ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Неврит лицевого нерва

Жалобы: на онемение правой половины лица, перекошенное лицо, незначительную болезненность, невозможность улыбнуться, опущение угла рта. Головные боли в затылочной области, возникающие вечером. Нарушения слуха.

Анамнез заболевания

Анамнез жизни

Семейный анамнез: где и в какой семье родился. Возраст родителей при рождении пациента. Течение беременности и родов у матери. Родился ли в срок, каким по счету. Характер вскармливания. Начало стояния, ходьбы, речи. Как рос и развивался. Учеба в школе.

Трудовой анамнез: когда начал работать, характер и условия работы, профессиональные вредности. Военная служба.

Гинекологический анамнез: время наступления полового созревания, менструальный цикл, беременности, их течения, роды, течение климакса. Состояние здоровья детей.

Материально - бытовые условия.

Характер питания.

Внеслужебные занятия и отдых.

Перенесенные заболевания, в том числе туберкулез, венерические заболевания, травмы, операции.

Вредные привычки: курение, алкоголь, наркотики.

Сведения о состоянии здоровья и болезнях ближайших родственниках (отец, мать, братья, сестры). В случае их смерти - причины.

При наличии наследственного заболевания составляется родословная.

Аллергологический анамнез

Не отягощен

Данные объективного обследования больного

Общий осмотр

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение правильное.

Кожные покровы розовые, сыпи нет, при пальпации эластичные, умеренно влажные.

Видимые слизистые розового цвета, склеры белые.

Подкожно жировой слой выражен умеренно, распределен равномерно, при пальпации отеков нет.

Периферические группы лимфоузлов не пальпируются.

Мышечная система развита по возрасту, сила мышц хорошая.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:

Осмотр

Нос: дыхание через нос свободное.

Гортань: не изменена, голос громкий.

Грудная клетка: нормостеническая, ширина межреберных промежутков умеренная, прямой эпигастральный угол, лопатки плотно прилегают к спине, соотношение передне-заднего и бокового размеров грудной клетки пропорционально; грудная клетка симметрична.

Дыхание: смешанный тип дыхания. Правая и левая половины равномерно участвуют в акте дыхания. ЧД: 18 в минуту. Дыхание ритмичное. Соотношение вдоха и выдоха соответствует норме.

Пальпация: безболезненная, эластичность грудной клетки не изменена.

Голосовое дрожание одинаково на симметричных участках.

Перкуссия легких

Сравнительная перкуссия: ясный легочной звук на симметричных участках.

Топографическая перкуссия:

Таблица 1 Верхняя граница легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Высота стояния верхушек лёгких | Справа | Слева |
| Спереди | на 3 см выше ключицы | на 3 см выше ключицы |
| Сзади | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка | на уровне остистого отростка VII шейного позвонка |

Таблица 2 Нижние границы лёгких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Парастернальная | VI ребро | - |
| Срединно-ключичная | VI межреберье | - |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Таблица 3 Дыхательная экскурсия нижнего края легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Справа | слева |
| Задняя подмышечная | 6 см | 6 см |

Аускультация

Выслушивается везикулярное дыхание над симметричными участками легких. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Хрипы не выслушиваются. Бронхофония одинакова с обеих сторон.

· Система органов кровообращения

Осмотр шеи: патологическая пульсация вен и артерий отсутствуют

Осмотр области сердца: Видимых выпячиваний и пульсации в области сердца не выявлено.

Пальпация

Верхушечный толчок: в 5-м межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии определяется верхушечный толчок, ограниченный, умеренной высоты и силы.

Сердечный толчок: не определяется.

Эпигастральная пульсация: не определяется.

Дрожание в области сердца: (fremitus): не выявлено.

В прекордиальной области пальпация безболезненна.

Перкуссия

Границы относительной и абсолютной сердечной тупости не изменены.

Таблица 4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | на 1 см кнаружи от правого края грудины | левый край грудины |
| Верхняя | верхний край III ребра | хрящ IV ребра |
| Левая | на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии | на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии (на 1 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца) |

Ширина сосудистого пучка - 6 см;

Поперечник относительной тупости сердца - 11 см;

Конфигурация сердца не изменена.

Аускультация

Тоны: Сердечные сокращения ритмичные, ЧСС - 82 ударов в минуту. I тон приглушен. Акцент II тона на аорте. Дополнительные тоны и патологические шумы не выслушиваются. Систолические щелчки в точке проекции трехстворчатого клапана связанные с фазами дыхания,

Исследование сосудов

Исследование артерий: Осмотр и пальпация периферических артерий без особенностей.

Артериальный пульс на лучевых артериях: пульс на обеих руках одинаков, 82 ударов в минуту, ритмичен, среднего наполнения и напряжения; дефицит пульса не выявлен.

Артериальное давление (АД): на плечевых артериях 130/70 мм.рт.ст.

Исследование вен: При осмотре и пальпации шейных вен набухания, пульсации и венного пульса не выявлено. На периферии вены без особенностей.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:

Аппетит хороший . Стул оформленный, регулярный.

При осмотре язык влажный чистый. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания, расширение подкожных вен живота не определяются.

Поверхностная ориентировочная пальпация: напряжение мышц передней брюшной стенки, расхождение прямых мышц отсутствует, пупочное кольцо не расширено. Симптомы Щеткина-Блюмберга и Менделя отрицательны.

Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову-Стражвско: сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого, плотного тяжа, безболезненна, подвижна. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде гладкого эластичного цилиндра, подвижна. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в пупочной области в виде поперечно лежащего цилиндра умеренной плотности, подвижна, безболезненна. Восходящая часть ободочной кишки пальпируется в правой подвздошной области в виде безболезненного тяжа, эластична, подвижна. Нисходящая часть ободочной кишки пальпируется в левой подвздошной области в виде тяжа эластичной консистенции, безболезненна, подвижна.

Перкуссия:

Размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии - 9 см,

по передней среднеключичной линии - 8 см,

по краю реберной дуги - 7 см.

Селезенка определяется на ХI межреберье.

Аускультация: Перистальтика активная. Шума трения брюшины нет.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

Мочеиспускание свободное, не учащено, безболезненно.

Осмотр: при осмотре поясничной области гиперемии кожи, болезненности, припухлости не обнаружено. Поясничные мышцы не напряжены. В надлобковой области ограниченного выбухания не выявлено.

Перкуссия: Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Над лобком после опорожнения мочевого пузыря тимпанический перкуторный звук.

Пальпация: почки и мочевой пузырь не пальпируются.

Аускультация: аускультативно шум трения брюшины над проекцией почек и сосудистый шум над почечными сосудами не определяется

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА:

Жалоб нет.

Первичные и вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Части тела пропорциональны. При пальпации щитовидная железа не увеличена, безболезненная.

Неврологический статус.

Общемозговые симптомы: Сознание ясное. Больная ориентирована в пространстве и времени, хорошо и правильно отвечает на поставленные вопросы, адекватное отношение к собственной болезни. Интеллект развит хорошо, соответствует возрасту. На момент осмотра жалоб на головные боли, судороги нет, но из анамнеза известно, что у больной иногда после переутомления на работе ближе к вечеру появляются непродолжительные головные боли с локализацией в височной области. Также после переутомления отмечаются судороги икроножных мышц, несколько раз были обмороки. Головокружения, шума в голове, тошноты и рвоты нет.

Менингеальные симптомы: менингеальной позы (как следствие рефлекторного тонического сокращения мышц при поражении мозговых оболочек ) нет.

Регидности затылочных мышц (повышенный тонус мышц разгибателей шеи) нет, при попытки пригнуть голову к груди сопротивление не ощущается.

Гиперестезии (повышенная общая кожная чувствительность), светобоязни и гиперакузии (повышенная чувст. к слуховым и зрительным раздражителям) нет.

С-мы Кернига, верхний и нижний Брудзинского, Гиллена, Фанкони, Мейтуса (невозможность сесть в постели при фиксации коленных суставов), отрицательны.

Черепномозговые нервы:

-пара обонятельный нерв: при исследовании аносмия, гипосмия, гиперосмия, дизосмия, справа и слева не выявлена.

-пара зрительный нерв: при исследовании остроты зрения на правый и левый глаз, амавроза (полная потеря), амблиопии (снижение остроты зрения) не выявлено. Острота зрения равна единице. Исследование цветоощущения проводилось с помощью цветовых картинок, ахроматопсия (полная цветовая слепота) и дисхроматопсия (нарушенное восприятие отдельных цветов) не выявлены.

При исследовании полей зрения сужения и выпадения полей зрения нет.

Гемианопсия - выпадение половины поля зрения.

Гомонимная гемианопсия - выпадение одноименных половин полей зрения (правых или левых) каждого глаза.

Гетеронимная гемианопсия - разноименных половин полей зрения (обеих внутренних или наружных).

-пара глазодвигательный ; 4-пара блоковой; 6-пара отводящий нервы: ширина и равномерность глазных щелей не изменена, птоз(парез м. поднимающей верхнее веко), экзофтальм(парез всех мышц инервируемых 3-парой), энофтальм не обнаружен. Парез взора вверх и кнутри при "конвергенции" (поражена 3-я пара), вниз(4-я пара), в стороны(6-я пара), диплопия (двоение в глазах, резко усиливается при взгляде в сторону пораженных мышц), не выявлены. Страбизма "расходящееся косоглазие - при параличе 3-й пары" нет. Форма и величина зрачков одинаковая, реакция на свет (прямая и содружественная) хорошая, снижение р-ии развивается при поражении эфферентной части дуги зрачкового рефлекса.

Расстройства аккомодации, (при параличе m.ciliarae, изменяющей кривизну хрусталика), нет.

-я пара тройничный нерв: при исследовании двигательных волокон нижнечелюстной ветви n.trigeminus. симптомов поражения не выявлено. Так при осмотре атрофии жевательных мышц нет, при пальпации мышц во время акта жевания слабости и дряблости нет, при открывании рта смещения нижней челюсти в сторону не выявлено.

Оценка состояния сознания.

Определяют уровень сознания пациента по степени бодрствования и сохранности реакций на внешние стимулы.

Оценка неврологического статуса.

Высшие психологические функции: оценка высших психических функций начинается уже во время беседы с больным. При сборе анамнеза обращается внимание на настроение пациента, его общую двигательную активность, уровень внимания, быстроту и адекватность ответов на вопросы, его поведение, манеру одеваться, степень ухоженности. Небрежность или неряшливость в одежде, безразличие, апатия и двигательная заторможенность могут свидетельствовать в пользу депрессии либо снижения когнитивных функций. Напротив, способность быстро понять суть вопроса, сформулировать четкий ответ, скорее всего, свидетельствуют о нормальном состоянии психических функций.

Краткая оценка психического статуса (MMSE). Наличие или отсутствие нарушений когнитивных функций позволяет установить степень ориентации в месте, времени, окружающих предметах, собственной личности, а так же оценить внимание и память, что осуществляется методом тестирования. Наиболее распространённым тестом является тест MMSE - краткая оценка психического статуса.

Ориентировка во времени

Ориентировка в месте

Восприятие

Концентрация внимания

Память

Речевые функции

Менингеальные симптомы. Общемозговые симптомы (головная боль, рвота, общая гиперестезия, повышенная чувствительность к слуховым и зрительным раздражителям).

Собственно менингеальные симптомы: менингеальная поза, ригидность мышц затылка (в см.), симптом Кернига (в градусах), симптом Брудзинского - верхний, средний, нижний.

Черепные нервы.

I пара - обонятельный нерв. Обоняние сохранено, снижено (гипосмия), утрачено (дизосмия). Обонятельные галлюцинации.

Исследуется обоняние с помощью нераздражающих пахнущих веществ

(мята, валериана), отдельно справа и слева.

II пара - зрительный нерв. Определение остроты зрения на каждый глаз с коррекцией и без коррекции, цветоощущения, полей зрения. Зрительные галлюцинации. Состояние глазного дна.

III, IV, VI пары - глазовыделительный, блоковой, отводящий нервы. Ширина глазных щелей (нормальная, птоз), экзофтальм, энофтальм, синдром Горнара. Равномерность глазных щелей. Зрачки: величина (мидриаз, миоз), форма (правильная округлая, неправильная), равномерность (неравномерная - анизокория). Реакция зрачков на свет (прямая, содружественная); на конвергенцию и аккомодацию (выражена хорошо, ослаблена, отсутствует). Косоглазие (стробизм) сходящееся и расходящееся. Двоение (диплония). Движения глазных яблок, их объем в стороны, вверх, вниз. Нистагм. Симптом Аргайль-Робертсона (прямой и обратный).

V пара - тройничный нерв. Болевая, температурная, тактильная чувствительность кожи и слизистой оболочек лица, кожи передних отделов волосистой части головы (сохранена, снижена, утрачена, извращена - гиперпатия). Описать границы расстройств чувствительности на лице (зоны 1,2,3 - й ветвей, сегментарные зоны Зельдера). Парестезии, боли (локализация, иррадиация, продолжительность). Чувствительность к давлению точек выхода ветвей нерва (надглазничная, подглазничная и подбородочная). Конъюнктивальный, корнеальный, нижнечелюстной рефлексы (сохранены, снижены, отсутствуют, их равномерность). Жевательная мускулатура (выраженность, напряжения, отрофии). Движение нижней челюсти. Нижнечелюстной рефлекс. Вкус на передних 2/3 языка.

VII пара - преддверно улитковый нерв. Шум в ушах и его характеристика. Острота слуха для каждого уха(гинакузия, анакузия, гиперакузия): шепотная речь, аудиометрия, исследования камертоном на высокие и низкие тона. Слуховые галлюцинации. Проба Ринне (соотношение костной и воздушной проводимости), проба Вебера (асимметрия восприятия звучания камертона, поставленного на середину темени).вестибулярные пробы. Головокружения. Нистагм (горизонтальный, вертикальный, ротаторный). Вестибулярная атаксия.

IX,X пары - языкоглоточный и блуждающий нервы. Пульс, дыхание. Звучность голоса - нормальное, ослабленное, отсутствует - афония, охриплость, носовой оттенок. Глотание - нормальное, затруднено, расстроено (поперхивание при еде, попадание жидкой пищи в нос). Подвижность мягкого неба - достаточная, ослаблена, с какой стороны. Глоточный и небный рефлексы, их живость, равномерность. Вкус на задней трети языка - нормальный, ослаблен, отсутствует. Слюноотделительная функция (чрезмерное саливация, ксеростомия). Бульбарный и псевдобульбарный паралич. При необходимости для выяснения состояния голосовых связок производится ларингоскопия.

XI пара - добавочный нерв. Внешний вид грудинно - ключично - сосцевидных и трапециевидных мышц - нормальный, атрофия, с кокой стороны, степень ее. Объем активных движений при поворотах головы, при поднимании плеч, при сближении лопаток - нормальный, ограничен, с кокой стороны. Кривошея: спастическая, паралитическая.

XII пара - подъязычный нерв. Внешний вид языка: нормальный, атрофия, фибриллярные подергивания (с кокой стороны). Положение языка при высовывании - по средней линии, отклонение в сторону. Объем активных движений языка в стороны, вверх, вниз - нормальный, ограничен. Четкость и ясность произношения - нормальное, дизартрия, анартрия. Паралич: центральный, периферический.

Двигательная сфера

Внешний вид мускулатуры и конечностей. Необходимо отметить наличие атрофии или гипотрофии, их локализацию, наличие гипертрофии мышц. Обращается внимание на фасцикуляции - спонтанные, перегулярные, заметные на глаз мышечные подергивания, неспособные вызвать движения в суставах.

Проверяется объем активных и пассивных движений.

Активные движения исследуются следующим образом. Больному предлагают поднять руки вверх, развести в стороны, вытянуть вперед, согнуть и разогнуть в локтевых и лучезапястных суставах, сжать пальцы в кулак и разжать их, раздвинуть и сблизить пальцы, противопоставить большой палец остальным, произвести сгибание и разгибание, отведение и приведение бедра, сгибание и разгибание в коленном суставе, тыльное и подошвенное сгибание стопы, супинацию и пронацию стопы, сгибание и разгибание пальцев ног. Проверяется стояние и ходьба на пятках и на носках. Оценивается объем активных движений в суставах конечностей: в норме, если ограничен, то указать, в какой степени и в каких суставах.

Пассивные движения исследуются во всех суставах конечностей. Обращается внимание на объем движений, наличие контрактур и анкилозов. Если пассивные движения ограничены то обозначается степень ограничения (в градусах) и предполагаемая причина (вследствие тугоподвижности в суставах, повышения мышечного тонуса, болевого синдрома и др.).

Исследуется мышечная сила в каждой мышечной группе (сгибатели и разгибатели). Силу мышц оценивают тем сопротивлением которое оказывает больной исследующему.

Мышечная сила оценивается по пятибалльной шкале. Мышечная сила в кисти проверяется динамометром.

Термином паралич обозначают отсутствие активных движений, парез - это не полный паралич. Моноплегия - паралич одной конечности, гемиплегия - паралич мышц руки и ноги на одной стороне тела, нижняя параплегия - паралич обеих ног, тетраплегия - паралич всех четырех конечностей. Фиксируются результаты пробы Барре (верхней и нижней) - положительная или отрицательная и с какой стороны. При проведении верхней пробы Барре больной с закрытыми глазами удерживает вытянутые вперед руки, при этом паретичная рука опускается книзу. Нижняя проба Барре проводится в положении больного лежа, согнутые в коленных суставах и разведенные ноги просят удерживать, сколько возможно: при этом паретичная нога опускается.

Состояние мышечного тонуса определяется во время пассивных движений и при ощупывании мышц. Исследование мышечного тонуса целесообразно проводить у больного лежащего на спине. Добившись полного расслабления мышц, попеременно проводят ряд повторных пассивны

х движений в суставах рук (локтевых, лучезапястных) и ног (коленных, голеностопных). В норме при пассивных движениях, даже при максимальном расслаблении мышц, ощущается легкое, равномерное с обеих сторон сопротивление. Могут наблюдаться изменения мышечного тонуса в виде понижения - гипотония, утраты тонуса - атония, повышения - гипертония.

Различают повышение мышечного тонуса: по пирамидному типу (мышечная спастичность), по экстрапирамидному типу (мышечная ригидность, пластическая гипертония), по смешанному типу. Отмечается наличие феномена зубчатого колеса, синкинезий.

При исследовании двигательной активности больного определяется, нет ли бедности, замедленности движений (олигобрадикинезия). Наличие непроизвольных избыточных движений - гиперкинезов.

При описании гиперкинезов следует отмечать их амплитуду, темп, ритм, стереотипность или разнообразие, постоянство или лабильность, степень выраженности, исчезают ли они во сне, отчего усиливаются.

Припадки. Изменяются ли припадки. Если они бывают, то возникают с потерей или без потери сознания, с судорогами или без судорог. Если возникают судороги, то они симметричны или несимметричны.

При припадках имеются ли сопутствующие симптомы: крик, остановка дыхания, цианоз лица, прикус языка, непроизвольное мочеиспускание, травмы.

Рассматривается вопрос о характере припадка: генерализованный, парциальный, бессудорожный и пр.

Координация движений. Устойчивость в позе Ромберга (простой и усложненной).

Координаторные пробы: пальценосовая, пяточно-коленная - выполняются правильно или с промахиванием, с интенционным тремором. Отмечается наличие гиперметрии, адиадохокинеза, симптома «обратного толчка». Асинергия. Крупный угловатый почерк.

Походка. Для исследования походки больному предлагают сделать несколько шагов с открытыми, а затем с закрытыми глазами, быстро повернуться, остановиться, пройти по прямой линии. Проверяется фланговая походка - шаговые движения в стороны. Обращается внимание на расположение ног при ходьбе, устойчивость, отклонения в стороны, наличие содружественных движений рук.

Рефлекторная сфера.

Различают глубокие рефлексы (рефлексы на растяжение мышц) и поверхностные (кожные и со слизистых оболочек). В клинической практике обычно бывает достаточно исследования рефлексов с сухожилий двуглавой и трехглавой мышц плеча, запястно-лучевого (карпорадиального), коленного и ахиллова рефлексов, кожных брюшных и подошвенных рефлексов. Однако в ряде случаев возникает необходимость оценки глубоких брюшных, кремастерного и анального рефлексов. Каждый рефлекс изучается по очереди с двух сторон. Следует описывать выраженность рефлексов справа и слева, используя общепринятые буквенные обозначения: d=s; d>s; d<s. Клонусы. Патологические рефлексы. Стопные патологические рефлексы. Кистевые патологические рефлексы. Защитные рефлексы. Синкипелии.

Чувствительность.

Боли (местные, проекционные, иррадиирующие, их характер). Парастезии - описать их характер, степень, локализацию. Болезненность при надавливании на нервные стволы (если имеется, то указать, в каких точках и степени ее).

Симптомы натяжения седалищного нерва - Ласега (в градусах), Нери, Бонне; бедренного нерва - Вассермана, Мацкевича.

Анталгические позы больного, Анталгический сколиоз, лордоз, кифоз.

Поверхностные виды чувствительности: болевая, температурная, тактильная. При нарушении поверхностной чувствительности указать, в каких участках кожи отмечены изменения, какого харакиера - гинестезия, анестезия, гиперестезия, гиперпатия.

Глубокие виды чувствительности: мышечно-суставное чувство, вибрационная чувствительность. При описании мышечно-суставного чувства указать, в каких суставах и в какой степени оно расстроено.

Сложные виды чувствительности, стереогноз, двумерно пространственное чувство, тактильная дискриминация двух почек. Сознание положения тела и частей в пространстве.

Определение типа расстройств чувствительности, периферический (невральный, полиневритический, плекситический, корешковый), спинальный (сегментарный, проводниковый), церебральный (альтернирующий, гемианестезия, моноанестезия). Синдром Броун-Секара.

Вегетативно-трофические нарушения.

Местные изменения окраски кожи, пигментации, температуры, трофики кожи, эритемы, гиперпигментации, денигментации, локальный гипертрихоз, алопеции, истончение и сухость кожи, ломкость или утолщение ногтей, трофические язвы, лейкоплакии, пролежни. Трофические расстройства жировой ткани - липодистрофия, мышц - миодистрофия, костей, суставов - остеопатия, артропатия. Акроцианоз, мраморность кожи. Хейрометалия. Эритромелалгия. Потоотделение - нормальное, повышеное, понижено, на каких участках. Салоотделение. Пульсация тыльной артерии стопы и задней большеберцовой артерии. Местный и рефлекторный дермографизм. Ортостатическая, клиностатическая пробы, глазосердечный рефлекс Ашнера. Болезненность при пальпации вегетативных узлов и сплетений. Синдром Клода Бернара - Горнера. Экзофтальм.

Тазовые функции: расстройства мочеиспускания - задержка, расстройства акта дефекации - задержка, недержание, расстройства половых функций - эрекции, либидо.

Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования.

. температура тела и ее динамика.

. результаты лабораторных исследований: клинических, биохимических, серологических и т.д. в зависимости от показаний.

. результаты рентгенологических исследований.

. результаты функционально-инструментальных исследований.

. результаты нейровизуализационных исследований (КТ, МРТ).

. прочие.

По результатам каждого из исследований делается заключение: норма или патология, в последнем случае - в чем она проявляется.

Обоснование диагноза, его формулировка. Дифференциальный диагноз.

Для обоснования диагноза анализируются жалобы, данные анамнеза и объективного обследования больного. Проводится тщательный патогенетический анализ выделенных признаков, их совокупная оценка с учетом особенностей клинической картины и течения заболевания. Анализируется так же данные, полученные с помощью лабораторных и инструментальных методов исследования. По совокупности полученных результатов делается заключение об имеющихся патологий и оформляется диагноз.

При формулировке диагноза учитывается современная классификация болезни - МКБ - Х. В структуре клинического диагноза выделяют диагноз основного заболевания (ОЗ), диагноз осложнений основного заболевания (ООЗ), диагноз сопутствующих болезней (СЗ).

С учетом основных выявленных клинических синдромов проводится дифференциальный диагноз с заболеваниями имеющими сходное проявление.

Целесообразно отразить мнение об этиологии и патогенезе данного заболевания.

План обследования и лечения.

Описываются планируемые методы обследования и лечения больного, в том числе режим, диета, лекарственная и не лекарственная терапия с конкретным обоснованием их необходимости и специфичности.

При соответствующих показаниях к хирургическому лечению обсуждается его необходимость.

Дневник.

Ведется ежедневно или через день. Содержит сведения, отражающие клиническое мышление врача о данном больном. В дневнике регистрируется динамика состояния больного за истекшие сутки, изменения в неврологическом и соматическом статусе, оцениваются результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Обосновывается необходимость дополнительных исследований и консультаций смежных специалистов. рефлекторный неврологический больной

Анализируется эффект от проводимой терапии и в случае необходимости обосновывается целесообразность внесения коррективов.

Выписной эпикриз.

В эпикризе указываются:

. Сроки пребывания больного в стационаре.

. Развернутый клинический диагноз.

. Результаты обследования больного в виде основных синдромов и наиболее важных в диагностическом отношении данных дополнительных методов лечения.

. Проведенное лечение, включая режим, диету, лечебную физкультуру, физиотерапию, медикаментозные средства. При этом для таких препаратов, как антибиотики, сульфаниламиды, кортикостероидные, гормоны, указываются курсовые дозы.

. Течение болезни и ее особенности у данного больного, динамика основных симптомов.

. Исход болезни: полное выздоровление, не полное выздоровление, значительное улучшение, не значительное улучшение, состояние без перемен, ухудшение; прогноз в отношении трудоспособности, годности к военной службе.

. Рекомендации при выписки относительно режима, трудоустройства, диеты, целесообразности продолжения конкретной медикаментозной терапии, санитарно-курортного лечения.