

УДК 616.8-08-029.9

НЕВРОЛОГИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Проф. О. Е. Дубенко

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Создание сети семейных врачей значительно повышает роль первичного звена медицинской помощи в наблюдении пациентов с неврологическими заболеваниями. В компетенцию семейного врача входит наблюдение за пациентами с широким спектром наиболее распространенных неврологических расстройств, таких как первичные формы головной боли (мигрень и головная боль напряжения), эпилепсия, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, травмы нервной системы, перенесенный инсульт и др. Несомненно, что невролог играет ведущую роль в консультировании для постановки неврологического диагноза, но роль семейного врача значительно возрастает в наблюдении хронических нервных болезней, так как он лучше знает пациента, его семейное и социальное положение. Неврологические заболевания могут приводить к длительной недееспособности, что делает необходимым повышение образования семейных врачей в области неврологии на последипломном этапе.

Ключевые слова: неврология, семейный врач, неврологические заболевания.

НЕВРОЛОГІЯ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Проф. О. Є. Дубенко

Створення мережі сімейних лікарів значно підвищує роль первинної ланки медичної допомоги в спостереженні пацієнтів із неврологічними захворюваннями. До компетенції сімейного лікаря належить спостереження за пацієнтами з широким спектром найпоширеніших неврологічних розладів, таких як первинні форми головного болю (мігрень і головний біль напруження), епілепсія, хвороба Паркінсона, розсіяний склероз, травми нервової системи, перенесений інсульт тощо. Безперечно, невролог відіграє провідну роль у консультуванні для встановлення неврологічного діагнозу, але роль сімейного лікаря значно підвищується в спостереженні хронічних нервових хвороб, оскільки він краще знає пацієнта, його родинний та соціальний стан. Неврологічні захворювання можуть призводити до тривалої недієздатності, що робить необхідним підвищення освіти сімейних лікарів у галузі неврології на післядипломному етапі.

Ключові слова: неврологія, сімейний лікар, неврологічні захворювання.

NEUROLOGY IN FAMILY DOCTORS PRACTICE

O. E. Dubenko

Reforming of family medicine in Ukraine to promote the role of primary care in diagnosis and managing patients with neurological condition. Family doctor must manage most common neurological conditions like primary headache (migraine and tension-type headache), epilepsy, Parkinson's disease, multiple sclerosis, brain trauma, post-stroke patients and other. It is obvious that neurologist may main role to advice on diagnosis of neurological illness but family doctor may to best place to manage of chronically ill neurological patients. Neurological disorders generate the long-term disability that need enhance postgraduate education in neurological knowledge of family doctors.

Keywords: neurology, family medicine, neurological diseases.

Неврологию многие считают одной из наиболее сложных специальностей в медицине. Студенты, имея даже короткий контакт с нейроанатомией, нейрофизиологией и нейропатологией, пугаются сложности устройства нервной системы, постановки неврологического диагноза и обследования неврологических пациентов. Зачастую такая «нейрофобия» сохраняется у врачей многих специальностей, в том числе у семейного врача.

Одним из приоритетных направлений реформирования украинской медицины уже около семи лет называют создание сети семейных врачей. Иногда, подразумевая то же самое, говорят о реформе первичного звена оказания медицинской помощи. С 2003 г., когда процесс только начинался, уже многое поменялось, но и сейчас немногие хорошо себе представляют, что ожидает впереди. Эта реформа должна приблизить нас к западной модели оказания

помощи. Современная концепция здравоохранения значительно повышает роль семейного врача в оказании помощи пациенту. Какова же роль семейного врача в диагностике неврологических заболеваний и наблюдении пациентов? Это зависит от заболеваемости и распространенности данной патологии. Семейный врач, возможно, будет первым, к кому обратится пациент с различными жалобами на расстройство зрения, слуха, вкуса, обоняния, головную боль, головокружение, боль в спине, а также с различными пароксизмальными состояниями. Необходимо будет определить, являются ли эти жалобы проявлением неврологического заболевания или же они относятся к компетенции других специалистов, куда необходимо направить пациента на консультацию. Так как неврологические заболевания широко распространены, удельный вес таких обращений у врача семейной практики достаточно велик [8, 11]. По данным популяционного исследования в Великобритании, на неврологические состояния приходится около одной трети всех причин обращения к врачу общей практики [3]. Удельный вес пациентов с неврологической патологией, обращающихся к семейному врачу, также существенно может отличаться в зависимости от региона. В крупных городах, в которых имеются медицинские вузы, научные центры, университетские клиники, неврологов значительно больше и обращение к ним значительно доступнее, тогда как в небольших городах и сельской местности их может не быть и там все пациенты оказываются под наблюдением семейного врача.

Многие неврологические расстройства могут сохраняться у пациента на протяжении всей жизни, влиять на качество жизни, приводить к инвалидизации, увеличивать риск смертности. Семейный врач может и должен осуществлять длительное наблюдение за пациентами с уже установленным диагнозом. Это относится не только к перенесенному инсульту, травмам нервной системы, но и таким наиболее частым неврологическим и нейродегенеративным заболеваниям, как эпилепсия, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, периферические нейропатии и др. Семейный врач должен ориентиро-

ваться не только в главных принципах ведения таких пациентов, основных медицинских препаратах, их возможных побочных эффектах, но также учитывать коморбидные состояния, например, наличие тревоги и депрессии при болезни Паркинсона.

Сейчас неврология стала уделом избранных специалистов. Однако большинство неврологических синдромов и болезней были описаны совсем не неврологами. Зарождение клинической неврологии началось только в XVII в. и одним из ее основателей был Thomas Willis (1621–1675), который прославился в первую очередь описанием артериального круга на основании мозга («Виллизиев круг»), а также впервые ввел термин «неврология». Он был анатомом и в 1664 г. опубликовал «Анатомию мозга», а в 1667 г. — «Церебральную патологию» и высказал идею о локализации функций. Джеймс Паркинсон (1755–1824), ставший сегодня одним из самых известных «неврологов» в мире, опубликовав в 1817 г. небольшую книгу «Эссе о дрожательном параличе», не был неврологом, он был аптекарем-хирургом и описал шестерых людей, за которыми наблюдал на улице из своей аптеки с такой максимальной точностью, что это стало основой клинической диагностики болезни. И хотя причины замедленности и скованности — потеря нервных клеток в черной субстанции, которую выявили только через 100 лет, он уже тогда писал «... существует достаточно причин надеяться на то, что вскоре будет открыт защитный механизм, благодаря чему, по крайней мере, прогрессирование болезни сможет быть остановлено» [1].

Первые врачи, полностью посвятившие себя неврологии, появились только в XVIII–XIX вв. — во Франции Чарльз Эдуард Броун-Секар, Жан-Мартин Шарко, в Германии Моритц Ромберг (1795–1873) — автор первого руководства по неврологии («Textbook of Nervous Diseases in Human») [10]. В Англии становление неврологии связано с именами W. A. Hammond и Hughling Jackson. В Харьковском университете на медицинском факультете кафедра нервных и душевных болезней открылась в 1884 г. В этом же году открылась кафедра в университете Святого Владимира в Киеве. Только в XIX в.

появились неврологические инструменты для обследования больных — молоточек, офтальмоскоп, камертон. Также только в XIX в. была подтверждена связь между инсультом и гемиплегией, травмой и параплегией, деменцией и нейросифилисом [6].

Первое описание неврологического заболевания было найдено в древних Египетских папирусах, написанных неизвестным автором около 3000 лет назад и переведенных Эдвардом Смитом, которые состояли из описания серии «случаев» различных заболеваний, в том числе человека с травмой головы, который стал самым ранним из известных описаний неврологических состояний. Первое описание транзиторной ишемической атаки принадлежит Гиппократу, который описал их как «необычные приступы слабости и онемения, которые могут быть признаком грозящей апоплексии». Первый рефлекс — мигательный — описал французский философ Рене Декарт в 1662 г. Термин «рефлекс» отражает взгляд, что приближение объекта «отражается» в мозге. Он также считал, что эпифиз является вместилищем души, так как эта непарная структура располагается точно в центре мозга [9]. Определение инфаркта мозга как удара (stroke) появилось в оксфордском английском словаре в 1599 г., так как внезапный острый цереброваскулярный эпизод тогда связывали с «ударом божьей руки».

Первое успешное медикаментозное лечение эпилепсии было предложено личным акушером королевы Виктории Charles Locock в 1857 г. Он предложил использовать бромиды, так как предполагал, что эпилепсия связана с повышением сексуальной активности, а бромиды подавляют сексуальную активность, что приводит также к уменьшению припадков.

Два наиболее давно известных заболеваний человечества — мигрень и эпилепсия, первые описания которых известны еще из шумерских и вавилонских источников и сегодня являются наиболее распространенными неврологическими расстройствами и относятся во всем мире не только к компетенции невролога, но и семейного врача. Наиболее всесторонним описанием мигрени медицина

обязана античному медику и философу Аретею Каппадокийскому (I в. н. э.). Он описал многие болезни — обморок, «меланхолию» и «манию», паралич вследствие поражения головного и спинного мозга, дал подробное описание эпилептического припадка, окончательно утвердил понятие «диабет». Он сделал первую попытку классификации головных болей и выделил мигрень под названием «гетерокrania», описал ее дифференциальную диагностику от других видов головной боли. Клавдий Гален во II в. н. э. заменил этот термин на «гемикrania», от которого происходит современный термин «мигрень». Первой монографией по мигрени была работа французского врача Шарля Писо «Hemicrania» в 1618 г., которую он детально наблюдал у самого себя.

Такие формы первичной головной боли как мигрень и головная боль напряжения и сегодня являются одними из самых частых неврологических расстройств в практике семейного врача [2]. Хотя первичные головные боли не влекут за собой увеличения смертности, 1,3 % людей в год лишаются дееспособности из-за мигрени, так как повторяющиеся мигренозные атаки приносят страдание, нарушают работоспособность, социальную активность и семейную жизнь. Подсчитано, что ежедневно в мире развивается 3000 мигренозных атак на каждый миллион населения [4]. В Великобритании ежегодно только из-за мигрени теряется 25 млн рабочих и учебных дней. Удельный вес первичных головных болей, с которыми больные обращаются к неврологам и врачам общей практики, примерно одинаков: мигрень — 30–34 %, головная боль напряжения — 23–35 %, их сочетание — 12–17 % [7]. В 2011 г. ВОЗ было доложено о результатах Глобальной кампании против головной боли под названием «Поднять бремя», целью которой было улучшение оказания помощи людям, страдающим от головной боли. Итогом стало издание Атласа головной боли, который стал результатом мониторингования состояния этой проблемы во всех регионах мира: эпидемиологии, диагностики, социальной значимости, обучения и лечебных подходов. Информация была получена от 101 страны мира за 5-летний

период и ключевыми выводами этого анализа стали следующие [13]:

1. Несмотря на то, что мигрень и головная боль напряжения распространены среди людей всех рас и географических регионов и являются преобладающим неврологическим расстройством человечества, их эпидемиология плохо документирована и в мире они недостаточно диагностируются и лечатся.

2. От половины до трех четвертей взрослых людей в мире от 18 до 65 лет страдали головной болью в течение последнего года, около 10 % людей страдают мигренью, а 1,7–4 % людей во взрослой популяции страдают головной болью более 15 дней в месяц, т. е. имеют хронические формы заболевания.

3. В целом в мире только 50 % больных с головной болью получают первичную профессиональную диагностику, из них только 10 % — у неврологов.

По мнению экспертов ВОЗ, большинству пациентов с первичными формами головных болей должны оказывать помощь врачи общей практики, поэтому образовательные программы должны быть расширены как в медицинских университетах, так и в последипломном образовании.

Эпилепсия по частоте находится на 3 или 4 месте в мире (после мигрени, инсульта и, возможно, болезни Альцгеймера). Активными эпилепсиями в мире страдает 1 % людей, это примерно 65–70 млн. Сложившаяся практика показывает, что таких пациентов предпочитают направлять в специализированные клиники или к специалистам в этой области, однако таких крайне мало, что приводит к тому, что эти пациенты получают недостаточную помощь [12]. Анализ в Великобритании показал, что только 3 % больных наблюдаются

в специализированных клиниках для эпилепсии, только 9 % регулярно наблюдаются у врача общей практики и около 50 % посещают семейного врача при необходимости [3]. Другой анализ показывает, что у 24 % пациентов остается неустановленным тип эпилепсии, у 1/3 не установлен тип припадков, а у 1/4 не регистрируется частота припадков [5]. Однако, когда диагноз эпилепсии установлен, назначено адекватное лечение, семейный врач может и должен играть ведущую роль в наблюдении таких пациентов, контроле за терапией, адекватной дозой препаратов, индивидуальной переносимостью, возможными побочными явлениями, коморбидными состояниями, а также для выявления пациентов, которые нуждаются в направлении к специалисту вторичного или третичного звена. Кроме того, такие пациенты нуждаются в постоянном взаимодействии с врачом в силу значимости и частых негативных социальных последствий заболевания (стигматизация, изоляция, отсутствие работы, низкая самооценка, взаимоотношения в семье).

Несомненно, что невролог должен играть ведущую роль в диагностике неврологических заболеваний, но роль семейного врача значительно возрастает в наблюдении хронических нервных болезней, так как он лучше знает пациента, его семейное и социальное положение.

Неврология родилась из медицины общей практики и, возможно, отчасти в нее вернется. Поэтому последипломное образование врачей семейной медицины должно учитывать широкую распространенность неврологических заболеваний и необходимость повышать компетенцию в области неврологии, что расширит возможности помощи пациентам с неврологической патологией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Лис Э. Дж. Наставничество сумашедшего: эксперимент Уильяма Берроуза / Дж. Э. Лис. — Житомир : 505, 2018. — 225 с.
2. A new GP with special interest headache service: observation study / L. Ridsdale, J. Doherty, D. McCrone, P. Seed // Br. J. Gen. Pract. — 2008. — Vol. 58 (522). — P. 478–483.
3. Chappel B. Patient views on primary care services for epilepsy and areas where additional professional knowledge would be welcome / B. Chappel, H. Swithson // Seizure. — 1998. — Vol. 7, Issue 6. — P. 447–457.

4. *Ekbom K.* Migraine in general practice / K. Ekbom // Basic concept. — Smith-Gordon, 2012. — 112 p.
5. Epilepsy care in general practice / J. Varley, M. Fitzsimons, N. Delanty [et al.] // Ir. Med. J. — 2009. — Vol. 102 (6). — P. 173–176.
6. *Gardner-Thrope Ch.* A short history of Neurology / Ch. Gardner-Thrope // Brain. — 2000. — Vol. 123, Issue 12. — P. 2573–2575.
7. *Morrish P.* The changing relationship between neurology and general practice in England / P. Morrish // Br. J. Gen. Pract. — 2009. — Vol. 59. — P. 599–604.
8. *Ridsdale I.* Preventing neurophobia in medical students, and so future doctors / I. Ridsdale, R. Massey, L. Clark // Pract. Neurol. — 2007. — Vol. 7 (2). — P. 116–123.
9. *Rolak L. A.* Neurology secrets/ Second Edition / L. A. Rolak // Jaypee Brothers medical publishers. — 2001. — 418 p.
10. *Schiffter R.* Moritz Heinrich Romberg (1795–1873) / R. Schiffter // J. Neurol. — 2010. — Vol. 257 (8). — P. 1409–1410.
11. *Shon F.* Is clinical neurology really so difficult? / F. Shon, P. Hart, C. Fernandez // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 2002. — Vol. 72 (5). — P. 557–559.
12. *Thapar A. K.* General practitioner attitudes to the care of people with epilepsy: an examination of clustering within practices and prediction of patient-rated quality of care / A. K. Thapar, M. O. Roland // BMC Family Practice. — 2005. — Vol. 6. — P. 9–17.
13. World Health Organization. Atlas of headache disorders and resources in the World 2011 // WHO, Geneva, 2011. — 69 p.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ХМАПО ПЛАТНИХ ЦИКЛІВ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ Й УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ НА 2018 РІК

КАФЕДРА СТОМАТОЛОГІЇ ТА ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Зав. кафедри проф. Куцевляк В. Ф. _____ **тел.: 705-45-41; 705-17-55**

Каріозна хвороба у дорослих та дітей та її ускладнення
(для стоматологів, дитячих стоматологів)24.10–22.11

Каріозна хвороба та її ускладнення (для стоматологів-терапевтів)25.10–23.11

Стоматологія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)22.11–20.12

Терапевтична стоматологія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії) ...23.11–21.12

КАФЕДРА ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ, ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ ТА СТОМАТОЛОГІЇ

Зав. кафедри проф. Лісова І. Г. _____ **тел.: 349-83-36; 349-87-64**

Хірургічна стоматологія. Суміжний цикл каф. терапевтичної стоматології.03.12–07.12

КАФЕДРА ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОДОНТІЇ ДОРΟΣЛИХ

Зав. кафедри проф. Гризодуб В. І _____ **тел.: 067-771-44-16**

Металокераміка та протезування на імплантатах (для стоматологів-ортопедів) ...22.10–20.11

Ортопедична стоматологія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії) ...22.11–21.12

КАФЕДРА ПСИХОТЕРАПІЇ

Зав. кафедри проф. Михайлов Б. В. _____ **тел.: 343-41-44; 349-44-23**

Психотерапія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)12.11–11.12