутствие движений глазных яблок в какую-нибудь сторону) или нистагма при крайних отведениях глазных яблок (горизонтального, вертикального, ротаторного). Уделяется внимание наличию симптома «заходящего солнца», симптома Грефе, синдрома Бернара–Горнера. Определяют форму и величину зрачков, реакцию зрачков на свет (прямую и содружественную), реакцию зрачков на конвергенцию и аккомодацию.

V пара — тройничный нерв: проверяется чувствительность кожи лица, слизистых; болезненность в точках выхода тройничного нерва. Болевая чувствительность на лице ребенка исследуется в симметричных точках справа и слева в области иннервации всех ветвей тройничного нерва. Чтобы выявить сегментарные нарушения чувствительности в зонах Зельдера, сравнивают чувствительность в областях, расположенных около уха и около носа, поскольку не рекомендуется использовать в этих целях инъекционные иглы или булавки. Судить о состоянии чувствительности у маленьких детей можно по их общей реакции, по изменению выражения лица. Для исследования двигательной функции тройничного нерва у ребенка наблюдают за положением его нижней челюсти при открывании рта, сосании, жевании. Поражение жевательных мышц, иннервируемых тройничным нервом, проявляется отклонением нижней челюсти в сторону поражения, затруднением сосания, выливанием молока изо рта. У детей 2–3 лет можно выявить атрофию и слабость жевательных мышц. Исследуют корнеальный и конъюнктивальный рефлекс, нижнечелюстной рефлекс.

VII пара — лицевой нерв: обращается внимание на равномерность складок лба, ширину глазных щелей, симметричность носогубных складок и углов рта, определяется способность ребенка поднимать и нахмуривать брови, зажмуривать глаза, надувать щеки, свистеть, улыбаться. О функции лицевого нерва у новорожденных детей судят по ширине глазных щелей,

плотности их смыкания и выраженности носогубных складок во время сосания, крика, улыбки. Нарушение вкуса передних двух третей языка. Наличие слезотечения или сухости глаз.

VIII пара — предверно-улитковый нерв: оценивают при исследовании слуха, нистагма, координации. Даже у недоношенных детей выявляются реакции на звуковые раздражители. В ответ на громкий звуковой раздражитель ребенок закрывает глаза, наблюдаются реакции испуга, гримаса плача, изменение дыхания, поворот головы в сторону звука (в норме). Для исследования слуха у новорожденных используется кохлеопальпебральный и кохлеопупиллярный рефлекс. К трем годам дети уже воспринимают шепотную речь на расстоянии 6 м, поэтому остроту слуха можно исследовать обычными приемами: одно ухо ребенка закрывают рукой, а другое поворачивают к исследователю, после чего тот произносит шепотом какое-либо слово, которое ребенок должен повторить. Поражение вестибулярной части нерва у ребенка проявляется головокружением, нистагмом, нарушением координации движений. Следует помнить, что головокружение у детей раннего возраста выявить очень трудно.

IX, X пары — языкоглоточный и блуждающий нервы: функция этих нервов определяется их значением в координировании акта сосания и глотания. Их исследование возможно в самом раннем возрасте. Проверяется подвижность мягкого неба, его симметричность, характер глоточного рефлекса, при котором прикосновение к задней стенке глотки вызывает у ребенка рвотное движение. Прикосновение к мягкому небу вызывает его сокращение на стороне раздражения. Глухой или беззвучный голос ребенка может быть вызван слабостью голосовых связок (афония, дисфония). Если у ребенка во время кормления жидкая пища или молоко выливается через нос, это указывает на нарушение функции мягкого неба. Наблюдение за кормлением позволяет выявить расстройство глотания (дисфагию). У более старших детей уже можно определить наличие гнусавого оттенка голоса при разговоре и исследовать вкус на задней трети языка.

XI пара — добавочный нерв: проверяется возможность поворота головы в противоположную сторону, поднятие плеч, приведение лопаток к позвоночнику. Обращается внимание на расположение головы по средней линии; силу, напряжение и трофику грудино-ключично-сосцевидной мышцы; наличие кривошеи.

XII пара — подъязычный нерв: исследуется положение языка во рту, его спонтанная подвижность и движения при сосании. Более старшие дети (2–3 лет) уже могут сами показывать язык. При этом обращается внимание на его трофику, наличие фасцикулярных подергиваний, отклонение в сторону от средней линии, наличие дизартрии. Наличие рефлексов орального автоматизма.

Симптомы орального автоматизма: назолабиальный, хоботковый, сосательный, дистанс-оральный, дистанс-ментальный, ладонно-подбородочный.

Двигательная сфера

Проводится исследование статики и моторики, мышечной силы, тонуса, рефлекторной деятельности. У новорожденных движения избыточные, некоординированные, нередко атетозоподобные. Спонтанная двигательная активность у здоровых новорожденных детей обычно оценивается по периодическому сгибанию и разгибанию ног, их перекресте, отталкиванию от опоры (рефлекс ползания по Бауэру), движениям рук.

Мышечный тонус является важной характеристикой состояния детей. Для новорожденных характерна флексорная поза. При нарушении мышечного тонуса необходимо отметить характер этого нарушения (гипотония, атония, гипертонус, спастичность, ригидность). Оценивается объем активных и пассивных движений в верхних и нижних конечностях.

Оценка мышечной силы у самых маленьких детей производится с учетом силы, с которой ребенок отдергивает конечности, сопротивляясь осмотру, а у более старших — согласно тестам по пятибалльной системе (5 баллов — нет пареза, 4 балла — легкий парез, 3 балла — умеренный парез, 2–1 балла — глубокий парез, 0 баллов — плегия (паралич)).

Важное значение для оценки состояния моторики у детей имеет выявление мышечных атрофий или гипертрофий. Для атрофии мышц характерно уменьшение их объема. Атрофии могут быть диффузными и локальными.

Указать характер походки и ее нарушения (паретическая, гемиплегическая, параспастическая, атактическая, «утиная» походка и др.).

Рефлекторная сфера: у детей раннего возраста исследуются физиологические рефлексы ребенка первых месяцев жизни, которые формируют основу для его последующей моторики и в дальнейшем исчезают. Они получили название *врожденных автоматизмов* и в течение первых 2–4 месяцев являются нормой. Их выявление позже этого срока является патологией.

Оценивают: оральные автоматизмы (ладонно-ротовой рефлекс Бабкина, хоботковый, поисковый, сосательный, среднелицевой рефлекс Бабкина, щечно-вращательный рефлекс Бабкина, назолабиальный рефлекс); спинальные автоматизмы (защитный рефлекс; рефлекс опоры и автоматической ходьбы; верхний и нижний хватательные рефлексы; рефлекс ползания Бауэра; рефлекс Моро; рефлекс Галанта; рефлекс Переса, рефлекс Бабинского); миелэнцефальные позотонические автоматизмы (симметричный шейный тонический рефлекс; асимметричный шейный тонический рефлекс; лабиринтный тонический рефлекс), мезэнцефальные установочные рефлексы (простые шейные и туловищные установочные рефлексы); ла-

биринтные установочные рефлексы Ландау, проба на тракцию, парашютный рефлекс.

Сухожильно-надкостничные рефлексы: на верхних конечностях (рефлекс с сухожилия двухглавой мышцы; рефлекс с сухожилия трехглавой мышцы; карпорадиальный рефлекс); на нижних конечностях (коленный, ахиллов, медиоплантарный рефлексы). При оценке данных рефлексов необходимо указать степень их вызывания (гиперрефлексия, гипорефлексия, арефлексия).

Поверхностные рефлексы: верхний брюшной, средний брюшной, нижний брюшной, кремастерный.

Патологические рефлексы: кистевые (рефлекс Якобсона–Ласка, Жуковского, Вендеровича); стопные — разгибательные патологические рефлексы (рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Шеффера) и сгибательные патологические рефлексы (рефлексы Россолимо, Жуковского, Бехтерева–Менделя, Корнилова).

Координация движений: выявление расстройств координации движений у детей раннего возраста представляет немалые трудности. У детей, родившихся с нарушением функции мозжечка, всегда отмечается задержка моторного развития. Эти нарушения можно обнаружить, наблюдая за тем, как ребенок тянется к игрушке, подносит ложку ко рту, сидит, стоит, ходит, поскольку проверить симптом Ромберга, пальценосовую, пяточно-коленную пробу у детей раннего возраста не удастся.

У детей старшего возраста исследуется статическая координация (проба Ромберга, сенсibilизированная проба Ромберга) и динамическая координация (пальценосовая, пяточно-коленная пробы, интенционный тремор, проба на диадохокinez, походка). Обращается внимание на характер речи (замедленная, растянутая, скандированная).

Экстрапирамидная система: выявление гиперкинезов (тики, тремор, атетоз, хорея, баллизм, дистония, писчий спазм, лицевой гемиспазм, миоклонус), их локализация, ритм, амплитуда; изменения походки (шаркающая, замедленная).

Менингеальные симптомы: у новорожденных детей одним из ранних признаков раздражения мозговых оболочек являются выбухание и напряжение большого родничка, симптом «мозгового крика», симптом Менделя, симптом Бехтерева, симптом подвешивания Лесажа. В более старшем возрасте исследуется ригидность мышц затылка, симптом Кернига, симптомы Брудзинского (верхний, средний, нижний), симптом «треножника».

Чувствительность: в раннем детском возрасте представление о состоянии чувствительной сферы ребенка можно сделать лишь ориентировочно, учитывая его реакцию на прикосновение или укол. У детей старшего возраста можно исследовать болевую, температурную, тактильную чув-

ствительность, суставно-мышечное чувство, вибрационную чувствительность, чувство давления и веса. Симптомы натяжения (Лассега, Нери, Мацкевича, Вассермана, точки Вале).

Вегетативная нервная система: при исследовании оцениваются кожные покровы (окраска, трофические изменения, наличие отеков, пототделение); местный дермографизм (белый, красный, степень выраженности и распространения). Исследуют вегетативную реактивность (глазосердечный рефлекс Даньини–Ашнера), вегетативное обеспечение (клиноортостатическая проба).

Психическое развитие: у ребенка первых месяцев жизни следует обратить внимание на общее выражение лица, способность фиксировать взгляд, следить за игрушкой, реагировать на звуковые раздражения. В возрасте после года обращают внимание на способность ребенка понимать отдельные слова и простейшие фразы, на знание им предметов обихода и наличие навыков опрятности. У детей старшего возраста оценивают речь (дизартрия, дислалия, алалия, афазия (моторная, сенсорная, амнестическая); способность к концентрации внимания; функцию чтения, письма; ориентацию, память, гнозис (распознавание), праксис (предметная деятельность).

Дополнительные методы исследования

В историю болезни вносятся результаты лабораторных данных с интерпретацией патологических изменений, инструментальных, рентгенологических исследований в динамике, а также данные консультаций специалистов и консилиумов с указанием даты.

Данные дополнительных методов исследования включают клинические, биохимические, иммунологические и микробиологические анализы; инструментальные исследования (люмбальная пункция, исследования глазного дна, трансиллюминация черепа, нейросонография, обзорная краниография, ангиография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЕГ), эхоэнцефалография (эхоЭГ), электромиография (ЭМГ) и др.); консультации с врачами других специальностей. Необходимо подробно отобразить результаты проведенных исследований и заключения специалистов.

Топический диагноз

На основании анализа выявленных при исследовании ребенка симптомов обосновывают локализацию патологического процесса в нервной системе с формированием топического диагноза.

Клинический диагноз и его обоснование

На основании жалоб (описать их), данных анамнеза (выделить значимые моменты), данных объективного обследования (основные синдромы), результатов лабораторных, инструментальных методов исследования, консультаций других специалистов можно выставить предварительный клинический диагноз:

- основное заболевание (определение, форма, характер течения, степень тяжести);
- осложнения основного заболевания;
- сопутствующие заболевания (при наличии такового развернутый диагноз).

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз проводят с заболеваниями, имеющими сходную клиническую симптоматику, локализацию патологического процесса в виде сопоставления данных с симптомами, имеющимися у пациента. В дифференциальной диагностике указать, что общее и в чем отличие одного заболевания от другого.

Лечение

Определяют цель лечения, его направление в зависимости от уровня патогенеза заболевания, определяют режим, диету, проведение физиотерапии и лечебной физкультуры. При определении плана лечения важно обосновать назначение лекарственных препаратов с указанием дозировки, кратности приема, пути введения.

Дневник курации

Дневник должен отражать подробное описание состояния больного на момент курации, жалобы, общее состояние, выявленную клиническую симптоматику. Необходимо указать динамику течения заболевания (улучшение, ухудшение, без изменений) в период курации больного ребенка.

Прогноз течения заболевания

На основании данных течения заболевания, клинических, лабораторных, инструментальных исследований делается прогноз для выздоровления и жизни пациента с определением диспансерного наблюдения за больным ребенком и созданием индивидуальной программы медицинской реабилитации.

Оглавление

Образец оформления титульного листа истории болезни	3
Паспортная часть	4
Жалобы	4
Анамнез настоящего заболевания.....	5
Анамнез жизни.....	5
Данные объективного обследования (status praesens)	6
Дополнительные методы исследования	15
Топический диагноз	15
Клинический диагноз и его обоснование.....	16
Дифференциальный диагноз	16
Лечение	16
Дневник курации	16
Прогноз течения заболевания.....	16

Учебное издание

Ясинская Лариса Иосифовна
Федулов Александр Сергеевич
Логинов Вадим Григорьевич
Русикевич Станислав Станиславович

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ С МЕТОДИКОЙ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА РЕБЕНКА

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. С. Федулов
Редактор И. В. Климук
Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 26.05.11. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Печать офсетная. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,8. Тираж 99 экз. Заказ 680.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская 6 220006, Минск.