

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской
реабилитации и психиатрии**

В.Я. Латышева

**МЕТОДИКА СОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ
СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
И ТРАВМАМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов IV курса лечебного факультета**

Гомель 2005

УДК 616.8-07 (075.8)

ББК 56.12 я 7

Л 27

Рецензенты: **Дривотинов Б.В.** — доктор медицинских наук, профессор кафедры нервных и нейрохирургических болезней Белорусского государственного медицинского университета, **Алексеев Ю.В.** — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии.

Латышева В.Я.

Л 27 Методика составления медицинской карты стационарного больного с заболеваниями и травмами нервной системы: Учебно-методическое пособие для студентов IV курса лечебного факультета / 2-е изд., испр. и допол., Латышева В.Я. — Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2005. — 30 с.

Представлена последовательность обследования больного неврологического и нейрохирургического профиля в стационаре, включая реабилитационные отделения. Предназначено для студентов IV курса лечебного факультета УО «Гомельский государственный медицинский университет» при изучении курса неврологии и нейрохирургии, составлено с учетом «Методики исследования неврологического больного», «Схемы учебной истории болезни неврологического больного», включает современные подходы к оценке неврологического статуса больных с различными формами заболеваний нервной системы, травмами головного и спинного мозга.

Утверждено на заседании Центрального учебного научно-методического Советом университета в качестве учебного пособия 11 марта 2005, протокол № 3.

© Латышева В.Я., 2005
© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2005

ВВЕДЕНИЕ

Исследование неврологического статуса больных с заболеваниями и травмами нервной системы требует глубоких знаний анатомо-топографических соотношений центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, других органов и систем.

При написании истории болезни необходимо выделить 6 этапов:

- словесное общение с больным (сбор паспортных данных, жалоб, анамнеза заболевания или травмы, анамнеза жизни);
- соматическое и неврологическое обследование больного;
- формулировка топического диагноза; проведение дифференциальной диагностики;
- оценка результатов параклинического обследования;
- формулировка и структура клинического и заключительного диагноза;
- выбор лечения и объема медицинской реабилитации.

В связи со специализацией и дифференциацией медицины особую актуальность приобретает пересмотр и дальнейшая методологическая разработка постановки диагноза в соответствии с МКБ–10.

Вместе с тем, необходимо помнить, что эта классификация разрабатывалась с целью проведения достоверного статистического учета, анализа и отчетности, поэтому клинический диагноз не всегда соответствует стандартным рубрикам МКБ–10. Формулировка диагноза должна включать не только структурно-функциональное повреждение, но и его степень, влияние на категории жизнедеятельности (передвижение, самообслуживание, общение, трудоспособность) и социальный статус больного.

При беседе с больным студент должен уметь установить контакт с больным и добиться расположения пациента.

1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

- Фамилия, имя, отчество.
- Возраст.
- Пол.
- Семейное положение.
- Профессия, место работы.
- Домашний адрес.
- Дата госпитализации.
- Дата выписки.
- Д-з направившего учреждения или врача бригады скорой помощи.
- Д-з больного при поступлении.
- Д-з при выписке: клинический основной диагноз, полный с указанием локализации, степени выраженности (пареза или болевого синдрома), этиологии, фоновый диагноз, сочетанный диагноз, осложнения.

2. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Жалобы можно собрать со слов больного либо путем ответа на наводящие вопросы при невыраженном нарушении или изменении сознания. Возможен и третий путь получения информации: от медперсонала, доставившего больного, родственников, знакомых, на основании медицинской документации из поликлиники.

Студент должен внимательно слушать больного, в то же время уметь управлять диалогом, чтобы конкретизировать интересующие вопросы.

Известно, что личность больного и сама болезнь существенно отражаются на изложении жалоб, особенно у больных с невротическими чертами, которые нередко детализируют жалобы и сосредотачивают внимание на второстепенных моментах. Необходимо уметь управлять беседой.

При последовательном четком изложении жалоб больного не надо прерывать и лишь наводящими вопросами уточнять основные жалобы, их характеристику, а затем включить в описание второстепенные.

При наличии боли нужно узнать ее локализацию и характер.

При головной боли следует уточнить время ее возникновения (утренние, дневные, вечерние), локализацию, интенсивность, иррадиацию, характер (острые, тупые, ноющие, постоянные, приступообразные), необходимо выяснить, не сопровождается ли головная боль тошнотой, рвотой, головокружением, потерей сознания, мельканием «мушек» перед глазами, «затуманиванием».

При болевом синдроме, который является патогномоничным для клинических проявлений остеохондроза позвоночника, студенту необходимо уточнить не только характер и локализацию боли, но и связь ее с положением больного (лежа, сидя, стоя, при ходьбе, при сгибании), связь с физической нагрузкой, временем года.

Особого внимания заслуживают лица с потерей сознания, обмороками, пароксизмами, приступами общей слабости. При указании на судорожные припадки нужно узнать их частоту, характер, время наступления, установить, сопровождаются ли они прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием.

Далее следует уделить внимание предположениям больного о причинах возникновения его болезни (после употребления спиртного, ушиба, черепно-мозговой травмы, физической нагрузки, бега и т.д.).

3. АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

В этом разделе необходимо изложить четкую последовательность возникновения первых симптомов заболевания, дальнейшего развития болезни, особенно первых признаков (остро, подостро, постепенно), характер ее течения (прогрессирующее, регрессирующее, ремитирующее, рецидивирующее), отметить острый период или ремиссию, частоту рецидивов (при рассеянном склерозе рецидив обозначается как эксацербация), их продолжительность.

Учитывая, что значительное число заболеваний нервной системы возникает вторично, необходимо выяснить, какие заболевания или травмы больной перенес в прошлом, были ли инфекционные заболевания с длительной температурой, профессиональные вредности, интоксикации, укусы клещей, установить другие провоцирующие факторы, вызвавшие заболевание (подъем тяжести, работа в неблагоприятных метеоусловиях, в ночные смены и др.).

Дополнительные данные рекомендуется получить из амбулаторной карты, где могут быть представлены более подробные сведения с указанием результатов обследования, лечения, программ медицинской реабилитации больного или инвалида.

4. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Информация, относящаяся к анамнезу жизни, является важным звеном подготовки диагноза, так как некоторые из них могут быть наследственными.

Необходимо воспроизвести основные этапы жизни больного, если больной в сознании, контактен и ориентирован, или сведения получить от родственников:

- данные о сроках и продолжительности родов;
- сведения о перинатальном периоде, о физическом и интеллектуальном развитии в младенческом возрасте;
- указать перенесенные заболевания в детские и юношеские годы, вредные привычки, энурез, заикание, припадки;
- как протекала учеба в школе, отставание от сверстников в физическом и умственном развитии, полученное образование;
- трудовая деятельность, время вступления в брак;
- сексуальное здоровье, наличие эректильной (половой) дисфункции у мужчин и характер менструального цикла (болезненность, своевременность их наступления, бывают ли обильные) у женщин, выкидыши, мертворождения;

- состояние здоровья родителей, ближайших родственников;
- при наследственных заболеваниях необходимо составить родословную (генеалогическую) таблицу, что способствует диагностике наследственных заболеваний нервной системы;
- описывается аллергологический анамнез.

5. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Оценка состояния больного включает:

- общую оценку — состояние удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое;
- температура тела;
- состояние сознания — ясное, оглушение, сопор, кома. Допустимо обследование больного студентами только в состоянии ясного сознания и легкого оглушения;
- положение больного — активное, пассивное, вынужденное;
- телосложение — нормостеничное, астеничное, гиперстеничное;
- кожные покровы и видимые слизистые (цвет, наличие сыпи и ее характер, наличие ссадин, гематом, кровоподтеков, особенно в области черепа и шейного отдела позвоночника);
- выраженность подкожно-жировой клетчатки, волосяного покрова, лимфатических узлов;
- форма черепа, размеры, конфигурация;
- описывается состояние опорно-двигательного аппарата, объем активных и пассивных движений в позвоночнике и суставах, конфигурация позвоночника в различных отделах (кифоз, лордоз, сколиоз, кифосколиоз), болезненность при пальпации паравертебральных точек, наличие венозного рисунка в ромбе Михаэляса.

Далее дается характеристика систем: дыхательной, сердечно-сосудистой, эндокринной, пищеварения, мочеполовой.

При отсутствии патологии со стороны этих систем дается лишь общая характеристика, согласно навыкам и умениям, полученным при изучении пропедевтики внутренних болезней. В случае наличия патологии — система описывается в полном объеме:

- сердечно-сосудистая система (боли, сублимации, тоны сердца, частота пульса и его характеристика, наличие пульса на лучевых и сонных артериях, состояние подкожных вен, артериальное давление);
- состояние дыхательной системы, характеристика кашля, время его появления, приступообразность, одышка, связь ее с аллергенами, ритмичность, частота, глубина дыхания, наличие экспираторной или инспираторной одышки, дыхания Чейн-Стокса, Биота, Куссмауля, данные перкуссии и аускультации;

- система пищеварения (язык, зубы, конфигурация живота, участие его в акте дыхания, боли, диспепсия, запоры, границы печени, болезненность в левом подреберье, поджелудочная железа, характеристика стула);

- мочеполовая система и нарушение функции тазовых органов часто отмечается при заболеваниях нервной системы, поэтому необходимо отразить функцию тазовых органов (мочеиспускание не нарушено, задержка, постоянное или периодическое недержание мочи, императивные позывы, учащенное, безболезненное), в том числе половую функцию (при выявлении отклонений от нормы) и характеристику стула (задержка, недержание).

6. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС

6.1. Характеристика высшей нервной деятельности включает:

- состояние сознания (сохранено или нарушено в стадии оглушения) или изменено (психомоторное возбуждение, делирий, ступор), при черепно-мозговой травме состояние сознания оценивается по шкале Глазго.

- умственное развитие (соответствие возрасту и образованию);

- когнитивные функции: внимание (устойчивое, быстрая истощаемость, эмоциональная лабильность), память на ближайшие и отдаленные события (амнезия — нарушение памяти: *конградная* — отсутствие воспоминаний о событиях, происходящих вокруг больного в период чаще всего черепно-мозговой травмы; *антероградная* — после того, как он вышел из состояния нарушенного сознания; *ретроградная* — выпадение из сознания больного воспоминаний о себе и событиях до момента выключения сознания; *ретро-кон-антероградная* — отсутствуют все воспоминания; *фиксационная* — отсутствие у больного способности запоминать, фиксировать происходящие вокруг события);

- мышление — последовательное, замедленное, ускоренное, повышенная обстоятельность;

- ориентация в месте, времени, пространстве, в собственной личности и окружающем пространстве;

- поведение (мимика, жестикуляции, манера изложения, артистичность);

- речь больного (дизартрия, скандированная речь, монотонность, брадилалия, заикание), спонтанная речь и ее понимание (моторная, сенсорная, сенсомоторная или тотальная афазия);

- сохранность целенаправленных действий (праксис) — идеаторная апраксия (апраксия замысла), моторная (апраксия выполнения приказа, подражания), конструктивная (невозможность конструировать целое из части);

- стереогнозия — узнавание предметов на ощупь (астереогнозия — тактильная агнозия);

- письмо (графия, аграфия), чтение (лексия, алексия), счет (калькулия, акалькулия) и их разновидности;

- ориентировка в пространстве и топографии частей своего тела (гнозис, аутоагнозия — искаженное представление о размерах своего тела, анозогнозия — отсутствие осознания дефекта, псевдомелия — ощущение наличия лишних конечностей);

- сон и его нарушения (бессонница, сонливость, раннее, позднее засыпание, частые просыпания, самочувствие после сна, сновидения).

6.2. Функция черепных нервов

Подробно описывается функция каждой пары: 1 — обонятельный; 2 — зрительный; 3 — глазодвигательный; 4 — блоковый; 5 — тройничный нерв; 6 — отводящий; 7 — лицевой; 8 — кохлеовестибулярный; 9 — языкоглоточный; 10 — блуждающий; 11 — добавочный; 12 — подъязычный.

I пара — (n. olfactorius) чувствительный нерв. Нарушение восприятия пахучих веществ всегда наблюдается на стороне патологического очага и проявляется следующими видами расстройствами обоняния: утрата (*аносмия*), понижение (*гипосмия*), повышение (*гиперосмия*).

Раздражение коркового обонятельного анализатора (височная доля) проявляется *обонятельными галлюцинациями*. При одновременном поражении височных долей и диэнцефальной области возникает обонятельная гиперпатия (резкое повышение порога восприятия пахучего вещества, сопровождаемое выраженной вегетативной дисфункцией). Иногда при поражении коркового обонятельного анализатора возникают извращения восприятия пахучих веществ (*дизосмия*, *паросмия*). При очаге в гипокамповой извилине может возникнуть *обонятельная агнозия* (неузнавание знакомых запахов).

Исследование обоняния. Обонятельный нерв исследуется набором ароматических веществ. Обследуемого просят закрыть рот, т.к. пахучие вещества попадают с воздухом и через глотку, воздействуя на обонятельные рецепторы.

II пара — (n. opticus — зрительный нерв). *Исследование зрительного анализатора* начинают с определения остроты зрения, полей зрения, правильности зрительных и световых ощущений. Более качественно состояние функции II пары черепных нервов может оценить окулист или нейроофтальмолог.

Исследование остроты зрения (visus) определяется при помощи таблиц Головина, Сивцева. Расстройство цветоощущения проявляется слепотой на зеленый или красный цвет (*дальтонизм*), утратой способности различать цвета (*ахроматопсия*) или неумением правильно определить цвет (*дисхроматопсия*). Цветоощущение исследуется с помощью специальных полихроматических и пигментных таблиц Е.Б. Рабкина.

Поля зрения исследуются на белый, синий, красный и зеленый цвета при помощи периметра и переносятся на особую схему. Границы на белый цвет: кверху и кнутри до 60°, книзу до 70°, кнаружи до 90°.

Если поля зрения исследуются не на периметре, то врач садится против больного и предлагает ему закрыть один глаз рукой, а другим глазом

неподвижно смотреть на вашу переносицу и медленно передвигать молоточек из-за головы больного к центру его поля зрения. Исследование проводится сверху, снизу, снаружи.

Исследование глазного дна проводят при помощи офтальмоскопа в затемненной комнате. Изменения на глазном дне могут проявляться: застойным соском, первичной или вторичной атрофией и невритом зрительного нерва.

При полном перерыве проводимости зрительного нерва наступает слепота (*амавроз*) с утратой прямой реакции зрачка пораженного нерва на свет. При понижении зрения (*амблиопии*) наступают ограничения полей зрения (*гемианопсия*), выпадение секторами или островками (*скотомы*) внутри границ поля зрения.

Выделяют височную (битемпоральную), биназальную или гетеронимную одноименную (гомонимную), или квадрантную *гемианопсию* в зависимости от степени поражения зрительного анализатора.

При раздражении области шпорной борозды возникают *зрительные галлюцинации*.

III, IV, VI пары (n.n. oculomotorius, trochlearis, abducens) — группа глазодвигательных нервов.

Методы исследования III, IV, VI пары.

Глазодвигательные нервы исследуются совместно. При этом проверяют:

- состояние верхнего века;
- подвижность глазных яблок;
- величину, форму, равномерность зрачка;
- реакцию зрачков на свет (РЗС).

Больному предлагают, не вращая головой, следить глазами за молоточком,двигающимся вверх, вниз, снару́жи и внутрь. При этом выявляют косоглазие, диплопию, определяют прямую и содружественную РЗС, реакцию зрачков на аккомодацию и конвергенцию.

Прямая реакция зрачков на свет проверяется путем поочередного закрывания и открывания то одного, то другого глаза ладонью врача. Больной в это время смотрит на корень носа врача. В норме зрачок суживается при освещении и расширяется при затемнении.

Содружественная реакция зрачка на свет проверяется закрыванием одного глаза ладонью врача и определением реакции зрачка открытого глаза. При закрывании правого глаза зрачок левого расширяется, при освещении правого — суживается.

При аккомодации больной смотрит на кончик указательного пальца, который приближают к кончику носа больного или удаляют (конвергенция). При этом зрачок то суживается (при рассматривании предметов вблизи) или расширяется при взгляде вдаль. Аккомодация глаза — способность отчетливо видеть предметы, находящиеся на различном расстоянии. Конвергенция — схождение глазных яблок к средней линии.

Клиника поражения III пары (n. oculomotorius):

- птоз;
- расходящееся косоглазие, ограничение или отсутствие движения глазного яблока внутрь, вверх и вниз;
- диплопия при поднятом верхнем веке (вверх, прямо и внутрь);
- мидриаз;
- экзофтальм;
- паралич аккомодации, невозможность конвергенции.

III пара черепных нервов, наряду с глазодвигательными волокнами, содержит и парасимпатические нервы.

Клиника поражения IV пары (n. trochlearis):

- легкое сходящееся косоглазие при взгляде вниз, ограничение или отсутствие движения глазного яблока вниз;
- диплопия только при взгляде вниз (при спуске по лестнице).

Клиника поражения VI пары (n. abducens):

- сходящееся косоглазие, ограничение или отсутствие движения глазного яблока кнаружи;
- диплопия при взгляде в сторону пораженной мышцы;
- иногда головокружение и вынужденное положение головы.

V пара (n. trigeminus) — смешанный нерв, преимущественно чувствительный.

Методы исследования.

1. Методом пальпации точек выхода ветвей тройничного нерва выявляют триггерные (курковые) зоны.

2. Чувствительность исследуют с помощью иголки в зоне иннервации каждой ветви и уколом от носа кнаружи («луковичный», диссоциированный тип расстройства чувствительности при поражении ядра спинномозгового тракта). Глубокую чувствительность исследуют нанесением тактильных раздражений (узнаванием расправления кожной складки и нарисованных цифр), температурную чувствительность определяют приложением пробирок или предметов с горячей и холодной водой. Поражение тройничного нерва проявляется болями, различными видами чувствительных расстройств на лице.

3. Ощупывают височную и жевательную мускулатуру.

4. Просят открыть рот и подвигать нижней челюстью в стороны.

Клиника поражения V пары — невралгия тройничного нерва.

1. Болезненность в точках выхода ветвей тройничного нерва на лице (триггерные, курковые зоны).

2. Расстройства всех видов чувствительности в зоне иннервации I, II или III ветви.

3. При поражении каудального отдела ядра спинномозгового тракта — гиперестезия (или анестезия) болевой и температурной чувствительности в

наружных отделах лица, орального — в центральных его частях. Тактильная чувствительность при этом сохраняется.

4. Двигательные расстройства при поражении III ветви проявляются параличом жевательной мускулатуры:

- атрофией височной и жевательной мышц;
- при открывании рта нижняя челюсть смещается в сторону пораженного нерва;
- при двустороннем поражении отвисает нижняя челюсть;
- снижается или исчезает нижнечелюстной или надбровный и корнеальный рефлекс.

VII пара (n. facialis) — смешанный, преимущественно двигательный нерв с различными попутчиками: n. petrosus major (большой каменистый нерв); n. stapedius; chorda tympani. Ведущими симптомами поражения нерва является парез (паралич) лицевой мускулатуры на стороне пораженного нерва.

Методы исследования:

Врач просит больного:

- наморщить лоб;
- нахмурить брови;
- закрыть глаза;
- надуть щеки;
- подуть на свечу;
- показать зубы;
- определить вкус на передних 2/3 языка.

Поражение лицевого нерва, осуществляющего иннервацию мимической мускулатуры лица, носит периферический либо центральный характер.

Периферический паралич лицевого нерва возникает при поражении ствола или ядра и проявляется прозопарезом или прозоплегией:

- лицо на стороне поражения маскообразно;
- больной не хмурит брови;
- больной не морщит лоб;
- не закрывается глаз («заячий глаз», лагофthalm, симптом «заходящего солнца»);
- при попытке закрыть глаз глазное яблоко уходит под верхнее веко и видна склера (симптом Белла);
- на стороне поражения опущен угол рта, сглажена носогубная складка;
- невозможен свист;
- больной не может подуть на свечу;
- несколько затруднена речь;
- во время еды пища попадает за щеку, которую больной часто прикусывает;
- слезотечение или сухость глаза;
- затруднение при приеме пищи;

- утрачен или ослаблен надбровный рефлекс;
- вкус на передних 2/3 языка либо сохранен, либо расстроен (это зависит от уровня поражения нерва);
- симптомы поражения лицевого нерва могут сочетаться с глухотой, гиперacusией, расстройством слюноотделения;
- в отдаленном периоде могут развиваться контрактуры пораженных мышц: сужение глазной щели, усиление носогубной складки, перетягивание угла рта в больную сторону, иногда патологические синкинезии.

Центральный паралич (парез) лицевого нерва возникает при надядерном повреждении двигательного нейрона и проявляется выпадением функции только нижних ветвей лицевого нерва. При этом наблюдается сглаженность носогубной складки, асимметрия оскала (опущение угла рта) на стороне, противоположной очагу поражения, невозможность надуть щеки, подуть на свечку, щека «парусит».

Электродиагностика при нейропатии лицевого нерва проводится в конце 3-й недели от начала заболевания. На аппарате «Стимул-1» исследуют электровозбудимость на переменный и выпрямленный импульсный ток (несущая частота 2000 Гц, модулированная частота 50 Гц), при этом выявляют количественные и качественные изменения — реакцию перерождения: частичная реакция перерождения, полная реакция перерождения, полная утрата возбудимости.

VIII пара (n. vestibulocochlearis), чувствительный нерв.

Методы исследования.

При исследовании слухового аппарата проверяют остроту слуха, воздушную и костную проводимость.

Острота слуха проверяется шепотной речью врача, когда больной стоит боком к врачу, закрыв одно ухо, и повторяет слова или цифры. В норме шепотная речь воспринимается на расстоянии 6–12 м.

Костная проводимость исследуется камертоном с проведением трех проб: Вебера, Ринне и Швабаха.

Проба Вебера: при поражении звукопроводящего аппарата (наружного и среднего уха) звук звучащего камертона, ножка которого устанавливается на темени, лучше слышен больным ухом. При заболеваниях звуковоспринимающего аппарата (улитка, слуховой корешок) звук лучше воспринимается здоровым ухом.

Проба Ринне. В норме и при поражении звуковоспринимающего аппарата больной слышит звучащий камертон, установленный на сосцевидный отросток (проба Ринне положительная). При заболеваниях звукопроводящего аппарата звука не слышно (проба Ринне отрицательная).

Проба Швабаха. При поражении звуковоспринимающего аппарата костная проводимость у больного укорочена (проба Швабаха отрицательная): камертон на темени врача звучит дольше, чем на темени больного. Если зву-

чащий камертон больной слышит дольше, чем врач, проба Швабаха положительная, что характерно для поражения звукопроводящего аппарата.

Вестибулярный аппарат исследуется на кресле Бараньи, при вращении которого больной испытывает головокружение и у него появляется нистагм (ритмическое подергивание глазных яблок в ту или иную сторону). Нистагм имеет два компонента: медленное отведение глазных яблок в сторону и быстрое приведение их к исходному положению. Направление нистагма определяют по быстрому компоненту. Нистагм может быть горизонтальным, вертикальным, конвергирующим, ротаторно-горизонтально-клоническим.

Оптокинетический нистагм появляется при взгляде на движущиеся предметы: медленный компонент направлен в сторону движения вращающегося барабана, быстрый — в обратную. Отсутствие его свидетельствует о патологии.

Калорический нистагм возникает в связи с промыванием наружного слухового прохода теплой (40–50°) или холодной (15–20°) водой с помощью шприца под небольшим давлением. В норме теплая вода вызывает нистагм в сторону орошаемого уха, холодная — в обратную. При вестибулярной гиперестезии реактивный нистагм усилен, при разрушении лабиринта — отсутствует.

Поражение слухового нерва.

Клиника: снижение слуха (гипакузия) или глухота (анакузия). При раздражении слухового аппарата появляется ощущение шума, потрескивания, свиста, при раздражении корковых центров слуха — слуховые галлюцинации. Гиперакузия обычно связана с раздражением веточки лицевого нерва, иннервирующей мышцу стремянки.

Более подробная характеристика поражения слухового нерва представлена в литературе по отоневрологии.

Поражение вестибулярной порции.

Клиника: головокружение (системное и несистемное), нистагм, вестибулярная атаксия. Виды нистагма:

- конвергирующий — при поражении четверохолмия;
- вертикальный — при заинтересованности мозгового ствола;
- ротаторный — при патологии каудального отдела ствола;
- ротаторно-горизонтально-клонический в сторону очага — при заинтересованности корешка;
- горизонтальный в сочетании с систематизированным головокружением — при заболеваниях внутреннего уха.

IX пара — языкоглоточный нерв (n. glossopharyngeus) — смешанный нерв.

Ведущими симптомами поражения нерва являются:

- расстройство глотания (дисфагия);
- расстройство вкуса на задней трети языка на своей стороне при поражении периферического звена нерва (ядра, корешка и самого ствола). При одностороннем поражении центрального звена патологии не наблюдается.

Обследование нерва начинают с определения вкуса водными растворами сладких, горьких и соленых веществ, нанося их пипеткой поочередно на обе половины задней трети языка; смотрят на подвижность мягкого неба и шпателем определяют глоточный рефлекс и рефлекс с мягкого неба (совместная функция IX и X нервов). При этом наблюдается:

- свисание мягкого неба на стороне очага;
- язычок смещен в здоровую сторону;
- выпадает глоточный рефлекс;
- расстраивается вкус на задней трети языка своей стороны;
- возникает анестезия слизистой верхней половины глотки.

X пара (n. vagus) — смешанный нерв. Исследование функции нерва начинают:

- с оценки звучности и тембра голоса;
- состояния голосовых складок;
- состояния мягкого неба и его подвижности при фонации;
- проверяют глоточный рефлекс;
- оценивают пульс, дыхание, функцию желудочно-кишечного тракта.

При раздражении нерва наблюдается спазм мышц глотки, пищевода, желудка, кишечника, затрудненное дыхание, гипергидроз, склонность к обморокам, замедление сердечного ритма.

Ведущими симптомами одностороннего поражения нерва являются:

- легкое расстройство глотания;
- изменение голоса — осиплость (паралич голосовой связки);
- свисание мягкого неба на стороне поражения;
- отклонение язычка в здоровую сторону;
- снижение глоточного рефлекса.

При поражении периферического нейрона (ядра, корешка и ствола нерва на одной стороне) возникает:

- дисфония и дисфагия (или афония, афагия);
- мягкое небо свисает на стороне очага, а язычок отклоняется в здоровую сторону;
- глоточный рефлекс выпадает на стороне поражения;
- выявляется парез голосовых связок (складок) на своей стороне (при осмотре гортанным зеркалом или ларингоскопом);
- жидкая пища выливается через нос, а твердой — поперхивается;
- тахикардия, учащенное дыхание.

При полном двустороннем поражении наступает смерть. При частичном двустороннем поражении *центрального нейрона* (corticonuclearis) возникают те же симптомы, но с двух сторон с повышением глоточного рефлекса, появлением рефлексов орального автоматизма, насильственного смеха, плача.

XI пара черепных нервов (n. accessorius) — двигательный нерв. Ведущими симптомами при поражении периферического звена нерва являются:

- атрофический парез плечевого пояса;
- нарушение поворотов и стояния головы;
- симптом «крыловидных лопаток».

Поражение *центрального нейрона* нерва в связи с двусторонней иннервацией практически почти не наблюдается.

Исследование нерва начинают с оценки состояния грудино-ключично-сосцевидных и трапециевидных мышц; определении их силы; возможности поворота головы в стороны, поднятия плеч; вызывании лопаточного рефлекса.

При раздражении клеток передних рогов в этих мышцах возникают фибриллярные подергивания, клонические подергивания головы в противоположную сторону. При одностороннем тоническом спазме возникает кривошея, при двустороннем — «салаамова судорога» — клоническое кивание головой.

XII пара черепных нервов (n. hypoglossus) — двигательный нерв. Ведущими симптомами поражения нерва являются расстройство речи — дизартрия (анартрия).

Исследование функции нерва начинают с оценки речи больного, осмотра языка, оценки его подвижности, состояния круговой мышцы рта и подвижности гортани при глотании.

При поражении *периферического отдела* нерва (ядра, корешка и ствола) возникает:

- атрофия одноименной половины языка;
- отклонение его в сторону очага;
- дизартрия;
- при ядерном поражении — истончение губ и фибриллярные подергивания мышц языка;
- при повреждении внечерепного отдела нерва — смещение гортани в здоровую сторону.

При двустороннем поражении периферического отдела нерва — язык неподвижен, речь невозможна, глотание и перемешивание пищи во рту резко затруднено.

При одностороннем поражении *центрального нейрона* (corticonuclearis) — мягкая дизартрия, язык смещен в противоположную сторону (в сторону сглаженной носогубной складки). Атрофии языка и фибриллярных подергиваний при этом нет.

При поражении периферического звена IX, X, XII черепных нервов возникает картина бульбарного паралича, центрального звена — развивается псевдобульбарный синдром или паралич.

Бульбарный паралич.

Бульбарный паралич возникает при поражении периферического отдела IX, X, XII черепных нервов (ядер, корешков и стволов нервов).

Ведущими симптомами бульбарного паралича являются:

- дисфония (афония);
- дисфагия (афагия);
- дизартрия (анартрия);
- паралич мышц мягкого нёба;
- утрата глоточного рефлекса и рефлекса с мягкого нёба;
- поперхивание, выливание жидкой пищи через нос;
- атрофия мышц языка (фибриллярные подергивания при поражении ядра);
- смещение гортани (при поражении стволов XII нерва).

Псевдобульбарный паралич

Псевдобульбарный паралич возникает при двустороннем поражении центрального звена IX, X, XII пар черепных нервов (corticonuclearis). Клинически для него характерна та же триада симптомов, что и при бульбарном параличе (дисфония, дисфагия, дизартрия), но нет атрофии и фибриллярных подергиваний мышц языка, глоточный рефлекс высокий, появляются рефлексы орального автоматизма, насильственный плач и смех. Часто встречаемые рефлексы орального автоматизма:

- рефлекс Вюрпа или хоботковый рефлекс (сокращение круговой мышцы рта или выпячивание губ вперед при их ударе молоточком);
- рефлекс Карчикяна или дистантно-оральный рефлекс (выпячивание губ вперед при приближении к ним молоточка);
- рефлекс Аствацатурова (вытягивание губ вперед при ударе молоточком спинки носа);
- рефлекс Маринеску-Радовичи или ладонно-подбородочный рефлекс (раздражение рукояткой молоточка тенора вызывает сокращение мышц подбородка).

6.3. Двигательная сфера

Исследование двигательной системы включает осмотр мускулатуры, выявление атрофий, гипо- и гипертрофий, фасцикулярных и фибриллярных подергиваний, а также определение:

- объема активных и пассивных движений (в градусах для каждого сустава — на руках и ногах), при очень низком тоне объем пассивных движений в суставах может быть повышен «разболтанность» сустава;
- мышечной силы по пятибалльной системе: 0 — паралич, 1 балл — активные движения отсутствуют, но пальпаторно определяется напряжение мышц, 2 — движения возможны при минимальном подъеме конечности, 3 — конечность преодолевает силу собственной тяжести, но не преодолевает дополнительное сопротивление, 4 балла — конечность преодолевает дополнительное сопротивление, но не в полной мере, 5 баллов — объем движений в конечности сохранен полностью;
- мышечного тонуса при пассивном движении конечности (гипо-, атония, гипертония спастическая, симптом «складного ножа», пластическая, симптом «зубчатого колеса»).

Для выявления легких парезов проводится верхняя проба Барре (больной с закрытыми глазами удерживает вытянутые руки в течение 2–3 мин, на стороне пареза рука медленно опускается вниз) и нижняя проба Барре (больной на животе удерживает в течение 2–3 мин согнутые в коленных суставах ноги, при наличии пареза нога медленно опускается вниз).

Описывается замедленность, бедность движений, наличие гиперкинезов и его формы (тремор, миоклонии, миоритмии, хорея, атетоз, монобаллизм, гемибаллизм, торсионная дистония и ее локальные формы — блефароспазм, писчий спазм, спастическая кривошея, лицевой гемиспазм), необходимо указать их амплитуду, ритм, темп, стереотипность, постоянство в покое и в движении.

Судорожные припадки описываются подробно: наличие предвестников (ауры), частота, у женщин — связана ли с *mensis*, длительность, характер судорог (клонические, тонические, клинико-тонические), приступы амбулаторного автоматизма, малые припадки типа *pettit mal*.

6.4. Исследование рефлексов

Глубокие рефлексy:

При исследовании сухожильно-надкостничных рефлексов, в зависимости от состояния больного и условий, необходимо придать конечностям одинаковое положение (возможно, положение больного лежа или сидя). Удары молоточком наносятся 3–4 раза с равной силой, быстро, отрывисто.

У эмоциональных личностей *при вызывании рефлекса с двуглавой мышцы (бицепитальный)* удар молоточком можно наносить по крайней фаланге большого пальца левой руки исследуемого, который прижимают к сухожилию двуглавой мышцы больного. Рефлекторная дуга — кожно-мышечный нерв (сегменты спинного мозга C₅–C₆).

Рефлекс трехглавой мышцы (трицепитальный) вызывается ударом молоточка по ее сухожилию. При сокращении мышцы разгибается предплечье в локтевом суставе. Рефлекторная дуга — лучевой нерв (сегменты C₇–C₈).

Запястно-лучевой (карпо-радиальный, надкостничный) рефлекс: вызывается ударом молоточка по шиловидному отростку лучевой кости, при этом наблюдается сгибание предплечья в локтевом суставе и пронация кисти. Рефлекторная дуга — срединный, лучевой и кожно-мышечный нервы (сегменты спинного мозга C₅–C₆–C₇–C₈).

Лопаточно-плечевой рефлекс Бехтерева (надкостничный): проявляется приведением и ротацией плеча кнаружи в ответ на удар молоточком по внутреннему краю лопатки. Рефлекторная дуга — подлопаточный нерв (сегменты спинного мозга C₅–C₆).

Коленный рефлекс: определяется при ударе молоточком по сухожилию четырехглавой мышцы бедра. Иногда в норме коленные рефлексy вызываются с трудом. В этих случаях необходимо отвлечь внимание больного, для чего применяются различные отвлекающие приемы:

- первая проба — прием Ендрассика — больному предлагается сцепить пальцы рук и с силой растягивать кисти;
- вторая проба — больному предлагается считать и в это время вызывается рефлекс.

Рефлекторная дуга — бедренный нерв (сегменты спинного мозга L₂–L₃–L₄ основной корешок L₃).

Ахиллов рефлекс вызывается ударом молоточка по ахиллову сухожилию, в ответ сгибается стопа в голеностопном суставе. Рефлекс вызывается в положении больного лежа на спине или стоя на коленях на стуле спиной к врачу так, чтобы стопы свободно свисали, а руки находились на спинке стула или поверхности стола. Рефлекторная дуга — сегменты спинного мозга S₁–S₂.

У здорового человека рефлекс должны быть равные.

При центральных двигательных нарушениях (парез, паралич) глубокие рефлексы повышаются, иногда определяется клonusид или клонус надколенной чашечки и стопы, при периферических — снижаются или не вызываются.

Поверхностные (кожные) рефлекс — брюшные (верхний — замыкается Th₇–Th₈ сегментами спинного мозга, средний — Th₉–Th₁₀, нижний — Th₁₁–Th₁₂), кремастерный или яичковый (L₁–L₂ сегменты), подошвенный (L₅–S₁) и анальный (S₄–S₅ сегменты спинного мозга) снижаются или не вызываются при поражении центральной нервной системы (головного и спинного мозга).

Патологические рефлекс. Эти рефлекс определяются только при поражении пирамидного пути.

Выделяют *разгибательную группу*, из которой наиболее постоянным является рефлекс Бабинского (вызывается штриховым раздражением рукояткой молоточка наружного края подошвы в направлении к большому пальцу). В эту группу входят рефлекс: Оппенгейма (проводится давление большим и указательным пальцами на переднюю поверхность большеберцовой кости сверху вниз), Гордона (сдавливается икроножная мышца) и Шеффера (сжимается пальцами ахиллово сухожилие).

Сгибательные патологические рефлекс (сгибание пальцев стопы) включают рефлекс Россолимо (вызывается короткими ударами кончиками пальцев кисти по подошвенной поверхности концевых фаланг II–V пальцев стопы), Бехтерева — Менделя (ударяют молоточком по тыльной поверхности III–IV плюсневых костей) и рефлекс Жуковского-Корнилова (молоточком ударяют у основания подошвенной поверхности пальцев).

Рефлекс Бабинского появляется при остром поражении пирамидной системы, рефлекс Россолимо — позднее проявление спастического паралича или пареза. Патологические сгибательные рефлекс могут вызываться и с кисти: рефлекс Россолимо — сгибание пальцев кисти в ответ на быстрые касания концевых фаланг, Тремнера — при касании фаланг II–IV паль-

цев, Якобсона-Ласка — сочетанное сгибание предплечья и пальцев кисти в ответ на удар молоточком по шиловидному отростку лучевой кости, рефлекс Жуковского — сгибание пальцев кисти при ударе молоточком по ладонной поверхности, Бехтерева — при перкуссии молоточком тыла кисти.

Патологические защитные рефлексy — рефлексy спинального автоматизма на верхних и нижних конечностях, когда при резком сгибании пальцев стопы происходит непроизвольное укорочение или удлинение парализованной конечности.

Хватательный рефлекс Янишевского на верхних конечностях — непроизвольное захватывание предметов, соприкасающихся с ладонью, *дистантный хватательный рефлекс* — попытка захватить предмет, показываемый на расстоянии (наблюдается при поражении лобной доли).

К патологическим знакам относятся также рефлексy орального автоматизма (хоботковый, назолабиальный, сосательный, ладонно-подбородочный рефлекс Маринеску-Радовичи, дистанс-оральный рефлекс Карчикяна).

6.5. Исследование функций мозжечка

Мозжечок участвует:

- в регуляции равновесия;
- координации (динамической и статической);
- в сохранении мышечного тонуса.

Полушария мозжечка обеспечивают динамическую (расстройство координации движений в конечностях, «пьяная походка»), червь мозжечка — статическую (трудно стоять и сидеть) координацию.

Динамическая (локомоторная) атаксия включает:

- нарушение походки с открытыми и закрытыми глазами (не контролируется зрением) по прямой линии, фланговой — ходьбы в стороны;
- нарушение при пальце-носовой, пяточно-коленной и пальце-указательной пробах (попадание указательным пальцем в молоточек) с открытыми и закрытыми глазами (проверяется 2–3 раза);
- нистагм-ритмическое подергивание глазных яблок, выраженное при взгляде в сторону поражения;
- нарушение пробы на диадохокинез (при проведении пронации, супинации), отставание на стороне поражения.

Кроме того, при оценке функции мозжечка учитывают:

- пронаторную пробу Тома (избыточное движение — гиперметрия на стороне поражения мозжечка при повороте рук с разведенными пальцами вниз);
- пробу на соразмерность движений (дисметрия);
- пробу Стюарт-Холмса (при отпуске врачом согнутой в локтевом суставе руки больного, он ударяет себя рукой в грудь вследствие гипотонии на стороне поражения);
- мегалографию, расстройство письма с написанием несоразмерных больших и маленьких зигзагообразных букв;

- пробу (асинергию) Бабинского (больному, лежащему на спине со скрещенными на груди руками, не удастся сесть без помощи рук);
- гиперкинезы в виде интенционного дрожания;
- гипотонию мышц, которая выявляется при пассивных движениях на стороне поражения мозжечка;
- пробу Шильдера — больной не может удерживать на одном уровне руки в горизонтальном положении после подъема их вверх;
- пальцевой феномен Доникова — у сидящего больного с разведенными пальцами в положении супинации на стороне поражения происходит сгибание пальцев и пронация кисти.

Статическая координация проверяется *пробой Ромберга* — в положении стоя нужно поставить стопы вместе, вытянуть руки вперед, закрыть глаза. При поражении червя мозжечка содружественные движения ног в коленных и тазобедренных суставах отсутствуют, поэтому больной теряет равновесие и падает назад, реже — вперед.

Усложненная (сенсibilизированная) проба Ромберга — поставить ноги на одной линии, чтобы пятка одной ноги приходилась к носку другой, вытянуть руки вперед и закрыть глаза, при поражении червя мозжечка больной падает в сторону поражения.

При проверке позы Ромберга нужно стоять позади больного и в случае падения поддержать его.

6.6. Исследование экстрапирамидной системы

Синдром поражения бледного шара и черной субстанции (синдром паркинсонизма) включает:

- повышение мышечного тонуса — «феномен зубчатого колеса»;
- олигокинезию (бедность) и брадикинезию (замедленность);
- поза «восковой куклы» — затруднение перехода из состояния покоя в движение и наоборот;
- синкинезии — ослабление или исчезновение содружественных движений;
- ахейрокинез — отсутствие содружественного размахивания рук при ходьбе;
- своеобразная поза больного с наклоном туловища вперед;
- «шаркающая» походка — походка мелкими шагами;
- пропульсия — произвольные толчкообразные движения вперед или в стороны (латеропульсия), назад (ретропульсия);
- монотонная, тихая, затухающая речь;
- персеверация — повторение одних и тех же слов;
- микрография — мелкий почерк с неровными линиями;
- гипомимия — скудная мимика или ее отсутствие (амимия);
- дрожание дистальных отделов рук по типу «счета монет», головы, нижней челюсти, которые исчезают во сне;
- парадоксальные кинезии – взбегание по лестнице, вальсирование;

- сальность кожи лица;
- гиперсаливация;
- гипергидроз;
- изменение эмоциональной сферы и характера;
- нарушение когнитивных функций (памяти, внимания, мышления).

Синдром поражения полосатого тела

- мышечная гипотония (дистония);
- гиперкинезы в виде хореи (неритмичные, быстрые, беспорядочные движения), атетоза (медленные, вычурные, червеобразные движения в дистальных отделах конечностей), торсионная дистония (тонические сокращения мышц при движении, ходьбе, исчезает в покое), миоклонии (быстрые, молниеносные подергивания отдельных мышечных групп, усиливающиеся при движении и исчезающие во сне), миоритмии (стереотипные короткие ритмичные сокращения мышц, возникающие независимо от движений), тики (кратковременные однообразные, насильственные клонические подергивания отдельных мышечных групп), лицевой параспазм (периодические тонико-клонические подергивания лицевой мускулатуры с преобладанием тонической фазы); гемибаллизм (крупноразмашистый) — гиперкинез в виде неритмичных вращательных и бросковых движений в конечностях, чаще с одной стороны на фоне мышечной гипотонии.

6.7. Менингеальные симптомы

Они исследуются в положении больного на спине. При оболочечном (менингеальном синдроме) определяются следующие симптомы:

- *ригидность* мышц затылка — невозможность приведения подбородка к груди при пассивном наклоне головы вперед;
- *симптом Кернига* — при разгибании согнутой в коленном суставе ноги отмечается сопротивление и некоторая болевая реакция;
- *симптомы Брудзинского*: верхний (пассивное сгибание головы сопровождается сгибанием ног в коленных и тазобедренных суставах и подтягиванием их к животу), средний (лобковый) — при надавливании на область лобка отмечается приведение и сгибание ног в тазобедренных и коленных суставах и нижний (контралатеральный) — пассивное сгибание одной ноги в коленном суставе и прижатие ее к животу сопровождается сгибанием другой ноги в коленном и тазобедренном суставе;
- *симптом Бехтерева* — перкуссия скуловой дуги вызывает усиление головной боли и появление болезненной гримасы;
- *симптом подвешивания Лессаж* (у детей раннего возраста) — при поднятии за подмышки ребенка, его ножки подтягиваются к животу;
- *менингеальная поза* — голова запрокинута, живот втянут, руки согнуты, брюшная стенка напряжена, ноги приведены к животу у лежащего на боку больного, наблюдается опистотонус;
- *общая гиперестезия* к шуму, громкому разговору, яркому свету.

6.8. Чувствительная сфера

Дается характеристика качественных расстройств чувствительности:

- боль, локализация, интенсивность, иррадиация, причины возникновения и усиления, время суток ее появления;
- болезненность при перкуссии черепа, позвоночника — при пальпации;
- *виды нарушения чувствительности*: поверхностная (болевая, температурная, тактильная); глубокая (суставно-мышечная, вибрационная, чувство давления, веса); сложные виды чувствительности: дискриминационная (способность воспринимать раздельно два одновременно наносимых раздражения циркулем Вебера), двумернопространственная (определить цифры, буквы, наносимые на кожу больного), стереогнозия (способность узнавать предметы на ощупь с закрытыми глазами);
- *качественные расстройства чувствительности*: анестезия, гипестезия, гиперестезия, гиперпатия, полиестезия, аллестезия (ощущение раздражения в другом месте), аллохейрия (ощущение раздражения в симметричном участке другой стороны), термалгия (болезненное ощущение холода и тепла), дизестезия (извращенное ощущение боли как тепла, прикосновения как холода); фантомные боли — ощущение боли в отсутствующей конечности;
- *субъективное расстройство чувствительности* — парестезии в виде ощущения ползания «мурашек», онемения, жжения, покалывания, прохождения тока, похолодания.

Типы нарушения чувствительности:

1. Периферический:

1.1. Невральный тип характерен для поражения периферических нервов и нервных стволов.

1.2. Полиневритический (дистальный) тип выявляется при нарушении чувствительности в симметричных дистальных зонах по типу «носков» и «перчаток», бывает при полиневритах.

1.3. Корешковый тип наблюдается при поражении задних корешков спинного мозга в виде опоясывающих болей или ощущения стягивания («пояса»).

1.4. Ганглионарный тип — при поражении спинномозгового узла, проявляется болью по ходу корешка опоясывающего характера со множеством герпетических высыпаний.

2. Центральный:

2.1. Сегментарный (диссоциированный) тип — при поражении сегментарного аппарата спинного мозга и чувствительного ядра тройничного нерва (луковичный тип расстройства чувствительности на лице) — снижение или утрата болевой и температурной чувствительности при сохранении суставно-мышечного чувства (глубокой), вибрационной и частично тактильной чувствительности.

2.2. Проводниковый — гемигипестезия или гемианестезия: снижение или утрата чувствительности на контрлатеральной половине тела при поражении внутренней капсулы.

2.3. Корковый — моногипестезия: снижение чувствительности на контрлатеральной конечности при поражении коры головного мозга.

6.9. Ортопедо-неврологическое обследование при клинических проявлениях остеохондроза позвоночника

Ортопедические симптомы:

- объем активных движений в пояснично-крестцовом и шейном отделах позвоночника;
- объем пассивных движений в этих отделах;
- сколиоз позвоночника;
- дефанс мышц в пояснично-крестцовом отделе;
- симптом «вожжей» — напряжение длинных мышц спины;
- болезненность паравертебральных точек и остистых отростков;
- венозный рисунок в ромбе Михаэляса;
- сглаженность шейного или пояснично-крестцового лордоза.

Неврологические симптомы:

- симптом Лассега (характерен для поражения седалищного нерва и корешков, участвующих в его образовании) — разогнутую в коленном суставе ногу сгибают в тазобедренном (первая фаза натяжения нерва — болевая), затем сгибают в коленном суставе голень (вторая фаза — исчезновение боли вследствие прекращения натяжения нерва);
- симптом Бехтерева или перекрестный симптом Лассега (при сгибании, затем выпрямлении в коленном и тазобедренном суставе здоровой ноги появляется боль по задней поверхности больной ноги);
- симптом Вассермана (характерен для поражения бедренного нерва и корешков участвующих его образованию) — возникновение боли по передней поверхности бедра у больного, лежащего на животе, при разгибании ноги в тазобедренном суставе;
- симптом Мацкевича — максимальное сгибание голени у больного, лежащего на животе, вызывает боль по передней поверхности бедра;
- симптом Нери — появление боли в пояснице при сгибании головы;
- симптом Дежерина — боль в пояснице и ноге по ходу компремированного корешка при кашле, чихании (симптом «кашлевого толчка»).

6.10. Исследование вегетативной нервной системы

Алгоритм исследования симпатического и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен в таблице.

Для оценки состояния вегетативной нервной системы применяются следующие функциональные пробы:

- холодовая, если опускание кисти в холодную воду на 1 мин при температуре 4°C, повышает артериальное давление, говорят о симпатической реакции, снижает — о парасимпатической;

- глазосердечный рефлекс Даньини-Ашнера, если число сердечных сокращений после надавливания на глазные яблоки замедляется на 12–16, то такую реакцию расценивают как резкое повышение тонуса парасимпатической нервной системы, ускорение на 2–4 в минуту указывает на повышение возбудимости симпатической ее части;

- местный дермографизм — в норме при легком штриховом раздражении кожи на груди появляется белая полоска (локальный белый дермографизм, при более сильном и медленном — появляется узкая красная полоска (красный дермографизм). Появление интенсивного покраснения указывает на преобладание парасимпатической, белого — симпатической реакции;

- солярный рефлекс — при давлении рукой на верхнюю часть живота до ощущения пульсации брюшной аорты у здоровых лиц через 20–30 сек число сердечных сокращений замедляется на 4–12 в минуту. Изменение сердечной деятельности у больных оценивается как при проведении глазо-сердечного рефлекса;

- ортоклиностатический рефлекс — у здорового человека при переходе из горизонтального положения в вертикальное (ортостатическая проба) частота сердечных сокращений увеличивается на 12 в минуту, а артериальное давление — на 20 мм рт. ст. При переходе в горизонтальное положение через 3 мин эти показатели возвращаются к норме. Замедление частоты пульса и снижение давления указывают на повышение парасимпатической нервной системы, степень ускорения является показателем возбудимости симпатической нервной системы.

Применяются и другие функциональные пробы: фармакологическая проба с адреналином, с атропином.

Функция сегментарных вегетативных образований исследуется пилomotorным рефлексом (образование «гусиной кожи» при нанесении на кожу затылка или надплечий холодного предмета), пробой с пилокарпином, световая ванна, термометрия кожи, зрачковые реакции (прямая и содружественная реакция на аккомодацию, конвергенцию и боль).

Пробы с лекарственными препаратами применяются в настоящее время значительно реже.

При исследовании вегетативной нервной системы нередко возникают нейроэндокринные нарушения, в связи с чем исследуют гормональный профиль и другие нейрогуморальные показатели (основной обмен с применением радиоизотонического метода поглощения йода¹³¹, определяют кортикостероиды и их метаболиты в крови и моче, углеводный, белковый и водно-электролитный обмен, содержание катехоламинов, ацетилхолина и его ферментов, гистамина и его ферментов, серотонина и других показателей в основных биологических жидкостях организма).

6.11. Параклинические методы исследования

В этом разделе приводятся анализы крови, мочи, ликвора, биохимические и другие лабораторные исследования, данные ЭЭГ, ЭХО-энцефалоскопии, ЭКГ, краниографии, спондилографии, реовазографии, реоэнцефалографии, электродиагностики, электромиографии, доплерографии, заключение окулиста, терапевта, лор-врача, данные КТ и МРТ.

Таблица

Клиническая характеристика вегетативной нервной системы (Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, Г.С. Бурд, 2000)

Симптомы и показатели	Симпатические реакции	Парасимпатические реакции
Цвет кожи	Бледность	Склонность к гиперемии
Сосудистый рисунок	Не выражен	Усилен, цианоз
Сальность	Нормальная	Повышена
Сухость	Повышена	Нормальная
Потоотделение	Уменьшено (если пот вязкий, то увеличено)	Усилено (пот жидкий)
Демографизм	Розовый, белый	Интенсивно-красный, возвышающийся
Температура кожи	Снижена	Повышена
Пигментация	Усилена	Снижена
Температура тела	Повышена	Снижена
Переносимость холода	Удовлетворительная	Плохая
Переносимость жары	Плохая, непереносимость душных помещений	Удовлетворительная
Масса тела	Склонность к похуданию	Склонность к увеличению
Аппетит	Повышен	Понижен
Зрачки	Расширены	Нормальные
Глазные щели	Расширены	Нормальные
Пульс	Лабильная тахикардия	Брадикардия
АД (систолическое и диастолическое)	Повышено	Понижено или нормальное
ЭКГ	Синусовая тахикардия	Синусовая брадикардия
Головокружение	Нехарактерно	Часто
Частота дыхания	Нормальное или учащенное	Медленное, глубокое
Слюноотделение	Уменьшено	Усилено
Состав слюны	Густая	Жидкая
Кислотность желудочного сока	Нормальная или понижена	Повышена
Моторика кишечника	Атонический запор, слабая перистальтика	Дискинезии, спастический запор, поносы
Мочеиспускание	Полиурия, светлая моча	Императивные позывы
Пиломоторный рефлекс	Усилен	Нормальный
Аллергические реакции (отеки, зуд)	Отсутствуют	Склонность
Темперамент	Повышенная возбудимость	Вялость, малоподвижность
Сон	Непродолжительный, плохой	Сонливость
Физическая работоспособность	Повышена	Снижена
Психическая сфера	Рассеянность, неспособность сосредоточиться на чем-либо одном, активность больше вечером	Внимание удовлетворительное, активность выше в первой половине дня
Число эритроцитов	Увеличено	Уменьшено
Число лейкоцитов	Увеличено	Уменьшено
Уровень глюкозы в крови	Повышен, норма	Снижен (гипогликемия)
Переносимость голода	Обычная	Плохая

Реакция на УФО	Нормальная, снижена	Усилена
Ортостатическая проба	Пульс относительно ускорен	Пульс относительно замедлен
Клиноостатическая проба	Пульс относительно замедлен	Пульс относительно ускорен
Проба Ашнера	Норма, парадоксальное ускорение пульса	Значительное замедление пульса
Либи́до	Повышено	Норма
Эре́кция	Норма	Усилена

7. ДИАГНОСТИКА

7.1. Тотический диагноз

На основании данных объективного исследования больного определяется локализация патологического процесса.

Заболевание или травма чаще обусловлены поражением центральной нервной системы: головной мозг — полушария, ствол, мозжечок, спинной мозг — канатики, рога.

В патологический процесс может вовлекаться и периферическая нервная система: спинномозговые корешки, периферические нервы, нервные сплетения. В некоторых случаях у больного может быть системное или многоочаговое поражение нервной системы.

7.2. Обоснование клинического диагноза

На основании жалоб, анамнестических и клинических данных с учетом дополнительных методов исследования выставляется клинический диагноз.

7.3. Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз нужно проводить с 2–3 заболеваниями, сходными по клинической картине.

Путем исключения ряда подобных заболеваний, имеющих сходную клиническую картину, обосновывается основной клинический диагноз.

7.4. Заключительный диагноз

Согласно современной «Концепции последствий болезней и травм», диагноз должен быть развернутым (клинико-функциональным), отражающим характер основного заболевания, локализацию патологического процесса, степень выраженности двигательных (легкий, умеренно выраженный парез, парез, паралич), координаторных и речевых (моторная, сенсорная, тотальная афазия, дизартрия) нарушений.

При поражении периферической нервной системы необходимо отметить степень выраженности болевого синдрома (выраженный, резко выраженный и т.д.).

В конце клинического диагноза обязательно указывается этиологический фактор (атеросклероз сосудов головного мозга, артериальная гипертензия III ст., риск IV, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника и др.) и функциональный класс (ФК-0–ФК-4), что определяет степень потери трудоспособности или нуждаемость в посторонней помощи.

Характеристика ФК:

ФК-0 — практически здоровый человек;

ФК-1 — больной может быть трудоустроен по линии ВКК (потеря функций до 25%);

ФК-2 — трудоустройство по ВКК или определяется III группа инвалидности (потеря функции до 50%);

ФК-3 — инвалид II группы. Это больной, который может работать, но только в специально созданных условиях (потеря функции до 75%);

ФК-4 — инвалид I группы. Лицо, которое нуждается в постоянной посторонней помощи и уходе (потеря функции от 75 до 100%).

8. ЛЕЧЕНИЕ

Подробно описывается комплекс лечения применительно для курируемого больного с обоснованием его назначений: лекарственных препаратов, физических факторов, ЛФК, массажа, гипербарической оксигенации.

9. ДНЕВНИКИ

В дневниках (за 2–3 дня) указываются жалобы (в динамике: ухудшение, улучшение), общий статус, АД, пульс, динамика неврологических нарушений. Подпись куратора.

10. ЭПИКРИЗ

Приводятся сведения: где проходил лечение больной, когда, паспортные и анамнестические данные, результаты клинико-параклинического обследования, динамика неврологического статуса, эффективность проведенного лечения, исход болезни, рекомендации по дальнейшему лечению, медицинской реабилитации на амбулаторно-поликлиническом, домашнем или санаторно-курортном этапе.

Подпись куратора

Учебная история болезни может быть представлена в компьютерном варианте, напечатанном в программе Word, шрифт — 14 мм через 1,5 интервала; поля: слева 25, сверху и снизу 20, справа 10 мм.

Нумерация страниц снизу, по центру

**11. ПРИЛОЖЕНИЕ.
ОФОРМЛЕНИЕ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА**

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
текст набирается большими буквами
**Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской
реабилитации и психиатрии**

Ф. И. О. Студента (прописными буквами)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО
Ф. И. О. больного

Клинический диагноз:

Группа, курс
Зав. кафедрой (ученая степень, ученое звание)
Преподаватель (ученая степень, ученое звание)
Дата представления истории болезни

Гомель, 2005
ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
1. Паспортная часть.....	4
2. Жалобы больного	4
3. Анамнез болезни	5
4. Анамнез жизни	5
5. Объективное исследование	6
6. Неврологический статус.....	7
6.1. Характеристика высшей нервной деятельности	7
6.2. Функция черепных нервов	8
6.3. Двигательная сфера.....	16
6.4. Исследование рефлексов	17
6.5. Исследование функций мозжечка	19
6.6. Исследование экстрапирамидной системы	20
6.7. Менингеальные симптомы	21
6.8. Чувствительная сфера.....	22
6.9. Ортопедо-неврологическое обследование при клинических проявлениях остеохондроза позвоночника	23
6.10. Исследование вегетативной нервной системы	23
6.11. Параклинические методы исследования	24
7. Диагностика	26
7.1. Топический диагноз.....	26
7.2. Обоснование клинического диагноза	26
7.3. Дифференциальный диагноз.....	26
7.4. Заключительный диагноз	26
8. Лечение.....	27
9. Дневники	27
10. Эпикриз	27
11. Приложение	28

Учебное издание

Латышева Валентина Яковлевна

**МЕТОДИКА СОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ
СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
И ТРАВМАМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

Учебно-методическое пособие
для студентов IV курса лечебного факультета

Редактор **Лайкова В.Г.**

Подписано в печать 08. 07. 2005
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 1,74. Тираж экз. Заказ № 121

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004