О.Є. Коваленко, д.м.н., професор, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, ДНУ «НПЦ профілактичної та клінічної медицини» ДУС;
Л.Ф. Матюха, д.м.н., професор, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Оптимізація клінічного дослідження хворого у практиці сімейного лікаря

Частина 3. Інтегрований неврологічний огляд

О.Є. Коваленко

Л.Ф. Матюха

Продовження.
Початок у № 13-14, 15-16/2014, № 9/2015.

Елементи ортопедичного огляду та оцінка моторних функцій

Подальша оцінка статури людини після роздягання та виявлення фізичних ортопедо-травматологічних вад невід'ємні від 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. У комплексі вертеброневрологічного та ортопедичного обстеження слід оцінити функцію XI пари ЧН (n. accessorius) – визначити силу трапецієподібного м'яза, силу грудинно-ключично-соскоподібного м'яза (незмінена, знижена, справа, зліва). Дослідження паравертебральних м'язів та шкірних вегетативних реакцій дозволяє отримати непряме уявлення про сегментарне вегетативне забезпечення певних внутрішніх органів. Проводяться проби на виявлення ранніх проявів сколіозу. Далі роздягненій людині проводять аускультацію серця та легень, за необхідності перкусію. Отримана інформація формує обґрунтовану думку сімейного лікаря щодо можливого подальшого маршруту пацієнта на другу ланку медичної допомоги.

Досліджується рухова система: обсяг активних рухів у кінцівках (повний, обмежений), м'язовий тонус та трофічні зміни, м'язова сила (за п'ятибальною шкалою). Потім викликаються сухожилкові та периостальні рефлекси з кінцівок: карпорадіальний (C5-8), з сухожилля біцепса (C5-6), трицепса (C7-8), колінні (L2-4), ахіллові (S1-2), визначаються патологічні рефлекси. У разі сумніву щодо наявності зниження м'язової сили хворому пропонуються проби на прихований парез. Досліджувати рефлекси з кінцівок зручно одразу після ЧН, коли пацієнт сидить навпроти лікаря.

Клінічні варіанти: геміпарез, монопарез, тетрапарез, парапарез зі зниженням м'язової сили до___ балів у руці і ___ балів у нозі (правій/лівій).

М'язовий тонус: незмінений, підвищений: спастичний, пластичний; знижений (у якій групі м'язів); атрофії, гіпотрофії, гіпертрофії (наявні/відсутні).

Періостальний та сухожилкові рефлекси: жваві (пожвавлені), знижені, підвищені. Клонуси – неадекватна силі подразнення рефлекторна відповідь у вигляді швидких рвучких декількох скорочень м'язів. Можуть виникати на підборідді, у кисті, сідничних м'язах, із колінної чашечки, стопи (праворуч, ліворуч).

Поверхневі рефлекси: черевні (верхній, середній, нижній), кремастерний, підошовні (незмінені, понижені).

Патологічні рефлекси: розгинальні (Бабінського, Оппенгейма, Гордона, Шеффера та ін.), згинальні (Якобсона-Ласка, Россолімо, Бехтєрєва I і II, Жуковського та ін.). Захисні рефлекси: скорочувальний, подовжувальний (рівень, з якого викликається рефлекс). Патологічні синкінезії: глобальні, координаторні, імітаційні. Фасцикуляції, фібриляції (у яких групах м'язів).

Трофічні розлади: гіпотрофія, гіпертрофія (у яких групах м'язів).

Гіперкінези: хорея, атетоз, тремор (у спокої, при рухах, частота), міоклонії, тіки (прості/складні; моторні, вокальні), дистонії (блефароспазм, оромандибулярна, ларингеальна, спастична кривошия, писальний спазм, дистонія стопи, торсійна дистонія). Обов'язково пропонується ставити додаткові питання до пацієнта, що допомагає інтерпретувати виявлені відхилення від норми.

Оцінка рухової сфери має надзвичайно важливе практичне значення, адже дозволяє провести диференційну діагностику між центральним та периферійним парезом, що може принципово впливати на подальший маршрут пацієнта. Скарга хворого на слабкість у нозі (руці й нозі) тощо й об'єктивне виявлення зниження м'язової сили є підґрунтям для визнання парезу; натомість, з'ясувати, який він (центральний та периферійний), дозволять декілька інших клінічних критеріїв. Зокрема, сухожилкові та періостальні рефлекси зменшуються у разі периферійного ураження і збільшуються при центральних парезах. Відповідно, зниження м'язового тонусу, чутливості в шкірних зонах уражених корінців та трофічні розлади відповідають периферійному патологічному процесу (звідси назва – «млявий парез»). Підвищення рефлексів та м'язового тонусу («спастичний парез»), а також наявність патологічних рефлексів підтверджують центральний (надсегментарний) характер ураження. Клінічне обстеження рухової сфери дозволяє виявити досить поширений клінічний синдром пірамідної недостатності, який є подібним до центрального парезу, про що свідчать підвищення рефлексів та м'язового тонусу, наявність патологічних рефлексів, натомість сила при цьому збережена. Для диференційної діагностики з центральним легким ураженням слід проводити проби на прихований парез.

У разі виявлення симптомів центрального характеру, які виникли раптово і, як правило, в особи, що має в анамнезі судинний ризик (артеріальну гіпертензію, цукровий діабет, атеросклероз тощо), які зазвичай супроводжуються низкою інших симптомів, слід думати про гостре порушення мозкового кровообігу; пацієнт потребує негайної госпіталізації. Периферійний парез при поперково-крижовому радикуліті потребує допомоги другої ланки, натомість подібні клінічні симптоми, що виражені болем у поперековій області з іррадіацією в ногу, характерні для люмбоішіалгії, допомога при якій має забезпечуватися на первинній ланці. Мета первинного клініко-неврологічного огляду – встановити попередній клінічний діагноз, провести диференційну діагностику і визначити рівень надання медичної допомоги. У першому випадку рефлекси, чутливість, м'язовий тонус зменшуються, у другому випадку рефлекси збережені, може спостерігатися гіперестезія. Патологічні рефлекси в останніх двох випадках не спостерігаються.

Система чутливості включає оцінку поверхневої чутливості: больової, температурної, тактильної (не порушена, анестезія, гіперестезія, дізестезія, сінестезія, поліестезія, парестезія, гіперпатія, біль). Оцінка глибокої чутливості: суглобово-м'язове відчуття; вібраційна, кінестетична чутливість; відчуття тиску та ваги (порушена, не порушена). Складні види чутливості: дискримінаційна чутливість, відчуття локалізації, двомірно-просторове відчуття.

Типи порушення чутливості:

- за невральним типом (вказати нерв);
- за поліневритичним типом («шкарпетки» та «рукавички»);
- за сегментарним типом (корінцевим) – вказати сегмент, наявність болю (так, ні), симптомів натягу (Ласега, Васермана, Нері, Бехтєрєва та ін.);
- за провідниковим – моно-, гемі-, пара-, тетра-; церебральний, спинальний; рівень ураження за сегментами.

У стоячому положенні після аускультації серця та легень пацієнту зручно запропонувати проби на статику та координацію: поза Ромберга (виявлення статичної атаксії) та пальце-носова проба (ПНП) (динамічна атаксія). Разом з оцінкою статики та координації при виконанні ПНП звертають увагу на можливе тремтіння пальців, акрогіпергідроз, блідість, мармуровість або гіперемію кистей витягнутих рук, тобто оцінюють вегетативні функції. При похитуванні пацієнта пропонується проба на оцінку статики з навантаженням. Додатково можна застосовувати колінно-п'яткову, вказівну проби, пробу на діадохокінез, дисметрію. Порушенням координаторної сфери відповідає скандована мова, мікро- або мегалографія.

Подальша команда пацієнту – лягти на кушетку обличчям догори. Оглядається живіт, його симетричність, оцінюються шкіра, підшкірна жирова клітковина та підшкірна венозна сітка кінцівок та тулуба, наявність/відсутність набряків. У цьому положенні зручно визначати стан поверхневої та глибокої чутливості, черевні, патологічні, менінгеальні симптоми (ригідність задніх м'язів шиї; симптом Керніга; симптом Брудзинського – верхній, середній, нижній; виличний симптом Бехтєрєва), колінно-п'яткову координаторну пробу, симптоми натяжіння, дермографізм. Після цього пальпують живіт, у тому числі в положенні на боку для виявлення патології травного тракту, селезінки та сечовидільної системи.

Слід звернути увагу, що в положенні лежачи можна також здійснювати майже весь неврологічний огляд – оцінювати стан ЧН, сухожилкових та періостальних рефлексів. У такому положенні доцільним буде попереднє прослуховування серця та легень. Вибір переважного положення хворого залежить від низки факторів – стану пацієнта, умов, особистого 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.

З позицій оптимізації методики комплексного клінічного обстеження пацієнта з інтегрованим до нього неврологічним оглядом оцінку вегетативного статусу значною мірою можна проводити одночасно – лікар спостерігає за шкірними реакціями (блідість/почервоніння дистальних відділів кінцівок, вологість/сухість), температурою кінцівок (холодні/гарячі), трофічними змінами нігтів, тріщинами тощо. Оцінюється дермографізм після штрихових подразнень у ділянках тулуба, закритих одягом (стійкий червоний/білий змішаний випинаючий). До речі, подразнення шкіри в ділянках викликання черевних рефлексів може стати в нагоді для оцінки шкірних вегетативних реакцій (дермографізму). За необхідності та наявності часу лікар може провести вегетативні проби.

Таким чином, тактика лікаря первинної ланки щодо визначення неврологічних змін має полягати у наступних кроках:

- неврологічний огляд у складі комплексного клінічного огляду, який розпочинається з тієї миті, коли хворий перетнув поріг кабінету лікаря (точніше, коли відчиняє двері кабінету невролога);
- визначення наявності та ступеня відхилень функцій нервової системи від норми та їх інтерпретація;
- збір анамнезу, визначення причинно-наслідкового зв'язку, у тому числі чи ці зміни з'явилися вперше, чи існували раніше;
- якщо об'єктивні та суб'єктивні симптоми виникли раніше, слід визначити їх 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 донаправлення або обґрунтування ненаправлення на другу ланку МП);
- пояснення пацієнту, у чому полягає проблема, які можливі ускладнення патології, обговорення лікування та профілактичних заходів (позбавлення шкідливих звичок, чітке виконання лікарських призначень тощо), а також визначення безпосередньої ролі хворого у їх виконанні.

Залучення пацієнта до процесу оздоровлення та стимуляція відчуття відповідальності за свою діяльність має бути одним із провідних завдань сімейного лікаря!

Цікавим клінічним дослідженням у практиці сімейного лікаря може бути застосування різних шкал, опитувальників, деякі з них він зобов'язаний виконувати (зокрема, тест «рука–мова–обличчя» в експрес-діагностиці інсультів; деякі може застосовувати на власний вибір), на що ми звернемо увагу в наступних публікаціях.

Література

1. 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? // Медична газета «Здоров'я України». – № 1 . – С. 23-24.
4. Коваленко О.Є. Огляд «неврологічного хворого» в практиці сімейного лікаря (частина II). Збір скарг // Медична газета «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.: ил.
6. Коваленко О.Є. Інтегрований неврологічний огляд на первинній ланці медичної допомоги // Сімейна медицина. – 2014. – № 5. – С. 124-127.