КОМИ ФИЛИАЛ КИРОВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Кафедра неврологии и психиатрии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Методические рекомендации

для студентов IV курса лечебного факультета

Издание 3-е

СЫКТЫВКАР 2012

Методические указания подготовлены зав. кафедрой неврологии и психиатрии Коми филиала Кировской Государственной медицинской академии профессором, д.м.н. Пениной Г.О.

Рецензент: зав. кафедрой медико-биологических дисциплин, ак. МАНЭБ, доцент, к.м.н. Иванов С.В.

Методические рекомендации утверждены на заседании учебно-методической комиссии Коми филиала Кировской государственной медицинской академии, 30 октября 2003 г., протокол № 25, п.1.1.

**ВВЕДЕНИЕ**

Наши рекомендации базируются на том, что последо­вательность и систематичность обследования больного и соответственно оформление истории болезни необходимы по ряду причин. Во-первых, это - обилие неврологиче­ских симптомов и синдромов, нуждающихся в упорядочении. Так, например, только стопных, патологических рефлексов описано более 40, менингеальных симптомов -свыше 25 и т. д. Весьма обильна неврологическая терминология. Во-вторых, недостаточно четкая система описания статуса чревата опас­ностью пропустить какие-либо важные признаки болезни. Нао­борот, фиксация отсутствия каких-либо других симптомов может совершенно изменить ход диагностической мысли. Поэтому следует фиксировать в истории болезни не только нали­чие, но и отсутствие тех или иных симптомов.

В-третьих, без системы в изложении истории болезни за­трудняется логика диагностического процесса. В его основе лежат определенные, выработанные теорией и практикой медицины, программы. Ставятся последовательные задачи, от­веты на которые ищет врач, применяя соответствующие прие­мы (методы) исследования. Программа диагностики может состоять, например, в решении следующих последователь­ных задач:

1) имеется ли у больного поражение нервной системы?

2) если имеется, носит ли оно функционально-динамиче­ский, органический или смешанный характер?

3) если заболевание органическое, является ли оно одно- или многоочаговым?

4) в каких отделах нервной системы (двигательном, чувст­вительном, вегетативном и т. д.) локализуются очаги?

5) каков уровень поражения этих отделов (перифериче­ский, спинальный, церебральный)?

6) какова более точная локализация очагов (сторона, сег­мент спинного мозга, извилина коры головного мозга и т.д.)?

7) какова взаимосвязь очагов?

В некоторых случаях сопоставление жалоб больного, анам­неза с топикой поражения уже позволяет предположить опре­деленный характер заболевания. Например, постепенно нара­стающее проводниковое расстройство чувствительности, кото­рому предшествовал период корешковых болей и к которому позже присоединились остальные компоненты синдрома Броун-Секара, довольно типично для экстрамедуллярной опухо­ли спинного мозга.

Однако обычно для клинического диагноза необходимы и другие данные, детали развития заболевания, анамнеза жиз­ни, результаты тщательного соматического, неврологического и дополнительных методов обследования, нередко также - ре­зультаты динамического наблюдения. Лишь сопоставляя всю эту информацию, врач может обосновать клинический диаг­ноз и исключить сходные заболевания.

Определенная система ведения истории болезни не только способствует этому, но и экономит время, а также предопре­деляет правильность и своевременность лечебных назначений, обоснованность выводов при решении вопросов трудовой, военной, судебно-медицинской, медико-генетической экспер­тизы. Вместе с тем, последовательность разделов истории бо­лезни нельзя канонизировать. В некоторых случаях удобнее несколько иное расположение разделов, когда требуется по­ставить на первый план ведущие симптомы заболевания.

При изложении жалоб больного важна их целенаправлен­ная детализация. Например, выяснение локализации, постоян­ства, длительности, интенсивности, характера головной боли, зависимости ее от различных факторов (время дня, положе­ние тела, эмоции, термические влияния и пр.), сопутствующих явлений (тошнота, рвота и др.) во многих случаях значи­тельно облегчает диагностику. Столь же важно при изложе­нии истории данного заболевания определить первые симпто­мы, их давность, возможные связи с другими заболеваниями и внешними причинами, хронологическую последовательность развития других симптомов, изменения состояния под влияни­ем лечения (или без лечения).

Необходимо уделить внимание семейному анамнезу. Это позволяет иногда установить прямую генетическую связь дан­ного заболевания, в других случаях -получить данные косвенные, но важные для диагностики (например, наличие в семье сосудистых заболеваний, сифилиса, туберкулеза, токсоплазмоза, аллергических состояний и др.). История жизни данного больного также нередко позволяет установить этиологические или способствовавшие заболеванию факторы. У неврологиче­ских больных особое значение имеют вирусные инфекции, травмы черепа и позвоночника, бытовые, производственные, психоэмоциональные вредности, а также перенесенные или имеющиеся соматические заболевания.

Значительная часть неврологических заболеваний является либо следствием (осложнением) других заболеваний (ЛОР-органов, сердечно-сосудистых, эндокринных и др.), либо при­чиной ряда висцерально-вегетативных расстройств. Поэтому важно тщательное соматическое обследование. Например, ха­рактер мозгового инсульта во многом проясняется при обна­ружении патологии периферических сосудов или клапанов сердца. Поэтому невропатолог обязан обследовать соматичес­кий статус с той же полнотой, что и терапевт. При отсутствии отклонений от нормы описание этого статуса может ограни­читься самыми необходимыми сведениями. Но при наличии патологии последняя должна быть описана с максимальной полнотой.

В равной мере более сжато могут излагаться те разделы неврологического статуса, которые свидетельствуют об отсут­ствии патологии. Однако полностью пропускать какие-либо разделы истории болезни нецелесообразно. Обнаруженные симп­томы должны излагаться с максимальной полнотой, отражая их своеобразие для данного больного.

Даже если полученные данные кажутся достаточными для тех или иных выводов, нельзя пренебрегать дополнительной доступной информацией. Например, симптом Ласега без ука­зания угла подъема конечности мало дает для дальнейшего суждения о динамике процесса, тем более при невротических фиксациях или аггравации. Более того, в подобных случаях важно сопоставить «классический», хорошо известный не только врачу, но и больному прием исследования с его моди­фикациями (симптомы посадки, Розе и др.). Поэтому схема истории болезни должна предусматривать исследование од­них и тех же функций разными приемами, что, конечно, необ­ходимо не во всех случаях.

В учебную историю болезни вносятся данные термометрии тела, результаты лабораторных, рентгенологических и других исследований, заключения консультантов других специальностей. Важным разделом является обоснование топического и клинического диагноза. Этот раздел служит показателем зре­лости врачебного мышления и способности врача в своей практической работе самостоятельно и правильно решать во­просы диагностики и лечения.

Обоснование диагноза иногда удобнее начинать не с определения локализации очага, а с характера основного за­болевания, затем - его неврологического осложнения. Но в любом случае формулировка клинического диагноза должна включать: а) этиологию и патогенез (основное заболевание, его осложнения), б) морфологический субстрат поражения, в) локализацию очагов, г) стадию (фазу) заболевания, д) ха­рактер нарушения функций нервной системы.

Для обоснования клинического диагноза привлекаются все необходимые данные: жалобы, анамнез, соматический, невро­логический статус, дополнительные исследования, наблюдение в динамике, консультации специалистов и т. д. Учебная исто­рия болезни предусматривает также проведение в письменном виде дифференциального диагноза с целью приучить обучаемых к поискам сходства и различий ряда заболеваний и в связи с этим – к поискам необходимой дополнительной информации. Во избежание излишних затрат времени не рекомендуется письменно излагать все симптомы дифференцируемых заболе­ваний (что служит предметом клинических разборов). Доста­точно указать сходные проявления и убедительные различия этих заболеваний. При этом используются все имеющиеся данные истории болезни. В случаях, когда еще нет твердой уверенности в окончательном диагнозе, следует указать, какие исследования необходимы для уточнения диагноза.

Куратор должен в конспективной форме изложить принци­пы лечения данного заболевания вообще и составить план лечения данного больного, исходя из его индивидуальных осо­бенностей, стадии и течения болезни. В дневниках отобража­ется динамика ведущих, наиболее характерных симптомов. При этом, а также при выявлении новых симптомов рацио­нально придерживаться той же последовательности изложе­ния статуса, что и при первичном осмотре. Это облегчает сравнение состояния больного на разных этапах заболевания. На полях дневников отмечаются лечебные и диагностические назначения.

Очень важна правильность составления эпикриза. Эпикриз должен сочетать разумную краткость с полнотой описания сведений. Наиболее рационален эпикриз с использованием самых существенных жалоб и данных анамнеза, выделением ведущих проявлений болезни (по возможности симптомы объединяются в синдромы). Результаты обычных дополни­тельных исследований (клинические анализы крови и мочи, данные рентгенологических исследований, ЭКГ и др.), кон­сультаций специалистов, если они не свидетельствуют о па­тологии, могут излагаться сжато. Но любые патологические отклонения должны быть отмечены подробно. Результаты ликворологических, биохимических, серологических исследо­ваний приводятся полностью даже при отсутствии патологи­ческих проявлений, т. К. могут понадобиться для сравнения в динамике. Далее в эпикризе приводятся сведения о прове­денном лечении. Общепринятые дозировки медикаментов не всегда следует подробно указывать. Так, можно ограничиться суммарным количеством лечебного, препарата (антибиоти­ки - в миллионах единиц, преднизолон – в миллиграммах, и т. д.), количеством инъекций (прозерин, витамин В1, алоэ и др.), количеством дней приема (аналгетики и др.). Любое индивидуализированное изменение стандартных способов лечения и дозировок должно отмечать­ся. Указываются также характер и количество принятых фи­зиотерапевтических процедур и прочих манипуляций (новокаиновые блокады, гемотрансфузии, рентгенотерапия, лечебная гимнастика, вытяжение позвоночника и т. д.). Нужно отме­чать случаи непереносимости лекарств и различных процедур (аллергические реакции, парадоксальные реакции и др.). Обя­зательно указывается, в каком направлении и в какой степе­ни конкретно изменились за время лечения главнейшие симптомы заболевания. Неправильно констатировать лишь «улучшение» или «отсутствие улучшения». В заключение эпикриза излагаются и обосновываются дальнейшие рекомен­дации лечебно-профилактические, трудовые, бытовые, если необходимо – экспертные, медико-генетические.

**ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

Коми филиала ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия»

Кафедра неврологии и психиатрии с курсом профессиональных болезней

Зав.кафедрой

Профессор, д.м.н. Пенина Г.О.

Преподаватель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Больной (фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Клинический диагноз:

Основной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Куратор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Студент \_\_\_\_\_\_\_ группы \_\_\_\_\_ курса

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ факультета

Дата начала курации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата окончания курации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОБЩИЙ ПЛАН НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

1. Паспортная часть
2. Жалобы больного
3. Анамнез настоящего заболевания
4. Анамнез жизни больного
5. Данные объективного исследования:
   * соматический статус
   * неврологический статус
6. Синдромологический диагноз
7. Предварительный диагноз
8. План обследования больного
9. Данные дополнительных лабораторных и инструментальных исследований
10. Дифференциальный диагноз
11. Полный развернутый (клинический и топический) диагноз с обоснованием основного и сопутствующих диагнозов, их осложнений и степени функциональной недостаточности
12. План лечения данного больного
13. Дневник наблюдения за больным
14. Эпикриз
15. Прогноз (для выздоровления, жизни, трудоспособности)

**РЕКОМЕНДУЕМАЯ СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО БОЛЬНОГО

ВОЗРАСТ

ПОЛ

ОБРАЗОВАНИЕ

ПРОФЕССИЯ

МЕСТО РАБОТЫ

ДОМАШНИЙ АДРЕС

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ В КЛИНИКУ И ДИАГНОЗ В НАПРАВЛЕНИИ

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

ДАТА ПЕРВИЧНОГО ОСМОТРА (для тяжелых больных - и час осмотра)

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

Выявление жалоб производят тщательно, выделяя основные и дополнительные. В истории болезни жалобы излагаются целенаправленно в зависимости от предполагаемой патологии. При этом основные жалобы, определяющие тяжесть состояния пациента, излагаются подробно, в развернутом виде. Так, например, при болевом синдроме необходимо указать локализацию болей, их иррадиацию, продолжительность, характер и интенсивность, взаимосвязь с другими проявлениями болезни, средства, купирующие или облегчающие боль и провоцирующие ее возникновение и т.д.

Следует обращать внимание и на начальные проявления заболеваний неспецифического характера: повышенная утомляемость, раздражительность/ нарушение сна и т.д.

Отмечать также жалобы, не высказанные больным, а выявленные при опросе родственников или сопровождающих больного лиц.

**ИСТОРИЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Описание течения настоящего заболевания в динамике от появления первых симптомов до дня обследования куратором.

Первые симпто­мы, время их появления, возможная связь с внешними фак­торами (инфекция, травма и т. д.), имеющимися соматически­ми и неврологическими заболеваниями, психогенными факто­рами и др. Острое, подострое, постепенное начало. Последовательность и характер дальнейшего развития симптомов. Лечение и его результаты - до дня начала курации. Течение болезни (стабильное, регрессирующее, на­растающее, ремиттирующее, рецидивирующее). Проводившееся лечение и его эффективность. Данные ранее полученных дополнительных исследований.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ.**

Место рождения. Наличие осложнений у матери во время беременности, в период родов, послеродовом периоде. Развитие в детстве. Время наступления полового созревания. Учеба. Трудовая деятельность. Условия жизни, питание. Перенесенные заболевания, травмы, интоксикации. Хирургические операции. Производственные вредности. Семейно-наследственный анамнез (аналогичные и другие заболева­ния нервной системы, сосудистой и др. систем у родственников, сифилис, алкоголизм, туберкулез в семье, количество детей, их здоровье, наличие выкидышей, мертворождений). Родство между родителями. Наследственные заболевания в семье. При наследственном характере данного заболевания - генетиче­ская схема (родословная). У женщин - количество беремен­ностей, мертворождений, абортов, выкидышей, течение бере­менностей и родов. Причины смерти близких родственников. Аллергологический анамнез.

**СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Общий вид, общее состояние. Температура тела. Телосло­жение, упитанность. Положение в постели, поза тела, конечностей, головы. Кожа, ее придатки, слизистые оболочки. Наличие трофических расстройств. Полость рта. Лимфоузлы. Суставы, кости, позвоночник (деформации, ано­малии, болезненность при перкуссии). Череп (размеры, деформации, асимметрии, рубцы, дефекты тканей, перкуссия черепа). Наличие признаков дизрафического статуса.

Органы дыхания (при этом должны найти отражение частота дыхания, форма грудной клетки, результаты пальпации, перкуссии, аускультации). Органы кровообращения (характеристика пульса, артериальное давление (справа и слева; при гипертонии целесообразно повторное измерение в середине и в конце осмотра)). Осмотр и пальпация сосудов и сердечной области. Сердце (границы, данные аускультации). Периферические артерии и вены. Органы брюшной полости. (Описание ротовой полости, описание живота по результатам осмотра, пальпации. Должны быть представлены размеры печени по Курлову. В случае выявления патологии – более подробное описание). Мочеполовая система (наличие дизурических явлений, результаты пальпации, перкуссии). Эндокринная система (гипо­физ, надпочечники, щитовидная, половые железы - симптомы их дисфункции).

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

**а. Общемозговые и менингеальные симптомы**

**Сознание** (ясное, затемненное, спутанное, оглушенность, загруженность, сопор, кома, возбуждение). Наличие синкопальных состояний (обмороков): частота, длительность, связь с положением тела (ортостатические обмороки), движениями головы (синдром Унтерхарншайда), кашлем (беталепсия, пертуссолепсия), нарушениями сердечной деятельности (арит­мии, синдром Морганьи-Эдемса-Стокса), отрицательными эмоциями и др. факторами. Особенности выражения лица.

**Головные боли** (подробная характеристика).

**Головокруже­ния** (системные, несистемные, в какую сторону ощущает вращение). Тошноты, рвоты - их связь с головной болью и головокружением

**Шум в голове. Застойные явления на глазном дне.**

Менингеальная **поза** (контрактура). Общая гиперестезия. Фотофобия. **Оболочечные симптомы:** ригидность мышц затыл­ка, симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний, ниж­ний, скуловой), скуловой Бехтерева, бедренный Гиллена. У детей - симптом Лессажа («подвешивания»). Точки Керера. Тенториальный синдром Бурденко - Крамера.

**б. Черепные нервы**

**1-я пара (обонятельный нерв).** Аносмия, гипосмия, дизосмия, обонятельная агнозия, обонятельные галлюцинации. Одно- или двусторонние расстройства.

**2-я пара (зрительный нерв).** Острота зрения. Ориентиро­вочное определение полей зрения. Цветоощущение. Состояние глазного дна.

**3-я, 4-я, 6-я пары (глазодвигательный, блоковый, отво­дящий нервы).** Зрачки: ширина, форма, равномерность. Реак­ции: на свет (прямая и содружественная), аккомодацию и конвергенцию. Миотоническая реакция. Диссоциированные реак­ции (прямой и обратный синдром Аргайла - Робертсона, синд­ром Эйди). Ширина и равномерность глазных щелей. Птоз верх­них век. Диплопия (при каком положении глаз). Косоглазие (сходящееся, расходящееся, типа Мажанди). Объем движений глазных яблок, парезы глазодвигательных мышц. Парезы взора. Синдром Парино. Судороги взора. Плавающие движе­ния глазных яблок. Экзофтальм.

**5-я пара (тройничный нерв).** Боли и парестезии в лице. При приступах болей -их описание (первичная локализация боли, распространение, мимические и вегетативные реакции и т.д.). Болезненность точек выхода ветвей нерва. Курковые зоны. Чувствительность лица и передних 2/3 языка. Зоны Зельдера. Напряжение и атрофии жевательной мускулатуры, ее спазмы. Движения нижней челюсти при жевании. Корнеальный и конъюнктивальный рефлексы. Массетер-рефлекс.

**7-я пара (лицевой нерв).** Осмотр: симметричность лица, лобных, носогубных складок. Мимические движения: появле­ние асимметрий при наморщивании лба, подъеме бровей, оскаливании зубов, надувании щек, улыбке, свисте. Лагофтальм, симптомы Белла, Ревийо, ресниц. Спазмы и тики лицевых мышц. Слезоотделение. Вкус. Гиперакузия. «Симптом паруса».

**8-я пара (слуховой нерв).** Острота слуха (разговорная, шепотная речь). Шум в ушах (ха­рактер, постоянство). Пробы Вебера, Ринне, Швабаха. Функции вестибулярного нерва - нистагм (горизонтальный, вертикальный, ротаторный, крупно- или мелкоразмашистый, постоянный, пароксизмальный, установочный), системное головокружение.

**9-я, 10-я пары (языкоглоточный и блуждающий нервы).** Голос (носовой оттенок, охриплость, афония). Артикуляция - бульбарная и псевдобульбарная дизартрия. Подвижность мяг­кого неба при фонации (отвисание, отклонение язычка). Глотание. Глотательная проба Бурденко - Венсана. Вкусовая чув­ствительность задней 1/3 языка. Чувствительность глотки. Гло­точный и небный рефлексы. Висцеральные функции вагуса (изменения пульса, дыхания, спазмы гладкой мускулатуры и др.). Невралгические боли, глоссалгии.

**11-я пара (добавочный нерв).** Повороты головы в стороны, пожатие плечами - объем движений и сила мышц. Кривошея. Атрофии грудинно-ключично-сосцевидных и трапециевидных мышц.

**12-я пара (подъязычный нерв).** Движения языка при высовывании и во рту, его де­виация при высовывании. Атрофии языка. Фибриллярные по­дергивания. Артикуляция.

**в. Двигательные функции конечностей и туловища**

**Активные движения.** Объем и темп движений головы, ко­нечностей, туловища. Заторможенность, скованность движе­ний, олиго- и брадикинезия. Походка -спастическая, паретическая, спастико-паретическая, циркумдуцирующая, «петушиная», «штампующая», «утиная», торсионная, истерическая (Тодта) и др. Пропульсия, ретропульсия, латеропульсия. Парадоксальные кинезии. Анталгические позы.

**Сила мышц.** Мышечная сила в баллах (по 5-ти балльной шкале). Сравнение силы одноименных мышц справа и слева. Пробы на скрытый парез (симптомы Барре - верхний, нижний, псоас-симптом; симптом Мингаццини; симптомы «Будды», Вендеровича, стопный Боголепова).

**Трофика мышц.** Атрофии - их локализация, степень. Из­мерение окружности конечностей при наличии атрофии. Де­формации, связанные с атрофиями: крыловидные лопатки, осиная талия, «когтистая», «обезьянья» кисть, «конская» стопа и др. Гемиатрофии. Псевдогипертрофии.

**Пассивные движения.** При нарушении активных движе­ний - отграничение парезов от анкилозов, не-неврогенных контрактур, анталгических (щадящих) поз.

**Мышечный тонус.** Атония, гипотония, гипертония, пласти­ческая ригидность (степень и локализация). Симптомы «зуб­чатого колеса», «складного ножа». Проба Нойка. Симптом Оршанского. Периодические изменения тонуса - миотонические, миастенические. Миотонические «ровик» и «валик». Горметония. Тонические контрактуры (Вернике - Манна, таламическая рука, флексорные контрактуры и др.).

**Подергивания мышц.** Фибрилляции, фасцикуляции — по­стоянство, локализация.

**Гиперкинезы.** Локализация, характер (дрожание, хорея, атетоз, тики, торсионный спазм, лицевые спазмы, кривошея, миоклония и др.), амплитуда, ритмичность, постоянство, частота, связь с внешними факторами, эмоциями, сном, позой. Авто­матизированная жестикуляция.

**Припадки.** Характер припадка. Ауры. Характер судорог - локальные, генерализованные. Частота припадков. При локальных припадках - их первичная локализация, распространение («джексоновский марш»). При общих припадках - последовательность фаз (тонической, клонической). Сопутствующие явления - состоя­ние сознания, прикусывание языка, непроизвольный энурез, манерное поведение и др. Состояние после припадка - созна­ние, сон, рефлексы и др. Параличи Тодта. Эпилептический статус - интенсивность, длительность, число припадков, дли­тельность интервалов между ними, влияние противосудорожных средств, состояние сердечной деятельности, дыхания, артериальное давление, пульс.

**Другие пароксизмальные двигательные синдромы.** Миоплегия, катаплексия, «приступы падения». Интенционные и профессиональные судороги.

**Координация движений**. Пробы: пальценосовая, указательная, пяточно-коленная (промахивание, дисметрия, интенционное дрожание). Адиадохокинез. Нистагм. Скандированная речь. Атактическая походка. Астазия - абазия. Проба Александера. Пробы Шильдера, Тома. Асинергии Бабинского (в вертикальном положении, при попытке сесть из лежачего по­ложения). Симптом Стюарта - Холмса. Устойчивость в позе Ромберга (обычной и «сенсибилизированной»). Координаторные пробы проводятся при открытых, и закрытых глазах. Нистагм (исследуется сидя, лежа и при разных положениях головы).

**Синкинезии.** Отсутствие физиологических синкинезий (ахейрокинез и др.). Абдукторная и аддукторная синкинезии Раймиста. Координаторные, имитационные и глобальные син­кинезии. Синкинезии лица.

**г. Рефлексы**

**Сухожильные и периостальные рефлексы:** с сухожилий би­цепса, трицепса, периоста шиловидного отростка лучевой кости, коленные, с ахилловых сухожилий, медиоплантарные (равномерность, повышение, снижение, отсутствие, тоничность,. маятникообразность, порог, рефлексогенные зоны). Симптом Гордона II.

**Кожные рефлексы:** верхние, средние, нижние брюшные, кремастерные, подошвенные, анальный.

**Клонусы -** стопный, пателлярный, кистевой, ягодичный.

**Стопные патологические рефлексы.** Экстензорные: Бабинского, 0ппенгейма, Гордона, Шеффера, Пуссепа, Гроссмана, Штрюмпеля и др. Флексорные: Россолимо, Жуковского - Кор­нилова, Бехтерева-1, Бехтерева-П, Бинга, Маркова - Римбо.

**Аддукторные и ротаторные рефлексы:** Раздольского, Платонова, Членова, Мари, Бальдуччи.

**Оральные патологические рефлексы:** хоботковый, губной (Тулуза - Вюрпа), назо-лабиальный, назо-ментальный, ладонно-подбородочный (Маринеску - Радовичи), дистанс-оральный (Карчикяна) и др. Насильственный смех и плач.

**Кистевые патологические рефлексы:** верхний с. Россолимо, Бехтерева -Якобсона - Ласко, Жуковского, кистевой Бехтере­ва, Вартенберга, Гофмана (исследование рефлексов в положе­нии супинации и пронации).

**Защитные рефлексы:** Бехтерева - Мари - Фуа и др.Симптом верхнего века (Кохановского). Хватательные рефлексы (Янишевского) - схватывания, удерживания, на­вязчивого преследования. «Бульдожий» рефлекс.

**д. Чувствительность**

**Боли** (локализация, выраженность, постоянство, характер, иррадиация').

**Парестезии** (локализация, степень, постоянство, характер).

**Пальпаторная болезненность** нервных стволов, остистых отростков позвонков, паравертебральных точек, плексарных точек, мышц. Болевые точки Эрба, Гара, Валле и др.

**Перкуторная болезненность** остистых отростков позвонков, костей черепа. Симптомы «звонка», остистого отростка (Раздольского). Симптом Тинеля.

**Шейно-плечевые болевые симптомы:** Спурлинга - Сковилля, Фенца, Лежара, Даунборна.

**Болезненность при осевой нагрузке** на шейные и пояснично-крестцовые позвонки. Болезненность в илео-сакральном соч­ленении при сдавлении таза, при подъеме конечностей (симп­том «ласточки»).

Симптомы **натяжения:** Нери, Ласега, Бехтерева (перекре­стный с. Ласега), Бонне, Вассермана, Мацкевича, Дежерина, Секара, Турина, Розе, Селецкого, посадки и др. Указывается угол подъема конечности, при котором при приеме Ласега воз­никает боль.

**Болевая, термическая** чувствительность: характер наруше­ний (снижение, отсутствие, повышение, извращение, диссоциация), границы расстройств (зарисовать на схеме).

**Тактильная** чувствительность: характер нарушений и их зоны.

**Глубокая** чувствительность: мышечно-суставное чувство, чувство смещения кожной складки (локализация нарушений). Вибрационная чувствительность.

**Сложные виды** чувствительности: стереогноз, двухмерно-пространственное чувство, чувство локализации, дискримина­ции.

**Схема** распределения расстройств чувствительности.

**е. Высшая нервная деятельность**

**Интеллект.** Внимание, память, сообразительность, связ­ность и логичность мышления, темп мышления. Ориентировка в месте, времени, своем состоянии. Отношение к своему состоянию (критическая оценка). Адекватность поведения, нелепые поступки. Круг интересов. Изменения характера. Контакт с товарищами, семьей, медработниками (недоступен, контактен, легко или с трудом общается). Акайрия. Бредовые, навязчивые, ипохондрические идеи, фобии. Утомляе­мость.

**Эмоциональное состояние.** Настроение (ровное, неустойчи­вое, подавленное, гипоманиакальное, благодушное). Раздражительность, несдержанность. Быстрая истощаемость эмоций. Насильственные эмоции. Эмоциональная вялость, тупость.

**Сон.** Глубина, длительность сна, скорость засыпания и пробуждения. Устрашающие сновидения. Сноговорение, снохождение (в детстве и в данное время). Гиперсомнии - пароксизмальные, перманентные (условия возникновения, частота, длительность, глубина).

**Речь.** Понимание обращенной речи, повторение фраз, сло­гов, букв, заученная и рядовая речь (дни недели, месяцы, последовательный счет, стихотворения). Активная речь: за­пас слов, персеверации, эмболофазии, литеральные и вербаль­ные парафазии, аграмматизм. Называние показываемых предметов. Афазии - сенсорная, моторная, амнестическая, семантическая, тотальная. Мутизм - истерический, акинети­ческий. Заикание. Манерная речь. Эхолалия.

**Праксис.** Затруднения в выполнении повседневных дейст­вий, простых и сложных инструкций. Апраксия левой руки. Апраксин языка.

**Письмо, чтение, счет.** Выявление аграфии, алексии, акалькулии.

**Гнозис.** Выявление слуховой, зрительной агнозии. Метаморфопсии.

**Нарушения схемы тела:** анозогнозия, аутотопагнозия, псевдомелия, дисморфогнозия, деперсонализация и др.

**ж. Вегетативная нервная система**

**Надсегментарный отдел: тонус.** Исследование вегетативного тонуса по таблице Вейна – Соловьевой (в баллах). Цвет радужек (гетерохромия). Синдром Горнера. Экзоф­тальм. Изменения окраски кожи (бледность, гиперемия, циа­ноз, гипер- и депигментация - зоны), изменения температу­ры и влажности кожи. Неврогенные отеки. Трофические нару­шения кожи, волос, ногтей (истончение, сухость). Пиломоторный рефлекс. Сальность кожи. Вазомоторные пробы Боголепова. Дермографизм. Меха­ническая возбудимость мышц, симптомы Хвостека, Труссо. Пальпация вегетативных точек (солярные, Гринштейна, Маркелова - Бирбраира, Лапинского и др.).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Симптомы и показатели** | **Симпатическая реакция** | **Парасимпатическая реакция** |
| **Глаза** | | |
| Блеск | Усилен | Нормальный, тусклый |
| Зрачки | Расширены | Нормальные, сужены |
| Глазные щели | Расширены | Нормальные, сужены |
| Экзофтальм | Характерен | Отсутствует |
| Слезотечение | Нормальное | Увеличено |
| **Кожа** | | |
| Цвет | Бледный | Склонность к покраснению |
| Сосудистый рисунок | Не выражен | Усилен, цианоз конечностей, акроцианоз |
| Сальность | Нормальная | Повышена |
| Сухость | Повышена | Нормальная |
| Потоотделение | Уменьшено или увеличено выделение вязкого пота | Повышено выделение жидкого пота |
| Дермографизм | Розовый, белый | Интенсивно красный, возвышающийся |
| Температура кожи тела | Снижена | Повышена |
| Температура кистей рук | Холодные | Теплые |
| **Аппетит** | | |
| Изменен | Повышен, но больные худые | Понижен |
| **Сердечно-сосудистая система** | | |
| Пульс | Тахикардия, лабильная тахикардия | Брадикардия, лабильная брадикардия, респираторная аритмия |
| АД систолическое | Повышено | Понижено или нормальное |
| АД дистолическое | Повышено | Понижено или нормальное |
| **Симптомы и показатели** | **Симпатическая реакция** | **Парасимпатическая реакция** |
| Субъективные жалобы | Сердцебиение, чувство давления, «колотья», сжимающие боли в области сердца | Чувство стеснения в области сердца, сочетающееся с аритмией, особенно ночью в положении лежа |
| Минутный объем | Большой | Малый |
| Функции сердца | Усиление функций автоматизма, проводимости, сократимости, возбудимости | Торможение функции автоматизма, проводимости, уменьшение возбудимости |
| ЭКГ  Частота сердечных сокращений | Синусовая тахикардия, после нагрузки длительное возвращение к исходному пульсу | Синусовая брадикардия, менее 60 ударов в 1 мин или аритмия |
| Зубец Р II-III | Увеличение | Уменьшение |
| Интервал P-Q | Величина интервала на нижней границе | Удлинение интервала не боле, чем на 0,02 с (при уплощении и малой |
| Интервал S-T | Смещение ниже изолинии | Выше изолинии, закругление сегмента ST |
| Зубец T | Уплощенный или двухфазный | Увеличение амплитуды на 50% |
| Комплекс QRST | Нормальный | Уширение всего комплекса |
| **Вестибулярные проявления** | | |
| Головокружение | Нехарактерно | Часто |
| **Респираторный аппарат (дыхательная система)** | | |
| Частота дыхания | Нормальное или учащенное | Медленное, глубокое |
| Объем дыхания в 1 мин | Повышен | Снижен |
| Кровенаполнение легких | Повышено | Понижено |
| Просвет бронхов | Расширен | Сужен |
| Бронхиальные мышцы | Расслаблены | Сокращены |
| Субъективные жалобы | - | Ощущение давления, стеснения в груди, приступы удушья с преобладанием затрудненного вдоха |
| **Желудочно-кишечный тракт** | | |
| Слюноотделение | Уменьшено | Усилено |
| Состав слюны | Густая | Жидкая |
| Кислотность желудочного сока | Нормальная или понижена | Повышена |
| Моторика кишечника | Атонические запоры, слабая перистальтика | Склонность к повышенному газообразованию, дискинезии, спастические запоры, понос |
| Тошнота | - | Характерна |
| Пищевод и желудок (рентгенограмма) | Расслабление мышц пищевода, ослабление перистальтики и торможение тонуса | Сокращение мышц пищевода, повышение тонуса желудка и усиление перистальтики |
| Тонкий и толстый кишечник (рентгеноскопия) | Снижение тонуса, ослабление перистальтики | Повышение тонуса, усиление перистальтики |
| Субъективные жалобы | - | Тошнота, схватывающие боли в верхней части живота, понос или запор |
| **Симптомы и показатели** | **Симпатическая реакция** | **Парасимпатическая реакция** |
| **Терморегуляция** | | |
| Температура тела | Повышена | Снижена |
| Ознобоподобный гиперкинез | Характерен | Отсутствует |
| Ощущение зябкости | Отсутствует | Повышено |
| Переносимость холода | Удовлетворительная | Плохая |
| Переносимость тепла | Непереносимость жары, душных помещений | Удовлетворительная, может быть повышена чувствительность к сухому нагретому воздуху |
| Температура при инфекциях | Лихорадочное течение инфекций | Относительно низкая |
| **Масса тела** | | |
| Изменена | Склонность к похудению | Ожирение, склонность к прибавке |
| **Жажда** | | |
| Изменена | Повышена | Понижена |
| **Мочеиспускание** | | |
| Изменено | Полиурия, светлая моча | Позывы к мочеиспусканию, моча концентрированная |
| **Изменение водно-солевого обмена** | | |
| Задержка жидкости | Отсутствует | Склонность к отекам |
| **Надпочечники** | | |
| Функция | Усиление секреции катехоламинов и кортикостероидов | Торможение секреции катехоламинов и кортикостероидов |
| **Щитовидная железа** | | |
| Клиническое состояние | Функция усилена | Функция снижена |
| Основной обмен и поглощение 134 I | Повышены | Снижены |
| **Поджелудочная железа** | | |
| Уровень сахара в крови | Нормальный, повышен | Снижен |
| Сахарная кривая | Ирритативная, не возвращающаяся к норме | Плоская, торпидная |
| **Половые расстройства** | | |
| Субъективные и объективные | Иногда гипосексуальность, но чаще либидо повышено | Нормальная потенция, иногда преждевременная эякуляция |
| Эрекция | Нормальная | Усилена |
| **Характерологические, личностные, эмоциональные расстройства** | | |
| Особенности | Увлекающиеся, темпераментные, с жаром к работе, вспыльчивые, чрезмерно чувствительные к боли, настроение изменчивое | Угнетены, пугливы, апатичны, эмоционально «тупы», отсутствие побудительных импульсов, масса неврастенических, ипохондрических жалоб и проявлений. |
| **Симптомы и показатели** | **Симпатическая реакция** | **Парасимпатическая реакция** |
| **Работоспособность** | | |
| Активность  Физическая  Психическая | Повышена  Рассеянность, быстрая  отвлекаемость, неспособность сосредоточиться, быстрая смена мыслей, активность выше вечером | Снижена  Способность к сосредоточению хорошая, внимание удовлетворительное, но бедность идей, наибольшая активность до обеда или длительная, но в замедленном темпе |
| **Сон** | | |
| Особенности | Позднее засыпание и раннее пробуждение, сон короткий, беспокойный, много сновидений.  Нарушение сна, чаще инсомния | Глубокий, продолжительный сон, замедленный переход к активному бодрствованию по утрам.  Повышенная сонливость |
| **Аллергические реакции** | | |
| Клинические проявления | Редко | Часто |
| **Лимфоидная ткань** | | |
| Наличие изменений | Не бывает | Гипертрофирована, особенно у детей (лимфатические железы, миндалины) |
| **Кровь** | | |
| Эритроциты, число | Увеличено | Уменьшено |
| Белая кровь | Тенденция к сдвигу в строну миелоидных элементов | Тенденция к сдвигу в строну лимфоидных элементов |
| Лейкоциты, число | Увеличено | Уменьшено |
| Миелоциты, число | Увеличено | Уменьшено |
| Лимфоциты, число | Нормальное | Увеличено |
| Эозинофилы, число | Нормальное | Увеличено |
| СОЭ | Повышена | Замедлена |
| Свертываемость | Ускорена | Замедлена |
| Вязкость | Повышена | Понижена |
| Кислотно-щелочное состояние | Ацидоз. Уменьшение щелочного резерва | Алкалоз. Увеличение щелочного резерва |
| Холестерин, уровень | Норма или снижен | Повышен |
| Кальций, уровень | Повышен | Снижен |
| Калий, уровень | Снижен | Повышен |
| Коэффициент К/Са | Снижен | Повышен |
| Кетоновые тела, уровень | Повышен | Снижен |
| Креатин, уровень | Повышен | Снижен |

**Оценка вегетативной реактивности** в пробе Ашнера (глазо-сердечный рефлекс).

**Оценка вегетативной обеспеченности деятельности:** ортоклиностатическая проба.

**Исследование функции сегментарного аппарата вегетативной нервной системы:** пиломоторный рефлекс, дермографизм, холодовая проба. Болезненность солнечного сплетения. Симпаталгии. Другие способы оценки сегментарной вегетативной иннервации.

**з. Тазовые органы**

Задержки и недержание мочи и кала. Императивные по­зывы. Парадоксальная ишурия. Автоматизм мышц мочевого пузыря. Ночной энурез. Нарушения половой потенции.

**и. Данные дополнительных исследований и консультаций**

Анализы крови (клинические, биохимические, серологиче­ские). Анализы мочи. Спинномозговая жидкость. Ликвородинамические пробы. Рентгенологические исследования (грудной клетки, желудочно-кишечного тракта, позвоночника, черепа). Контрастные методы исследования. Исследование глазного дна (консультация окулиста). Заключения других специали­стов (терапевт, хирург, гинеколог, отиатр и др.). Данные ЭКГ (вывод). Данные ЭЭГ, ЭНМГ, Эхо-ЭГ, РЭГ, компьютерной томографии, МРТ. Прочие исследования.

**Синдромологический диагноз**

Основные имеющиеся у больного синдромы и входящие в них симптомы.

**Топический диагноз**

Определение локализации патологического процесса (зарисовка на схеме) или его диффузного характера.

**Предварительный топический и клинический диагнозы**

Полная формулировка диагноза.

**Дифференциальный диагноз**

Ведущие клинические синдромы. Заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию. Основные сходные и отличительные особенности диффе­ренцируемых заболеваний (вероятностный подход).

**Окончательный диагноз с обоснованием**

На основании жалоб, анамнеза, клиники и т.д. обосновывается диагноз основного заболевания.Отражает нозологическую форму, локализацию патологических процессов, осложнения, функциональную недостаточность.

**Лечение**

Принципы лечения данного заболевания (кратко). План лечения данного больного.

**Течение заболевания**

Дневник с динамическим наблюдением, диагностическими и лечебными назначениями

**Эпикриз**

Важнейшие данные о развитии, течении, особенностях за­болевания, принятом лечении и его результатах - динамика клинических симптомов и результатов дополнительных иссле­дований. Дальнейшие рекомендации (лечебные, диагностиче­ские, профилактические, трудовые, бытовые, экспертные и др.).

**Прогноз**

В отношении здоровья, жизни, трудоспособности.

Подпись куратора. Дата окончания курации.

ПРИМЕЧАНИЯ:

1). Дневники заполняются ежедневно или через день, но у тяжелых больных -обязательно ежедневно, а при необхо­димости - несколько раз в день (по часам).

2). В учебной истории болезни необходимо оставлять поля для пометок преподавателя.

3) Ведущие клинические проявления описываются с макси­мальной полнотой и в динамике.

4) В истории болезни по нейрохирургии приводится протокол операции.

**КРАТКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ (МИКРОКУРАЦИЯ)**

В отличие от клинической истории болезни история для микрокурации более кратка и проста. Однако в ней сохраняется в основном та же последовательность изложения данных. Не­обходимой экономии времени следует дости­гать не за счет сокращения объема обследования, а за счет его целенаправленности, концентрации. Так, например, наблю­дение, за больным при раздевании, одевании, входе и выходе из палаты может дать обильную информацию о двигатель­ной функции. При обычной беседе (жалобы, анамнез) улав­ливаются нарушения речи, мышления, поведения, памяти и т. д. Экономия времени достигается также использованием стандартных бланков для вписывания или подчеркивания различных сведений. Удобство таких бланков состоит так же и в соблюдении строгой последова­тельности изложения, чтобы не пропустить важных симптомов, а также сравнить состояние больного при повторных осмот­рах.

**СХЕМА МИКРОКУРАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО**

Для первичного осмотра

Фамилия,имя,отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Назначения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалобы больного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Анамнез заболевания и жизни (основные данные)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЧЕРЕПНЫЕ НЕРВЫ. II пара. Зрение \_\_\_\_\_ III, IV, VI пары. Зрачки равные, сужение, расширение (спра­ва, слева). Птоз верхнего века (нет, справа, слева). Движения глазных яблок: в полном объеме, ограничены (правый, левый глаз) вверх, вниз, вправо, влево \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Реакция зрачков на свет: живая, вялая, отсутствует\_\_\_\_ V пара: болевые точки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ курковые зоны (справа, слева)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VII пара: пареза нет, асимметрия лица, парез перифериче­ский, центральный (справа, слева). Слезоотделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вкус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VIII пара: слух сохранен, снижен (справа, слева), шум в ухе (нет, справа, слева), головокружения (нет, системное, несис­темное), нистагм \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IX—Х пары: глотание сохранено, нарушено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

голос нормальный, осиплый, гнусавый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

XII пара: язык по средней линии, отклонен (вправо, влево), атрофии (справа, слева ,нет), Фибрилляции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ДВИГАТЕЛЬНАЯ СФЕРА. Активные движения: в полном объеме,

паралич, парез (руки, ноги, справа, слева)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Атрофия мышц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рефлексы с сухожилий рук\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ног\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Брюшные рефлексы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Патологические рефлексы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(справа, слева)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КООРДИНАЦИЯ ДВИЖЕНИЙ: сохранена,

дисметрия при пальце-носовой, пяточно-коленной пробах (справа, слева); адиадохокинез (справа, слева); в позе Ромберга устойчив, отклонение вправо, влево,кзади\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ сохранена.

Болевая, температурная — снижена,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отсутствует в зоне\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тактильная снижена, отсутствует в зоне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гиперестезия, гиперпатия в зоне\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Глубокая снижена, отсутствует \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Болевые точки и зоны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СИМПТОМЫ НАТЯЖЕНИЯ: нет, Ласега (справа, слева, угол\_\_\_\_\_)

Мацкевича (справа, слева), Нери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_

КОРКОВЫЕ ФУНКЦИИ. Афазия (моторная, сенсорная, амнестическая, нет). Апраксия (есть, нет). Астереогноз (справа, слева, нет).

Память\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Эмоциональная сфера\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МЕНИНГЕАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА:

Тонус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реактивность (проба Ашнера)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вегетативная обеспеченность деятельности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПРОЧИЕ ДАННЫЕ

ДИАГНОЗ.

СХЕМА МИКРОКУРАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

для повторного осмотра (дневник)

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Назначения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалобы больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Анамнез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ НЕРВЫ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Рефлексы.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Координация движений \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Симптомы натяжения. Болевые точки и зоны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КОРКОВЫЕ ФУНКЦИИ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ПРОЧИЕ ДАННЫЕ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДИАГНОЗ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Боголепов Н. К. Методика обследования больного. Пособие для студентов при

изучении нервных болезней. М., 1959 г.

1. Бадалян Л.О. Руководство по методике исследования нервной системы. М,

1968 г.

1. Вейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы. М., 2000 г.
2. Губа Г.П., Губа С.Г. Справочник по неврологической семиологии. Киев, 1996 г.
3. Дуус П. Топический диагноз в неврологии. М., 1996 г.
4. Михайленко А.А. Клинический практикум по неврологии. С.-Пб., 2001 г.
5. Неймарк Е.З. История болезни неврологического больного. Донецк, 1972 г.
6. Сандригайло Л.И. Анатомо-клинический атлас по невропатологии. Минск,

1988 г.

1. Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной

системы. С.-Пб., 1996 г.

1. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. М.,

1996 г.