

**КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ПРОПЕДЕВТИКА НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ:
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР И ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Учебное пособие

*Рекомендовано Координационным советом по области образования
«Здравоохранение и медицинские науки» в качестве учебного пособия
для использования в образовательных учреждениях, реализующих
основные профессиональные образовательные программы
высшего образования уровня специалитета
по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело»*

Казань
2019

УДК 616.8-00(075.8)

ББК 56.1я73

П81

Печатается по решению
Центрального координационно-методического совета
Казанского ГМУ Минздрава России

Авторы:

И.Ф. Хафизова, Э.З. Якупов, А.Р. Хакимова, Н.А. Попова

Рецензенты:

Машин Виктор Владимирович – заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и лечебной физкультуры, доктор медицинских наук, профессор ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;
Литвиненко Игорь Вячеславович – начальник кафедры (клиники) нервных болезней, доктор медицинских наук ФГБОУ ВО «Военная медицинская академия имени С.М. Кирова», главный невролог Министерства обороны Российской Федерации

П81 Пропедевтика нервных болезней: неврологический осмотр и история болезни : учебное пособие / И. Ф. Хафизова, Э. З. Якупов, А. Р. Хакимова [и др.]. – Казань : Казанский ГМУ, 2019. – 92 с.

В учебном пособии представлены основы объективного осмотра и схема истории болезни неврологического пациента. Подробно описана методика оценки неврологического статуса с указанием вариантов интерпретации полученных результатов. Представленная схема истории болезни позволяет детально описать пациента с неврологическим заболеванием. Приведены методы сбора жалоб и анамнеза, варианты описания состояния нервной системы в норме и патологии, примеры формулировок неврологических диагнозов. Учебное пособие составлено в соответствии с требованиями федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования (ФГОС-3) и предназначено для обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

УДК 616.8-00(075.8)

ББК 56.1я73

© Хафизова И.Ф., Якупов Э.З., Хакимова А.Р. и др., 2019

© Казанский ГМУ, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Неврологический осмотр	5
1. Движение. Пирамидная система	5
2. Движение. Экстрапирамидная система	19
3. Движение. Мозжечковая система	21
4. Чувствительная система	24
5. Черепные нервы	29
5.1. Обонятельный нерв I пара, N. OLFACTORIUS	29
5.2. Зрительный нерв II пара N. OPTICUS	30
5.3. Глазодвигательная группа нервов III, IV, VI пары N. OCULOMOTORIUS, N. TROCHLEARIS, N. ABDUCENS	31
5.4. Тройничный нерв V пара N. TRIGEMINUS	33
5.5. Лицевой нерв VII пара N. FACIALIS	35
5.6. Вестибулокохлеарный нерв VIII пара N. VESTIBULOCOCHLEARIS	38
5.7. Языкоглоточный нерв, блуждающий нерв IX, X пары N. GLOSSOPHARYNGEUS, N. VAGUS	39
5.8. Добавочный нерв XI пара N. ACCESSORIUS	39
5.9. Подъязычный нерв XII пара N. HYPOGLOSSUS	40
6. Высшие мозговые функции (афатические нарушения)	41
7. Вертебральный синдром	43
8. Менингеальный синдром	47
История болезни	50
Жалобы неврологического пациента	50
Анамнез заболевания	63
Анамнез жизни	66
Объективный осмотр	67
Неврологический осмотр	69
Предварительный диагноз	78
Обоснование диагноза	83
Дифференциальная диагностика	83
Обследование	84
Лечение	84
Тестовые задания	84
Приложение. Схема осмотра неврологического пациента	88
Литература	91

Введение

Перед вами учебное пособие «Пропедевтика нервных болезней: неврологический осмотр и история болезни», которое является дополнительной литературой к дисциплине «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия». В учебном пособии изложены основы неврологического осмотра с подробным описанием техники выполнения методики. Для облегчения восприятия и наглядности пособие сопровождается рисунками, которые демонстрируют методы неврологического осмотра. Учебное пособие посвящено схеме истории болезни неврологического пациента. Здесь вы найдёте варианты описания физиологических норм и патологических симптомов, которые с большой вероятностью могут встретиться при неврологическом осмотре пациента. Приведены формы описания неврологического статуса с представлением наглядных таблиц. В пособии дано подробное описание методики сбора анамнеза и формулировки диагнозов неврологического профиля. Главы тесно взаимосвязаны друг с другом, внутри каждой части вы найдёте ссылки на ту или иную тему внутри пособия, они обозначаются номерами соответствующих тем. В каждой теме имеются постскриптумы (PS), которые знакомят вас с дополнительной информацией и расширяют ваш кругозор в области неврологии. В приложении приведена сокращённая схема осмотра неврологического пациента для облегчения оценки статуса нервной системы.

Учебное пособие «Пропедевтика нервных болезней: неврологический осмотр и история болезни» позволяет освоить следующие профессиональные компетенции (ПК):

ПК-5 – готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания факта наличия или отсутствия заболевания или патологического состояния.

ПК-6 – способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией.

ПК-10 – готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР

1. ДВИЖЕНИЕ. ПИРАМИДНАЯ СИСТЕМА

ЖАЛОБЫ ПРИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ

- СЛАБОСТЬ В РУКЕ/РУКАХ (не может писать, удержать стакан, роняет предметы, неловкость в руках, не может есть правой рукой, рука висит, «как плеть»).
- СЛАБОСТЬ В НОГЕ/НОГАХ (хромота при ходьбе, подволакивает ногу, часто спотыкается, теряет тапочки, при длительной ходьбе «устают ноги», трудно пройти привычное расстояние, вынужден остановиться и отдохнуть, не может выйти из дома и ходит только по квартире, не может встать с кровати и т.д.).
- Ощущение скованности в конечностях, трудно согнуть, разогнуть руку/ногу (при повышении тонуса).
- Конечность похудела (при наличии гипотрофии/атрофии).

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

1.1. ОЦЕНКА ОБЪЁМА ДВИЖЕНИЙ

- При сохранности пациента передвигаться просим пациента пройтись, оцениваем его походку, способность совершать активные движения; если же пациент находится в постели, обращаем внимание на движения, которые он способен совершать (переворачиваться в постели, садиться или встать самостоятельно или с посторонней помощью и т.д.).
- Просим пациента самостоятельно выполнить движения в суставах конечностей: вытянуть руки вперёд, согнуть/разогнуть/повернуть кисти в лучезапястном суставе, предплечья в локтевом суставе, поднять руки через стороны вверх и опустить вниз через перёд.
- Просим пациента лечь на спину, поднять одну прямую ногу от кушетки, насколько возможно, засекаем угол между ногой и кушеткой (в норме 90°), просим опустить ногу, то же самое проделываем со второй ногой, затем просим согнуть/разогнуть стопы в голеностопном суставе, голени в коленном суставе, подтянуть согнутые ноги к животу.

Интерпретация: обращается внимание на полноту объёма активных движений в суставах и темп выполнения движений при сгибании/разгибании конечностей. При наличии патологии регистрируется изменение угла сгибания/разгибания конечности в градусах (возможно сравнение со здоровой стороной) и/или снижение темпа выполнения движений.

1.2. ОЦЕНКА МЫШЕЧНОЙ СИЛЫ

В основе определения мышечной силы пациента лежит создание сопротивления в определённых мышечных группах. Для этого мы функционально выделяем группы мышц сгибателей и разгибателей, например, сгибатели и разгибатели кисти, отводящих и приводящих ту или иную конечность. Сопротивление врачом создаётся таким образом, чтобы пациент максимально сократил оцениваемую группу мышц (табл. 1).

Таблица 1

Методика	Мышцы
Просим пациента вытянуть руки вперёд, согнуть кисти в лучезапястном суставе, одной рукой фиксируем предплечье пациента, другой рукой пытаемся разогнуть кисть, при этом пациент должен оказывать сопротивление действиям доктора (рис. 1а)	Сгибатели кисти
Просим пациента вытянуть руки вперёд, разогнуть кисти в лучезапястном суставе (тыльное сгибание), одной рукой фиксируем предплечье пациента, другой рукой пытаемся согнуть кисть в лучезапястном суставе, просим пациента оказывать сопротивление (рис. 1б)	Разгибатели кисти
Вкладываем в ладони пациента свои пальцы и просим с силой сжать их	Сгибатели пальцев («Сила сжатия в кулак»)
Сгибаем руки пациента, обращённые ладонями к его лицу, в локтевом суставе, держим за середину предплечий и пытаемся разогнуть их, при этом он оказывает сопротивление (рис. 1в)	Сгибатели предплечья
Сгибаем руки пациента, обращённые ладонями к его лицу, в локтевом суставе, держим за середину предплечий и просим пациента разогнуть руки, оказывая при этом сопротивление (рис. 1г)	Разгибатели предплечья

<p>Пациент должен вытянуть руки в стороны, подставляем под середину его плеч свои ладони и просим пациента надавить на ваши руки (белые стрелки), оказываем при этом сопротивление (чёрные стрелки) (рис. 2а)</p>	<p>Приведение плеча</p>
<p>Просим пациента вытянуть руки в стороны, кладём свои ладони сверху на середину плеч пациента и надавливаем сверху (чёрные стрелки), при этом пациент должен оказывать сопротивление (белые стрелки) (не дать опустить руки) (рис. 2б)</p>	<p>Отведение плеча</p>
<p>Просим пациента лечь на спину и поднять прямую ногу вверх (приблизительно на 30°), надавливаем сверху на середину бедра (чёрная стрелка), пациент сопротивляется, не даёт опустить ногу на кушетку (белая стрелка) (рис. 3а)</p>	<p>Сгибатели бедра</p>
<p>Просим пациента лечь на спину и поднять прямую ногу вверх (приблизительно на 30°), подкладываем руку под середину бедра и просим пациента стараться опустить ногу к кушетке (белая стрелка), оказываем ему при этом сопротивление (чёрная стрелка) (рис. 3б)</p>	<p>Разгибатели бедра</p>
<p>Просим пациента лечь на спину и согнуть ногу в колене, удерживаем за середину задней поверхности голени, просим сгибать ногу в коленном суставе (белая стрелка), оказываем при этом сопротивление (чёрная стрелка) (рис. 4а)</p>	<p>Сгибатели голени</p>
<p>Просим пациента лечь на спину и согнуть ногу в колене, удерживаем за переднюю поверхность середины голени и просим толкать вашу руку (белая стрелка), оказываем при этом сопротивление (чёрная стрелка) (рис. 4б)</p>	<p>Разгибатели голени</p>
<p>Просим пациента лечь на спину, согнуть ноги в голеностопных суставах «к себе» (тыльное сгибание) и сопротивляться (белая стрелка), в это время надавливаем на тыл стопы, стараясь разогнуть (чёрная стрелка) (рис. 5а)</p>	<p>Тыльное сгибание стоп</p>
<p>Просим пациента лечь на спину и кладём руки на подошвенную поверхность стоп пациента, просим его толкать стопами руки доктора «от себя» («давит на педаль») (белая стрелка), оказываем при этом сопротивление (чёрная стрелка) (рис. 5б)</p>	<p>Подошвенное сгибание стоп</p>



а



б



в



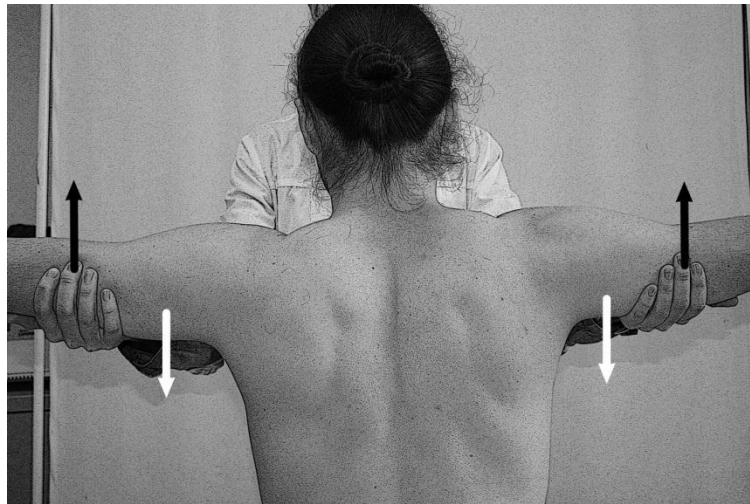
г



д

Рис. 1. Оценка мышечной силы в руках:

а – сила сгибателей кисти; б – сила разгибателей кисти; в – сила сгибателей пальцев (сжатия кисти в кулак); г – сила сгибателей предплечья; д – сила разгибателей предплечья.

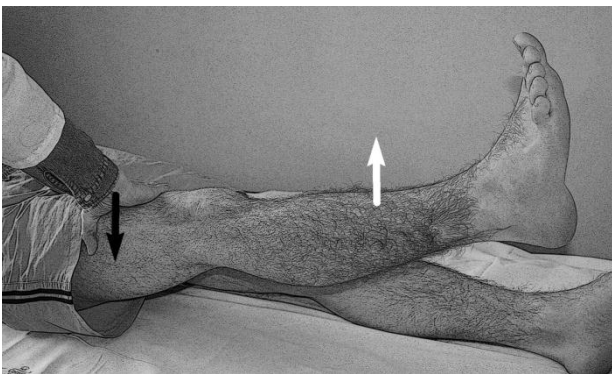


а

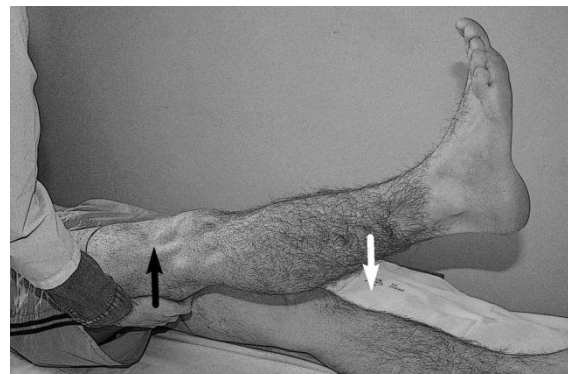


б

Рис. 2. Оценка мышечной силы в руках:
а – сила приведения плеча; б – сила отведения плеча.

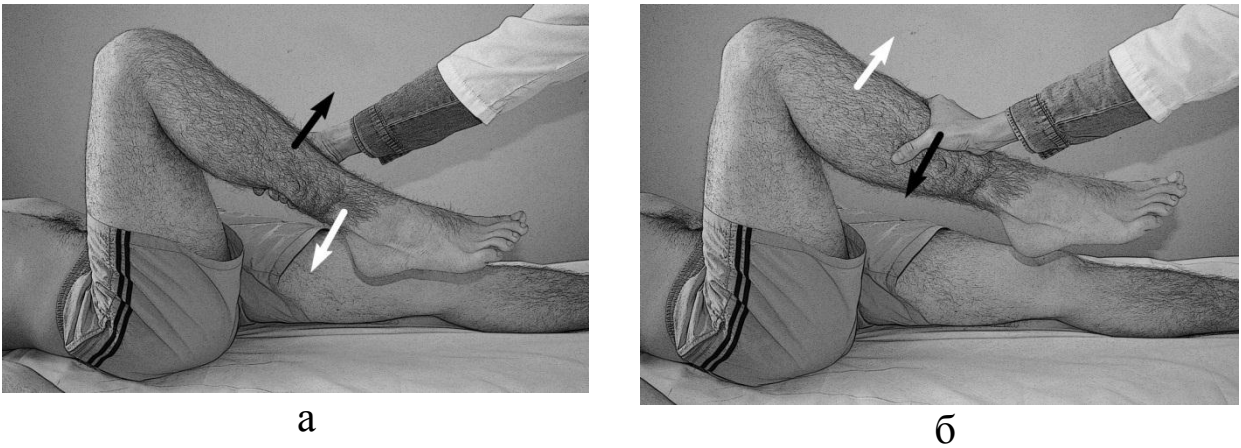


а



б

Рис. 3. Оценка мышечной силы в ногах:
а – сила сгибателей бедра; б – сила разгибателей бедра.

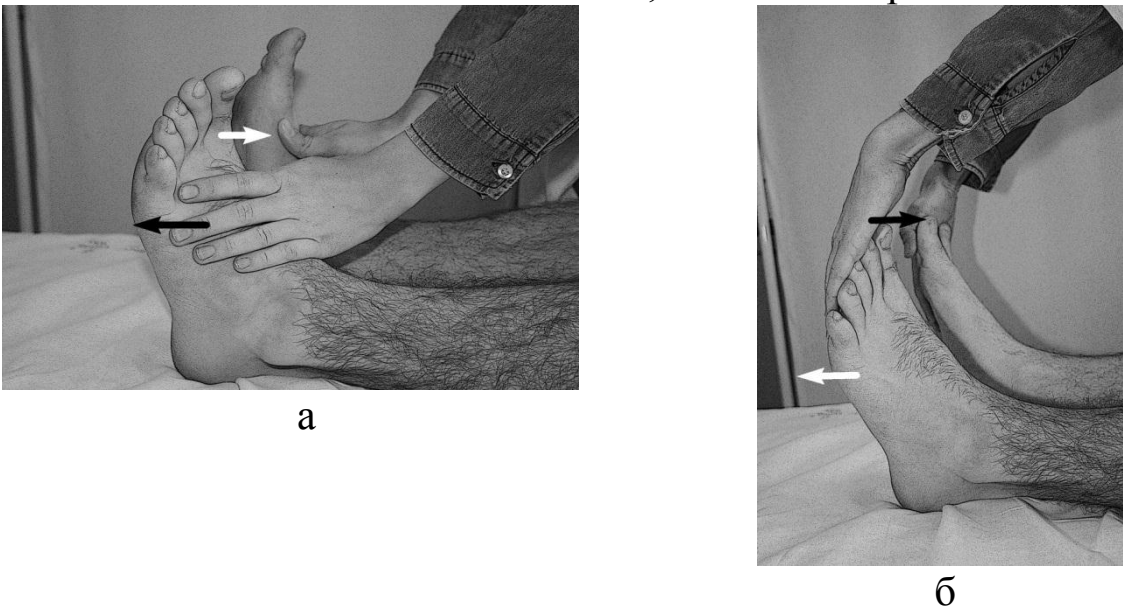


а

б

Рис. 4. Оценка мышечной силы в ногах:

а – сила сгибателей голени; б – сила разгибателей голени.



а

б

Рис. 5. Оценка мышечной силы в ногах:

а – сила тыльных сгибателей стопы; б – сила подошвенных сгибателей стопы.

Интерпретация: мышечная сила оценивается по пятибалльной системе, где нормой является 5 баллов. По мере снижения мышечной силы выделяют следующие степени ограничения движения:

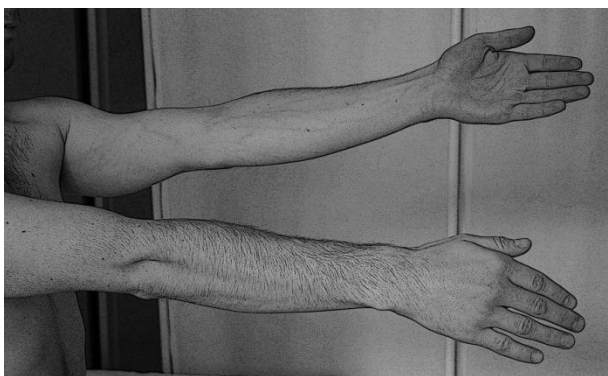
- лёгкий парез – 4 балла (сила достаточно хорошая, но всё же вы замечаете некоторую слабость по сравнению со здоровой стороной).
- Умеренный парез – 3 балла (явное снижение силы, но имеется сопротивление вашим действиям; активные движения совершаются в полном объёме, преодолевая силу гравитации).
- Грубый парез – 2 балла (выраженное снижение силы, нет сопротивления движениям доктора, пациент не в состоянии преодолеть силы гравитации).

- Грубый парез – 1 балл (имеется только видимое на глаз или пальпируемое сокращение мышц, без локомоторного эффекта).
- Плегия – 0 баллов (движения отсутствуют)

PS. Если вы не уверены в наличии или отсутствии снижения мышечной силы, возможно проведение проб на «скрытые парезы» (проба Барре – Мингаццини). В норме, пациент способен удерживать конечности в приданном положении в течение 1 минуты.

Верхние конечности: руки вытянуты вперёд, ладони обращены друг к другу и параллельны. При патологии на стороне пареза рука отклоняется от горизонтального уровня вниз (рис. 6а) или опускается вниз 5 палец кисти (рис. 6б). Доктор засекает время начала отклонения конечности 5 пальца.

Нижние конечности: пациент в положении лёжа на животе, ноги согнуты в коленном суставе под углом 45° от кушетки. В норме пациент способен удерживать ноги в вышеописанном положении в течение 1 минуты. При патологии на стороне пареза нога начинает опускаться вниз. Доктор засекает время начала отклонения конечности.



а)



б)

Рис. 6. Проба на скрытые парезы в верхних конечностях при патологии: а – на стороне пареза рука отклоняется от горизонтального уровня вниз; б – на стороне пареза опускается 5 палец кисти.

1.3. ОЦЕНКА СУХОЖИЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ

При оценке глубоких рефлексов раздражение наносится на сухожилия определённых мышц, что ведёт к возникновению рефлекторного ответа (табл. 2).

Таблица 2

Ответная реакция	Методика определения	Сухожильный рефлекс
Сгибание в локтевом суставе и пронация предплечья	Расслабленная рука пациента согнута в локтевом суставе и лежит на коленях, удар молоточком наносится по шиловидному отростку (рис. 7а)	Карпорадиальный
Лёгкое сгибание предплечья	Руку пациента сгибаем до 90° в локтевом суставе, первый палец кладём на сухожилие двуглавой мышцы плеча в локтевом сгибе и наносим по нему удар молоточком (рис. 7б)	Сгибательно-локтевой (m. biceps brachii)
Разгибание руки в локтевом суставе	Держим руку пациента в области локтевого сгиба, поднимаем её до горизонтального уровня, просим расслабить руку и свесить предплечье вниз, наносим удар молоточком на 1,5 см выше локтевого отростка (по сухожилию трехглавой мышцы) (рис. 7г)	Разгибательно-локтевой (m. triceps brachii)
Разгибание голени в коленном суставе	Пациент в положении сидя, просим его свесить ноги с кушетки, наносим удар молоточком несколько латеральнее и ниже коленной чашечки. В положении пациента лёжа на спине, подхватываем одной рукой его ноги в области подколенных ямок, наносим удар молоточком несколько латеральнее и ниже коленной чашечки (рис. 7в)	Коленный

<p>Подошвенное сгибание стопы</p>	<p>Просим пациента встать на кушетку на колени, спиной к врачу, наносим удар молоточком по ахиллову сухожилию.</p> <p>В положении пациента лёжа, сгибаем его ногу под углом 90° в тазобедренном и коленном суставах, удерживаем за середину стопы и наносим удар молоточком снизу по ахиллову сухожилию (рис. 7д)</p>	<p>Ахилловый</p>
-----------------------------------	---	------------------



а



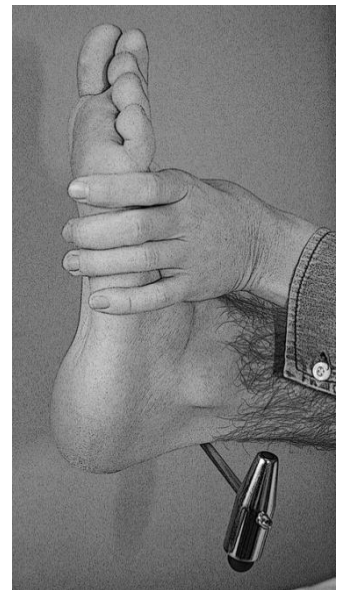
б



в



г



д

Рис. 7. Оценка сухожильных рефлексов:

а – карпорадиальный; б – сгибательно-локтевой; в – коленный; г – разгибательно-локтевой; д – ахиллов рефлекс.

Интерпретация: обращаем внимание на выраженность сухожильных рефлексов и их симметричность с двух сторон.

По выраженности сухожильные рефлексы можно разделить на:

обычные – имеется соответствующее физиологическое движение;

оживлённые – двигательный феномен рефлекса слегка выше, чем физиологический;

повышенные – двигательный феномен рефлекса имеет высокую амплитуду;

сниженные/торпидные – сухожильные рефлексы вызываются с трудом, минимальный двигательный феномен рефлекса;

отсутствующие – рефлексы не вызываются.

В норме сухожильные рефлексы должны вызываться симметрично с 2 сторон. При патологии наблюдается асимметрия двигательного рисунка рефлекса, например, повышен слева, справа обычной живости или отсутствует слева, справа обычной живости, что получило название АНИЗОРЕФЛЕКСИИ.

PS. Кожные рефлексы:

- *брюшные рефлексы, вызываются штриховым раздражением кожи брюшной стенки. Различают три брюшных рефлекса с каждой стороны:*

1) верхний, вызывается штриховым раздражением верхней части брюшной стенки, параллельно краю рёберной дуги;

2) средний, появляется в результате штрихового раздражения на уровне пупка по горизонтали;

3) нижний, вызывается штриховым раздражением нижней части брюшной стенки параллельно паховой складке.

В норме: в результате рефлекторного сокращения прямой мышцы живота (m. rectus abdominis), наружной и внутренней косых мышц живота (mm. obliquus externus et internus), поперечной мышцы живота (m. transversus abdominis) сокращается брюшная стенка на соответствующем уровне. Верхний рефлекс соответствует Th7 – Th8 грудным сегментам спинного мозга, средний – Th9-Th10 и нижний – Th11 – Th12.

- подошвенный рефлекс: начиная с уровня пятки, проводим твёрдым предметом по латеральному краю стопы и направляемся к основанию большого пальца. В норме происходит лёгкое сгибание пальцев (рис. 8). Рефлекс соответствует сегментам L5-S1.



Рис. 8. Выявление патологического рефлекса Бабинского.

Кожные рефлексy исчезают при поражении указанных выше сегментов спинного мозга, передних или задних корешков, соответствующих периферических нервов, а также при поражении пирамидных путей. Рефлекторная дуга брюшных и иных кожных рефлексов замыкается в коре головного мозга.

1.4. ОЦЕНКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ

Аналог Россолимо рефлекс: отрывистые удары пальцами по дистальным фалангам свисающей кисти пациента по направлению «от ладони». Происходит сгибание 1 пальца, иногда сгибание 2 – 4 пальцев.

Маринеску – Радовичи рефлекс: штриховое раздражение тенора твёрдым предметом. Происходит сокращение мышц подбородка на стороне раздражения.

Бабинского рефлекс: вызывание подошвенного рефлекса: начиная с уровня пятки, проводим твёрдым предметом по латеральному краю стопы и направляемся к основанию большого пальца. В норме происходит лёгкое сгибание пальцев, при наличии рефлекса Бабинского возникает тоническое разгибание 1 пальца стопы и веерообразное расхождение остальных пальцев.

Интерпретация: в норме патологические знаки отсутствуют. Определение патологических рефлексов имеет клиническое значение при оценке центрального поражения двигательного пути – при вовлечении в патологический процесс первого/центрального нейрона, на противоположной стороне тела обнаруживаются патологические знаки.

1.5. ОЦЕНКА МЫШЕЧНОГО ТОНУСА

Просим пациента полностью расслабить мышцы конечностей и не совершать каких-либо движений. Доктор сам выполняет движения в конечностях пациента в виде попеременного максимального сгибания (до полного сгибания) и максимального разгибания (до полного разгибания):

кисти в лучезапястных суставах,
 предплечья в локтевых суставах,
 стопы в голеностопных суставах,
 нижние конечности одновременно в тазобедренном и коленном суставах.

Необходимо совершать не менее 10 движений в каждой конечности.

Интерпретация: в норме имеется физиологический тонус с едва ощутимым пассивным сопротивлением мышц. Выделяют следующие варианты изменений мышечного тонуса.

Гипертонус – пассивное сопротивление мышц повышено, необходимо прилагать усилие при пассивном сгибании и разгибании конечностей. Возможно выявление симптома «складного ножа», когда при повторных пассивных движениях конечностью сопротивление из-за повышенного мышечного тонуса уменьшается. В случае, когда в повторных пассивных движениях конечностью начальный мышечный тонус ступенеобразно нарастает, регистрируют симптом «зубчатого колеса». Иногда исследователь испытывает при пассивных движениях постоянно повышенное сопротивление мышц, такой тонус называют пластическим гипертонусом.

Гипотония – пассивное сопротивление мышц снижено – конечности с лёгкостью сгибаются (могут полностью «складываться») и разгибаются (может наблюдаться «переразгибание») в суставах.

Атония – пассивное сопротивление мышц отсутствует.

1.6. ОЦЕНКА ТРОФИКИ

Измерение состояния трофики следует производить строго симметрично с обеих сторон. Для соблюдения данного правила отмеряем одинаковое расстояние от естественных костных выступов до наиболее объёмных участков верхних или нижних конечностей и измеряем окружность конечности на данном уровне в сантиметрах.

- **Окружность плеча** – сгибаем руку пациента под углом 90° в локтевом суставе, отмеряем от локтевого отростка одинаковое расстояние до наибольшей окружности плеча (рис. 9а) и измеряем её на данном уровне в сантиметрах (рис. 9б). То же самое выполняем с другой стороны.

- **Окружность предплечья** – просим пациента вытянуть прямую руку вперёд, слегка сжать кисть в кулак и поднять большой палец ладони вверх, отмеряем от шиловидного отростка одинаковое расстояние до наибольшей окружности предплечья (рис. 9в) и на данном уровне измеряем её в сантиметрах (рис. 9г). То же самое выполняем с другой стороны.

- **Окружность бедра** – просим пациента встать прямо, ноги поставить на ширине плеч – измеряем на уровне верхней трети бедра под большой ягодичной мышцей окружность бедра в сантиметрах слева и справа.

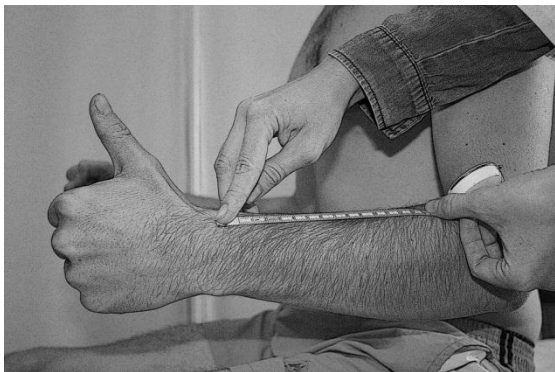
- **Окружность голени** – просим пациента сесть на стул, поставить на носок измеряемую ногу (голень должна быть строго перпендикулярна полу) – отмеряем от лодыжки одинаковое расстояние до наибольшей окружности икроножной мышцы (рис. 9д) и на данном уровне измеряем её в сантиметрах (рис. 9е). То же самое выполняем с другой стороны.



а



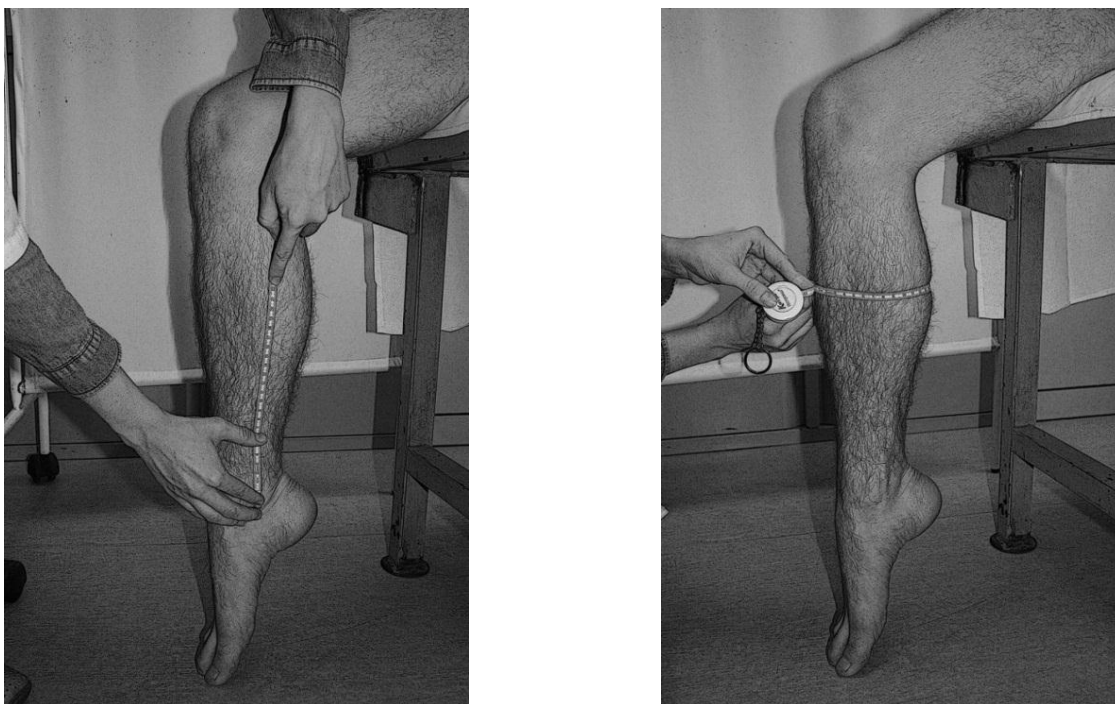
б



в



г



д

е

Рис. 9. Оценка состояния трофики в конечностях:

а, б – трофики плеча; в, г – трофики предплечья;
д, е – трофики голени.

Интерпретация: в норме *объём* конечностей на симметричных уровнях может варьировать не более чем на 1 см. Превышение разницы окружностей более 1 см принимается за патологию и говорит о наличии гипотрофии или атрофии.

PS. Методика выявления патологической мышечной утомляемости (миастенические пробы) у пациента:

1. *Визуальная оценка на наличие страбизма, птоза;*

2. *Выполнение проб на выявление патологической мышечной утомляемости:*

- *проба на утомляемость глазных мышц:*

- *фиксация взгляда в сторону на 60 с до появления двоения;*

- *пробы на выявление птоза:*

фиксация взгляда вверх на 60 с до появления птоза;

- *проба на выявление бульбарных нарушений:*

просим пациента сосчитать вслух до 50 – фиксируем время появления дизартрии;

просим выпить ½ стакана воды – фиксируем «прочистку горла» после питья, поперхивание, закашливание по мере питья;

- пробы на утомляемость мышц шеи:

пациент в положении лёжа на спине: приподнять голову и в течение 2 минут смотреть на свой живот, фиксируем время опускания головы;

- проба на утомляемость верхних конечностей:

пациент в положении сидя, просим вытянуть обе руки в стороны и удерживать в течение 4 минут – фиксируем время опускания рук/руки;

- проба на утомляемость нижних конечностей:

пациент в положении лежа, просим поднять одну ногу от кушетки на 45° и удерживать в течение 100 с – фиксируем время опускания ноги; повторить с другой стороны.

2. ДВИЖЕНИЕ. ЭКСТРАПИРАМИДНАЯ СИСТЕМА

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ ПАРКИНСОНИЗМА

- Скованность движений, трудно повернуться, трудно начать движение.
- Слюнотечение.
- Изменение почерка – стал мелким.
- Не может остановиться во время ходьбы, «как будто несёт вперёд», часто из-за этого падает.
- Дрожание в руках, реже в ногах, в какой-то руке/ноге сильнее, дрожание подбородка в покое.
- Зависимость нарушений от эмоционального состояния (при хорошем настроении жалоб меньше – меньше скованность, тремор и т.д.).

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ СИСТЕМЫ

2.1. ОЦЕНКА ТРЕМОРА

- Доктор наблюдает за руками пациента в покое при разговоре с ним – выявление тремора покоя.
- Доктор просит пациента вытянуть руки вперёд и удержать в данном положении (не менее 30 с) – выявление постурального тремора.

- Доктор просит пациента коснуться указательным пальцем руки до кончика собственного носа – выявление кинетического тремора.

Интерпретация: при патологии в большинстве случаев выявляется тремор покоя и/или постуральный тремор. При движениях тремор уменьшается; *следует обратить внимание на его амплитуду, стереотипность и ритмичность.*

2.2. ОЦЕНКА ГИПОКИНЕЗИИ

Просим пациента сжимать в кулак и разжимать кисти в максимально быстром темпе, повторяя темп доктора; обращаем внимание на возможность и темп выполнения;

- тест движений в стопе: просим пациента сесть и постукивать пяткой одной ноги по полу с максимально возможной быстротой, повторяя темп доктора; повторяем пробу с другой ногой.

Интерпретация: при патологии во время выполнения проб происходит замедление движений, вплоть до невозможности выполнения пробы.

2.3. ВЫЯВЛЕНИЕ ПОСТУРАЛЬНОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ

Просим пациента встать, поставить ноги на небольшом расстоянии друг от друга; затем встаём лицом к лицу с пациентом и резким движением за плечи толкаем пациента вперёд (на себя); далее встаём за спину пациента и резким движением толкаем его назад (на себя).

Интерпретация: при патологии пациент не может удержать устойчивость и старается сохранить вертикальное положение, передвигаясь мелкими шажками (пропульсия, ретропульсия), возможно падение пациента в сторону толчка.

2.4. ОЦЕНКА ТОНУСА (РИГИДНОСТИ)

Просим пациента полностью расслабить мышцы конечностей и не совершать никаких движений; доктор сам совершает пассивные движения в конечностях пациента, пассивно попеременно максимально сгибая и разгибая правые и левые конечности:

- кисти в лучезапястных суставах,
- предплечья в локтевых суставах,
- стопы в голеностопных суставах,

- нижние конечности одновременно в тазобедренном и коленном суставах.

Необходимо совершать не менее 10 движений в каждой конечности.

Интерпретация: при патологии возможно выявление гипертонуса (пассивное сопротивление мышц повышено, необходимо прилагать усилие при пассивном сгибании и разгибании конечностей) в виде повышения мышечного тонуса по пластическому типу, феномену «зубчатого колеса».

PS. Тест спираль Архимеда проводится с целью дифференциальной диагностики паркинсонического синдрома с кинетическим эссенциальным тремором. Рисуем спираль и просим пациента воспроизвести её рядом (рис. 10).

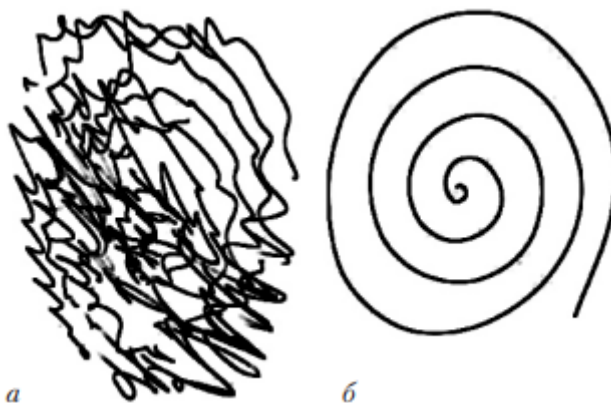


Рис. 10. Тест спираль Архимеда:
а – при эссенциальном треморе;
б – образец (собственное наблюдение).

3. ДВИЖЕНИЕ. МОЗЖЕЧКОВАЯ СИСТЕМА

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МОЗЖЕЧКА

- Шаткость при ходьбе, которая не зависит от контроля зрения (освещения), связанные с нею падения.
 - Из-за неустойчивости при ходьбе на улице часто «принимают за пьяного».
 - Дрожь и неловкость в руке, которые усиливаются при движении (не может поднести стакан, ложку ко рту, почистить зубы – промахивается).

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ КООРДИНАТОРНОЙ СИСТЕМЫ

3.1. ХОДЬБА

Просим пациента пройти с открытыми глазами и наблюдаем за его походкой на предмет шаткости/атаксии при ходьбе. Просим пройти с закрытыми глазами (страхуя пациента от падения, идём рядом) и наблюдаем, как меняется степень выраженности атаксии ходьбы вне зрительного контроля.

Интерпретация: при патологии возможно выявление широкой базы опоры при ходьбе (широко расставляя ноги); шаткости походки (атаксии); при закрытии глаз мозжечковая атаксия не усиливается.

3.2. ТАНДЕМНАЯ ХОДЬБА

Просим пациента пройтись по одной воображаемой линии, ставя стопы «пятку одной ноги к носку другой» с открытыми глазами, контролируя ходьбу взглядом.

Интерпретация: оцениваем пошатывание при ходьбе, возможность пройти по одной линии, падение.

3.3. ПАЛЬЦЕ-НОСОВАЯ ПРОБА

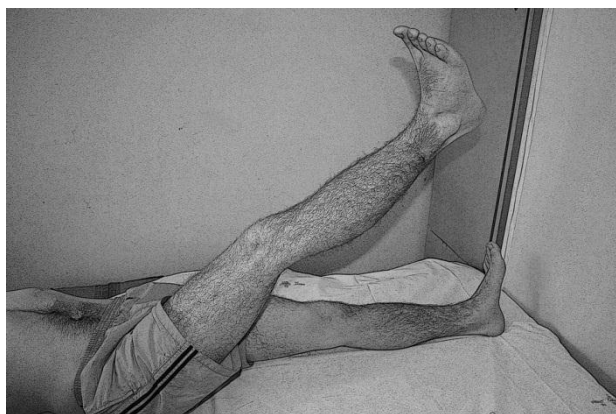
Просим пациента развести руки в стороны, закрыть глаза и кончиком указательного пальца дотронуться до кончика собственного носа.

Интерпретация: оцениваем наличие интенционного тремора (усиление тремора при приближении к кончику носа), дисметрии (наличие «чрезмерности» движений, «излишние» движения при проведении пробы).

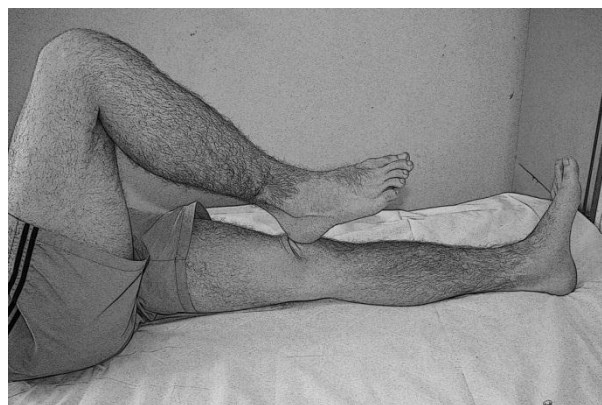
3.4. ПЯТОЧНО-КОЛЕННАЯ ПРОБА

Просим пациента лечь на спину, поднять прямую правую ногу вверх приблизительно на 45° (рис. 11а), затем опустить пятку на колено левой ноги (рис. 11б) и провести, не сильно нажимая, по её передней поверхности, по направлению книзу до стопы (рис. 11в); затем аналогично оцениваем левую ногу.

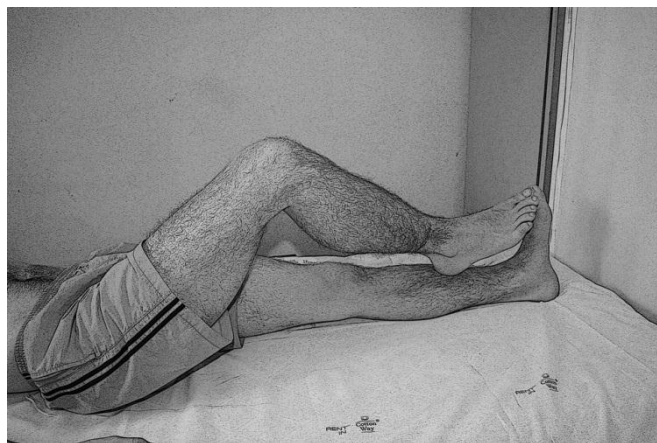
Интерпретация: выявляем атаксию (интенционный тремор – усиление атаксии при приближении пятки к колену), дисметрию.



а



б



в

Рис. 11. Пяточно-коленная проба:

а – необходимо поднять прямую ногу на 45° ; б – опустить пятку на колено противоположной ноги; в – провести, не нажимая, по гребню большеберцовой кости.

3.5. АСИНЕРГИЯ БАБИНСКОГО

Просим пациента лечь на спину, скрестить руки на груди (обнять самого себя), ноги расставить на ширину плеч и из такого положения сесть на кушетке.

Интерпретация: при патологии ноги пациента поднимаются вверх, отрываясь от кушетки, он не может сесть (рис. 12).



Рис. 12. Проба асинергии Бабинского при патологии.

4. ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

ЖАЛОБЫ ПРИ НАРУШЕНИИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

- Ощущение онемения (в случае гемигипестезии – в руке и ноге с одной стороны; в случае спинального поражения – ниже уровня поражения (на животе и ноге/ногах, на груди, животе и ноге/ногах и т.д.; в случае полиневритического синдрома – жалобы на нарушение чувствительности в кистях и/или стопах).
 - Одеревенения, «ползания мурашек», «стягивания», «жжения».
 - Не чувствует, когда дотрагивается до предметов, не чувствует пол, ходит как по вате.
 - Не различает прикосновение холодного/ горячего (обжигается горячей водой).
 - Боль.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

4.1. ПОЛУШАРНОЕ ПОРАЖЕНИЕ

4.1.1. Определение поверхностной чувствительности

– Объясняем пациенту суть исследования: «я буду наносить уколы справа и слева на вашем теле, а вы говорите, чувствуете или нет и одинаково ли чувствуете справа и слева?»

– На кожу пациента наносим по 3 – 4 укола в каждой симметричной области правой и левой стороны тела, методично, поочередно захватывая все части тела, не забывая спрашивать пациента о его ощущениях:

- плечи справа и слева;
- предплечья справа и слева;
- кисти справа и слева;
- грудная клетка справа и слева;
- спина справа и слева;
- живот справа и слева;
- бедра справа и слева;
- голени справа и слева;
- стопы справа и слева (рис. 13а).

Если обнаруживаются чувствительные нарушения, выясняем границу поражения – наносим уколы в горизонтальной плоскости по направлению от здоровой стороны к больной, например, если выявляется гемигипестезия справа, наносим уколы слева направо на туловище и просим пациента остановить исследование, когда он почувствует, что ощущения изменились (чувствует хуже (гипестезия) или, наоборот, сильнее (гиперестезия)).

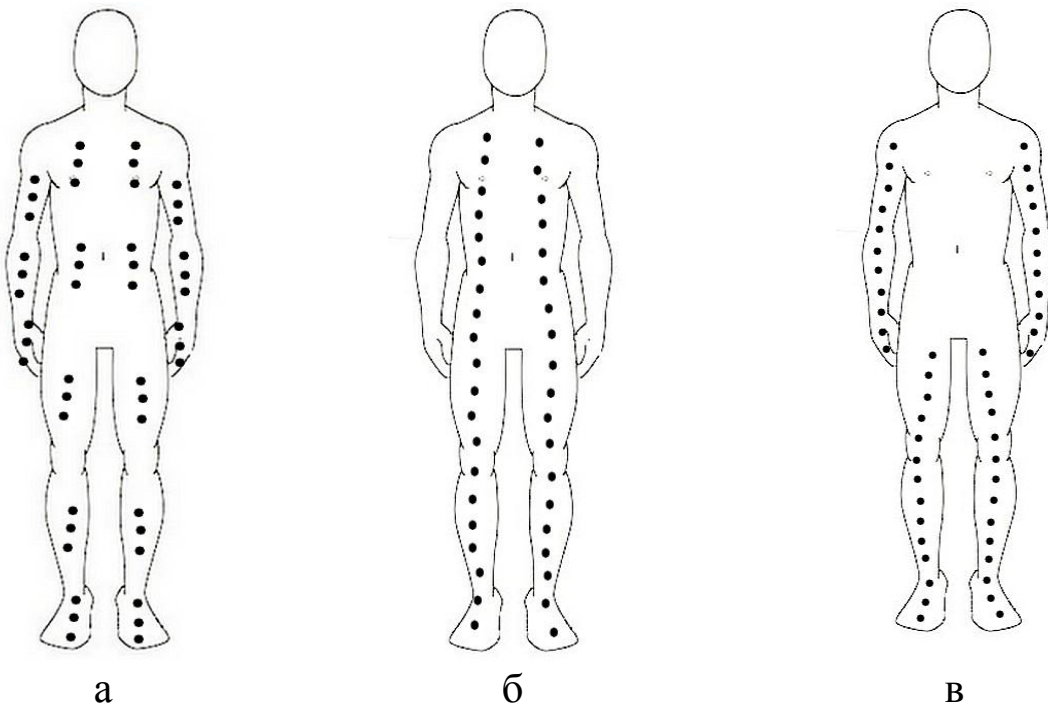


Рис. 13. Точки нанесения раздражения для оценки поверхностной чувствительности:

а – при подозрении на полушарное/стволовое поражение; б – при подозрении на спинальный тип нарушения; в – при подозрении на полиневритический тип нарушения.

4.1.2. Определение мышечно-суставного чувства

– Объясняем пациенту суть исследования: «я буду двигать вверх или вниз пальцы ваших рук (двигать пальцы ваших стоп на вас и от вас), а вы, с закрытыми глазами, угадываете, куда я их двигаю». Взяв двумя пальцами ЗА БОКОВЫЕ ПОВЕРХНОСТИ дистальной фаланги пальца кисти/стопы пациента (рис. 14), медленно двигаем вверх или вниз для рук и к пациенту или от пациента для ног в нестереотипной очерёдности и спрашиваем: «куда двигаю? – вверх или вниз (на вас или от вас)?».



Рис. 14. Постановка пальцев врача и пациента при оценке мышечно-суставного чувства.

- Исследование проводится с 2 сторон обязательно.
- Если затрудняется в определении направления движения пальцев, то определяем уровень этих нарушений снизу вверх (просим угадать направление движения кистей в полусогнутом лучезапястном суставе, предплечий в полусогнутом локтевом суставе, плеч и/или стоп, голеней в полусогнутом коленном суставе, бёдер в полусогнутом тазобедренном суставе (сгибание/разгибание)).

PS. При определении мышечно-суставного чувства важно совершать движения пальцев пациента с минимальной амплитудой: смещение доктором пальцев пациента происходит медленно, чтобы определить, при какой минимальной амплитуде перемещения пальцев пациент способен определить направление движения.

4.1.3. Кинестезия кожной складки

– Объясняем пациенту суть исследования: «я буду двигать кожную складку на вашем теле, а вы, с закрытыми глазами, угадываете, куда – вверх или вниз».

– Просим пациента закрыть глаза, осторожно берём двумя пальцами складку кожи пациента и двигаем её вверх или вниз в нестереотипной очерёдности на разных участках тела с 2 сторон.

4.1.4. Вибрационное чувство

Проверка вибрационного чувства проводится при помощи медицинского камертона. Восприятие пациентом вибрации 6 – 7 баллов считается нормой.

4.2. СПИНАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ

4.2.1. Определение поверхностной чувствительности

Объясняем пациенту суть исследования: «я буду наносить уколы по направлению сверху вниз сначала справа, потом слева, а вы говорите, везде ли вы одинаково чувствуете и если ощущения изменятся (уменьшатся или усилятся), вы меня должны остановить, сказав мне «стоп».

Наносим непрерывно уколы сверху вниз на туловище, начиная с уровня ключиц, далее *на нижние конечности до стоп* сначала справа, потом слева. Не забываем спрашивать пациента о его ощущениях. В случае изменения ощущений, отмечаем уровень начала изменений, и продолжаем *исследование* вниз до конца, чтобы убедиться, что нарушения имеют проводниковый характер (изменения чувствительности наблюдаются на всём протяжении тела, ниже уровня поражения) (см. рис. 13б).

4.2.2. Определение мышечно-суставного чувства и кинестезии кожной складки: см. выше пп. 4.1.2, 4.1.3.

4.3. ПОЛИНЕВРИТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ

4.3.1. Определение поверхностной чувствительности

Объясняем пациенту суть исследования: «я буду наносить уколы по направлению сверху вниз сначала на правой руке/ноге, потом на левой руке/ноге, а вы говорите, везде ли вы одинаково чувствуете и, если ощущения изменятся (уменьшатся или усилятся), вы меня должны остановить, сказав мне «стоп».

Наносим уколы, начиная с верхних отделов плеча **ДО ДИСТАЛЬНЫХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО** с правой, затем с левой стороны, не забывая спрашивать пациента о его ощущениях.

Затем повторяем процедуру в нижних конечностях – наносим уколы начиная с верхних отделов бедра **ДО ДИСТАЛЬНЫХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ СТОП ВКЛЮЧИТЕЛЬНО** справа и слева поочередно, не забывая спрашивать пациента о его ощущениях (см. рис. 13в).

При обнаружении нарушения чувствительности отмечаем уровень поражения.

4.3.2. Определение мышечно-суставного чувства и кинестезии кожной складки: см. выше пп. 4.1.2, 4.1.3.

PS. выявление сенситивной атаксии: просим пациента пройтись, оцениваем его походку, нет ли широкой базы опоры или шаткости. Затем просим его пройтись с закрытыми глазами, при этом страхуем его, сопровождая при ходьбе. При наличии сенситивной атаксии при потере контроля зрения появляется или усиливается шаткость при ходьбе.

Выявление корешковых нарушений: наносим непрерывные уколы в участках, соответствующих иннервации корешков справа, и просим пациента остановить доктора в случае изменения его ощущений в какой-либо области, повторяем процедуру слева.

Ориентиры дерматомов на теле:

- C3 – треугольный участок на боковой поверхности шеи;
- C4 – надплечье;
- C5 – плечо (латеральная поверхность);
- C6 – область локтевого сустава с латеральной стороны;
- C7 – запястье;
- C8 – ладонь и медиальный край нижней трети предплечья;
- Th1 – медиальный край верхней 2/3 предплечья;
- Th2 – медиальный край плеча (рис. 15а);
- Th3 – ключица;
- Th4 – сосок;
- Th7 – рёберная дуга;
- Th10 – пупок;
- Th12 – паховая складка (рис. 15б);
- L4 – коленный сустав спереди (рис. 15в);
- S1 – ахиллово сухожилие и латеральный край стопы;
- S5 – ягодичные складки.

В том случае, когда выявляются неуверительные чувствительные нарушения, возможно выяснение способности пациента различать острое и тупое прикосновение: просим больного закрыть глаза и угадывать, какое раздражение наносит доктор – острый укол или тупое прикосновение; наносим в нестереотипной последовательности укол или прикосновение тупым предметом к коже пациента.

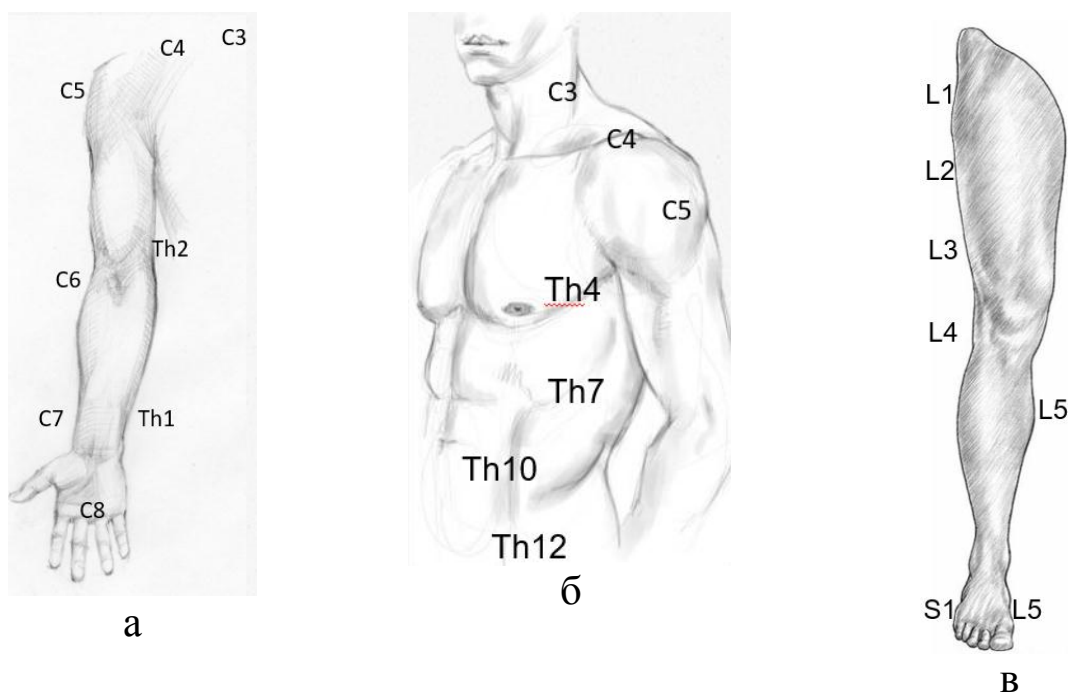


Рис. 15. Ориентиры для определения уровня поражения при сегментарном/корешковом поражении: а – медиальный край плеча; б – паховая складка; в – коленный сустав спереди.

5. ЧЕРЕПНЫЕ НЕРВЫ

5.1. Обонятельный нерв I пара, N. OLFACTORIUS

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ I ПАРЫ

- Снижение или отсутствие обоняния с одной/двух сторон.
- Чрезмерное восприятие запахов.
- Чувствует все запахи как неприятные.
- Чувствует неприятные запахи, которые не существуют в данный момент.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ I ПАРЫ

5.1.1. Спрашиваем, как больной воспринимает запахи, нет ли несуществующих запахов, не страдает ли он заболеваниями носоглотки.

5.1.2. Проверяем поочерёдно проходимость носовых ходов: зажимаем одну ноздрю пальцем, подносим к свободной ноздре небольшой кусочек бумажки и просим пациента подышать через нос, контролем служит движение кусочка бумажки.

5.1.3. Просим пациента закрыть глаза и, зажимая поочередно ноздри, к свободной ноздре подносим вещества с нерезкими, но знакомыми запахами (валерьянка, мята, мыло); пациент должен сказать, чувствует ли он запах и назвать пахучее вещество

5.2. Зрительный нерв II пара N. OPTICUS

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ II ПАРЫ

- Снизилось зрение, стал плохо видеть вдаль на *один или на оба* глаза.
- Появилось тёмное пятно перед глазом или глазами, которое закрывает предметы (например, строку в книге или лицо собеседника и постоянно располагается в одном и том же месте).
- Начал часто наткаться на предметы с определённой стороны (на косяки у дверей, часто ударяется с определённой стороны и получает синяки и т.д.).
- Не видит половины страницы книги или экрана телевизора, не видит половины лица собеседника.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ II ПАРЫ

5.2.1. Ориентировочное определение остроты зрения

Спрашиваем пациента, хорошо ли он видит, если нет, то с какой стороны снижена острота зрения, нет ли пятен перед глазами, дефектов бокового зрения.

Определение остроты зрения ориентировочным методом: отходим от пациента на 5 м, на тёмном фоне располагаем произвольное количество своих пальцев, ПРОСИМ ЕГО ПРИКРЫТЬ ОДИН ГЛАЗ ЛАДОНЬЮ и сосчитать ваши пальцы, показываемые на тёмном фоне.

Если имеется дефект, постепенно приближаемся к больному и фиксируем максимальное расстояние, с которого он способен различить пальцы врача.

Затем просим пациента прикрыть ладонью другой глаз и повторяем процедуру.

5.2.2. Ориентировочное исследование полей зрения

Доктор садится напротив пациента на расстоянии 1 м.

Просим пациента прикрыть свой левый глаз рукой, а врач, сидящий напротив, прикрывает ладонью свой правый глаз. Взгляд правого глаза пациент фиксирует на находящемся против него левом глазу врача. Перемещаем молоточек от периферии к центру, удерживая его на равном расстоянии между врачом и пациентом (сверху, снизу, с височной и носовой сторон), и просим пациента сказать о появлении или исчезновении молоточка в его поле зрения. При этом доктор сравнивает своё поле зрения с полем зрения пациента (при условии, что у доктора нет выпадений поля зрения). Затем аналогичную процедуру проделываем с другим глазом.

Применение метода «полотенца»: просим пациента прикрыть один глаз рукой и смотреть на переносицу доктора, между доктором и пациентом помещаем разложенное полотенце (на уровне ниже прямого взгляда, так, чтобы полотенце попадало в поле зрения пациента) и просим пациента разделить свободной рукой полотенце пополам; то же самое проделываем, попросив пациента прикрыть другой свой глаз. При патологии в виде выпадения поля зрения пациент делит ту половинку полотенца, которую видит.

5.3. Глазодвигательная группа нервов

III, IV, VI пары N. OCULOMOTORIUS, N. TROCHLEARIS, N. ABDUCENS

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ НЕРВОВ

- Двоение при взгляде вперёд/вниз (при чтении, спускании по лестнице)/вдаль
- Опущение века.
- Отклонение глаза в какую-либо сторону.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ III, IV, VI ПАР

5.3.1. Определение объёма движений глазных яблок

Оцениваем наличие птоза.

Интерпретация: ориентиром является край зрачка – насколько верхнее веко прикрывает зрачок, в норме верхнее веко не достигает зрачка при фиксации взгляда;

– наличие экзофтальма и энофтальма – осторожно и мягко погружаем пальцы между глазным яблоком и надбровной дугой, без вызывания болевых ощущений, обращаем внимание на симметричность «погружения» ваших пальцев справа и слева; в норме наблюдается симметричность с 2 сторон;

– просим пациента следить взглядом за молоточком, не поворачивая головы, и таким образом доводим его взор в максимально возможные отведения в горизонтальной (вправо/влево) и вертикальной (вверх/вниз) плоскостях (медленно), не забывая спрашивать пациента, не появляется ли ДВОЕНИЕ при движениях глазных яблок.

Интерпретация: в норме роговица при движениях глазных яблок достигает крайних внутренних спаек при взгляде в стороны. При патологии отмечаем, на сколько миллиметров глаз не доведён до крайней или внутренней спайки. Отмечаем синхронность движения глазных яблок.

5.3.2. Оценка зрачковых реакций

Наблюдаем размер зрачков и их одинаковость.

Ладонями прикрываем оба глаза пациента и просим его не закрывать глаза и смотреть в одну точку.

Сначала отводим руку от левого глаза и смотрим, как сокращается зрачок на этом глазу (прямая реакция).

Продолжаем наблюдать за левым зрачком, отводим руку от правого глаза и наблюдаем изменение зрачка в левом глазу в ответ на попадание света на правый глаз (содружественная реакция справа налево).

Продельываем то же со вторым глазом.

5.4. Тройничный нерв V пара N. TRIGEMINUS

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ V ПАРЫ

- Чувствительная порция – онемение какой-либо половины лица, онемение передних отделов языка.
- Боли в лице.
- Моторная порция – трудно жевать, челюсть устаёт во время жевания, челюсть отклоняется в какую-либо сторону.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ V ПАРЫ

5.4.1. Определение болевой чувствительности на лице

Объясняем пациенту суть исследования: «я буду наносить уколы справа и слева на вашем лице, а вы говорите, чувствуете или нет и одинаково ли чувствуете справа и слева».

По веточкам тройничного нерва: наносим ПО ТРИ УКОЛА на симметричных участках лица с двух сторон (ориентировочно – на лбу (1 ветка), на скуле (2 ветка), в области подбородка (3 ветка) и спрашиваем пациента, одинаково ли он чувствует раздражение справа и слева; в случае обнаружения неоднородности ощущений наносим раздражение от здоровой зоны в сторону больной для определения границы поражения.

По зонам Зельдера: наносим уколы, начиная от козелка уха по направлению к верхней губе сначала справа, затем слева, не забывая при этом спрашивать пациент о его ощущениях (рис. 16).



а



б

Рис. 16. Оценка чувствительности на лице (V пара):
а – по веткам V пары; б – по зонам Зельдера.

5.4.2. Определение поверхностных рефлексов на лице

На лице также возможно определение рефлексов, в формировании которых принимает участие тройничный нерв (табл. 3).

Таблица 3

Поверхностные рефлексы с участием V пары

Название рефлекса	Методика выявления	Ответная реакция
Пальпебральный (надбровный) рефлекс	Наносим лёгкий удар молоточком в области надбровной дуги	Нижнее веко глаза подтягивается кнутри
Роговичный рефлекс	Просим пациента открыть глаза, кусочком ваты или бумажки наносим лёгкое раздражение на роговицу сначала одного, а потом другого глаза	Происходит мигание

5.4.3. Оценка моторной порции V пары

5.4.3.1. Объём движений жевательных мышц

Оцениваем визуально симметричность стояния нижней челюсти пациента.

Оцениваем объём движений нижней челюсти – просим подвигать челюстью (открыть, закрыть рот, выдвинуть её вперёд, вбок).

Интерпретация: сравниваем объём движений с 2 сторон, оцениваем отклонение челюсти во время движения, отмечаем темп выполнения движений.

5.4.3.2. Оценка тонуса и трофики жевательных мышц

Пальпируем височную, жевательную мышцы, оценивается их тонус и наличие атрофий.

5.4.3.3. Оценка силы жевательной мускулатуры:

m. masseter + m. temporalis (поднимание нижней челюсти и прижимание к верхней челюсти) – пациента просят открыть рот, затем закрыть рот, при этом большой палец доктора ставится на подбородок и оказывает сопротивление при закрытии рта;

m. mylohyoideus + m. digastricus (переднее брюшко) (опускание нижней челюсти) – пациент открывает рот и удерживает нижнюю челюсть в данном положении, оказывая сопротивление доктору, который толкает нижнюю челюсть снизу, пытаясь закрыть рот пациента;

m. pterygoideus lateralis + m. pterygoideus medialis выдвигание нижней челюсти вперёд и вбок (в противоположную сторону) – пациент выдвигает нижнюю челюсть вбок, доктор пытается сдвинуть челюсть пациента к средней линии, оценивается справа и слева (нужно иметь в виду, что правые крыловидные мышцы выдвигают нижнюю челюсть влево, а левые мышцы – вправо).

Интерпретация: оценивается по пятибалльной системе (см. выше).

5.5. Лицевой нерв VII пара N. FACIALIS

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ VII ПАРЫ

Перекося лица в какую-либо сторону (из-за перекося может нарушаться речь, вода выливается изо рта на стороне поражения, кусает щеку).

Не закрывается глаз на поражённой стороне.

Сухость в глазу или слезотечение.

Нарушение вкуса с какой-либо стороны.

Звуки слышатся слишком громкими на стороне поражения.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ VII ПАРЫ

5.5.1. Визуальная оценка симметричности лица – горизонтальные и вертикальные складки на лбу (морщины), носогубные складки, ширина глазных щелей

5.5.2. Оценка объёма движений мимических мышц

Просим больного поднять брови вверх, затем сдвинуть брови (“посердиться”), при этом выявляется образование и симметричность горизонтальных и вертикальных складок на лбу.

Просим зажмурить глаза, выявляется наличие симптома ресниц (выступление ресниц на сколько миллиметров), возможность закрытия глаз/глаза (симптом Белла – на сколько миллиметров виден белок глаза).

Просим оскалить зубы (“улыбнуться”); оцениваем выраженность носогубных складок и их симметричность с двух сторон, возможность оскалить зубы, наличие симптома ракетки (до какого резца).

5.5.3. Определение степени сокращения мимической мускулатуры (активное участие пациента)

Сокращение лобной мышцы – кладем ладонь на лоб пациенту и просим его подвигать бровями вверх и вниз, в момент движения оцениваем степень сокращения лобной мышцы справа и слева.

Сокращение щёчной мускулатуры – «тест надутых щёк»: просим пациента надуть щёки и удерживать воздух во рту, при этом постукиваем своими указательными пальцами по щекам пациента, наблюдая за тем, как удерживается воздух во рту, выявляя этим слабость круговой мышцы рта.

Тест «бумажки» – в уголок рта пациента вкладываем кусочек бумаги, просим удерживать его силой сжатия губ; на поражённой стороне бумага без труда вынимается изо рта пациента.

5.5.4. Определение рефлексов на лице

Лицевой нерв образует эффективную часть рефлекторной дуги пальпебрального и роговичного рефлексов (табл. 4).

Таблица 4

Поверхностные рефлексы с участием VII пары

Название рефлекса	Методика выявления	Ответная реакция
Пальпебральный (надбровный) рефлекс	Наносим лёгкий удар молоточком в области надбровной дуги	Нижнее веко глаза подтягивается кверху
Корнеальный (роговичный) рефлекс	Просим пациента открыть глаза, кусочком ваты или бумажки наносим прикосновением лёгкое раздражение роговицы сначала одного, а потом другого глаза	Мигательное движение

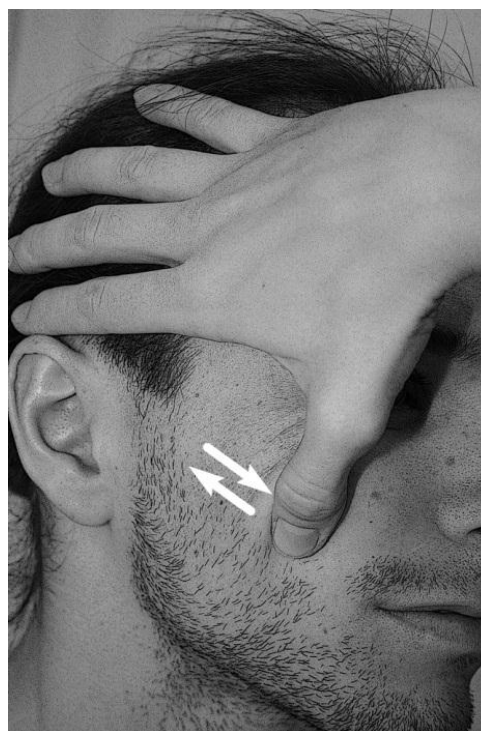
5.5.5. Определение тонуса мимической мускулатуры (пробы выполняются без участия пациента, то есть пассивно)

Оценка тонуса лобной мышцы: устанавливаем первый палец кисти на лоб пациента справа, остальные пальцы кладём на теменную область справа же, лёгкими подтягивающими движениями двигаем лобные мышцы вверх и вниз, прислушиваясь к своим ощущениям от пассивного сопротивления мимических мышц; то же самое повторяем с левой стороны (рис. 17а).

Оценка тонуса щёчной мускулатуры: кладём первый палец кисти чуть выше уголка рта справа, остальные пальцы кисти кладём на височную область соответствующей стороны, совершаем лёгкие подтягивающие движения вверх и вниз, прислушиваясь к своим ощущениям от пассивного сопротивления мимических мышц; то же самое повторяем с левой стороны (рис. 17б).



а



б

Рис. 17. Оценка тонуса мимических мышц:
а – лобной мышцы; б – щёчных мышц.

5.6. Вестибулокохлеарный нерв VIII пара N. VESTIBULOCOCHLEARIS

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ VIII ПАРЫ

- Снижение слуха на одно ухо (слева, справа), на оба уха (к какому уху чаще прикладывает телефонную трубку).
- Шумы в ухе – журчание воды, шум дождя, шум мотора, просто шум в одном/обоих ушах; голоса, музыка, чувство «заложенности» в ухе и т.д.
- Головокружение с ощущением проваливания/вращения предметов; из-за этого падает, шатается при ходьбе.
- Неприятные ощущения в глазах (из-за нистагма), возможно двоение (при появлении нистагма).

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ VIII ПАРЫ

5.6.1. Ориентировочное определение остроты слуха

Спросить больного о наличии нарушений слуха.

Оценка остроты слуха – просим пациента закрыть одно ухо, повернуться к доктору открытым ухом, с расстояния 5 – 6 м в тихом помещении шёпотом произносим слова с звонкими согласными (33, 45 и т.д.), пациент должен их повторить за вами вслух.

Аналогично исследуется слух с другой стороны.

5.6.2. Оценка вестибулярной порции. Оценка нистагма

Просим пациента следить взглядом за молоточком, не поворачивая головы, и таким образом доводим его взор в максимально возможные отведения в горизонтальной (вправо/влево) и вертикальной (вверх/вниз) плоскостях (медленно).

Отмечаем наличие/отсутствие нистагма.

5.6.3. Тест Фукуды: просим пациента закрыть глаза, вытянуть руки вперёд, после чего начинать маршировать на месте, высоко поднимая колени. Совершается не менее 50 шагов.

Интерпретация: тест Фукуды оценивается по степени отклонения рук в сторону от первоначальной позиции. В норме угол отклонения не должен превышать 45°.

5.6.4. Поза Ромберга: просим пациента встать, поставить стопы вместе, вытянуть руки вперёд и закрыть глаза, удержав это положение. Доктор страхует пациента, предотвращая падение.

Интерпретация: при патологии происходит покачивание, падение в какую-либо сторону.

5.7. Языкоглоточный нерв, блуждающий нерв IX, X пары N. GLOSSOPHARYNGEUS, N. VAGUS

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ IX, X ПАР

- Поперхивается при еде или употреблении воды/жидкости, еда и жидкость попадает в нос, при употреблении пищи закашливается.
- Изменился голос – стал гнусавым.
- Изменился голос – стал сиплым или хриплым, тише по звучанию или пропал совсем.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ IX, X ПАР

5.7.1. Оценка звучности голоса – послушать речь пациента

5.7.2. Оценка состояния мягкого нёба и глотки

Просим пациента открыть рот, при помощи шпателя и фонарика осматриваем ротоглотку; в норме глотка и нёбная занавеска расположены симметрично, язычок по средней линии.

Подвижность мягкого нёба – просим пациента произнести гласные «а» и «э» и наблюдаем за сокращением мягкого нёба.

Исследование глоточных и нёбных рефлексов.

Нёбные рефлекс – шпателем легко касаемся мягкого нёба слева и справа поочередно. В норме происходит «подтягивание» мягкого нёба вверх.

Глоточные рефлекс – шпателем легко касаемся задней стенки глотки справа и слева поочередно – в норме происходит «подтягивание задней стенки глотки».

Просим пациента выпить полчашки воды и проглотить твёрдую пищу (кусочек хлеба).

5.8. Добавочный нерв XI пара N. ACCESSORIUS

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ XI ПАРЫ

Жалобы на слабость в области мышц шеи и плеч: голова свисает, трудно поднять руки через стороны вверх, пожать плечами.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ XI ПАРЫ

5.8.1. Оценка симметричности стояния плеч и шеи

Просим опустить руки по швам и оцениваем симметричность положения рук с двух сторон (на стороне поражения рука будет располагаться ниже).

Просим вытянуть прямые руки вперёд и сложить ладонями друг к другу (на стороне поражения кончики пальцев выступают больше).

PS. При осмотре лопаточной области наблюдается смещение лопатки на поражённой стороне латерально и вверх; просим отвести руку в сторону – выступание лопатки увеличивается (симптом «крыловидной лопатки»), при вытягивании руки вперёд проявление «крыловидной лопатки» уменьшается.

5.8.2. Оценка объёма движений в m. sternocleidomastoideus и m. trapezius: просим пациента поднять руки через стороны вверх, опустить их, повернуть голову в стороны.

5.8.3. Оценка силы:

– **m. sternocleidomastoideus:** просим пациента повернуть голову влево и чуть вверх и оказывать сопротивление доктору, который кладёт руку на подбородок пациента и старается вернуть голову в среднее положение, оценивается правая m. sternocleidomastoideus. Затем поворачиваем голову пациента вправо и чуть вверх и оцениваем левую мышцу;

– **m. trapezius:** доктор кладёт руки на плечи пациента и просит его пожать плечами, оказывая при этом сопротивление движениям пациента.

Интерпретация: оценка мышечной силы по пятибалльной системе, см. выше.

**5.9. Подъязычный нерв
XII пара N. HYPOGLOSSUS**

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ 12 ПАРЫ

Жалобы на нарушение речи: пациент говорит, но неразборчиво, «смазано», речь по типу «каши во рту», окружающие не понимают его.

«Язык трудно ворочать во рту», «язык заплетается».

Со слов окружающих – говорит, как пьяный, трудно понять, что говорит.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ XII ПАРЫ

5.9.1. Оценка симметричности положения языка

Осмотр языка в полости рта – оцениваем симметричность его расположения, наличие гипо- и атрофий на языке.

Просим высунуть язык из рта – тестируем симметричность его расположения.

Просим подвигать языком в стороны и вверх – оцениваем объём движений.

PS. Обращаем внимание на наличие фибрилляций на языке, что может говорить о поражении ствола головного мозга на уровне ядра XII пары.

5.9.2. Выявление нарушения артикуляции: оцениваем наличие дизартрии по разговорной речи пациента. Просим повторить за врачом трудные по произношению слова и фразы: «триста тридцать третья артиллерийская бригада», «электричество», «кораблекрушение», «сыворотка из-под простокваши». Речь больного будет по типу «каши во рту».

6. ВЫСШИЕ МОЗГОВЫЕ ФУНКЦИИ (афатические нарушения)

6.1. МОТОРНАЯ АФАЗИЯ

ЖАЛОБЫ ПРИ МОТОРНОЙ АФАЗИИ

Затруднение при разговоре, выпадают слова, не может договорить полностью некоторые слова, или речь совершенно отсутствует.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ МОТОРНОЙ АФАЗИИ

1. Оценка разговорной речи в общении с пациентом.
2. Повторение за врачом трудных по произношению слов и фраз: «триста тридцать третья артиллерийская бригада», «электричество», «кораблекрушение», «сыворотка из-под простокваши».
3. Оценка автоматизированной речи – счёт (1, 2, 3, 4 и т.д.), дни недели, месяцы (в прямом и обратном порядке) – прямой порядок сохранён, обратный нарушен. Иногда автоматизированная речь выпадает.
4. Называние показываемых предметов.

6.2. СЕНСОРНАЯ АФАЗИЯ

ЖАЛОБЫ ПРИ СЕНСОРНОЙ АФАЗИИ

Не понимает обращённую речь, не выполняет команды из-за недопонимания.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ СЕНСОРНОЙ АФАЗИИ

1. Оценка разговорной речи.
2. Оценка понимания смысла слов. Возможность показать названные предметы, отобрать указанное количество спичек.
3. Оценка понимания смысла услышанных фраз (чем запирается дверь, какого цвета трава).
4. Возможность выполнения услышанных инструкций (положить карандаш на стол).

Выявление семантической афазии:

- понимание отношения слов между собой – «отец брата и брат отца», «дочкина мама и мамина дочка», «показать карандашом часы», «нарисовать круг над крестом», «больше, чем красный, но меньше, чем синий» (сравнить нарисованные круги).

Выявление амнестической афазии:

- предложить назвать указываемый предмет;
- подсказать первые буквы слова (при подсказке тут же вспоминает слово, но быстро забывает).

Выявление апраксии:

- действия больного в повседневной жизни (как одевается, умывается, пользуется ложкой).
- Простые движения (закрыть глаза, высунуть язык, коснуться кончиком языка верхней губы).
- Действия с реальными предметами (налить воду в стакан, причесаться).
- Действия с воображаемыми предметами (показать, как забивают гвоздь, пьют из стакана).
- Жесты (погрозить пальцем, воздушный поцелуй).
- Подражание действиям врача.
- Коснуться правой рукой левого уха, положить левую руку на правое плечо.

Выявление астереогноза:

- просим пациента закрыть глаза.
- Вкладываем в руку пациента какой-нибудь предмет (ключ, ручку, очки) и просим охарактеризовать предмет (железный, деревянный, острый, тупой, гладкий, твёрдый, мягкий и т.д.) и назвать его.
- При наличии астереогноза пациент способен охарактеризовать предмет, но не может назвать его.

Оценка когнитивных функций – тест «Мини-Ког»

- Называем пациенту 3 слова (любые простые три слова, не связанные друг с другом по смыслу): например, лимон, ключ, шар и просим пациента запомнить их.
- Затем даём пациенту чистый белый лист нелинованной бумаги и карандаш и просим нарисовать круглые часы с цифрами на циферблате, чтобы стрелки часов показывали без четверти два (можно назвать любое время). Пациент самостоятельно должен нарисовать круг, правильно расставить все 12 чисел и нарисовать стрелки, указывающие на заданные позиции.
- В конце тестирования просим пациента вспомнить и назвать три слова из п. 1.

Результат тестирования: если пациент не назвал три слова, либо назвал только 1 – 2 слова, и/или допущены ошибки в тесте "рисование часов" (неправильно расставлены цифры на циферблате, неправильно указано или вовсе не указано время и т.д.), то предполагают деменцию.

7. ВЕРТЕБРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Жалобы:

- стреляющие боли в поражённом отделе позвоночника или по ходу нервных стволов.
- Усиление болей при малейшем движении.
- Вынужденная поза, при которой уменьшаются боли (анталгическая установка).
- Онемение (в зоне иннервации поражённого корешка).

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕРТЕБРАЛЬНОГО СИНДРОМА

7.1. ОЦЕНКА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

7.1.1. Визуальный осмотр шейного отдела позвоночника: изгиб шейного отдела – наличие шейного лордоза, выпрямление шейного лордоза, симметричность положения головы и шеи, симметричность стояния плеч, лопаток.

7.1.2. Пальпация – пациент в положении СИДЯ, одной рукой придерживаем голову пациента, положив ладонь на лоб пациента, просим его расслабиться и пальпируем другой рукой шейный отдел позвоночника

(рис. 18). Сначала проводим пальпацию в области остистых отростков, спрашивая пациента о наличии боли, затем в паравертебральных зонах, *m. trapezius*, *m. levator scapulae* с двух сторон оцениваем наличие напряжения мышц и их болезненность, пальпируем область плечевых суставов, также выявляя болевой синдром.

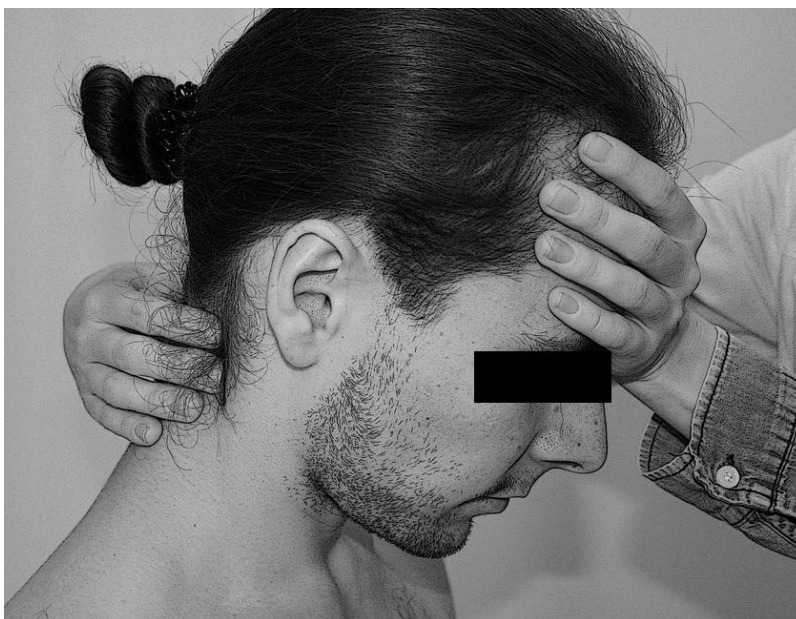


Рис. 18. Позиция рук врача при осмотре шейного отдела позвоночника.

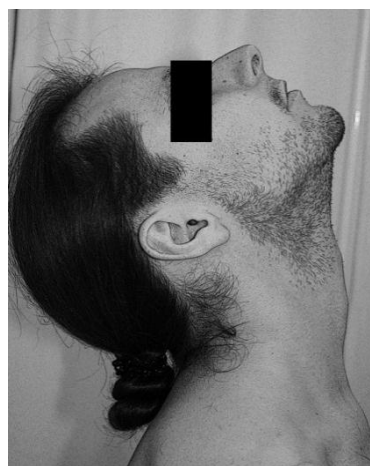
7.1.3. Объём движений в шейном отделе позвоночника:

- наклон головы вперёд (в норме наклон на 70°) (рис. 19а);
- наклон головы назад (в норме взгляд устремлён точно вверх) (рис. 19б);

- наклон головы в стороны (в норме верхний кончик уха на стороне наклона должен находиться на одном уровне с мочкой противоположного уха) (рис. 19г);
- повороты головы в стороны – придерживая голову пациента, без усилия поворачиваем её в стороны, в норме поворот совершается до 70° , при ограничении отмечаем градус поворота головы (рис. 19в);
- подъём рук через стороны вверх, через положение перед собой вверх.



а



б



в



г

Рис. 19. Оценка объёма движений в шейном отделе позвоночника:
 а – наклон вперёд в норме 70° ; б – наклон назад – в норме взгляд устремлён на потолок; в – поворот в стороны – в норме составляет 70° ; г – наклон головы вбок – в норме можно провести прямую линию, соединяющую мочку одного уха с кончиком другого уха.

7.2. ОЦЕНКА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

7.2.1. Визуальный осмотр – пациент в положении СТОЯ, оцениваем изгибы позвоночника (выраженность лордоза шейного отдела, кифоза грудного отдела, лордоза поясничного отдела); проводим с лёгким нажимом по остистым отросткам и определяем наличие сколиоза позвоночника; оцениваем симметричность стояния плеч, углов лопаток, подвздошных гребней, ягодичных складок.

7.2.2. Объём движений в поясничном отделе позвоночника – пациент в положении СТОЯ

Наклон туловища вперёд, руки свободно свисают вниз, ноги выпрямлены в коленных суставах – оценивается расстояние между кончиками пальцев и полом.

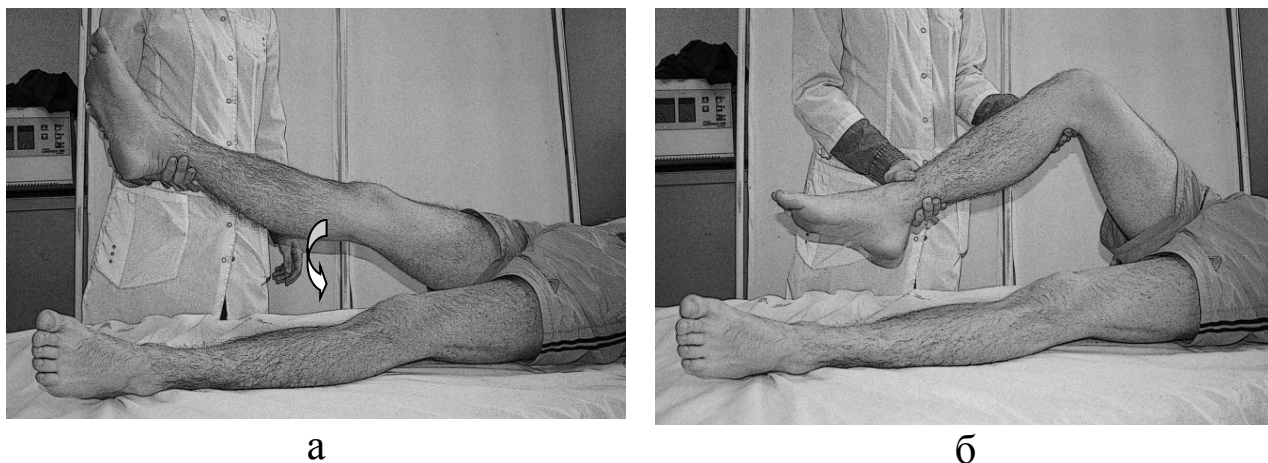
Интерпретация: в норме пальцы достают пола; если имеется ограничение движения, отмечаем в сантиметрах, насколько пальцы не достают до пола или на сколько градусов пациент способен наклониться вперёд.

Наклон туловища в стороны, вправо или влево, при этом ладонь той стороны, в которую наклоняется больной, скользит по наружной поверхности бедра.

Интерпретация: в норме кисть достаёт до уровня коленного сустава; при наличии ограничения движения отмечаем, на сколько сантиметров кончики пальцев не достигают уровня коленного сустава.

7.2.3. Пальпация – пациент в положении ЛЁЖА НА ЖИВОТЕ, руки вытянуты вдоль туловища, голова повёрнута в сторону, просим пациента расслабиться, пальпируем области остистых отростков в грудном и поясничном отделах, параллельно спрашивая пациента о наличии боли, затем пальпируем паравертебральные зоны в грудном и поясничном отделах, оцениваем наличие напряжения мышц и их болезненность.

7.2.4. Симптом Ласега – просим пациента лечь на спину, поднимаем прямую ногу пациента от кушетки и просим сказать, когда он почувствует боль в ноге или пояснице. В случае появления болевого ощущения (первая фаза) отмечаем угол между ногой и кушеткой в градусах (рис. 20а), при сгибании ноги в коленном суставе боль уменьшается (вторая фаза); повторяем процедуру с другой стороны (рис. 20б).



а

б

Рис. 20. Оценка симптома Ласега:

а – первая (болевая) фаза; б – вторая (безболевая) фаза.

PS. Симптом Нери – пациент находится в горизонтальном положении, ноги выпрямлены и сведены вместе. Наклоняем голову пациента, стараясь достать подбородком грудины. При положительном симптоме Нери появляются острые болевые ощущения в поясничной области. Отмечаем, под каким углом сгибания головы происходят наиболее сильные болезненные ощущения у больного.

Симптом Бонне – сгибаем одну ногу пациента под прямым углом в тазобедренном и коленном суставах, совершаем приводящее движение – отклоняем согнутую ногу медиально. Если при этом возникает болевое ощущение, симптом Бонне считается положительным.

Симптом Вассермана – пациент в положении лежа на животе, приподнимаем одну выпрямленную ногу вверх от кушетки. Тест считается положительным, если по передней поверхности поднимаемой ноги появляются болевые ощущения.

8. МЕНИНГЕАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ЖАЛОБЫ ПРИ МЕНИНГЕАЛЬНОМ СИНДРОМЕ

- Выраженные головные боли.
- Тошнота, рвота.
- Раздражают и причиняют неприятные болевые ощущения свет, звук и прикосновение. Возможно наличие угнетения сознания.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ МЕНИНГЕАЛЬНОГО СИНДРОМА

8.1. Выявление ригидности затылочных мышц – пациент находится в горизонтальном положении, на спине, без подушки, доктор подкладывает свою ладонь под затылок больного и сгибает его голову в шейном отделе, максимально приближая подбородок к груди (рис. 21).

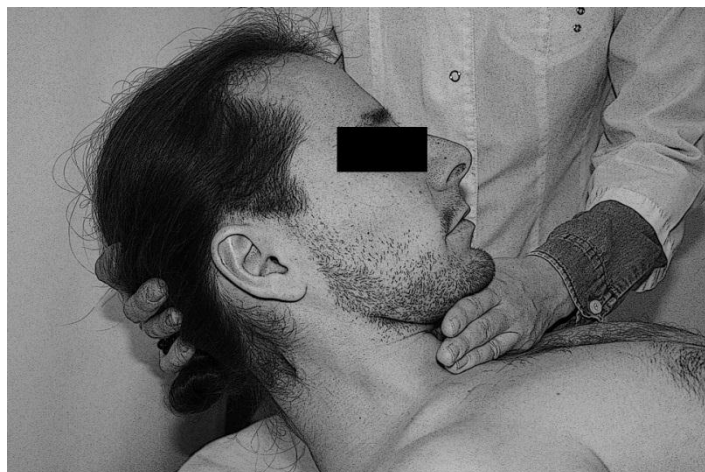


Рис. 21. Ригидность затылочных мышц – оценка в поперечных пальцах.

Интерпретация: в случае обнаружения ригидности между подбородком и грудиной сохраняется расстояние, которое измеряется в числе поперечных пальцев доктора.

8.2. Симптом Кернига – пациент находится в горизонтальном положении, на спине, врач сгибает его ногу в коленном и тазобедренном суставах под углом 90° , затем пытается разогнуть её в коленном суставе (рис. 22); аналогичная манипуляция выполняется с другой ногой.



а



б



в

Рис. 22. Симптом Кернига:

а – первоначальная позиция конечности под углом 90° ; б – симптом Кернига отрицательный в норме; в – симптом Кернига положительный при патологии, оценка в градусах угла подколенной ямки.

Интерпретация: в норме нога разгибается полностью; при положительной пробе разгибание ноги затруднено; фиксируем градус угла подколенной ямки.

8.4. Симптом Брудзинского (верхний) – во время проверки ригидности затылочных мышц отмечаем наличие движений в ногах – при положительной пробе происходит лёгкое подтягивание ноги за счёт непроизвольного сгибания в тазобедренном и коленном суставах.

8.5. Симптом Брудзинского (средний) – надавливаем кулаком или ребром ладони на лобковую область (лонное сочленение); при положительной пробе происходит лёгкое подтягивание ноги за счёт непроизвольного сгибания в тазобедренном и коленном суставах.

8.6. Симптом Брудзинского (нижний) – во время выполнения пробы Кернига справа, отмечаем наличие движений в ноге слева – при положительной пробе происходит лёгкое подтягивание ноги за счёт непроизвольного сгибания в тазобедренном и коленном суставах, аналогично оцениваем другую сторону.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

История болезни – документ, отражающий жалобы больного, развитие его основного заболевания, наличие сопутствующих патологических состояний и заболеваний, объективное состояние на момент поступления, тактику обследования и терапии, динамику патологического процесса в течение периода наблюдения и лечения. История болезни позволяет собрать информацию о пациенте, проанализировать медицинский случай, выставить предположительный и окончательный диагнозы и разработать дальнейшую тактику ведения больного. Она служит источником информации о пациенте. При прочтении истории болезни другой доктор или экспертный работник должны составить правильное впечатление о больном и о динамике его заболевания. Особенно это становится важным в случае смены лечащего врача или переводе пациента в другое отделение, клинику, особенно когда это касается утяжеления состояния больного. Каждый пункт истории болезни имеет свою значимость и приносит вклад в общую картину представления о пациенте.

ЖАЛОБЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

С жалоб пациента начинается диагностический поиск врача, соответственно дальнейшая постановка диагноза во многом определяется тем, насколько точно и детально пациент изложил свои жалобы. Сначала необходимо выслушать активные жалобы больного, то есть то, что он сам стремится и желает рассказать. Затем, на основании услышанного, доктор выстраивает диагностические предположения, активно расспрашивает пациента, уточняет и детализирует его жалобы. Детализация и объективизация как бы

«раскрашивают» и придают «объёмность» жалобе. Доктор получает возможность оценить тяжесть и интенсивность заболевания, его динамику, а также предположить топику очага поражения нервной системы на этапе сбора жалоб.

Жалобы записываются в историю болезни со слов пациента, соответственно, в большинстве случаев, здесь не должно быть формулировок с применением медицинской терминологии. Жалобы рекомендуется описывать обычным, «обывательским», языком, при необходимости со ссылкой на слова больного. Для этого в первую очередь необходимо выслушать пациента и определить, какой из симптомов беспокоит его сильнее всего, какая из функций пострадала больше всего. После того, как пациент изложил свои жалобы, нужно активно расспросить его, делая необходимые акценты, играющие роль в диагностическом поиске.

Жалобы неврологического больного могут касаться всех сфер деятельности нервной системы и согласно этому могут быть выделены жалобы, относящиеся к:

I. Чувствительной системе:

- а) головная боль
- б) боль
- в) чувствительные ощущения

II. Двигательной системе:

- а) слабость
- б) насильственные движения
- в) координационные нарушения

III. Черепным нервам

IV. Головокружению

V. Пароксизмальным состояниям

VI. Вегетативной системе

VII. Тазовым функциям

В истории болезни первыми записываются жалобы, касающиеся симптомов, которые в наибольшей степени нарушают функции больного, имеют наибольшую значимость как для пациента, так и для вашего диагностического поиска.

К какой бы системе ни относились жалобы, все они имеют приблизительно единую схему сбора (опроса) и отражения в истории болезни и включают следующие пункты.

1. **Локализация** – уточнение ещё на уровне сбора жалоб локализации неврологических симптомов, касается ли это боли,

чувствительных нарушений, слабости и т.д. Такой подход при многих неврологических заболеваниях определяет дальнейшую врачебную тактику, заостряет особое внимание на некоторых моментах при объективном осмотре. Например, слабость у пациента в руке и ноге распределена неравномерно, он больше жалуется на слабость в кисти (часто роняет предметы из руки), а ходьба нарушена менее выражено. В таком случае доктор может предположить, что такое неравномерное распределение слабости более характерно для контралатерального полушарного поражения, нежели для стволового или спинального. Возможно, возникнет необходимость в проведении пробы на скрытую утомляемость для нижних конечностей. В случае лицевых болей, та область лица, где пациент чётко ощущает боль, позволяет предположить возможность поражения V пары черепных нервов и определиться с тем, о какой из ветвей идёт речь, что позволит в дальнейшем вести целенаправленный поиск.

2. Характер нарушения – оценивается по субъективным ощущениям пациента, это то, как он воспринимает имеющийся у него неврологический дефицит. Особенно значимым этот пункт является при оценке чувствительных нарушений, в частности, при болях. Например, стреляющие боли, как «удар током» чаще являются корешковыми; мозжащие, неприятные, жгучие – характерны для каузалгий. При головных болях – пульсирующие, ноющие, сопровождающиеся болями в глазу краниалгии более характерны для мигренозных. Выявление распирающего характера головных болей, чаще в одной и той же половине головы, которые сопровождаются внезапной рвотой, с большой вероятностью укажет на их гипертензионную природу, а вот боли, охватывающие голову как «обруч» или «шлем», чаще свидетельствуют о наличии головных болей напряжения.

3. Интенсивность нарушения – отражает степень изменения качества жизни пациента. Как известно, интенсивность нарушений бывает лёгкой, умеренной и тяжёлой степени. Не всегда пациент способен самостоятельно точно охарактеризовать эту грань, поэтому задачей доктора является уточнение, детализация или объективизация того, насколько выражен неврологический дефицит, в какой степени он нарушает качество жизни и функциональные возможности пациента. Интенсивность функциональных нарушений во многом определяет дальнейшие тактику обследования, лечения больного. Чтобы объективизировать жалобу или выяснить интенсивность

выраженности дефицита, удобно провести оценку, применительную к повседневной жизни пациента (насколько ограничена возможность самостоятельно одеться, есть, ходить, работать и т.д.). Если это боль, то как она выражена: может ли пациент продолжать работу или боль заставляет пациента прилечь среди дня, уйти с работы. Характеризуя слабость в ногах, следует отметить, что больной спотыкается чаще обычного, теряет тапочки при ходьбе, или же он вынужден передвигаться только в пределах квартиры и не может выйти на улицу, спуститься по лестнице из-за слабости. Если это слабость в руках, то в чём она заключается: трудно выполнить мелкие движения (привинтить шуруп, почистить картошку), больной вынужден из-за слабости в правой руке держать ложку левой и т.д. Таким образом, уточняя детали ограничения повседневной деятельности, возникшие вследствие развития неврологического заболевания, мы придаём жалобе объективность, «материализуем» её и определяем значимость для дальнейшего диагностического поиска.

4. Зависимость от внешних, внутренних факторов и от времени – уточнение этого пункта вносит значительный вклад в постановку диагноза, в дифференцирование многих неврологических нозологий. Например, оценим боль в поясничной области, которая обусловлена вертебральной патологией, и боль в этой же области, которая часто сопровождает почечные заболевания. В первом случае, такой внешний фактор, как движение провоцирует возникновение боли, усиливает её, пациент, выбрав удобную позу, застывает и боится пошевелиться. Во-втором же случае болевые ощущения не зависят от движения, больной «мечется», не может найти себе место от боли. Таким образом, небольшое уточнение жалоб пациента даёт совершенно другое направление последующей тактики ведения больного.

Выяснение временной зависимости жалоб, беспокоящих пациента, крайне важно. Нас будут интересовать вопросы: «Когда симптомы сильнее выражены?» или «Когда начинают беспокоить: утром, вечером или днём?». При постановке диагноза миастения – первое подозрение на патологическую мышечную утомляемость возникает именно тогда, когда мы выясняем у пациента, что утром слабость у него меньше выражена или вообще отсутствует, а вот к вечеру она нарастает и ограничивает его жизнедеятельность (например, вечером не может читать, смотреть телевизор, потому что появляется двоение, хотя утром, после отдыха, двоение не

беспокоит). Ночной характер интенсивных распирающих головных болей, от которых больной просыпается, наиболее часто встречается при повышении внутричерепного давления вследствие опухолевого процесса и т.д.

5. **Частота** возникающих жалоб также отражает степень выраженности процесса и определяет тактику лечения заболевания. Необходимо выяснить, с какой частотой возникают жалобы (сколько раз в год/месяц/неделю/день/час?). Иногда данный факт в значительной степени меняет тактику ведения больного. Например, если мигренозные приступы беспокоят 1 – 2 раза в год, то достаточно будет назначить симптоматические противомигренозные препараты во время возникновения боли. Если же головная боль у больного с мигренью возникает 3 – 4 раза в месяц, из-за чего он вынужден оставлять работу, то здесь необходим постоянный приём препаратов профилактики, препятствующих возникновению мигренозных приступов.

6. **Стереотипность** возникновения симптомов. Знание данной детали жалобы имеет существенное значение в диагностике, например, стенозирующих процессов. Если у больного с артериальной гипертензией или другими факторами риска развития инсульта развивается периодическая слабость всегда стереотипно в правой руке и ноге, необходимо исключить наличие стеноза сосудов, кровоснабжающих головной мозг. При этом дальнейшая тактика ведения пациента может радикально измениться: выявление значимого стеноза требует вмешательства сосудистых хирургов.

7. **Купируемость** жалоб какими-либо средствами – лекарственными препаратами (безуспешность приёма обезболивающих препаратов при невралгии тройничного нерва при отличной эффективности противоэпилептических средств), уровнем физической активности (например, при миастении отдых приводит к улучшению состояния – уменьшению двоения, восстановления глотания и нарастанию мышечной силы) и т.д. – всё это вносит неоценимый вклад в постановку правильного диагноза и определения тактики ведения пациента.

Ниже рассмотрены детализация и объективизация жалоб, чаще всего звучащих из уст пациента, страдающего каким-либо неврологическим заболеванием.

I. Чувствительная система

1. Головная боль

Локализация: лобная, височная, теменная, затылочная области, во всей голове, «как шлем», «как обруч» и т.д.

Сторонность: слева, справа, односторонняя, двусторонняя.

Характер боли: распирающая, давящая, сжимающая, пульсирующая, ноющая, тупая, «простреливающая».

Интенсивность: лёгкая, умеренная, невыносимая. Головные боли заставляют оставить работу, прилечь, не дают заняться домашними делами, вынужден принять обезболивающие один/несколько раз в день, кричит от боли, держится за голову от боли, или же больной продолжает работу, иногда забывает о головной боли.

Стереотипные – всегда одной и той же локализации, на одной и той же стороне или же нестереотипные – сторона и локализация периодически меняются.

Зависимость от внешних факторов – времени суток (чаще или сильнее утром, днём, вечером, ночью), просыпается от головной боли, боль начинается после пробуждения, возникает после эмоциональных, физических нагрузок.

Имеет место зависимость от менструального цикла (у женщин), приёма препаратов и т.д.

Существует ли сезонность (весна, осень, лето, зима) или нет такой зависимости.

Головная боль связана с положением головы или тела – при наклоне вперёд, назад, в горизонтальном или вертикальном положении.

Не раздражают ли свет, звук, присутствие людей во время головной боли (вынужден запирается в отдельной (тёмной, тихой) комнате от людей, света, звука).

Частота (несколько раз в день, ежедневно, несколько раз в неделю, в месяц, в год).

Длительность (минуты, часы, дни).

Купируемость: помогают анальгетики, диуретики, седативные препараты и пр. Помогает вынужденное положение головы (свесив голову с кровати, в горизонтальном или вертикальном положении, в положении на определённом боку и т.д.), сон; определённые манипуляции – обмотать мокрой тряпкой, засунуть голову под холодную/горячую воду, затянуть полотенцем и т.д.

2. Боль

Локализация: вся конечность или её часть, обе руки/ноги, в спине – шее, пояснице, грудном отделе.

Иррадиация боли: «боли отдают в руку/ногу/в живот/вдоль рёбер и т.д.

Сторонность иррадиации – слева/справа.

Локализация иррадиации – по задней, боковой, передней поверхности конечности; вдоль каких рёбер; до какого уровня (до локтя, подколенной ямки, до середины бедра и т.д.).

Характер: жгучие, мозжащие, стреляющие (удар током), ноющие, тупые, колющие.

Боли **постоянные** или **периодические**/приступообразные. Если приступообразная, то какова частота приступов (сколько раз в минуту/час/день/неделю/месяц/год), сколько длится приступ (секунды/минуты/часы/дни).

Зависимость от внешних факторов – усиливаются при движении, нагрузке, приёме пищи, в зависимости от положения тела, времени суток (сильнее по ночам или днём).

Уменьшение боли – после приёма НПВС, анальгетиков, придания определённого положения телу (наклон, сгибание, вертикальное, горизонтальное), конечности (поднять или опустить, прижать к туловищу); определённые манипуляции – обмотать мокрой тряпкой, засунуть в холодную/горячую воду, затянуть полотенцем и т.д.

3. Чувствительные ощущения

Онемение, «ползание мурашек», покалывание, усиление чувствительности, чувство «сжатия», рассыпания чувствительных ощущений в какой-либо области.

Локализация чувствительных ощущений (в руке/руках, ноге/ногах, на туловище), на всей конечности или в какой-то её части, слева/справа или с 2 сторон, «во всём теле».

Характер чувствительных нарушений постоянный или периодический/приступообразный. Если приступообразный, то как часто возникают приступы (сколько раз в минуту/час/день/неделю/месяц/год), сколько длится приступ (секунды/минуты/часы/дни), стереотипные ли приступы (возникают в одних и тех же конечностях, в одной и той же половине тела и т.д.).

Чувствительные нарушения возникают в какое-либо **время суток** (например, во сне или по утрам).

Выясняем у пациента:

- чувствует ли пациент пол при ходьбе, нет ли ощущения «ходьбы по вате»;
- регистрируется ли шаткость при ходьбе, которая усиливается в темноте (не шатает ли сильнее, когда ночью встаёт, чтобы пойти в туалет?);
- не обжигается ли часто (берётся за горячую сковороду и не чувствует), не различает температуру воды в душе или холодная вода кажется горячей или наоборот и т.д.

II. Двигательная система

1. Слабость

Локализация слабости: в руке, в ноге, в обеих руках/ногах, и в руке, и в ноге слева/справа, во всех конечностях и т.д.; слабость больше в руке, чем в ноге, или больше в ноге, чем в руке; больше в кисти, плече, предплечье; больше в стопе, голени, бедре.

Характеристика слабости:

- **слабость в руке** – сколько килограммов может поднять (стакан с водой, буханку хлеба, чайник с водой и т.д.); не мешает ли слабость справляться с профессиональными или домашними обязанностями; возможно ли самообслуживание (самостоятельно одеться, застегнуть пуговицы, ест самостоятельно или с помощью);

- **слабость в ноге** – сколько может пройти метров без отдыха (остановку, квартал, 100 м и т.д., передвигается только в пределах квартиры); на какой этаж может подняться; из-за слабости в ногах/ноге передвигается с односторонней/двусторонней поддержкой (с палочкой, ходунками); выходит на улицу только в сопровождении, передвигается в инвалидном кресле, не в состоянии передвигаться.

Ходьба: нет ли чувства скованности в ногах, если есть, то максимально затруднено начало движения, или же скованность нарастает по мере движения пациента (вынужден остановиться), не изменилась ли походка – широко расставляет ноги, передвигается мелкими шажками и т.д.

Следующие жалобы пациента также могут служить объективной характеристикой минимальной мышечной слабости: часто роняет чашки, бьёт посуду, есть затруднения при выполнении мелкой работы (например, при чистке картошки, при работе с инструментами и т.д.); «шлёпает» стопа при ходьбе, «теряет тапочки» при ходьбе, часто спотыкается, с трудом перешагивает через поребрик и т.д.

2. Насильственные движения

Дрожание в руках/руке/ногах/ноге, туловище.

Вздрагивания руки/рук (кисти, предплечья, плеча), ноги/ног (стопы, голени, бедра, ягодиц), туловища, всех конечностей одновременно и т.д.

Подёргивания в мышцах лица, рук, ног, туловища, ритмичное/неритмичное, размашистые/незначительные и т.д.

Вычурное положение шеи, руки, туловища, ноги с ощущением сковывания, застывания, насильственное вытяжение, сгибание, скручивание, поворот какой-либо части тела, насильственные движения **постоянные, периодические**. Если периодические, то какова частота приступов (сколько раз в минуту/час/день/неделю/месяц/год) и их длительность (секунды/минуты/ часы/дни).

Усиливает ли что-либо насильственные движения: например, выполнение целенаправленных движений, эмоциональные и/или физические нагрузки, определённая поза (сгибание/разгибание конечностей, шеи, туловище), письмо на бумаге или игра на музыкальных инструментах; ничего не влияет, подчиняются ли насильственные движения усилию воли или произвольному напряжению мышц.

Происходит ли исчезновение насильственных движений во сне, после приёма алкоголя, при принятии определённой позы (сгибании/разгибании конечностей, шеи, туловище и т.д.);

Сопровождаются ли насильственные движения болью, онемением, слабостью и т.д.

3. Мозжечковые нарушения

Нет ли дрожания в руках, в ногах, неуверенности при ходьбе.

Нет ли неловкости при выполнении мелкой работы, точных движений (расплескивает пищу из ложки, воду из стакана, трудно застегнуть пуговицу, привинтить шуруп и т.д.).

Шаткость при ходьбе, не зависящая от контроля зрения (не усиливается в темноте); шаткость, которую замечают/не замечают окружающие, родственники; часто ударяется, падает, ссадины на коленях, локтях, ходит «как пьяный» и т.д.

III. Черепные нервы

I пара. Снижение обоняния – чувствует ли все запахи. Если обоняние снижено, то с какой стороны. Не чувствует ли какие-нибудь неприятные, несуществующие запахи. Если чувствует, то постоянно/периодически/ приступообразно. Если приступообразно, то какова частота приступов (сколько раз в минуту/час/день/неделю/месяц/год), сколько длится приступ (секунды/минуты/часы/дни).

Не сопровождается ли изменение обоняния другими симптомами (головокружением, тошнотой, рвотой, онемением, слабостью и т.д.).

II пара. Снижение остроты зрения – на левый/правый глаз, на оба глаза; степень снижения (не видит телевизор, не может читать, не видит предметы вдаль, вблизи).

Развилось остро/исподволь в течение минут/часов/дней.

Сопровождалось болью – да/нет; боль в глазу/за глазом/вокруг; боль постоянная/периодическая; возникает при движениях глазом/глазами; интенсивность боли (лёгкая, умеренная, выраженная).

Пятно/пятна перед глазом/глазами – есть/нет.

Ограничение полей зрения в одном/обоих глазах – не видит сбоку (кнаружи, кнутри), сверху, снизу.

III, IV, VI пары. Двоение при взгляде вперёд, вдаль, вблизи, вбок, вниз, вверх.

Постоянное, возникает или усиливается в зависимости от времени суток (утром, днём, вечером), от нагрузок (ходьба, поднятие тяжести, домашняя работа); уменьшается после отдыха, утром.

Двоение купируется при закрытии одного глаза/не купируется.

Нет ли вынужденного положения головы для уменьшения двоения.

Опущение века есть/нет; если есть, когда возникает (утром, днём, вечером) или носит постоянный характер, зависит ли от нагрузок.

Косоглазие – есть/нет, если есть, то за счёт какого глаза, с двух сторон, кнутри/кнаружи/вверх/вниз; зависит ли от времени суток или нагрузок.

V пара. Нет ли нарушения чувствительности (онемения, повышенной чувствительности и т.д.) на лице, если есть, то с какой стороны и где точно локализуется (лоб, скула, щека, возле уха, верхняя/нижняя челюсть и т.д.); носит ли чувствительное нарушение постоянный характер или возникает периодически; если периодически, то какова частота приступов (сколько раз в минуту/час/день/неделю/месяц/год), их длительность (секунды/минуты/часы/дни)?

Боли в лице, где точно локализуется (лоб, скула, щека, возле уха, верхняя/нижняя челюсть и т.д.).

Куда отдаёт: в глаз, в ухо, в зубы, на шею и т.д.

Характеристика боли – ноющая, тупая, стреляющая, как «удар током», жгучая, мозжащая.

Боль постоянная, периодическая/приступообразная; если приступообразная, как часто приступы (сколько раз в минуту/час/день/неделю/месяц/год), сколько длится приступ (секунды/минуты/часы/дни). Интенсивность боли – лёгкая, умеренная, невыносимая; из-за боли не может говорить, чистить зубы, жевать, кричит от боли и т.д.

Провоцирующие факторы – разговор, бритьё, жевание, чистка зубов, зажмуривание глаз и т.д.

Что помогает уменьшить боль – приём препаратов (указать, каких именно), прикладывание мокрой тряпки, холод/горячее, прикладывание предметов, руки, положение головы и т.д.

VII пара. Нет ли перекоса лица, если есть, то с какой стороны; закрывается ли глаз; нет ли сухости в глазу или слезотечения; не вытекает ли жидкость изо рта при приёме пищи; нет ли нарушения вкуса на языке, если есть, то с какой стороны; нет ли резкого восприятия звуков в ухе на стороне перекоса; нет ли герпетических высыпаний в ухе на стороне перекоса.

VIII пара. Снижение слуха на одно ухо (слева, справа), на оба уха.

До какой степени снижен слух – не слышит вообще/ шепотную речь/ обычную речь.

К какому уху чаще прикладывает телефонную трубку.

Шумы в ухе – журчание воды, шум дождя, шум мотора, просто шум в одном/обоих ушах; чувство «заложенности» в ухе; голоса, музыка и т.д.

Нет ли болей в ухе/ушах.

XI пара. Нет ли слабости в мышцах шеи, ограничений при её поворотах, в плечах при подъёме рук через стороны, не «висит» ли голова. Если подобные жалобы имеются, записывается точная их локализация (шея справа/слева; плечо справа/слева/с двух сторон).

Похудание мышц шеи и надплечья справа/слева/с двух сторон.

Выраженность слабости – утомляется при нагрузке/вынужден придерживать голову рукой.

Слабость носит постоянный/периодический характер.

Зависит от времени суток/нагрузок и т.д./ не зависит от внешних факторов.

IX, X, XII пары. Не нарушен ли вкус на задней трети языка.

Нарушение глотания твёрдой/жидкой пищи (часто поперхивается, жидкость выливается из носа, не может проглотить пищу/воду).

Нарушение речи – не может выговорить слова, как «каша во рту», не может подобрать слова, не понимает обращённую речь.

Изменение голоса – гнусавость, осиплость, охриплость; зависимость нарушения голоса от времени суток (сильнее/слабее утром, днём, вечером), от физических нагрузок (голос пропадает после выполнения физической работы).

IV. Головокружение

Есть/нет. Если есть, то:

характер головокружения: с ощущением вращения окружающих предметов или собственного тела (системное) или с ощущением собственного проваливания с ощущением дурноты, неустойчивости, потери равновесия, «утраты почвы под ногами», звона в ушах, с потемнением перед глазами, возникающее спонтанно или при резкой перемене положения тела (при вставании со стула, кровати, резком наклоне и т.д.) (несистемное).

Длительность головокружения: носит постоянный характер или приступообразный; если приступообразный, то какова частота приступов (сколько раз в минуту/час/день/неделю/месяц/год), сколько длится приступ (секунды/минуты/часы/дни/недели).

Провоцирующий фактор или условия появления головокружения: нет провоцирующего фактора, ходьба, поворот головы в сторону, перемена положения головы или определённая обстановка (фобическое постуральное головокружение), по ночам, по утрам и т.д.

Начало: внезапное (периферическое), постепенное (центральное).

Интенсивность головокружения: не влияет на походку / слегка пошатывается/ падает из-за головокружения / не может встать с постели из-за головокружения.

Сопровождается другими симптомами: тошнота, рвота, шум в ухе, снижение слуха с одной стороны/ с двух сторон, двигательные, чувствительные, зрительные расстройства и т.д.

V. Пароксизмальные состояния

Нет ли приступов с потерей сознания? Если есть, что предшествует приступу (головокружение, какие-либо запахи, звуки, привкус во рту, потемнение перед глазами, чувство онемения, зрительные нарушения, галлюцинации и т.д.).

Помнит ли пациент сам приступ, что говорят окружающие, которые наблюдают приступ (вытягивались конечности, бились в судорогах)?

Как происходит падение после потери сознания – успевает присесть/прилечь, падает наотмашь, часто травмируется?

Какова длительность приступа (секунды, минуты), как часто возникает (в день/неделю/год)? Что провоцирует приступы (приём алкоголя, мелькание света, нагрузки и т.д.)? Случаются ли приступы во сне?

Бывает ли прикус языка, недержание мочи во время приступа? Что чувствует после приступа (слабость, обычное состояние, сонливость и т.д.)?

Нет ли эпизодов застывания без потери сознания, как часто, как долго длится приступ?

Нет ли приступов, когда больной совершает какие-либо действия, но сам этого не помнит, какой характер носят эти действия (что именно делает пациент во время приступа, со слов окружающих, – подробно описать)?

Чем и как купируются приступы (указать препараты и т.д.)?

VI. Вегетативная нервная система

Нет ли эпизодов потемнения перед глазами, повышенной потливости или отсутствия потовыделения (на каком-то участке тела), хорошо ли переносит духоту, езду в транспорте?

Не возникают ли обмороки, эпизоды потери сознания в бане, при длительном стоянии, при стрессе?

Нет ли приступов нехватки воздуха, сердцебиения с чувством страха смерти, тревогой, дрожью в конечностях, с резкой слабостью, побледнением или покраснением, потливостью?

Нет ли скачков артериального давления (снижения/подъёма), приступов тахи-/брадикардии, «фиксированного» пульса, неудержимого чувства голода или отвращения к пище; изменения веса (похудание/ожирение)?

Регулярный ли менструальный цикл (для женщин); нет ли бесплодия; эректильной дисфункции?

VII. Тазовые нарушения

Наличие урологической патологии.

Контролирует ли пациент процесс мочеиспускания, дефекации.

Нет ли частых позывов на мочеиспускание, если есть, то какова частота их, всегда ли позыв результативный или выделяется мало мочи; нет ли ощущения возможного неудержания мочи после позыва («бежит в туалет»); удерживает ли мочу, если нет, как часто это происходит; пользуется прокладками, подгузниками постоянно/периодически; нет ли задержки мочи (приходится ждать перед мочеиспусканием, надавливать на живот, использовать катетер); не выделяется ли моча каплями постоянно или периодически (при нагрузке, кашле, чихании); нет ли внезапного мочеиспускания.

Стул – оформленный/жидкий; частота стула; чувствует ли прохождение кала.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сбор анамнеза является следующим шагом врача в его диагностическом поиске. Тщательный, детальный, а местами и дотошный сбор анамнеза во многих случаях определяет правильность последующих действий врача. В большинстве случаев только при помощи анамнестической информации доктор может выявить остроту и характер течения и генеза заболевания. Для многих неврологических нозологий дальнейшая тактика ведения пациента во многом зависит именно от этих параметров.

Начало первых симптомов – когда впервые появились жалобы (возраст или год начала головной боли/боли/слабости/онемения и т.д.), то есть доктор должен выяснить тот момент времени, когда пациент начал чувствовать себя больным, когда возникла эта грань между состоянием здоровья и болезни. Например, перед вами пациент с жалобами на чувство онемения в кистях и стопах, слабость в них, что говорит о возможном наличии полиневропатии. Развитие полиневритического синдрома может быть в результате огромного количества заболеваний, дальнейшее обследование и лечение пациента при этом разительно отличается и иногда определяет вопросы жизненного прогноза для пациента. Предположим, жалобы у больного развились в течение предшествующих 3 – 4 дней, ранее подобные симптомы его не беспокоили. В таком случае с большой вероятностью может идти речь о синдроме Гийена-Барре, что предполагает экстренную госпитализацию пациента и немедленное начало патогенетической терапии (внутривенные иммуноглобулины или обменный плазмаферез). Если же симптомы развивались в течение нескольких недель или месяцев, это говорит о хроническом характере патологического процесса и заставляет исключать возможность хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии, осложнения других заболеваний: сахарного диабета, токсического повреждения, онкологии и т.д. Лечение такого пациента потребует абсолютно иного подхода (антиоксидантная и нейропротективная терапия).

Скорость развития симптомов. Для постановки правильного диагноза и выяснения природы заболевания необходимо знать, как быстро развивалось заболевание после его начала, с какой скоростью нарастали симптомы – резко, в течение секунд, минут, часов, а может быть, подостро: за дни, недели или месяцы. Например, клиническая картина кардиоэмболического ишемического инсульта развёртывается в течение минут или даже секунд, в то время как при атеротромботическом инсульте будет ступенеобразное развитие симптомов – в течение часов или даже дней.

Что предшествовало появлению первых симптомов. С чем связывает больной своё состояние: со стрессом, травмой, укусом насекомого, перенесённой инфекцией, подъёмом артериального давления, каким-либо другим сопутствующим заболеванием или состоянием. Например, для постановки диагноза подострой или хронической гематомы важно выявить у пациента наличие

предшествующей черепно-мозговой травмы, а также уточнить, как давно это произошло: если менее 2 недель назад, то речь пойдёт о подостром процессе, если более 2 недель назад, то – о хроническом. Нейроинфекции не всегда протекают в реальности так, как описываются в книгах. Например, при клещевом энцефалите лихорадочный период может отсутствовать, знание об укусе клеща в прошлом у пациента с периферическим парезом мышц плечевого пояса, возникшим без лихорадочного периода, безусловно является основным элементом эпидемиологического анамнеза и, вероятно, поможет предположить возможность клещевого энцефалита.

Сопровождалось ли неврологическое заболевание какими-либо другими симптомами: беспокоило ли больного что-нибудь ещё параллельно с основным неврологическим заболеванием (подъём температуры тела, озноб, сыпь, желтуха, тошнота, рвота, диарея и т.д.)? Информация о сопутствующих неврологическому заболеванию состояниях важна как с точки зрения постановки диагноза, так и для дифференциальной диагностики. Например, согласно критериям диагностики рассеянного склероза, развитие лихорадки во время появления новых или усугубления старых симптомов заболевания ставит под сомнение наличие обострения. Объясняется это тем, что неврологический дефицит мог развиваться под влиянием повышения температуры тела или другой соматической болезни и, соответственно, данное состояние не может рассматриваться с уверенностью как ухудшение состояния из-за рассеянного склероза и не требует применения глюкокортикостероидов.

Длительность возникших жалоб – речь идёт о продолжительности симптомов с момента их появления, длятся они минуты, часы или дни; постоянны они или носят приступообразный характер.

Как протекало заболевание до осмотра: если до настоящего осмотра врача пациента уже что-то беспокоило, важно узнать, как именно развивалось заболевание:

состояние ухудшалось постепенно – в течение минут/часов/недель/ месяцев/лет, то есть симптомы с момента своего появления прогрессивно нарастают, к ним присоединяются всё новые и новые признаки (**прогредиентный тип**);

болезнь развивается волнообразно (**ремиттирующий тип**) – с чередующимися периодами ухудшения (рецидив, обострение) и улучшения (ремиссия). Например, пациент отмечает, что год назад была слабость в ноге, но потом сила после полученного лечения восстановилась и т.д.

Если заболевание протекало с рецидивами, то важно уточнить:

когда именно возникли периоды ухудшения (день/месяц/год);
 что этому предшествовало (стресс, инфекция, травма и т.д.);
 что беспокоило в момент ухудшения (уточнить детали жалоб в прошлом – слабость/онемение/боль и т.д. в какой области, насколько выражено и т.д.);

выяснить, насколько тяжёлым было состояние на тот момент (был госпитализирован/лечился амбулаторно; была вызвана бригада скорой помощи; мог ли передвигаться или был транспортирован на носилках; куда не обращался – всё купировалось самопроизвольно);

как долго по времени продолжалось ухудшение (обострение);
 когда наступило улучшение или улучшения не было;
 симптомы купировались полностью или сохранялись; какие именно симптомы сохранялись;

если состояние улучшилось, что способствовало улучшению (самостоятельно, приём препаратов и каких, ФТЛ и т.д.);

как долго продлилось состояние ремиссии, были ли ещё периоды ухудшения.

Подобным образом мы выясняем, переносил ли инсульты ранее больной с нарушением мозгового кровообращения, в каком бассейне это происходило, нет ли стенозирующего процесса; определяем вариант течения рассеянного склероза (ремиттирующий или прогрессирующий) и т.п.

Динамика заболевания: уточняем, как изменяется состояние пациента в течение его болезни – со временем состояние остаётся таким же, ухудшается, улучшается; как влияет полученное ранее лечение на течение заболевания (улучшается/без изменений/ухудшается); какое именно лечение оказывает положительное влияние или какие препараты оказывают негативное влияние.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Наиболее важным пунктом в этом разделе является выяснение наличия **сопутствующих и перенесённых заболеваний** (диспансерный учёт, обращение к другим специалистам). Особое внимание стоит обращать на наличие следующих нозологий:

- артериальная гипертензия;
- сахарный диабет или другие эндокринные нарушения;

- кардиальная патология;
- ВИЧ;
- туберкулёз;
- онкология;
- другие неврологические заболевания, перенесённые ранее (ЧМТ, травмы периферических нервов, энцефалиты, менингиты, опухоли и т.д.).

Не менее важно узнать, принимал или принимает ли пациент на данный момент какие-либо лекарственные средства; по какому поводу; принимает постоянно или периодически; записать дозу и частоту приёма препаратов.

Гинекологический анамнез (бесплодие, аборты, роды, выкидыши).

Наследственность отягощена (уточнить, каким заболеванием)/не отягощена.

Профессиональная деятельность – наличие вредности, особых условий труда.

Экспертный анамнез – больничный лист, инвалидность.

Вредные привычки (злоупотребление алкоголем, наркомания, курение).

Аллергологический анамнез.

ОБЪЕКТИВНЫЙ ОСМОТР

1. Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжёлое, крайне тяжёлое, терминальное.

Удовлетворительное состояние – сознание ясное. Жизненно важные функции не нарушены.

Состояние средней тяжести – сознание ясное или имеется умеренное оглушение. Жизненно важные функции нарушены незначительно.

Тяжёлое состояние – сознание нарушено до глубокого оглушения или сопора. Имеются выраженные нарушения работы дыхательной либо сердечно-сосудистой систем.

Состояние крайне тяжёлое – умеренная или глубокая кома, грубо выраженные симптомы поражения дыхательной и/или сердечно-сосудистой систем.

Терминальное состояние – запредельная кома с грубыми признаками поражения ствола и нарушениями витальных функций.

Состояние обусловлено: неврологическим дефицитом, состоянием сознания, соматическим статусом, болевым синдромом.

Состояние сознания: ясное, умеренное оглушение, глубокое оглушение, сопор, кома.

2. Соматический статус. Дается краткая характеристика соматического состояния: трофика, состояние кожных покровов и видимых слизистых, ЛОР-органов, лимфатических узлов, щитовидной железы, костно-суставной системы, органов ЖКТ, органов дыхания, органов МПС. Обязательно указываются показатели основных жизненно важных функций: артериальное давление, пульс, температура тела, частота дыхательных движений.

3. Качественное состояние сознания (когнитивные функции)

Ориентация – ориентирован/дезориентирован в личности, в месте, во времени.

- Ориентация в собственной личности – назвать имя, адрес проживания, профессию, семейное положение.
- Ориентация в месте – где сейчас находится, как очутился здесь.
- Ориентация во времени – назвать дату, день недели, месяц, год, время года.

Память: нарушена/сохранна:

- непосредственная (называем пациенту три предмета, не связанных логически друг с другом (например, «стол – дорога – лампа»), и просим сразу же повторить эти слова);
- кратковременная (просим пациента перечислить, что он ел на завтрак; через 3 мин предлагаем обследуемому вспомнить 3 слова, названные ранее («стол – дорога – лампа»));
- долговременная (просим пациента назвать дату и место своего рождения, место учёбы, дату замужества (женитьбы), имена родителей, супруга, детей и даты их дней рождений, имя президента страны, хорошо известные исторические даты, например, даты начала и окончания Великой Отечественной войны).

Счёт: акалькулия есть/нет.

- Серийный счёт (вычитание из 100 семь, затем из 93 отнять семь и т.д.).
- Простые арифметические операции – сложение, вычитание.

Речь: не нарушена/нарушена по типу моторной /сенсорной/ амнестической/ семантической афазии, по типу дизартрии.

Выявление моторной афазии. Методика исследования см. п. 6.1.

Выявление сенсорной афазии. Методика исследования см. п. 6.2.

PS: выявление семантической афазии. Выявление амнестической афазии см. п. 6.

Аграфия есть/нет (попросить написать своё имя, простые слова – дом, кот и т.д.).

Алексия – есть/нет (попросить прочитать написанную инструкцию и выполнить задание, указанное в инструкции, например, постучать о стол, закрыть дверь и т.д.).

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР

Объективный осмотр неврологического больного рекомендуется проводить по следующей схеме:

1. Высшие мозговые функции.
2. Черепные нервы.
3. Чувствительная сфера.
4. Двигательная сфера.
5. Мозжечковая симптоматика.
6. Экстрапирамидная симптоматика.
7. Тазовые функции.
8. Вегетативная нервная система.
9. Менингеальные симптомы.
10. Вертебральный статус.

Ниже приводится детальное рассмотрение каждого пункта схемы неврологического осмотра с вариантами формулировок нормы и патологии, которые необходимо указать в истории болезни. А также подробно описывается методика осмотра неврологического больного.

1. ВЫСШИЕ МОЗГОВЫЕ ФУНКЦИИ

Методика выявления нарушений высших мозговых функций – см. п. 6.

2. ЧЕРЕПНЫЕ НЕРВЫ

I пара: носовое дыхание свободное/несвободное, носовые ходы проходимы/непроходимы, запахи ощущает/не ощущает/воприятие снижено.

Методика исследования I пары – см. п. 5.1.

II пара: острота зрения – счёт пальцев с какого расстояния (в норме 5 м); поля зрения ориентировочными методами без ограничений/с ограничением – указать гемианопсии; цветоощущение.

Методика исследования II пары – см. п. 5.2.

III, IV, VI пары: зрачки равные, $S = D$ или $S > D$ или $S < D$; зрачки обычной формы, миоз или мидриаз.

Фотореакции прямая и содружественная – живые/ослаблены/отсутствуют (на каком глазу прямая или с какого глаза на какой содружественная), наличие птоза – есть/нет;

объём движений глазных яблок – полный/если есть ограничение в горизонтальной/вертикальной плоскости (при взгляде в стороны/вверх/вниз) указать ограничение в миллиметрах от внутренней и наружной спаяк глаза (например: не доводит правый глаз до наружной спайки глаза на 2 мм);

косоглазие – нет/есть, сходящееся/расходящееся;

энофтальм – нет/есть; экзофтальм – нет/есть.

Движения глазных яблок содружественные/нарушение ассоциированных движений глазных яблок;

нистагм – есть/нет, в горизонтальной/вертикальной плоскости, крупно-, средне-, мелкоаппаратный/установочный.

Методика исследования III, IV, VI пар – см. п. 5.3.

V пара: точки выхода ветвей тройничного нерва на лице безболезненны/болезненны. Если есть болезненность, указать, в каких точках выхода и с какой стороны.

Нарушение поверхностной чувствительности на лице по:

проводниковому типу – нет/есть,

корешковому типу – нет/есть,

по зонам Зельдера – нет/есть.

Если есть, указать сторонность и ветвь (например: гипестезия в средней зоне Зельдера слева или гиперестезия в зоне первой ветви V пары справа).

Роговичный рефлекс живой с 2 сторон/снижен слева/справа.

Пальпебральные рефлексы обычные/повышены/отсутствует справа, слева.

Мандибулярный рефлекс обычный/оживлён/повышен/не вызывается.

Двигательная порция V пары: нижняя челюсть симметрична, сила жевательных мышц достаточная/снижена, атрофий мышц – нет/есть.

Методика исследования V пары – см. п. 5.4.

VII пара: лицо симметрично/асимметрично.

Горизонтальные складки на лбу – симметричные/несимметричные.

Вертикальные складки на лбу – симметричные/несимметричные.

Сглаженность носогубной складки – нет/есть справа/слева.

Глазные щели – равные/неравномерные справа/слева.

Симптом Белла – нет/есть (если есть, на сколько миллиметров не может закрыть глаз).

Симптом ресниц – нет/есть справа/слева на сколько миллиметров (например, симптом ресниц положительный справа на 3 мм).

Симптом ракетки – нет/есть, справа/слева, указать, до какого резца (например, симптом ракетки положительный слева до 2-го резца)

Симптом Мингадини – нет/есть, симптом Русецкого – нет/есть, с. надутых щёк нет/есть.

Тонус мимических мышц – физиологичен/снижен/повышен, нет ли контрактур в мимических мышцах.

Пальпебральные рефлексы – живые/равные/снижены слева/справа.

Вкус на передних 2/3 языка сохранён/изменён.

Методика исследования VII пары – см. п. 5.5.

VIII пара: слух – шепотную речь слышит с 6 м (если снижен, то со сколько метров слышит/не слышит);

нистагм – спонтанный/при крайних отведениях глаз/горизонтальный/вертикальный/мелко-, средне-, крупноразмашистый.

Симптом в позе Ромберга – устойчив/покачивание/падает.

Тест Фукуды – отклоняется на сколько градусов.

Методика исследования VIII пары – см. п. 5.6.

IX и X пары: глотание не нарушено/нарушено глотание жидкой/твёрдой пищи.

Фонация не нарушена/нарушена (указать, например, сиплый голос, гнусавый голос, афония).

Мягкое нёбо симметрично/несимметрично (нёбная занавеска свисает справа/слева).

Язычок по средней линии/отклонён вправо/влево.

Нёбный и глоточный рефлекс – живые, равные/снижены справа/слева.

Методика исследования IX, X пар – см. п. 5.7.

XI пара: голова, шея, лопатки симметричны.

Сила *m. sterno-cleido-mastoideus* справа 5 (4, 3, 2, 1, 0) баллов, слева 5 (4, 3, 2, 1, 0) баллов.

Сила *m. trapezius* справа 5 (4, 3, 2, 1, 0) баллов, слева 5 (4, 3, 2, 1, 0) баллов.

Методика исследования X пары – см. п. 5.8.

XII пара: язык в ротовой полости по средней линии – отклонён вправо/влево.

При высовывании по средней линии – отклоняется вправо/влево.

Атрофий и фасцикуляций – нет/есть. Если есть, то указать, где.

Объём движений языка – полный/ограничен вправо/влево/верх/вниз.

Речь внятная/дизартрия (по типу «каши во рту»).

Методика исследования XII пары – см. п. 5.9.

3. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

Поверхностная чувствительность на теле:

по проводниковому типу не нарушена/гипестезия/гиперестезия: справа/слева;

по средней линии/по сосковой линии;

с уровня сегмента (например, гипестезия по проводниковому типу с уровня Th7).

По корешковому типу не нарушена/гипестезия/гиперестезия: справа/слева.

Указать, какие корешки.

По полиневритическому типу не нарушена/гипестезия/гиперестезия: по типу носков и перчаток с уровня нижней/средней/верхней трети предплечий/голеней.

Глубокая чувствительность: глубокое мышечно-суставное чувство – направление движений пальцев определяет/путает/не определяет слева/справа/с 2 сторон.

Кинестезия кожной складки – не нарушена/нарушена и где.

Вибрационная чувствительность: на руках/ногах не нарушена/снижена до 0, 1, 2, 3, 4, 5 баллов справа/слева/с 2 сторон.

Сенситивная атаксия нет/есть (лёгкая/умеренная/грубая).

Методика исследования чувствительной системы – см. п. 4.

4. ДВИГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Объём движений в конечностях – сохранён/ограничен (например, отрывает ногу от кушетки на 20° или отводит руку от туловища на 30° или доводит руку до горизонтальной плоскости).

Темп движений нормальный/замедлен.

Сухожильные рефлексы – обычной живости/оживлены/высокие/спастичные/с клонусоидом (указать в таблице в соответствующей графе вместе с указанием преобладания той или иной сторонности при помощи знаков >, <, = в средней графе (табл. 5)).

Таблица 5

Схема описания сухожильных рефлексов

Рефлекс	Справа (D)	> = <	Слева (S)
Карпорадиальный			
Сгибательно-локтевой (с бицепс)			
Разгибательно-локтевой (с трицепс)			
Коленный			
Ахиллов			

Что касается подошвенного рефлекса, в графе D и S указывается только один из выявленных вариантов рефлекса (сгибательный, нейтральный или разгибательный), в остальных же ставится знак прочерка (табл. 6).

Клонусы – нет/есть (указать, где).

Схема описания кожных рефлексов

Кожные рефлексы	Справа D	Слева S
Брюшные верхний	Есть/нет/ослаблен	Есть/нет/ослаблен
средний	Есть/нет/ослаблен	Есть/нет/ослаблен
нижний	Есть/нет/ослаблен	Есть/нет/ослаблен
Подошвенный (рис. 23) Сгибательный Нейтральный Разгибательный (рефлекс Бабинского)		



Рис. 23. Оценка подошвенного рефлекса.

Мышечная сила – указать соответствующий балл (5, 4, 3, 2, 1, 0) в графе D или S для каждой группы мышц (табл. 7).

Таблица 7

Схема описания оценки мышечной силы

Группа мышц	D	S
Сгибатели плеча		
Разгибатели плеча		
Сгибатели предплечья		
Разгибатели предплечья		
Сгибатели кисти		
Разгибатели кисти		

Сила сжатия в кулак		
Сгибатели бедра		
Разгибатели бедра		
Сгибатели голени		
Разгибатели голени		
Сгибатели стопы		
Разгибатели стопы		

В пробе на утомляемость конечность удерживает/опускает (указать, на какой секунде начинает опускаться или сколько секунд сумел удержать. Например, начал опускаться правую ногу на 25-й секунде).

Патологические рефлексy – нет/есть (указать, с какой стороны – справа/слева/с 2 сторон).

Тонус в конечностях физиологический/ гипотония/ повышен по пирамидному/ экстрапиримидному типу справа/слева/с 2 сторон.

Наличие гипотрофий, атрофий. При наличии трофических нарушений указать локализацию гипотрофии/атрофии, записать в сантиметрах обхват предплечья, плеча, бедра, голени справа и слева.

Насильственные движения нет/есть (указать, какие и где).

Методика исследования пирамидной системы – см. п. 1.

5. КООРДИНАТОРНАЯ СИСТЕМА

Пальце-носовая проба – уверенно/с атаксией (лёгкой, средней, грубой) /дисметрией (лёгкой, средней, грубой).

Пяточно-коленная проба уверенно/с атаксией (лёгкой, средней, грубой) /дисметрией (лёгкой, средней, грубой).

Имитационные пробы в руках/ногах выполняет уверенно/промахивается.

Дисдиадохокинез в руке/руках/ нет/есть справа/слева/с 2 сторон.

Атаксия туловища – нет/есть.

Тандемная ходьба не нарушена/нарушена.

С позы Ромберга – устойчив/покачивание/падает.

Асинергия Бабинского – нет/есть.

Походка пациента – физиологическая/с широкой базой опоры/ гемипаретическая/ парапаретическая/ спастическая/ атактическая.

Методика исследования координаторной системы – см. п. 3.

6. ЭКСТРАПИРАМИДНАЯ СИСТЕМА

Мимика – живая/ лицо гипомимичное/маскообразное/лицо сальное.

Речь – живая, эмоционально окрашена/речь монотонная.

Голос – звучный/глухой, тихий.

Наблюдается тремор покоя/ постуральный тремор/ кинетический тремор; в левой/правой руке/ноге; амплитуда тремора низкая, средняя, высокая/ тремор ритмичный/неритмичный; стереотипный/нестереотипный; указываются факторы, которые уменьшают или усиливают тремор; тест спирали Архимеда.

Почерк – микрография, макрография.

Пробы на выявление гипокинезии – положительные в руке/ноге справа/слева.

Походка – физиологичная/согбенная/мелкими шажками/шаркающая.

Наблюдается пропульсия/ретропульсия/латеропульсия вправо/влево.

Мышечный тонус повышен в руке/ноге справа/слева.

Симптом «зубчатого колеса» – в руке/ноге справа/слева.

Симптом «свинцовой трубки» – в руке/ноге справа/слева.

Методика исследования экстрапирамидной системы – см. п. 2.

7. ТАЗОВЫЕ ФУНКЦИИ

Не нарушены/нарушены по типу:

ургентное мочеиспускание;

императивные позывы с неудержанием/без неудержания;

парадоксальная ишурия;

задержка мочи (использование катетера).

Стул, со слов пациента, в норме/жидкий/запоры. В случае диареи: сколько раз в сутки, охарактеризовать стул. В случае запора уточнить, как долго (дни/недели) нет стула.

Наличие эректильной дисфункции.

8. ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Ортостатическая проба: указать артериальное давление (АД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС) до пробы (исходные, в положении лёжа) и итоговые результаты в положении стоя (сразу после вставания и после отдыха).

Проба Даньини – Ашнера: указать исходную ЧСС и после проведения пробы.

Наличие гипергидроза общего/акрогипергидроз (кистей, стоп).

Ортостатическая проба:

- измеряем АД и ЧСС в положении пациента лёжа, затем стоя и повторно стоя через 3 минуты отдыха.

- Норма: увеличение ЧСС при вставании на 30 ударов в минуту, подъём АД (систолического) на 20 мм рт. ст.

- После стояния ЧСС повышается на 40 ударов в минуту от исходного, АД снижается на 15 мм рт. ст. от исходного.

- Недостаточное вегетативное обеспечение – падение АД на 10 ударов и более после вставания и более чем на 15 ударов после положения стоя.

- Избыточное вегетативное обеспечение – АД поднимается после вставания более чем на 20 мм рт. ст. или ЧСС увеличивается более чем на 30 ударов в минуту, либо изолированно повышается диастолическое давление.

Глазосердечный рефлекс Даньини – Ашнера

- Фиксируем ЧСС до пробы.

- Пациент в положении лёжа на спине, надавливаем подушечками больших пальцев кистей на глазные яблоки пациента до появления лёгкого болевого ощущения, в течение не более 10 с.

- Повторно фиксируем ЧСС – в норме ЧСС уменьшается на 8 – 10 уд./мин; ваготония (повышенная вегетативная реакция) – ЧСС уменьшается более чем на 10 уд./мин; симпатикотония – ЧСС не меняется (пониженная вегетативная реактивность) или учащается.

9. МЕНИНГЕАЛЬНЫЕ ЗНАКИ

Ригидность затылочных мышц нет/есть: на сколько поперечных пальцев (например, ригидность затылочных мышц на 3 поперечных пальца).

Симптом Кернига – нет/положительный (в градусах, например, симптом Кернига положительный на 120 градусов)

Симптом Брудзинского – верхний/средний/нижний отрицательный/положительный

Методика исследования менингеального синдрома – см. п. 8.

10. ВЕРТЕБРАЛЬНЫЙ СТАТУС

Болезненность при пальпации отделов позвоночника нет/есть (указать, где – остистые отростки (указать конкретные ПДС, например, L1 – L4, паравертебрально, крестцово-подвздошное сочленение и т.д.); плече-лопаточной области, триггерные точки.

Искривление позвоночника – описать наличие сколиоза, кифоза, лордоза и т.д., указать направление дуги сколиоза (например, сколиоз поясничного отдела позвоночника, открытый дугой вправо).

Описать состояние паравертебральных мышц, мышц надплечья, шеи, тазовой области – болезненность, степень напряжения (I, II, III ст.).

Ограничение объёма движений в отделах позвоночника (например, наклон вперёд на 30° или при наклоне вперёд не достаёт до пола руками 40 см и т.д.).

Болезненность в точке позвоночной артерии, точке грушевидной мышцы, указать сторонность.

Симптомы Ласега – отрицательный/положительный (указать в градусах, например, симптом Ласега положительный на 30°).

Симптом Нери – положительный/отрицательный.

Симптом Вассермана – положительный/отрицательный (желательно указать в градусах в случае наличия симптома).

Симптом Бонне – положительный/отрицательный.

Методика исследования вертебрального синдрома – см. п. 7.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Выводом из всего проделанного, а именно сбора жалоб и анамнеза, а также объективного осмотра служит постановка предварительного диагноза и его обоснование. Диагноз, даже если он является предварительным, должен отражать всю работу, которая была выполнена с пациентом. Формулировка диагноза имеет свою определённую схематичность, которая может несколько варьировать при различных нозологиях. В основном диагноз должен содержать следующую информацию:

1. Ведущий синдром/нозология.
2. Непосредственная причина заболевания.
3. Локализация/уровень поражения/поражённый сосудистый бассейн.
4. Тип/подтип/форму поражения.

5. Краткая характеристика клинической картины – проявления заболевания; перечисляются в виде симптомов по убыванию значимости.
6. Течение.
7. Стадия.
8. Сопутствующие заболевания.

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ – ПОЛИНЕВРОПАТИИ

При формулировке диагноза полиневропатии на первое место выставляется название ведущего синдрома или нозологии с указанием предположительного или уточнённого происхождения заболевания (дисметаболическая, токсическая, диабетическая и т.д.). Далее уточняется форма поражения, в зависимости от преимущественного вовлечения той или иной системы. Например, поражение двигательных волокон – моторная полиневропатия, вовлечение чувствительных нервов – сенсорная полиневропатия, и, наконец, нарушение вегетативной системы – вегетативная полиневропатия. Часто доктор сталкивается с ситуацией, когда имеются и двигательные, и чувствительные, и автономные нарушения. В этом случае в диагнозе указываются все имеющиеся нарушения по мере убывания их значимости. Например, у пациента в клинике имеются симптомы выпадения со стороны двигательной сферы (отсутствие дистальных рефлексов или дистальные парезы) и одновременно обнаруживаются симптомы раздражения со стороны чувствительной системы (гиперестезия по типу носков). В данном случае смешанная полиневропатия формулируется следующим образом – моторно-сенсорная полиневропатия, так как более значимо поражение двигательной сферы. В случае, если со стороны всех систем имеются симптомы выпадения, то на первое место ставится наиболее значимое для пациента и врача нарушение.

1. Полиневропатия с указанием происхождения.
2. Форма поражения.
3. Краткая характеристика клинической картины – проявления заболевания; перечисляются в виде симптомов по убыванию значимости.
4. Непосредственные причины, которые вызвали это состояние.
5. Сопутствующие заболевания.

Пример диагноза: Диабетическая полиневропатия (**ведущий синдром**), моторно-сенсорно-вегетативная форма (**форма поражения по убыванию значимости**), в виде выпадения ахилловых и карпорадиальных рефлексов, гиперестезии по типу носков, трофических нарушений на стопах (**перечисляются проявления болезни по убыванию их значимости**). Сахарный диабет 2 типа, инсулиннезависимый, субкомпенсированный (**непосредственная причина**). Гипертоническая болезнь 2 ст. (**сопутствующие заболевания**).

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ – НЕВРОПАТИИ/ПЛЕКСОПАТИИ

1. Поражённый нерв/сплетение (с указанием сторонности).
2. Генез заболевания (инфекционно-аллергический, травматический, туннельный и т.д.).
3. Краткая характеристика клинической картины – проявления заболевания; перечисляются в виде симптомов по убыванию клинической значимости.
4. Течение (хроническое, острое, рецидивирующее).
5. Стадия (острая, обострения, ремиссии).
6. Сопутствующие заболевания.

Пример диагноза: Невропатия локтевого нерва слева (**поражённый нерв**), туннельный синдром (**генез заболевания**), в форме лёгкого пареза 5 пальца кисти, гипестезии 5 пальца кисти (**перечисляются в виде симптомов по убыванию клинической значимости**), хроническое течение (**указание течения**), стадия обострения (**стадия болезни**). Язвенная болезнь желудка, хроническое течение, стадия ремиссии (**сопутствующее заболевание**).

Необходимо отметить, что при поражении некоторых черепных нервов указывается уровень поражения – периферический или центральный, так как могут встречаться оба варианта (например, **периферическая** или **центральная** невропатия лицевого нерва).

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ – ВЕРТЕБРАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ

1. Ведущий в клинике синдром или название самой нозологии.
2. Если есть, тип, форма или подтип синдрома/нозологии.

3. Непосредственные причины, которые вызвали это состояние.
4. Краткая характеристика клинической картины – проявления заболевания; перечисляются по убыванию клинической значимости.
5. Течение.
6. Стадия.
7. Сопутствующие заболевания.

Пример диагноза: Правосторонняя люмбоишиалгия (**ведущий синдром**), мышечно-тоническая, нейродистрофическая форма (**тип/подтип/форма заболевания**), грыжа диска L5 – S1 (по результатам МРТ), дегенеративно-дистрофические изменения поясничного отдела позвоночника L2 – L5 (рентгенологически) (**непосредственная причина**), в форме радикулопатии L5 и S1 в виде гипестезии в дерматоме L5 и выпадения ахиллова рефлекса, выраженного болевого синдрома, рефлекторного сколиоза поясничного отдела (**краткая характеристика клинической картины – проявления заболевания; перечисляются по убыванию значимости проявления**), хроническое течение (**течение**), стадия обострения (**стадия**). Язва 12-перстной кишки, хронически-рецидивирующее течение, стадия ремиссии (**сопутствующее заболевание**).

ПРИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Формулировка диагноза сосудистого заболевания нервной системы имеет некоторые вариации схемы постановки. В первую очередь, это касается начала диагноза. Все патологические состояния, которые имеют отношение к сосудистым катастрофам или хроническим нарушениям кровообращения в ЦНС объединяются в единую группу – цереброваскулярных заболеваний. Соответственно этому на первое место в диагнозе сосудистых заболеваний ЦНС выставляется общее название группы – Цереброваскулярная болезнь (сокращённо ЦБВ). Следующей особенностью является указание сосудистого бассейна, в котором произошло нарушение кровообращения, если это представляется возможным, например, при хронических процессах вряд ли это удастся. И, наконец, непосредственная причина или фактор риска, который привёл к сосудистому нарушению, указывается в окончании диагноза.

1. Церебро-васкулярная болезнь.
2. Ведущий в клинике синдром или название самой нозологии.

3. Пострадавший сосудистый бассейн, если возможно, или место локализации очага (полушарие, ствол, мост, подкорковые ядра и т.д.).

4. Если есть, тип, форма или подтип синдрома/нозологгии.

5. Краткая характеристика клинической картины – проявления заболевания; перечисляются в виде симптомов по убыванию клинической значимости с указанием степени нарушения.

6. Стадия/период.

7. Уточняется состояние сознания, если имеется нарушение.

8. Непосредственные причины, которые вызвали это состояние.

9. Сопутствующие заболевания.

Пример диагноза 1: Цереброваскулярная болезнь (**общее название группы сосудистых заболеваний нервной системы**). Ишемический инсульт (**ведущая нозология**), в бассейне левой средней мозговой артерии (**указание пострадавшего бассейна**), атеротромботический тип (**тип/подтип/форма**), в форме элементов моторной афазии, умеренного правостороннего гемипареза с преимущественным страданием руки, правосторонней гемигипестезии (**перечисляются проявления болезни по убыванию их значимости и указанием интенсивности**), острый период (**стадия/период**). Атеросклероз брахиоцефальных артерий (по данным УЗДГ), Гипертоническая болезнь 3 ст. (**причины**).

Пример диагноза 2: Цереброваскулярная болезнь (**общее название группы сосудистых заболеваний нервной системы**). Геморрагический инсульт (**ведущая нозология**), внутримозговое кровоизлияние (**тип/подтип/форма**) в области таламуса слева (смешанная гематома) (**указание локализации**), в форме грубого правостороннего гемипареза, правосторонней гомонимной гемианопсии (**перечисляются проявления болезни по убыванию их значимости и указанием интенсивности**). Острейший период (**стадия/период**). Оглушение 1 (**нарушение сознания**). Гипертоническая болезнь 3 ст. (**непосредственная причина**). Постинфарктный кардиосклероз (**сопутствующие заболевания**).

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

По своей сути обоснование диагноза является изложением мыслей врача, которые сформировались в ходе осмотра больного. Доктор перечисляет те весомые причины, которые помогли ему прийти к данному диагнозу. Наиболее ясным и точным обоснованием диагноза является обоснование, основанное на общепринятых критериях данной нозологии, то есть доктор в этой части истории болезни перечисляет пункты критериев постановки диагноза, которые помогают ему предположить или выставить тот или иной диагноз. В случае если общепринятые критерии отсутствуют, необходимо привести наиболее значимые пункты из жалоб, анамнеза и результатов объективного осмотра. Например, диагноз выставляется на основании жалоб больного (перечисляются те жалобы, которые наиболее характерны для данной патологии); на основании данных анамнеза (перечисляются наиболее значимые пункты из анамнеза – острота развития, течение заболевания, длительность и т.д., которые указывают на поставленный диагноз); на основании результатов объективного осмотра (указываются особенности поражения, которые помогают в постановке диагноза – локальность, многоочаговость, характер нарушений и т.д.); на основании результатов лабораторного, инструментального, психологического и т.д. обследования (уточняется то, что характерно именно для поставленного диагноза).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

В данном пункте истории болезни доктор высказывает свои сомнения по поводу диагноза, если таковые имеются или же перечисляет схожие с выставленным диагнозом патологические состояния, приводя весомые доводы против этих нозологий. Таким образом, пункт дифференциальной диагностики даёт вклад в пользу обоснования клинического диагноза. Дифференциальный диагноз также основывается на собранных жалобах, анамнезе, результатах объективного, лабораторного и инструментального обследований. Рекомендуется применять общепринятые критерии постановки диагноза для различных нозологий.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Перечисляются методы лабораторного, инструментального и других видов исследований, которые необходимы для постановки, исключения или верификации клинического диагноза, с обоснованием их применения. Например, РКТ головного мозга для верификации сосудистой катастрофы в каротидном бассейне (полушарии), или МРТ головного мозга для исключения опухоли лобной доли, или люмбальная пункция для выполнения ПЦР ликвора с целью исключения инфекции (перечисляются возбудители), или гликемия, гликемический профиль для исключения сахарного диабета, или ЭКДС сосудов шеи и головы для исключения стенозирующего процесса и т.д.

ЛЕЧЕНИЕ

Расписывается терапевтическая тактика, специфичная для поставленного диагноза и необходимая для оказания помощи пациенту. Методы профилактики при необходимости.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ.

1. «ЯВНОЕ СНИЖЕНИЕ СИЛЫ В РУКЕ, НО ПРИ ЭТОМ ИМЕЕТСЯ НЕКОТОРОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ» СООТВЕТСТВУЕТ
 - 1) 2 баллам
 - 2) 3 баллам
 - 3) 4 баллам
 - 4) 1 баллу

2. УДЕРЖАНИЕ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРОБЕ НА СКРЫТЫЕ ПАРЕЗЫ ОЦЕНИВАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ
 - 1) 30 с
 - 2) 60 с
 - 3) 15 с
 - 4) 45 с

3. ТОРПИДНЫЕ РЕФЛЕКСЫ СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩЕМУ ДВИГАТЕЛЬНОМУ ОТВЕТУ
 - 1) имеется соответствующее физиологичное движение
 - 2) рефлекс отсутствуют
 - 3) имеют высокую амплитуду
 - 4) минимальный двигательный феномен рефлекса

4. АСИММЕТРИЯ ДВИГАТЕЛЬНОГО РИСУНКА РЕФЛЕКСОВ
НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) анизорефлексия
- 2) гипорефлексия
- 3) арефлексия
- 4) гипорефлексия

5. «ИЗМЕНЕНИЕ ПОЧЕРКА, СКОВАННОСТЬ ДВИЖЕНИЙ,
ЧАСТЫЕ ПАДЕНИЯ, ДРОЖЬ В РУКАХ, СЛОЖНО НАЧАТЬ
ДВИЖЕНИЕ...» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ

- 1) мозжечковой
- 2) пирамидной
- 3) вегетативной
- 4) экстрапирамидной

6. «ШАТКОСТЬ ПРИ ХОДЬБЕ, НЕ ЗАВИСЯЩАЯ ОТ КОНТРОЛЯ
ЗРЕНИЯ, НАРУШЕНИЯ КООРДИНАЦИИ, ДРОЖЬ В РУКЕ»
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ

- 1) мозжечковой
- 2) пирамидной
- 3) вегетативной
- 4) экстрапирамидной

7. АСИНЕРГИЯ БАБИНСКОГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ
СИСТЕМЫ

- 1) мозжечковой
- 2) пирамидной
- 3) вегетативной
- 4) экстрапирамидной

8. ПОЛУШАРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- 1) нанесением уколов сверху вниз, начиная с уровня ключиц, вниз по туловищу
- 2) симметричным нанесением уколов на правую и левую стороны тела, поочерёдно захватывая все части тела
- 3) нанесением уколов, начиная от верхних отделов конечностей до дистальных фаланг
- 4) нанесением уколов по дерматомам

9. СПИНАЛЬНЫЕ (ПРОВОДНИКОВЫЕ) НАРУШЕНИЯ
ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- 1) нанесением уколов сверху вниз, начиная с уровня ключиц, вниз по туловищу
- 2) симметричным нанесением уколов на правую и левую стороны тела, поочерёдно захватывая все части тела
- 3) нанесением уколов, начиная от верхних отделов конечностей до дистальных фаланг
- 4) нанесением уколов по дерматомам

10. ПОЛИНЕВРИТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- 1) нанесением уколов сверху вниз, начиная с уровня ключиц, вниз по туловищу
- 2) симметричным нанесением уколов на правую и левую стороны тела, поочерёдно захватывая все части тела
- 3) нанесением уколов, начиная от верхних отделов конечностей, до дистальных фаланг
- 4) нанесением уколов по дерматомам

11. СИМПТОМ БЕЛЛА ОЗНАЧАЕТ

- 1) на сколько миллиметров виден белок глаза
- 2) на сколько миллиметров выступают ресницы
- 3) до какого резца пациент способен оскалить зубы
- 4) невозможность совершения теста «надутых щёк»

12. ТЕСТ ФУКУДЫ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ

- 1) третьей пары черепных нервов
- 2) седьмой пары черепных нервов
- 3) восьмой пары черепных нервов
- 4) девятой пары черепных нервов

13. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ 12 ПАРЫ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ
ХАРАКТЕРНО

- 1) смазанная речь по типу «каши во рту»
- 2) поперхивание
- 3) гнусавый голос
- 4) исчезновение голоса

14. «У ПАЦИЕНТА ОСТРО ВОЗНИКЛО НАРУШЕНИЕ РЕЧИ, СТАЛО ТРУДНО ПОДБИРАТЬ СЛОВА, НЕ ДОГОВАРИВАЕТ ИХ» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) сенсорной афазии
- 2) поражения языкоглоточного нерва
- 3) моторной афазии
- 4) нейропатии подъязычного нерва

15. ДЛЯ АФАЗИИ БРОКА ХАРАКТЕРНО

- 1) затруднения с подбором слов
- 2) непонимание смысла фраз
- 3) непонимания инструкций
- 4) «словесная окрошка»

16. СИМПТОМ ЛАСЕГА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ГРЫЖИ НА УРОВНЕ

- 1) шейного отдела позвоночника
- 2) грудного отдела позвоночника
- 3) верхнепоясничного отдела позвоночника
- 4) нижнепоясничного отдела позвоночника

17. ПРОБА ДЛЯ ПРОВЕРКИ МЕНИНГЕАЛЬНОГО СИНДРОМА

- 1) Бабинского
- 2) Кернига
- 3) Нери
- 4) Вассермана

18. ДВОЕНИЕ ПРИ ВЗГЛЯДЕ ВНИЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- 1) глазодвигательного нерва
- 2) отводящего нерва
- 3) промежуточного нерва
- 4) блокового нерва

19. ДЛЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО (ВЯЛОГО) ПАРЕЗА ХАРАКТЕРНО

- 1) гиперрефлексия
- 2) патологические знаки
- 3) гипорефлексия
- 4) повышение мышечного тонуса

20. ДЛЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПАРЕЗА ХАРАКТЕРНО

- 1) атрофия
- 2) патологические знаки
- 3) гипорефлексия
- 4) понижение мышечного тонуса

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

*1 – 2, 2 – 2, 3 – 4, 4 – 1, 5 – 4, 6 – 1, 7 – 1, 8 – 2, 9 – 1, 10 – 3,
11 – 1, 12 – 3, 13 – 1, 14 – 3, 15 – 1, 16 – 4, 17 – 2, 18 – 4, 19 – 3, 20 – 2.*

ПРИЛОЖЕНИЕ

СХЕМА ОСМОТРА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

1. ИССЛЕДОВАНИЕ МОТОРНОЙ АФАЗИИ

Разговорная речь (как заболел, есть ли дети, кем работал и т.д.).

Повторение за врачом трудных по произношению слов и фраз – «триста тридцать третья артиллерийская бригада», «электричество», «кораблекрушение», «сыворотка из-под простокваши».

Автоматизированная речь: счёт (1, 2, 3, 4 и т.д.), дни недели, месяцы (в прямом и обратном порядке) – прямой порядок сохранён, обратный нарушен. Иногда автоматизированная речь выпадает.

Называние показываемых предметов.

2. ИССЛЕДОВАНИЕ СЕНСОРНОЙ АФАЗИИ

Разговорная речь (как заболел, есть ли дети, кем работал и т.д.).

Понимание смысла слов. Показывание названных предметов, отбор указанного количества спичек.

Понимание смысла фраз (чем запирается дверь, какого цвета трава).

Понимание и выполнение инструкций (положить карандаш на стол).

3. ИССЛЕДОВАНИЕ I ПАРЫ

Наличие несуществующих запахов, заболеваний носоглотки.

Проходимость носовых ходов.

Оценка способности чувствовать запахи и идентифицировать их.

4. ИССЛЕДОВАНИЕ II ПАРЫ

Ориентировочное определение остроты зрения.

Ориентировочное исследование полей зрения.

5. ИССЛЕДОВАНИЕ III, IV, VI ПАР

Определение объёма движений глазных яблок.

Оценка зрачковых реакций.

6. ИССЛЕДОВАНИЕ V ПАРЫ

Определение болевой чувствительности на лице (по веточкам тройничного нерва, по зонам Зельдера).

Определение поверхностных рефлексов на лице.

Объём движений жевательных мышц.

Оценка тонуса и трофики жевательных мышц.

Оценка силы жевательной мускулатуры.

7. ИССЛЕДОВАНИЕ VII ПАРЫ

Визуальная оценка симметричности лица.

Оценка объёма движений мимических мышц.

Определение степени сокращения мимической мускулатуры.

Определение рефлексов на лице.

Определение тонуса мимической мускулатуры.

8. ИССЛЕДОВАНИЕ VIII ПАРЫ

Ориентировочное определение остроты слуха.

Оценка вестибулярной порции. Оценка нистагма.

Тест Фукуды.

Поза Ромберга.

9. ИССЛЕДОВАНИЕ IX, X ПАР

Оценка звучности голоса.

Оценка состояния мягкого нёба и глотки.

Оценка глотания.

10. ИССЛЕДОВАНИЕ XI ПАРЫ

Оценка симметричности стояния плеч и шеи.

Оценка объёма движений.

Оценка силы *m. sternocleidomastoideus* и *m. trapezius*.

11. ИССЛЕДОВАНИЕ XII ПАРЫ

Оценка симметричности стояния языка.

Выявление дизартрии.

**12. ИССЛЕДОВАНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
– ПОЛУШАРНОЕ ПОРАЖЕНИЕ**

- Определение поверхностной чувствительности.
- Определение мышечно-суставного чувства.
- Кинестезия кожной складки.

– **СПИНАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ**

- Определение поверхностной чувствительности.
- Определение мышечно-суставного чувства.
- Кинестезия кожной складки.

– **ПОЛИНЕВРИТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ**

- Определение поверхностной чувствительности.
- Определение мышечно-суставного чувства.
- Кинестезия кожной складки.

13. ИССЛЕДОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Оценка объёма движений.

Оценка мышечной силы.

Оценка сухожильных рефлексов.

Оценка патологических рефлексов.

Оценка трофики.

Оценка мышечного тонуса.

14. ИССЛЕДОВАНИЕ КООРДИНАТОРНОЙ СИСТЕМЫ

Ходьба.

Тандемная ходьба.

Пальце-носовая проба.

Пяточно-коленная проба.

Асинергия Бабинского.

15. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ СИСТЕМЫ

Оценка тремора.

Оценка гипокинезии.

Выявление постуральной неустойчивости.

Оценка тонуса (ригидности).

16. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Ортостатическая проба.

Проба Даньини – Ашнера.

Наличие гипергидроза общее/акрогипергидроз (кистей, стоп).

17. ИССЛЕДОВАНИЕ МЕНИНГЕАЛЬНОГО СИНДРОМА

Выявление ригидности затылочных мышц.

Проба Кернига.

Симптом Брудзинского (верхний, средний, нижний).

18. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕРТЕБРАЛЬНОГО СИНДРОМА

Визуальный осмотр.

Оценка объёма движений в позвоночнике.

Пальпация.

Определение симптомов натяжения.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

Скоромец А.А. Нервные болезни: учебное пособие. – 9-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2016. – 560 с.

Дополнительная

1. Биндер Д.К. Черепные нервы: анатомия, патология, визуализация / Пер. с англ.; под ред. П.Р. Камчатнова. – М. : МЕДпресс-информ, 2014. – 296 с.

2. Брандт Т., Дитерих М., Штрупп М. Головокружение / Пер. с англ. – М.: Практика, 2009. – 200 с.

3. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. – М. : МГУ, 1962. – 432 с.

4. Матвеева Т.В. Семиотика поражения черепных нервов с методикой их обследования. – Казань: Слово, 2006. – 152 с.

5. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Неврологический статус и его интерпретация. Учебное руководство для врачей / Под редакцией М.М. Дьяконова. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2013. – 256 с.

6. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Руководство для врачей. – 5-е изд., стереотип. – СПб.: Политехника. 2007. – 399 с.

7. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / Под ред. В.Н. Штока, О.С. Левина. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 520 с.

8. Barohn RJ, McIntire D, Herbelin L, Wolfe GI, Nations S, Bryan WW. Reliability testing of the quantitative myasthenia gravis score. Ann NY Acad Sci. 1998; 841:769-772.

ПРОПЕДЕВТИКА НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ:
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР И ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Учебное пособие

Хафизова Ирина Фаритовна, Якупов Эдуард Закирзянович,
Хакимова Альбина Раисовна и др.

Редактор Деговцова Е.В.

Вёрстка Трофимова А.С.