

# Техника неуролошког прегледа

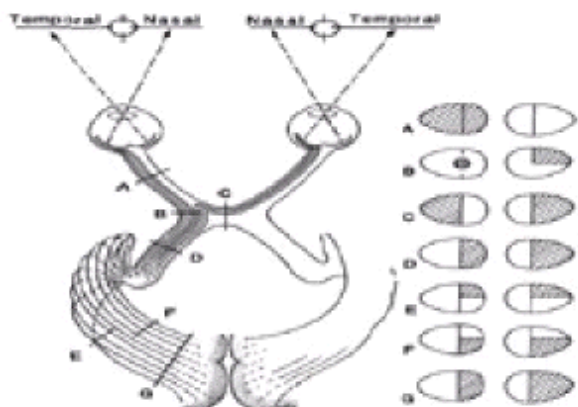
## Кранијални живци

N-I nn. olfactorii

- проходност носних ходника (стиснути једну ноздрву и тражити од пацијента да дише, затим исто поновити с другом)
- препознавање мириса (квалитативне и квантитативне карактеристике)
  - hiposmia – једнострани губитак
  - anosmia - потпуни губитак
  - hiperosmia – појачан

N-II n. opticus

- преглед оштрине вида (са 6 метара пацијенту показујемо прсте)
- ширина видног поља (једном руком испитанику затворимо једно око, а другом уводимо прст у видно поље – конфронтација, исто поновимо и за друго око)
- прочитати опширније у практикуму проф др М. Николића
- очно дно (неуритис, атрофија, стаза....опширније стр 35)

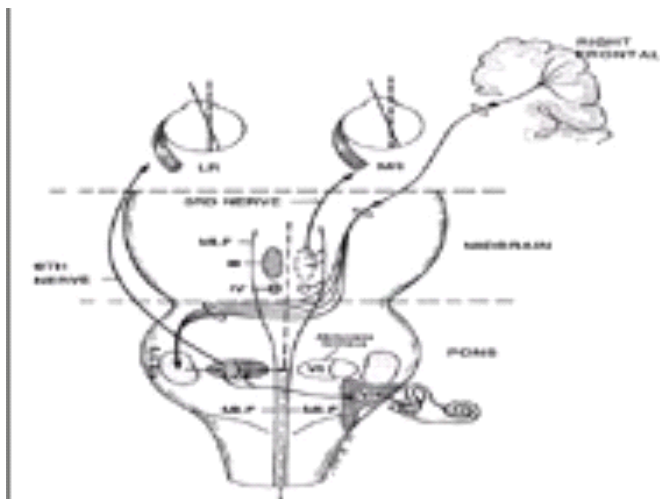


## Булботори

N-III n. oculomotorius

N-IV n. trochlearis

N-VI n. abducens



- инспекција rime oculi (да ли су симетричне)
  - семиптоза (капак до лимбуса пупиле)
  - птоза (када капак покрива пупилу)
- покретљивост очних јабучица (када испитујемо покретљивост доњих подићи капке навише)



*Diplopia fields with individual muscle paralysis. The dark glass is in front of the right eye, and the fields are projected as the patient sees the images. A. Paralysis of right lateral rectus. Characteristic: right eye does not move to the right. Field: horizontal homonymous diplopia increasing on looking to the right. B. Paralysis of right medial rectus. Characteristic: right eye does not move to the left. Field: horizontal crossed diplopia increasing on looking to the left. C. Paralysis of right inferior rectus. Characteristic: right eye does not move downward when eyes are turned to the right. Field: vertical diplopia (image of right eye lowermost) increasing on looking to the right and down. D. Paralysis of right superior rectus. Characteristic: right eye does not move upward when eyes are turned to the right. Field: vertical diplopia (image of right eye uppermost) increasing on looking to the right and up. E. Paralysis of right superior oblique. Characteristic: right eye does not move downward when eyes are turned to the left. Field: vertical diplopia (image of right eye lowermost) increasing on looking to left and down. F. Paralysis of right inferior oblique. Characteristic: right eye does not move upward when eyes are turned to the left. Field: vertical diplopia (image of right eye uppermost) increasing on looking to left and up.*

- да ли постоје диплопије (двослике) или не (покажемо прст или два и питамо колико их види, и питамо да ли је при прегледу булбуса видео 2 оловке)
  - монокуларна диплопија (обострана)
  - при прегледу диплопија – одвојити 2 прста 10-так см и нека пацијент затвори једно око, питамо који је прст нестало
    - када затвори десно око, ако нестане десни прст неукрштена диплопија
    - ако нестане леви укрштена диплопија
- нистагмус – при прегледу булбуса видети
  - спори нистагмус – испод 20 /сек
  - средњи између 20-50 / сек
  - брзи преко 50 / сек
  - фазни – брза компонента- булбус у правцу лезије + спора компонента
- преглед зеница (реакција зенице на светлост, лампицу уводити у видно поље-немој да упериш)
- реакција зенице на акомодацију и конвергенцију (приближавати оловку ка корену носа)
  - Hutchinsonson-ова зеница – широка зеница која не реагује ни на светлост ни на акомодацију
  - Argyll-Robertson-ова зеница – не реагује на светлост, реагује на акомодацију и конвергенцију

N-V n. trigeminus

Сензитивна

- испитивање финог сензибилитета (гужвицом вате додиривати га симетрично по лицу, и да каже да ли осећа додир и како)
- испитивање осећаја бола (испитујемо тупом иглом, гледамо да ли постоји симетрија, да ли доживљава бол симетрично...ако није симетричан онда додирујемо ватом и превлачимо преко лица од здраве стране ка болесној)
- корнеални рефлекс (болесник гледа у страну и навише...додирујемо га на граници рожњаче и вежњаче)

- ако затвори оба ока – укрштање грана фацијалиса (код парализе фацијалиса нема рефлекса на одузетој страни)

- коњуктивални рефлекс

## Моторна

- рефлекс масетера (мандибуларни рефлекс) – (поставити положен прст на средину браде, испитанику су полуотворена уста, перкутовати по средини прста)
  - патолошки знак је ако се прејачано врати вилица (или ставити шпатулу на доње секутиће и ударити чекићем по средини шпатуле)
  - јавља се мали одговор или без њега – нормално
  - патолошки – јавља се појачан рефлекс - то је знак поремећаја инхибиторних рефлекса
- перкусија по филтруму (ставити прст на филтрум и перкутовати чекићем)- рефлекс ретракције главе
  - нормално је да не реагује
  - ако реагује – оштећење предњих спиналних неурона
- зигоматични рефлекс

## N-VII n. facialis

- инспекција лица (да ли постоји симетрија очних прореза и бора на челу)
- кажемо пацијенту да набора чело
  - ако каже да не може онда му ми подижемо чело а он мора да се одупире
  - аплатирани набори – нема набора, не подиже
- кажемо му да зажмури
  - lagophthalmus – зечје око
- кажемо му да чврсто затвори очи, он мора да се одупре – нормално је када не можемо да их отворимо
- кажемо му да развуче усне и покаже зубе
  - онај угао који заостаје на тој страни је слабост
- платизма (да нагне главу уназад и да угао усана спусти наниже...као да се брије)
  - гледамо да ли је платизма симетрична, опипавамо руком
- Парализа по периферном типу – када је цела половина лица одузета – оштећење на болесниј страни
- Парализа по централном типу – када доња трећина изостаје угао усана и платизма – доњи део лица је одузет – оштећење је на супротној страни тј. здравој

## N-VIII n.cochlearis – acusticus

- пацијент треба да нам окрене једно уво и да понавља шта му ми говоримо, прво шапућемо а онда гласније
- прислонити му сат на 10-так цм...он затвори очи и каже шта чује
- Schwabach-ov test – прислонити базу звучне виљушке на мастоидни наставак....када каже да више не чује прислонити на свој мастоидни наставак
- Rinne-ов тест – мери се ваздушна проводљивост – када престане да чује на мастоидном наставку принети му испред уха и питати да ли чује
- Weber-ов тест – активирамо виљушку и стављамо му на теме главе
  - ако је једно уво запушено он боље чује на то болесно уво
  - ако је наглувост због оштећења слушног живца онда боље чује на здравој страни

## n. vestibularis - staticus

- Romberg-ова проба (пацијент стоји стопала и кажемо му да стоји отворених очију)
  - ако је оштећен вестибуларис – почеће да се њише, нагиње или пада – ако падне пада као кип
  - ако је оштећен церебелум – пада како сломљен на страну захваћену оштећењем
  - ако је оштећен дубоки сензибилитет – пада када су му затворене очи
- Тест мимопоказивања (болесник са затвореним очима испружи руке и кажипрсте, испитивач седи испред болесника и стави свије испружене кажипрсте испред болесникових)
  - при оштећењу лабиринта – рука на оштећеној страни скреће у правцу оболелог вестибуларног апарата.....ако је веће од 10-15 цм – то је значајно
- Компасни ход (испитаник треба да зажмури и да иде 2-3 корака напред па назад и тако неколико пута)
  - код лезије вестибуларног апарата болесник скреће ка оштећеној страни када иде напред а када иде уназад скреће ка здравој

## N-IX n. glossopharyngeus

- рефлекс непчаних лукова (шпатулом додирујемо доњу ивицу непчаних лукова, нормално имамо истострано подизање лукова)
  - ако је присутно оштећење
  - дисфонија – промукли говор због млитавих гласних жица
  - афонија – одузетост обе гл. жице
- фарингеални рефлекс (шпатулом брзо надражимо задње ивице ждрела, нормално се јавља контракција)

## N-XI n. accessorius

- инспекција (кажемо како је положена глава, трофика врата и да ли су рамена захваћена)
- покретљивост
  - пасивна – брадом додирује и грудну кост и рамена, да савије главу назад и да подигне руке хоризонтал.
  - активна – да гура нашу руку док му држимо главу, да помера главу напред и назад, гурамо му рамена па руке он се супроставља томе

## N-XII n. hypoglossus

- посматрамо језик у миру – да ли има фасцикулација или тремора
- испитивање покретљивости језика – иде лево, десно, горе, доле, напред, назад...
- процена слабости језика – ставимо прсте на образ и кажемо му да гура језиком

## Менингеални знаци

- кернинггов знак – лежи ми му подижемо ноге за 90°
- доњи бружински – он лежи а ми савијено колено гурамо ка трупу
  - позитиван знак – када савије колено друге ноге
- горњи бружински – лежи испружених ногу ми му савијемо главу ка стернуму
  - позитиван – савије колена

- вујићев знак - лежи на леђима, руке поред тела у супинацији, ноге опружене, мало размакнуте и окренутих стопала упоље, померамо му браду ка стернуму
  - позитиван – долази до унутрашње ротације стопала и пронације шака

## ТРУП

- епигастрични рефлекс
- горњи трбушни
- доњи - I I -
- средњи - I I –
- узимамо пластичну иглу и њоме идемо споља пут унутра ! ! ! ! .....долази до контракције мишића на страни дражење
  - патологија – када нема рефлекса или када је смањен
- рефлекс кремастера – унутрашња страна бутине одоздо пут навише ! ! ! ! !.....нормално је подизање тестиса са те стране
  - ако нема рефлекса дефект у L1, L2
- кичмени стуб – гледа се изглед и покретљивост кичменог стуба ....одредити 2 тачке на кич. стубу и каже се пацијенту да се савије напред али без савијања колена – треба да дође до размицања тачака

## ПИРАМИДНИ СИСТЕМ

- проба пронације (на рукама и ногама)...болесник испружи руке, окрене дланове у положај супинације (а може да остану у пронацији) – отворених очију – па затим затвори очи
  - кад је слабост – одузета рука ће се ниже поставити...из супинације иде у пронацију
  - ако је потпуна одузетост – рука пада
- мингацинијева проба (треба да лежи на леђима и да подигне ноге са савијеним коленима под углом од 90°)
  - потколеница која се спусти на нижи ниво
- бареова проба(пацијент лежи на стомаку, савије ноге у коленима тако да потколенице лебде у вездуху...она која пада ниже је оболела)
- здружени покрет палца (пацијент савије прсте, ми их обухватимо нашим врховима прстима и кажемо му да се одупре)
  - када палац крене ка длану – то је патологија
- клонус стопала и пателе (са два прста повлачимо пателу наниже)
  - патолошки – настаје истезање мишиће – то је знак лезије централног мотонеурона
  - за стопало...повлачимо нагло стопало према потколеници.....патолошки јавља се клонус стопала

## МИШИЋНА ТРОФИКА

- опсервација мишића
- палпација
  - атрофија
- мерење- рецимо на руци: изабрати тачке око којих мерити обим – на обе руке!!!!!!!

## МИШИЋНИ ТОНУС

- покретљивост великих зглобова (пацијент испружи руке према испитивачу и пусти да му шаке слободно висе, без одупирања – ми ухватимо за подлактицу и протресемо – гледамо има ли отпора)
- тест падања руке (станемо иза пацијента ухватимо му руке иза леђа, он их опустити, нема отпора, ми их само пустимо)
  - ако је атрофична – пада истог трена
- рефлекс на ногама (пацијент седи на столу, ухватимо му стопала, подигнемо му натколенице до хоризонтале и само их пустимо) – нормално имамо осцилације..пар пута
  - код хипотоније – клаћење је продужено

## МИШИЋНИ РЕФЛЕКСИ

### На рукама

- брахиорадијални – једном нашом руком обухватимо пацијентове обе шаке и савијемо под углом од  $45^\circ$  а угао између подлактице и надлактице  $90^\circ$ , опипамо стилоидни наставак и ударимо чекићем изнад тог места – одговор је трзај подлактице према надлактици....ако лежи ставимо му руке на стомак па све ово исто урадимо
  - појачан рефлекс – осим флексије шаке имамо и флексију прстију
- рефлекс бицепса (левим палцем палпирати тетиву бицепса и перкутовати затим по палцу чекићем)....нормално подлактица иде ка надлакту....варијанта је када лежи – онда надлактица на подлози а подлактица и шака на трбуху
  - ако је надражљивост повећана онда је рефлекс јачи
- рефлекс трицепса – напипати тетиву код олекранона и перкутовати чекићем
- флексори шаке

### На ногама

- квадрицепса (опипати пателарни лигамент и перкутовати по њему... $120^\circ$ >угао натколеница-поколеница  $> 90^\circ$ )
- ахилов – ако је покретан кекне на столицу при чему стопало слободно виси, перкутовати по тетиви..нормално трзај у виду плантарне флексије....ако лежи ухватити за стопало и повући га ка потколеници, па перкутовати по тетиви
- бабински – тупом иглом, најбоље кључем (код деце може и палцем) вући од пете спољашњом ивицом да палог прста па пут унутра ка палцу.....
  - позитиван – дорзална флексија палца и лепезасто ширење осталих прстију
- опенхајмов – пацијент лежи на леђима испружених ногу и релаксираних мишића, испитивач палцем десне руке јако притиска предњу ивицу тибије идући одозго пут наниже
  - нормално плантарно савијање свих прстију
  - ако има лезија пирамидног пута – онда исто као и код +бабинског
  - модификовани бабински
- росолинијев – пацијент на леђима, испитивач кратко удари чекићем или средњим прстом шаке по јагодицама 2 и 3 прста
  - нормално нема одговора
  - при повећаној мишићној раздражљивости брза плантарна флексија свих прстију
- палмоментални – патологија – када пређемо иглом преко длана треба да дође до пућења уста

## ГРУБА МИШИЋНА СНАГА И АКТИВНА ПОКРЕТЉИВОСТ

### Испитивање руку

- флексори прстију (болесник мало савије дисталне фаланге прстију а испитивач покуша да их исправи), према јачини стиска оцењујемо снагу, ако против воље болеснику извучемо прсте онда је снага ослабљена
- испитивање екстензора прстију (болесник испружи руке, дланови су у пронацији ми ставимо прсте на његове метакарпофалангеалне зглобове, он гура навише а ми не дамо)
- абдуктори и адуктори прстију шаке
- испитивање палца (прави прсен са палцем и сваким прстом посебно, ми покушавамо да му раздвојимо прсте)

- biceps(савије руку у зглобу лакта, испитивач вуче подлактицу а он се одупире)
- triceps (он своју надлактицу доведе у хоризонтални положај и непотпуно флектира своју подлактицу, ми ставимо нашу руку око његовог ручног зглоба!!!! не више и покушавамо да савијемо подлактицу према надлактку при чему се болесник одупире)
- brachioradialis (он покушава да флектира шаку а ми му не дамо)
- deltoideus и trapezius
- serratus anterior – болесник постави длан испружене руке на зид и гура

## Ного

- m. psoas major et minor – болесник савије ногу у куку и колену, испитивач подвлачи своју руку под потколеницу болесника, шаком обухвата бутину изнад колена, покушава да исправи савијену ногу – болесник се противи
- m gluteus – болесник лежи потрбушке, подиже бутине од постеље, испитивач притиска бутину по поплитеалној јами
- тестирање абдуктора – болесник лежи са испруженим ногама и покушава да помери ногу у страну против отпора испитивача
  - када испитујемо адукцију онда је наша рука са унутрашње стране бутине
- флексори потколенице
- ексензорипотколенице – quadriceps – болесник лежи на леђима са испруженим ногама, испитивач подвуче руку испод једне његове ноге ослањајући се шаком на колена друге ноге, другом руком испитивач притискује испружену и од постеље подигнуту ногу терајући је да је савије у колену

## ЦЕРЕБЕЛУМ

- Ромбергова проба – стоји скупљених стопала са отвореним очима па затим са затвореним
  - ако пада као сломљен оштећење церебелума
- Проба прст-нос (рука и прст испружени треба да додирне врх носа отворених па затворених очију)
  - хипометрија – прст завршава пре носа
  - хиперметрија – пребацује циљ...прст завршава иза носа
- Баранијев тест – испитивач седи наспрам болесника, пружи своју руку са испруженим кажипрстом према болеснику и захтева да покреће руку горе-доле-лево десно...покрет као крст, при чему се линије секу у тачки коју представља испитивачев прст
  - болесникова рука ће промашити и удаљити се од циља у смислу оштећења хемисфере
- Испитивање дијадохокинезе – брза пронација и супинација једне шаке по длану друге
  - хипо и адохок. – када покретинису јасни или их нема
- Проба писања – болеснику тражимо да напише реченицу
  - хиперграфија – велика и неправилна слова
  - паркинсонизам – мала слова
- Проба говора – пробне реченице: \*на врх брда врба мрда\*, \*прва српска брдска ариљеријска бригада\*, \*прво српско паробродско друштво\*
  - дизартрија – може да буде одвојен на слоге или сливен изговор
- Димиц-Вијућева проба (проба кочења) – две руке су усмерене једна ка другој са испруженим кажипрстима, тражимо да нагло приближи прсте али да се не додирну
  - интенциони тремор – кад се прсти приближе долази до дрхтања прстију горе-доле
- Холмсова проба (проба заустављања) – субдоминантном руком држимо му раме а доминантном држимо руку коју испитујемо, када је пустимо болесник треба на време да је заустави као се не би ударио...никако му не смемо рећи шта треба да учини!!!!!!
- Проба прст-нос-прст (испитаник својим прстом додирује прво врх свог носа па врх прста испитивача а испитивач треба да помера прст...ради се отворених очију)
- Проба пета-колена (пацијент сам подиже ногу навише и петом те ноге додирује врх колена друге ноге...наравно жмурећи и у лежећем положају)
- Проба пета-колена-потколеница (пацијент подиже ногу па додирује колена и онда додирује предњу страну потколенице тј. спушта ногу низ потколеницу )

- Проба на асинергију у лежећем положају – ноге су размакнуте, руке прекрштене на грудима, болесник треба да се доведе у седећи положај.... трбу шњаци
  - патологија...ако се клати док покушава да седне
- Проба на асинергију у стојећем ставу – испитивач стави руке око пацијента као када га придржава али га не додирује, тражимо му да се савије уназад колико год може
  - нормално - савија колена
  - патологија – ако их не савија
- Ход и стајање – ако болесник при седењу почне да се клати – последица оштећења средњег церебелума – атаксија трупа
- Атаксични ход – због оштећења хемисфера пада на оболелу страну
- Преглед кретања булбуса – код оштећења церебелума јавља се нистагмус
- Gowers-ов знак - болесник не може да устане из чучња већ устаје ослањајући се шакама тј. пузање уз сопствено тело

## СЕНЗИБИЛИТЕТ

- површински додир (болесник треба да затвори очи, осетљивост за додир се испитује ватом, папирићем..., симетрично, испитујемо додир на симетричним тачкама, додирујемо тачке на лицу, руци, нози, телу и треба да каже да ли осећа подједнако)
  - анестезија – губитак осећаја
  - хипостезија – смањење осећаја
  - ако почне да осећа квалитет другачије онда вучемо линију од места где осећа према месту где не осећа додир све док не каже када је престало
  - висинска локализација – повлачимо иглу у вертикалном правцу док не каже да је престао да осећа
  - дисоцијација сензибилитета
- испитивање осетљивости на бол – изводи се помоћу игле, кожа се боцне иглом
  - треба да направи разлику између бола и додира, када осети додир каже да кад је бол сада , испитујемо обострано, он треба да упореди да ли осећа исти интензитет дражи на обе стране
- температуру – испитивање се врши помоћу стаклених епрувета напуњених топлим и хладном водом, болеснику су очи затворене а испитивач додирује час једном час другом епруветом (додиремо већом површином епрувете), мора да каже да ли осећа топло, хладно или само додир

### Дубоки сензибилитет

- груби додир – притиснемо му мишић на рукама, ногама, он мора да каже да ли осећа
- положај пасивни покрет
  - болесник зажмури, онда његову руку или ногу поставимо у неки положај а он мора то да имитира (другом руком, ногом)
  - испитивач ухвати палцем и кажипрстом један његов прст са стране никако преко јагодица!!!! померамо у неком правцу напред-назад-лево-десно, а болесник мора да каже у ком је правцу померен прст
- вибрације – стопало звучне виљушке постављамо на места коштаних проминенција и питамо болесника шта осећа – зујање или додир

### Кортикални сензибилитет

- истовремено дражимо иглом или ватом симетрична места на телу- он треба да каже да ли осећа, притом жмури
- препознавање облика предмета додиривањем – стереогнозија
  - астереогнозија – не препознавање
- барогнозија – осећај тежине предмета, користимо предмете различите тежине, он ставља у једну па у другу руку

- графестезија – кад пишемо болеснику слова по телу он мора да препозна слово

## **ПРОБА ЗАМОРЉИВОСТИ**

- простигминска проба
- болесник је у орто положају (гледа ка нама) гледамо да ли су риме окули симетричне, ако нису подигнемо прст у горњи вертикални положај и меримо време за које настаје заморљивост
- тражимо од болесника да почне да броји на глас и пратимо код ког броја се јавља назални говор
  - анартија – престанак говора
- пацијенту у лежећем положају кажемо да подигне главу ка стернуму и гледамо колико може да држи
- мерење броја чучњева

## **ЕКСТРАПИРАМИДНИ СИСТЕМ**

- тест падања главе – болесник лежи на леђима, опуштених мишића и затворених очију, испитивач подвуче шаку под његов потиљак и полако подиже, када се увери да не затеже мишиће врата, он пушта главу да слободно падне на подлогу, код здравих пада слободно...код лезије ЕПС пада споро
- тест са књигом – болеснику се да налог да хода, прво без књиге а потом му дамо књигу да је носи у руци, у оној која се креће тада долази до активације покрета на болесној страни – и онда он почиње да је покреће, нормално човек маше рукама при кретању, ако постоје разлике у том клађењу онда се ради тест
- дискретни знаци – знак сужавања риме окули....при испитивању покретљивости булбуса испитивач гледа да ли се риме окули сужавају када окреће очи максимално удесно или улево, нормално ширина рима је симетрична

## **ОШТЕЋЕЊЕ ПЕРИФЕРНИХ ЖИВАЦА**

### **Plexus brachialis**

n. musculocutaneus – болеснику дајемо налог да испружи руке напред и дланове окрене навише (супинација), он то неће моћи на руци где је оштећен живац а да не савије руку.... келнерска шака

n. radialis – ако се болеснику да налог да испружи руке и окрене дланове напред као да гура неки предмет, он неће моћи да дигне шаку са оштећеним живцем... viseћа шака

n. medianus – болеснику се да парче папира да га ухвати са палцем и кажипрстом обе шаке и да папир задржи, болеснику ће се увек извући папир из прстију болесне шаке, јер не може да флектира

- тест млина – тражимо да укрсти прсте једне шаке са прстима друге и да ротира палчеве
- ако је оштећен медијанус тај палац ће мировати.... акушерска рука (мајмунска)

n. ulnaris

- тест перкусионим чекићем – дајемо му да држи перкусиони чекић између палца и кажипрста, пошто је абдукција ослабљена болесник неће моћи да држи ухваћен за крај дршке у хоризонталном већ чекић пада у вертикални положај
- болесник треба да стегне песницу, тамо где је оштећен улнарис неће моћи да стегне мали и домали прст
- фроментов тест – болесник између палца и кажипрста обе шаке ухвати папир и овде уместо абдукције настаје флексија – папир може да се извуче

### **Plexus lumbalis**

n. femoralis – кажемо болеснику да савије бутину према трбуху и да опружи потколеницу, кад високих лезија неће моћи то да уради а код ниских лезија може да савије зглоб у куку али не може да се пење уз степенице

- ослабљен или угашен рефлекс квадрицепса

## **Plexus sacralis**

n. ischiadicus – болесник не може да савије потколеницу због превласти квадрицепса па помера ногу унапред, код оштећења L4 и L5 бол иде из лумбалног дела, унутрашњим делом и завршава на малом прсту, а код оштећења L5 и S1 бол завршава у палцу.....радимо лазаревићев маневар

n. tibialis – не може да изврши флексију прстију, јавља се перонеусни ход, угашен ахилов рефлекс и нема плантарни рефлекс, не може се извести сензибилитет на табану- ово се односи на n. peroneus

синдром епиконуса – одузетост мишића инервисаних од оба исхијадикуса, угашен ахилов рефлекс и губитак сензибилитета за све квалитете у инервационом подручју исхијадикуса

синдром конуса – оштећење овог дела кичмене мождине карактерише се губитком сензибилитета седалног предела и унутрашње стране бутине у виду јахаћих чакшира, немогућност дефекације, микције и сексуалних функција

cauda equina – болови крећу наниже у обе ноге за разлику од исхијадикуса плус болови у ано-гениталном пределу

шта иде прво при прегледу

- инспекција лобање
- палпација
- перкусија
- мерење обима главе
- интернистички преглед главе и врата
- па даље све по реду од прве стране

**Припремили студенти професора Н. Јовића користећи практикум проф Николића@2004/2005**

Слике позајмљене из Adams & Victor's Principles Of Neurology

## ДОДАТАК – колега који су вежбали на неуромишићним и одељењу за ЦВБ

- Да ли је пацијент свестан оријентисан у времену, простору, према себи и према личностима, да ли уредно се контакт успоставља и разговор продубљује. Прво се посматра облик главе и да ли има видљивих повреда или тумефакција, што се проверава и палпацијом и перкусијом. Прегледају се Valeove тачке, трагуси, мастоиде. nn.III, IV et VI - птоза и семиптоза се посматрају и приликом теста потенцијације (та заморљивост се одмах овде испитује) - прво гледа у прст који је постављен изнад очију, а затим се на оку на коме нема патологије подигне тј. затегне капак и посматра да ли се патологија продубљује
- n.V - моторика - палпација продубљености темпоралних јама, масетера при јаком загризају и процена снаге мастикаторне мускулатуре, као и отежане деконтракције
- n.VII - кажемо пацијенту да звижди и затим да надува образе - које ми притискамо и процењујемо слабости
- nn.IX et X - посматрају се положај непчаних лукова и увуле у стању мировања (може увула и нормално да скрене на једну страну код тонзилектомисаних), затим и при фонацији (пацијент каже А или И)
- n.XI - посматра се да ли је пренаглашена вратна лордоза - тзв. Лабудов врат, затим пацијенту кажемо да стави браду на једно, па друго раме и посматрамо трофику SCM-а; за снагу се поред гурања наше руке главом напред и назад рука гура и у страну - за процену снаге појединачног SCM
- n.XII - исплази језик и посматрамо да ли језик девира на једну страну - здрави m.genioloosus гура на супротну страну
- На врату се палпира осетљивост спинозних процесуса.
- На екстремитетима се редом испитује трофика (ту је битна и конзистенција мишића и њихова болна осетљивост); тонус, пасивна и активна покретљивост - дистално пут прохимально- тонус и пасивна покретљивост се процењују у исто време; снага - груба - за шаку, за надклактице и за раме, а неки траже и за појединачне мишиће (више у практикуму), а на ногама - стајање на пети па на прстима - ако не може да стоји онда у кревету гура стопало наспрам отпора, снага прох мускулатуре је устајање из чучња - и овде је битан Gowersov феномен (он није везан за церебелум), а ако лежи као што је раније наведено.
- за вибрациони сензибилитет поредимо и трајање осећаја дистално/прохимально и лево/десно
- за кортикални сензибилитет проверавамо стереогнозију - дамо му познат предмет у руку, он жмури, а ми му кажемо да га опише и да га именује
- Код екстрапирамидних знака посматрају се и невољни покрети, посматра се ход и положај тела приликом хода, окретање приликом хода.