

DIAGNOSTICKÝ PROCES V NEUROLOGII, SYNDROMOLOGIE A TOPICKÁ DIAGNOSTIKA

Roman Herzig

ÚVOD

- Diagnostická rozvaha v neurologii postupuje od zjištění příznaků onemocnění k formulaci syndromologické, topické a nozologické diagnózy, v ideálním případě až k diagnóze etiologické.

ÚVOD

- Základními instrumenty diagnostického postupu jsou:
 - podrobná, strukturovaná anamnéza
 - pečlivé, systematické klinické neurologické vyšetření.
- Pro verifikaci klinického podezření je obvykle zapotřebí provést některá z pomocných vyšetření.

SYNDROMOLOGICKÁ DIAGNÓZA

- Souhrn jednotlivých projevů onemocnění (subjektivních symptomů a objektivních příznaků nalezených při neurologickém vyšetření), které jsou seskupeny v kombinaci charakteristické pro určitý syndrom

TOPICKÁ DIAGNÓZA

- Definuje úroveň postižení v rámci periferního či centrálního oddílu nervové soustavy.

NOZOLOGICKÁ DIAGNÓZA

- Formuluje název klinické jednotky (nemoci), kterou charakterizuje zjištěný neurologický syndrom spolu s klinickým průběhem onemocnění, reakcí na léčbu apod.

ETIOLOGICKÁ DIAGNÓZA

- Příčinu nemoci obvykle nelze s jistotou určit pouze z anamnézy a neurologického vyšetření.
- Rozhodující přínos mají:
 - cíleně indikované pomocné vyšetřovací metody (morfologická zobrazení, metody klinické neurofyziology, biochemická a molekulárně genetická laboratorní vyšetření)
 - farmakologické testy.

SYMPTOM A SYNDROM

- **Symptom** = příznak, projev poruchy
(*Správně by se výraz „symptom“ měl používat pouze ve vztahu k anamnestickým a subjektivním projevům poruchy – na rozdíl od objektivních příznaků.*)
- **Syndrom** = 2 a více subjektivních symptomů nebo objektivních příznaků seskupených u daného jedince v charakteristické kombinaci (význam pro topickou diagnózu či patogenezu)

POSTIŽENÍ MOTORIKY

- Paréza – snížení svalové síly, částečné ochrnutí
- Plegie – ztráta svalové síly, kompletní ochrnutí
- Monoparéza – paréza jedné končetiny
- Diparéza – paréza dvou končetin
- Triparéza – paréza tří končetin
- Kvadruparéza – paréza všech končetin
- Hemiparéza – paréza končetin na jedné polovině těla (vlevo, vpravo)
- Paraparéza – paréza končetin ve stejné výši (většinou dolních)

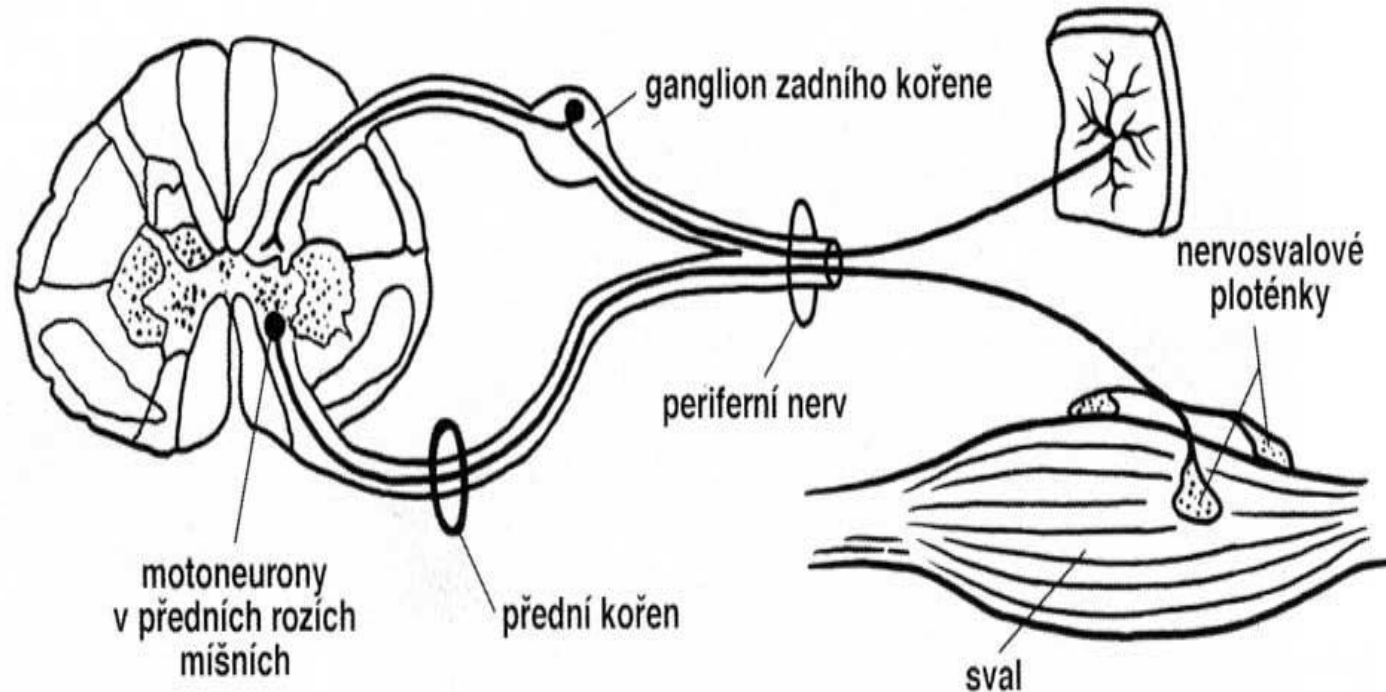
MODALITY ČITÍ

Povrchové	algické (bolest) a termické (teplo, chlad) (<i>vede spinotalamický trakt</i>)
	taktilní (dotekové, diskriminační...) (<i>vedou zadní provazce a spinotalamický trakt</i>)
Hluboké (<i>vedou zadní provazce</i>)	pallestézie (schopnost vnímat vibrace)
	polohocit (schopnost vnímat polohu), pohybocit (schopnost vnímat směr a zrychlení pohybů)

PORUCHY ČITÍ

- Anestézie – kompletní ztráta citlivosti
- Hypestézie – snížení citlivosti
- Hyperestézie – zvýšení citlivosti
- Parestézie – abnormální somatosenzorický vjem vzniklý za nepřítomnosti zevního podnětu (spontánní mravenčení, mrazení, pálení, ...)
- Dysestézie – chybné vnímání reálného somatosenzorického podnětu (dotek jako pálení, horko jako chlad, ...)
- Allodynies – bolestivý vjem vyvolaný podnětem, který bolest obvykle nevyvolá

PERIFERNÍ NERVOVÁ SOUSTAVA



Obr. 1.2: Schéma míšních kořenů a formování periferního nervu

- **Area nervina** – oblast zásobení jedním nervem
- **Area radicularis** – oblast zásobení kořenem

CENTRÁLNÍ NERVOVÁ SOUSTAVA

Mícha (jádra a provazce)

Mozek	infratentoriální část	mozkový kmen (prodloužená mícha, pons, mezencefalon)
		mozeček
	supratentoriální část	kortex (frontální, temporální, parietální, okcipitální)
		bílá hmota hemisfér (ascendentní a descendentní dráhy, inter- a intrahemisferální spoje)
		talamus
		bazální ganglia
		další podkorová jádra

KLINICKÉ ODLIŠENÍ POSTIŽENÍ PNS A CNS

PARAMETR	PERIFERNÍ LÉZE	CENTRÁLNÍ LÉZE*
Proprioceptivní reflexy	snížené až vyhaslé	zvýšené
Svalový tonus	snížený (chabá paréza)	zvýšený (spasticita)
Abnormní (tzv. pyramidové, iritační, spastické) jevy	nepřítomny	přítomny

KLINICKÉ ODLIŠENÍ POSTIŽENÍ PNS A CNS

PARAMETR	PERIFERNÍ LÉZE	CENTRÁLNÍ LÉZE*
Poruchy cití	pokud jsou přítomny, tak v příslušné distribuci (areae nervinae, radicales či s akrálním maximem)	pokud jsou přítomny, jsou rozsáhlé, celokončetinové
Svalová atrofie	ano, od časného stádia v příslušné distribuci	pouze v pozdních stádiích
Fascikulace	ano	ne
Svalová slabost	ano, v příslušné distribuci	ano, v příslušné distribuci

KLINICKÉ ODLIŠENÍ POSTIŽENÍ PNS A CNS

- *Uvedená charakteristika centrálního postižení odpovídá příznakům z léze prvního (horního) motoneuronu a je přítomna po odeznění akutního stádia postižení
- Obraz chabé („pseudochabé“) parézy může být přítomen několik dnů až týdnů po akutním centrálním postižení (především míchy – *míšní šok*)