

Інтегрований неврологічний огляд хворого у практиці сімейного лікаря

О.Є. Коваленко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ
ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ

Пропонується оптимізована методика проведення неврологічного огляду пацієнта в практичній діяльності сімейного лікаря як складова системного клінічного підходу до хворого.

Ключові слова: неврологічний огляд, сімейний лікар, системний підхід.

Провідним концептуальним напрямком діяльності сімейного лікаря є системний підхід до здоров'я хворого в змінних умовах навколишнього середовища, зокрема соціальних [1, 2].

Звісно, що вирішення цих питань потребує не тільки високої відповідальності, але й глибоких знань та практичних навичок з цілого переліку медичних спеціальностей, зокрема з неврології. Неврологічна підготовка (володіння теорією та навичками) сімейного лікаря має величезне значення, адже кожен патологічний стан в організмі людини формується не без залучення нервової системи – чи то первинне неврологічне захворювання, чи то соматична патологія та її неврологічне ускладнення, чи то функціональна стадія різних захворювань як прояв вегетативного дисбалансу. Усі феномени болю реалізуються нервовою системою, зокрема, вазомоторна та больова компоненти запалення яскраво представлені реакцією нервової системи на пошкодження. У тісному функціональному зв'язку з нервовою системою знаходиться й імунна система. Саме неврологічні захворювання належать до переліку найбільш інвалідизувальних, адже втрата або зниження керівної ролі нервової системи над функціями організму може суттєво погіршити життєдіяльність. Тому правильна інтерпретація клініки та патогенезу того або іншого захворювання значною мірою пов'язана з клінічною оцінкою стану нервової системи.

Не секрет, що серед усіх навичок та теоретичних знань, що мають опанувати лікарі, які отримують спеціальність сімейного лікаря, саме топічна діагностика та неврологічний огляд зумовлюють суттєве занепокоєння з причини складнощів щодо засвоєння та витрати великої кількості часу на його проведення, що виявило опитування лікарів [3]. У зв'язку з цим ми поставили собі за мету розробити оптимальну схему інтегрованого, тобто «вбудованого» у загальноклінічний та соматичний огляд, клінічного неврологічного обстеження.

Обґрунтуванням для проведення сімейним лікарем неврологічного огляду є той факт, що саме ускладненнями з боку нервової системи досить рано проявляються найпоширеніші захворювання сучасності (артеріальна гіпертензія, атеросклероз, цукровий діабет тощо), які найчастіше призводять до інвалідності та підвищують показники смертності. Тому результати клініко-неврологічного огляду дозволять виявити вторинні та первинні патологічні зміни з боку нервової системи, оцінити ступінь прогресування патології та/або ефективність лікувально-профілактичних заходів.

Ключові вектори формування послідовної лінії клінічного мислення лікаря значною мірою базуються на правильній оцінці перших об'єктивних показників пацієнта, тому навіть те, як пацієнт заходить до кабінету лікаря, несе в собі надзви-

чайню багато інформації, від правильної інтерпретації якої може залежати встановлення первинного діагнозу [3, 5].

Отже, неврологічний огляд розпочинається саме з тієї миті, коли пацієнт щойно відчинив двері до кабінету лікаря, а ще точніше – коли лише намагається її відчинити. І те, як пацієнт це здійснює – обережно, впевнено, рвучко, ледь-ледь тощо, також може мати певне клінічне значення.

Перше враження при погляді на людину як на особистість з можливими душевними або фізичними стражданнями надає вираз обличчя хворого, з яким зазвичай корелюють когнітивні показники – інтелект, розумова та психічна діяльність тощо. Разом з цим є й виключення: у разі наслідків травм кісткових та м'язових утворень обличчя та оперативних втручань, а також у частини хворих з дитячим церебральним паралічем інтелект може не відповідати зовнішнім даним.

Наступні зовнішні ознаки – стан ходи та статури пацієнта – несуть в собі надзвичайно багато інформації як щодо неврологічних, ортопедичних, так і соматичних змін в організмі людини.

Так само, як і хода, те, як пацієнт вмощується на стільці біля лікаря, при ортопедичних вадах, патології периферійних нервів, нервово-м'язових захворюваннях може бути важливим показником для встановлення попереднього клінічного діагнозу.

Розташування хворого на стільці біля робочого столу лікаря дозволяє розгледіти особливості будови обличчя, його фізичні вади, симетричність/асиметричність, колір та дефекти шкіри.

Збір скарг має розпочинатись із запитання «Що вас привело до мене/в лікарню?», адже ми не раз стикались з відповіддю на запитання «Що вас турбує?» – «Нічого...». А виявляється, що привело його в лікарню переконання близьких або, наприклад, напад (судинний, судомний, панічний тощо) в анамнезі. І на сьогодні людину, дійсно, нічого не турбує. Має бути градація скарг – від найбільш значущої з позиції хворого (що може не збігатися з баченням лікаря) до найменш важливої. Слід визначити взаємозв'язок скарг між собою та з даними анамнезу.

Дослідження анамнезу хвороби пацієнта дозволяє виявити причинно-наслідковий зв'язок між одним чинником та патологічними змінами, в тому числі визначити – чи ці зміни з'явилися вперше або вони вже були раніше; якщо об'єктивні та суб'єктивні неврологічні симптоми з'явилися раніше поточних скарг, слід визначити їхню динаміку, яка може залежати від прогресування основного захворювання, ко- або поліморбідності, шкідливих звичок, відсутності або неадекватності лікування, побічних ефектів.

При виявленні причинно-наслідкового зв'язку з іншими захворюваннями слід брати до уваги вірогідність первинного ураження нервової системи (інфекція, травма, вроджена аномалія тощо); клінічні зміни у нервовій системі є ускладненням інших захворювань (наприклад, полінейропатія при цукровому діабеті, інсульт при серцевій аритмії, дисцирку-

ляторна енцефалопатія при артеріальній гіпертензії тощо). Крім того, існуючі скарги можуть бути нейрогенними соматичними синдромами (наприклад: гіпоталамічний синдром, вертеброгенні вегетативні соматичні синдроми – кардіалгії, дискінезії травного тракту тощо).

Саме лікар первинної ланки може оцінити якнайкраще від лікарів інших спеціальностей сімейний анамнез та анамнез життя хворого через його наближеність безпосередньо до сім'ї хворого. Обов'язково беруть до уваги психологічний стан у сімейних взаємовідносинах пацієнта, особливості харчування та способу життя, шкідливі звички, спадкові захворювання, генетичну схильність. Зважаючи на мультифакторіальний характер більшості захворювань, у кожному конкретному випадку слід оцінити дію внутрішніх і зовнішніх чинників, що ляже в подальшому в основу індивідуальної профілактичної програми для пацієнта.

Під час збору скарг та анамнезу слід оцінити особливості мови пацієнта – розуміння зверненої мови, логіку та моторику мовлення, артикуляцію, а також голос (осиплість, хрипіння, свистіння тощо). Стан мови відображує когнітивні та комунікативні функції, тобто мозкову діяльність, а також ЛОР-проблеми, опосередковано – соматичні зміни (bronхіальна астма, серцева недостатність).

Важливе значення має дослідження екстероцептивних функцій – зору, слуху, нюху, смаку, стан яких прямо і опосередковано визначають в перші хвилини спілкуванням з хворим. Вони можуть нести інформацію як безпосередньо про стан відповідного органу (око, вухо, носова та ротова порожнини), так і відповідних черепних нервів та мозкових функцій. Тобто правильне трактування порушень має базуватись окрім неврологічного на результатах офтальмологічного та ЛОР-досліджень, що до певної міри також є компетенцією сімейного лікаря. Крім суб'єктивних скарг, об'єктивними проявами зазначених порушень, що слід брати до уваги сімейному лікарю, є дії пацієнта – прислуховування, придивляння з примруженням очей та нахиланням голови або відсторонення об'єкту, що розглядається, тощо.

Продовжуючи об'єктивне обстеження, подальший огляд обличчя пацієнта дозволить окрім шкірних та опосередкованих соматичних змін визначити стан черепної іннервації. Оцінюючи величину очних щілин, об'єм та синхронність рухів очних яблук, стан конвергенції, наявність/відсутність ністагму та випадіння полів зору, стан зіниць, отримують уявлення щодо групи очорухових та зорового нервів, вегетативного забезпечення органу зору. Натомість, дивлячись в очі пацієнту, лікар насамперед оцінює колір склери та райдужки ока, що несуть в собі інформацію про соматичні та офтальмологічні проблеми: гіперемія склер при кон'юнктивіті, іктеричність при гепатитах, синюшність склери при сполучнотканинній дисплазії, звивистість та розширення судин кон'юнктиви при цереброваскулярній недостатності, кільце Кайзера на райдужці (ірисі) при гепатолентикулярній дегенерації, «стареча» дуга на ірисі при атеросклерозі тощо. Кожен з цих об'єктивних симптомів потребує цілеспрямованого дослідження інших симптомів, коли сформується певний синдром як основа попереднього клінічного діагнозу.

Логічним є подальше дослідження структур обличчя і голови, тому від пальпації точок виходу трійчастого нерва потрібно перейти до пальпації ділянок виходу потиличних нервів, далі – лімфовузлів навколочувших, підщелепних та шийних, слинних та щитоподібної залоз. Болючість точок виходу трійчастого нерва може свідчити про синусити та стоматологічні проблеми, що потребує подальших спеціальних досліджень та консультацій спеціалістів другого рівня.

Огляд структур порожнини рота розпочинають з огляду язика, де асиметрія його розташування (девіація), гіпотрофія та фасцикулярні посмикування свідчать про ор-

ганічні зміни нервової системи. Велике значення має його колір. Різні типи нальоту на язичі потребують досліджень травного тракту, імунної системи, блідість язика та слизових оболонок відображують гематологічні зміни. Синюшність язика часто залишається клінічно недооціненою, хоча цей колір є достовірним свідченням венозної дисциркуляції у порожнині черепа (звісно, якщо пацієнт не наївся, скажімо, чорниць або чогось подібного). Поклавши шпатель на корінь язика, лікар може заодно оцінити ковтальний рефлекс, разом з цим констатувати симетрію/асиметрію піднебінних дужок та язичка. Слід при цьому визначити у пацієнта стан ковтання, оцінити фонацію. Відхилення від норми цих показників свідчить про патологію каудальної групи черепних нервів різної етіології, а разом з явищами гіперемії, набряку асиметрія може свідчити про запалення, зокрема паратонзиллярний абсцес, тому огляд мигдалин, задньої стінки глотки з виявленням явищ запалення, різних типів нальоту, нагноєнь будуть визначальними щодо подальшої тактики лікаря первинної ланки та спрямування пацієнта на відповідний другий рівень медичної допомоги.

Подальше оцінювання статури людини після роздягання та виявлення фізичних ортопедо-травматологічних вад є невід'ємною частиною вертеброневрологічного огляду, адже найпоширеніші розлади периферійної нервової системи є залежними саме від стану хребта. Дослідження тіла людини має супроводжуватися оглядом та пальпацією м'язів, кісткових утворень, у тому числі суглобів. Важливе клінічне значення мають гіпотрофії та ущільнення, гіпо- та гіпертонус м'язів, фасцикулярні посмикування тощо. Дослідження паравертбральних м'язів дозволяє отримати непряме уявлення про сегментарне вегетативне забезпечення тих чи інших внутрішніх органів. Виконують проби на виявлення ранніх проявів сколіозу. Далі роздягненій людині проводять аускультацию серця та легень, перкусію за необхідності. Отримана інформація формує обґрунтовану думку сімейного лікаря щодо можливого подальшого маршруту пацієнта на другу ланку медичної допомоги.

Досліджують м'язову силу, сухожилкові та періостальні рефлекси з кінцівок, визначають патологічні рефлекси. У разі сумніву – виконують пробу на скритий парез. Обов'язково ставлять додаткові запитання пацієнту, що допомагають інтерпретувати виявлені відхилення від норми.

У стоячому положенні пацієнту зручно запропонувати проби на статику та координацію – поза Ромберга та пальцево-носова проба (ПНП). Разом з оцінюванням статики та координації при виконанні ПНП звертають увагу на можливе тремтіння пальців, акрогіпергідроз, блідість, мармуровість або гіперемію кистей витягнутих рук. При похитуванні пацієнта пропонується проба на оцінювання статики з навантаженням.

Наступна команда пацієнту – лягти на кушетку обличчям догори: оглядають живіт, його симетричність, оцінюють стан шкіри, підшкірну жирову клітковину та підшкірну венозну сітку кінцівок та тулубу, наявність/відсутність набряків. У цьому положенні визначають стан поверхневої та глибокої чутливості, черевні, патологічні, менінгеальні рефлекси, колінно-п'яткову координаторну пробу, симптоми натягнення, дермографізм. Після цього пальпують живіт, у тому числі в положенні на боці, для виявлення патології травного тракту, селезінки та сечовидільної системи.

Слід звернути увагу, що в положенні лежачи можна більш широко проводити неврологічний огляд – оцінювати стан черепних нервів, сухожилкових та періостальних рефлексів. У такому разі доцільним буде попереднє прислуховування серця та легень, а решту, окрім пози Ромберга та більшої частини вертеброневрологічних досліджень, – у положенні лежачи. Вибір переважного положення хворого за-

лежить від низки факторів – стану пацієнта, умов, особисто-го уподобання лікаря тощо. Головним є принцип інтеграції неврологічного огляду в загальносоматичний, що дозволить суттєво скоротити час обстеження, отримати більш повну системну інформацію щодо стану пацієнта.

ВИСНОВКИ

Таким чином, тактика лікаря первинної ланки щодо визначення неврологічних змін має включати наступні складові:

- неврологічний огляд у складі комплексного клінічного огляду, який розпочинається вже з тієї миті, коли хворий перетнув поріг кабінету лікаря (а ще точніше – коли тільки відчиняє двері кабінету невролога);
- визначення наявності та ступеня відхилень функцій нервової системи від норми та їхня інтерпретація;
- збір анамнезу, визначення причинно-наслідкового

зв'язку, в тому числі визначити – чи ці зміни з'явилися вперше або вони вже були раніше;

- якщо об'єктивні та суб'єктивні симптоми виникли раніше, слід визначити їхню динаміку, яка може залежати від прогресування основного захворювання, через ко- або поліморбідність, шкідливі звички, відсутність або неадекватність лікування, побічні ефекти;
- планування подальшої тактики ведення хворого (характер додаткових обстежень, визначення показань до направлення або обґрунтування ненаправлення на другу ланку медичної допомоги);
- пояснення пацієнтові характеру проблеми, можливих ускладнень патології, обговорення лікування та профілактичних заходів (позбавлення шкідливих звичок, чітке виконання лікарських призначень тощо), а також визначення безпосередньої ролі самого пацієнта у їхньому виконанні.

Интегрированный неврологический осмотр больного в практике семейного врача О.Е. Коваленко

Предлагается оптимизированная методика проведения неврологического осмотра пациента в практической деятельности семейного врача как составляющая системного клинического подхода к больному.
Ключевые слова: неврологический осмотр, семейный врач, системный подход.

Integrated neurological examination of the patient in the practice of the family doctor O. Kovalenko

Proposed optimized technique of neurological examination of the patient in the practice of the family doctor as part of a systematic clinical approach to the patient.

Key words: neurological examination, family doctor system view.

Сведения об авторе

Коваленко Ольга Евгеньевна – кафедра семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 456- 90-27

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Матюха Л.Ф., Матюха Л.Ф., Гойда Н.І., Слабкий В.Г., Олійник М.В. Науково обґрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики–сімейного лікаря з позиції компетентісного підходу. Методичні рекомендації. – 2010. – 27 с.
2. European Society of General Practice/Family Medicine WONCA Europe. The European definitions of the key features of the discipline of general practice and the role of the general practitioner. A description of the core competencies of the general practitioner/family physician. London: ESGP/FM; 2002, 2005, 2011.
3. Коваленко О.Є. Неврологічний огляд в практиці сімейного лікаря. З чого розпочати? // Здоров'я України. – № 1. – С. 23–24.
4. Коваленко О.Є. Огляд «неврологічного хворого» в практиці сімейного лікаря (частина II). Збір скарг. // Здоров'я України. – № 2.
5. Скоромец А.А. Неврологический статус и его интерпретация: учеб. руководство для врачей / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец: под ред. проф. М.М. Дьяконова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 240 с.