proLékaře.cz | 9.11.2026

Komentář k článku

Základní neurologické vyšetření – nastal čas pro změny?

prof. MUDr. Jan Roth, CSc.
Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd 1. LF UK a VFN v Praze
e-mail: jan1roth2@gmail.com

Úvod do problému

Neurologie se jako samostatný lékařský obor konstituovala v druhé polovině 19. století hlavně zásluhou francouzských a anglických internistů a německých a ruských psychiatrů.

První učebnice neurologie byla německá a napsal ji M. Romberg již v roce 1846. První neurologické oddělení na světě vzniklo roku 1860 v Londýně na Queen Square a jeho prvním přednostou byl J. H. Jackson. Obrovský význam pro rozvoj neurologie, pro dosud platné popisy různých klinických jednotek, jejich diagnostiku a léčbu měla neurologická klinika založená roku 1869 v La Salpetriere v Paříži pod vedením J. M. Charcota.

Dodnes používaný systém objektivního neurologického vyšetření vznikl v Salpetriere zásluhou J. Babinskiho a dalších Charcotových žáků na konci 19. století.

Tento vyšetřovací systém vznikl na základě pozorování nemocného, provádění jednoduchých manévrů, detekce abnormit hybnosti, zjišťování abnormit čití a senzorických funkcí, seznamování se s přítomnými poruchami myšlení, emocí, chování atd. Toto všechno (společně s anamnézou) mělo být schopno dostatečně přesně definovat, ve které etáži nervstva se poškození nachází, a vést k diferenciální diagnostice. Verifikace všech klinických funkčně-strukturálních úvah se v té době opírala výhradně o pitvu, event. neurochirurgický výkon a experimentální lezionelní studium na zvířatech.

Takovýto přístup umožnil také pochopit lépe funkce určitých oblastí mozku („jestli slabost levostranných končetin vzniká v důsledku poškození pravého čelního laloku, poté pravý čelní lalok má za úkol hýbat levou polovinou těla").

V průběhu dalších let se začaly objevovat pomocné vyšetřovací metody – pneumoventrikulografie a pneumoencefalografie (Dandy 1918, 1919), perimyelografie (Sicard and Forestier, 1921) a angiografie (Moniz 1927). Tyto metody, jakkoliv významné, však nezobrazovaly vlastní tkáň mozku, jen kontury míšních a mozkových struktur či cévní systém.

Neurologie se zásadně změnila v okamžiku zavedení výpočetní tomografie (CT) do diagnostiky strukturálně podmíněných chorob. Teprve pomocí CT neurologové začali získávat neinvazivním způsobem dostatečně přesné informace o strukturálních abnormitách centrálního nervstva a mohli vůči nim přesněji definovat a vztahovat své klinické nálezy. Tím započala epocha, která pokračuje dodnes, epocha mapující funkčně strukturální vztahy, epocha moderních, syntetizujících, komplexních neurověd.

Tou dobou se však také začal postupně měnit přístup k neurologickému vyšetření založenému na pozorování, kladívku, špátli, štětičky, špendlíku, ladičky, zkumavek s teplou a studenou vodou a na dalších jednoduchých instrumentech. Období extenzivního, nesmírně detailního tradičního neurologického vyšetření 19. a první poloviny 20. století pomalu končilo.

I v současnosti má samozřejmě neurologické vyšetření, společně s anamnézou, hlavní význam v získání vstupních informací o nemocném člověku do diagnostického procesu. Nelze se bez nich nikdy obejít, je to základní instrument neurologa. Na základě objektivního neurologického vyšetření (určení syndromu, topografie postižení) jsou formulovány otázky pro další, upřesňující diagnostiku. Neurologické vyšetření však již ztratilo svou zásadní roli v přesné, substrátové diagnostice. Tuto roli nyní zastávají pomocné vyšetřovací metody.

Časově náročné klinické vyšetření pomocí mnoha jednoduchých manévrů, z nichž mnohé mají prakticky totožnou výpovědní hodnotu, ztrácí na významu (jen si vzpomeňme na pyramidové jevy iritační extenční na dolní končetině: Babinski, Roche, Brissaud, Oppenheim, Chaddock, Strumpell, Siccard, Vítek, Gordon, Schaffer a pyramidové jevy iritační flekční dtto: Mendel-Bechtěrev, Rossolimo, Žukovskij-Kornilov, Weingrow).

Zkuste si např. vzpomenout, zda jste někdy viděli nějaký z jmenovaných jevů iritačních na dolní končetině (např. Roche) pozitivní v nepřítomnosti jevu Babinskiho. Neviděli? Proč tedy nevyšetřovat pouze Babinskiho?

Nová doba přinesla do nemocnic a ambulancí neurologů mnohem více spěchu, zvýšených nároků na čas a je jasné, že způsob práce se změnil a lékaři se musí nárokům přizpůsobit. Jedním z důsledků této nevyhnutelné změny je pokusit se redukovat rozsah neurologického vyšetření na únosný kompromis mezi časem a výtěžností.

Diskuze o vlastním textu

Předložený článek se pokouší definovat takovéto dostatečně senzitivní a nepodkročitelné minimum rozsahu neurologického vyšetření.

Autoři použili legitimní metodiku. Dotázali se rozsáhlé, stratifikované skupiny neurologů na to, co vyšetřují ve své praxi u nemocného s nespecifickými údaji v anamnéze a bez zásadnější patologie ve vyšetření (nikoliv tedy to, co se naučili, že by „měli používat", ale to, co skutečně dělají).

Do návrhu vyšetření vložili ty položky, které byly většinou lékařů považovány za nezbytné a vždy ve vyšetření používané. Následně byl soubor položek konfrontován s obdobnými schématy zahraničních pracovišť. Navíc si autoři dali tu práci, že u některých součástí původního, rozsáhlejšího způsobu vyšetření (Justerův jev, meningeální jevy) vyhledali v odborné literatuře práce zabývající se senzitivitou záchytu případného záchytu patologie a k (minimálně mému) úžasu zjistili zcela nečekané výsledky velmi nízké citlivosti.

Navržený systém redukovaného vyšetření by podle autorů měl garantovat postačující

proLékaře.cz | 9.11.2026

senzitivitu k záchytu klinického patologického nálezu. To je totiž základní podmínka – i v nepřítomnosti jakékoliv anamnestické informace, která by nás v dalším vyšetření vedla – musí mít redukované vyšetření dostatečnou senzitivitu k záchytu abnormity.

Co je však zásadní – návrh redukce základního vyšetření však neznamená redukci schopnosti neurologa umět vyšetřovat podrobněji. Navržený systém je pouze minimum všeho dění. Pokud máme v anamnéze podezřelý údaj, stížnost atd., jdeme samozřejmě tímto směrem mnohem hlouběji. Stejně tak když zachytíme při vyšetřování patologii, musíme zpozornět a jít dále, podrobněji.

Máme v anamnéze např. výpověď o tom, že se pacientovi třese pravá ruka a současně jej bolí pravé rameno? Jistě budeme pečlivě zjišťovat, zda je přítomna také akineze, rigidita, synkineze, poruchy chůze atd.

Když vidíme nystagmus, zaměřujeme se na vestibulární, cerebelární a kmenové funkce. Další příklady k pochopení již určitě není nutné psát.

Pokud ale nemáme žádné anamnestické „vodítko" (např. 70letý pacient přichází kvůli potvrzení na řidičský průkaz a na nic si nestěžuje), i tak musíme zachytit cokoliv významného, jinak návrh nemá smysl.

Předkládaný návrh tedy spočívá v existenci základního neurologického vyšetření (chápejme jako nepodkročitelného minima) a v následném pečlivém „dovyšetření" jednotlivých funkčních systémů. To, co určí systémy, které je nutno specificky, podrobně testovat, je dáno údaji z anamnézy a základního vyšetření.

Jde o algoritmus přirozeného a logického klinického uvažování. Samozřejmě že nadále musíme umět vyšetření čití komplexně. ALE: nikdo z nás přece nevyšetřuje čití bolesti, tepla a chladu u každého člověka s cefaleou, myotonickou reakci svalu u iktu atd.

Lze diskutovat s autory o tom, zda něco nechybí či nepřebývá:

Postrádám např. vyšetření měkkého patra v klidu a při fonaci. Jak rozpoznat, zda je přítomen bulbární nebo pseudobulbární syndrom – pouze podle dysartrie, dysfagie (chybí i masseterový reflex)?

Také si nejsem jist, zda názor většiny je vždy kritérium pravdy (fundamentální demokraté prominou).

Co je však zásadně důležité – můj názor na rozsah a složení vyšetření nemá velký význam, stejně tak nemá velký význam názor autorů článku (se vší úctou k nim). Nepodkročitelné, a přitom dostatečně senzitivní minimum vyšetření nemůže být definováno jedincem ani expertní skupinou. Takto je možné sepsat návrh, východisko a nikoliv závěr.

Nepodkročitelné minimum musí být VERIFIKOVÁNO–VALIDIZOVÁNO. Sami autoři se o tom v závěru textu zmiňují.

Je zásluha autorů, že toto téma otevřeli. Všichni potřebujeme ušetřit čas, a přitom získat spolehlivé informace.

Ještě větší práce je však před nimi. Pokud nemáme výsledky validační studie, nevíme, zda předložený návrh lze v rutinní praxi používat. Tedy používat můžeme, ale nevíme s jistotou, zda něco nepřehlédneme.