

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КВНЗ КОР "ЧОРНОБИЛЬСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ"**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ
ПОЗААУДИТОРНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ**

з дисципліни
за спеціальністю
спеціалізація

Неврологія
223 Медсестринство
Лікувальна справа

Тема: Довільні рухи та їх порушення. Парези, паралічі

Підготував викладач: **Лісова С.І.**
Розглянуто та схвалено на засіданні
циклової комісії
терапевтичних дисциплін
Протокол № ____ від "____" ____ 20 ____ р.
Голова _____ Кузнєцова Л.П.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

для самостійної роботи студентів 4

ТЕМА: ДОВІЛЬНІ РУХИ ТА ЇХ ПОРУШЕННЯ. ПАРЕЗИ, ПАРАЛІЧІ.

Обґрунтування теми:

Тема, яка вивчається є розділом семіотики і топічної діагностики захворювань нервової системи. Визначення характеру парезу і паралічу дає можливість локалізувати рівень ураження нервової системи. Порушення довільних рухів має велике значення в функціональній діагностиці захворювання та експертізі працездатності. Знання даного розділу нервової системи необхідно лікарям усіх спеціальностей.

Мета заняття:

Загальна: засвоїти клінічні ознаки центрального та периферичного паралічів (парезів); використовуючи знання клінічних ознак, оволодіти методою дослідження довільних рухів для виявлення параліча і пареза; використовуючи знання провідних шляхів рухів, навчатися топічній діагностиці їх ураження.

Конкретна:

Знати

1. Анatomічні відділи головного, спинного мозку, периферичної нервової системи, які виконують рухову функцію.
2. Рефлекторні дуги фізіологічних безумовних рефлексів.
3. Патологічні ступні рефлекси
4. Визначення та класифікацію паралічів і парезів
5. Ознаки периферичного і центрального паралічів
6. Синдроми ураження системи довільних рухів.

Вміти

1. Вказати на схемі шлях довільних рухів.
2. Провести дослідження і дати оцінку глибоких, поверхневих і патологічних рефлексів.
3. Провести дослідження і дати характеристику довільних рухів.
4. Провести дослідження і дати характеристику периферичних і центральних паралічів та парезів
5. Встановити топічний діагноз ураження рухових шляхів на різних рівнях.
6. Застосовувати навички деонтології при обстеженні хворих.

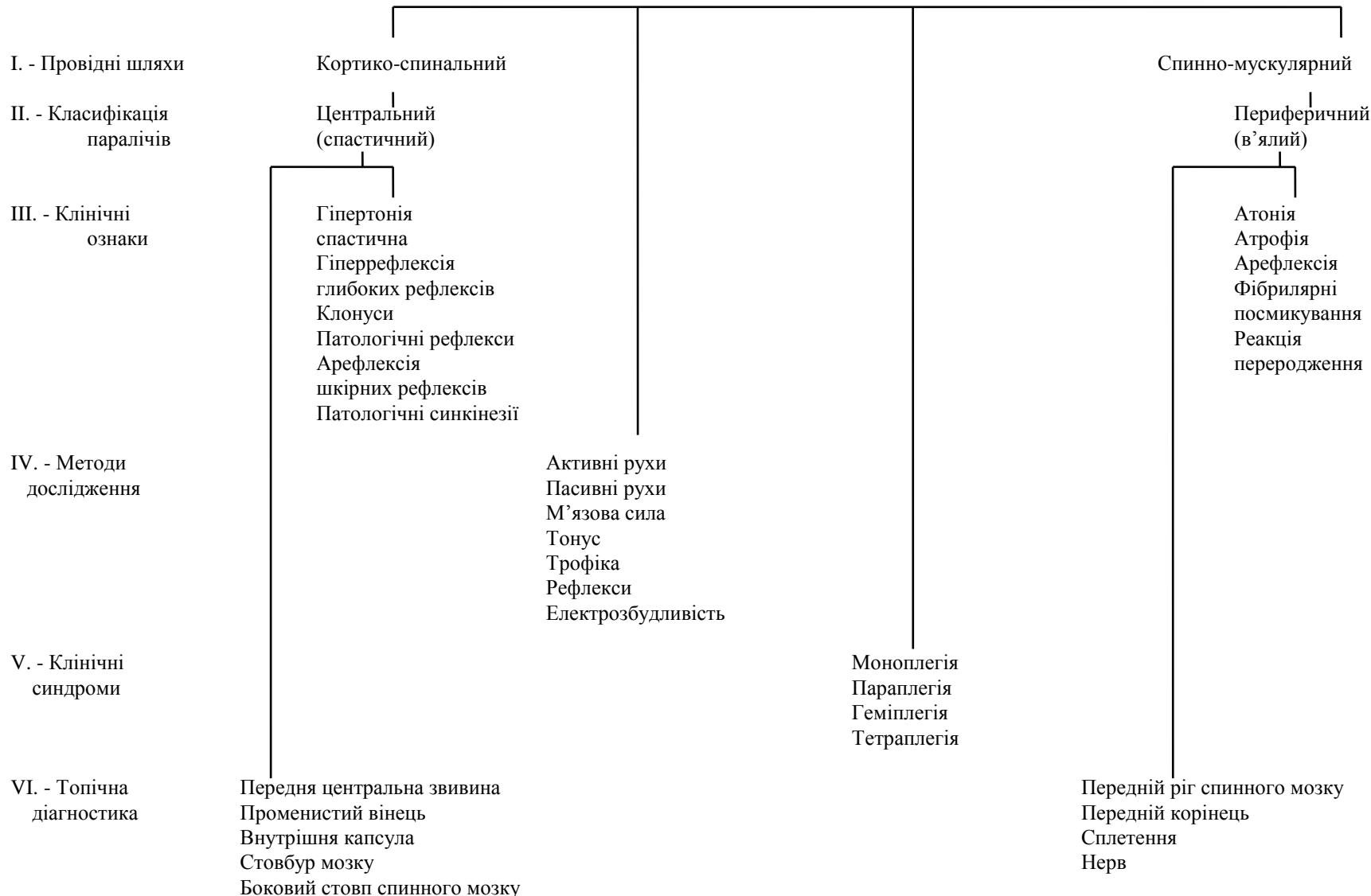
Практичні навички:

1. Оцінити силу м'язів по п'ятибалльній системі
2. Оцінити обсяг активних рухів в кінцівках
3. Дослідження м'язового тонусу
4. Дослідження атрофії м'язів
5. Визначення фібрілярних і фасцикулярних посмикувань м'язів
6. Виявити ознаки периферичного і центрального паралічу

Зміст учбового матеріалу. Граф логічної структури.

Граф логічної структури

Довільні рухи та їх порушення



Завдання для самостійної підготовки до заняття

Орієнтовна карта для вивчення студентами літератури.

№ п/п	Зміст послідовність учбових дій	Вказівки до учебових дій
1.	Провідні шляхи довільних рухів.	Для вивчення провідних шляхів довільних рухів (кортикомускулярного шляху) рекомендується його намалювати: І нейрон – кортикоспинальний ІІ нейрон – спиномускулярний. На схемі чітко відмітити рівні його проходження.
2.	Паралічі та парези.	Дати визначення параліча та пареза
3.	Ознаки центрального параліча.	Вивчити і скласти таблицю основних ознак центрального параліча. Дати пояснення патогенезу цих ознак з точки зору вивільнення із-під гальмівного впливу кори спинальних рефлекторний механізмів більш низького рівня (спинального автоматизму). При цьому повторити усі глибокі, поверхневі та патологічні рефлекси.
4.	Ознаки периферичного параліча.	Вивчити та скласти таблицю основних ознак периферичного параліча. Дати пояснення патогенезу цих ознак з точки зору порушення ціlostі спинальної рефлекторної дуги.
5.	Клінічні синдроми парезів і паралічів.	Назвати і засвоїти клінічні синдроми парезів і паралічів (в різному сполученні ураження кінцівок). Виписати їх українські та латинські назви.
6.	Топічна діагностика уражень рухового шляху.	Вивчити та законспектувати клінічні синдроми рухових порушень при ураженні центрального та периферичного рухових нейронів на різних рівнях: передня центральна звивина, внутрішня капсула, стовбур мозку, бокові стовпи спинного мозку на різних рівнях, передні роги, сплетіння, периферичні нерви.
7.	Методика дослідження довільних рухів.	Ознайомитись за підручником з методикою дослідження рухової функції – паралічів і парезів.

Завдання для самостійної роботи на практичному занятті.

Студенти самостійно під контролем викладача засвоюють методику дослідження рухової функції. Працюючи в палаті, необхідно дотримуватись психотерапевтичного підходу до хворого: не слід використовувати назву “параліч”, а вживати прийняту в неврології термінологію – моноплегія, параплегія, геміплегія

Орієнтовна карта для самостійної роботи

Послідовність дій	Методика виконання дій (надбання практичних навичок)
Знайомство з хворим: скарги, коротко анамнез захворювання	Після з'ясування із скарг хвого, в якій кінцівці припускається парез, дослідження рекомендується починати із здорової сторони – у порівнянні легше визначити навіть мало виражену патологію.
Рухову функцію досліджують в такому порядку: Обсяг активних рухів в усіх суглобах кінцівок. М'язова сила в усіх групах м'язів.	Обсяг активних рухів і суб'єктивна оцінка м'язової сили досліджується одночасно у верхніх, потім у нижніх кінцівках. Обмеження активних рухів визначається в градусах кута, до якого можливий рух. М'язова сила оцінюється за 5-ти бальною системою або динамометром в кг.
Обсяг пасивних рухів.	У випадку обмеження активного руху для виключення контрактури.
М'язовий тонус.	М'язовий тонус досліджується пасивними рухами та при обмацуванні м'язів. Він може бути нормальним, заниженим – гіпотонія, підвищений – гіпертонія. При центральних паралічах гіпертонія спастична – вона переважає в згиначах руки та розгиначах ноги (поза Верніке-Манна при геміпарезі), для неї характерний симптом “складаного ножа”.
М'язова трофіка та фібрілярні або фасцикулярні посмікування.	Наявність атрофій та фібрілярних посмікувань визначається візуально, на кінцівках атрофію можна виявити при вимірюванні об'єму сантиметровою стрічкою (в нормі різниця не перевищує 1 см). Для підтвердження дегенеративної атрофії проводиться дослідження електrozбудливості і електроміографія.
Рефлекси глибокі та поверхневі, клонуси, патологічні рефлекси	Потім перевіряються усі рефлекси.
Топічна діагностика.	Отримані клінічні дані необхідно проаналізувати, вирішити питання про наявність парезу чи паралічу, визначити його характер – центральний чи периферичний. Зіставити клінічні дані і хід провідних шляхів, поставити топічний діагноз. Клінічний висновок узгодити з викладачем.

Тестові питання для контролю знань.

I. Провідні шляхи довільних рухів.

1. Кортико-спинальний
2. Спино-мускулярний
3. Таламокортиkalний
4. Руброспинальний
5. Кортико-нуклеарний

II. Дайте характеристику паралічу.

1. Відсутність довільних рухів
2. Обмеженість довільних рухів
3. Зниження сили м'язів.
4. Порушення координації рухів
5. Зниження тонусу м'язів

III. Ознаки центрального паралічу:

1. Атонія м'язів
2. Спастична гіпертонія м'язів
3. Клонуси
4. Реакція переродження.
5. Патологічні рефлекси

IV. Ознаки периферичного паралічу:

1. Атонія м'язів
2. Клонуси
3. Підвищення глибоких рефлексів
4. Атрофія
5. Фібрилярні посмикування

V. Яким способом визначається сила м'язів?

1. Пасивними рухами
2. Динамометрією
3. Активною протидією
4. Пальпацією
5. Викликанням рефлексів

VI. Яким способом визначається тонус м'язів?

1. Пасивними рухами.
2. Активними рухами
3. Активною протидією
4. Пальпацією
5. Викликанням рефлексів

VII. Ознаки спастичної м'язової гіпертонії:

1. Феномен "складного ножа"
2. Феномен "зубчастого колеса"
3. Посилується при рухах
4. Зменшується при рухах
5. Супроводжується гіперрефлексією

VIII. В яких сегментах розташоване шийне потовщення?

1. C₂- C₅
2. C₅ - D₂
3. D₂ - D₅
4. T₁ - T₄
5. C₅ - C₈

IX. В яких сегментах розташоване поперекове потовщення?

1. L₁ - S₂
2. D₁₂ - L₃
3. S₁ - S₃
4. L₅ - S₁
5. L₃ - L₄

X. Який рівень ураження, якщо є спастичний тетрапарез, функції черепних нервів не порушені?

1. Спинний мозок на рівні C₁ - C₄
2. Спинний мозок на рівні C₅ - C₈.
3. Довгастий мозок.
4. Пірамідні шляхи з обох боків.
5. Спіномускулярні шляхи з двох боків

XI. При ураженні яких структур виникає нижній периферичний парапарез?

1. Корінців кінського хвоста.
2. Грудних сегментів спинного мозку
3. Поперекового потовщення.
4. Пірамідних шляхів
5. Спино-мускулярних шляхів

XII. Симптоми ураження внутрішньої капсули:

1. Геміплегія центральна
2. Гемігіпестезія
3. Геміатаксія
4. Геміанопсія
5. Геміпарез периферичний

XIII. Симптоми повного поперечного ураження спинного мозку на рівні шийного потовщення:

1. Тетраплегія
2. Верхня периферична і нижня центральна парапледії
3. Нижня периферична парапледія
4. Затримка сечі
5. Гіпорефлексія черевних рефлексів

XIV. Симптоми повного поперечного ураження спинного мозку на рівні D₁₀.

1. Відсутність нижніх і середніх черевних рефлексів.
2. Центральна тетраплегія
3. Нижня центральна парапледія

4. Затримка сечі
5. Зниження колінних і ахілових рефлексів

XV. Симптоми ураження передніх рогів шийного потовщення з обох боків.

1. Тетрапарез: верхній периферичний парапарез, нижній - центральний.
2. Атрофія м'язів плечового поясу.
3. Фібрилярні посмикування
4. Арефлексія глибоких рефлексів рук.
5. Відсутність черевних рефлексів

XVI. Назвіть симптоми ураження периферичного нерву.

1. Біль.
2. Периферичний парез м'язів.
3. Оперізуючий лишай
4. Гіпестезія всіх видів чутливості
5. Гіпестезія по сегментарно-корінцевому типу.

Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань.

Задача 1. Хворому 24 роки На протязі двох тижнів поступово зростає слабість лівої руки, рухи в ній обмежені. При об'ективному огляді виявлено парез лівої руки, зниження згинально-ліктьового та карпорадіального рефлексів. Чутливість збережена.

Як називається таке порушення рухів? Про ураження яких нервових структур воно свідчить?

Задача 2. У хворого 37 років, на протязі останніх 2-х років відсутні рухи в обох ногах, м'язи їх атрофічні.

Як називається цей вид патології рухів? Які будуть рефлекси на ногах? При ураженні яких структур спинного мозку це можливо?

Задача 3. У хворого 16 років, який вдарився головою під час пірнання в річку (травма спинного мозку) розвинувся тетрапарез із зникненням сухожильних рефлексів на руках, атонією і атрофією м'язів рук. В ногах сухожильні рефлекси високі, м'язовий тонус підвищений, наявні патологічні ступні рефлекси (Бабінського, Оппенгейма, Гордона). Вичнachte рівень ураження.

Задача 4. Хворому 32 роки. Скаржиться на слабість в правій руці, схудлість її, обмеженість рухів в ній. Об'ективно: рухи в правій руці можливі лише в проксимальному відділі. Спостерігається атрофія м'язів передпліччя і кисті. Сухожильні рефлекси на руці відсутні. Відмічаються фасцикулярні посмикування в м'язах правої руки. Сформулюйте топічний діагноз.

Задача 5. Хворому 50 років. Скаржиться на слабість в праві нозі, обмеженість в ній рухів. Об'ективно: ногу піднімає від ліжка під кутом 40°. Високі сухожильні рефлекси - колінний та ахілов. Викликаються патологічні ступні рефлекси - с-м Бабінського, Россолімо. Спостерігається підвищення м'язового тонусу в правій нозі. Справа відсутні черевні рефлекси. Сформулюйте і обґрунтуйте топічний діагноз.

Задача 6. Хворому 25 років. Під час роботи на будівництві отримав травму правого плеча. Відразу відчув різкий біль в плечі, права кисть повисла. Відсутнє розгинання кисті, відведення 1 пальця вбік, отерплість в ділянці кисті. Карпорадіальний рефлекс знижений. Як називається порушення рухів? Встановити топічний діагноз.

Задача 7. У хворого знижена сила м'язів правої руки, виявлені атрофія і атонія цих м'язів, фібрилярні посмикування в уражених м'язах. Відсутні глибокі рефлекси в правій руці (біципітальний, триципітальний, карпорадіальний). Визначити локалізацію патологічного осередку. Як проявляються фібрилярні та фасцикулярні посмикування?

Задача 8. У хворого знижена сила лівих кінцівок, спостерігається атрофія дельтоподібного і двоголового м'язів зліва, відсутній біципітальний рефлекс зліва. Підвищений біципітальний, карпорадіальний, колінний та ахілов

рефлекси зліва, знижені черевні рефлекси зліва. Викликаються патологічні рефлекси Бабінського і Оппенгейма зліва. Визначити осередок ураження.

Задача 9. У хворого значно знижена сила дистальних відділів ніг. Спостерігається гіпотонія і атрофія м'язів голілок і ступнів. Фасцикулярні посмікування в цих м'язах. Ахілови і підошовні рефлекси відсутні. Хода типу “степаж”. Хворий не може стояти на п'ятах. Визначити де локалізується ураження. Пояснити ходу хворого.

Задача 10. Хворому 32 роки. Неходить ногами. Тонус м'язів високий. Колінні та ахілови рефлекси високі, клонус надколінників і стоп. Викликаються патологічні рефлекси Бабінського і Россолімо з обох боків. Втрачені всі види чутливості нижче пахвинних складок (по провідниковому типу). Спостерігається затримка сечі і калу. Визначити локалізацію патологічного процесу і характер паралічу.

Задача 11. Хворий 27 років, скаржиться на слабість в руках і ногах, затримку сечі. Об'єктивно: Тонус м'язів рук і ніг підвищений (в руках - в згиначах, в ногах - в розгиначах). Глибокі рефлекси з рук і ніг високі, черевні рефлекси відсутні. Патологічні рефлекси Бабінського з обох боків. Спостерігається анестезія нижче ділянки потилиці з обох боків. Затримка сечі. Визначити локалізацію ураження. Обґрунтувати топічний діагноз.

Задача 12. У хворої 24 років, розвинувся приступ клонічних судом в правій стопі, далі судоми розповсюдились на праву руку і м'язи правої половини обличчя. Приступ тривав 2 хвилини. Пояснити характер цих порушень.

Л I Т E Р А Т У Р A

Основна:

1. Пулатов А.М., Никифоров А.С. Пропедевтика нервных болезней. - Ташкент, 1979.
2. Мисюк Н.С., Гурленя А.М. Нервные болезни. Основы топической диагностики. - Минск, 1984.
3. Ромоданов А.П., Мосийчук Н.М., Холопченко Э.И. Атлас топической диагностики заболеваний нервной системы. - К., 1979
4. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. - М., 1996.- 247 с.
5. Нервові хвороби /За ред. О.А.Яроша.- К., 1993.- 487 с.
6. Гусев Е.И., Гречко В.Е., Бурд Г.С. Нервные болезни.- М., 1988.- 640 с.

Допоміжна:

1. Горбач И.Н. Критерии диагностики в невропатологии: синдроматика. - Мн., 1995.- 318 с.
2. Сандригайло Л.И. Анатомо-клинический атлас по невропатологии.- Минск, 1978.
3. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы.- Л., 1989.- 320 с.