

**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

Медсестринство в неврології
223 Медсестринство
Сестринська 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. Порухи довільних рухів має велике значення в функціональній діагностиці захворювання та експертизі 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 методом дослідження довільних рухів для виявлення параліча і пареза; використовуючи знання провідних шляхів рухів, навчатися топічній діагностиці їх ураження.

Конкретна:

Знати	Вміти
1. Анатомічні відділи головного, спинного мозку, периферичної нервової системи, які виконують рухову функцію.	1. Вказати на схемі шлях довільних рухів.
2. Рефлекторні дуги фізіологічних безумовних рефлексів.	2. Провести дослідження і дати оцінку глибоких, поверхневих і патологічних рефлексів.
3. Патологічні ступні рефлексів	3. Провести дослідження і дати характеристику довільних рухів.
4. Визначення та класифікацію паралічів і парезів	4. Провести дослідження і дати характеристику периферичних і центральних паралічів та парезів
5. Ознаки периферичного і центрального паралічів	5. Встановити топічний діагноз ураження рухових шляхів на різних рівнях.
6. Синдроми ураження системи довільних рухів.	6. Застосовувати навички деонтології при обстеженні хворих.

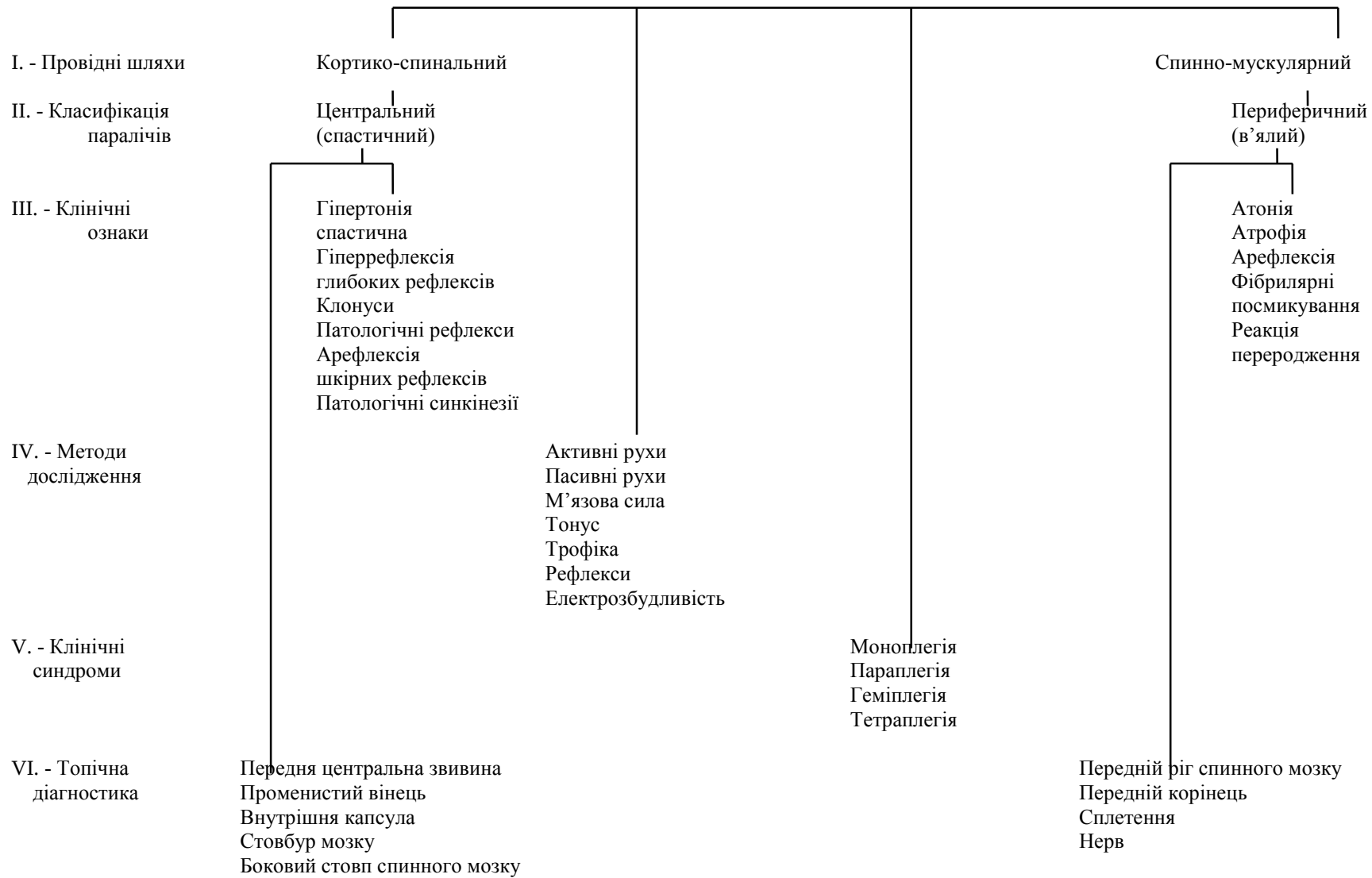
Практичні навички:

1. Оцінити силу м'язів по п'ятибальній системі
2. Оцінити обсяг активних рухів в кінцівках
3. Дослідження м'язового тону
4. Дослідження атрофій м'язів
5. Визначення фібрилярних і фасцикулярних посмикувань м'язів
6. Виявити ознаки периферичного і центрального паралічу

Зміст навчального 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 та послідовність учбових дій	Вказівки до учбових дій
1.	Провідні шляхи довільних рухів.	Для вивчення провідних шляхів довільних рухів (кортикостомаскулярного шляху) рекомендується його намалювати: I нейрон – кортикоспинальний II 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 цілості 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 хворого, 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, зниженим – 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 фібрилярні або фасцикулярні посмикування.	Наявність атрофій та фібрилярних посмикувань 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 електрозбудливості 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. Таламокортикальний
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. Посилюється 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. Спino-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 параплегія
3. Нижня периферична параплегія
4. Затримка сечі
5. Гіпорексія 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 параплегія
4. Затримка сечі
5. Зниження колінних і ахілових рефлексів

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

1. Тетрапарез: верхній периферичний парепарез, 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 слабкість лівої руки, рухи в ній обмежені. При об'єктивному огляді виявлено парез лівої руки, зниження згинально-ліктювого 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 (Бабинського, Оппенгейма, Гордона). Визначте рівень ураження.

Задача 4. Хворому 32 роки. Скаржиться на слабкість в правій руці, схудлість її, обмеженість рухів в ній. Об'єктивно: 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 слабкість в правій нозі, обмеженість в ній рухів. Об'єктивно: ногу піднімає від ліжка під кутом 40°. Високі сухожильні рефлекси - колінний та ахілов. Викликаються патологічні ступні рефлекси - с-м Бабинського, Россолімо. Спостерігається підвищення м'язового тону 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 (біцепітальний, трицепітальний, 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 біцепітальний рефлекс зліва. Підвищені біцепітальний, карпорадіальний, колінний та ахілов рефлекси

зліва, знижені черевні рефлекс зліва. Викликаються патологічні рефлекс Бабинського і Оппенгейма зліва. Визначити осередок ураження.

Задача 9. У хворого значно знижена сила дистальних відділів ніг. Спостерігається гіпотонія і атрофія м'язів гомілок і ступнів. Фасцикулярні посмикування в цих м'язах. Ахілови і підшовні рефлекс відсутні. Хода типу "степаж". Хворий не може стояти на п'ятах. Визначити де локалізується ураження. Пояснити ходу хворого.

Задача 10. Хворому 32 роки. Не ходить ногами. Тонус м'язів високий. Колінні та ахілови рефлекс високі, клонус надколінників і стоп. Викликаються патологічні рефлекс Бабинського 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 слабкість в руках і ногах, затримку сечі. Об'єктивно: Тонус м'язів рук і ніг підвищений (в руках - в згиначах, в ногах - в розгиначах). Глибокі рефлекс з рук і ніг високі, черевні рефлекс відсутні. Патологічні рефлекс Бабинського 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.

ЛІТЕРАТУРА

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.