

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО

Неврологический осмотр

- является неотъемлемой частью клинического обследования новорожденного
- Общее состояние новорожденного ребенка невозможно оценить без исследования деятельности ЦНС.

Перинатальные поражения ЦНС

- чаще имеют диффузный характер. Реакции ЦНС новорожденных на различные патогенные воздействия проявляются неспецифическими неврологическими синдромами.
- В связи с этим топическая диагностика поражений ЦНС у них в большинстве случаев мало результативна, очаговая неврологическая симптоматика выявляется редко; при одной и той же локализации повреждения головного мозга могут быть совершенно различные неврологические нарушения

Другой важной особенностью неврологического осмотра новорожденного

- является обязательный учет гестационного возраста, так как выраженность оцениваемых поведенческих и неврологических признаков зависит от степени созревания ЦНС.

Неврологический осмотр новорожденного включает в себя оценку:

- спонтанной двигательной активности и поведенческого состояния;
 - коммуникабельности;
 - мышечного тонуса;
 - безусловных рефлексов;
 - исследования функций черепных нервов, сухожильных рефлексов;
 - выявления возможного источника болевых ощущений.

Неврологический осмотр должен осуществляться в условиях, максимально приближенных к стандартным:

- температура помещения $+24—26^{\circ}\text{C}$ (для недоношенных в кувезе $+32—35^{\circ}\text{C}$),
- освещение должно быть нерезким, симметричным по отношению к ребенку,
- желательно отсутствие шума, раздражающего ребенка,
- пеленальный столик должен быть полужестким;
- оптимальное время осмотра — за 1 час до кормления.

Нужно помнить, что

- При низкой окружающей температуре более вероятно получить реакцию повышения мышечного тонуса и тремор, при высокой — мышечную гипотонию.
- Важно обратить внимание на то, чтобы голова ребенка находилась в сагиттальной плоскости, ибо из-за асимметричного шейного тонического рефлекса на стороне поворота головы возможно снижение мышечного тонуса конечностей, а на противоположной — повышение.
- Непосредственно после кормления у новорожденного вследствие насыщения может быть снижен мышечный тонус и ряд рефлексов, реакций, а при осмотре перед кормлением — некоторое беспокойство, тремор и повышение мышечного тонуса из-за относительной гипогликемии.

Внешний осмотр

Опытный врач одним взглядом оценивает реальное состояние ребенка, а это следующие показатели:

- Поза – характерными считаются эмбриональная или поза флексии, иногда младенцы принимают позу «фехтовальщика»;
- Крик – нормальная реакция ребенка на осмотр громкий эмоциональный крик. Слабый крик или отсутствие крика должны вызвать беспокойство, а монотонный, раздраженный крик характерен для неврологических заболеваний;
- Выражение лица – спокойное выражение лица со своеобразной живой мимикой характерно для здорового малыша. А маско-образное, болезненное, беспокойное или недовольное выражение лица может свидетельствовать о патологическом состоянии ребенка;
- Цвет кожных покровов после рождения – розовый с красноватым оттенком, но в целом зависит от возраста младенца

Патологические позы

- Опистотонус - ребенок лежит на боку, голова резко запрокинута назад, конечности разогнуты и напряжены.
- Поза «лягавой собаки» - запрокинутая голова, выгнутое туловище, втянутый живот, прижатые к груди руки, подтянутые к животу ноги может наблюдаться при воспалении мозговых оболочек.
- Поза «лягушки» отмечается при общей мышечной гипотонии.



Летальная
немалинова
миопатия





Внешний осмотр

- Положение головы – если голову можно резко привести к плечу, то патологию грудино-ключично-сосцевидной мышцы, приводящей к кривошее, можно исключить
- Установка стоп и кистей – важный показатель для диагностики заболеваний опорно-двигательного аппарата и неврологической патологии. Некоторые симптомы, такие как пяточной или свисающей стопы, «тюленей» лапки, свисающей кисти или «когтистой лапки» принимаются к сведению сразу же;
- Пропорции тела – соотношение роста, массы тела, окружности головы и груди у младенцев особые. В случае нарушения этих соотношений можно сделать вывод о непропорциональном развитии ребенка и выяснять его причины.



Кривошея у
новорожденного



Кривошея у
младенца



«тюленья
лапка»



Когтистая
кисть



Пяточная
стопа



Свисающая
стопа

Следует обращать внимание

- на общее телосложение ребенка, пропорциональность туловища и конечностей.
- Так, нарушение пропорции туловища и конечностей характерно для хромосомных синдромов, заболеваний соединительной ткани, врожденных эктомезодермальных дисплазий.
- Большое значение имеет констатация малых аномалий развития (дизэмбриогенетических стигм), являющихся результатом воздействия в эмбриогенезе различных неблагоприятных факторов.

СТИГМЫ
дисэмбриогенеза



Среди признаков общей активности ребенка необходимо отметить спонтанную двигательную активность.

- Ее оценка достаточно субъективна и зависит от опыта врача, объективизация же возможна лишь при анализе видеозаписи активности в течение суток.
- Обычно спонтанные движения заключаются в периодическом сгибании и разгибании ног, их перекресте, отталкивании от опоры; движения рук на уровне груди в локтевых и лучезапястных суставах со сжатием кулаков.
- Наличие хореоатетоидного компонента в движениях, являющегося физиологическим для новорожденных детей, свидетельствует о преобладании экстрапирамидной моторики и заключается в беспокойстве языка, растопыривании и независимых друг от друга движений пальцев.

В результате физиологической гипертонии мышц сгибательной группы, которая преобладает у ребенка первых месяцев жизни,

- конечности новорожденного согнуты во всех суставах, руки прижаты к туловищу, а ноги слегка отведены в бедрах.
- Мышечный тонус симметричен,
- голова — по средней линии или слегка запрокинута назад из-за повышения тонуса в разгибателях головы и шеи.
- Новорожденный совершает и разгибательные движения, но сгибательная поза преобладает, особенно в верхних конечностях (эмбриональная поза).

Эмбриональная поза



Симметричность движений и ПОЗ

- При акушерских парезах рук определяется асимметричное расположение верхних конечностей.
- На стороне поражения рука разогнута, лежит вдоль туловища, ротирована внутрь в плече, пронирована в предплечье, кисть — в ладонном сгибании.
- Асимметричное расположение конечностей возможно при гемипарезах.



Необходимо описать

- положение головы,
- форму черепа,
- его размеры,
- состояние черепных швов и родничков (втяжение, выбухание, пульсация),
- смещение, дефекты черепных костей,
- отметить наличие родовой опухоли, кефалогематомы.
- Знание размера черепа при рождении и наблюдение за дальнейшей динамикой его роста важны для диагностики гидроцефалии и микроцефалии в первые недели жизни ребенка.





У детей с тяжелыми поражениями нервной системы, с выраженными двигательными нарушениями, задержкой психического развития

- часто уже с первых месяцев жизни можно отметить замедленный рост черепа, быстрое смыкание черепных швов, преждевременное закрытие большого родничка.
- Прогрессирующее чрезмерное увеличение размеров черепа наблюдается при врожденной и приобретенной гидроцефалии.

Лицо

- Важно определить, нет ли врожденных черепно-лицевых асимметрий или других специфических черт лица.
- Например, гротесковые черты лица с выдающимися лобными буграми и седловидной формой черепа характерны для некоторых мукополисахаридозов и муколипидозов,
- «монголоидные» черты лица наблюдаются при болезни Дауна,
- «кукольное» лицо — симптом ранних форм гликогенозов.

ЧЕРЕПНЫЕ НЕРВЫ

Мимика новорожденного

- достаточно богата, как правило, симметрична и заключается в сжимании глаз, нахмуривании лба, углублении носогубных складок, напряжении языка, открывании рта.
- Асимметрия лица возможна в первые сутки вследствие особенностей прохождения головы ребенка через родовые пути.
- С другой стороны, асимметрия лица может обусловлена поражением черепной иннервации.

Черепные нервы

- I пара. — обонятельный нерв. На резкие запахи новорожденные реагируют неудовольствием, смыкают веки, морщат лицо, становятся беспокойными, кричат.
II пара — зрительный нерв. У новорожденных все необходимые для зрения отделы глазного яблока сформированы, за исключением *fovea centralis*, которая у них менее развита, чем остальная часть сетчатки. Неполное развитие *fovea centralis* и несовершенно действующая аккомодация снижают возможность ясного видения предметов (физиологическая дальнорзоркость). Искусственный источник света вызывает у новорожденного рефлекторное смыкание век и легкое отбрасывание головы назад.

Фиксацию взора на предмете иногда можно отметить уже у 5 — 8-дневных детей,

- но более постоянной она становится с 4 — 6-й недели жизни.
- В 9 — 10-дневном возрасте новорожденные делают первые попытки следить за движущимися яркими предметами, при этом осуществляют движения только глазные яблоки, голова остается неподвижной.
- После 4 нед постепенно появляется сочетанный поворот головы и глазных яблок.
- Развитие фиксации взора на предмете связано в известной мере со степенью психического развития. Своевременное появление фиксации взора является благоприятным симптомом, свидетельствующим о нормальном психическом развитии.
- Если у ребенка задержано психическое развитие, фиксация взора появляется поздно, она непостоянна, ребенок быстро теряет предмет из поля зрения и становится к нему безразличным.

Патология

- кровоизлияния в сетчатку при тяжелых родах. Обычно кровоизлияния рассасываются на 7 — 10-й день жизни; в тяжелых случаях возможны повторные кровоизлияния, которые в дальнейшем вызывают различной степени амблиопию.
- Кроме того, у новорожденных можно обнаружить различные аномалии развития (атрофию зрительных нервов, колобому, катаракту, микрофтальмию).
- Для ранней диагностики патологии сетчатки и прозрачных сред глаза необходим осмотр новорожденных окулистом в родильных домах.

III, IV и VI .пары: глазодвигательный, блоковый, ОТВОДЯЩИЙ нервы.

- У новорожденного зрачки одинаковой величины, с живой прямой и содружественной реакциями на свет.
- Движения глазных яблок осуществляются отдельно: еще нет бинокулярного зрения.
- Сочетанные движения глаз непостоянны, возникают случайно. Глазные яблоки часто спонтанно конвергируют к средней линии, в связи с чем периодически наблюдается сходящееся косоглазие.
- Оно не должно быть постоянным, в противном случае это свидетельствует о поражении центральной нервной системы.
- Движения глазных яблок у новорожденных толчкообразные. Постепенно, по мере фиксации взора, когда ребенок начинает следить за предметами, движения становятся плавными, содружественными.

Движения глазных яблок у новорожденного

- у ряда детей может отмечаться горизонтальный нистагм в покое, а его наличие при вращении ребенка является признаком сохранности вестибулярного аппарата.
- Постоянный или длительный (более 20 секунд) нистагм (горизонтальный, вертикальный, ротаторный) свидетельствует о раздражении вестибулярного аппарата вследствие гипоксически-ишемической энцефалопатии (II стадия), внутричерепного кровоизлияния, вертебрально-базиллярной недостаточности вследствие спинальной травмы на уровне пятого(или) шестого шейного сегментов спинного мозга.
- Стойкое сходящееся косоглазие с приведением одного глазного яблока свидетельствует о поражении отводящего нерва, расходящееся косоглазие свидетельствует о поражении глазодвигательного нерва и, как правило, ассоциируется с птозом на стороне поражения и расширением зрачка (мидриаз).

В норме зрачки у новорожденного ребенка округлой формы симметричны и имеют диаметр 2—3 мм.

- Симметричное сужение зрачков (миоз) отмечается при II стадии гипоксически-ишемической энцефалопатии;
- односторонний миоз, ассоциирующийся с птозом и энофтальмом, являются признаками поражения спинного мозга на уровне седьмого шейного сегмента на стороне сужения зрачка (синдром Бернара-Горнера),
- при наличии также атаксии, тремора и миоклоний на стороне миоза можно предположить поражение покрышки мозга. Симметричный мидриаз отмечается при I стадии гипоксически-ишемической энцефалопатии.
- Односторонний мидриаз, наряду с указанным выше поражением глазодвигательного нерва, может свидетельствовать о поражении среднего мозга, а при ассоциации с птозом на стороне мидриаза и гемипарезом на противоположной формируется синдром Вебера.

При поражении глазодвигательных нервов

- может быть сходящееся и реже расходящееся косоглазие.
- Птоз у детей раннего возраста может быть обусловлен недоразвитием мышцы, поднимающей верхнее веко,
- аплазией ядра глазодвигательного нерва
- неразделением в эмбриогенезе функций мышц крыловидной и поднимающей верхнее веко (жеватель-мигательная синкинезия).
- Парезы зрения у новорожденных чаще бывают врожденными. Их причиной является недоразвитие ствола головного мозга.

При исследовании глазодвигательных нервов у новорожденных

- важно обращать внимание на величину глазных щелей.
- При акушерском парезе руки иногда возникает синдром Бернара — Горнера на стороне пареза.
- Птоз встречается при врожденной аплазии крупноклеточного ядра III пары, а также при жевательно-мигательной синкинезии Маркуса — Гунна.

Расширение глазной щели,

- ассоциирующееся со сглаженностью носогубной складки и гипомимией нижней половины лица, повышением мышечного тонуса и периостальных рефлексов на стороне расширения глазной щели и девиацией языка в противоположную сторону, свидетельствует о поражении пирамидных путей на стороне расширения, глазной щели.
- При расширении глазной щели с невозможностью сомкнуть веки (лагофтальм), отхождением вверх глазного яблока (феномен Белла), повышенным слезотечением или, наоборот, сухостью глаза можно говорить о периферическом поражении VII лицевого нерва или ядра.
- Наличие подобной симптоматики с повышением мышечного тонуса, периостальных рефлексов и гипокинезией на противоположной стороне свидетельствует о поражении среднего мозга (синдром Мийяра-Гюблера);
- сочетание признаков периферического пареза лицевого нерва с нарушением сосания, глотания, атрофией мышц языка, а также в ряде случаев с деформацией ушного хряща и недоразвитием нижней челюсти свидетельствует о врожденном (как правило, аутосомно-доминантном) недоразвитии ядер лицевых нервов (синдром Мебиуса)

При спонтанных движениях глазных яблок
вниз или при быстром перемещении
головы в пространстве

- между веком и радужкой появится белая полоса склеры (симптом Грефе).
- Симптом Грефе может встречаться у здоровых недоношенных и незрелых детей, а также доношенных детей первых дней жизни.
- Этот симптом может возникать при гидроцефалии, синдроме внутричерепной гипертензии, билирубиновой энцефалопатии.

В первые дни у новорожденных, чаще у недоношенных

- можно наблюдать симптом «заходящего солнца»: ребенка, находящегося в горизонтальном положении, быстро переводят в вертикальное, глазные яблоки поворачиваются вниз и внутрь, в широкой глазной щели становится видна полоска склеры; спустя несколько секунд глазные яблоки возвращаются в исходное положение.
- Наличие этого симптома после 4-недельного возраста в сочетании с другими симптомами свидетельствует о поражении нервной системы, повышении внутричерепного давления

V пара — тройничный нерв.

- У новорожденных проверяют функцию двигательной порции, наблюдая за актом сосания.
- При поражении двигательной порции тройничного нерва наблюдаются отвисание нижней челюсти, смещение ее в больную сторону, затруднение сосания, атрофия жевательной мускулатуры на пораженной стороне.
- При поражении I ветви тройничного нерва корнеальный рефлекс отсутствует или снижен.

Асимметричное открывание рта при зевании и крике у ребёнка

- может быть признаком одностороннего поражения двигательной порции тройничного нерва.
- Нарушение глотания, крика и атрофия мышц языка у новорожденного могут быть связаны с поражением каудальной группы краниальных нервов (языкоглоточного, блуждающего и подъязычного), при этом снижение глотательного рефлекса свидетельств о периферическом поражении каудальной группы нервов (бульбарный паралич), повышение — о поражении надъядерных образований (псевдобульбарный паралич).

VII пара — лицевой нерв.

- наблюдая за состоянием мимической мускулатуры во время сосания, крика, плача новорожденного, а также вызывая ряд рефлексов, требующих для своего осуществления участия мимической мускулатуры (роговичный, корнеальный, орбикулопальпебральный, поисковый, хоботковый, сосательный).

Патология

- Периферический парез лицевой мускулатуры встречается у новорожденных, извлеченных при помощи полостных щипцов, когда травмируются конечные ветви п *facialis*.
- можно отметить расширение глазной щели на стороне поражения; при крике угол рта перетягивается в здоровую сторону.
- Грубое поражение лицевого нерва затрудняет сосание: ребенок не может плотно захватывать сосок, иногда молоко вытекает из угла рта.
- Поисковый рефлекс угнетен на стороне поражения. Поглаживание в области угла рта вызывает рефлекторный поворот головы в сторону раздражителя, а опускание угла рта затруднено.

Патология

- Центральный парез лицевой мускулатуры диагностировать труднее — асимметрия носогубных складок у новорожденных слабо выражена и не всегда связана с поражением VII пары нерва.

VIII пара — слуховой и вестибулярный нервы.

- На резкий звуковой раздражитель новорожденный отвечает смыканием век (акустико-пальпебральный рефлекс), реакцией испуга, изменением дыхательного ритма, двигательным беспокойством, поворотом головы.
- В первые дни жизни реакция вызывается с трудом, быстро истощается после повторной стимуляции, но в дальнейшем наблюдается в норме у всех новорожденных.
- В ответ на звуковой раздражитель происходят также подергивание глазных яблок, мигание, наморщивание лба, открывание рта, разгибание руки, растопыривание или сжимание пальцев кисти, прекращение крика, сосательных движений и др.

По мере роста и развития

- ребенок вначале начинает реагировать на голос матери, но другие звуки еще не локализует, к 3-му месяцу он начинает реагировать на звуки, локализовать их.
- У новорожденного с поражением нервной системы реакция на звуковой раздражитель значительно запаздывает.
- Наряду с этим нервно-психическое развитие ребенка на 1-м году жизни тесно связано с нормальным развитием слухового анализатора.

У новорожденных в первые дни

- жизни можно наблюдать спонтанный, мелкокоразмашистый горизонтальный нистагм, который становится более четким после слабых движений головы. В норме нистагм непостоянен.

IX, X пары — языкоглоточный и блуждающий нервы.

- У новорожденных исследовать функцию IX, X черепных нервов можно, наблюдая за синхронностью актов сосания, глотания и дыхания. При поражении IX, X пар нервов нарушено глотание: ребенок держит молоко во рту, долго не проглатывает, с трудом берет грудь, кричит во время кормления, захлебывается, поперхивается.
- Крик монотонный, мало модулированный.
- Ранняя диагностика бульварного синдрома очень важна, так как попадание пищи — в дыхательные пути часто ведет к аспирационной пневмонии.

XI пара — добавочный нерв.

- При поражении XI нерва у новорожденных отсутствует поворот головы в противоположную сторону, наблюдаются запрокидывание головы назад, ограничение поднятия руки выше горизонтального уровня. Раздражение добавочного нерва сопровождается спастической кривошеей и подергиванием головы в противоположную сторону. У новорожденных кривошея чаще всего является результатом механической травмы грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

XII пара — подъязычный нерв.

- Положение языка во рту, его подвижность, участие в акте сосания дают представление о состоянии подъязычного нерва.
- У детей раннего возраста с церебральным параличом при двустороннем поражении кортиконуклеарных путей функции языка нарушаются (псевдобульбарный синдром). А
- трофики мышц языка при этом не выявляется.
- При пороках развития может наблюдаться макроглоссия — увеличение размеров языка. Иногда отмечается врожденное недоразвитие языка (синдром Гроба).

При ягодичном предлежании,

- когда проводится извлечение головки с помощью различных акушерских манипуляций, иногда происходит надрыв мышцы с последующим ее укорочением за счет разрастания соединительной ткани.
- В 50 — 60% случаев поражение добавочного нерва сочетается с повреждением плечевого сплетения в родах.
- При гемиатрофии отмечается недоразвитие грудино-ключично-сосцевидной мышцы и как следствие — кривошея.

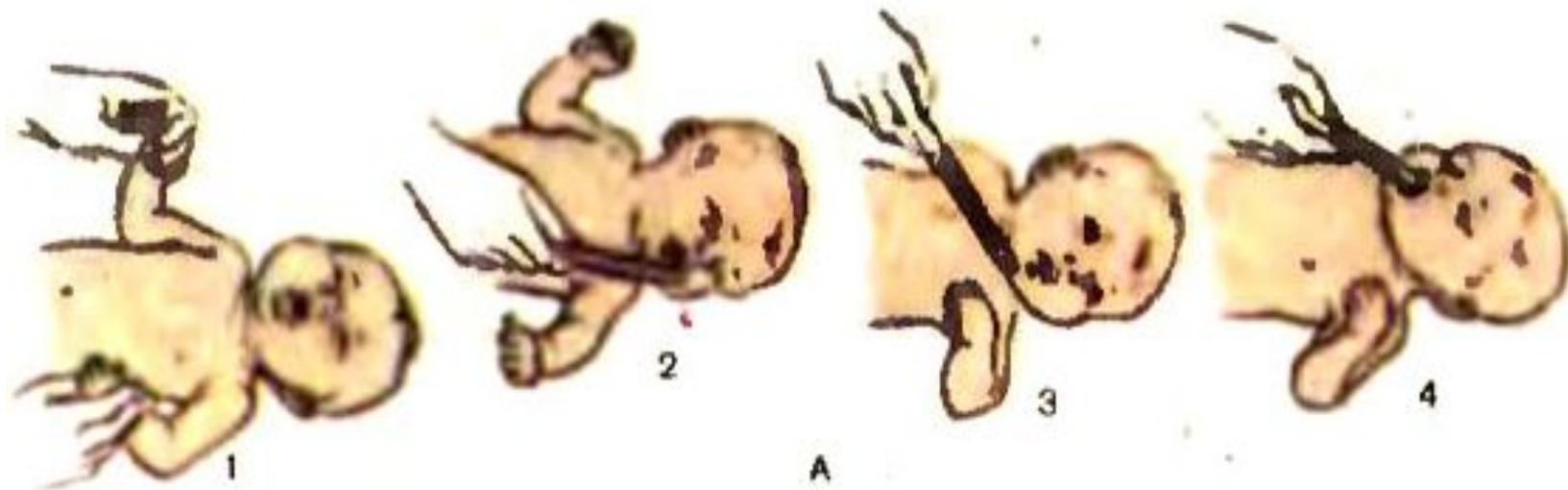
ДВИГАТЕЛЬНАЯ СФЕРА

необходимо тщательно проанализировать

- двигательную активность, объем активных и пассивных движений в различных положениях — на спине, животе, в вертикальном положении. В развитии моторики ребенка можно наметить две взаимосвязанные тенденции: усложнение двигательных функций и угасание, редукцию ряда врожденных безусловных рефлексов.

Основные безусловные рефлексы грудного ребенка можно распределить на две группы:

- сегментарные двигательные автоматизмы, обеспечивающиеся сегментами мозгового ствола (оральные автоматизмы) и спинного мозга (спинальные автоматизмы),
- и надсегментарные позотонические автоматизмы, обеспечивающие регуляцию мышечного тонуса в зависимости от положения тела и головы (регулируются центрами продолговатого и среднего мозга).



Оральные автоматизмы:

- 1 – ладонно-ротовой
- 2 - поисковый;
- 3 — хоботковый;
- 4 — сосательный.

Оральные сегментарные автоматизмы имеют

- огромное значение для новорожденного, поскольку обуславливают возможность сосания.
- Они выявляются у доношенного новорожденного с первого дня жизни
Ладонно-ротовой рефлекс (рефлекс Бабкина) — надавливание на область ладони вызывает открывание рта и сгибание головы.
- Вялость рефлекса наблюдается при поражении центральной нервной системы.
- Быстрое становление рефлекса является прогностически благоприятным признаком у детей, перенесших родовую травму. Ладонно-ротовой рефлекс может отсутствовать при периферическом парезе руки на стороне поражения.

Ладонно-ротовой рефлекс

- является филогенетически очень древним, на его базе формируются разнообразные руко-ротовые реакции.
- В первые 2 мес. жизни рефлекс ярко выражен, а затем начинает ослабевать, и в возрасте 3 мес. можно отметить лишь отдельные его компоненты.
- При поражении центральной нервной системы у ребенка старше 2 мес. рефлекс не имеет тенденции к угасанию, а наоборот, усиливается и возникает даже при легком дотрагивании до ладоней, пассивных движениях рук.

Хоботковый рефлекс

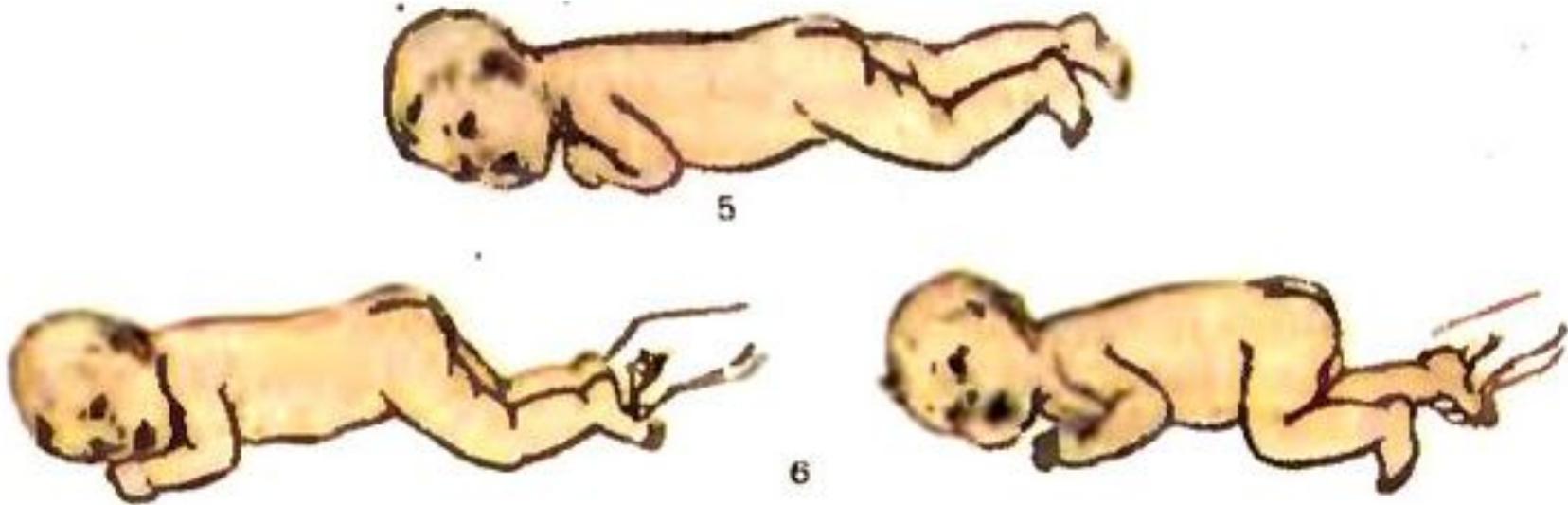
- — быстрый легкий удар пальцем по губам вызывает сокращение *m. orbicularis oris*, вытягивание губ «хоботком». Этот рефлекс является постоянным компонентом сосательных движений. В норме рефлекс определяется до 2 — 3 мес, угасание его задерживается у детей с поражением нервной системы.

Поисковый (искательный) рефлекс Куссмауля

- — поглаживание пальцем в области угла рта (не прикасаясь к губам) вызывает опускание угла рта и поворот головы в сторону раздражителя.
- Надавливание на середину нижней губы приводит к открыванию рта, опусканию нижней челюсти и сгибанию головы. Рефлекс следует вызывать осторожно, не причиняя боли новорожденному. При болевом раздражении происходит поворот только головы в противоположную сторону.
- Поисковый рефлекс хорошо выражен перед кормлением. Важно обратить внимание на симметричность рефлекса с двух сторон. Асимметричность рефлекса наблюдается при поражении лицевого нерва. При исследовании поискового рефлекса следует также отметить, какова интенсивность поворота головы, имеются ли хватательные движения губами.
- Поисковый рефлекс наблюдается у всех детей до 3-4 месячного возраста, а затем появляется реакция на зрительный раздражитель, ребенок оживляется при виде бутылочки с молоком, при приготовлении матерью груди к кормлению.
- Поисковый рефлекс является основой для формирования многих мимических (выразительных) движений: качания головой, улыбки.

Сосательный рефлекс

- возникает у новорожденного в ответ на раздражение полости рта. Например, при вкладывании в рот соска появляются ритмичные сосательные движения. Рефлекс сохраняется в течение первого года жизни.



Спинальные двигательные автоматизмы у новорожденных:

5 — защитный

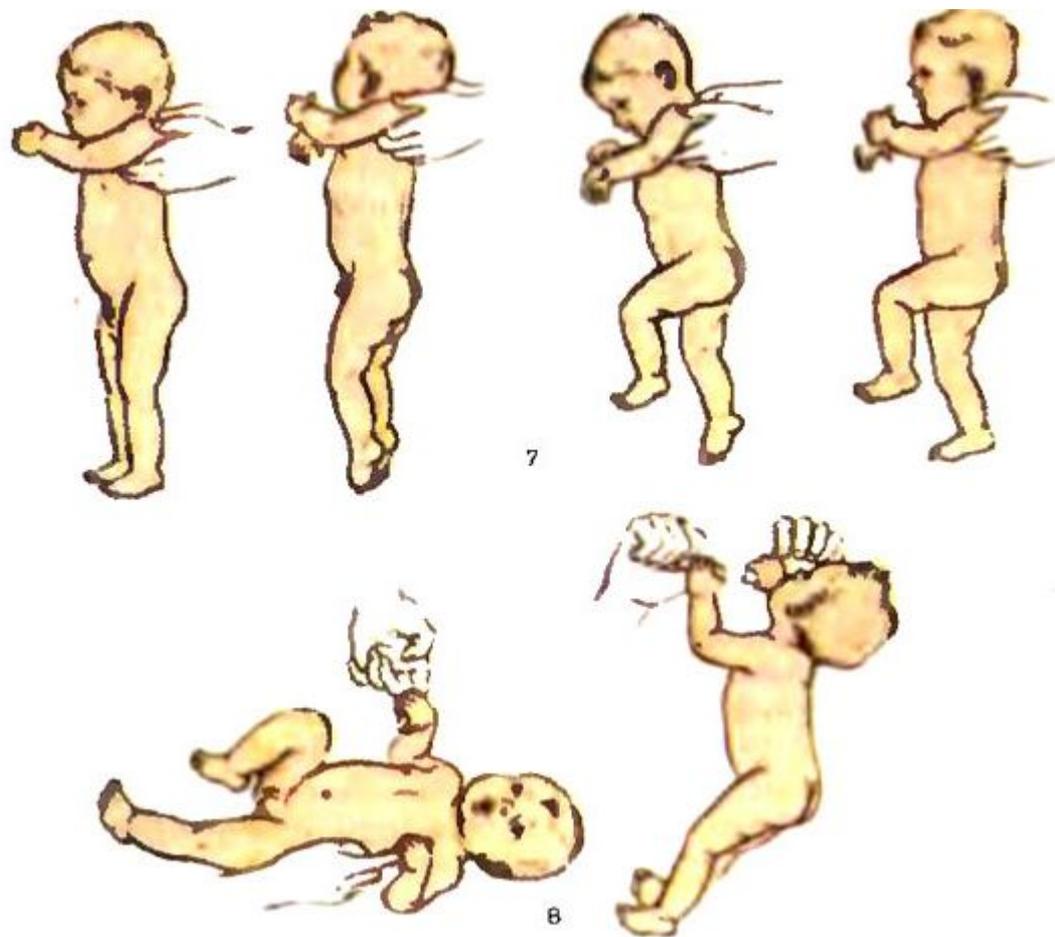
6 — рефлекс ползания

Спинальные двигательные автоматизмы. Защитный рефлекс новорожденного.

- Если новорожденного положить на живот, то происходит рефлекторный поворот головы в сторону.
- Этот рефлекс выражен с первых часов жизни.
- У детей с поражением центральной нервной системы защитный рефлекс может отсутствовать, и, если не повернуть пассивно голову ребенка в сторону, он может задохнуться. У детей с церебральным параличом при усилении экстензорного тонуса наблюдается продолжительный подъем головы и даже запрокидывание ее назад.

Рефлекс ползания (Бауэра)

- Новорожденного укладывают на живот (голова по средней линии). В таком положении он совершает ползающие движения — спонтанное ползание.
- Если к подошвам приставить ладонь, то ребенок рефлексорно отталкивается от нее ногами и ползание усиливается.
- Ползающие движения у новорожденных - становятся выраженными на 3 — 4-й день жизни.
- Рефлекс физиологичен до 4 мес. жизни, затем он угасает. Рефлекс угнетен или отсутствует у детей, родившихся в асфиксии, а также при внутричерепных кровоизлияниях, травмах спинного мозга.
- Следует обратить внимание на асимметрию рефлекса.
- При заболеваниях центральной нервной системы ползающие движения сохраняются до 6 — 12 мес, как и другие безусловные рефлексy.



Спинальные двигательные автоматизмы у новорожденных:
7 — рефлекс опоры и автоматическая походка;
8 — хватательный рефлекс

Рефлекс опоры и автоматическая походка новорожденных

- У новорожденного нет готовности к стоянию, но он способен к опорной реакции.
- Если держать ребенка вертикально на весу, то он сгибает ноги во всех суставах.
- Поставленный на опору ребенок выпрямляет туловище и стоит на полусогнутых ногах на полной стопе.
- Положительная опорная реакция нижних конечностей является подготовкой к шаговым движениям.
- Если новорожденного слегка наклонить вперед, то он делает шаговые движения (автоматическая походка новорожденных).
- Иногда при ходьбе новорожденные перекрещивают ноги на уровне нижней трети голени и стоп. Это вызвано более сильным сокращением аддукторов, что является физиологичным для этого возраста и внешне напоминает походку при детском церебральном параличе.

Реакция опоры и автоматическая походка физиологичны

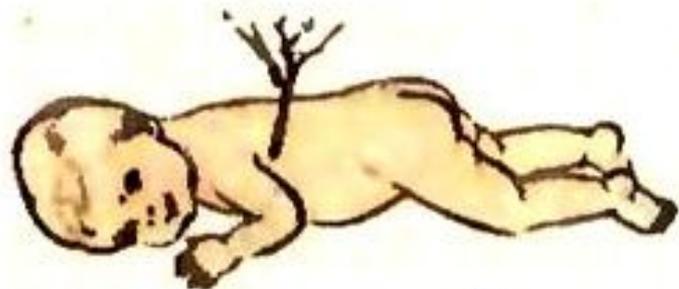
- до 1 — 1,5 мес, затем они угнетаются и развивается физиологическая астазия-абазия.
- Только к концу 1-го года жизни появляется способность самостоятельно стоять и ходить, которая рассматривается как условный рефлекс и для своего осуществления требует нормальной функции коры больших полушарий.

У новорожденных с внутричерепной травмой, родившихся в асфиксии, в первые недели жизни

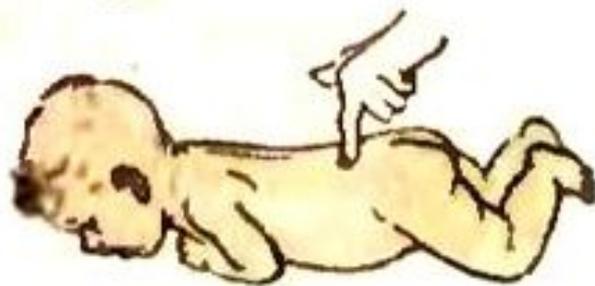
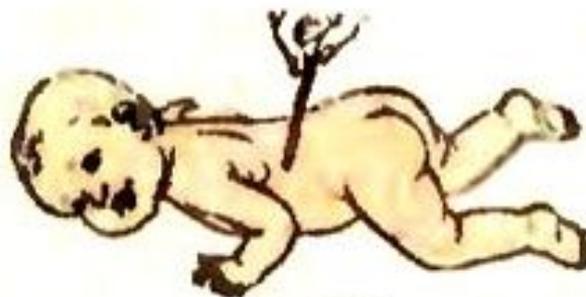
- реакция опоры и автоматическая походка часто угнетены или отсутствуют.
- При наследственных нервно-мышечных заболеваниях реакция опоры и автоматическая походка отсутствуют из-за резкой мышечной гипотонии.
- У детей с поражением центральной нервной системы автоматическая походка задерживается надолго.

Хватательный рефлекс

- появляется у новорожденного при надавливании на его ладони. Иногда новорожденный так сильно обхватывает пальцы, что его можно приподнять вверх (рефлекс Робинзона). Этот рефлекс является филогенетически древним.
- При парезах рук рефлекс ослаблен или отсутствует. У заторможенных детей реакция также ослаблена, у возбудимых, наоборот, усилена.
- Рефлекс физиологичен до 3-4 мес, в дальнейшем на базе хватательного рефлекса постепенно формируется произвольное захватывание предмета.
- Наличие рефлекса после 4 — 5 мес. свидетельствует о поражении нервной системы. Такой же хватательный рефлекс можно вызвать и с нижних конечностей. Надавливание большим пальцем на подушечку стопы вызывает подошвенное сгибание пальцев.



9



10



9 - рефлекс Галанта

10- рефлекс Переса

Рефлекс Галанта.

- При раздражении кожи спины паравертебрально вдоль позвоночника новорожденный изгибает спину, образуется дуга, открытая в сторону раздражителя. Нога на соответствующей стороне часто разгибается в тазобедренном и коленном суставах. Этот рефлекс хорошо вызывается с 5 — 6-го дня жизни. У детей с поражением нервной системы он может быть ослаблен или вовсе отсутствовать в течение 1-го месяца жизни. При поражении спинного мозга рефлекс отсутствует длительно. Рефлекс физиологичен до 3 4-го месяца жизни. При поражении нервной системы эту реакцию можно наблюдать во второй половине года и позже.

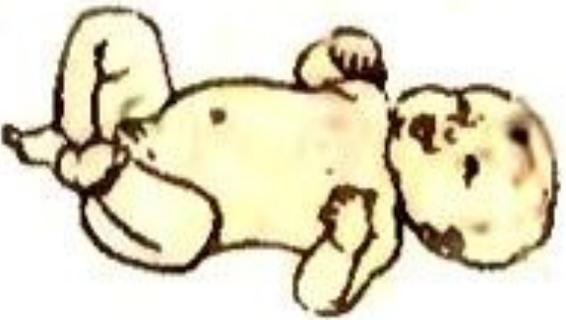
Рефлекс Переза.

- Если провести пальцами, слегка надавливая, по остистым отросткам позвоночника от копчика к шее, ребенок кричит, приподнимает голову, разгибает туловище, сгибает верхние и нижние конечности. Этот рефлекс вызывает у новорожденного отрицательную эмоциональную реакцию. Рефлекс физиологичен до 3-4-го месяца жизни. Угнетение рефлекса в период новорожденности и задержка его обратного развития наблюдается у детей с поражением центральной нервной системы.

Рефлекс Моро

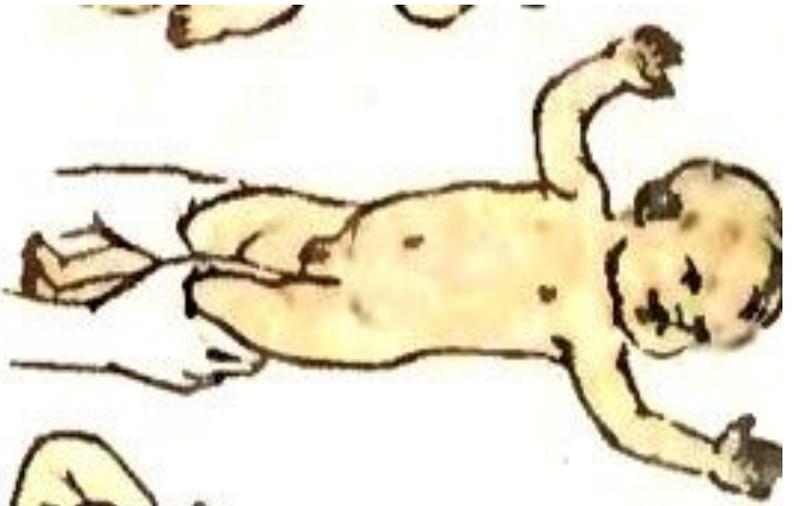
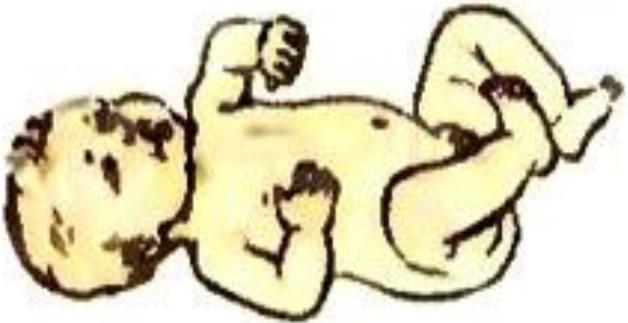
- Вызывается: ударом по поверхности рядом с ребенком или внезапным разгибанием нижних конечностей
- 1 фаза – раскидывает руки и сжимает кулачки
- 2 фаза – руки возвращаются в исходное положение

Хорошо выражен до 4-5 мес



11

B



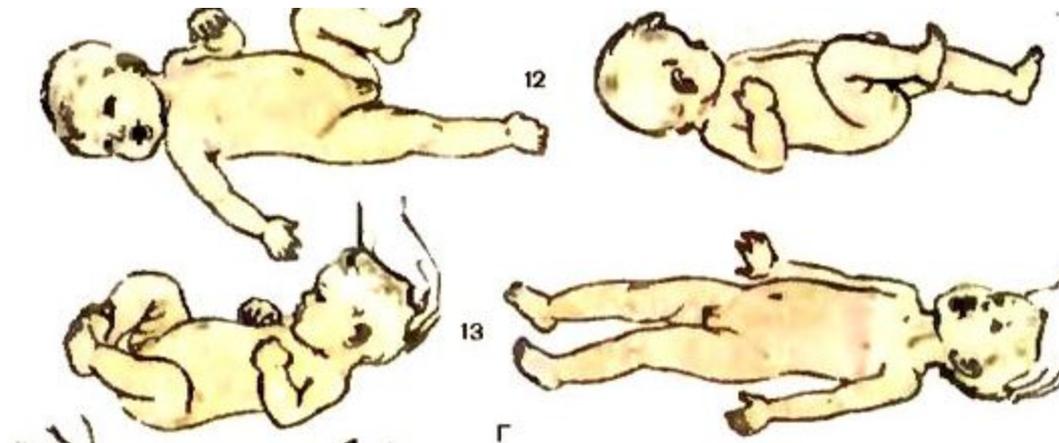
Патология

- Отсутствие рефлекса у новорожденного
- Гемипарез – асимметричный рефлекс Моро
- Задержка редукции рефлекса после 5 мес/

Надсегментарные позотонические автоматизмы

Миелэнцефальные

- Зависимость положения тела от положения головы
- Необходимы в определенном возрасте – до 2-х месяцев
- Если вовремя не редуцируются, мешают развитию ребенка



1

2

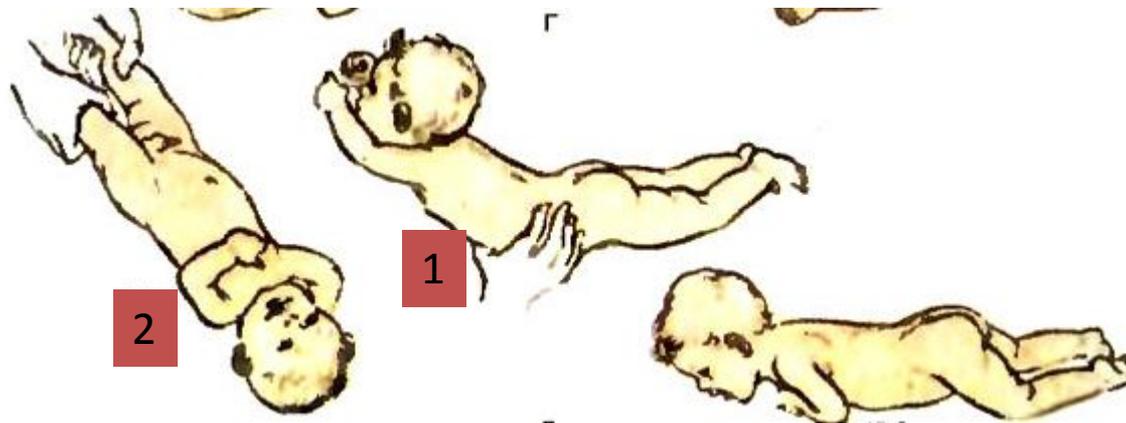
1 – симметричный шейно-тонический рефлекс

2 – асимметричный шейно-тонический рефлекс

Надсегментарные позотонические автоматизмы

Мезенцефалические:

- Шейная выпрямляющая реакция – поворот головы в сторону вызывает поворот всего тела в сторону
- Туловищная выпрямляющая реакция – стопы касаются опоры – выпрямляется голова
- Выпрямляющий рефлекс туловища – сначала поворот головы, затем поворот плечевого пояса и только потом поворот таза – выражен к 6-8 мес



1. Рефлекс
Ландау

Тремор конечностей

- Допустим у новорожденных и детей первых месяцев жизни

Сухожильные рефлексy

- Наиболее постоянно вызываются коленные и рефлексy с двуглавой и трехглавой мышц
- Ахилловы рефлекс появляются к 3-4 мес.

Двигательные нарушения выявляются в

- Пробе на тракцию – в норме – умеренное сопротивление
- Проба на отведение нижних конечностей

Симптомокомплекс «вялого ребенка»



Другие сферы

- Исследование чувствительности имеет малое значение
- Могут отмечаться вегетативные расстройства – приступы цианоза, бледность, покраснение, мраморность кожных покровов, нарушения ритма дыхания и сердцебиения и т.д.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!