

Тема номера

О.Є. Коваленко, д.м.н., професор, кафедра сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Неврологічний огляд у загальномедичній практиці: з чого розпочати? Оцінка ходу

Системний погляд на стан здоров'я хворого в умовах оточуючого середовища, зокрема соціальних, які динамічно змінюються, є провідним концептуальним напрямком діяльності сімейного лікаря. Тобто сімейний лікар має не тільки володіти інформацією щодо основних параметрів функціонування соматичної, гормональної, репродуктивної та психоневрологічної сфер пацієнта, але й використовувати її на практиці. На етапі становлення сімейної медицини в Україні часто зустрічаються невиправдані страхи щодо неможливості оволодіння та використання лікарем методик якісного огляду та оцінки неврологічної та інших сфер організму. Головними причинами називають перенасиченість інформацією та брак робочого часу, коли навіть зробити повноцінне загальноклінічне обстеження пацієнта буває проблематично. Нерідко майбутній сімейний лікар усякий огляд хворого поза загальноклінічним вважає додатковим, таким, що потребує окремого, досить суттєвого об'єму часу. Особливо це стосується неврологічного огляду.

Практика доводить, що як лікарі-інтерни, так і лікарі-слухачі циклів перепідготовки з великою пересторогою ставляться до того, чи можливе якісне застосування на практиці неврологічного огляду хворого, адже, на їхню думку, це може зайняти чимало часу. Незважаючи на це переконлива більшість лікарів розуміють вкрай гостру необхідність проведення такого огляду, адже найпоширеніші захворювання сучасності (артеріальна гіпертензія, атеросклероз, цукровий діабет тощо), які найчастіше призводять до інвалідності й навіть до смерті, досить рано проявляються ускладненнями з боку нервової системи, тому саме результати клініко-неврологічного огляду дозволяють оцінити ступінь прогресування патології та/або ефективність лікувально-профілактичних заходів.

Натомість вирішення поставлених завдань лікарем первинної ланки медичної допомоги обтяжується опануванням великого потоку інформації та складністю щодо диференціації і засвоєння ключових знань та практичних навичок. Потребують уточнення межі компетенції сімейних лікарів стосовно тих чи інших неврологічних нозологій. Нерідко трапляється дискусійна думка з приводу того, що сімейний лікар повинен мати змогу виявити тільки органічні зміни в нервовій системі, після чого пацієнта треба спрямувати на другу ланку медичної допомоги (до невролога). Проте одні й ті ж органічні неврологічні зміни можуть трактуватися як такі, що нещодавно виникли, або такі, що тривають певний час; тобто в кожному випадку потрібно застосувати диференційований підхід.

Відомо, що неврологічний огляд має включати обстеження всіх функцій нервової системи: від головного мозку до периферичних нервів та системи адаптації, тобто від оцінки психічного стану та когнітивних функцій до звичайних рефлексів і вегетативного балансу. Такий детальний огляд вимагає проведення низки тестів, спрямованих на виявлення функціональної здатності кожного відділу нервової системи. Лікар повинен мати відповідний досвід, щоб здійснювати подібні обстеження. Враховуючи те, що його отримують після тривалої роботи зі значною кількістю здорових осіб і хворих, то інтеграція неврологічного огляду в практику лікаря первинної ланки викликає обґрунтовану стурбованість. Цілком зрозуміло, що методично правильне й чітке виконання процедури обстеження пацієнта зводиться вірогідність діагностичних помилок нанівель.

Як свідчить опитування, перед майбутнім лікарем первинної ланки досить часто виникає дилема: здійснювати обстеження пацієнта з точки зору невролога, витратити чимало часу для повного клінічного обстеження (у тому числі соматичного, неврологічного та іншого), залишаючи поза увагою інші сфери організму, чи знехтувати цим оглядом, ризикуючи не виявити вчасно неврологічні зміни? Саме вимога осягнути великий об'єм знань та вмінь, що потребує витратити значну кількість часу, відштовхує потенційного лікаря первинної ланки від оволодіння спеціальністю.

Визначення ролі та місця неврологічного огляду в діяльності лікаря первинної ланки є важливим завданням. Методику проведення цього огляду та інтерпретування змін, на нашу думку, слід виконувати інтегровано, з урахуванням інших систем організму, що дасть змогу отримати більш повну інформацію,

зеконотити час. Зважаючи на це, розглянемо практичні можливості оптимізації неврологічного огляду в практиці сімейного лікаря.

Перший погляд

Слід пам'ятати постулат: неврологічний огляд починається з тієї миті, коли пацієнт відчинив двері до кабінету лікаря. Навіть не увійшов до кабінету, а тільки відчинив двері. Тому, запросивши наступного пацієнта, лікар не повинен відволікатися (дописувати документацію попереднього хворого, давати вказівки медсестрі, говорити по телефону, дивитися у відео тощо). Лікар зеконотить час у подальшому, якщо ці секунди витратить на загальну оцінку низки параметрів хворого.

Миттєве зчитування інформації при першому візуальному, психологічному та вербальному контакті з пацієнтом дає змогу з дрібних, але яскравих фрагментів формувати, як велике мозаїчне панно, загальне і в той же час поглиблене уявлення про його стан. Правильна оцінка перших об'єктивних показників щодо стану пацієнта нерідко розставляє ключові вектори формування подальшої лінії клінічного мислення лікаря.

Отже, невпевнене або, навпаки, занадто рвучке відкриття дверей пацієнтом може свідчити про певний психологічний і/або фізичний стан. У першому випадку особа може страждати на фізичні вади, які заважають повноцінній руховій діяльності, або перебувати в депресивному стані, пригніченості, рідше сором'язливості тощо. У другому випадку пацієнт може бути збудженим, занадто схвильованим, навіть агресивним. Стосовно фізичного стану різкі, рвучкі рухи можуть траплятися у разі порушеного (підвищеного або зниженого) м'язового тону; при обмеженні відчуття закінченості руху, які бувають у хворих після інсульту; при екстрапірамідних розладах (паркінсонізмі, хореї тощо), деяких спадкових нервово-м'язових захворюваннях тощо. Взавши до уваги ці факти, лікар може передбачати деякі подальші об'єктивні показники та більш прискіпливо до них поставитися.

Наступним об'єктивним пунктом загальної оцінки стану хворого є вираз його обличчя, який, зазвичай, прямо корелює з когнітивними показниками — інтелектом, розумовою та психічною діяльністю тощо. Бувають виключення: внаслідок травм кісткових та м'язових утворень обличчя та оперативних втручань у частини хворих на дитячий церебральний параліч зовнішні дані можуть не відповідати рівню інтелекту. Суттєве клініко-діагностичне значення має наявність гримаси страждання — як фізичного, так і психологічного. Міміка страху, озирання пацієнта можуть бути пов'язані з наявністю як реальної небезпеки, так і психічного захворювання. Про психічні розлади можуть свідчити необґрунтовані прислуховування, озирання, погляд крізь людину тощо. Не слід забувати й про можливість аґравації у випадку наявності в пацієнта твердих мотивацій, часто матеріальних, тобто особа розраховує на констатацію вами більш важкого його стану проти того, що є в реальності.



О.Є. Коваленко

Подальша, більш детальна, оцінка виразу обличчя, у тому числі стану черепної іннервації, відбудеться при близькому контакті лікаря з пацієнтом.

Постава, хода, рівновага

Наступна ознака, яка має бути ретельно, але миттєво оцінена лікарем, — хода та рівновага пацієнта — несе в собі надзвичайно багато інформації: як щодо неврологічних, ортопедичних, так і щодо соматичних змін в організмі. Перше, що привертає увагу, — це наявність допоміжних засобів опори (милиць, ціпка) або супроводжуючої особи, на яку спирається хворий, тощо. Необхідність спиратися на когось або на щось може свідчити про наявність досить грубих уражень власне кінцівок чи таза (периферійних нервів, м'язів, кісток, суглобів) внаслідок травм, артритів, уроджених вад, а також органічних змін центральної нервової системи з ураженням рухової сфери через судинні, запальні, аутоімунні, травматичні, спадково-дегенеративні захворювання центральної нервової системи (інсульт, енцефаліти, енцефаломієліти, черепно-мозкові травми, паркінсонізм, дитячий церебральний параліч тощо). Потребу на щось спиратися, крім осіб із неврологічними змінами, можуть мати хворі на серцево-судинну та легенево-недостатність, зі значним виснаженням внаслідок онкологічних, інфекційних захворювань тощо; з хворобами хребта (наприклад, хвороба Бехтерева); з грубими деформаціями скелету після травм, остеомієліту; із вадами розвитку, коли точка опори тіла патологічно зміщена, тощо.

Характер ходи пацієнта без допоміжних засобів може свідчити про більш легкий ступінь органічного ураження центральної нервової системи через попередньо зазначені патологічні стани (нозології) і відображати топіку вогнищ уражень та цілу низку неврологічних патологій. Отже, така комплексна оцінка з врахуванням скарг, анамнезу та інших об'єктивних даних дозволяє спрямувати клінічне мислення лікаря в потрібному напрямку.

Так, виділяють декілька типів патологічної ходи людини, диференціація яких є важливим компонентом встановлення клінічного діагнозу.

Хода при ортопедичних вадах, патології периферійних нервів, нервово-м'язових захворюваннях може бути найважливішим показником для встановлення попереднього клінічного діагнозу. Досить поширеною ортопедичною вадою є клишоногість, яка значною мірою має естетичний недолік, але суттєво не впливає на загальну життєдіяльність; натомість, опосередковано пов'язана з конфігурацією скелету зі зміщенням центрів опори, що зумовлює вертеброгенну патологію — як неврологічну, так і вісцеральну. Слід звернути увагу на розташування стоп, викривлення гомілок, суглобів. Особливості ходи залежать від вальгусної або варусної деформації стопи. Звісно, сімейний лікар повинен проконсультуватися з ортопедом стосовно такого хворого для застосування можливих ортопедичних засобів, особливо коли це стосується пацієнтів дитячого та молодого віку.

