

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

**СПАСТИЧНІ ПАРАЛІЧІ: ДИТЯЧИЙ СПАСТИЧНИЙ ПАРАЛІЧ. ЕТІОЛОГІЯ,
ПАТОГЕНЕЗ, КЛАСИФІКАЦІЯ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ЛІКУВАННЯ**

РОБОЧИЙ ЗОШИТ

для самостійної роботи студентів 5 курсу
навчальної дисципліни «травматологія та ортопедія»,
напряму «Медицина»
спеціальність «Лікувальна справа»
кафедра травматології та ортопедії

Автори: проф. О.А. Бур'янов, доц. М.О.Задніченко, ас. В.В.Лиходій

Затверджено на засіданні кафедри від _____ .2015р., протокол № _____

Розглянуто та затверджено цикловою методичною комісією з хірургічних дисциплін від _____ 2015р., протокол №- _____

Вступ

Одним із ефективних засобів організації самостійної роботи студентів з тем дисципліни, які відведені на самостійне опрацювання є робота студента над **робочим зошитом**. Роботу над робочим зошитом слід починати з ознайомлення ключових питань з теми. На наступному етапі необхідно познайомитися з переліком джерел, в яких студент може знайти відповіді на поставлені питання. Для більш поглибленого вивчення даної проблеми студент може звернутися на професійні сайти.

Ознайомившись з теорією, студенту необхідно оцінити ступінь засвоєння матеріалу. У цьому зв'язку він вирішує запропоновані завдання, тестові запитання з теми. Особливу увагу при підготовці до заняття студент повинен звернути на необхідний мінімум тих практичних навичок, якими йому необхідно оволодіти. У відповідних розділах підручників, посібників, він повинен почерпнути ті відомості, які йому потрібні для оволодіння практичними навичками.

Організація самостійної роботи засобом робочого зошита здійснюється наступним чином: викладач представляє робочий зошит студенту або на електронних носіях (на кафедральному сайті), або в друкованому вигляді, далі студенти виконують завдання в позааудиторний час, згодом викладач їх перевіряє та оцінює **на початковому етапі практичного заняття**.

Критерії оцінки завдань робочого зошита

Кожне завдання вимагає окремого підходу при оцінці якості його виконання зі своїми критеріями. І тим не менш, при 5-бальній оцінці кожного виду завдань слід дотримуватися загальнодидактичних критеріїв, а саме:

Оцінка «5» ставиться, якщо студент:

1. Виконав роботу без помилок і недоліків.
2. Допустив не більше одного недоліку.

Оцінка «4» ставиться, якщо студент виконав роботу повністю, але допустив в ній:

1. Не більше однієї негрубої помилки і одного недоліку.
2. Не більше двох недоліків.

Оцінка «3» ставиться, якщо студент правильно виконав не менше половини роботи або допустив:

1. Не більше двох грубих помилок або не більше однієї грубої і однієї негрубої помилки і одного недоліку.
2. Не більше двох-трьох негрубих помилок або однієї негрубої помилки і трьох недоліків.
3. За відсутності помилок, але за наявності чотирьох-п'яти недоліків.

Оцінка «2» ставиться, якщо студент:

1. Допустив число помилок (недоліків) перевищує норму, при якій може бути виставлена оцінка «3».
2. Якщо правильно виконав менше половини роботи .
3. Не приступив до виконання роботи.

Тема. “Спастичні паралічі: дитячий спастичний параліч. Етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика лікування”

Мета (навчальні цілі):

1. Актуальність проблеми спастичних паралічів.
2. Встановлювати фактори, що сприяють розвитку спастичних паралічів та ДЦП.
3. Обґрунтувати профілактику спастичних паралічів.
4. Аналізувати дані клінічних, лабораторних, МРТ, ЕНМГ методів обстеження пацієнтів з ДЦП та спастичними паралічами.
5. Правильно сформулювати клінічний діагноз та провести диференційну діагностику.
6. Обґрунтувати завдання та принципи медикаментозного та ортопедичного лікування спастичних паралічів та ДЦП, соціальної реабілітації.
9. Аналізувати клінічні прояви вадових положень кінцівок у пацієнтів з ДЦП.
10. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного працівника та принципи фахової субординації.

Студент має знати:

1. Анатомо-функціональні особливості будови кульшового, колінного, та гомілково-ступневого суглобів.
2. Будову ЦНС, еферентні шляхи, рефлекс, види рефлексів
3. Характеристику спастичних паралічів.
4. Параліч та парез.
5. Клінічну характеристику паралічів та парезів.
6. Анатомо-функціональні особливості (АФО) нервової системи у дітей особливості мієлінізації нервових волокон.
7. Класифікацію ДЦП.
8. Симптоматологію ДЦП.
9. Характерні деформації нижньої та верхньої кінцівок при ДЦП.
10. Принципи консервативного та оперативного лікування ДЦП.
11. Диференційну діагностику в'ялих та спастичних паралічів.

Студент має вміти:

1. Аналізувати типову клінічну картину спастичних паралічів та ДЦП.
2. Оцінювати силу м'язів та об'єм рухів у суглобах.
3. Визначати конкордантні(узгоджені) та дискордантні (неузгоджені) контрактури.
4. Визначати патологічні рефлекси.
5. Застосовувати ортези, ортопедичні устілки, ортопедичне взуття.
6. Призначати консервативне медикаментозне лікування при спастичних паралічах.
7. Обґрунтувати покази до хірургічного лікування при ДЦП.

Основні терміни теми.

Термін	Визначення
Параліч, парез, рефлекс	Параліч — повне порушення рухової функції внаслідок ураження першого або другого мотонейрона Парез — часткове порушення рухової функції внаслідок ураження першого або другого мотонейрона Рефлекс — відповідь організму на подразнення

Спастичний параліч (парез)	повне (часткове) порушення рухової функції, яке виникає через ураження центрального мотонейрона
ДЦП (дитячий центральний параліч)	збірний термін, який характеризує групу захворювань, що порушують рухи та баланс тіла та поставу. ДЦП виникає в результаті порушення розвитку чи пошкодження головного мозку.
Хода	Ритмічне свідомо-рефлекторне переміщення людини в ортостатичному положенні.
Постава	Ортостатичне положення людини, при якому збережені фізіологічні вигини хребта із симетричним розміщенням голови, тулуба, таза, кінцівок.
Контрактура	обмеження рухів у суглобі
Плоска стопа	Вроджена або набута деформація стопи, яка характеризується згладженням або відсутністю склепіння стопи.
Порожниста стопа	вроджена або набута деформація стопи, яка характеризується збільшенням склепіння стопи

Література.

Основна:

1. Голка Г.С., Бур'янов О.А. Климовицький В.Г. «Травматологія та ортопедія» (Національний підручник). Вінниця, Нова Книга, 2015 рік.
2. Склярєнко Є.Т. Травматологія та ортопедія. - К.: Здоров'я, 2005 328с.
3. Васюк В.Л., Бур'янов О.А., Ковльчук П.Є. та ін Алгоритми діагностики і лікування та клінічні задачі з травматології та ортопедії (навчальний посібник Чернівці, 2014.-268).
4. Бітчук Д.Д., Істомін А.Г., Хименко М.Ф., Марюхнич А.О. Травматологія та ортопедія. Збірник тестових завдань для позааудиторної підготовки студентів до ліцензійних іспитів: Крок-2. - Харків: ХДМУ, НТУ «ХПІ», 2004. - 224с.
5. Бурянов О.А., Склярєнко Є.Т., Волошин О.І., Задніченко М.О., Кваша В.П., Грек В.П. Травматологія та ортопедія. Посібник для практичних занять. Київ. Книга-плюс.
6. medind.nic.in/icb/t05/i10/icbt05i10p865.pdf

Додаткова:

1. Олекса А.П. Травматологія та ортопедія.-К.: Вища школа, 1999.-511с.
2. Грубников В.Ф. Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата. - К.: Здоровье, 1984. - 328с.

Завдання для самостійного опрацювання теми

Потрібно відповісти письмово

Варіант 1

Завдання 1.

Особливість формування контрактур при ДЦП:

1. Порушення балансу між м'язами антагоністами

Завдання 2.

Назвіть чинники ризику ДЦП:

1. Пренатальні;
2. Інтранатальні;
3. Постнатальні;

Завдання 3.

Рухові розлади у пацієнтів з ДЦП:

1. Парези;
2. Паралічі;
3. Порушення координації;
4. Насильницькі рухи.
5. Судомні напади

Завдання 4.

Розрізняють форми ДЦП:

1. спастична геміплегія (геміпарез);
2. спастична диплегія;
3. тетрапарез (тетраплегія);
4. гіперкінетична форма;
5. атактична форма;
6. атонічно-астенічна форма;
7. змішана форма

Завдання 5.

За важкістю проявів розрізняють наступні ступені ДЦП:

1. легкий;
2. середній;
3. важкий.

Завдання 6.

Метою оперативного лікування ДЦП є:

1. Покращення статико-динамічної функції шляхом корекції деформацій, контрактур, Підвивихів, вивихів;
2. Профілактика вторинних ускладнень;
3. Косметична корекція;

Тестові запитання.

1. Які шляхи ЦНС є аферентними?

- A. Кірково-спинномозковий задній
- B. Спіно-таламічний
- C. Кірково-спинномозковий передній та бічний
- D. Рубро-спінальний

2. Які розрізняють форми ДЦП?

- A. Абортивна, невротична, резидуальна
- B. Препаралітична, паралітична, резидуальна
- C. Гіперкінетична, атактична.
- D. Всі перелічені

3. Ураження яких структур супроводжується розвитком спастичного паралічу:

- A. мотонейрона передцентального звивини;
- B. альфа-великих мотонейронів передніх рогів спинного мозку
- C. Ураження білої речовини спинного мозку
- D. периферичного;
- E. псевдоуніполярного нейрона спинномозкових вузлів;
- F. чоної субстанції, червоного ядра;
- G. Ядер черепномозкових нервів.

4. Клінічно спастичний параліч відрізняється від в'ялого:

- A. Атактичними рухами;
- B. Гіпотрофією;
- C. Гіпертрофією;
- D. Патологічними рефlekсами;
- E. Порушенням ходи та постави.

5. Для якого параліча характерний синдром трьох «А»:

- A. центрального
- B. спастичного
- C. в'ялого

Варіант 2

Завдання 1

Назвіть основний типовий патологічний процес який лежить в основі ДЦП:

1. Гіпоксія

Завдання 2.

Назвіть чинники ризику ДЦП:

1. Пренатальні;
2. Інтранатальні;
3. Постнатальні;

Завдання 3.

Рухові розлади у пацієнтів з ДЦП:

1. Парези;
2. Паралічі;
3. Порушення координації;
4. Насильницькі рухи.
5. Судомні напади

Завдання 4.

Розрізняють форми ДЦП:

1. спастична геміплегія (геміпарез);
2. спастична диплегія;
3. тетрапараз (тетраплегія);
4. гіперкінетична форма;
5. атактична форма;
6. атонічно-астенічна форма;
7. змішана форма

Завдання 5.

За важкістю проявів розрізняють наступні ступені ДЦП:

1. легкий;
2. середній;
3. важкий.

Завдання 6.

Метою консервативного лікування ДЦП є:

1. Запобігання розвитку патологічних положень у просторі, рухів, профілактика розвитку контрактур;
2. Вироблення правильних динамічних рухових стереотипів;

Тестові запитання.

1. Які шляхи ЦНС є еферентними?
 - A. Кірково-спинномозковий задній
 - B. Спіно-таламічний
 - C. Кірково-спинномозковий бічний
 - D. Червоно-ядерний спинномозковий
 - E. Всі відповіді вірні

2. Які розрізняють форми ДЦП?

- A. Абортивна, невротична, резидуальна
- B. Препаралітична, паралітична, резидуальна
- C. Атонічноастенічна, атактична.
- D. Всі перечислені

3. Ураження яких структур супроводжується розвитком спастичного паралічу:

- A. ураження нейронів зацентральної звивини;
- B. альфа-великих мотонейронів передніх рогів спинного мозку
- C. ураження бічних канатиків спинного мозку
- D. периферичного;
- E. псевдоуніполярного нейрона спинномозкових вузлів;
- F. ядер таламуса;
- G. Ядер черепномозкових нервів.

4. Клінічно спастичний параліч відрізняється від в'ялого:

- A. Нижнім парапарезом;
- B. Гіпотрофією м'язів;
- C. Гіпертонусом м'язів;
- D. Гіпостезіями або анестезією;
- E. Порушенням ходи та постави.

5. Для якого параліча характерний синдром трьох «А» (атрофія, арефлексія, атонія):

- A. Змішаного
- B. Спастичного
- C. В'ялого