

Актуальные вопросы курации «неврологического» больного в практике семейного врача

О.Е. Коваленко

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» ГУД, г. Киев

Резюме. У статті розглядаються актуальні питання курації хворих із неврологічною патологією лікарем первинної ланки медичної допомоги (МД) та умови взаємодії з лікарями вторинної ланки. Пропонується оптимізована методика проведення неврологічного огляду пацієнта в практичній діяльності сімейного лікаря як складової системного клінічного підходу до хворого, обґрунтування медикаментозних і немедикаментозних призначень.

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

Согласно перечню компетенций в паспорте квалификационных обязанностей врача общей практики неврологический осмотр в его деятельности занимает одно из ведущих мест среди методов клинической объективизации состояния пациента. Учитывая адаптационно-приспособительные функции нервной системы, ее оценка позволяет получить большой объем информации для целостного восприятия функционирования организма, ведь ведущим концептуальным направлением деятельности семейного врача является системный подход к здоровью больного в изменяющихся условиях окружающей среды, в частности, социальных [1, 2].

Концентрация внимания на проблемах ведения пациента с неврологической патологией не случайна: при высокой объективной потребности в оценке неврологического статуса врачом первичного звена, которая в первую очередь направлена на раннее выявление функциональных отклонений от нормы в деятельности нервной системы, определение показаний для направления больного на вторичный уровень медицинской помощи (МП), оценки динамики показателей под влиянием лечения, наблюдается низкий уровень владения семейным врачом методикой клиничко-неврологического обследования больного на практике, недостаточная информированность

в области фармакотерапии неврологической патологии. Не иссякают дискуссии о целесообразности привлечения семейного врача к проведению неврологического осмотра, лечению неврологической патологии в то время, когда существуют участковый терапевт и узкие специалисты, в частности неврологи. Но парадокс заключается в том, что на протяжении многих лет именно врачи первичного звена – участковые терапевты ведут пациентов с инсультом на дому: ведь, не секрет, что по разным причинам (которые касаются как «отказов» самих пациентов, так и медработников) госпитализируются далеко не все, несмотря на противоречие положениям унифицированных клинических протоколов по оказанию медицинской помощи инсультным больным. Да чего же стоит тот факт, что пациент с артериальной гипертензией предъявляет чисто «неврологические» жалобы – головная боль, головокружение, шаткость и т.д., а к неврологу в силу разных причин он попадает далеко не во всех случаях. Каким же образом терапевт объективизирует состояние пациента, только ли измерением артериального давления и прослушиванием работы сердца? Ведь в его компетенцию не входит неврологическое обследование пациента, тогда как семейному врачу положено провести больному неврологический осмотр и определиться с дальнейшей тактикой ведения пациента. Согласно опросу

участковых терапевтов, многие из них, пытаясь хоть как-то оценить состояние больного, предлагали ему стать в позу Ромберга, попасть пальцем в нос при закрытых глазах, «проверяли силу» в конечностях. При этом интерпретация показателей, по их мнению, вызывала существенные трудности.

Следует вспомнить и о такой распространенной патологии, как вертеброгенные неврологические синдромы, когда всякий болевой синдром в пояснично-крестцовой области и конечностях нередко трактуется терапевтом как «радикулит» с соответствующей тактикой и агрессивными медикаментозными назначениями. Ведь в реальной действительности из-за объективных и субъективных причин далеко не всех пациентов удается своевременно проконсультировать у невролога, и терапевт лечит больного на свое усмотрение без квалифицированной клинической верификации диагноза. Чаще бывает, что такой «радикулит» «проходит» за неделю, и разумеется, что, по всей вероятности, это была люмбалгия (люмбоишиалгия). Безусловно, что в таком случае страдают и статистические показатели как отдельного учреждения, так и государства. Можно приводить еще много примеров, из которых вытекает объективная необходимость верификации клинических данных еще при первичном осмотре, поэтому квалификационные обязанности семейного врача и призваны решить много медицинских и социальных вопросов.

Конечно, решение этих вопросов требует не только высокой ответственности врача общей практики – семейного врача, но и глубоких знаний и владения практическими навыками по целому перечню медицинских специальностей, в частности, как указывалось, по неврологии. Неврологическая подготовка (овладение теорией и навыками) семейного врача имеет огромное значение, ведь каждое патологическое состояние в организме человека формируется не без вовлечения нервной системы – и первичное неврологическое заболевание, и соматическая патология и ее неврологическое осложнение, и функциональная стадия различных заболеваний как проявление вегетативного дисбаланса. Все феномены боли реализуются нервной системой (НС), в частности, вазомоторная и болевая компоненты воспаления ярко представлены реакцией нервной системы на повреждение. В тесной функциональной связи с нервной системой находится и иммунная си-

стема. Именно неврологические заболевания входят в перечень наиболее инвалидизирующих, ведь потеря или снижение руководящей роли нервной системы над функциями организма может существенно ухудшить жизнедеятельность. Поэтому, правильная интерпретация клинических проявлений и патогенеза того или иного заболевания в значительной степени связана с клинической оценкой состояния нервной системы.

Не секрет, что среди всех навыков и теоретических знаний, которыми должны овладеть специалисты, получающие специальность семейного врача, именно топическая диагностика и неврологический осмотр вызывают существенное беспокойство по причине сложностей, по их мнению, усвоения теоретического и практического материала и расхода существенного количества времени на их проведение, что выявил опрос врачей [3]. В связи с этим мы поставили себе цель – разработать оптимальную схему интегрированного, то есть «встроенного» в общеклинический и соматический осмотр, клинического неврологического обследования.

Обоснованием для проведения семейным врачом неврологического осмотра, как упоминалось ранее, является тот факт, что именно осложнениями со стороны нервной системы довольно рано проявляются самые распространенные заболевания современности (артериальная гипертензия, атеросклероз, сахарный диабет и т.д.), которые зачастую приводят к инвалидности и повышают показатели смертности. Поэтому результаты клинико-неврологического осмотра позволяют выявить вторичные и первичные патологические изменения со стороны НС, оценить степень прогрессирования патологии и/или эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые векторы формирования последовательной линии клинического мышления врача в значительной степени базируются на правильной оценке первых объективных показателей пациента, поэтому даже то, как пациент заходит в кабинет врача, несет в себе очень много информации, от правильной интерпретации которой может зависеть постановка предварительного клинического диагноза [3, 5].

Итак, неврологический осмотр начинается именно с того момента, когда пациент только открыл дверь в кабинет врача, а еще точ-

нее – когда еще пытаются ее открыть. И то, как пациент это осуществляет – осторожно, уверенно, резко, чуть далее, также может иметь определенное клиническое значение.

Первое впечатление при взгляде на человека как на личность с возможными душевными или физическими страданиями предоставляет выражение лица больного, с которым обычно коррелируют интеллект, умственная и психическая деятельность и т.д. Вместе с этим есть и исключения: в случае последствий травм костных и мышечных образований лица и оперативных вмешательств, а также у части больных с детским церебральным параличом и др., уровень когнитивных показателей может не соответствовать внешним данным.

Следующие внешние признаки – особенности походки и телосложения (осанки) пациента – несут в себе очень много информации о возможных неврологических, ортопедических и соматических изменениях в организме человека. Так же, как и походка, то, как пациент усаживается на стуле у врача, при ортопедических недостатках, патологии периферических нервов, нервно-мышечных заболеваниях, может быть важным показателем для установления предварительного клинического диагноза.

Расположение больного на стуле у рабочего стола врача позволяет разглядеть особенности строения лица, его физические недостатки, симметричность/асимметричность, цвет и дефекты кожи.

Сбор жалоб целесообразно начинать с вопроса «Что вас привело ко мне, в больницу?», Ведь мы не раз сталкивались с ответом на вопрос: «Что Вас беспокоит?» – «Ничего ...». А оказывается, что привела пациента в больницу вовсе не его жалоба, а убеждения близких, или, например, приступ (сосудистый, судорожный, панический и т.п.) в анамнезе. И сегодня человека, действительно, ничего не беспокоит. Должна быть градация жалоб – от наиболее значимой с позиции больного (что может не совпадать с видением врача) до наименее важной. Следует определить взаимосвязь жалоб между собой и с данными анамнеза. Исследование анамнеза болезни пациента позволяет выявить причинно-следственную связь между одним фактором и патологическими изменениями, в том числе определить – эти изменения появились впервые или они уже были раньше. Если объективные и субъективные неврологические симптомы возникли ранее текущих жалоб, сле-

дует определить их динамику, которая может зависеть от прогрессирования основного заболевания, через ко- или полиморбидность, вредные привычки, отсутствие или неадекватность лечения, побочные эффекты.

При выявлении причинно-следственной связи с другими заболеваниями следует учитывать вероятность первичного поражения нервной системы (инфекция, травма, врожденная аномалия и т.д.); клинические изменения в НС являются осложнением других заболеваний (например, полинейропатия при диабете, инсульт при сердечной аритмии, дисциркуляторная энцефалопатия при артериальной гипертензии и т.д.). Кроме того, существующие жалобы могут быть нейрогенными соматическими синдромами (например, гипоталамический синдром, вертеброгенные вегетативные соматические синдромы – кардиалгии, дискинезии желудочно-кишечного тракта и т.д.).

Именно врач первичного звена может оценить лучше, чем врачи других специальностей, семейный анамнез и анамнез жизни больного из-за его приближенности непосредственно к семье больного. Обязательно учитываются психологические семейные взаимоотношения пациента, особенности питания и образа жизни, вредные привычки, наследственные заболевания, генетическая предрасположенность. Учитывая мультифакторный характер большинства заболеваний, в каждом конкретном случае следует оценить вклад внутренних и внешних факторов, что в дальнейшем может послужить основой индивидуальной профилактической программы для пациента.

Во время сбора жалоб и анамнеза следует оценить особенности языка пациента – понимание обращенной речи, логику и моторику речи, артикуляцию, а также голос (осиплость, хрип, свист и т.п.). Состояние речи отображает когнитивные и коммуникативные функции, то есть, состояние мозговой деятельности, а также ЛОР-проблемы, опосредованно – соматические изменения (бронхиальная астма, сердечная недостаточность, онкология).

Важное значение имеет оценка экстероцептивных функций – зрения, слуха, обоняния, вкуса, состояние которых прямо и косвенно определяется в первые минуты общения с больным. Они могут нести информацию как непосредственно о состоянии соответствующего органа (глаз, ухо, носовая и ротовая полости), так и соответствующих черепных нер-

вов и мозговых функций. То есть, правильная трактовка нарушений должна базироваться, кроме неврологического, на результатах офтальмологического и ЛОР-исследований, что в определенной степени также является компетенцией семейного врача. Кроме жалоб, объективными проявлениями указанных нарушений, что следует принять во внимание семейному врачу, являются прислушивания, всматривания с прищуриванием глаз и наклоном головы или отстранением объекта рассматривания и т.д.

Продолжая объективное обследование, врач при дальнейшем осмотре лица пациента сможет, кроме кожных и опосредованных соматических изменений, определить состояние черепной иннервации. Оценивая величину глазных щелей, объем и синхронность движений глазных яблок, состояние конвергенции и аккомодации, наличие/отсутствие нистагма и выпадение полей зрения, состояние зрачков получаем представление о группе глазодвигательных и зрительного нервов, вегетативном обеспечении органа зрения. Глядя в глаза пациенту, врач, прежде всего, оценивает цвет склеры и радужки глаза, несущие в себе информацию о соматических и офтальмологических проблемах: гиперемия склер при конъюнктивите, иктеричность при гепатитах, синюшность склеры при соединительнотканной дисплазии, извитость и расширение сосудов конъюнктивы при цереброваскулярной недостаточности, «старческая» дуга на ирисе при атеросклерозе и т.п. Каждый из этих объективных симптомов требует целенаправленного исследования других симптомов, когда сформируется определенный синдром как основа предварительного клинического диагноза.

Логичным есть дальнейшее исследование структур лица и головы. Так, пальпация точек выхода тройничного нерва может перейти к пальпации участков выхода затылочных нервов, далее – околоушных, подчелюстных и шейных лимфоузлов, слюнных и щитовидной желез. Болезненность точек выхода тройничного нерва может указывать на синуситы и стоматологические проблемы, требующие дальнейших специальных исследований и консультаций специалистов второго уровня.

Обзор структур полости рта начинается с осмотра языка, где асимметрия его расположения (девиация), гипотрофия и фасцикуляции указывают на органические изменения

нервной системы. Большое значение имеет его цвет. Различные типы налета на языке требуют исследований пищеварительного тракта, иммунной системы, бледность языка и слизистых отображают гематологические изменения. Синюшность языка часто остается клинически недооцененной, хотя этот цвет является достоверным свидетельством венозной дисциркуляции в полости черепа (конечно, если пациент не наелся, скажем, черники или чего-то подобного). Положив шпатель на корень языка, врач может заодно оценить глотательный рефлекс, вместе с этим констатировать симметрию/асимметрию небных дужек и язычка. Следует при этом определить у пациента состояние глотания, оценить фонацию. Отклонение от нормы этих показателей может указывать на патологию каудальной группы черепных нервов различной этиологии, а вместе с явлениями гиперемии, отека асимметрия может свидетельствовать о воспалении, поэтому осмотр миндалин, задней стенки глотки с выявлением явлений воспаления, различных типов налета, нагноений будет определяющим для дальнейшей тактики врача первичного звена и направления пациента на соответствующий второй уровень медицинской помощи.

Дальнейшая оценка телосложения человека после раздевания и выявление физических недостатков неотъемлемы от вертеброневрологического осмотра, учитывая, что распространенные расстройства периферической нервной системы в преимущественной степени зависимы от состояния позвоночника. Исследование тела человека должно сопровождаться осмотром и пальпацией мышц, костных образований, в том числе суставов. Оценивают объем движений в позвоночнике и суставах. Важное клиническое значение имеют гипотрофии и уплотнения, гипо- и гипертонус мышц, фасцикулярные подергивания и тому подобное. Исследование паравертебральных мышц позволяет получить косвенное представление о сегментарном вегетативном обеспечении тех или иных внутренних органов. Проводятся пробы на выявление ранних проявлений сколиоза. Далее, раздетому человеку проводят аускультацию сердца и легких, перкуссию при необходимости. Полученная информация формирует обоснованное мнение семейного врача о возможном дальнейшем маршруте пациента на вторичном уровне медицинской помощи.

Исследуется мышечная сила, сухожильные и периостальные рефлексы с конечностей, определяются патологические рефлексы. В случае сомнения проводятся пробы на скрытый парез. Обязательно предлагаются дополнительные вопросы к пациенту, помогающие интерпретировать выявленные отклонения от нормы.

В положении стоя пациенту удобно предложить выполнить пробы на статику и координацию – поза Ромберга и пальце-носовая проба (ПНП). Вместе с оценкой статики и координации при выполнении ПНП обращается внимание на возможное дрожание пальцев, интенцию, акрогипергидроз, бледность, мраморность или гиперемии кистей вытянутых рук. При покачивании пациента предлагается проба на оценку статики с нагрузкой.

Следующая команда пациенту – лечь на кушетку лицом вверх, при этом осматривается живот, его симметричность, оценивается кожа, подкожная жировая клетчатка и подкожная венозная сетка конечностей и туловища, наличие/отсутствие отеков. В этом положении определяется состояние поверхностной и глубокой чувствительности, брюшные, патологические, менингеальные рефлексы, коленно-пяточная координаторная проба, симптомы натяжения, дермографизм. После этого пальпируется живот, в том числе, в положении на боку, для выявления патологии пищеварительного тракта, селезенки и мочевыделительной системы. Следует обратить внимание, что в положении лежа можно проводить и неврологический осмотр – оценивать состояние черепных нервов, сухожильных и периостальных рефлексов. В таком случае целесообразным будет предварительное прослушивание сердца и легких, а остальные исследования, кроме позы Ромберга и большей части вертеброневрологических исследований – в положении лежа. Выбор преимущественного положения больного зависит от ряда факторов – состояния пациента, условий, личного предпочтения врача и тому подобное. Главным является принцип интеграции неврологического осмотра в общесоматический, что позволит существенно сократить время обследования, получить более полную целостную информацию о состоянии пациента.

Известно, что предварительный клинический диагноз не может быть поставлен только при констатации той или иной степени неврологического дефицита. Необходима информация об анамнестических данных. Толь-

ко правильная интерпретация полученных объективных данных может четко обосновать дальнейшую тактику. Если, например, очаговый неврологический дефицит возник у гипертоника на фоне криза, то с большой вероятностью можно говорить об остром нарушении мозгового кровообращения, если же такой же синдром возник при наличии признаков инфекции, например, дыхательной системы, то можно заподозрить энцефалит и т.д. Разумеется, что клинически выявленное врачом общей практики впервые возникшее очаговое поражение НС требует направления на вторичный уровень к неврологу, а остро возникшие синдромы – безотлагательного вызова «скорой помощи» и госпитализации в специализированный стационар для дообследования, дифференциальной диагностики и оказания специализированной медицинской помощи. В случае же обнаружения врачом общей практики признаков органического поражения НС, которое, как выясняется, возникло несколько лет назад после инсульта и не имеет признаков усугубления, особенно острого, позволяет врачу осуществлять вторичную профилактику и комплексные реабилитационные мероприятия, а также немедикаментозные и медикаментозные назначения. В случае объективного ухудшения требуется консультация невролога.

В отношении врачебных назначений следует отметить, что врачи первичного звена, как показывает опыт, недостаточно полно обеспечивают выполнение своих квалификационных обязанностей профилактико-реабилитационного характера, что проявляется достаточно скромной, если не сказать хуже, тактикой ведения больного с «узкой» патологией, в частности, неврологической. Это нередко связано с недостаточной информированностью семейных врачей о своих должностных компетенциях, о возможностях фармакотерапии неврологической патологии и т.д. Нередко познания врачей общей практики ограничиваются познаниями в области ноотропной терапии пирацетамом как первого и наиболее долго используемого препарата ноотропной группы, о нем они и задают вопросы, при этом отмечая у больных побочные эффекты в виде возбуждения, бессонницы, особенно в пожилом возрасте. Поэтому, необходимым есть более широкое ознакомление не только неврологов, но и семейных врачей с принципами лечения «неврологического» больного. Актуальным остается выбор лекарственных средств

с высокой эффективностью при минимальных побочных эффектах. Этому принципу призваны соответствовать комбинированные препараты, такие, например, как хорошо зарекомендовавший себя олатропил – ноотроп, в состав которого входят два активных вещества – гамма-аминомасляная кислота и пирацетам, что существенно снижает риск побочных эффектов и может быть ответом на поставленный вопрос. ГАМК – основной медиатор процесса торможения в центральной нервной системе, который нивелирует побочные эффекты пирацетама, в том числе за счет оптимальной дозировки в составе препарата, а при сохранении его позитивных качеств, таких как усиление метаболических процессов нервных клеток, ускорение распространения возбуждения в мозге, улучшение синаптической проводимости и связи между полушариями мозга. ГАМК, как известно, нормализует динамику нервных процессов, способствует лучшему усвоению глюкозы и улучшает кровоснабжение тканей головного мозга. Воздействуя на нервную систему, ГАМК улучшает память, способствует повышению концентрации внимания, помогает восстановить речевую и двигательную функции, а кроме того, оказывает лёгкий психостимулирующий эффект. Таким образом, комбинированное синергичное воздействие двух активных веществ – гамма-аминомасляной кислоты и пирацетама – при относительно небольших их дозах в комплексном препарате олатропил обеспечивает оптимизацию ноотропной терапии (снижение риска развития побочного действия пирацетама при сохранении или даже повышении терапевтического действия каждого из компонентов препарата) и выраженный ноотропный эффект [6, 8].

Лекарственное средство олатропил назначается при сосудистой энцефалопатии, нарушениях памяти и речи вследствие хронической церебрально-сосудистой недостаточности, болезни Альцгеймера, старческой деменции. Кроме того, данный препарат показан для лечения алкогольной и посттравматической энцефалопатии, а также других психоорганических синдромов разной этиологии [6, 8].

При обучении врачей общей практики актуальным является обсуждение вопросов использования препаратов системного действия, эффективных как при неврологических, так и соматических заболеваниях. Важной остается проблема полипрагмазии, риск использования

препаратов одной группы для одного больного. Ведь, к сожалению, встречаются случаи назначения терапевтом и неврологом лекарств из одних фармакологических групп одновременно, что связано с не всегда достаточной координацией курации одного больного разными специалистами. Появление в современной медицине специалиста общей практики МП позволяет эффективнее курировать больного, избегать полипрагмазии, рациональнее использовать как свое рабочее время, так и рабочее время врачей вторичного уровня. Среди лекарственных средств, которые оказывают системное действие и могут широко использоваться в семейной медицине при ко- и полиморбидных состояниях, включающих как соматическую, так и неврологическую патологию, хорошо себя зарекомендовали препараты мельдония дигидрата. Следует отметить вазонат – противоишемический и цитопротекторный препарат, действующим веществом которого является мельдония дигидрат – структурный аналог гамма-бутиробетаина (предшественник карнитина) [7]. Вазонат улучшает состояние клеток в условиях гипоксии, регулирует транспорт АТФ и кислорода, стимулирует гликолиз, что позволяет снизить энергетические затраты и потребность в кислороде клеток в условиях гипоксии. Мельдоний снижает биосинтез карнитина и связанный с ним транспорт длинноцепочечных жирных кислот через мембрану клеток, препятствуя накоплению в клетках активированных форм недоокисленных жирных кислот ацилкарнитина и ацилкоэнзима А, предупреждая таким образом их токсическое действие. Препарат ингибирует процесс образования карнитина из гамма-бутиробетаина, уменьшает уровень карнитина в плазме. За счет увеличения уровня гамма-бутиробетаина препарат оказывает некоторое вазодилатирующее и антиоксидантное действие. У пациентов с сердечной недостаточностью при приеме препарата вазонат отмечается усиление сократимости сердечной мышцы, повышение толерантности к нагрузкам и снижение частоты приступов стенокардии.

У пациентов с нарушением церебрального кровообращения вазонат способствует нормализации циркуляции крови и перераспределению крови в пользу ишемизированных тканей. Препарат несколько стимулирует центральную нервную систему, снижает выраженность функциональных нарушений вегетативной и соматической нервной системы.

Таким образом, вазонат целесообразен в комплексной терапии пациентов, страдающих острыми и хроническими нарушениями церебрального кровообращения, ишемической болезнью сердца, а также кровоизлиянием в сетчатку различного генеза и дистрофическими заболеваниями сетчатки.

Кроме того, вазонат рекомендуется в период восстановления пациентам, перенесшим тяжелые заболевания, страдающим хроническим алкоголизмом, для терапии абстинентного синдрома, при снижении трудоспособности пациентам с повышенными умственными и физическими нагрузками, в том числе спортсменам.

Эти и многие другие лекарственные препараты могут широко использоваться не только неврологами, но и врачами общей практики как эффективные, с минимальным риском побочных эффектов, материально доступные. Безусловно, их применение успешно сочетается с немедикаментозными назначениями: рекомендациями здорового образа жизни с отказом от вредных привычек, физической культурой, методами рефлекс- и физиотерапии.

Выводы

Таким образом, ключевыми составляющими курации неврологического больного врачами первичного звена есть:

- проведение неврологического осмотра в составе комплексного клинического осмотра, который начинается уже с того момента, когда больной пересек порог кабинета врача;

- определение наличия и степени отклонений функций нервной системы от нормы и их интерпретация;

- сбор анамнеза, определение причинно-следственной связи с соматической патологией;

- если симптомы неврологического дефицита возникли давно, следует определить их динамику, которая может зависеть от прогрессирования основного заболевания, через коили полиморбидность, вредные привычки,

отсутствие или неадекватность лечения, побочные эффекты;

- планирование дальнейшей тактики ведения больного, объяснение пациенту характера проблемы, возможных осложнений патологии, обсуждение лечения с подбором медикаментозных средств и профилактических мероприятий (отказ от вредных привычек, четкое выполнение врачебных назначений и т.д.), обоснование направления на вторичный уровень МП к неврологу, окулисту или целесообразности лечения на первичном уровне (у семейного врача), а также определение непосредственной роли самого пациента в их исполнении.

Список использованной литературы

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? // Здоров'я України. – 2014. – № 1. – С. 23-24.
4. Коваленко О.Є. Огляд «неврологічного хворого» в практиці сімейного лікаря (частина II). Збір скарг. // Здоров'я України. – № 2. – 2014.
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. Дамулин И.В., Коберская Н.Н., Савушкина И.Ю. Использование олатропила при дисциркуляторной энцефалопатии. ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ имени Б.М. Маньковського. – ТОМ 2, №2. – 2014.
7. Литвиненко Н.В., Дельва І.І., Дельва М.Ю. Вплив препарату «Вазонат» на помірні когнітивні розлади при хронічних порушеннях мозкового кровообігу. Український вісник психоневрології. – Том 19, вип. 1 (66). – 2011.
8. Бурчинский С.Г. Новые подходы к созданию комбинированных ноотропных средств: ожидания неврологов и клиническая практика. – Український вісник психоневрології. – Том 14, вип. 3(48). – 2006.

Надійшла до редакції 04.03.2015 р.

CURRENT ISSUES OF SUPERVISION «NEUROLOGICAL» PATIENT IN THE PRACTICE OF FAMILY DOCTORS.

O. Kovalenko

Summary

The article deals with current issues of supervision patient with neurologic pathology physician primary care (MD) and the conditions of interaction with doctors secondary level. Proposed optimized method of neurological examination of the patient in the practice of family physician as part of a systematic clinical approach to the patient, study drug and non-drug purposes.

Keywords: neurological examination, family doctor, a systematic approach aid.