**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Неврологии**

Реферат

на тему:

**«Парезы ног»**

**Пенза**

**2008**

**План**

1. Парезы, выраженные преимущественно в проксимальных отделах ног
2. Дистальный парез ног
3. Тотальный парез ног

Литература

**1. Парезы, выраженные преимущественно в проксимальных отделах ног**

При этих парезах затруднено сгибание бедра, сгибание и разгибание голени вследствие слабости проксимальных мышечных групп при относительно достаточной силе и объеме движений в дистальных отделах. Проксимальный парез может носить характер как периферического, так и центрального типа; последний вариант крайне редок. Периферический односторонний проксимальный парез обычно возникает в результате травматического поражения бедренного нерва. Мононейропатия бедренного нерва проявляется ограниченным сгибанием бедра и разгибания голени, снижением силы четырехглавой мышцы бедра, угасанием коленного рефлекса, снижением чувствительности на передней поверхности бедра и передневнутренней поверхности голени. Особой формой, эквивалентной невралгической амиотрофии, является подострое развитие атрофического паралича мышц бедра наряду с жестокой болью в нем. Этот симптомокомплекс обычно наблюдается у лиц, страдающих диабетом.

Периферический проксимальный парапарез встречается реже дистального. Острое его развитие обычно наблюдается в рамках полинейропатии Ландри – Гийена – Барре либо при полиомиелите, который в настоящее время наблюдается исключительно редко. Параличи выражены асимметрично, их возникновению обычно предшествует боль в ногах.

**2. Дистальный парез ног**

Парез одной ноги чаще бывает дистальным и в большинстве случаев периферическим. При этом невозможны движения стоп вследствие поражения персональной или тибиальной группы мышц или их сочетанного поражения.

Поражение малоберцового нерва проявляется отвисанием стопы, невозможностью ходить на пятках, невозможностью отведения стопы и поднимания ее наружного края. Вследствие этого возникает специфическое нарушение походки (петушиная походка, степпаж). Нарушается чувствительность на тыльной поверхности стопы. Травма нерва часто сочетается с переломом малоберцовой кости. Протрузия межпозвонкового диска может привести к компрессии корешковой артерии, кровоснабжающей соответствующий корешок, в данном случае LI-S1, что проявляется слабостью разгибателей стопы, возникающей вслед за резкой болью в голени (так называемый парализующий ишиас). Синдром ущемления малоберцового нерва под сухожилием двуглавой мышцы бедра встречается у лиц, долго сидящих на корточках или на низком сидении (туннельный синдром малоберцового нерва).

Поражение большеберцового нерва чаще развивается в результате травмы. Клинически проявляется нарушением подошвенного сгибания стопы, нарушаются также и сгибание пальцев стопы, выпадает приведение стопы внутрь. В результате денервации межкостных мышц пальцы стопы принимают когтеобразное положение. Стояние на носках становится невозможным. Исчезает ахиллов рефлекс. Поверхностная чувствительность нарушается на задненаружной поверхности нижней трети голени, на подошве и в области наружного края стопы. Могут возникать значительные вазомоторные и трофические расстройства.

Поражение ствола седалищного нерва чаще связано с травмой, изредка сочетается с переломом бедренной кости. Мононейропатия седалищного нерва может возникнуть при неправильно вполненной инъекции (инъекционный неврит). При дискогенном пояснично-крестцовом радикулите среди различных мышечно-тонических феноменов чаще других наблюдается контрактура грушевидной мышцы, что может обусловить компрессию седалищного нерва. Клиническая картина полного перерыва седалищного нерва характеризуется параличом всех мышц ноги, за исключением мышц передней поверхности бедра, и выпадением чувствительности на задней поверхности бедра, задненаружной поверхности голени и на всей поверхности стопы.

Дистальный парез обеих ног, как правило, бывает периферическим. Острое его развитие возможно при ишемическом инсульте парапарез стоп может развиваться после неловкого движения, чрезмерной физической нагрузки (подъем штанги), а иногда и без видимых причин. Развитию парапареза может предшествовать боль в поясничной области. Дистальные отделы ног (преимущественно) могут поражаться при хронической алкогольной интоксикации. Страдающий алкоголизмом обычно не обращает внимания на парестезии, типичные для продромального периода, и выраженные проявления заболевания развертываются остро или в течение нескольких дней. Мышцы ног (а иногда и рук) становятся паретичными. Вначале страдают мышцы дистальных отделов, особенно в ногах, у больных походка принимает характер степпажа. Подобная же картина наблюдается при отравлении трикрезилфосфатом.

**3. Тотальный парез ног**

Монопарез (моноплегия) ноги – парез или паралич, равномерно поражающий все отделы одной ноги, чаще носит центральный характер. При спинальном уровне поражения пирамидного пучка монопарез обычно входит в картину синдрома Броун-Секара (поражение половины поперечника спинного мозга); спастический паралич на стороне очага с выпадением глубокой чувствительности в парализованной ноге и утрат поверхностной чувствительности в здоровой ноге. Синдром Броун-Секара чаще всего наблюдается при экстрамедуллярных опухолях спинного мозга, реже при его травме. Другим вариантом центральной моноплегии ноги служит ограниченное поражение верхних отделов прецентральной извилины. Причиной ограниченного поражения верхних отделов прецентральной извилины, как правило, служит ишемический инфаркт в бассейне передней мозговой артерии.

Нижний парапарез (параплегия), равномерно представленный во всех мышечных группах, чаще носит центральный и реже периферический характер. Острое развитие нижнего парапареза наблюдается при травмах спинного мозга, спинальных инсультах, инфекциях, токсических и опухолевых поражениях спинного мозга, конского хвоста, полинейропатиях. В редких случаях нижний парез может возникнуть и при поражении головного мозга.

Травма спинного мозга, как правило, сопровождает перелом позвоночника либо обусловлена ножевым ранением. В большинстве случаев острый период протекает с картиной спинального шока в виде вялого паралича, выпадения всех видов чувствительности ниже уровня поражения и задержкой мочеиспускания. Симптомы спинального шока в первое время затушевывают истинную степень повреждения спинного мозга. Против полного анатомического перерыва его свидетельствуют признаки даже незначительной сохранности любой функциональной системы ниже уровня травмы. При этом особое значение имеет обнаружение восприятия больным стимулов в аногенитальной области. Значительный и быстрый регресс спинальных нарушений характерен для сотрясения спинного мозга и негрубой ишемии его. Частичное восстановление спинальных функций свидетельствует о неполном перерыве – ушибе или травматическом инфаркте. Полное отсутствие каких-либо признаков восстановления на протяжении 2 суток является плохим прогностическим признаком, указывающим на анатомический перерыв спинного мозга.

Компрессия спинного мозга или конского хвоста. При компрессии спинного мозга метастатической опухолью позвоночника в типичных случаях на связь спинального поражения с метастазом указывают прогрессирующее исхудание, землистый цвет кожи, резко увеличенная СОЭ, анемия. Существенно, что во многих случаях метастазов рака в позвоночник спондилография не выявляет деструкции позвонков. Инсультообразное развитие поражения поперечника спинного мозга при доброкачественных опухолях наблюдается крайне редко и связано со сдавлением опухолью корешковой или спинальной артерии.

Остро возникший паралич ног может быть следствием компрессии конского хвоста выпавшим межпозвонковым диском. Клиническая картина характеризуется двусторонней люмбоишиалгией, вялым параличом стоп, анестезией по седловидному типу и тазовыми расстройствами. Подобная картина развивается при сдавлении грыжей диска корешковых артерий, приводящем к ишемическому инфаркту нижних отделов спинного мозга.

Эпидурит (эпидуральный абсцесс) является осложнением очагов гнойной инфекции самой различной локализации либо сепсиса: Чаще всего эпидуральный абсцесс формируется на уровне грудного отдела позвоночника. Клиническая картина заболевания складывается из общеинфекционных симптомов (повышение температуры, озноб, общее недомогание, высокая СОЭ, нейтрофилез) и остро развивающегося корешковоспинального поражения: нарастающая боль в спине, усиливающаяся при кашле и чиханье, к которой присоединяются слабость в ногах, нарушения чувствительности и функции тазовых органов. Развитие клинической картины идет очень быстро – от момента появления незначительной слабости в ногах до картины полного перерыва спинного мозга обычно проходит несколько дней. Диагностика эпидурита затруднена тем обстоятельством, что подобный же симптомокомплекс характерен и для поперечного миелита. Следует помнить, что изолированное воспаление вещества спинного мозга при отсутствии признаков поражения головного мозга встречается очень редко. Эпидурит требует безотлагательного хирургического вмешательства, лечение же миелита проводят консервативно. Диагноз поперечного миелита следует рассматривать как предварительный, предполагающий в каждом случае нейрохирургическое обследование, в частности миелографию. Люмбальная пункция абсолютно противопоказана при поясничной локализации эпидурита из-за опасения внесения инфекции в подоболочечное пространство.

Спинальный инсульт может возникнуть при атеросклерозе сосудов спинного мозга или магистральных сосудов аорты (подключичные, позвоночные или подвздошные артерии), в результате сдавления сосудов спинного мозга извне, например грыжей межпозвоночного диска, отломками позвонков при травме, экстрамедуллярной опухолью или воспалительным инфильтратом.

Нарушение спинального кровообращения может быть также обусловлено артериовенозными пороками развития. Они чаще располагаются в шейном отделе и на уровне тораколюмбального перехода и представляют собой клубок аномальных сосудов, размеры которого могут широко варьировать. Подобное образование может проявляться субарахноидальным кровотечением либо ишемическим поражением вещества спинного мозга в результате механического сдавления. В части случаев спинальный инфаркт является осложнением расслаивающейся аневризмы аорты. Распознавание природы этого заболевания на ранних этапах его развития является весьма трудным. Как правило, нарушения спинального кровообращения ишемического типа встречаются значительно чаще, чем геморрагического типа.

Клиническая картина ишемического спинального инсульта зависит от распространенности ишемии как по длиннику, так и поперечнику спинного мозга. Наиболее отчетливо очерчен синдром ишемии передней половины спинного мозга или так называемый синдром передней спинальной артерии, который характеризуется остро возникающим выключением на том или ином уровне кровоснабжения передних 2/3 спинного мозга. В результате развивается тетраплегия или параплегия, сопровождаемая нарушениями поверхностных видов чувствительности и функции тазовых органов. Глубокомышечное чувство остается неповрежденным, так как кровоснабжение задних столбов при этом не страдает. Другим схожим и относительно часто встречающимся синдромом нарушения спинального кровообращения является симптомокомплекс выключения большой поясничной артерии Адамкевича: остро развивающийся вялый паралич нижних конечностей, диссоциированное выпадение чувствительности с верхней границей зоны иннервации от С4 до зоны иннервации Th2 нарушение функции тазовых органов.

Неотложная помощь. Наиболее частой причиной травмы спинного мозга являются дорожно-транспортные происшествия. Поэтому первым мероприятием в таких случаях является квалифицированное извлечение пострадавших из транспортного средства. При этом надо соблюдать основной принцип: сохранение неподвижности оси тела – позвоночника при правильной транспортировке больного на щите, исключающей сгибание, боковые и вращательные движения. В первые часы после травмы проводят противошоковые мероприятия и лечение, направленное на нормализацию дыхания, кровообращения, ликвидацию боли, борьбу с анемией, гипопротеинемией, нормализацию гемостаза. Проводят внутривенное струйное или капельное вливание полиглюкина 400–2000 мл, при показаниях переливание крови, плазмы, инъекции 1 мл 1% раствора морфина гидрохлорида, 2% раствора пантопона, 1–2 мл 10–20% раствора кофеин-бензоата натрия, 2 мл 1% раствора лазикса внутримышечно, внутривенное введение маннитона – 200–500 мл 15% раствора. В первые часы или сутки после травмы устраняют сдавление спинного мозга. С этой целью проводят мероприятия, направленные на ликвидацию деформации позвоночника, осуществляют репозицию сместившихся отломков позвонков и их иммобилизацию. С первых же часов необходимо следить за функцией мочевого пузыря и кишечника (катетеризация мочевого пузыря с промыванием его 2% раствором борной кислоты, клизмы). Для профилактики пролежней показаны губчатые или пневматические матрацы, регулярное протирание камфорным спиртом.

При спинальных инсультах назначают сосудорасширяющие средства и препараты, стимулирующие сердечно-сосудистую деятельность (эуфиллин по 10 мл 2,4% раствора внутривенно, копламин по 2 мл 15% раствора внутримышечно, кордиамин по 1 мл подкожно или внутримышечно).

При нарушениях кровообращения, обусловленных компрессией спинного мозга, например выпадением грыжи межпозвонкового диска, показано хирургическое вмешательство.

При эпидурите необходимо неотложное хирургическое лечение.

В остальных случаях неотложная помощь определяется характером основного заболевания, вызвавшего парезы ног.

Госпитализация экстренная при травме спинного мозга в нейрохирургический стационар, срочная – при эпидурите. В остальных случаях больных госпитализируют в неврологическое отделение.

**4. Гемипарез**

Гемипарез, как правило, бывает центральным и обычно связан с поражением головного и крайне редко спинного мозга. Острое развитие гемипареза в большинстве случаев обусловлено мозговым инсультом. Другие причины – травма мозга, абсцесс, менингоэнцефалит, опухоли.

По современной классификации острые нарушения мозгового кровообращения подразделяются на преходящие нарушения мозгового кровообращения, оболочечные кровоизлияния, кровоизлияния в мозг, неэмболический инфаркт мозга, эмболический инфаркт мозга, острую гипертоническую энцефалопатию. Ишемические поражения мозга встречаются в 3–4 раза чаще геморрагических.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д.м.н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к.м.н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. д.м.н. В.Т. Ивашкина, д.м.н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год