

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm01065&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 01065. Неврологічний огляд

Автор: Sari Atula
Редактор оригінального тексту: Sari Atula
Дата останнього оновлення: 2018-09-18

Основні положення

- Найважливіша частина неврологічного огляду - це ретельний збір анамнезу, за умови, що у пацієнта повністю збережена свідомість. Уважно слухаючи та задаючи питання пацієнту, можна уникнути непотрібних досліджень.
- Якщо при неврологічному огляді відхилень немає, можна з високою ймовірністю виключити значну частину неврологічних розладів.
- Неврологічний огляд включає як оцінку загального стану пацієнта (вищі психічні функції) (у цій статті детально не обговорюється), так і неврологічного статусу.
- Огляд повинен завжди проводитися в одному і тому ж порядку, щоб зменшити ймовірність того, що певні його частини будуть пропущені, якщо лікар буде відволікатись, наприклад, відповідаючи на запитання пацієнта. Усі знахідки потрібно відразу записувати, адже потім інколи буває досить складно пригадати, наприклад, з якого боку був прояв симптому.
- Оцінка неврологічного статусу дозволяє встановити анатомічний діагноз, тобто чи є причиною появи симптомів ураження:
 - головного мозку
 - спинного мозку
 - периферичної нервової системи
 - нервово-м'язові сполучення чи

- самі м'язи?
- Після встановлення анатомічного діагнозу, увага концентрується на більш точній локалізації джерела походження симптомів у центральній або периферичній нервовій системі. На цьому етапі слід звернути особливу увагу на будь-яку неврологічну різницю між сторонами на нижніх та верхніх кінцівках.

Інші статті висвітлюють окремі частини неврологічного огляду

- Непритомний пацієнт [\[настанова L00751 |Непритомний пацієнт\]](#)
- Дослідження ходи пацієнта [\[настанова L00747 |Порушення ходи\]](#)
- Очні неврологічні симптоми [\[настанова L00742 |Очні неврологічні симпто...\]](#)
- Дослідження мовлення пацієнта [\[настанова L00770 |Афазія\]](#)
- Оцінка когнітивних функцій пацієнта [\[настанова L00764 |Нейропсихологічні розлад...\]](#)
- М'язова слабкість та ознаки паралічу [\[настанова L00746 |Слабкість м'язів та симп...\]](#)

Очне дно

- За допомогою офтальмоскопа слід оглянути диск зорового нерва та оцінити його межі. В нормі межі диска зорового нерва чітко окреслені. Стерті, нечіткі межі вказують на підвищений внутрішньочерепний тиск (малюнок [\[зображення L00706 |Papilloedema caused by h...\]](#)).
- Якщо очне дно в нормі, то пульсують виключно вени, а не артерії. Якщо в середині диску зорового нерва помітні пульсуючі вени, це допомагає виключити підвищення внутрішньочерепного тиску.

Черепні нерви

- Ураження частин стовбуру головного мозку (середній мозок, міст, довгастий мозок) можна локалізувати під час дослідження функції черепних нервів, ядра яких знаходяться у кожній з цих частин.

1. Нюховий нерв

- Дослідження нюху (дъюготь, кава, оцет, амоній або готові набори для перевірки нюху)

2. Зоровий нерв
 - Гострота зору (чи може пацієнт побачити зображення на екрані, порахувати пальці з певної відстані, сприймати світло)
 - Поля зору (конфронтаційний тест або, за потреби, направлення до офтальмолога для визначення полів зору)
3. Окоруховий нерв
 - Реакція зіниць, рухи очних яблук, птоз, диплопія
4. Блоковий нерв
 - Рухи очних яблук: очне яблуко відстає при погляді вниз на стороні ушкодження, диплопія
5. Трійчастий нерв
 - Дослідження чутливості на обличчі окремо з обох боків та на рівні кожної з трьох гілок (очного, верхньощелепного та нижньощелепного нерва)
6. Відвідний нерв
 - Ураження викликає іпсилатеральне порушення відведення очного яблука назовні за середню лінію, двоїння (диплопію).
7. Лицевий нерв
 - Можливість нахмуритись, наморщити ніс, свистіти та усміхнутись
 - Парез м'язів нижньої частини обличчя з одного боку (асиметрія у ділянці рота) є ознакою центрального ураження.
 - Повний парез м'язів половини обличчя вказує на ураження периферичних нервів.
8. Присінково-завитковий нерв
 - Вестибулярний нерв
 - Оцінка рівноваги
 - В позі Ромберга пацієнт стоїть прямо, ступні разом, очі заплющені, руки випрямлені перед собою з повернутими догори долонями. Окрім дисфункції черепно-мозкових нервів, можуть бути інші причини порушення рівноваги.
 - Тест Унтербергера (маршова проба) - пацієнт крокує на місці з заплющеними очима, роблячи по 25 кроків кожною ногою. Можлива ротація (понад 45°) відносно осі тіла відбувається в бік ураженого внутрішнього вуха

- Ністагм зазвичай спостерігається при гострому нападі запаморочення, коли очі слідкують за рухомим об'єктом.
 - Тест Дікса-Холпайка
[настанова 00858] [Доброякісне пароксизмаль...]
- Зверніть увагу! Причиною ністагму також може бути порушення функції мозочка або неспроможність слідкувати очима за рухомим об'єктом
 - Завитковий нерв: аудіометрія, тест Вебера [зображення 01304] [Weber test] та проба Рінне [зображення 01305] [Rinne test]
- 9. Язикоглотковий нерв
 - Глотковий рефлекс
- 10. Блукаючий нерв
 - Осиплість голосу, дисфагія
- 11. Додатковий нерв
 - Не може знизувати плечем на стороні ураження
 - Утруднений поворот голови при протидії
- 12. Під'язиковий нерв
 - Попросити пацієнта висунути язика
 - При ураженні верхнього мотонейрона язик відхиляється в протилежний бік.
 - При ушкодженні нижнього мотонейрона язик відхиляється у бік ураження.

Координаторні тести

- Виявлені порушення свідчать про ураження мозочка
 - Адіадохокінез: це здатність швидко виконувати ритмічні альтернуючі рухи, що повторюються.
 - Пальце-носова та п'яtkово-колінна проби: вказують на порушення здатності оцінювати амплітуду рухів

Пронація з опусканням

- Тест полягає в утриманні перед собою на рівні плечей випрямлених рук з повернутими догори долонями, заплющивши очі. Руки повільно одночасно опускаються вниз. Якщо одна рука опускається швидше за іншу, або відбувається її пронація, це ознака порушення з боку пірамідного шляху.

Сила м'язів

- Зазвичай оцінюють силу лише великих груп м'язів з метою виявлення можливої асиметрії між правою та лівою сторонами. Пацієнту можна запропонувати потиснути одночасно обома руками руки дослідника. Крім того, великі м'язи верхніх та нижніх кінцівок досліджуються окремо шляхом опору розгинальним та згинальним рухам, який створює дослідник. В якості результату цього тесту зазвичай вказують, чи зміг пацієнт подолати опір дослідника.
- У пацієнтів з парезами оцінюється можливість подолати земне тяжіння та здатність без допомоги утримувати підняту кінцівку у повітрі протягом декількох секунд. Функції та силу м'язів кінцівок завжди необхідно оцінювати порівнюючи два протилежні боки.

Тонус м'язів

- Спастичність
 - Тонус м'язів, який наростає або поступово під час пасивних рухів, або подібно до складного ножа (найбільший опір відчувається на початку руху).
 - Ознака ураження пірамідного шляху
- Ригідність
 - Підвищений тонус, що зберігається постійно протягом усього пасивного руху.
 - Якщо спостерігається ригідність за типом зубчастого колеса (відчувається як короткі, уривчасті рухи під час згинання розслабленої кінцівки). Найбільш помітно, якщо під час тесту виконувати рухи протилежною кінцівкою.
 - Ознака ураження екстрапірамідної системи

Рефлекси

- Підвищені рефлекси чи так зване розширення зони рефлексу (наприклад, колінний рефлекс викликається при постукуванні в верхній частині ноги) вказує на дисфункцію центральної нервової системи, тоді як зниження рефлексів вказує на ураження корінців або периферичних нервів.

- Клонуси - це різко підвищені сухожильні рефлекси зі швидким судомоподібним скороченням м'яза (наприклад, ритмічне посмикування стопи під час перевірки ахілового рефлекса).
- Легше перевіряти рефлекси, якщо кінцівка розслаблена. Необхідна співпраця з боку пацієнта, і це не завжди легко.
- Голова
 - Рефлекс жувальних м'язів (підплигування нижньої щелепи): дослідник легко вдаряє молоточком по власному вказівному пальцю, що лежить на підборідді пацієнта, який тримає свій рот напіввідкритим. В нормі виникає лише невеликий рух нижньої щелепи вгору.
 - Глабеллярний рефлекс - повторне постукування в ділянці між бровами над коренем носа. В нормі кліпання припиняється після кількох ударів.
- Верхні кінцівки
 - Біцепс-рефлекс перевіряється на рівні сухожилля двоголового м'яза плеча
 - Трицепс-рефлекс перевіряється на рівні сухожилля триголового м'яза плеча
 - Брахіорадіальний рефлекс перевіряється під час постукування на рівні шилоподібного відростка променевої кістки
- Нижні кінцівки
 - Колінний рефлекс викликається постукуванням молоточка нижче колінної чашечки
 - Ахілесовий рефлекс перевіряється в положенні тильного згинання стопи.
 - Симптоми Бабінського
 - Під час проведення тупим предметом (ручка, шпатель тощо) вздовж підшви спостерігається розгинання або згинання великого пальця стопи.
 - Розгинання (великий палець вгору) - це ознака порушення зі сторони пірамідного шляху.
 - Не плутати з нормальною реакцією забирання, яка може виглядати як розгинання.

Чутливість

- Перевіряється симетрично з обох боків на обличчі, нижніх та верхніх кінцівках, та - у разі потреби - на рівні тулуба. Причину та вид порушення чутливості можна визначити оцінивши локалізацію та вид порушення чутливості.
- Больова та температурна чутливість
 - “,
 - Температурну чутливість можна перевіритись доторкаючись до шкіри пробірками з холодною та теплою водою.
- Вібраційна та м'язово-суглобова чутливість
 - М'язово-суглобова чутливість перевіряється шляхом зміщення пальців ніг вгору або вниз.
 - Вібраційна чутливість перевіряється за допомогою камертона, встановленого на кісткові виступи верхньої та нижньої кінцівки.
- Відчуття дотику перевіряється під час легкого дотику до шкіри ватною кулькою або пучками пальців.

Вегетативна нервова система

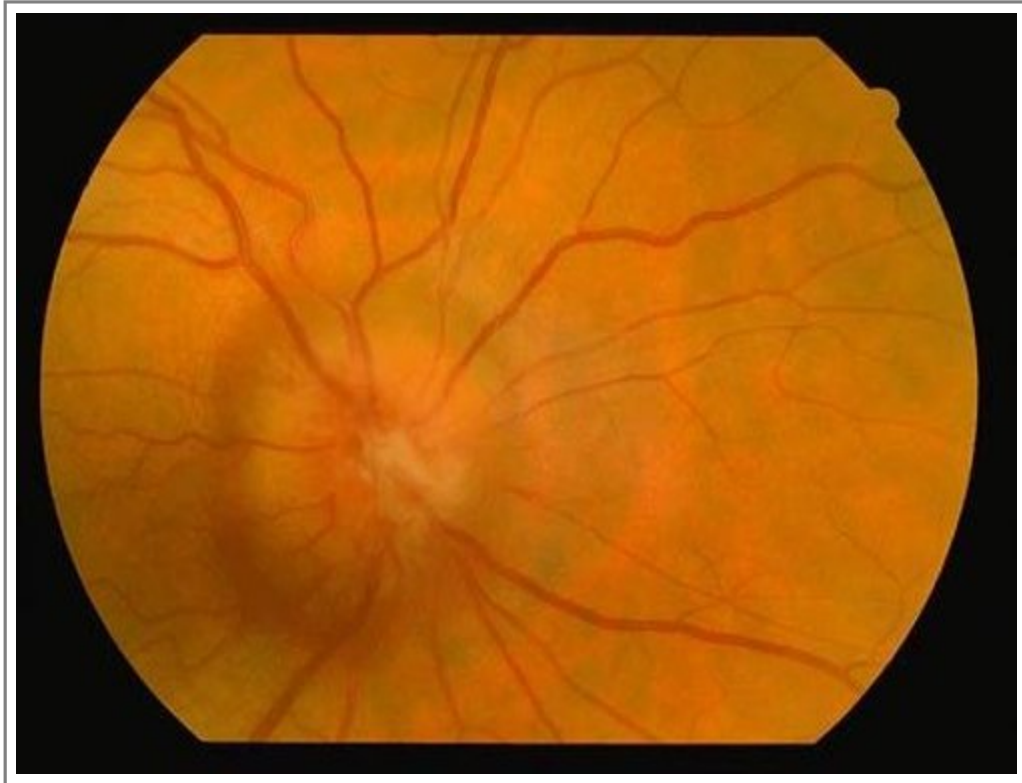
- Тест на ортостатичну гіпотензію програма 00021 [Brief orthostatic test]
- Інші порушення з боку автономної нервової системи виявляються за допомогою тестів (відчуття перебоїв у роботі серця, функції тазових органів).

Настанови

- [Настанова 00751](#). Непритомний пацієнт.
- [Настанова 00747](#). Порушення ходи.
- [Настанова 00742](#). Очні неврологічні симптоми.
- [Настанова 00770](#). Афазія.
- [Настанова 00764](#). Нейропсихологічні розлади.
- [Настанова 00746](#). Слабкість м'язів та симптоми паралічу.
- [Настанова 00858](#). Доброякісне пароксизмальне позиційне головокружіння (ДППГ).

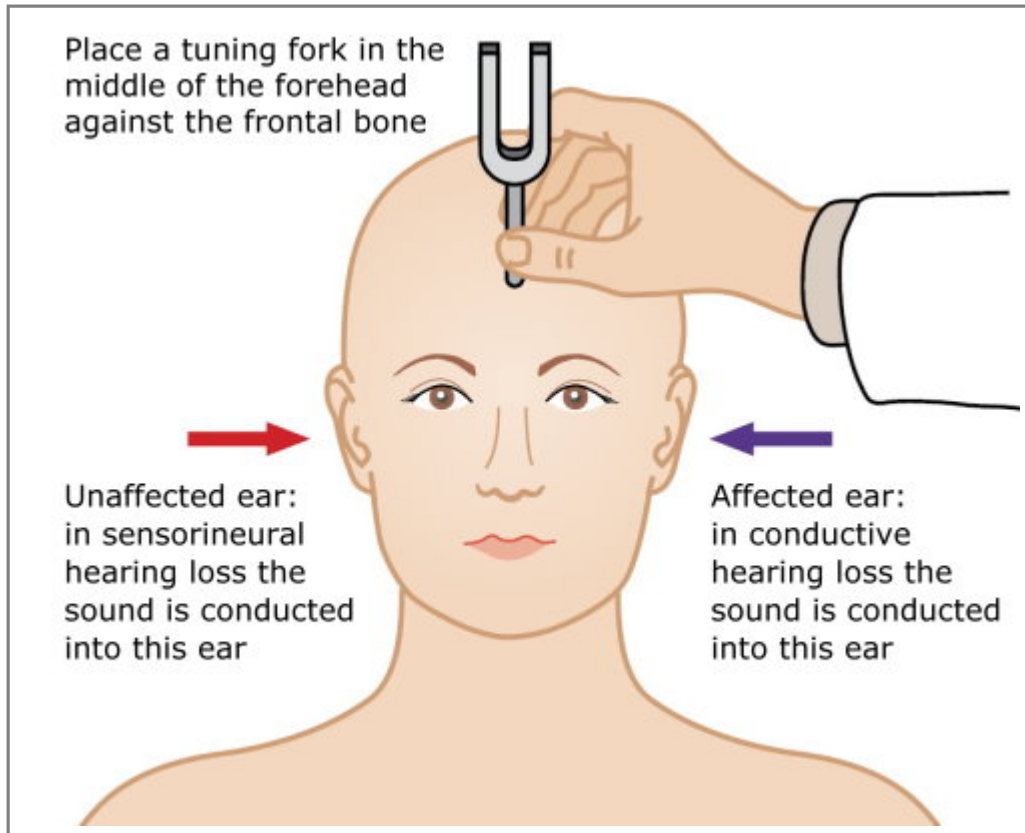
Зображення

- [Зображення 00706](#). Papilloedema caused by high intracranial pressure.



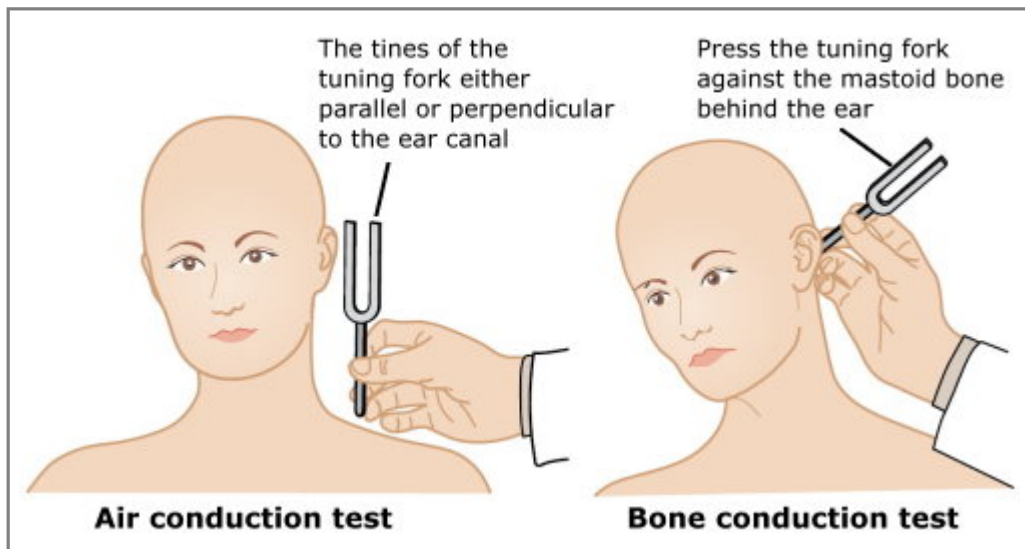
Автори та власники авторських прав: Paula Summanen Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 01304](#). Weber test.



Автори та власники авторських прав: Timo Hirvonen Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 01305](#). Rinne test.



Автори та власники авторських прав: Timo Hirvonen Duodecim Medical Publications Ltd

Калькулятори й анкети

- [Програма 00021](#). Brief orthostatic test.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm01065 Ключ сортування: 036.001 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2018-09-18

Автор(и): Sari Atula Редактор(и): Sari Atula Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Neurology

Ключові слова індексу
speciality: Neurology Neurological examination Neurological patient Clinical examination Examination Reflex
Cranial nerve Co-ordination test Sensation Sensory system Sensory test Nervous system icpc-2: 30 icpc-2: 31