**ТЕМА 2. ПЕРВИННЕ ОБСТЕЖЕННЯ НЕВРОЛОГІЧНОГО ПАЦІЄНТА**

Одночасно з опитуванням фізичний терапевт проводить:

• визначення стану свідомості (шкала коми Глазго, табл. 1.1, 1.2);

• первинну оцінку рухових функцій (спостереження за рухами в ліжку, кріслі-каталці, при ходьбі);

• первинну оцінку психічних і сенсорних функцій: орієнтація у власній особистості, часі та просторі; розуміння і сприйняття інформації, поведінка, настрій, зір, слух;

• спілкування: спонтанна мова і розуміння мови (дисфазія), збереження артикуляції (дизартрія), порушення ковтання, збереження виконання послідовності цілеспрямованих дій (праксис).

Відомості про порушення ковтання (дисфагію) можна отримати при опитуванні самого хворого, його родичів або осіб, які доглядають пацієнта. Необхідно звертати увагу на неконтрольовану слинотечу, витікання рідини з рота, апраксію або погану координацію орофарінгеальної мускулатури, слабкість мімічних м'язів, попирхування, кашель під час ковтання, зміну голосу після ковтання. У той же час пацієнт може не пред'являти скарг на розлад ковтання внаслідок порушення усвідомлення факту дисфагії або зниження чутливості в порожнині рота або в горлі.

Тести для оцінки дисфагії обирають залежно від характеристик пацієнта, тяжкості проблеми і доступної експертизи. Хворі з інсультом повинні бути обстежені на наявність дисфагії протягом перших 24 годин після початку захворювання і до орального прийому їжі. Проведення скринінгу призводить до триразового зменшення ризику розвитку ускладнень, пов'язаних з дисфагією.

Таблиця 1.1

**Шкала коми Глазго** (Glasgow Coma Scale – GCS)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Активність |  | Оцінка |
| **Відкривання очей** |  |  |
| Реакція відсутня | Навіть при натисканні на верхній край орбіти | 1 |
| На больові подразники | Біль при натисканні на грудину, кінцівку, верхній край орбіти | 2 |
| На словесне звернення | Неспецифічна відповідь, не обов'язково на команду | 3 |
| Спонтанне | Очі відкриті, але хворий не обов'язково в свідомості | 4 |
| **Рухова відповідь\*** |  |  |
| Реакція відсутня | На будь який біль; кінцівки лишаються атонічними | 1 |
| На біль виникає патологічне розгинання | Приведення плеча; внутрішня ротація плеча та передпліччя | 2 |
| На біль виникає патологічне згинання | Реакція відсмикування або припущення про геміплегічну позу | 3 |
| Рухова реакція на біль неадекватна (відсмикування) | Відсмикування руки як спроба уникнути больового подразнення, відведення плеча | 4 |
| Рухова реакція на біль цілеспрямована | Рух рукою, спрямований на усунення тиснення на грудину або верхній край орбіти | 5 |
| Виконання команд | Виконання простих команд | 6 |
| **Мовна відповідь\*\*** |  |  |
| Відсутня | Відсутність будь-якої вербалізації | 1 |
| Нечленороздільна відповідь | Стогін, нечленороздільні звуки | 2 |
| Недоречна відповідь | Відповідь зрозуміла, але не доречна, відсутність зв'язаних речень | 3 |
| Сплутаність мови | Підтримує розмову, однак відповідь сплутана, дезорієнтована | 4 |
| Орієнтована відповідь | Підтримує розмову, адекватна відповідь | 5 |
|  | **Всього (3-15 балів):** |  |

*Примітка:*

\* Слід мати на увазі, що реалізації рухових реакцій може заважати наявність плегії або парезу однієї чи двох сторін

\*\* При відсутності мови, «мовній нісенітниці» або невиконанні інструкцій при явно достатньому рівні притомності, слід мати на увазі можливість афатичних порушень

Таблиця 1.2

**Відповідність рівня свідомості сумарній оцінці за шкалою коми Глазго**

|  |  |
| --- | --- |
| **Рівень свідомості** | **Бали** |
| Ясна свідомість | 15 |
| Оглушення | 13-14 |
| Сопор | 9-12 |
| Кома | 4-8 |
| Смерть мозку | 3 |

Описано і застосовується багато варіацій проб з оцінкою ковтальної функції. При підозрі на аспірацію проводиться тест пробного ковтання («порожня» ковтальна проба) у вигляді проковтування хворим власної слини. Існують і інші подібні тести, коли хворому дають невелику кількість води в чайній ложці, або тест з трьома чайними ложками води, які пропонують випити по черзі і після кожної з них спостерігають за появою ознак аспірації. Єдиний загальноприйнятий для всіх клінік тест не визначений, проте тест TOR-BSST (Toronto Bedside Swallowing Screening Test) показав найбільшу чутливість і специфічність (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

**Скринінг на порушення ковтання**

**ПОПЕРЕДНЄ ОЦІНЮВАННЯ (тільки хворі, що реагують, оцінювати в положенні сидячі)**

**Рівень свідомості:** – ясна– оглушення – сопор – кома

**Стиснення губ** – нормальне – неповне

**Голос** – нормальний – слабкий/хриплий – «вологий» – відсутній

**Довільний кашель** – нормальний – слабкий – відсутній

**ЕТАПИ ОЦІНЮВАННЯ**

**Якщо на будь-якому з етапів 1, 2 чи 3 складається враження, що ковтання є безпечним → оцінювання необхідно припинити та перейти до ЕТАПУ 5.**

**ЕТАП 1. У положенні сидячі дайте хворому тричі по 1 чайній ложці води та пальпуйте рухи щитоподібного хряща**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Рухи щитоподібного хряща при ковтанні** | | |
| **Спроба 1** | **Спроба 2** | **Спроба 3** |
| □ Нормальні | □ Нормальні | □ Нормальні |
| □ Сповільнені | □ Сповільнені | □ Сповільнені |
| □ Відсутні | □ Відсутні | □ Відсутні |
| **Кашель під час або після ковтання (більше одного разу)** | | |
| □ Немає + Є | □ Немає + Є | □ Немає + Є |
| **«Вологий» або змінений голос після ковтання ложки води** | | |
| □ Немає + Є | □ Немає + Є | □ Немає + Є |
| Повільне витікання води з рота | | |
| □ Немає + Є | □ Немає + Є | □ Немає + Є |
| **Якщо є хоча б один результат +, → СТОП( нічого через рот) замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилося безпечним, перейти до Етапу 2.** | | |

**ЕТАП 2. Якщо ковтання на Стадії 1 виявилося безпечним, попросіть пацієнта випити близько 50 мл води зі стакану**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Кашель під час або після ковтання (більше одного разу)** | | |
| **Спроба 1** | **Спроба 2** | **Спроба 3** |
| □ Немає + Є | □ Немає + Є | □ Немає + Є |
| **«Вологий» або змінений голос після ковтання води** | | |
| □ Немає + Є | □ Немає + Є | □ Немає + Є |
| Повільне витікання води з рота | | |
| □ Немає + Є | □ Немає + Є | □ Немає + Є |

Продовження таблиці 1.3

|  |
| --- |
| **Якщо є хоча б один результат +, → СТОП, нічого через рот та повторити Етап 2 через 24 год. Якщо ковтання виявилося безпечним, перейти до Етапу 3.** |

**ЕТАП 3. Спостерігати за хворим, який їсть йогурт або сирний десерт**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Їжа падає з рота? | □ Ні | **+ Так** |
| Накопичення/залишки їжі в роті? | □ Ні | **+ Так** |
| Кашляє/давиться? | □ Ні | **+ Так** |
| Хворий повідомив про труднощі з ковтанням? | □ Ні | **+ Так** |
|  | | |
| **Ковтання вільне та безпечне?** □ Так □ Ні, утруднене | | |
| **Якщо є хоча б один результат +, → СТОП (нічого через рот) замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилося безпечним, перейти до Етапу 4.** | | |

**ЕТАП 4. Спостерігати за хворим, який їсть овочеве або картопляне пюре**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Їжа падає з рота? | □ Ні | **+ Так** |
| Накопичення/залишки їжі в роті? | □ Ні | **+ Так** |
| Кашляє/давиться? | □ Ні | **+ Так** |
| Хворий повідомив про труднощі з ковтанням? | □ Ні | **+ Так** |
|  | | |
| **Ковтання вільне та безпечне?** □ Так □ Ні, утруднене | | |
| **Якщо є хоча б один результат +, → СТОП( нічого через рот) замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилося безпечним → м’яка їжа** | | |

**ЕТАП 5. Спостерігати за хворим, який їсть м’яку їжу**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Їжа падає з рота? | □ Ні | **+ Так** |
| Накопичення/залишки їжі в роті? | □ Ні | **+ Так** |
| Кашляє/давиться? | □ Ні | **+ Так** |
| Хворий повідомив про труднощі з ковтанням? | □ Ні | **+ Так** |
| **ВИСНОВОК** | | |
| **Ковтання вільне та безпечне?** □ Так □ Ні, утруднене | | |
| **Якщо є хоча б один результат +, → СТОП (нічого через рот) замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилося безпечним, погодити з логопедом призначення звичайного харчування.** | | |

На цьому етапі обстеження фізичний терапевт повинен відзначити симптоми, які можуть вимагати втручання інших фахівців мультидисциплінарної команди. На основі проведеного опитування фахівець має змогу скласти попереднє уявлення про пацієнта, його захворювання і побудувати робочу гіпотезу. Наступне об’єктивне обстеження ведеться в аспекті цієї гіпотези і дозволяє її підтвердити, чи відхилити.