

АЛГОРИТМ ПОСТАНОВКИ ПЕРВИЧНОГО ДИАГНОЗА БОЛЬНОМУ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Постановку диагноза можно сравнить с искусством, которым обязан владеть врач, взявший на себя смелость лечить больного. Как любое начинание, в которое необходимо вложение творческих сил, постановка каждого диагноза требует глубоких знаний предмета, постоянного их обновления, умения собрать о больном необходимую информацию, проанализировать и оценить ее, продумать варианты возможных диагнозов и подойти к постановке конкретного. Клиническое мышление, опора на знания и опыт на фоне постоянного профессионального роста, внимание к деталям и целостное восприятие личности пациента, сострадание и чувство ответственности – все это отличает искусство врачевания от декларируемого ныне оказания медицинских услуг.

Неоценимое значение в этом непростом деле имеют правильно собранный анамнез, владение осмотром, позволяющим «увидеть» проявления заболевания. Опытный специалист знает, что нередко «незамеченный» или «необъясненный» симптом приводит к грубым диагностическим ошиб-

кам, неверно подобранной терапии. В наших рекомендациях мы старались представить последовательность опроса и осмотра больного, чтобы помочь врачу избежать диагностических ошибок. Мы сочли возможным не останавливаться на описании широко используемых неврологами приемов осмотра и ограничиться их перечислением и, вместе с тем, подробно охарактеризовать методы, которые обладают большой информативностью, но мало используются специалистами. Мы также рассмотрели методы осмотра, позволяющие отразить степень дефекта, обнаружить его или подтвердить. Чтобы избежать разночтения в описании обнаруженных у больного нарушений, мы сочли целесообразным привести примеры описания нормы и патологии. Большое внимание уделено обоснованию первичного диагноза, построение которого базируется на обобщении данных, полученных при первичном контакте с больным, а также рекомендациям по ведению дневника и оформлению эпикриза.

В параграфе 5 монографии приведена сжатая схема истории болезни на неврологического больного.

Диагноз строится на основании анализа данных анамнеза, результатов осмотра и обследования больного.

1. Алгоритм сбора сведений о больном включает:

- 1.1. Жалобы больного;
- 1.2. Анамнез заболевания;
- 1.3. Перенесенные и сопутствующие заболевания;
- 1.4. Анамнез жизни;
- 1.5. Наследственность;
- 1.6. Прочие сведения.

2. Алгоритм, отражающий неврологический статус больного при поступлении:

- а) общее состояние больного;
- б) неврологический статус (менингеальный синдром; черепные нервы; чувствительная и двигательная сферы; мозжечковый синдром, экстрапирамидная система; высшие мозговые функции; вегетативная нервная система; трофические нарушения);
- в) соматический статус.

1. Алгоритм сбора сведений о больном

1.1. Жалобы больного

Жалобы больного описываются в порядке их актуальности для самого больного и их значимости в диагностическом поиске. Практически каждая излагаемая пациентом жалоба требует определенного уточнения, дополнительных вопросов врача, собирающего анамнез.

Жалобы неврологического больного можно сгруппировать следующим образом:

- жалобы, касающиеся болевых ощущений;
- жалобы на головокружение;
- жалобы, касающиеся нарушений функций (двигательной, чувствительной, тазовых, высших мозговых, психических и пр.);
- жалобы на произвольные движения в конечностях, туловище, скованность движений;
- жалобы на нарушения сна;

- жалобы на приступы с утратой сознания;
- жалобы, касающиеся внешних изменений;
- жалобы, относящиеся к нарушениям соматического состояния.

Каждая жалоба должна быть максимально объективизирована. Например, больной предъявляет жалобы на сильные боли в области поясницы. Характеристика боли по интенсивности как сильной еще ни о чем не говорит. Однако если мы укажем, что из-за боли пациент с трудом поворачивается в постели, садится, не может нагнуться, надеть обувь и пр., то это не только подтверждает наличие боли, но и свидетельствует о выраженности болевых ощущений. Или, предположим, больной предъявляет жалобы на слабость в руке. В данной ситуации необходимо выяснить, в чем выражается эта слабость, какие затруднения он испытывает при выполнении тех или иных движений, какой груз может поднять и т.п.

Рассмотрим каждый из перечисленных пунктов.

Жалобы, касающиеся болевых ощущений

1. При жалобах на любую боль прежде всего необходимо уточнить, насколько интенсивны болевые ощущения. Об интенсивности боли свидетельствуют изменения поведения и эмоционального фона больного, наличие анталгических поз и установок, данные о приеме обезболивающих препаратов, обращение за медицинской помощью и т.п.

2. Далее следует установить:

- носит боль пароксизмальный или постоянный характер. При пароксизмальной боли уточняют, чем провоцируется возникновение приступа, что ему предшествует, како-

ва динамика болевых ощущений. Важно также указание на продолжительность приступа и на то, чем он заканчивается;

- боль самопроизвольная или чем-то вызвана (например, прикосновением к определенному участку десны при невралгии 1–2-й ветвей тройничного нерва);

- какой характер она носит (стреляющая, тупая, распирающая, давящая, пульсирующая, иная);

- где локализуется боль, как она распространяется, куда иррадирует;

- чем сопровождаются болевые ощущения (ощущением жжения, чувством пробегания электрического тока, невозможностью прикоснуться к коже из-за возникающих при этом крайне болезненных ощущений и др.);

- что приносит облегчение или усиливает боль: прием препаратов (каких, через какое время они начинают помогать, эффективность и продолжительность их действия, частота использования); определенные приемы, к которым прибегает больной для уменьшения боли.

Существуют специализированные опросники и шкалы, позволяющие верифицировать степень болевого синдрома и характер чувствительных нарушений (ВАШ, DN4, Мак Гилла; см. Приложения 1, 2, 2а).

Жалобы на головокружение

Необходимо уточнить, что больной вкладывает в понятие «головокружение». Нередко под этим пациент подразумевает чувство дурноты, «дереализации», «общей слабости» и пр.

При наличии головокружения необходимо уточнить:

- сопровождается ли оно ощущением вращения предметов перед глазами (в каком направлении); тела (в какой плоскости);

- снижением слуха (если оно имеет место, то когда возникло);

- какими-либо вегетативными проявлениями (какими);

- изменилась ли походка больного (как);

- носит несистемный характер (ощущение неустойчивости при ходьбе, качания, «ухода» почвы из-под ног);

- продолжительность головокружения: секунды, минуты (доброкачественное позиционное головокружение); часы (мигрень – ассоциированное головокружение, болезнь Меньера); дни (острое нарушение мозгового кровообращения, рассеянный склероз).

Жалобы, касающиеся нарушений функций

Функции организма отличаются большим многообразием, поэтому раскрытие в жалобах их нарушений требует не только знания направленности этих функций, но и того, как они изменяются при той или иной патологии. И опять же врач должен максимально объективизировать степень дефекта каждой из нарушенных функций.

Например, больной жалуется на снижение зрения на правый глаз. Врач должен уточнить, в чем заключается снижение зрения – видит ли больной текст, различает ли буквы, черты лица стоящих рядом людей, свет и т.п.; возможна ли коррекция нарушений остроты зрения очками. При жалобах на слабость в ногах – уточнить, какое расстояние пациент проходит, пользуется ли он тростью, посторонней помощью и т.д.; при нарушениях координации, например атаксии в руках, – не расплескивает ли жидкость при еде и пр.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Карта оценки исходного вегетативного тонуса

Симптомы и показатели	Симпатические реакции	Парасимпатические реакции
1	2	3
Цвет кожи	Бледность	Склонность к гиперемии
Сосудистый рисунок	Не выражен	Усилен, цианоз
Сальность	Нормальная	Повышена
Сухость	Повышена	Нормальная
Потоотделение	Уменьшено, если пот вязкий, то увеличено	Усилено (пот жидкий)
Дермографизм	Розовый, белый	Интенсивно-красный
Температура кожи	Снижена	Повышена
Пигментация	Усилена	Снижена
Температура тела	Повышена	Снижена
Переносимость холода	Удовлетворительная	Плохая
Переносимость жары	Плохая, непереносимость душных помещений	Удовлетворительная
Масса тела	Склонность к похуданию	Склонность к увеличению

1	2	3
Аппетит	Повышен	Понижен
Зрачки	Расширены	Нормальные
Глазные щели	- « -	- « -
Пульс	Лабильная тахикардия	Брадикардия
АД (систолическое и диастолическое)	Повышено	Понижено или нормальное
ЭКГ	Синусовая тахикардия	Синусовая
Головокружение	Нехарактерно	Часто
Частота дыхания	Нормальная или учащенная	Медленное, глубокое дыхание
Слюноотделение	Уменьшено	Усилено
Характер слюны	Густая	Жидкая
Кислотность желудочного сока	Нормальная или понижена	Повышена
Моторика кишечника	Атонические запоры, слабая перистальтика	Дискинезии, спастические запоры, поносы
Мочевыделение	Полиурия, светлая моча	Императивные позывы
Пиломоторный рефлекс	Усилен	Нормальный
Аллергические реакции (отеки, зуд)	Отсутствуют	Склонность

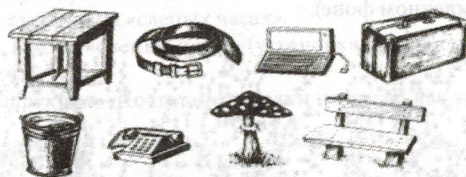
1	2	3
Темперамент	Повышенная возбудимость	Вялость, малоподвижность
Сон	Непродолжительный, плохой	Сонливость
Физическая работоспособность	Повышена	Снижена
Психическая сфера	Рассеянность. Неспособность сосредоточиться на чем-либо одном, активность больше вечером	Внимание удовлетворительное, активность выше в первой половине дня
Эритроциты	Увеличены	Уменьшены
Лейкоциты	- « -	- « -
Сахар крови	Повышен, норма	Снижен (гипогликемия)
Переносимость голода	Обычная	Плохая
Реакция на УФО	Нормальная, снижена	Усилена
Ортостатическая проба	Пульс относительно ускорен	Пульс относительно замедлен
Клиностатическая проба	Пульс относительно замедлен	Пульс относительно ускорен
Проба Ашнера	Норма, парадоксальное ускорение пульса	Значительное замедление пульса
Либи́до	Повышено	Норма
Эрекция	Норма	Усилена

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Исследование зрительно-предметного восприятия

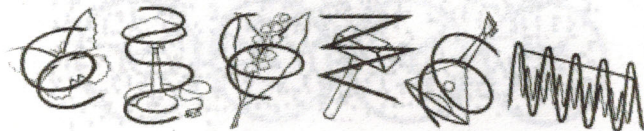
А. Проба на узнавание предметных реалистичных изображений по картинкам.

Инструкция: «Что здесь нарисовано?».

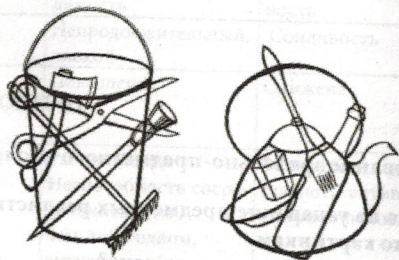


Б-1. Узнавание наложенных изображений (перечеркнутые картинки).

Инструкция: «Что здесь нарисовано, назовите?».



Б-2. Узнавание наложенных изображений (фигуры Поппельрейтера).



Б-3. Узнавание зашумленных картинок (фигуры из точек на зашумленном фоне).



ПРИЛОЖЕНИЕ 6

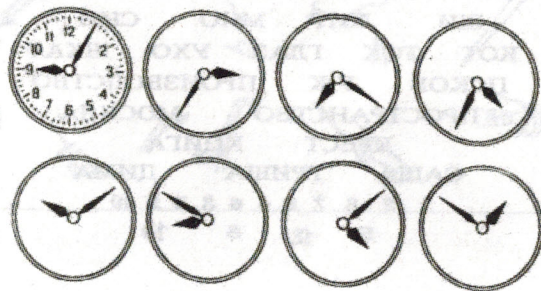
Исследование зрительно-пространственного восприятия

А-1. Проба «слепые часы» (определение времени).

Экспериментатор закрывает эталонный циферблат (с цифрами) и просит пациента сказать, сколько времени показывают стрелки на «слепых часах».

А-2. Проба «слепые часы» (установка стрелок на часах по образцу).

Инструкция: «Поставьте стрелки на часах, как у меня».



Б. Проба зеркальные буквы.

Инструкция: «Покажите, какая буква написана правильно».

Б П Л А Я И Л И С Г Е Т Ы К
 Б Р Ы В г б д к п и г т к и н

К Я В Я Г Г Е Э З Э

Н П Р Д Ж И

В усложненном варианте пробы пациенту предлагают обнаружить «неправильные» цифры и буквы в слогах и словах:

ПА НА РУ КО СТРИ КРУ
 БО ШИ ЖИТ МНО СИН НАР
 КОТ ТОК ГЛАЗ УХО ШКАФ
 ПСКОВ УЖ ПРОИЗВОДСТВО
 ПРОСТРАНСТВО МОСКВА
 КРЕСТ КНИГА
 САША ГРИША ДИМА
 1 2 8 7 0 4 6 3 2 9 10
 5 18 8 10

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Незавершенные изображения

