МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ АМУРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ КАФЕДРА НЕВРОЛОГИИ С КУРСОМ НЕЙРОХИРУРГИИ

В.Н. Карнаух, А.И. Карнаух, З.А. Ушакова

МЕТОДИКА ОСМОТРА И ОФОРМЛЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

БЛАГОВЕЩЕНСК, 2012 год

УДК 616.8-07

Методические рекомендации составлены доцентами кафедры неврологии с курсом нейрохирургии В.Н. Карнаух, А.И. Карнаух, профессором З.А. Ушаковой.

Рецензенты: заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней АГМА, профессор И.Г. Меньшикова, заведующая кафедрой факультетской терапии АГМА, профессор С.В. Нарышкина.

Методические рекомендации посвящены осмотру неврологических больных и оформлению истории болезни. Дана последовательная характеристика основных разделов истории болезни, рекомендации по сбору жалоб и анамнеза, особенностям описания неврологического статуса, оформлению таких разделов как топический, клинический, дифференциальный диагноз. Также представлена методика, порядок исследования неврологического статуса, характеристика основных неврологических симптомов.

Методические рекомендации будут полезны студентам при овладении практическими навыками и оформлении истории болезни.

Пособие одобрено, утверждено и рекомендовано к печати центральным координационным советом Амурской государственной медицинской академии.

[©] Амурская государственная медицинская академия, 2012 год.

ВВЕДЕНИЕ

В истории болезни должны быть отражены все основные аспекты касающиеся истории заболевания конкретного больного, а также обоснованности диагностики, лечения, рекомендаций на последующий период жизни и вопросов нетрудоспособности. Данное издание построено по правилам оформления истории болезни и включает общие разделы — титульный лист (Приложение1), анамнез, соматический статус, приведена подробная методика осмотра и оценки неврологического статуса, а также подходы к оформлению топического, клинического диагноза, их обоснование, дифференциальной диагностики, лечению больного.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Включает основные сведения о больном, необходимо указать:

Фамилия, имя, отчество больного

Дата рождения

Адрес проживания

Место работы, должность

Профессия

Для детей – сведения о родителях (ФИО, место проживания)

Даты поступления в стационар и выписки

Даты курации

Кем направлен больной

Диагноз при направлении

Клинический диагноз

ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ

Выяснение жалоб, анамнеза заболевания являются одним из наиболее важных моментов в процессе обследования больного и, порой, значительно могут облегчить установление топического и клинического диагноза.

В каждой жалобе необходимо выяснить время ее возникновения – остро, постепенно, обстоятельства появления, предшествующие и провоцирующие

моменты. При выявлении жалоб необходимо уточнить порядок их появления и расположить по мере значимости. В каждой жалобе постараться определить следующие параметры.

Головная боль: локализация, характер (пульсирующая, сжимающая, распирающая и т.д.), частота, интенсивность, начало (внезапное, постепенное), продолжительность, время суток (ночные, утро, вечер), провоцирующие факторы (изменение позы, физическая или умственная нагрузка, волнение, чихание и т.д.), сопутствующие симптомы (тошнота, рвота, изменение АД, нарушение зрения и т.д.), поведение во время головной боли, влияние на повседневную активность, эффект анальгетиков.

<u>Головокружение:</u> начало, характер, (вращательное, дурнота, неуверенность при ходьбе, предобморочное состояние), периодичность, продолжительность, провоцирующие и облегчающие факторы (изменение позы или положения головы, волнение, усталость и т.д.), сопутствующие проявления (нарушение слуха, шум в ушах, тошнота, рвота, шаткость при ходьбе).

Боли в спине, позвоночнике: локализация, характер, иррадиация, провоцирующие и облегчающие факторы (связь с движениями, позой), начало и продолжительность, сопутствующие симптомы, в том числе и соматические (температура тела, парестезии, онемение, слабость, нарушение мочеиспускания, боли в суставах и т.д.).

<u>Нарушения движений</u>: характер (мышечная слабость, нарушение координации и устойчивости, непроизвольные движения, скованность), локализация, выраженность (неловкость, нарушение профессиональных навыков, повседневной активности, самообслуживания, нарушение ходьбы), начало, продолжительность, степень прогрессирования.

<u>Нарушения чувствительности</u>: характер (отсутствие, снижение, искажение, бегание мурашек и другие), локализация, начало, постоянно или периодически (в этом случае частота, продолжительность), прогрессирование, сопутствующие факторы (боль, слабость, вегетативные расстройства и т.д.).

Нарушения речи: начало, продолжительность, характер, нарушение фонации (ослабление или носовой оттенок), артикуляции (смазанность, нечеткость речи), снижение речевой продукции, нарушение правильности построения предложения, нарушение понимания, повторения, затруднения при нахождении слова, нарушение письма, чтения.

Приступы потери сознания: частота, внезапность, продолжительность, время суток, провоцирующие факторы (духота, волнение, прием алкоголя, лекарств и т.д.), предшествующие факторы (потемнение в глазах, дурнота, головная боль, неприятные ощущения, галлюцинации), наличие судорог и их характер, локализация, наличие непроизвольного мочеиспускания, прикуса языка, травм, сердечно-сосудистых, дыхательных и других расстройств, скорость восстановления сознания, состояние и поведение после приступа.

Нарушение высших мозговых функций: нарушения внимания, памяти, ориентации, мышления, фон настроения, изменения характера и поведения — начало, стойкость, характер нарушений, темп прогрессирования.

<u>Астенические жалобы</u>: общая слабость, снижение трудоспособности (выраженность), нарушения сна и их характер (постоянно или периодически, нарушение засыпания, частые пробуждения, устрашающие сновидения, сонливость и другие), изменение настроения — начало, выраженность, стойкость, провоцирующие моменты, сопутствующие факторы (колебания АД, головные боли, колебания температуры, сердцебиение и т.д.), темп прогрессирования.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

При сборе анамнеза обращают внимание на следующие моменты.

Начало заболевания — острое, постепенное. Уточнить скорость развития симптомов — в течение часов, дней, недель, лет.

Провоцирующие факторы: травмы, инфекция, переохлаждение, колебания АД, стрессы и т.д.

Последовательность появления симптомов, их выраженность.

Течение заболевания — монофазное, ремиттирующее, прогрессирующее, частота обострений, регулярность лечения, его эффективность, проведение профилактических мероприятий. Последнее ухудшение - причина, выраженность, основные проявления, проведенное до поступления обследование, получаемое лечение, его эффективность.

Лечение получаемое на различных этапах течения заболевания, его эффективность.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.

Дата, место рождения. Развитие в детстве.

Для детей. Возраст родителей, особенности течения беременности, родов у матери: инфекции, интоксикации в период беременности, соматические заболевания матери, акушерские пособия, течение послеродового периода, получаемое лечение. Раннее развитие: когда начал держать головку, сидеть, ходить, говорить (слова, фразы), сроки прорезывания зубов, вид вскармливания. Перенесенные в детстве заболевания, лечение. Когда пошел в школу, успеваемость.

Основные этапы жизни больного. Обучение в школе, успеваемость. Полученное образование. Служба в армии, род войск, если не служил - причина

Трудовой маршрут. Когда начал трудовую деятельность, кем работал, неблагоприятные профессиональные воздействия (контакт с токсическими веществами, радиацией, вибрацией, неблагоприятный температурный режим, стрессы, психоэмоциональное напряжение, физические нагрузки, вынужденное положение тела и другие).

Перенесенные заболевания, травмы. При острых заболеваниях, травмах: возраст возникновения, особенности течения, адекватность терапии, остаточные явления. Хронические заболевания — возраст начала, частота обострений, эффективность лечения, находился ли на диспансерном наблюдении, эффективность профилактических мероприятий. Перенесенные острые инфекционные заболевания, в каком возрасте, течение.

Эпидемиологический анамнез. Контакт с инфекционными или лихорадящими больными, заболевшими животными. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит, СПИД у больного и родственников. Укусы насекомых, пребывание в эпидемиологическом очаге. Соблюдение правил личной гигиены, проведение профилактических мероприятий при контакте с больными, при пребывании в эпид. очаге. Вакцинация, профилактические прививки.

Аллергический анамнез. Непереносимость лекарственных и других веществ – в виде чего. Переливание крови и кровезаменителей.

Вредные привычки. Злоупотребление алкоголем, наркотические препараты, курение — возраст начала, длительность, дозировки, получал ли лечение. Длительный прием лекарственных препаратов (каких, дозировки, как долго).

Семейное положение. Наличие детей, их здоровье. Обстановка в семье, социально-бытовые, материальные условия, характер питания.

Для женщин. Гинекологический анамнез: начало менструаций, начало половой жизни, количество беременностей, родов, их течение, осложнения, здоровье детей.

Наследственность. Заболевания родителей, ближайших родственников. Наличие в родословной наследственных заболеваний, врожденных пороков, заболеваний с наследственной предрасположенностью. Начертить родословную.

Экспертный анамнез. Длительность пребывания на больничном листе. Наличие инвалидности, группа, дата определения. Дата очередного переосвидетельствования.

ОБЩИЙ ОСМОТР

Следует помнить, что неврологические симптомы часто бывают следствием соматической патологии или ее осложнением. Поэтому соматический осмотр всегда предшествует неврологическому.

Оценка общего состояния включает: оценку состояния функции жизненно важных органов (сердечная деятельность, АД, дыхание), состояние сознания, выраженность неврологической симптоматики.

Состояние сознания. Нарушения сознания выделяют количественные (угнетение сознания) и качественные (связанные с нарушением психических функций).

Угнетение сознания связано с дисфункцией верхней части ствола (восходящая активирующая система ретикулярной формации) или обоих больших полушарий головного мозга. Состояние сознания определяется, в первую очередь, по реакции на внешние стимулы, а так же по наличию рефлексов и состоянию жизненно важных функций. Учитываются следующие параметры: ориентировка в месте, времени, собственной личности (полная, частичная, отсутствует), речевой контакт (полный, ограничен, отсутствует), выполнение заданий (правильно, замедленно, только элементарные, отсутствует), открывание глаз и двигательная реакция на боль (целенаправленная, спонтанная, только на сильные раздражители, отсутствует), состояние рефлексов и жизненно важных функций (сохранены, нарушены). При описании нарушений сознания необходимо подробно описать реакции больного по вышеназванным пунктам (Приложение 2).

О качественных нарушениях сознания судят по наличию или нарушению ориентировки (в месте, времени, собственной личности), адекватности поведения, наличии галлюцинаций, бредовых идей, делирия и т.д.

Соматический осмотр проводится по общепринятой схеме. При этом следует обратить внимание на температуру, состояние кожных покровов (высыпания, цвет, уплотнения, пигментные пятна, следы инъекций), снижение или увеличение массы тела, наличие уплотнений в молочных железах и подкожной клетчатке, увеличение лимфатических узлов, наличие отеков, состояние щитовидной железы. Сердечно-сосудистая система: АД, ритм и тоны сердца, шумы при аускультации в сердце и на крупных сосудах. Ритм, частота дыханий, изменения при аускультации легких, признаки дыхательной недостаточности. Состояние функции желудочно-кишечного тракта, печени и почек. Наличие очагов хронической инфекции.

После описания соматического статуса следует привести данные его обследования (клинические и биохимические анализы крови, мочи, ЭКГ, данные рентгенологического обследования органов грудной клетки, УЗИ внутренних органов и другие).

Делается вывод о состоянии соматического здоровья.

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС, ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

Оценка ориентировки (в месте, времени, собственной личности).

Правильность восприятий, наличие галлюцинаций.

Память на свежие и давние события. Внимание – способность к концентрации, сосредоточенность, переключаемость, рассеянность.

Мышление – связанность, последовательность, мыслительные операции, разорванность, бредовые идеи (решение арифметических задач, объяснение смысла пословиц и поговорок, понимание смысла прочитанного, найти обобщающее слово).

Состояние интеллекта – соответствие возрасту и образованию.

Эмоциональная сфера — фон настроения (тревога, фобии, депрессия, эйфория, апатия), особенности поведения, активность, общительность.

Особенности характера, темперамент.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС <u>I. ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ</u>

<u>1-я пара - обонямельный нерв.</u> Исследование производится поочередно каждой ноздри, другая в это время должна быть зажата пальцем. Для исследования применяются пахучие вещества - спирт, валериана, табак, одеколон, туалетное мыло. Результат исследования: обоняние сохранено, аносмия, гипосмия (односторонние, двухсторонние), гиперосмия, обонятельные галлюцинации.

<u>2-я пара - зрительный нерв.</u> Острота зрения (Visus OD/OS), коррекция при его снижении.

Поля зрения проверяются на периметре или ориентировочно, прием с делением полотенца пополам (поля не нарушены, гемианопсии, квадрантные гемианопсии, скотомы). В истории необходимо начертить поля зрения конкретного больного.

Цветоощущение, глазное дно. Зрительные галлюцинации.

3-я, 4-я и 6-я пары - глазодвигательный, блоковой и отводящий нервы. Иннервация взора (содружественных движений глазных яблок), система медиального продольного пучка.

Внешний осмотр: ширина глазных щелей, наличие птоза, косоглазия, симптом Горнера, экзофтальм, энофтальм.

Положение глазных яблок: правильное, наличие косоглазия. Движения глазных яблок - объем движений (в полном объеме, ограничение, парезы отдельных мышц), парезы взора, симптом Парино, симптом Гертвига-Мажанди, двоение (в какую сторону), нистагм (выраженность, направленность).

Зрачки: форма, величина, равномерность (деформация, миоз, мидриаз, анизокория), реакции на свет - прямая, содружественная, при аккомодации и конвергенции (живая, ослабленная, вялая, отсутствует, симптом Аргайль-Робертсона).

<u>5-я пара - тройничный нерв.</u> Спонтанные лицевые боли, их локализация, периодичность, характер, сопровождающие симптомы (вегетативные проявления), курковые зоны. Пальпация точек выхода ветвей тройничного нерва - надорбитальной, подорбитальной, ментального отверстия - безболезненная, болезненность, иррадиация болей.

Исследование различных видов чувствительности на лице, определение зоны нарушения – невральный, сегментарный, проводниковый типы.

Рефлексы - конъюнктивальные, корнеальные, со слизистой носа, нижней челюсти – живость, симметричность.

Исследование жевательных мышц: напряжение при жевании, движения нижней челюсти.

7-я пара - лицевой нерв. Внешний осмотр: симметричность лица, наличие подергиваний, непроизвольных движений.

Исследование функции мышц при мимических движениях — симметричность, асимметричность мимических движений. При наличии пареза — его выраженность в верхнем и нижнем отделах лицевой мускулатуры (центральный, периферический парез мимических мышц).

Рефлексы: надбровный, корнеальный.

Исследование функций связанных с промежуточным нервом. Слезоотделение – сухость глаза, слезотечение; слуховая функция – гиперакузия; слюноотделение – сухость во рту; вкус на передних 2/3 языка с обеих сторон.

Для исследования вкусовых ощущений капля жидкости пипеткой помещается на исследуемую область языка, больной не закрывая рта должен отметить испытываемые ощущения, указав на ранее написанные слова – сладкое, соленое, горькое.

8-я пара - слуховой и вестибулярный нервы.

Слуховой нерв: исследуется острота слуха (в норме - шепотная речь на расстоянии 6 м), наличие шума, его характеристика, слуховых галлюцинаций.

Для дифференциальной диагностики поражений звукопроводящего (наружное и среднее ухо) и звуковоспринимающего аппаратов применяются камертональные пробы. Проба Ринне: в норме костная проводимость (восприятие звука при расположении звучащего камертона на сосцевидном отростке) менее продолжительна, чем воздушная (восприятие звука при нахождении камертона перед наружным слуховым проходом); при патологии среднего уха костная проводимость продолжительнее воздушной. Проба Вебера: при патологии звукопроведения вибрирующий камертон, помещенный на середину темени, длительнее и отчетливее воспринимается на стороне поражения, при патологии звуковосприятия (поражения нервного аппарата) — на здоровой стороне.

Аудиометрия — при патологии среднего уха регистрируется снижение слуха в области низких частот, при патологии звуковоспринимающего аппарата — в области высоких частот.

Вестибулярный нерв: наличие системного головокружения и сопутствующих симптомов - тошноты, рвоты, снижения слуха, шума в ухе, нистагма, вегететивных проявлений, атаксии.

9 - 10 пары - языкоглоточный и блуждающий нервы.

Оценка звучности и тембра голоса: афония, дисфония - осиплость, гнусавый оттенок, бульбарная дизартрия, подвижность голосовых связок. Оценка глотания: дисфагия - дискомфорт или затруднение при глотании, поперхивание и кашель, выливание жидкой пищи через нос.

Движения мягкого неба, симметричность расположения небной занавески. Рефлексы с мягкого неба, задней стенки глотки, корня языка.

Исследование вкуса на задней трети языка с обеих сторон.

<u>11-я пара - добавочный нерв.</u> Трофика, напряжение и сила грудино-ключично-сосковой и трапециевидной мышц (одинаковая с обеих сторон, или асимметрия).

<u>12 пара - подъязычный нерв.</u> Расположение языка (по средней линии, девиация), подвижность, объем активных движений, наличие атрофий, фибриллярных подергиваний, дизартрии.

Патологические рефлексы лица: хоботковый, Вюрпа, Маринеску-Родовича.

<u>Резюме по исследованию черепно-мозговых нервов.</u> При нарушениях со стороны черепно-мозговых нервов необходимо определить вид поражения, симптом или синдром, предположительный топический очаг – корешок, ядра, кортико-нуклеарные пути, ствол (уровень его поражения), кора.

Например: центральный парез лицевой мускулатуры справа; поражение 1 ветви тройничного нерва справа; бульбарный синдром в связи с поражением

ядер IX, X, XII пар черепно-мозговых нервов на уровне продолговатого мозга преимущественно слева; и так далее.

ІІ. ИССЛЕДОВАНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ

Различные виды чувствительности исследуются путем нанесения определенных раздражений. Оценка результатов исследования основывается на субъективной оценке ощущений пациентом. Исследование должно проводится в спокойной обстановке, раздражения должны наноситься на симметричных участках с обязательным сравнением на больной стороне и здоровой.

При исследовании чувствительности необходимо выявить:

- 1. Вид чувствительных расстройств: явления выпадения (анестезия, гипостезия), явления раздражения (боли, гиперестезия, парестезии и др.).
- 2. Локализацию расстройств, как в пределах частей тела, так и в определенных отделах частей тела.
- 3. Степень нарушения.
- 4. Тип расстройства чувствительности: периферический, полиневритический, сплетения, корешковый, сегментарный, проводниковый, альтернирующий, капсулярный, таламический, корковый, истерический.

Простые виды чувствительности

- 1). *Поверхностная болевая чувствительность* исследуется при помощи нанесения легких уколов иголки в симметричных участках тела (при исследовании важно считаться не только с сообщением больного о его ощущениях, но и тщательно наблюдать за мимической реакцией и другими реактивными движениями вздрагивание, отдергивание конечности и т. д.).
- 2). **Температурная чувствительность** определяется с помощью пробирок с теплой и холодной водой.
- 3). *Тактильная чувствительность* исследуется прикосновением к симметричным участкам кожной поверхности ваткой или кисточкой.

4). Глубокая чувствительность:

- а) мышечное чувство исследуется путем проведения нерезких сгибательных и разгибательных движений в концевых фалангах пальцев. При обнаружении нарушения чувствительности в дистальных фалангах исследование в суставах продолжается в проксимальном направлении, определяется уровень нарушений (в концевых фалангах, до лучезапястного сустава, до локтевого, до голеностопного, коленного и т.д.);
- б) кинестетическая кожная чувствительность: исследуется путем смещения складки кожи (на руке, ноге, туловище) в разные стороны, пациент должен указать направление смещения;
- в) вибрационная чувствительность исследование производится при помощи камертона С128. Ножка вибрирующего камертона устанавливается на костные выступы верхних и нижних конечностей. Больной отмечает наличие или отсутствие вибрации, ее продолжительность и интенсивность (в норме на руках до 20 сек., на ногах 15-18сек.).

Сложные виды чувствительности

- 1). Двумерная чувствительность исследуемый должен правильно распознать начертываемые на разных участках кожной поверхности простейшие изображения: цифры, крестики, кружки и т. д.
- 2). Дискриминационная чувствительность, т. е. способность различать раздельно два одновременно наносимых раздражения на близком друг от друга расстоянии циркулем Вебера, либо простым циркулем с двумя острыми ножками. В норме дискриминационное чувство лучше всего выражено на языке, на ладонных поверхностях концевых фаланг пальцев, губах, кончике носа. Слабее, чем на остальных участках кожи, это чувство выражено на спине, плечах и бедрах. Порог колеблется от 2 до 60 мм.
- 3). *Стереогностическое чувство* способность определять на ощупь предмет складывается из ряда элементарных видов чувствительности: тактильной, температурной, чувства веса, мышечного чувства. Больному с закры-

тыми глазами дают сначала в одну, а затем в другую руку мелкие, знакомые предметы, например - расческа, карандаш, монеты, которые он должен узнать.

Исследование чувствительных явлений раздражения

Следует различать спонтанные явления раздражения со стороны чувствительной сферы, которые выявляются в жалобах больного, и такие, которые обнаруживаются специальными приемами.

К спонтанным симптомам раздражения относятся боли (локальные, проекционные, иррадиирующие, отраженные, реактивные), парестезии. Необходимо описать их характер, интенсивность, локализацию.

При объективном исследовании выявляется наличие: гиперестезии, гипералгезии, гиперпатии, болезненности при нагрузке на позвоночник, при перкуссии позвоночника и черепа, наличие болевых точек – при пальпации остистых отростков и паравертебральных точек, по ходу нервов, точки выходы корешков и нервов, болевые точки Керера (точки выхода тройничного нерва при менингеальном симптомокомплексе), Менделя (давление в области наружного слухового прохода), Валле (по ходу седалищного нерва) и др., симптомы натяжения Лассега (возникновение боли по ходу седалищного нерва при сгибании ноги в тазобедренном суставе в положении больного лежа на спине, Вассермана (возникновение болей по передней поверхности бедра, при максимальном разгибании ноги в тазобедренном суставе в положении лежа на животе) и др.

<u>Резюме по чувствительной сфере.</u> Указать виды нарушенной чувствительности, тип чувствительных расстройств и их зону. Необходимо приложить схему типа расстройства чувствительности у данного больного.

Например: 1) гипостезия по корешковому типу в зоне иннервации корешков L4-5 справа; 2) проводниковый тип расстройства поверхностной чувствительности с уровня D7 с обеих сторон.

ІІІ. ИССЛЕДОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ

Исследование двигательных функций включает оценку ряда моторных параметров: мышечной силы, трофики, тонуса, объема активных и пассивных движений, рефлексов, координации движений.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДВИЖЕНИЙ

- 1. Внешний осмотр: поза больного (свободная, вынужденная), положение конечностей, двигательная активность, темп движений (олигокинезия, брадикинезия, гиперкинезы). Наличие явлений раздражения со стороны двигательной сферы: мышечные подергивания (фибриллярные, фасцикулярные, тикообразные, миоклонические); дрожание (покоя, движения, постуральное, интенционное); судороги (тонические, клонические, джексоновские, кожевниковские); гиперкинезы (хореические, атетоидные, тики, миоклонусы и другие). Их локализация, амплитуда, ритм, зависимость от положения, состояния сна и бодрствования, произвольных движений, эмоций.
- 2. *Стазия*-абазия, симптом Ромберга, стояние при поражении мозжечка с широко расставленными ногами, поза при паркинсонизме, поза Вернике-Манна.
- 3. *Походка* обычная, усложненные формы (по прямой линии, с закрытыми глазами). Патологические формы походки: атактическая, табетическая, петушиная, гемиплегическая, парапаретическая, спастическая, спастикопаретическая, атактически-паретическая, микробазия, утиная походка, истерическая (Приложение 3).
- 4. *Активные движения* конечностей и туловища исследуются во всех основных суставах и мышечных группах, определяются их объем, темп (больному предлагают самостоятельно выполнить движения сгибание, разгибание, приведение, отведение, пронацию, супинацию).
- 5. *Пассивные движения* исследуются при обнаружении ограничения активных движений. Как правило, неврологические причины не ведут к ограни-

чению пассивных движений. Чаще это связано с костно-суставной патологией (анкилозы, контрактуры) или с болевыми синдромами.

6. Внешний осмотр мускулатуры, исследование трофики мышц - осмотр, измерение окружности конечностей в симметричных участках. Наличие атрофии, гипотрофии, гипертрофии, их локализация, степень выраженности.

При поражении периферического двигательного нейрона наблюдаются выраженные атрофии в зонах иннервации (сегмента, корешка, нерва), при поражении центрального двигательного нейрона могут наблюдаться умеренные, диффузные атрофии, гипотрофии.

Атрофии и псевдогипертрофии могут развиваться и при первичных заболеваниях мышц (миогенные), патологии суставов (артрогенные), в условиях гипокинезии (атрофии от бездеятельности).

7. *Оценка мышечного тонуса*: осмотр, пальпация, углы сгибания, сопротивление при пассивных движениях.

При повышении мышечного тонуса различают спастическую гипертонию (свойственна центральным параличам, характеризуется неравномерным повышением тонуса в различных мышечных группах и преобладанием гипертонии при начальной фазе движения) и пластическую гипертонию (выявляется при экстрапирамидной патологии и характеризуется равномерным повышением тонуса в различных мышечных группах, при повторных движениях тонус может нарастать, возможно появление симптома "зубчатого колеса").

Снижение мышечного тонуса характерно для периферических параличей, но может наблюдаться и при центральных (на начальных стадиях острых заболеваний и травм), а также у больных в коматозном состоянии, при заболеваниях мозжечка, хореическом синдроме.

8. *Сила мышц* определяется последовательно во всех важнейших группах. Последовательно изучают силу мышц шеи, туловища, верхних и нижних конечностей. Обязательно следует сравнить силу симметричных мышечных групп. Для измерения силы сгибателей кисти используют динамометр. Ориен-

тировочно сила сокращения различных мышечных групп оценивается так называемыми ручными способами. Противодействуя какому либо элементарному произвольному движению, которое совершает больной, исследующий определяет усилие достаточное для остановки этого движения.

Для определения незначительного снижения силы можно использовать дополнительные приемы. Верхняя проба Барре: больной вытягивает руки вперед, фиксирует их выше горизонтальной черты, на стороне пареза рука постепенно опускается. Нижняя проба Барре: лежа на спине, больной фиксирует ноги согнутые в коленных суставах под прямым углом, на стороне пареза нога опускается быстрее.

В случае ослабления или утраты силы делается вывод о выпадениях в двигательной сфере, т.е. наличии парезов, параличей, их локализации (моно, пара, геми, тетрапарез).

Выраженность парезов можно оценить в баллах:

- 5 баллов мышечная сила сохранена;
- 4 балла легкое снижение силы;
- 3 балла умеренное снижение силы;
- 2 балла выраженное снижение силы;
- 1 балл сохранность шевеления (1 и 2 балла глубокий парез);
- 0 баллов полное отсутствие движений (плегия).

Выявление парезов при нарушении сознания. При имеющемся парезе, конечности менее активны или неподвижны при спонтанных движениях или психомоторном возбуждении, слабее реагируют на болевые стимулы. Поднятые над постелью они падают резче, чем здоровые конечности. Нога, поднятая за стопу, сильнее прогибается в коленном суставе. Симптом ротированной стопы: на стороне пареза стопа повернута кнаружи больше, чем на здоровой. Наличие пареза также подтверждается дальнейшим исследованием, в частности, мышечного тонуса, рефлексов.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕФЛЕКСОВ

При исследовании рефлексов, для избегания возможных ошибок, необходимо:

- наиболее полное расслабление мускулатуры;
- симметричное положение туловища и конечностей;
- одинаковая сила удара рефлексологического молоточка, для чего удар должен наноситься только его тяжестью, с одинаковым размахом и на одинаковом расстоянии от исследуемой точки;
- точное нанесение раздражения (удар молоточком) на исследуемую точку, как-то: сухожилие двуглавой мышцы, а не ее массу, ахиллово сухожилие, а не мышцу голени и т.д.

При этом выявляют:

- наличие или отсутствие тех или иных рефлексов (арефлексия);
- степень их выраженности (живые, повышенные, ослабленные, низкие);
- равномерность или неравномерность в степени выраженности с обеих сторон, на верхних и нижних конечностях (равномерные, анизорефлексия);
- наличие клонусов кисти, коленной чашечки, стопы;
- наличие патологических рефлексов.

1. Сухожильные рефлексы

- Локтевой сгибательный вызывается нанесением удара по сухожилию двуглавой мышцы плеча, возникает сгибание руки в локтевом суставе. Дуга рефлекса замыкается через мышечно-кожный нерв, сегменты С5 С6.
- Локтевой разгибательный вызывается нанесением удара по сухожилию трехглавой мышцы плеча, ответная реакция в виде разгибания плеча. Рефлекторная дуга лучевой нерв, сегменты С6 С8.
- Коленный удар наносится по сухожилию четырехглавой мышцы бедра ниже коленной чашечки, происходит разгибание голени. Ноги должны быть

расслаблены, согнуты в коленных суставах и лежать на руке врача или свисать с кушетки. Рефлекторная дуга – бедренный нерв, сегменты L2 - L4.

• Ахиллов - наносят удар по ахиллову сухожилию, при этом происходит сокращение икроножных мышц и подошвенное сгибание стопы. Рефлекс лучше вызывается в положении, когда больной становится коленями и голенями на горизонтальную поверхность стула или кушетки, стопы должны быть расслаблены и свисать. Рефлекторная дуга — большеберцовый нерв (седалищный), сегменты S1 - S2.

2. Периостальные рефлексы

- Пястно-лучевой постукивание по шиловидному отростку луча приводит к сгибанию и пронации предплечья, сгибанию пальцев. Рефлекторная дуга срединный, лучевой, мышечно-кожный нервы, сегменты C5-C8.
- Лопаточно-плечевой удар молотка по внутреннему краю лопатки приводит к приведению и ротации кнаружи плеча. Рефлекторная дуга подлопаточный нерв, сегменты C5-C6.
- Костно-абдоминальный постукивание молоточком по краю реберной дуги кнутри от сосковой линии, происходит сокращение мышцы живота.

3. Кожные рефлексы

- Верхний брюшной рефлекс вызывается штриховым раздражением кожи живота проводимым параллельно реберной дуге. Рефлекторная дуга межреберные нервы, сегменты D7-D8.
- Средний брюшной рефлекс вызывается штриховым раздражением кожи на уровне пупка. Рефлекторная дуга межреберные нервы, сегменты D9-D10.
- Нижний брюшной рефлекс вызывается раздражением кожи живота параллельно паховой складке. Рефлекторная дуга межреберные нервы, сегменты D11-D12.

Ответная реакция при исследовании брюшных рефлексов заключается в сокращении мышц живота на соответствующей стороне.

- Кремастерный рефлекс вызывается штриховым раздражением кожи внутренней поверхности бедра, происходит сокращение мышцы, подтягивающей яичко кверху.
- Подошвенный рефлекс исследуется штриховым раздражением подошвы, происходит сгибательное движение пальцев стопы. Рефлекторная дуга седалищный нерв, сегменты L5-S1.

4. Патологические рефлексы.

Патологические рефлексы у взрослых в норме не вызываются и являются одним из кардинальных признаков центрального паралича. Причина их появления - утрата корково-пирамидного контроля и растормаживание спинальных автоматизмов. У детей в возрасте до 2-2,5 лет они являются физиологическими в связи с незрелостью пирамидных путей.

Патологические рефлексы нижних конечностей.

- Рефлекс Бабинского вызывается штриховым раздражением наружного края подошвы снизу вверх и заключается в разгибании большого пальца, а иногда и всех остальных.
- Рефлекс Россолимо вызывается коротким ударом по подошвенной поверхности конечных фаланг пальцев стопы и состоит в подошвенном сгибании пальцев.
- Рефлекс Мендель-Бехтерева вызывается постукиванием по тылу стопы в передне-наружном ее отделе и заключается в подошвенном сгибании пальцев.
- Рефлекс Жуковского вызывается постукиванием по середине подошвы; эффект тот же, что при рефлексе Россолимо.
- Рефлекс Оппенгейма вызывается скользящим давлением большого пальца сверху вниз по медиальному краю большеберцовой кости и состоит в разгибании большого пальца.
- Рефлекс Шеффера вызывается сдавлением ахиллова сухожилия, эффект тот же.

• Рефлекс Гордона - вызывается сдавлением икроножной мышцы, эффект тот же.

Патологические рефлексы верхних конечностей

- Верхний симптом Россолимо (Тремнера) при коротком ударе по ладонной поверхности согнутых пальцев происходит их сгибательное движение.
- Корнилова-Жуковского вызывается ударом молоточка по средине ладони и состоит в ее сгибательном движении.
- **5. Клонусы** это крайний вариант гиперрефлексии. В ответ на быстрое растяжение мышц возникает серия быстрых и ритмичных стереотипных движений.
- Клонус стопы вызывается при энергичном разгибании стопы (нога должна быть при этом слегка согнута в коленном суставе).
 - Клонус кистей вызывается при резком разгибании кисти.
- Клонус коленной чашечки возникает при толчкообразном смещении коленной чашечки вниз и удерживании ее в этом положении.

6. Исследование защитных рефлексов.

Защитные рефлексы характерны для центральных параличей, особенно при патологии спинного мозга. Это непроизвольные движения в парализованных конечностях при нанесении достаточно интенсивного раздражения (уколы, резкое пассивное сгибание и другие).

- Защитные рефлексы нижних конечностей:
- а) симптом Бехтерева-Мари-Фуа (тройного укорочения) при резком, пассивном сгибании пальцев стопы происходит сгибание ноги в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах;
- б) рефлекс укорочения ноги при уколе происходит сгибание в коленном и тазобедренном суставах (укорочение) и тыльное сгибание большого пальца;
- в) удлинительный рефлекс при уколе в области бедра согнутой ноги происходит разгибание (удлинение) всей ноги.

• Защитные рефлексы верхних конечностей: укол булавки или щипок в области надплечья, вызывает "укоротительный" рефлекс, при котором происходит приведение руки к туловищу, сгибание в лучезапястном и локтевом суставах, или "удлинительный" рефлекс с разгибанием руки в локтевом и лучезапястном суставах.

Резюме по двигательной сфере. Необходимо указать характер нарушений (центральный, периферический парез), выраженность и локализацию в пределах частей тела и отделов конечностей.

Например: 1) у больного центральная левосторонняя гемиплегия, 2) умеренно выраженный периферический парез разгибателей левой кисти, 3) периферический тетрапарез в дистальных отделах конечностей: умеренный в дистальных отделах верхних конечностей, выраженный в дистальных отделах нижних конечностей.

ИССЛЕДОВАНИЕ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ

При исследовании координации движений стремятся выявить наличие атаксии (статическая, динамическая) и установить ее происхождение (мозжечковая, вестибулярная, лобная, сенситивная, истерическая).

- **1. Исследование походки** больного просят пройти по комнате сначала медленно, потом быстро и по сигналу сделать поворот. Выявляется наличие мозжечковой (пьяной) или заднестолбовой (штампующей) походки.
- **2.** Стояние с закрытыми глазами и сдвинутыми стопами (поза Ромберга), или со стопами на одной линии и вытянутыми вперед руками (усложненная поза Ромберга).
- **3.** Пальце-носовая проба: исследуемый должен с закрытыми глазами попасть концом указательного пальца в кончик носа. При этой пробе обнаруживается: мимопопадание, интенционное дрожание, симптом втирания.
- **4. Коленно-пяточная проба**: больной в положении лежа на спине должен коснуться пяткой одной ноги колена другой и провести пяткой по ее пе-

редней поверхности до стопы. Выявляются тремор, мимопопадание, соскальзывание пятки в стороны.

- **5.** Пальце-молоточковая проба больной должен попасть указательным пальцем в молоточек, вначале неподвижный, а затем при его перемещении.
- **6. Проба на диадохокинез** выявляется при попытке больного поочередно и быстро совершить противоположные по своему характеру движения, например пронацию и супинацию кисти. Выявляется адиадохокинез движения оказываются неловкими, несинхронными.
- **7.** Сочетанное сгибание бедра и туловища, или асинергия Бабинского больной должен сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками. На стороне поражения мозжечка нога поднимается выше.
 - 8. Дисметрия, несоразмерность движения:
- а) больной вытягивает руки ладонями вверх и с закрытыми глазами по команде должен быстро повернуть кисти ладонями вниз. На стороне поражения происходит гиперпронация кисти;
- б) при попытке взять предмет больной максимально растопыривает пальцы;
- в) отсутствие обратного толчка симптом Холмса, больной при сопротивлении исследующего сгибает предплечье, при внезапном прекращении сопротивления на стороне поражения предплечье со всей силой ударяется в грудь (в норме наблюдается обратный толчок назад в виде короткого разгибания предплечья).
- г) имитационный феномен больной с закрытыми глазами должен придать больной руке или ноге такое же положение, какое занимают слегка согнутые здоровые конечности. Происходит чрезмерное сгибание конечности.
- **9. Расстройство речи** речь теряет плавность, становится скандированной, рассеченной по слогам, взрывчатой, смазанной, замедленной.

- **10.** Расстройство почерка нарушение координации движений и наличие интенционного дрожания приводят к изменению почерка, который становится неровным, зигзагообразным.
 - 11. Исследование нистагма.
 - 12. Исследование мышечного тонуса гипотония.

Резюме по исследованию координации. При наличии поражений определяют вид атаксии, степень выраженности, ведущие симптомы.

Например: динамическая атаксия, преимущественно верхних конечностей: умеренно выраженный интенционный тремор, скандированная речь, мелкоразмашистый горизонтальный нистагм.

ИССЛЕДОВАНИЕ СИМПТОМОВ ПОРАЖЕНИЯ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ СИСТЕМЫ

Симптомы поражения паллидарной системы.

- Ригидность мышц, пластическая гипертония при исследовании у больного пассивных движений конечностей сопротивление остается равномерным или равномерно прерывистым (феномен "зубчатого колеса"). Это и отличает пластическую гипертонию от спастической, при которой сопротивление возникает только в начале пассивного движения и выражено сильнее в сгибателях или разгибателях.
- Нарушение позы и походки поза "восковой куклы" или "манекена", походка замедленная, мелкими шажками, шаркающая (микробазия).
 - Олиго-и брадикинезия бедность и замедленность движений.
 - Акинезия неспособность больного начать движение.
 - Гипокинезия ограничение темпа и объема движений.
- Пропульсия больной не в состоянии сразу остановиться, а движется по инерции вперед.
- Ретропульсия при легком толчке назад больной не в состоянии устоять на месте и совершает несколько шагов назад.

- Латеропульсия при легком толчке сбоку больной совершает несколько шагов в соответствующую сторону.
 - Отсутствие содружественных движений рук при ходьбе.
- Недостаточность мимических движений (гипомимия), "маскообразное", "кукольное" лицо, редкое мигание.
 - Монотонность голоса, бедность модуляций.
 - Микрография.
- Дрожание в покое (тремор покоя) локализующееся в дистальных отделах конечностей, особенно в пальцах (катание пилюль), отличается малой амплитудой, ритмичностью и небольшой частотой (6 7 в 1 сек.).
- Брадифрения замедленность мышления, эмоционального реагирования и других психических процессов.

Симптомы поражения стриарной системы.

- Гипотония.
- Гиперкинезы (непроизвольные, насильственные движения) атетоз, хореический гиперкинез, тики, тремор (движения, покоя, интенционный, положения), торзионный спазм, миоклонии и другие, исчезающие во сне и усиливающиеся при произвольных движениях и эмоциях. Описывается вид гиперкинезов, их локализация, степень выраженности.

Резюме. При наличии нарушений сформулировать синдром и ведущие симптомы их локализацию, степень выраженности.

Например. Акинетико-ригидный синдром: умеренно выраженные брадикинезия, мышечная гипертония, преимущественно справа, постуральные расстройства в виде пропульсии, тремор покоя больше справа.

IV. ИССЛЕДОВАНИЕ МЕНИНГЕАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ

Менингеальные симптомы входят в менингеальный симптомокомплекс возникающий при раздражении мозговых оболочек. Менингеальный симптомокомплекс характеризуется выраженной диффузной головной болью сопро-

вождающейся тошнотой, рвотой, появлением менингеальных симптомов, нередко нарушением сознания, гипертермий. Для уточнения диагноза показано исследование ликвора.

Наибольшее значение при исследовании менингеальных симптомов имеют следующие:

- 1. Ригидность мышц затылка расстояние от подбородка до груди измеряется количеством поперечно уложенных пальцев. При пассивном сгибании головы больного вперед не удается привести подбородок к груди.
- 2. Симптом Кернига нога сгибается в коленном и тазобедренном суставах, при попытке разогнуть ногу в коленном суставе возникают затруднения и боли в пояснице.
 - 3. Симптом Брудзинского:
- а) верхний симптом сгибание головы у лежащего с вытянутыми ногами больного вызывает сгибание в коленных суставах выпрямленных нижних конечностей (а также и верхних);
- б) средний симптом лобковый феномен давление на лобок вызывает сгибание ног в тазобедренном и коленном суставах;
- в) нижний симптом пассивное сгибание одной ноги в тазобедренном суставе вызывает сгибание второй ноги.
 - 4. Общая гиперестезия

Кроме того, исследуются следующие симптомы:

- 1. Поза больного на боку, с запрокинутой головой с согнутыми в коленях и притянутыми к животу ногами, живот втянут, ладьеобразный.
- 2. Симптом вставания фиксируя одной рукой грудь больного, другой рукой приподнимают его голову, подложив ладонь под затылок. В норме подбородок исследуемого упирается в его грудь, при наличии же ригидности затылочных мышц больной сядет в постели.
- 3. Феномен щеки давление на щеки ниже скуловой дуги вызывает рефлекторное поднятие плеч и сгибание предплечий.

- 4. Антральный симптом Менделя давление на переднюю стенку наружного слухового прохода вызывает болевую гримасу даже у больного с нарушением сознания.
 - 5. Болезненность при надавливании на точки выхода тройничного нерва.
- 6. Симптом Гиллена сдавление мышцы бедра с одной стороны вызывает непроизвольное сгибание в коленном и тазобедренном суставах противоположной конечности.
 - 7. Болезненность при перкуссии черепа, особенно скуловой дуги.

Резюме: вывод о наличии менингеальных симптомов, степени их выраженности.

V. ИССЛЕДОВАНИЕ ВТОРОЙ СИГНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

1. Исследование речи:

Экспрессивная речь – способность говорить, высказываться. Артикуляция, содержание речи оценивается во время сбора анамнеза, беседы с пациентом.

- *Артикуляция звуков* отдельных (б, м, т), или группами (к-х-г, н-л-д), произношение слов, фраз, наличие дизартрии (сыворотка из-под простокваши), произношение имен существительных, богатство словаря, грамматическая структура речи.
- *Повторение простых слов* (дом, стул, кот и т.д.) двух- и трехсложных, малознакомых (перпендикуляр, трансплантация, генералиссимус и т.д.), повторение фраз и групп фраз ветер воет, солнце светит, самолет летит и т.д.).
- Возможность называть предметы, которые предъявляются (перечислите предметы, которые находятся перед вами), или по словесной характеристике (как называется предмет, которым пишут, причесывают волосы?). Нахождение обобщающих названий (рубашка, брюки, юбка как назвать одним словом?)

- *Повествовательная речь*: перечисление дней недели, месяцев года, чисел по порядку и обратно.
- *Диалогическая речь*. Пересказ содержания книги, рассказа, кинофильма, сюжета по картинке, описание события.

Исследование импрессивной речи — способности понимания речи.

- Понимание слов: показать называемые предметы, части тела; повторение слов близких по звучанию (балка палка, собор забор, рот кот, и т.д.)
 - Назвать предъявляемые предметы.
- Понимание смысла фраз, выполнение заданий (возьмите ручку и положите в карман, указательным пальцем правой руки прикоснитесь к левому уху).
- Понимание смысла сложных фраз, (покажите ручкой книгу; брат отца и отец брата это одно и то же? Нарисуйте треугольник под кругом; весна после лета или лето после весны?).
- Понимание переносного смысла фраз, понимание пословиц и поговорок (золотые руки; каменное сердце, глухая ночь; не плюй в колодец).

Исследование письма:

- Списывание букв, слов;
- Письмо под диктовку (буквы, слоги, слова, фразы);
- Спонтанное письмо (ответ на вопрос, описание рисунка).

Чтение: чтение букв, различных слов, фраз и текста; понимание прочитанного, узнавание смысла слов, смысла фраз, анализ грамматических ошибок (карова, со..нце).

Исследование счета: чтение и письмо простых однозначных чисел, двузначных, многозначных; определение числовых различий (какая цифра больше?); исследование счетных операций - умножение, сложение, вычитание.

Исследование праксии.

- Выполнение простых заданий, повторение жестов по словесной инструкции, по образцу.
- Предметные движения застегнуть пуговицу, причесаться, заправить постель и т.д.
- Движения без предметов показать, как открывают дверь ключом, вдевают нитку в иголку и др.
- Символические движения как грозят пальцем? Как военные отдают честь?

Исследование гнозии: исследуется способность больного правильно распознавать зрительные образы (узнавание предметов, предметов с нечетким изображением), слуховые (узнавание и распознавание звуков, мелодий, ритма), осязательные (стереогноз) и другие ощущения.

Вывод: при наличии нарушений определить их вид.

Например: у больного частичная моторная афазия, алексия, аграфия.

VI. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

Оценить состояние вегететивной нервной системы в целом по жалобам и данным осмотра: цвет кожных покровов, гипергидроз, лабильность пульса, склонность к тахикардии, брадикардии, колебания АД, температура, состояние желудочно-кишечного тракта (аппетит, запоры, поносы), сон и бодрствование, физическая работоспособность, повышенная возбудимость, астения, эмоциональность, аллергические реакции.

Признаки надсегментарных расстройств: наличие вегетативных кризов, их структура, частота, выраженность. Другие пароксизмальные вегетативные расстройства: обмороки, мигренозные пароксизмы, отек Квинке, вазомоторный ринит, приступы сонливости, вегетативно-висцеральные ауры и другое. Наличие нейроэндокринных синдромов. Расстройства мотивации и влечения. Расстройства сна и бодрствования, терморегуляции.

Признаки сегментарных расстройств и локальные вегетативнотрофические нарушения при очаговых поражениях нервной системы – изменение температуры кожи, ее окраски, сухость кожи, потоотделение, трофические изменения кожи (истончение, отек, трещины, незаживающие язвы, пролежни), трофические изменения костей и суставов. Оценка данных симптомов проводится в симметричных участках тела.

Исследование надсегментарного отдела вегетативной нервной системы:

1. Исследование общего вегетативного тонуса. Вегетативный тонус — это степень напряжения в функционировании того или иного органа или физиологической системы в состоянии относительного покоя. Для его исследования применяются специальные таблицы, в которых содержатся данные вегетативных показателей. (Приложение 4).

Для определения вегетативного тонуса в сердечно-сосудистой системе используется расчет вегетативного индекса Кердо (ИК).

ИК = (1-АДД/ЧСС) x 100

АДД – диастолическое АД

ЧСС – частота сердечных сокращений

При положительных значениях ИК преобладают симпатические влияния, при отрицательных – парасимпатические.

На основании анализа клинических показателей функционального состояния ВНС *выносится заключение* о симпатокотонии, ваготонии или эйтонии.

2. Исследование вегетативной реактивности — способность вегетативной нервной системы реагировать на воздействия внешних или внутренних раздражителей.

Глазосердечный рефлекс Даньини-Ашнера: у лежащего на спине пациента производят давление на глазные яблоки. Происходит замедление пульса – в норме на 10-12 уд/мин, при более сильном замедлении (парасимпарическая реакция) – повышенная вегетативная реактивность, более слабое замедление –

пониженная вегетативная реактивность, отсутствие замедления – извращенная реактивность (симпатическая реакция).

Синокаротидный рефлекс Чермака-Геринга — при давлении на область каротидного синуса наблюдается замедление ЧСС на 8-12 уд/мин и снижение АД.

Солярный рефлекс Тома-Ру – при давлении в эпигастральной области происходит замедление пульса на 4-12 уд/мин и снижение АД.

По результатам исследования рефлексов *выносится заключение* о нормальной, повышенной или извращенной вегетативной реактивности.

3. Исследование вегетативного обеспечения деятельности — исследуют вегетативное обеспечение дозированной физической нагрузки (велоэргометрии, приседаний), постуральных проб, умственной нагрузки, отрицательных и положительных эмоций.

Для регистрации вегетативных сдвигов используются параметры сердечно-сосудистой системы: число сердечных сокращений, величина АД, частоты дыхания и другие. Исследуемые показатели измеряются в покое и выполнении деятельности. Прирост показателей за этот период оценивается как вегетативное обеспечение деятельности.

Наиболее часто используются орто- и клиностатические пробы.

Ортоклиностатическая проба. Регистрируются фоновые значения ЧСС и АД в положении лежа, затем пациент медленно встает, сразу же в вертикальном положении измеряется АД, ЧСС и затем каждую минуту в течение до 10 минут. В положении стоя пациент находится от 3 до10 минут. Пациента просят вновь лечь, сразу же измеряют АД и ЧСС, затем каждую минуту до тех пор, пока они не достигнут исходного уровня.

В норме: увеличение ЧСС на 10-20 уд/мин (максимально до 30 уд/мин), кратковременный подъем систолического АД до 20 мм рт. ст., в меньшей степени диастолического. После возвращения в исходное положение АД и ЧСС должны придти в норму в течение 3 минут. Сразу же после перехода в горизон-

тальное положение возможен кратковременный подъем АД. Во время проведения пробы не должно быть субъективных жалоб.

Увеличение ЧСС при вставании более чем на 30 уд. мин., повышение систолического АД более чем на 20 мм рт. ст., или самостоятельный подъем только диастолического АД, появление субъективных жалоб в виде прилива крови к голове, потемнения в глазах, говорят об избыточном обеспечении вегетативной деятельности и симпатикотонии.

О недостаточности вегетативного обеспечения говорят: преходящее падение систолического АД более чем на 10-15 мм рт. ст. сразу после вставания, падение систолического АД при длительном стоянии более чем на 15-20 мм рт. ст., или падение только диастолического АД.

На основании проведения орто-клиностатических проб *выносится за- ключение* о нормальном, избыточном (симпатикотония), или недостаточном (ваготония) обеспечении деятельности.

Исследования сегментарного отдела ВНС

1. Дермографизм:

- а). Местный дермографизм вызывается легким штриховым раздражением кожи тупым предметом, на месте раздражения появляется красная полоса. Широкие и, особенно, возвышающиеся полосы красного дермографизма говорят о повышении тонуса парасимпатического отдела нервной системы. Белый дермографизм говорит о преобладании симпатического тонуса.
- б). *Проба «белого пятна»*. Исследуется при надавливании на кожу пальцем или при сжатии руки в кулак. В норме возникающие бледные пятна держатся 2-3 секунды. Стойкие бледные пятна говорят о преобладании симпатического тонуса.
- **2.** *Термометрия кожи*. Исследуется с помощью электротермометра в симметричных участках. Различие температуры в 0,5°C является признаком нарушения вегетативной иннервации.

- 3. Исследование потоотделения при помощи фармакологических проб (аспирин) или путем согревания. Потоотделение нарушается в зоне иннервации в зависимости от места поражения. Потоотделение может нарушаться не только при сегментарных или периферических поражениях, но и при гипоталямических синдромах асимметрия по гемитипу.
- **4.** Пиломоторный рефлекс рефлекс «гусиной кожи» вызывается путем прикладывания холодного предмета к симметричным участкам. Рефлекс замыкается на уровне спинного мозга.
- 5. Кроме того, при необходимости используются фармакологические пробы – введение адреналина, атропина.

5. Функции мочевого пузыря:

- а) задержка мочи;
- б) истинное недержание мочи;
- в) парадоксальная задержка мочи;
- г) периодическое недержание мочи;
- **6. Функции прямой кишки** задержка или недержание кала.

Вывод по исследованию вегетативной нервной системы. Делается вывод о нарушениях сегментарного или надсегментарного аппарата, симпатикотонии или ваготонии, их нарушении, степени выраженности.

Например. Нарушение надсегментарного аппарата в виде синдрома вегетативной дисфункции с явлениями симпатикотонии: умеренно выраженная тахикардия, склонность к артериальной гипертензии.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Описываются те дополнительные методы, которые позволяют оценить нарушения со стороны нервной системы. К ним относятся следующие методы. Люмбальная пункция и исследование спинномозговой жидкости: давление, окраска, прозрачность, количество белка, количество и характер форменных элементов, реакции Панди, Нонне, Ланге, Вассермана. Нейрорентгенологические

(рентгенограммы черепа, позвоночника, компьютерная и магнитно-резонансная томография, контрастные методы), нейрофизиологические и ультразвуковые методы исследования.

По результатам каждого исследования делается заключение: норма или патология - в чем она проявляется.

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА, ЕГО ОБОСНОВАНИЕ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб, анамнеза, данных соматического, неврологического осмотра, дополнительных методов обследования формулируются основные неврологические синдромы и устанавливаются топический, клинический диагнозы, проводится дифференциальный диагноз.

ТОПИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Топический диагноз в неврологии является важной составной частью клинического диагноза, складывается из оценки выявленных при неврологическом исследовании симптомов выпадения и раздражения, свидетельствующих об очаговом поражении нервной системы. На их основании определяется локализация и количество патологических очагов в центральной и периферической нервной системе, их соотношение и динамика развития.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Устанавливается на основании всей **совокупности** данных анамнеза, обследования и наблюдения в клинике. Формулируется согласно классификаций.

В структуре клинического диагноза выделяют диагноз основного заболевания, осложнения основного заболевания, диагноз сопутствующих болезней.

Для **обоснования** диагноза анализируются жалобы, данные анамнеза, соматического и неврологического осмотра больного. На основании топического диагноза проводится патогенетический анализ основных выделенных признаков, симптомов, синдромов, их совокупная оценка с учетом особенностей

клинической картины и течения заболевания. Анализируются также лабораторные, инструментальные данные, полученные при обследовании больного, подтверждающие клинический диагноз. По совокупности полученных результатов делается заключение об имеющейся патологии, формулируется диагноз. Целесообразно отразить мнение об этиологии и патогенезе данного заболевания.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Проводится с важнейшими болезненными формами, которые могут обусловить сходную с данным заболеванием клиническую картину.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить у конкретного больного, а не вообще нозологической формы, с анализом симптомов характерных и не характерных для данной патологии, а также рекомендациями необходимого обследования с целью уточнения диагноза. Дифференциальный диагноз проводится не менее чем с 2-3 нозологическими формами.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Описываются планируемые методы обследования необходимые для уточнения диагноза или сопутствующих заболеваний.

Указывается и обосновывается лечение данного больного, а не вообще нозологической формы, с учетом стадии заболевания, наличия и выраженности симптомов, с учетом сопутствующей патологии. Необходимо указать режим, диету, медикаментозные и не медикаментозные методы лечения (физиотерапевтические методы, ЛФК, массаж, иглорефлексотерапия и другие) с конкретным обоснованием их необходимости и специфичности. Лекарственные формы необходимо писать в рецептурном варианте с указанием дозы, способа введения, продолжительности курса. Не медикаментозные методы: цель назначения конкретной процедуры, место приложения, длительности курса.

При показаниях к хирургическому лечению обсуждается его необходимость.

ДНЕВНИКИ НАБЛЮДЕНИЯ

Пишется со второго дня курации. Необходимо отмечать динамику соматического и неврологического статуса, реакцию на проводимую терапию, изменения в назначениях, анализ результатов проведенного за время курации обследования, планируемые назначения. Обосновывается необходимость дополнительных исследований и консультаций смежных специалистов, изменения в назначениях.

ЭПИКРИЗ (ЭТАПНЫЙ ИЛИ ВЫПИСНОЙ)

В эпикризе необходимо указать:

- 1. Сроки пребывания в стационаре.
- 2. Развернутый клинический диагноз.
- 3. Результаты обследования больного в виде основных синдромов и наиболее важных в диагностическом отношении данных дополнительных методов обследования.
- 4. Проведенное лечение с указанием медикаментозных и не медикаментозных методов.
- 5. Течение болезни и ее особенности у данного больного, динамика основных симптомов за время пребывания в стационаре, эффективность лечения.
- 6. Исход болезни к моменту окончания курации: полное или неполное выздоровление, значительное улучшение, незначительное улучшение, состояние без перемен, ухудшение. Делается прогноз относительно восстановления и заключение в отношении трудоспособности больного.
- 7. Даются рекомендации в отношении дальнейшего обследования (при необходимости) и лечения.

Рекомендации относительно режима, диеты. При необходимости продолжения терапии - указать какое лечение и как долго рекомендуется пациенту, в каких условиях (стационар, дневной стационар, амбулаторное лечение, реабилитационные больницы, санатории). При этом указывается конкретная медикаментозная или не лекарственная терапия.

Необходимость диспансерного наблюдения, периодичность наблюдения и лечения в будущем. Восстановительное лечение и реабилитационные мероприятия (при необходимости).

Мероприятия по профилактике обострений и рецидивов заболевания.

ЛИТЕРАТУРА.

Перечень использованной дополнительной литературы (монографии, статьи).

<u>ПРИЛОЖЕНИЕ 1.</u> <u>ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА</u>

АМУРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ КАФЕДРА НЕВРОЛОГИИ С КУРСОМ НЕЙРОХИРУРГИИ

	ЗАВ. КАФЕД	РОЙ:	
	ПРЕПОДАВА	АТЕЛЬ:	
ИСТО	рия боле	ЗНИ	
БОЛЬНОГО			-
	КУРАТОР:	студент	группы

БЛАГОВЕЩЕНСК, 2012г.

приложение 2.

КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ.

Адекватная оценка состояния больного, особенно при ургентной патологии, в любом лечебном учреждении и любым врачом обязательно предполагает правильное определение степени нарушения сознания. Следует учитывать, что предложенная классификация распространяется только на количественные формы нарушения сознания по типу выключения, угнетения психической деятельности (преимущественно за счет страдания срединно-стволовых структур). Она не включает продуктивные формы нарушения сознания (качественные) по типу помрачения, спутанности (делирий, онейроид, сумеречные расстройства сознания и др.), обусловленные преимущественным нарушением функций полушарных образований, не включает и псевдокоматозные состояния (вегетативные состояния, акинетический мутизм и другие).

Выделяют следующие 7 градаций состояния сознания:

1. Ясное.

5. Кома умеренная.

2. Оглушение умеренное.

6. Кома глубокая.

3. Оглушение глубокое.

7. Кома терминальная.

- 4. Сопор.
- **1. ЯСНОЕ СОЗНАНИЕ** характеризуется сохранностью всех психических функций, прежде всего, способности к правильному восприятию и осмыслению окружающего мира и собственного "Я", адекватным действиям при сохранении критики.

Характеризуя ясное сознание, необходимо отметить: наличие полного речевого контакта и правильность ответов на вопросы, адекватность и целенаправленность реакций на раздражители, сохранность всех видов ориентировки (в месте, времени, ситуации, собственной личности), правильное поведение.

2-3. ОГЛУШЕНИЕ характеризуется угнетением сознания с замедлением психических и двигательных реакций, сохранением ограниченного словесного

контакта, повышением порога восприятия внешних раздражителей, снижением собственной активности.

Оглушение подразделяется на умеренное и глубокое.

2. ОГЛУШЕНИЕ УМЕРЕННОЕ. Проявляется умеренной сонливостью, легкой и непостоянной дезориентировкой во времени.

Снижено активное внимание, отмечается быстрая истощаемость, вялость, сонливость. Сохранен речевой контакт, иногда требуется повторять вопросы, ответы замедленны, с задержкой, односложные. Команды выполняет правильно, замедленно, особенно сложные. Глаза открывает спонтанно или сразу на обращение к нему. Двигательная реакция на боль активная, целенаправленная. Ориентировка во времени, месте, окружающей обстановке может быть неточной, в личности - сохранена. Контроль за функцией тазовых органов сохранен.

- **3. ОГЛУШЕНИЕ ГЛУБОКОЕ.** Проявляется глубокой сонливостью, дезориентировкой. Больной почти постоянно находится в состоянии сна, возможно периодически двигательное возбуждение. Речевой контакт ограничен, после повторных вопросов односложные ответы типа "да", "нет". На команды реакция замедленная выполняются лишь простые, быстрое истощение. Координированная защитная реакция на боль сохранена, реакция на другие раздражители изменена. Дезориентирован в месте, времени, ориентировка в собственной личности частично сохранена. Контроль за функцией тазовых органов ослаблен.
- **4. СОПОР.** Характеризуется глубоким угнетением сознания, отсутствием психической деятельности с сохранностью координированных защитных реакций на боль и другие раздражители.

Больной постоянно лежит с закрытыми глазами, отсутствует речевой контакт, команды не выполняет. Спонтанные активные движения отсутствуют, при болевых и других сильных раздражителях - координированные защитные движения (движение рукой, гримаса, стон, открывание глаз). Зрачковый, корнеальный, глоточный и другие рефлексы сохранены. Контроль над сфинктерами нарушен. Жизненно важные функции сохранены, либо умеренно изменены.

- **5-7. КОМА.** Характеризуется выключением сознания с полной утратой восприятия окружающего мира, самого себя, отсутствием других признаков психической деятельности, постепенным угнетением рефлекторных реакций и функции жизненно важных органов. В зависимости от выраженности и продолжительности нарушений кома по тяжести подразделяется на 3 степени: умеренную (I), глубокую (II), и терминальную (III).
- 5. КОМА УМЕРЕННАЯ I. Характеризуется "неразбудимостью". В ответ на болевые раздражения появляются некоординированные защитные двигательные реакции (обычно по типу отдергивания конечностей), способность к локализации боли отсутствует. Возможно спонтанное двигательное беспокойство. Глаза на боль не открывает, зрачковые и корнеальные рефлексы обычно сохранены. Брюшные рефлексы угнетены, сухожильные вариабельны, положительные рефлексы орального автоматизма и стопные знаки. Глотание резко затруднено. Защитные рефлексы верхних дыхательных путей относительно сохранены. Контроль за сфинктерами нарушен. Дыхание и сердечно-сосудистая система сравнительно стабильны.
- **6. КОМА ГЛУБОКАЯ II.** Характеризуется отсутствием любых реакций на любые внешние раздражители, лишь на сильные болевые могут возникать движения в конечностях. Спонтанные движения отсутствуют. Разнообразные изменения мышечного тонуса: от генерализованной гормеотонии до диффузной гипотонии. Различные изменения кожных, сухожильных, корнеальных, зрачковых рефлексов с их преимущественным угнетением. Спонтанное дыхание и сердечно-сосудистая деятельность сохранены, при их выраженных нарушениях
- **7. КОМА ТЕРМИНАЛЬНАЯ III.** Характеризуется диффузной мышечной атонией, тотальной арефлексией, двухсторонним мидриазом, неподвижностью глазных яблок. Имеются критические нарушения жизненно важных функций грубые расстройства ритма и частоты дыхания или апноэ, резкая тахикардия, падение артериального давления ниже 60 мм рт.ст.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ УГНЕТЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Степени угнете-	Огл	ушение	Сопор		Кома	
ния созна Признаки ния	Умеренное	глубокое		умерен- ная	глу- бокая	терми- нальная
Ориентация	Частичная	Нарушена	_	-	-	-
Речевой Контакт	Ограничен	Резко за- труднен	Нет	Нет	нет	Нет
Выполнение зада-	Замедленно	Только элементарных	Нет	Нет	Нет	Нет
Открывание глаз	Сохранено	Сохранено	Только на сильный болевой раздражитель	Нет	Нет	Нет
Двигательная реак- ция на боль	Целенаправ- ленная	Целена- правленная	Целенаправ- ленная	Нецеле- направ- ленная	Нет	Нет
Арефлексия, диф- фузная мышечная гипотония	-	-	-	-	±	+
Нарушение жизнен- но важных функций, двусторонний фик- сированный мидриаз	-	-	-	-	-	+

При описании нарушений сознания необходимо подробно описать реакции больного по всем вышеназванным пунктам.

ШКАЛА КОМЫ ГЛАЗГО

Действие	Ответная реакция	Балл
Открывание	Произвольное	4
глаз	На обращенную речь	3
	На болевой стимул	2
	Отсутствует	1
Двигательные	Выполняет команды	6
реакции	Целенаправленная реакция на болевой раздражитель	5
	Нецеленаправленная реакция на болевой раздражитель	4
	Сгибательная реакция на болевой раздражитель	3
	Разгибание на болевой раздражитель	2
	Отсутствует	1
Вербальная	Полная ориентация	5
функция	Дезориентировка, может говорить	4
	Бессвязная речь	3
	Нечленораздельная речь	2
	отсутствует	1

Оценка состояния больного в коме по шкале комы Глазго производится путем подсчета баллов по всем пунктам:

- 15 баллов ясное сознание;
- 14-13 баллов умеренное оглушение;
- 12-10 баллов глубокое оглушение;
- 9-8 баллов cопор;
- 7 баллов и менее коматозное состояние.

приложение 3.

ОСНОВНЫЕ ТИПЫ НАРУШЕНИЙ ПОХОДКИ

1. Атактическая походка — возникает преимущественно при поражении мозжечка и его связей. При мозжечковой атаксии, особенно при поражении червя мозжечка, нарушается равновесие, походка шаткая, «пьяная». Могут быть другие симптомы присущие поражению мозжечка: интенционный тремор, мышечная гипотония и другие.

Вариант — «штампующая походка». Нога с силой опускается на пол всей подошвой. Чаще наблюдается при поражении проводников глубокой чувствительности (заднестолбовая, табетическая походка), сопровождается шаткостью, нарушением глубокой чувствительности, невозможностью ходьбы в темноте.

- **2.** Гемипаретическая походка возникает при одностороннем поражении пирамидного пути (чаще капсула, кора). Проявляется: рука согнута в локтевом суставе и прижата к туловищу, нога разогнута в коленном суставе и при ходьбе выполняет круговое движение в сторону, туловище при этом несколько отклоняется в противоположную сторону.
- **3.** Спастическая (параспастическая походка) возникает при центральных парезах в нижних конечностях. Ноги разогнуты в коленях и голеностопных суставах, походка замедленная, шаркающая, ноги не отрываются от пола. Вариант по типу ножниц, с перекрещиванием ног (вследствие повышения тонуса приводящих мышц бедер), на носках и с легким подворачиванием пальцев.
- **4.** Спастико-атактическая походка. Сочетание спастической походки и статической атаксии.

- **5.** Гипокинетическая походка (паркинсоническая, микробазия), наблюдается преимущественно при акинетико-ригидном синдроме. Характеризуется медленными, скованными движениями ног, мелкими, шаркающими шагами, отсутствием или уменьшением содружественных движений рук, часто топтанием на месте, затруднением при начале движения и при поворотах.
- **6.** «Перонеальная» походка (степпаж, петушиная). Развивается при свисающих стопах вследствие вялого пареза в них (слабость или паралич тыльного разгибания стопы и пальцев). Больной или тащит стопу при ходьбе, либо, пытаясь компенсировать свисание стопы, поднимает ее по возможности выше, чтобы оторвать от пола. Таким образом, при ходьбе больной высоко поднимает ноги согнутые в коленных и тазобедренных суставах, стопа опускается на пол с характерным шлепающим звуком.
- 7. «Утиная» походка развивается при слабости мышц тазового пояса и проксимальных отделов конечностей (отводящих мышц бедра), наиболее часто встречается при прогрессирующих мышечных дистрофиях. При ходьбе больной как бы переваливается с ноги на ногу вследствие переноса центра тяжести, наблюдается компенсаторное переразгибание туловища.
- **8.** Гиперкинетическая походка наблюдается при разных видах гиперкинезов (хореические, миоклонии, тики, генерализованная торсионная дистония и другие). При этом ходьба прерывается насильственными, непроизвольными движениями, походка становится странной, «танцующей».
- **9. Нарушения походки, вызванные болевыми синдромами** (щадящая походка), внешне чаще проявляются как «хромота», больной старается уменьшить болезненную фазу ходьбы, меньше нагружая больную конечность.
- **10.** Психогенные нарушения походки (истерическая). Очень вариабельны, могут напоминают описанные выше, но при отсутствии органического поражения нервной системы. Имеется несоответствие походки и объективных изменений, демонстративность проявлений, эмоциональность.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ФУНКЦИО-НАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (По

Вейну А.М., 2000г., с сокращениями)

Симптомы	Симпатическая реакция	Парасимпатическая реакция
Цвет кожи	Бледность	Склонность к гиперемии,
		цианоз
Сальность	Норма	Повышена
Сухость	Повышена	Норма
Потоотделение	Уменьшено (если пот вяз-	Усилено (пот жидкий)
	кий, то увеличено)	
Дермографизм	Розовый, белый	Красный, возвышающийся
Температура кожи	Снижена	Повышена
тела		
Температура кис-	Холодные	Теплые
тей рук		
Масса тела	Склонность к похуданию	Склонность к увеличению
Аппетит	Повышен	Понижен
Зрачки	Расширены	Норма
Пульс	Лабильность, склонность к	Склонность к брадикардии
	тахикардии	
АД	Склонность к повышению	Склонность к понижению
Головокружение	Нехарактерно	Часто
Частота дыхания	Нормальное или учащен-	Медленное, глубокое
	ное	
Слюноотделение	Уменьшено	Усилено
Кислотность же-	Нормальная или понижен-	Повышена
лудочного сока	ная	
Перистальтика	Слабая, атонический запор	Дискинезии, спастический
		запор, поносы
Мочеиспускание	Полиурия, светлая моча	Императивные позывы
Аллергические ре-	Отсутствуют	Склонность
акции		
Темперамент	Повышенная возбудимость	Вялость, малоподвижность
Сон	Непродолжительный, по-	Сонливость
	верхностный	
Физическая рабо-	Повышена	Снижена
тоспособность		
Число эритроци-	Увеличено	Уменьшено
тов, лейкоцитов		

Уровень глюкозы	Повышен, норма	Снижен
в крови		
Переносимость	Обычная	Плохая
голода		
Ортостатическая	Пульс относительно уско-	Пульс относительно за-
проба	рен	медлен
Клиностатическая	Пульс относительно замед-	Пульс относительно уско-
проба	лен	рен
Проба Ашнера	Норма, или парадоксальное	Значительное замедление
-	ускорение пульса	пульса

приложение 5.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

Проверка ориентировки в собственной личности (просят пациента назвать свое имя, фамилию, возраст, профессию), месте (просят назвать место где он сейчас находится – город, учреждение), времени (назвать дату, день недели, время).

Исследование памяти. Беседа позволяет выявить нарушение памяти на давние или свежие события — насколько пациент точно называет даты различных автобиографических событий, имена родственников или знакомых, воспроизводит ранее прочитанный текст, просмотренный фильм.

Повторение 10 слов, или сочетания цифр, слов, предложения, воспроизведение деталей рисунка.

Исследование внимания: вычеркивание определенной буквы, счет в прямом и обратном порядке, перечислить дни недели в прямом и обратном порядке, назвать по буквам слово.

Способность к обобщению и абстрагированию.

Пробы обобщение понятий - назвать одним словом несколько фруктов, животных, предметов. Убрать объект, отличающийся от остальных по какимлибо параметрам (огурец, помидор, яблоко, картофель). Найти сходство и различие между объектами (яблоко и апельсин, лошадь и собака и т.д.). Проба на сравнение понятий (чем отличаются птица и самолет, море и озеро).

Чтение и пересказ рассказа, кинофильма. Понимание смысла прочитанного, выделение главного. Понимание смысла пословиц и поговорок.

Счет, решение простых задач.

приложение 6.

СЕМАНТИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ РАСПРОСТРАНЕННЫХ НЕВРОЛОГИ-ЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ

Абазия — утрата способности к самостоятельной ходьбе.

Абулия — безволие, отсутствие желаний.

Агевзия, гипогевзия — утрата, снижение вкуса.

Агнозия — нарушение узнавания предметов (явлений) при сохранности сознания и функций органов чувств (зрения, слуха, обоняния и т. д.):

- -зрительная нарушение узнавания предметов при сохранности зрения;
- -акустическая неспособность идентифицировать звуки с предметом который их воспроизводит;
- -обонятельная расстройство узнавания веществ (предметов) по запаху;
- -вкусовая расстройство узнавания веществ (продуктов) по вкусовым качествам;
- -пальцевая нарушение узнавания и дифференцированного выбора пальцев.

Аграмматизм — нарушение грамматического строя речи (неправильное использование (неиспользование) падежей, склонений, предлогов и др.).

Аграфия — нарушение письма при сохранности движений руки.

Адиадохокинез — нарушение выполнения быстро сменяющихся и чередующихся противоположных по направлению движений (супинация — пронация кистей).

Акалькулия — нарушение счета, способности к арифметическим действиям.

Акинезия — отсутствие активных движений.

Аккомодация (глаза) — изменение преломляющей силы глаза при зрительном восприятии предметов на разном расстоянии.

Алексия — нарушение чтения при сохранности зрения.

Амавроз — слепота.

Амблиопия — снижение остроты зрения.

Амимия (*гипомимия*) — отсутствие (уменьшение) выразительных мимических движений.

Амнезия — утрата (потеря) памяти.

Амузия — утрата музыкальных способностей (вариант слуховой агнозии).

Амфотония — симпатический и парасимпатический гипертонус.

Аналгезия (аналгия), гипалгезия — утрата, снижение болевой чувствительности.

Анартрия — утрата членораздельной речи вследствие паралича мышц, обеспечивающих артикуляцию.

Анестезия, гипостезия — утрата, снижение чувствительности.

Анизокория — неравномерные диаметры зрачков.

Анизорефлексия — неравномерные с обеих сторон (асимметричные) рефлексы.

Анозогнозия — непризнание (неосознание) своей болезни или дефекта (слепоты, глу-

хоты, паралича).

Аносмия (гипоосмия) — утрата (снижение) обоняния.

Анталгическая (поза) — противоболевая.

Апаллический синдром — полное отсутствие неокортикальных функций и психической деятельности.

Апатия — безразличие, отсутствие желаний.

Апраксия — утрата сложных, целенаправленных, онтогенетически выработанных движений (навыков) при отсутствии пареза (паралича), инкоординации движений и расстройств чувствительности

Арефлексия (гипорефлексия) — отсутствие (снижение) рефлексов.

Асинергия — нарушение содружественной деятельности мышц при выполнении сложного движения, которое требует одновременного участия разных мышечных групп.

Астазия — утрата способности самостоятельно стоять.

Астереогноз — утрата способности узнавать предметы путем ощупывания без зрительного контроля.

Атаксия — нарушение координации движений.

Amemos — непроизвольные (насильственные) медленные, стереотипные, червеобразные, вычурные движения в дистальных отделах конечностей или в мышцах.

Атония, гипотония — утрата, снижение мышечного тонуса.

Атрофия — уменьшение объема и массы органа (мозг) или ткани (мышца), сопровождающееся нарушением (прекращением) их функций.

Аура — начало эпилептического припадка, предшествующее утрате сознания.

Аутомопагнозия — нарушение узнавания частей собственного тела (вид агнозии).

Афагия — полная невозможность глотания вследствие паралича соответствующих мышц.

Афазия — нарушение речи вследствие поражения ассоциативных речевых центров коры больших полушарий при сохранности слуха (на фонемы) и способности артикуляции (отсутствие бульбарного паралича):

- -моторная утрата моторных образов слов;
- -сенсорная утрата сенсорных образов слов;
- -амнестическая нарушение номинативной функции речи (выпадение существительных названий предметов);
- *-семантическая* нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций, инвентированных и сравнительных взаимоотношений, переносного смысла слов.

Афония — утрата звучности голоса (шепотная речь сохранена).

Брадикинезия — замедленность движений.

Брадилалия — замедленность речи.

Ваготония — преобладание парасимпатического тонуса.

Вербальный — словесный.

Гемианестезия — утрата чувствительности в одной половине тела.

Гемианопсия — утрата зрения в одной половине поля зрения каждого глаза:

- -гомонимная (одноименная) выпадение левых или правых половин полей зрения;
- *-гетеронимная (разноименная)* в одном и другом глазу выпадают разные половины полей зрения:

- -биназальная выпадениет внутренних половин полей зрения;
- -битемпоральная выпадение наружных половин полей зрения;
- -квадрантная выпадает 1/4 поля зрения обоих глаз (верхнеквадрантная или нижнеквадрантная лево- или правосторонняя).

Гемибаллизм — гиперкинез (бросковые движения) в контралатеральных очагу поражения (Люисова тела) конечностях.

Гемикрания — боль в одной половине головы (мигрень).

Гемипарез (гемиплегия) — парез (паралич) мышц одной половины тела.

Гидроцефалия — избыточное накопление цереброспинальной жидкости в желудочках мозга и субарахноидальном пространстве.

Гиперакузия — повышенное (резкое) восприятие звуков.

Гипералгезия — повышенная болевая чувствительность.

Гипергидроз — повышенное потоотделение.

Гиперестезия — повышенная чувствительность.

Гиперкинез — непроизвольные насильственные движения.

Гиперметрия — чрезмерные, несоразмерные, избыточные движения (при патологии мозжечка).

Гиперпатия — извращение чувствительности, которую характеризуют неприятный характер, повышенный порог восприятия, отсутствие точной локализации, длительное последействие.

Гиперрефлексия — повышение (оживление) глубоких рефлексов.

Гиперсомния — патологическая сонливость.

Гипертония (мышечная) — повышение мышечного тонуса.

Гипокинезия — уменьшение двигательной активности.

Глоссалгия (глоссодиния) — парестезии и болевые ощущения в языке.

Глоссоплегия — паралич мышц языка.

Гнусавость (назолалия) — изменение тембра голоса, носовой оттенок голоса.

Головокружение — ощущение мнимого кругового или прямолинейного движения окружающих предметов или собственного тела:

- *системное* ощущение вращения в определенном направлении окружающих предметов или собственного тела;
- несистемное ощущение неустойчивости, пошатывания, проваливания.

Гомеостаз — постоянство внутренней среды и устойчивость основных физиологических функций.

Горметония — повторные пароксизмы повышения мышечного тонуса в конечностях (в руках - сгибательная установка, в ногах - разгибательная) при внутрижелудочковом кровоизлиянии или паравентрикулярной локализации очага.

Девиация – отклонение (например – языка в сторону)

Дегенерация — перерождение (мышцы, нерва).

Декортикация — удаление (функциональное выключение) коры головного мозга.

Деменция — приобретенное слабоумие.

Демиелинизация — утрата миелина нервными волокнами.

Дерматом — участок кожи, иннервируемый одним сегментом (задним корешком одного сегмента).

Дермографизм — изменение окраски кожи при ее штриховом раздражении.

Дизартия — нарушение членораздельной артикуляции, неясность произношения.

Дизестезия - извращение чувствительности (тепло воспринимается как боль и др.).

Дизосмия — извращенное восприятие запахов.

Диплегия (параплегия, парапарез) — двусторонний паралич одноименных частей тела (обеих половин лица, обеих ног).

Диплопия — двоение.

Дисгевзия — извращение вкуса.

Дискинезия — расстройство (во времени и пространстве) координированных двигательных актов.

Дискриминационная (чувствительность) — способность различать два одновременно наносимых раздражения.

Дисметрия — избыточность или недостаточность амплитуды целенаправленных движений.

Диссомния (агрипния) — бессонница, нарушение сна.

Дистопия — патологическое изменение тонуса (мышечного, сосудистого).

Дистония торсионная — гиперкинез с повторяющимися изменениями мышечного тонуса (гипотония — гипертония) в мышцах туловища и проксимальных отделах конечностей.

Дисфагия — нарушение глотания.

Дисфония — изменение звучности голоса.

Дрожание (тремор) – гиперкинез со стереотипными колебательными, обычно небольшой амплитуды, движениями частей тела.

Ипсилатеральный (гомолатеральный) — расположенный на той же стороне.

Иррадиация (боли) — распространение болей с одной ветви нерва на другие.

Каузалгия — мучительный болевой синдром с сосудистыми и трофическими расстройствами после частичного повреждения периферического нерва (раздражение симпатических волокон).

Клонус — крайняя степень повышения глубоких рефлексов.

Конвергенция — сведение зрительных осей обоих глаз на фиксируемом объекте.

Контралатеральный — расположенный на противоположной стороне.

Конский хвост — поясничные и крестцовые корешки вне спинного мозга.

Конус спинного мозга — S3—S5 сегменты.

Ксерофтальмия — сухость глаза.

Лагофтальм — неполное смыкание век («заячий глаз»).

Патеропульсия — отклонение тела больного в сторону при ходьбе (при паркинсонизме)

Макропсия — восприятие предметов увеличенными в размере.

Метаморфонсия — зрительное восприятие предметов с искаженными формами и размерами.

Мидриаз — расширение зрачка.

Микрография — уменьшение размеров букв при письме (паркинсонизм).

Микропсия — восприятие предметов уменьшенными в размерах.

Миоз — сужение зрачка.

Миоклония — гиперкинез, сопровождающийся быстрыми беспорядочными сокращениями мышц (отдельных пучков) без выраженного внешнего двигательного эффекта.

Моноплегия (монопарез) — паралич (парез) одной конечности.

Мория — патологически повышенное настроение (беспечность, дурашливость, «пло-

ские» шутки).

Мутизм — отсутствие речи при сохранности речевого аппарата (мутизм истерический, акинетический).

Невралгия — боль по ходу нерва, обычно без симптомов выпадения.

Неврит — воспалительное поражение нерва.

Невропатия — невоспалительное поражение нерва.

Неостриатум — хвостатое ядро и скорлупа чечевицеобразного ядра.

Нистагм — непроизвольные ритмические движения глазных яблок.

Окклюзия — нарушение проходимости, закупорка (сосудов, ликворопроводящих путей).

Олигокинезия — уменьшение движений, малоподвижность.

Офтальмоплегия — паралич мышц глаза (наружная, внутренняя).

Палеостриатум (бледный шар) – два медиальных членика чечевицеобразного ядра.

Паралич — полное отсутствие произвольных движений.

Паралич взора — отсутствие содружественных движений глазных яблок (вертикальный, горизонтальный).

Параплегия (парапарез) — паралич (парез) обеих рук (верхний) или обеих ног (нижний)

Парасимпатикотония (ваготония)— преобладание парасимпатического тонуса.

Парафазия — замена слов (вербальная) или букв (литеральная), обычно близких по звуковой характеристике.

Парез — уменьшение силы и объема произвольных движений.

Парестезии — спонтанно возникающие неприятные ощущения (ползания мурашек, онемения, жжения).

Паркинсонизм — акинетико-ригидный синдром.

Паросмия — обонятельные галлюцинации.

Персеверация — многократное повторение одних и тех же движений (слов).

Поле зрения — участок пространства, который зрительно воспринимается при отсутствии движений глазами и головой.

Полиэствания — одиночное раздражение воспринимается как множественное.

Прозопагнозия — агнозия на лица.

Прозопалгия — лицевая боль.

Прозопоплегия — паралич мимической мускулатуры.

Проекционная (боль) — ощущение боли дистальнее места раздражения.

Проприоцепция — рецепция от мышц, сухожилий и т. д. (глубокая чувствительность).

Пропульсия — непреодолимое ускорение движения вперед (при паркинсонизме).

Протопатическая (чувствительность) – таламическая, витальная, филогенетически старая.

Псевдомелия — ощущение наличия лишней конечности (псевдополимелия — ощущение наличия нескольких лишних конечностей).

 Π *mo*3 — ощущение верхнего века.

Резистентность — устойчивость к воздействию повреждающих факторов.

Рецепция — совокупность систем, преобразующих воспринимаемые раздражения в нервные импульсы.

Речь импрессивная — внутренняя речь (речь слушающего).

Речь экспрессивная — внешняя речь (речь говорящего).

Ригидность (мышечная) — повышение мышечного тонуса.

Симпаталгия — боль при раздражении структур симпатической нервной системы (трудно локализуемые мучительные боли, сосудисто-трофические нарушения).

Симпатикотония — преобладание симпатического тонуса.

Синергия (мозжечковая) — сочетанная работа разных мышечных групп для реализации сложного движения.

Синестезия — возникновение ощущения не только в месте нанесения раздражения, но и в симметричном участке.

Синкинезия — содружественное движение (физиологическая, патологическая).

Скандированная речь — артикуляционная атаксия, прерывистая речь.

Скотома — дефект поля зрения.

Спастичность (мышечная) — повышение мышечного тонуса.

Стереогноз — способность распознавать предметы путем их ощупывания при закрытых глазах.

Страбизм (косоглазие) — отклонение зрительной линии одного глаза от совместной точки фиксации.

Таксис — упорядоченное движение.

Тахилалия (тахифразия) — многословие, болтовня.

Тетрапарез (тетраплегия) — парез (паралич) мышц четырех конечностей.

Тик — быстрые, неритмичные, стереотипные подергивания мышц (отдельных пучков) без выраженного внешнего двигательного эффекта.

Томография — получение изображения определенного слоя объекта исследования.

Тремор — дрожание.

Триплегия (трипарез) — плегия (парез) мышц трех конечностей.

Трофотронная система — обеспечивает поддержание гомеостаза и анаболические процессы; проявляется преимущественно парасимпатическими эффектами.

Туннель — узкие пространства между мышцами и костями, содержащие сосуды и нервы, которые легко могут подвергаться компрессии.

Фантомные (боли) — боли в отсутствующей конечности.

 Φ ибрилляция — быстрое спонтанное сокращение отдельных мышечных волокон — признак денерации мышцы.

Фотопсия — появление в поле зрения пятен, искр, линий.

Хиазма — зрительный перекрест.

Хорея — гиперкинез, характеризующийся быстрыми, несинхронными, асимметричными, с быстрой сменой локализации мышечными сокращениями, сопряженными с выраженным внешним двигательным эффектом (хорея малая, Гентингтона и др.).

Эйфория — благодушное настроение, беспечность, недостаточно критическая оценка своего состояния.

Экзофтальм — смещение глазного яблока вперед, расширение глазной щели.

Энкопрез — недержание кала.

Энофтальм — западение глазного яблока, сужение глазной щели.

Энурез — ночное недержание мочи.

Эпиконус спинного мозга — сегменты L4—S2.

Эпикритическая (чувствительность) — корковая, гностическая, филогенетически новая.

Эпилепсия Кожевникова — сочетание локализованного миоклонического гиперкинеза с периодическими большими судорожными припадками.

Эрготропная система — обеспечивает адаптацию к условиям внешней среды и катаболические процессы; проявляется преимущественно симпатическими эффектами.

Эхолалия — непроизвольное повторение услышанных фраз.

Эхопраксия — непроизвольное повторение движений (жестов) окружающих лиц.

Ятрогенный — связанный с лечением, с врачебным вмешательством (манипуляциями)