

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

А. Е. СЕМАК, А. С. ФЕДУЛОВ, В. Г. ЛОГИНОВ

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ С МЕТОДИКОЙ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2011

УДК 616.8-009-07 (075.8)
ББК 53.4 я73
С30

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 23.02.2011 г., протокол № 6

Рецензенты: зав. неврологическим отделом Республиканского научно-практического центра неврологии и нейрохирургии д-р мед. наук, проф. С. А. Лихачев; проф. каф. неврологии и нейрохирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования, д-р мед. наук Н. Ф. Филипович

Семак, А. Е.

С30 **Схема написания истории болезни с методикой обследования неврологического больного : учеб.-метод. пособие / А. Е. Семак, А. С. Федулов, В. Г. Логинов. – Минск : БГМУ, 2011. – 27 с.**

ISBN 978-985-528-391-2.

В полной мере изложена методика исследования неврологического статуса. Приводится подробное описание методов сбора жалоб и анамнеза больного, исследования высших мозговых функций, черепных нервов, двигательной и чувствительной сфер, менингеальных симптомов, вегетативной нервной системы.

Предназначено для студентов 4-го курса лечебного факультета, врачей-интернов и клинических ординаторов.

УДК 616.8-009-07 (075.8)
ББК 53.4 я73

ISBN 978-985-528-391-2

© Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2011

Введение

Во время опроса следует добиваться расположения и откровенности больного, деликатно собирать необходимые сведения. Нужно учитывать, что пациент оценивает общую культуру, этику и способности врача. Равнодушный, официально холодный, высокомерный тон недопустим, так как он снижает авторитет специалиста. Это особенно важно при сборе анамнеза у больных, имеющих невротический фон, поскольку слово является таким «разрушителем» нервной системы, который может привести к болезни, проявляющейся рядом ипохондрических жалоб.

Тщательный расспрос является основой рационального сбора анамнеза, позволяющего выявить жалобы, объективные данные о развитии заболевания, состояния высших мозговых функций, получить общее представление о поражении нервной системы. Отработанный алгоритм сбора анамнеза позволяет получить достаточную информацию о причине возникновения болезни, динамике развития симптомов, помогающих разобраться в механизмах патологического процесса.

Неумелый и небрежный сбор анамнеза является одной из причин ошибочной диагностики. В случае изложения больным несущественной информации необходимо корректно, дополнительными вопросами, направлять собеседование в нужное русло, уводить пациента от тягостных воспоминаний.

Естественно, что с ростом врачебного опыта, развитием логического мышления молодого врача будет совершенствоваться методика сбора

анамнеза и объективного исследования состояния неврологического статуса больного.

Паспортная часть

В паспортной части указываются следующие сведения:

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Возраст.
3. Пол.
4. Семейное положение.
5. Профессия.
6. Домашний адрес.
7. Дата поступления.
8. Диагноз при поступлении.
9. Клинический диагноз.

Жалобы больного

Жалобам больного необходимо уделить большое внимание. Есть два способа получения информации о жалобах: больной самостоятельно излагает их либо отвечает на наводящие вопросы. Описание жалоб проводится в порядке их значимости. При жалобах на боли необходимо уточнить их локализацию, характер, механизм развития (постоянные, летучие, приступообразные, постепенно нарастающие, острые, тупые, колющие, ноющие и т. п.), зависимость от положения, эмоциональных факторов, времени суток и т. п. В случае головных болей требуется выяснить, не сопровождаются ли они тошнотой, рвотой, головокружением.

При последовательном, четком изложении жалоб больного не следует прерывать. Если он не может найти нужные слова, необходимо задавать наводящие вопросы, особенно по поводу основных жалоб. Если пациент преднамеренно преувеличивает информацию, то нужно, не отрицая излагаемого, учитывать соотношение жалоб и объективных симптомов заболевания.

Если больной жалуется на нарушения движений, произвольные движения, нарушения координации, то следует уточнить, какие движения нарушены, когда они появляются (в покое или при движениях), в какое время суток.

Очень важно правильно оценить такие выражения пациента, как «припадок», «общая слабость», «обморок». Для этого необходимо уточнить, на фоне чего, при каких обстоятельствах и как развивалось пар-

клизмальное состояние, как больной вышел из этого состояния, помнит ли эти детали.

При указании пациента на судорожные припадки необходимо выяснить их характер со слов не только больного, но и очевидцев и родственников. Следует уточнить: продолжительность приступа, состояние сознания при этом; характер судорог, самочувствие больного перед приступом, наличие предвестников припадка (возможной ауры), наличие прикуса языка, непроизвольного мочеиспускания во время приступа, пены у рта, ее окраску; состояние после приступа (головная боль, психомоторное возбуждение, последующий сон). Выясняется, помнит ли пациент о происшедшем с ним.

Особое внимание следует уделить предположениям больного о причинах возникновения его болезни, так как при этом он нередко сообщает о ее первых признаках.

Необходимо также уточнить состояния сна и его возможные нарушения.

Анамнез болезни

При сборе анамнеза болезни особое внимание должно быть уделено времени начала заболевания, последовательности и темпу его развития, симптомам, с которых началось заболевание.

Большое внимание следует уделить первым признакам болезни. Необходимо уточнить начало заболевания (острое, подострое, постепенное) и его дальнейшее течение (прогрессирующее, регрессирующее, ремитирующее, стационарное). Важно достоверно установить факторы, предшествовавшие заболеванию (инфекция, травма, интоксикация, переохлаждение, умственное или физическое перенапряжение, волнения, психическая травма и т. п.), и последовательность появления симптомов. Если были ремиссии, то нужно выяснить их длительность и условия, при которых они наблюдались. Так как многие неврологические заболевания возникают вторично на фоне других соматических, инфекционных, токсических заболеваний, то необходимо уточнить их наличие в настоящее время или в прошлом, а также состояние внутренних органов.

Во время беседы с пациентом предпочтительно ставить целенаправленные вопросы, относящиеся к развитию настоящего заболевания, особенно в тех случаях, когда больной сосредоточивает внимание на второстепенных моментах. Следует уточнить, как изменялась работоспособность во время заболевания, какие исследования проводились, какое было лечение до поступления в клинику, эффект от него и длительность, какие диагнозы выставлялись. Для этого нужно изучить медицинскую документацию

(амбулаторную карту, медицинские справки, выписные эпикризы и т. п.). Необходимо получить сведения о прививках, эпидемиологической обстановке, укусах эктопаразитов и т. п. Требуется уточнить, не было ли аналогичного заболевания у родителей, братьев, сестер и близких родственников. Если родители умерли, то по возможности выясняется, в каком возрасте и от чего.

Анамнез жизни

Сбор анамнеза жизни является важным этапом установления диагноза.

Отражаются особенности развития по возрастным этапам и возраст родителей при рождении обследуемого. Уточняется, родился ли он в срок, каким по счету, была ли асфиксия при рождении, на какой день выписан из роддома, когда начал ходить, говорить. Указываются перенесенные заболевания, в том числе и детские инфекции, заикание, ночное недержание мочи, снохождения, судорожные припадки, физические и психические травмы, вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем), навыки, склонности, профессиональные вредности.

Отмечается возраст поступления в школу, успеваемость, поведение в школе, отношение к учебе, взаимоотношения, общительность со сверстниками. Приводятся аналогичные сведения об учебе в техникуме, вузе, о военной службе.

Указываются сведения о половой жизни, времени вступления в брак, разводах, вторичных браках, одиночестве. У женщин уточняется время появления месячных, их особенности, приводится информация о беременностях и их исходах, возможных выкидышах и мертворожденных, времени наступления климакса и характере его течения.

Описывается трудовая деятельность и быт, характер выполняемой работы, условия труда, взаимоотношения с руководством и коллективом. Отмечается о смене профессии, места работы, указываются материально-бытовые условия.

Даются сведения о питании, продолжительности сна, особенностях отдыха, занятии спортом.

Отражается наследственность и семейный анамнез, состав семьи, взаимоотношения в ней. Отмечается состояние здоровья родителей, сестер, братьев, а в случае их смерти — возраст, в котором умерли (особенно родителей), и причины. Уточняются у родителей и ближайших родственников бывшие и имеющиеся заболевания у них (нервные, психические заболевания, туберкулез, сифилис, опухоли, гипертоническая болезнь, инфаркт, инсульт, алкоголизм, наркомания). Составление родословных таблиц помогает диагностировать наследственные болезни нервной системы.

Данные объективного исследования

Соматический статус

Общий осмотр больного. Общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое). Положение больного в постели, палате (активное, пассивное, вынужденное). Выражение лица (обычное, страдальческое, возбужденное и т. п.). Кожные покровы, слизистые (обычные, бледные, гиперемированы, цианотичны, сухие, влажные). Лимфатические узлы. Температура тела. Рост, телосложение, вес. Выраженность подкожной клетчатки. Особенности волосяного покрова, ногтей. Форма черепа (нормоцефалия, брахицефалия, гидроцефалия, микроцефалия, башенный череп). Результаты перкуссии костей черепа. Конфигурация позвоночника (наличие сколиоза, кифоза, уплощения позвоночного лордоза). Результаты перкуссии остистых отростков, давление на них и паравертебральные точки, вертикальная нагрузка на позвоночник. Подвижность позвоночника в шейном и поясничном отделе.

Состояние суставов, подвижность в них. Наличие дизрафического статуса: деформация грудной клетки (кифосколиоз), стоп (стопа Фридрейха), полидактия, плоская стопа.

Состояние мышечной системы, ее развитость.

Система дыхания. Ритмичность, глубина и частота дыхания. Кашель. Одышка (в покое или при нагрузке). Результаты перкуссии и аускультации легких.

Сердечно-сосудистая система. Наличие болей, неприятных ощущений в области сердца. Данные перкуссии и аускультации сердца: границы, тоны сердца. Пульс и его характеристика. Артериальное давление. Состояние подкожных вен.

Система пищеварения. Язык и зубы, возможные их особенности. Живот, его конфигурация, участие в акте дыхания. Результаты пальпации и перкуссии подложечной, подвздошной области, области живота, печени, желчного пузыря. Функция органов пищеварения. Боли в животе, диспепсические расстройства, тошнота, рвота, состояние стула. При наличии тошноты, рвоты уточнить, что им предшествует и чем это сопровождается (головная боль, головокружение, связь с переменной положения тела).

Мочеполовая система. Функция тазовых органов. Мочеиспускание (свободное, безболезненное, затрудненное, периодическое или постоянное недержание мочи, императивные позывы). Боли внизу живота, рези при мочеиспускании.

Эндокринная система. Пальпируемость щитовидной железы, ее величина. Наличие признаков нарушения функции щитовидной и паращитовидных желез.

товидной желез, надпочечников, гипофиза (синдром Иценко–Кушинга, несахарное мочеизнурение, сахарный диабет, гипофизарный нанизм, акромегалия).

Половая функция. Жалобы. Функция. Половые расстройства (импотенция и т. п.).

Неврологический статус

ВЫСШАЯ НЕРВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Контакт с больным (продуктивному контакту доступен, недоступен). Состояние сознания (ясное, оглушенное, сопор, кома, психомоторное возбуждение). Ориентировка больного в месте, времени, в собственной личности. Вступление обследуемого в контакт (легкое, неохотное, затруднено, односложное и т. п.). Кратковременная и долговременная память (память на ближайшие и отдаленные события). Внимание (устойчивое, быстрая отвлекаемость). Поведение при исследовании: мимика, жестикация, манера изложения, эмоциональная реакция на беседу с врачом. Мышление: темп (замедленное, ускоренное, повышенная обстоятельность, абстрактность). Лексикон. Интеллект (соответствует возрасту, образованию, жизненному опыту, социальному положению). Эмоциональная сфера, настроение, поведение (адекватное, подавленное, необщительное, замкнутое, негативное, агрессивное, эйфория). Сон и его нарушения (сонливость, бессонница, извращение сна), скорость засыпания, глубина сна, сновидения и их характер, самочувствие после сна. Отношение больного к своему заболеванию.

Речь — способность говорить. Для ее оценки исследуется экспрессивная и импрессивная речь. Больному предлагают рассказать о себе, ответить на вопросы, повторить простые и сложные фразы, слова, слоги. **Моторная речь** — способность плавно, четко, модулированно говорить. Артикуляция речи и ее особенности: дизартрия, скандированность, монотонность, брадилалия, заикание, косноязычие. Если больной понимает обращенную речь и выполняет все задания, но сам не говорит или говорит отдельные слоги, слова, следует иметь в виду **моторную афазия**. Понимание обращенной к больному речи, понимание смысла слов, простых и сложных предложений, способность называния предъявляемых предметов — вариант нормы сенсорной речи, а непонимание обращенной речи, неспособность называния предметов — **сенсорная и амнестическая афазия**.

Сохранность целенаправленных движений по команде и по подражанию — **праксис**. Неспособность выполнения этих функций — идеаторная и динамическая апраксия. Способность больного из частей сложить це-

лое или схематически изобразить что-нибудь (домик, человека и т. п.) — **конструктивный праксис**. Неспособность выполнения этих действий — конструктивная апраксия.

Гнозис — способность распознавания событий, явлений, предметов по информации о них. Разновидности гнозиса: распознавание слуховых, вкусовых, обонятельных, соматосенсорных, зрительных раздражителей. Неспособность выполнения этих функций — агнозия.

Обонятельный гнозис проверяется путем вдыхания поочередно каждой половиной носа при закрытых глазах знакомых пахнущих веществ.

Зрительный гнозис проверяется предъявлением различных предметов для их узнавания.

Вкусовой гнозис проверяется при поочередном нанесении кислого, сладкого, горького, пресного раствора на корень языка.

Слуховой гнозис проверяется путем проверки способности распознавать события, явления, предметы по звуковым сигналам (произносимые слова, различные звуки, в том числе и музыкальные).

Соматосенсорный гнозис (стереотаксис) проверяется путем проверки способности распознавать различные знакомые предметы наощупь.

Неосознание своего заболевания — **анозогнозия**. Неосознание своего тела — **аутоотопагнозия**. Ощущение наличия лишних частей тела (рук, ног) — **псевдомелия**. Ориентировка в пространстве и топографии частей тела — **аутоотопогнозия**.

Неспособность счета и вычисления математических функций — **акалькулия**. Непонимание музыки — **амузия**. Неспособность писать и читать — **аграфия и алексия**.

ЧЕРЕПНЫЕ НЕРВЫ

Если отсутствуют нарушения функции черепных нервов, отмечается их нормальная функция, а при наличии нарушений указывается их характер.

I пара — обонятельный нерв. Обоняние исследуется набором известных больному ароматических веществ (настойка валерианы, одеколон и т. п.) отдельно справа и слева. Проверяется способность распознавания пахнущего вещества (обонятельный гнозис). Необходимо уточнить, не чувствует ли пациент какого-нибудь запаха при реальном его отсутствии (обоняние сохранено, гипосмия, anosmia, гиперосмия, галлюцинации, обонятельная агнозия). Нельзя применять вещества с раздражающим запахом (нашатырный спирт, уксусная кислота), которые воспринимаются не обонятельными рецепторами, а чувствительными окончаниями тройничного нерва.

II пара — зрительный нерв. Проверяется острота зрения без коррекции и с коррекцией, поля зрения, цветоощущение, глазное дно. Остро-

та зрения определяется с расстояния 6 метров с помощью таблицы Головина и т. п. Следует уточнить, нет ли амблиопии или амавроза, ощущения пелены перед глазами, зрительных галлюцинаций, выяснить время их появления. Нужно проверить поля зрения с помощью периметра или ориентировочно (путем нахождения середины растянутого перед больным полотенца и другими приемами), уточнить, нет ли гемианопсии (гомонимной, гетеронимной, квадрантной, скотом, сужения полей зрения).

Цветовосприятие определяется по полихроматической таблице Рабкина, а ориентировочно — с помощью разноцветных предметов, бумажек.

Осмотр глазного дна проводится с помощью офтальмоскопа (нормальное, застойные соски, побледнение, атрофия зрительных нервов, состояние сосудов глазного дна: извиты, полнокровные вены, симптом медной или серебряной проволоки).

Для описания состояния зрительного анализатора (зрительного нерва) можно использовать данные осмотра окулиста.

III, IV, VI пары — глазодвигательный, блоковой, отводящий нервы. Отмечается ширина и равномерность глазных щелей, величина и форма зрачков (равномерность, анизокория) и их прямая и содружественная реакция на свет, аккомодацию и конвергенцию. Для проверки реакции зрачков на свет больному предлагают смотреть прямо, ладонью закрывают от света оба глаза, а спустя 3–5 секунд поочередно резко открывают то один, то второй глаз. При открывании зрачок сужается. Для проверки содружественной реакции зрачков закрывают один глаз и следят за открытым глазом, зрачок которого при этом слегка расширяется. Уточняется, нет ли диплопии и синдрома Горнера. Определяется подвижность глаз вверх, вниз, вправо, влево, когда они двигаются за молоточком, который располагается на расстоянии 30–40 см от лица. При этом следят, нет ли нистагма (в случае наличия выясняют его темп, ритм и направление) и косоглазия (сходящегося, расходящегося).

V пара — тройничный нерв. Проводят исследования чувствительной и двигательной его функции. Выясняют, нет ли болей или онемения в области лица. Проверяют болезненность или безболезненность надавливанием на точки выхода ветвей тройничного нерва. Исследуют болевую, температурную и тактильную чувствительность в зоне иннервации ветвей этого нерва. При исследовании двигательной функции просят сжать зубы (обращают внимание на равномерность напряжения жевательной мускулатуры), пожевать, открыть и закрыть рот, подвигать нижней челюстью вправо, влево. Проверяют корнеальный, надбровный и нижнечелюстной рефлекс и рефлексы орального автоматизма. Назолабиальный рефлекс (носогубной, Аствацатурова) вызывается легким поколачиванием по спинке носа, штриховой рефлекс — легким штриховым касанием к губам, хоботковый (Бехтерева) — легким постукиванием молоточком по верхней

или нижней губе. При всех этих приемах наблюдается легкое сокращение круговой мышцы рта и выпячивание губ вперед. Корнеальный и конъюнктивальный рефлексы вызываются осторожным прикосновением ваткой к склере или конъюнктивальный. При этом происходит смыкание век. Нижнечелюстной рефлекс вызывается ударом молоточка по подбородку при слегка открытом рте. Ответной реакцией является движение нижней челюсти кверху.

VII пара — лицевой нерв. Определяют симметрию лица в покое. Обращают внимание на положение углов рта, выраженность и симметрию носогубных складок, складок на лбу и ширину глазных щелей. Для определения функции мимической мускулатуры проверяют способность больного наморщить лоб, зажмурить глаза, надуть щеки, показать зубы, задуть спичку, свечи. Выявляется симметрия этих движений. Сравниваются надбровный, корнеальный, конъюнктивальный рефлексы слева и справа. Проверяются симптомы орального автоматизма (назолабиальный, хоботковый, штриховой, ладонно-подбородочный, дистантно-оральный рефлексы и т. п.). Дистантно-оральный рефлекс Корчикяна вызывается имитацией нанесения удара молоточком по губам. Повторение методики вызова перечисленных рефлексов обусловлено тем, что они осуществляются при участии тройничного и лицевого нервов. Ладонно-подбородочный рефлекс Маринеску–Родовичи вызывается штриховым раздражением области тенера. При этом сокращается подбородочная мышца и поднимается вверх нижняя губа. Ответная реакция всех перечисленных рефлексов такая же, как и при носогубном рефлексе. Отмечается слезотечение или сухость глаз, сухость во рту, гиперакузия, чувство онемения языка. Проверяется состояние вкуса и вкусовой гнозис путем поочередного нанесения капли соленого, кислого, сладкого раствора на правую и левую половины корня языка. В норме человек различает сладкое, кислое, соленое, горькое. При выявлении пареза мимической мускулатуры необходимо уточнить, поражением какого нейрона он обусловлен (центрального или периферического).

VIII пара — слуховой и вестибулярный нервы. Для определения состояния функции слухового нерва необходимо выяснить, нет ли звона, шума в ушах, гиперакузии, акузии, дизакузии, проверить остроту слуха на шепот с расстояния в 6 метров. Для выявления характера нарушения слуха (звукопроводящего или звуковоспринимающего аппарата) применяются камертонные пробы Ринне, Вебера, Швабаха.

При определении функции вестибулярной порции этого нерва необходимо выяснить наличие головокружения (системное — вращение самого больного или окружающей среды в каком-то одном направлении, несистемное — чувство проваливания, качания почвы под ногами), тошноты, рвоты в покое и при смене положения головы. Уточняется переноси-

мость езды в автобусе, самолете, на корабле, наличие нистагма. Выясняется, может ли больной фиксировать взгляд на молоточке, перемещаемом врачом вправо, влево, вверх, вниз.

IX и X пары — языкоглоточный и блуждающий нервы. Необходимо обратить внимание на фонацию речи, функцию глотания, состояние голоса (дизартрия, гнусавость, дисфагия, поперхивание при еде, дисфония, афония). Требуется исследовать подвижность мягкого неба и положения язычка. Следует проверить глоточные и небные рефлексy, вкус на корне языка с обеих сторон, наличие рефлексов орального автоматизма для определения характера паралича (бульбарного или псевдобульбарного). Глоточный рефлекс вызывается путем легкого дотрагивания шпателем к задней стенке глотки поочередно слева и справа. Ответной реакцией является рвотный рефлекс, сокращение мышц глотки. Небный рефлекс проверяется дотрагиванием шпателем к мягкому небу. При этом сокращаются мышцы мягкого неба со стороны прикосновения.

XI пара — добавочный нерв. Для определения состояния этого нерва необходимо определить контуры трапециевидной и грудиноключично-сосковой мышц, уточнить, нет ли атрофий мышечных подергиваний. Следует проверить способность повернуть голову во все стороны, поднять надплечья, поднять руки вверх, максимально свести лопатки.

XII пара — подъязычный нерв. Исследуют положение и вид языка при открывании рта и высовывании изо рта (отклонение в сторону поражения от средней линии, наличие атрофии, складчатости, фибриллярных подергиваний при периферическом параличе, а при центральном — лишь отклонение языка в противоположную сторону от поражения). Отмечают четкость произношения слов. Нарушение функции этого нерва ведет к дизартрии и частичной дисфагии.

ДВИГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Исследование двигательной системы включает: осмотр мускулатуры, выявление атрофий, гипертрофий, фасцикулярных или фибриллярных подергиваний, определение объема и темпа активных и пассивных движений во всех суставах (ограничения показать в градусах для каждого сустава), мышечного тонуса и трофики мышц (во время пассивных сгибаний и разгибаний в крупных суставах рук и ног, а также при ощупывании мышц), физиологических и патологических рефлексов. Исследуется сила мышц в различных их группах (шее, конечностях, туловище).

Объем движений определяется визуально или с помощью угломеров. Обследуемому предлагают поднять руки вверх, вытянуть вперед, развести в сторону, согнуть и разогнуть в локтевых и лучезапястных суставах, сжать пальцы в кулак и разжать их, развести пальцы. Для выявления

силы кистей больного просят сжать 2–3 пальца исследующего. Более точно сила кистей определяется с помощью динамометра. В положении стоя или сидя пациенту предлагают поднять ноги, согнуть и разогнуть их в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах, согнуть и разогнуть пальцы стопы, стать на носки, на пятки, походить по палате. Каждому из этих движений врач оказывает сопротивление и таким образом определяет степень снижения их силы.

Оценка мышечной силы производится по пятибальной системе:

- 0 баллов — полный паралич (плегия);
- 1 балл — имеются минимальные, еле заметные движения (глубокий парез);
- 2 балла — движения есть, но объем движений не полный, больной не преодолевает тяжести своей конечности (глубокий парез);
- 3 балла — мышца преодолевает силу тяжести, но не преодолевает дополнительного легкого сопротивления (умеренный парез);
- 4 балла — объем движений полный, мышца преодолевает дополнительное сопротивление, но выявляется снижение силы (легкий парез);
- 5 баллов — сила мышц обычная для исследуемого, нормальная.

Для выявления легких парезов применяется верхняя проба Баре (больной с закрытыми глазами удерживает вытянутые руки в течение 2–3 минут, на стороне пареза рука медленно опускается вниз) и нижняя проба Баре (больному, лежащему на животе, предлагают в течение 2–3 минут удерживать полусогнутые под тупым углом ноги в коленных суставах, при наличии слабости ноги или нога, в которой имеется слабость, медленно опускаются вниз).

Мышечный тонус определяется ощупыванием мышц и совершением пассивных движений в различных суставах. При повышении мышечного тонуса ощущается непроизвольное сопротивление мышц в случае их пассивного сгибания и разгибания, а при снижении мышечного тонуса выявляется разболтанность в суставах и отсутствие мышечного тонуса.

Определяется наличие физиологических и патологических синкинезий, бедность, замедленность движений, характер походки. При наличии синкинезий, гиперкинезов указывается их локализация и характер (амплитуда, ритм, темп, стереотипность или разнообразие, постоянно или в покое либо в движении). Если у больного бывают локальные или генерализованные двигательные припадки (тонические, клонические или тонико-клонические судороги), то необходимо их подробно описать (локализацию, продолжительность).

Исследование рефлексов

Во время вызывания кожных, сухожильных и надкостничных рефлексов конечностям (рефлексогенным зонам) необходимо придать одинаковое положение. Наносить раздражения и удары молоточком следует быстро и отрывисто с одинаковой силой справа и слева по симметричным рефлексогенным зонам при расслабленных мышцах. Вызывание рефлексов желательно вести сверху вниз.

Надбровный рефлекс (надкостничный) вызывается нанесением легкого удара молоточком по надбровной области. При этом наблюдается легкое сокращение круговой мышцы глаза (легкое мигание). Рефлекторная дуга и уровень замыкания — первая ветвь тройничного нерва, лицевой нерв, воронковидный мост.

Зрачковый рефлекс вызывается освещением открытого глаза источником света (фонариком) или закрыванием и открыванием глаза через несколько секунд. При этом наблюдается сужение зрачка. Рефлекторная дуга — зрительный и глазодвигательный нерв, передние бугорки четверохолмия и ножка мозга.

Корнеальный и конъюнктивальный рефлексы вызываются легким прикосновением уголком мягкой бумаги или ткани к конъюнктиве или склере. При этом наблюдается мгновенное закрытие глаза (смыкание глазной щели) за счет сокращения круговой мышцы глаза. Рефлекторная дуга — первая ветвь тройничного нерва, лицевой нерв, воронковидный мост, круговая мышца глаза.

Глоточный рефлекс (рефлекс с мягкого неба) вызывается легким прикосновением шпателя к задней стенке глотки или мягкого неба. В первом случае наблюдается сокращение мышц глотки (рвотный рефлекс), во втором — мягкого неба, которое уходит от соприкосновения кверху. Рефлекторная дуга рефлекса и уровень его замыкания — чувствительная и двигательная порции языкоглоточного и блуждающего нервов, продолговатый мозг.

Подбородочный рефлекс (надкостничный) вызывается путем нанесения легкого удара по пальцу исследователя, положенного на подбородок приоткрытого рта, или по деревянному шпателю, положенному на зубы нижней челюсти. При этом наблюдается тенденция к закрыванию рта за счет легкого сокращения жевательной мускулатуры. Рефлекторная дуга и уровень замыкания — чувствительная и двигательная порции третьей ветви тройничного нерва, воронковидный мост.

Рефлекс с двуглавой мышцы плеча (сухожильный) вызывается нанесением удара молоточком по сухожилию этой мышцы в локтевом изгибе. Происходит легкое сгибание предплечья в локтевом суставе за счет сокращения двуглавой мышцы. Можно большим пальцем левой руки прощупать сухожилие двуглавой мышцы больного, слегка прижать ее и нанести удар по ногтю своего пальца. Рефлекторная дуга — чувствительная и

двигательная порция мышечно-кожного нерва, уровень замыкания — С5–С6 сегменты спинного мозга.

Рефлекс с трехглавой мышцы (сухожильный) вызывается при ударе молоточком по сухожилию разгибателя предплечья на 1–2 см выше олекранона в положении согнутой в локтевом суставе под прямым углом и отведенной в сторону руки. При этом происходит сокращение трехглавой мышцы и разгибание предплечья в локтевом суставе. Менее удобный способ заключается в том, что исследующий берет своей левой рукой кисти больного, сгибает предплечья в локтевых суставах под слегка тупым углом и наносит удар по сухожилиям трехглавой мышцы. Рефлекторная дуга — чувствительная и двигательная порция лучевого нерва, уровень замыкания — С6–С8-сегменты спинного мозга.

Запястно-лучевой рефлекс (надкостничный) вызывается при ударе молоточком по шиловидному отростку лучевой кости положенной на бедро руки в положении полусупинации сидя или лежа на животе. Еще один способ заключается в том, что исследующий берет кисти больного левой рукой, сгибает предплечья в локтевом суставе и вызывает рефлекс сначала с одной стороны, а затем с другой. При этом наблюдается сгибание предплечья и пронация кисти. Рефлекторная дуга — чувствительная и двигательная порция мышечно-кожного и частично срединного нервов, уровень замыкания — С5–С7-сегменты спинного мозга.

Лопаточно-плечевой рефлекс Бехтерева (надкостничный) вызывается ударом молоточка по внутреннему краю лопатки. При этом возникает приведение и ротация плеча кнаружи. Рефлекторная дуга — подлопаточный нерв, уровень замыкания — С5–С6-сегменты спинного мозга.

Брюшные рефлексы (кожные) вызываются штриховым раздражением кожных покровов брюшной стенки тупым предметом (спичкой, не пишущим концом карандаша или ручки) в направлении от боковой стенки живота к средней линии. Рефлекторная дуга — межреберные нервы, а уровень замыкания — сегменты спинного мозга. Верхний брюшной рефлекс вызывается при раздражении кожи живота по нижнему краю реберной дуги (уровень замыкания — Th7–Th8), средний брюшной — на уровне пупка (уровень замыкания — Th9–Th10), нижний брюшной — чуть выше паховой складки (уровень замыкания — Th11–Th12). При этом происходит легкое сокращение мышц брюшного пресса на стороне раздражения.

Кремастерный рефлекс (кожный). При штриховом раздражении верхневнутренней поверхности бедра происходит сокращение кремастерной мышцы и подтягивание яичка кверху. Рефлекторная дуга — бедренно-половой нерв, уровень замыкания — L1–L2-сегменты спинного мозга.

Анальный рефлекс (кожный) вызывается легким покалыванием иглой кожи вокруг ануса. При этом наблюдается сокращение круговой

мышцы анального отверстия. Рефлекторная дуга — анально-копчиковые нервы, уровень замыкания рефлекса — S4–S5-сегменты спинного мозга.

Коленный рефлекс (сухожильный) вызывается ударом молоточка по сухожилию четырехглавой мышцы бедра в положении сидя на стуле (кушетке, кровати), когда ноги свисают и согнуты в коленных суставах почти под прямым углом, или ноги опираются на пятки под небольшим тупым углом, или больной лежит на спине, согнув ноги в тазобедренных и коленных суставах. Исследующий подводит предплечье левой руки под коленные ямки полусогнутых ног, а правой наносит удары по сухожилию. Ответной реакцией является разгибание голени в коленном суставе. Иногда рефлекс вызывается с трудом. В таких случаях применяются отвлекающие внимание приемы: просят больного сжать руки в кулак, досчитать до ста или, сцепив пальцы рук в замок, с силой растягивать их в стороны (прием Ендрассика). Рефлекторная дуга — бедренный нерв, уровень замыкания — L2–L4-сегменты спинного мозга.

Ахиллов рефлекс (сухожильный) вызывается ударом молоточка по ахилловому сухожилию в положении стоя на коленях на стуле или на кушетке. Если больной лежит в постели, то сгибают его ноги в коленных и тазобедренных суставах под прямым углом, удерживают стопу за пальцы и наносят легкий удар по ахилловому сухожилию или по подошвенной поверхности стопы. В обоих случаях происходит сгибание стопы в голеностопном суставе. Рефлекторная дуга — большеберцовый нерв, уровень замыкания — L5–S2-сегменты спинного мозга.

Подошвенный рефлекс (кожный) вызывается штриховым раздражением подошвенной поверхности стопы. При этом происходит сгибание всех пальцев стопы. Рефлекторная дуга та же, что при ахилловом рефлексе — седалищный нерв, уровень замыкания — L5–S2-сегменты спинного мозга.

Патологические рефлексы

Патологические рефлексы обнаруживаются при поражении пирамидного пути. Наиболее постоянными являются рефлексы группы Бабинского (разгибательные). Для них характерна ответная реакция в виде разгибания большого пальца и иногда веерообразное расхождение остальных 2–5 пальцев стопы.

Рефлекс Бабинского вызывается штриховым раздражением рукояткой молоточка подошвенной поверхности стопы или ее наружного края (вариант Пуссера).

Рефлекс Оппенгейма вызывается проведением с нажимом большим пальцем и средней фалангой указательного по передней поверхности большеберцовой кости голени сверху вниз.

Рефлекс Гордона вызывается сдавливанием рукой массы икроножной мышцы.

Рефлекс Шеффера вызывается легким сжиманием пальцами ахиллова сухожилия.

Исследуют и группу сгибательных патологических рефлексов.

Рефлекс Россолимо вызывается короткими ударами кончиками пальцев кисти по ладонной поверхности концевых фаланг кисти исследуемого (кистевой, верхний рефлекс Россолимо) или по подошвенной поверхности П-У пальцев стопы (нижний рефлекс Россолимо). При этом наблюдается легкое сгибание пальцев кисти и стопы («кивок пальцев»).

Кистевой рефлекс Бехтерева–Менделя вызывается ударом молоточка по тыльной стороне кисти у основания безымянного пальца. При этом наблюдается легкое сгибание пальцев кисти.

Стопный рефлекс Бехтерева–Менделя. При ударе молоточком по тыльной поверхности стопы наблюдается легкое подошвенное сгибание пальцев стопы.

Рефлекс Жуковского вызывается ударом молоточка по подошве у основания пальцев стопы, а **рефлекс Корнилова** — по подошвенной поверхности свода или пятки стопы. В обоих случаях ответной реакцией является легкое сгибание пальцев стопы.

ФУНКЦИИ МОЗЖЕЧКА

Все пробы на статическую и динамическую координацию мозжечка проверяются сначала при открытых, а затем закрытых глазах.

При одностороннем поражении мозжечка симптоматика нарушения его функции наблюдается на стороне поражения, а при диффузном, двустороннем поражении она двусторонняя.

Статическая координация проверяется пробой Ромберга. Больному предлагается стать, поставить стопы вместе, вытянуть руки вперед и проверить устойчивость с открытыми и закрытыми глазами. Усложненная или сенсibilизированная проба Ромберга состоит в том, что исследуемого просят поставить стопы на одной прямой линии так, чтобы пятка одной ноги прикасалась к носку другой, вытянуть руки вперед и закрыть глаза. При поражении мозжечка наблюдается тенденция падения в сторону пораженного полушария мозжечка, при поражении верхнего (переднего) отдела его червя выявляется тенденция падения вперед, нижней части червя — назад.

Для исследования **динамической координации** проверяется **походка**. Пациенту предлагают пройти по прямой линии, а затем проверяется фланговая и тандемная походка. При этом выявляется шаткость. Исследуется и ряд других проб на динамическую координацию, описываемых ниже.

При беседе с обследуемым обращают внимание **на речь** (толчкообразная, скандированная).

Пальценосовая проба. Больному предлагают вытянуть руки вперед или в стороны, а затем поочередно попасть указательным пальцем левой и правой руки в кончик своего носа.

Пальце-указательная проба. Пациент должен указательным пальцем поочередно попасть в ударную часть молоточка исследуемого. При поражении мозжечка в обоих случаях выявляется промахивание и интенционное дрожание, усиливающееся при приближении к «цели».

Проба на адиадохокinez. Исследуемого просят совершать быструю пронацию-супинацию вытянутых вперед рук. При патологии мозжечка наблюдается рассогласование зеркальности поворота ладоней больного.

Пронаторная проба Тома. Больному предлагают вытянутые руки в позе супинации быстро перевести в положение пронации ладонями вниз. При поражении мозжечка или его проводящих путей наблюдается гиперметрия, гиперпронация.

Проба Стюарт–Холмса. Пациента просят сгибать руку в локтевом суставе, но при этом, взяв его руку за запястье, оказывают сопротивление движению, а затем внезапно отпускают руку больного. Несмотря на многократное повторение этой пробы, больной с силой ударяет себя в грудь на стороне поражения.

Обращают внимание на **почерк**. Исследуемому предлагают что-нибудь написать или проверяют ранее им написанное. При патологии мозжечка выявляется мегаллография.

Пяточно-коленная проба. Пациенту, лежащему на спине, с открытыми, а затем закрытыми глазами предлагают пятку высоко поднятой ноги поставить на надколенник другой и провести пяткой по голени до голеностопного сустава и обратно, а затем повторить это с другой ногой. При патологии наблюдается промахивание и соскальзывание пятки с голени в обе стороны, проявляется интенционное дрожание.

Для исследования синергии движений проверяют **пробу Бабинского**. Больного, лежащего на спине без подушки со скрещенными руками на груди, просят сесть. В норме пациент должен сесть, не отрывая ног от кушетки или постели. При поражении мозжечка содружественные сгибания невозможны. Больной не может сесть в кровати (на кушетке) без помощи рук. От кушетки поднимается нога на стороне поражения мозжечка.

Кроме перечисленного, проверяется устойчивость пациента, которому в положении стоя предлагается отклониться кзади. При поражении мозжечка содружественные сгибания ног в коленных и тазобедренных суставах отсутствуют, поэтому больной теряет равновесие и падает назад.

ЭКСТРАПИРАМИДНАЯ СИСТЕМА

Для описания состояния экстрапирамидной системы необходимо уточнить наличие гипотоническо-гиперкинетического и гипертоническо-гипокинетического симптомокомплексов. Для этого проверяется мышечный тонус (пассивное сгибание и разгибание в локтевых, коленных и тазобедренных суставах), наличие гиперкинезов (тики, лицевой гемиспазм, параспазм, атетоз, гемибаллизм, тремор вытянутых рук и ног, торсионная дистония и т. п.), нормальных синкинезий (отсутствие синхронных размахиваний руками в такт походки и т. п.). При наличии повышенного тонуса нужно отметить его особенности. В случае гиперкинезов описывается их характер, локализация, ритм, амплитуда. Необходимо обратить внимание на выражение лица (амимия), походку (шаркающая, мелкими шажками), почерк (микрография), речь (тихая, монотонная). Обращается внимание на наличие тремора покоя рук, ног, нижней челюсти, головы.

ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Все виды чувствительности (простые и сложные) проверяются с закрытыми глазами больного. Все раздражения наносятся с одинаковой силой на симметричных местах сверху вниз. Для выявления типа расстройства чувствительность на лице нужно проверить сверху вниз по ветвям тройничного нерва, а затем от уха к носу для выявления возможного поражения ядра этого нерва. На руках и ногах чувствительность проверяется от проксимальных отделов к дистальным и вокруг кисти, предплечья, плеча, стопы, голени, бедра, а на туловище — сверху вниз, сравнивается восприятие чувствительности справа и слева. При наличии расстройств необходимо отметить их количественные и качественные виды и уточнить топический характер нарушений чувствительности: полиневритический, невритический, плексалгический, ганглионарный, корешковый, сегментарный, проводниковый спинальный (при его наличии необходимо выявить уровень поражения), проводниковый церебральный, таламический, корковый.

Поверхностные виды чувствительности

Болевая чувствительность осторожно проверяется с помощью иглы. Больной должен ответить: «остро», «одинаково остро», «тупо», «тупее», «одинаково тупо».

Температурная чувствительность. Холодовая и тепловая чувствительности проверяются с помощью двух пробирок с холодной и теплой водой или путем касания к коже металлической, пластмассовой или деревянной частью неврологического молоточка. Больной должен ответить:

«тепло», «холод», «менее тепло», «менее холодно», «прикосновение». В норме человек улавливает разницу температуры в 2–3 градуса.

Тактильная чувствительность определяется касанием к коже щеточкой, кусочком мягкой бумаги или ваткой. Пациент должен отмечать это касание любым голосовым ответом.

Глубокие виды чувствительности

Суставно-мышечное чувство исследуется при пассивных движениях в суставах рук и ног в направлении от дистальных суставов к проксимальным (голеностопных, коленных, тазобедренных, лучезапястных, локтевых, плечевых). Больной отвечает, в каком направлении осуществляется движение (вверх, вниз, вправо, влево), или говорит, что не ощущает этого движения и не может определить передвигаемую часть его тела (палец, кисть, стопа, голень и т. п.).

Вибрационная чувствительность проверяется с помощью камертона, имеющего 128 или 256 колебаний в минуту. Ножку вибрирующего камертона ставят на костные выступы конечностей и туловища в направлении от дистальных к проксимальным отделам и по секундомеру определяют длительность ощущения вибрации. Больного просят сообщить, когда он перестанет ее ощущать. В норме наибольшая длительность вибрации отмечается в области ногтевых фаланг рук и ног (до 15 секунд). В проксимальных отделах рук и ног и в области туловища она значительно короче (до 3–5 секунд).

Чувство давления определяется надавливанием пальцем или другим предметом на определенный участок тела обследуемого. Пациент должен отличить прикосновение от давления.

Чувство веса проверяется с помощью тяжестей (гирек в пределах 100 грамм), положенных на ладонь вытянутой руки. В норме человек может различить разницу веса в 10 грамм.

Сложные виды чувствительности

Двумернопространственная чувствительность проверяется путем написания тупым концом булавки или спички на коже цифр, геометрических фигур, крестиков, ноликов. Больной должен назвать, что написали.

Чувство локализации определяется путем нанесения укола в различных местах, после чего пациент с закрытыми глазами должен показать место раздражения.

Стереогностическое чувство проверяется способностью больного распознавать знакомые предметы (ключ, монеты, ручку и т. п.) на ощупь сначала одной, затем другой рукой, а потом обеими.

Дискриминационная чувствительность определяется с помощью циркуля Вебера. Ножки циркуля устанавливаются на определенном расстоянии друг от друга, одновременно наносятся уколы в различных частях тела, постепенно сближают ножки циркуля до того момента, когда оба укола воспринимаются как один. На кончиках пальцев это наступает при расстоянии между ножками в 2 мм, а в области спины — до 60 мм.

При спонтанных болях и парестезиях уточняется место их возникновения, зоны распространения и проекции. Для выявления реактивных болей проверяются симптомы натяжения корешков, нервных стволов и болевые точки их выхода при надавливании.

БОЛЕВЫЕ СИМПТОМЫ НАТЯЖЕНИЯ КОРЕШКОВ СПИННОГО МОЗГА И НЕРВНЫХ СТВОЛОВ

Симптом Нери проверяется путем резкого пассивного наклона головы к груди. В случае поражения корешковых нервов (канатиков) появляется или усиливается болевая реакция в зоне пораженного корешка (в шейном, грудном или поясничном отделе).

Симптом Лассега. При разгибании ноги в коленном суставе, предварительно согнутой в тазобедренном и коленном суставах, или при сгибании выпрямленной ноги в тазобедренном суставе у больного, лежащего на спине, возникает боль в пояснице и по ходу седалищного нерва.

Контралатеральный (перекрестный) симптом Лассега или Бехтерева. При сгибании выпрямленной здоровой ноги в тазобедренном суставе возникает боль на противоположной стороне в пояснице и по задней поверхности ноги.

Симптом Дежерина определяется появлением или усилением имеющейся в пояснице боли при кашле, чихании, давлении на область живота.

Симптом посадки. Появляется или резко усиливается боль в пояснице и легкое сгибание ног в коленных суставах при попытке пациента перейти из лежачего в сидячее положение.

Симптом Вассермана — появление боли по передней поверхности бедра при сгибании ноги в коленном суставе у пациента, лежащего на животе.

Симптом Мацкевича. Резкое отведение выпрямленной ноги кзади вызывает боль по передней поверхности бедра и в паховой области.

Точки Вале. При надавливании на точки выхода ветвей тройничного, затылочного нервов, ягодичной складки, подколенной ямки, паравертебральные точки при поражениях периферической нервной системы возникает боль.

МЕНИНГЕАЛЬНЫЕ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ

Менингеальные симптомы (ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского, Бехтерева, Лесажа) проверяются в положении больного на спине.

Ригидность мышц затылка проверяется путем пассивного наклона головы больного к груди. При наличии менингеального синдрома это не удается. Ощущается непроизвольное сопротивление.

Симптом Кернига определяется при сгибании ноги в коленном и тазобедренном суставе под прямым углом с последующим разгибанием голени в коленном суставе. При этом невозможно разогнуть так, чтобы не было угла между голенью и бедром. Пациентом ощущается некоторая боль по задней поверхности бедра и голени. Чем меньше остается этот угол, тем более выражен менингеальный синдром.

Верхний симптом Брудзинского проявляется тем, что при пассивном наклоне головы к груди наблюдается тенденция к сгибанию ног в коленных и тазобедренных суставах и подтягиванию их к животу. И чем более выражен менингеальный синдром, тем сильнее эта тенденция.

Средний симптом Брудзинского наблюдается при надавливании на область лобка. При этом происходит легкое сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах.

Нижний симптом Брудзинского наблюдается при проверке симптома Кернига, когда при этом происходит сгибание второй ноги в тазобедренном и коленном суставах, это же проявляется при пассивном сгибании и прижатии бедра одной ноги к животу.

Симптом Бехтерева состоит в том, что легкое постукивание пальцем по скуловой дуге вызывает усиление головной боли и появление болезненной гримасы.

Симптом подвешивания Лесажа (у детей раннего возраста). Ребенка берут за подмышки и поднимают, чтобы ноги не касались постели. При положительном симптоме ребенок подтягивает ножки к животу.

Менингеальная поза. При резко выраженном менингеальном симптоме может наблюдаться симптом «лягавой собаки», когда голова больного запрокинута назад, живот втянут, спина прогнута по типу лордоза, а ноги подтянуты к животу.

Точки Керера. При воспалении менингеальных оболочек выявляется болезненность при надавливании на точки выхода ветвей тройничного и затылочных нервов.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ ФУНКЦИИ

Для оценки состояния вегетативной нервной системы следует обратить внимание на окраску кожи, потоотделение, местные изменения тем-

пературы, сальность лица, слюноотделение, трофические изменения кожи, костей, артропатии, пролежни. Необходимо уточнить наличие вегетативных пароксизмальных состояний (обмороки, головокружения, акроцианоз, отек Квинке, крапивница, вазомоторный ринит, бронхиальная астма, гипоталамические кризы, приступы сонливости или бессонницы, вегетативно-висцеральные ауры и т. п.) на момент обследования и в анамнезе. При этом нужно отметить нормальное состояние исследуемых показателей или их патологические изменения.

Проверка **состояния местного дермографизма** проводится путем раздражения кожи тупым концом молоточка, шпателя или спички. При этом на 5–10 секунд появляется белая полоса (белый дермографизм), а затем красная полоса в пределах раздражения. Необходимо отметить быстроту возникновения ответной реакции, ее интенсивность и продолжительность (быстрая, замедленная, ограниченная, разлитая, стойкая, отсутствует).

Рефлекторный дермографизм проверяется легким раздражением острой иглой кожи туловища сверху вниз. В норме спустя 5–20 секунд появляется фестончатая розово-красная полоска шириной от 1 до 5 см, исчезающая через 1–10 минут.

Пиломоторный рефлекс. При щипке или резком холодом раздражении кожи в области надплечья возникает ответная реакция в виде «гусиной кожи» на одноименной половине тела.

Глазо-сердечный рефлекс Ашнера. Больному, лежащему на спине с закрытыми глазами, подсчитывают пульс, затем большим пальцем надавливают на боковые поверхности глазных яблок в течение 20–30 секунд и вновь подсчитывают пульс. В норме наблюдается его замедление на 8–10 ударов.

Клиностатический рефлекс. При переходе больного из горизонтального положения в вертикальное пульс учащается на 10–12 ударов в минуту.

Ортостатический рефлекс. При переходе больного из вертикального положения в горизонтальное пульс замедляется на 10–12 ударов в минуту.

Данные дополнительных методов исследования (лабораторные и специальные исследования)

Независимо от предполагаемого диагноза, больному проводится общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, кала на яйца глист, рентгеноскопия органов грудной клетки, ЭКГ, реакция Вассермана. Остальные клинические, иммунологические, микробиологические анализы, инструментальные методы исследования (рентгенография черепа, позвоночника, крестцово-подвздошного сочленения, спондилография, КТ,

МРТ, ЭЭГ, ЭхоЭГ, люмбальная пункция, УЗИ органов брюшной полости и т. п.), консультации других специалистов проводятся по показаниям.

Все результаты исследований в динамике заносятся в учебную историю болезни.

Постановка топического диагноза

Необходимо суммировать данные общего состояния больного, выявленной неврологической симптоматики (общемозговой и очаговой), дополнительных методов исследования (перечисляются данные выявленных патологических изменений), обосновать локализацию патологического очага или избирательное поражение определенных структур и систем нервной системы и таким образом поставить топический диагноз.

Постановка нозологического диагноза

На основании данных общего состояния больного, анамнеза и истории развития заболевания, динамики и течения заболевания, имеющейся неврологической симптоматики и данных дополнительных методов исследования с учетом топического диагноза выставляется нозологический диагноз.

Дифференциальный диагноз

Предварительно обоснованный диагноз в дальнейшем дифференцируется с теми заболеваниями, которые по имеющейся симптоматике, локализации патологического процесса, избирательности поражения определенных структур нервной системы, течению могут быть схожи с поставленным диагнозом.

Лечение

С целью запоминания и знания принятого протокола лечения того или иного заболевания студенты должны ознакомиться с этими протоколами и листами назначений и отразить это в учебной истории болезни.

Прогноз течения болезни

Правильно определенный прогноз свидетельствует о полном представлении об имеющемся у больного заболевании. Так, при своевременно правильно поставленном диагнозе и адекватном лечении прогноз может быть: благоприятным для жизни и полного выздоровления; благоприятным для жизни, но неблагоприятным для полного выздоровления; неблагоприятным для жизни и выздоровления. Возможны и другие формулировки прогноза.

Дневники курации

Отмечается общее состояние, состояние сознания, жалобы, имеющаяся симптоматика, динамика общего состояния и имеющейся симптоматики. Указывается проводимое лечение и его эффект, возможные изменения в лечении; дополнительные и контрольные исследования (при необходимости); рекомендации по дальнейшему пребыванию в стационаре.

Эпикриз

В эпикризе приводятся паспортные данные, клинический диагноз, краткие сведения о клинике заболевания, данные клинических и инструментальных методов исследования, проведенное лечение и его эффект, исход заболевания, рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению (при необходимости), состояние трудоспособности (может приступить к работе, продолжает болеть).

Литература

1. Дуус, П. Топический диагноз в неврологии. Анатомия, физиология, клиника / П. Дуус. М. : Вазар-Ферро, 1997.
2. Логинов, В. Г. Методика обследования соматического и неврологического статуса ребенка / В. Г. Логинов, А. С. Федулов, И. А. Логинова. Минск : БГМУ, 2008.
3. Триумфов, А. В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы / А. В. Триумфов. М. : МЕДпресс, 2000.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ

Оглавление

Введение	3
Паспортная часть	4
Жалобы больного.....	4
Анамнез болезни.....	5
Анамнез жизни.....	6
Данные объективного исследования	6
Соматический статус.....	6
Неврологический статус	8
Высшая нервная деятельность	8
Черепные нервы.....	9
Двигательная система	12
Функции мозжечка.....	17
Экстрапирамидная система.....	18
Чувствительная система	19
Болевые симптомы	
натяжения корешков спинного мозга и нервных стволов	21
Менингеальные симптомокомплексы.....	21
Вегетативные функции	22
Данные дополнительных методов исследования.....	23
Постановка топического диагноза.....	23
Постановка нозологического диагноза	24
Дифференциальный диагноз	24
Лечение	24
Прогноз течения болезни	24
Дневники курации	24
Эпикриз.....	25
Литература.....	25

Учебное издание

Семак Александр Ефимович
Федулов Александр Сергеевич
Логинов Вадим Григорьевич

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ С МЕТОДИКОЙ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. С. Федулов
Редактор О. В. Лавникович
Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 25.02.11. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».
Печать офсетная. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,63. Уч.-изд. л. 1,3. Тираж 99 экз. Заказ 397.

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.