

О.Є. Коваленко, д.м.н., професор, кафедра сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Неврологічний огляд у загальномедичній практиці

Частина 2. Збір скарг

Продовжуючи тематику первинного огляду неврологічного хворого сімейним лікарем, слід нагадати зміст попередньої публікації (тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія», № 1/2014), де зазначалося, що навіть первинне ураження, діагностика якого базується на оцінці виразу обличчя, ходи та статури пацієнта, тією чи іншою мірою дозволяє спеціалісту передбачити скарги і, відповідно, навіть попередній діагноз хворого. Отже, неврологічний огляд розпочинається з тієї миті, коли пацієнт перетинає поріг кабінету лікаря.

Особливості обстеження та надання медичної допомоги хворим з неврологічними змінами мають базуватися на тому факті, що в патогенезі всіх захворювань участь нервової системи є беззаперечною, адже всі процеси із симптоматикою болю, запалення, дегенерації, травм тощо не можуть бути незалежними від змін у нервовій системі.

Саме неврологічні захворювання належать до переліку найбільш інвалідизуючих, адже втрата або зниження керівної ролі нервової системи над функціями організму можуть суттєво погіршити життєдіяльність. Тому визначення патологічних проявів з боку нервової системи та характеру зв'язку з іншими захворюваннями у кожного окремого пацієнта є надзвичайно важливим.

У разі виявлення причинно-наслідкового зв'язку з іншими захворюваннями:

- ураження нервової системи може бути первинним (інфекція, травма, вроджена аномалія тощо);
- клінічні зміни в нервовій системі є ускладненням інших захворювань (наприклад, полінейропатія при діабеті, інсульт при серцевій аритмії, дисциркуляторна енцефалопатія при артеріальній гіпертензії тощо);
- спостерігаються нейрогенні соматичні синдроми (наприклад, гіпоталамічний синдром, вертеброгенні вегетативні соматичні синдроми — кардіалгії, дискінезії шлунково-кишкового тракту тощо).

Попри активний техногенний стрибок у сучасній медицині, що характеризується появою високотехнологічних засобів нейровізуалізації, клінічна діагностика не втрачає свого значення.

Для чого сімейні лікарі мають проводити неврологічний огляд?

Під час опитування лікарів — слухачів курсів спеціалізації із загальної практики — сімейної медицини, які вже мали певний лікарський досвід з терапевтичних спеціальностей і тільки готувалися стати сімейними лікарями, ³/₄ респондентів відзначили неабияку потребу у неврологічних знаннях, що на практиці проявлялося застосуванням ними тестів на статику та координацію, визначення м'язової сили у складних та/або сумнівних клінічних випадках, зокрема у гіпертоніків, хворих на цукровий діабет та після травм голови тощо. Натомість напівзабутих зі студентського періоду навичок і теоретичних знань щодо виявлення та інтерпретації клінічних показників було замало, та й безпосередньо неврологічний огляд не належав до компетенції дільничного терапевта, що суттєво знижувало його відповідальність та обґрунтовувало доцільність направлення пацієнта до невролога. Заслужують на увагу також певні побоювання лікарів щодо неможливості отримання неврологічних знань у достатньому для вирішення професійних питань обсязі,

а особливо проблемним питанням були потенційно значні витрати робочого часу на проведення неврологічного огляду.

Дійсно, майбутнього сімейного лікаря лякає потенційна необхідність проводити неврологічний огляд через те, що, на його думку, це потребуватиме чимало часу, що виглядає як додаткове навантаження на і без того переобтяженого лікаря. Натомість досвід доводить, що комплексний клінічний огляд з одночасною оцінкою функцій нервової системи (інтегрований неврологічний огляд) триває порівняно недовго.

Тактика лікаря первинної ланки щодо визначення неврологічних змін має включати такі складові:

- неврологічний огляд у складі комплексного клінічного огляду, який розпочинається з тієї миті, коли хворий перетнув поріг кабінету лікаря (а ще точніше — коли тільки відчиняє двері кабінету невролога);
- визначення наявності і ступеня відхилення функцій нервової системи від норми та їх інтерпретація;
- збір анамнезу, визначення причинно-наслідкового зв'язку, у тому числі необхідно з'ясувати, чи ці зміни з'явилися вперше, чи вони спостерігалися 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 для направлення або обґрунтування ненаправлення на другу ланку медичної допомоги);
- пояснення пацієнтові характеру проблеми, можливих ускладнень, обговорення схеми лікування та профілактичних заходів (позбавлення шкідливих звичок, чітке виконання лікарських призначень тощо), а також визначення безпосередньої ролі самого хворого у цьому процесі.

Таким чином, медична допомога при неврологічних захворюваннях на первинній ланці має свої особливості, що пов'язано як зі специфікою патогенезу первинних і вторинних неврологічних уражень, так і з кваліфікацією лікаря щодо технічного виконання клініко-неврологічного обстеження, клінічного аналізу, визначення лікувально-профілактичних заходів та маршруту пацієнта.

Наступний етап — опитування хворого, яке у практиці сімейного лікаря має свої особливості під час огляду не тільки «неврологічного» пацієнта, адже саме лікар первинної ланки має першим отримати уявлення про загальний стан хворого та певні органи й системи, зокрема, намагаючись виявити етіопатогенетичні зв'язки та визначити можливості впливу

на них. Як зазначалося, майбутнього сімейного лікаря зазвичай турбує перспектива досліджувати «вузькі» питання, пов'язані зі станом здоров'я пацієнта, натомість одні з найбільш поширених проблем, з якими стикається дільничний терапевт, — скарги на головний біль, запаморочення, зниження пам'яті у пацієнтів з артеріальною гіпертензією — і є саме «неврологічними» скаргами. Проте мало хто усвідомлює це, і такі скарги прийнято вважати суто терапевтичними. Багато питань викликає той факт, що в реальному житті, не маючи достатніх знань і практичних навичок щодо об'єктивізації неврологічного статусу, хворих після інсульту на дому «ведуть» дільничні терапевти, а консультація невролога далеко не завжди забезпечується вчасно й регулярно. Поширеними є також більшові вертеброгенні синдроми (торакалгії, люмбаго і люмбалгії тощо), з приводу яких без адекватної об'єктивної верифікації неврологічних змін, оцінки неврологічного статусу пацієнтів курує дільничний терапевт. Тому посада сімейного лікаря, до компетенції якого входить проведення неврологічного огляду, є об'єктивно необхідною.

Що привело пацієнта до лікаря?

Розпочати збір скарг слід зі з'ясування найбільш актуальної серед них, яка і привела пацієнта до лікаря. А чи завжди хворого приводить до лікаря саме скарга на певні розлади стану здоров'я? Життя доводить, що ні. Людина може навіть не мати скарг, а до лікаря звертається (спрямовується) найближчим оточенням — рідними, співробітниками, сусідами. Тому питання «що (хто) привело вас до лікаря?» має бути пріоритетним над питанням «що вас турбує?». Під питанням «що привело» можна мати на увазі і скаргу, і людину (людей), і ситуацію. Прикладом останнього може бути ситуація, коли на час звернення скарг немає, а попередній, наприклад, судомний напад був тривожним приводом для звернення. Основна скарга пацієнта нерідко може повести лікаря хибним шляхом, адже людині властиво скаржитися на те, що негативно впливає на забезпечення найактуальніших мотивацій. Тобто людина, яка заробляє на життя фізичною працею, нечасто як основну скаргу назве зниження пам'яті, а вчений акцентуватиме увагу саме на скаргах церебрального характеру, водночас скарги на фізичне нездужання більш яскраво звучатимуть, якщо вони є суттєвими, і будуть ще актуальнішими, якщо заважають здійснювати основну діяльність (дістатися до місця звітування, виступу тощо).

Наведемо приклад. Пацієнтка з хореєю Гентінгтона основною скаргою назвала часті напади головного болю, а вже при деталізації скарг на питання, у зв'язку з чим вона перебуває на обстеженні в неврологічному стаціонарі, невдоволено відповіла: «Кажуть, що я смикаюсь!».



О.Є. Коваленко

Працюючи бухгалтером, хвора як першочергово актуальну відзначала саме церебральну скаргу, яка заважала здійснювати її безпосередні службові обов'язки і знижувала якість життя. Скарги на банальну цервікокраніалгію пацієнтка вважала більш суттєвими, ніж ранні фізичні прояви тяжкого інвалідизуючого захворювання. Не на «висоті» була і друга ланка медичної допомоги стосовно цієї хворої: понад 3 роки вона мала діагноз «вегетативно-судинна дистонія», встановлений неврологом поліклініки, хоча дільничний терапевт, оцінюючи стан пацієнтки і виявивши неврологічні порушення, однак не маючи компетенції і кваліфікованих навичок неврологічного огляду з достатнім базисом спеціальних знань, з певною регулярністю направляв хвору на консультацію до «вузького» спеціаліста. Дискутувати з неврологом через вищезазначені причини, звісно, дільничному терапевту «не прийнято».

Зрозуміло, що більш пізні стадії патології об'єктивно набуватимуть пріоритетної актуальності і в суб'єктивному стані хворого. Іноді пацієнт свідомо намагається применшити значення більш тяжкого захворювання, виставивши наперед прогностично менш значущі скарги, ще не вірячи, що його здолала невиліковна недуга. На адекватне визначення і донесення до лікаря своїх скарг можуть також впливати когнітивні особливості пацієнта, адже зниження інтелектуальних здібностей при органічних неврологічних захворюваннях нерідко супроводжується ейфорією, збудженням або загальмованістю.

Наведемо приклад, у якому надзвичайно показовим є й первинне враження лікаря щодо пацієнта, яке включає рухові (особливості ходи), когнітивні тощо зміни, а також попередній маршрут хворого і фактори, що на них впливають. Отже, до кабінету лікаря-невролога поліклініки після незначної суперечки з іншими пацієнтами, які чекали своєї черги на прийом, з відомою фразою «я на хвилінку, тільки спитати» гучно ввійшов пацієнт віком 33-35 років, високого зросту, досить міцної статури з грубою атактичною ходою, порушеннями координації (з утрудненням сів та ледь не впав зі стільця), проте відсутність запаху алкоголю не підтвердила підозру щодо алкогольного сп'яніння. Не дочекавшись запитання від лікаря, хворий обурено зазначив, що він узагалі йшов не до невролога, а до окуліста через двоїння

в очах, а той, навіть не оглянувши його очі, одразу спрямував його на першочерговий і негайний огляд до невролога. У стані легкої ейфорії пацієнт повторював скаргу на двоїння в очах, яке, з його слів, йому вдається подолати шляхом закриття одного ока, і це двоїння навіть не заважає йому «без проблем» керувати автомобілем. Під час клінічного обстеження хворого привертала увагу скандована та досить гучна мова, причому відповіді пацієнта не повністю узгоджувались із запитаннями лікаря. Хворий, як зазначалося, в ейфорійному стані «слухав» більше себе самого, ніж фахівця. З анамнезу відомо, що близько 5–6 міс пацієнта турбує двоїння в очах, яке поступово наростає і з'явилося невдовзі після повернення з Далекої Півночі, де хворий працював у складних кліматичних та виробничих умовах протягом чотирьох останніх років. На додаткове запитання лікаря, чи турбує пацієнта ще щось, зокрема ускладнення під час ходьби і забезпечення точних рухів у побуті, хворий коротко відповів, що «є трохи». Ретельне опитування дозволило визначити також порушення сечовиділення. Привертав увагу прогресуюче-ремітуючий характер перебігу захворювання, що проявлялося посиленням та послабленням проявів захворювання, а при кожному загостренні, як правило, додавалися нові симптоми. Під час об'єктивного огляду спостерігалася деяка асиметрія носогубних складок та легка девіація язика, грубий двобічний горизонтальний ністагм, деяка розхідна кососкоість, яка посилювалася при погляді праворуч і конвергенції очних яблук. Рефлекси з кінцівок високі з розширенням рефлексогенних зон, колінні — до клонусів. У позі Ромберга — виражена атаксія та грубе непопадання при пальце-носовій пробі, виражений інтенційний тремор у кінцівках, симетрія. Виявлено патологічні рефлекси (Бабінського, Штрюмпеля, верхній і нижній Россолімо), порушення глибокої чутливості — стереогнозу та вібрації. Черевні рефлекси відсутні. Огляд окуліста: збіднення скроневих відділів дисків зорових нервів, розхідна кососкоість лівого ока.

Аналіз клінічних показників дав змогу виявити багатоголишкове ураження центральної нервової системи та виділити пріоритетні синдроми: вестибуло-атактичний, пірамідний, диплопія, когнітивних та емоційно-вольових розладів, що поряд з анамнезом захворювання дозволяло встановити попередній клінічний діагноз: розсіяний склероз, церебрально-спинальна форма, прогресивний перебіг. На жаль, у період, коли спостерігався цей клінічний випадок, сучасних методів нейровізуалізації та лабораторної діагностики ще не було, натомість діагноз з великою достовірністю встановлювали саме за клінічними показниками. Подальший перебіг захворювання був несприятливим, незважаючи на стаціонарне та амбулаторне лікування.

Як видно з прикладу, випадок був досить показовим не тільки з погляду клінічної практики, а й з точки зору внутрішніх і зовнішніх обставин, якими міг керуватися сам пацієнт та його оточення, що призвело до «запущеності» захворювання і, звісно, значно меншої курабельності. Як могло статися те, що в наш час людина за наявності грубого неврологічного дефіциту майже випадково (за її визначенням) звернулася до лікаря? Які фактори могли вплинути на зазначені обставини? Аналіз цього

питання першочергово дозволить формувати клінічну думку лікаря первинної ланки та адекватно співпрацювати з другою ланкою, тим самим підвищуючи рівень медичної допомоги населенню. Отже, перебування на Далекій Півночі за несприятливих життєвих обставин та умов праці, переїзд до іншого віддаленого регіону могли зумовити розвиток важкого аутоімунного захворювання. Відчуваючи порушення стану здоров'я, чоловік молодого віку, який звик долати значні фізичні навантаження, намагаючись владнати своє особисте життя, психологічно не ідентифікував себе як хвору людину, не міг усвідомити власну фізичну неповноцінність. Поряд з руховими і статико-координаторними розладами суттєво прогресували когнітивні та емоційно-вольові функції, що знизило критичне ставлення людини до своєї особистості та фізичного стану, унаслідок чого поведінка пацієнта супроводжувалася ейфорією і неправильним усвідомленням свого об'єктивного стану. Відсутність найближчого оточення (сім'ї) істотно впливала на зовнішню оцінку стану хворого та можливостей активного направлення до лікаря. Те саме стосувалося й відсутності широкого кола друзів (людина нещодавно переїхала з іншого регіону), які могли б вплинути на ситуацію. Дуже багато запитань залишилося щодо медичного огляду, який пацієнт мав проходити щодня, адже він працював водієм.

На жаль, останнє питання знаходитися поза межами клінічного аналізу і належить до компетенції інших органів. Людина мала суттєву мотивацію – страх втратити непогано оплачувану роботу, що і призвело до вирішення питання регулярного медичного огляду в інший, неправомірний спосіб. Відомо, що професійні навички страждають одними з останніх, що й спостерігалось в описаному випадку. Саме диплопія – та скарга, яка першочергово заважала забезпечувати зазначену мотивацію і була провідною у складному синдромокомплексі пацієнта. Слід загострити увагу сімейних лікарів не тільки на клінічних питаннях, а й, що дуже важливо, на відомих фактах виходу водіїв на маршрути в неналежному фізичному стані (перевтомленими, з підвищеним артеріальним тиском, після зловживання алкоголем тощо). Інша мотивація цього пацієнта – залишатися (вважатися?) здоровим та фізично привабливим і влаштувати своє особисте життя – також завадила вчасному зверненню до лікаря.

Таким чином, сімейний лікар має не тільки послідовно зібрати скарги хворого, які можуть стосуватися функціонування різних органів та систем людини, ґрадувати їх за значимістю, дослідити зв'язок між ними та показниками об'єктивного статусу, провести як загальноклінічний, так і неврологічний, ортопедичний огляд тощо, а й дослідити анамнез і попередній маршрут пацієнта, його взаємовідносини в сім'ї, визначити подальший маршрут хворого, що включає тактику дообстежень та призначення лікування, їх забезпечення.

Огляд пацієнта має бути комплексним і включати поряд з оцінкою соматичної сфери об'єктивізацію неврологічного статусу, а для оптимізації дослідження та витрат робочого часу останній, за нашим досвідом, має бути інтегрованим у загальноклінічний огляд, про що йтиметься в подальших публікаціях.

3v

**Передплата з будь-якого місяця!
У кожному відділенні «Укрпостими»!
За передплатними індексами:**

Здоров'я України[®]
МЕДИЧНА ГАЗЕТА
«МЕДИЧНА ГАЗЕТА
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – ХХІ СТОРІЧЧЯ»

35272

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

37633

**ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»**

37635

**ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»**

37639

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

37631

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

37632

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

37634

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПЕДІАТРІЯ»

37638

**ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ»**

89326

**ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»**

49561

НАШ САЙТ:

www.health-ua.com

Архів номерів
«Медичної газети
«Здоров'я України»
з 2003 року

У середньому
понад 8000
відвідувань
на день