МОТИЛИТЕТ, СЕНЗИБИЛИТЕТ И РЕФЛЕКСИ

МОТИЛИТЕТ

Испитувањето на моторната функција на нервниот систем има своја специфичност и редослед. Тоа го опфаќа следното:

- Инспекција на вратот, екстремитетите и трупот;
- Инспекција и регистрација на сите неволеви движења на главата, екстремитетите и трупот, како што се тремор, хореа, атетоза, хороатетоза, балистички движења, хемибалистички движења, тикови, миоклонии, фасцикулации;
- Мускулен тонус (затегнатост на мускулите);
- Кординациони проби (прст-нос и пета-колено);
- Дијадохокинеза;
- Мускулна трофика (волумен на одредени мускулни групи);
- Груба моторна снага (силата на одредени мускулни групи);
- Апраксија;
- Говор и голтање;
- Стоење и одење.

Различни патолошки состојби и оштетувања на нервниот систем можат да предизвикаат појава на неволеви или хиперкинетични движења како на екстремитетите, така и на трупот. Тие се :

1. Тремор, кој претставува појава на неволеви, ритмични, нецелисходни, осцилаторни движења, кои настануваат со наизменична контракција на агонисти и антагонисти. Има повеќе типа на тремор: тремор при воздуда, при паркинсоновиот синдром, при Вилсоновата болест, интенциони тремор, сенилен тремор;
2. Фасцикулации, се фини брзи треперења на снопови на мускулни влакна;
3. Тик претставува повторувано неволево движење што личи на волево со одбрамбена улога. Се јавуваат ненадејно, стереотипни се и се јавуваат во неправилни интервали.

Мускулниот тонус може да биде намален и зборуваме за *хипотонија*, или зголемен кога зборуваме за хипертонија (хипертонијата може да биде од пирамидно-спастично потекло и екстрапирамидно-ригидна хипертонија).

Координацијата на движењата често се пореметува и се јавува атаксија, односно пореметување на координацијата на мускулите во изведба на некое движење (прст- нос, пета- колено кординациони движења).

Пореметувањето на говорот ја опфаќа *афазијата*, кога болниот не е во состојба да зборува и *дисфазијата*, кога пациентот е делумно во состојба да зборува (моторна дисфазија), при тоа може да не го разбира туѓиот говор (сензорна дисфазија).

Пореметувањето на одењето е во зависност од типот на заболувањето, како и локализацијата на патолошкиот процес. Така можеме да збруваме за;

- *хемиплегично* одење како знак на хемиплегија,
- *параплегично* одење, при парализа на двете нозе,
- *перонеално* одење при оштетување на перонеалниот нерв,
- *атаксично* или несигурно одење при повреда на малиот мозок и
- *хистерично* одење кое ги имитира сите наведени типови на пореметено одење.

СЕНЗИБИЛИТЕТ

Сензибилитетот претставува свесно препознавање на дразбите кои делуваат врз периферните завршни органи или рецептори и на импулсите што настануваат со нивната дразба, кои се пренесуваат по пат на периферните нерви до центрипеталните центри, а потоа преку сензитивните патишта до вишите центри каде што тоа препознавање се врши.

Разликуваме површен, длабок и висцерален сензибилитет.

Површниот сензибилитет е чувството за допир-thigmesthesia, кое настанува со надразнувањето на Meiissner-овите, Merkel-овите, Pacini-евите корпускули и слободни нервни почетоци, кои се наоѓаат околу коренот на влакното. Потоа следи чувство за тополо и ладно и чувство за притисок.

Длабокиот сензибилитет е за положба и движењето на екстремитетите, а *висцералниот снзибилитет* ги пренесува дразбите од органите на телото.

Сите сензитивни патишта влегуваат во медулла спиналис преку задните корени. Тие сензитивни патишта се tractus spinothalamicus Edinger, како и Goll и Burdach-овиот пат.

Во сензитивната кора сместена во постцентралната вијуга на париеталниот лобус се врши анализа на сите пристигнати дразби.

Испитување на сензибилитетот

Испитувањето на сензибилитетот служи за одредување на самото место на лезијата. За тоа е потребно да биде испитан како површниот, така и длабокиот сензибилитет на двете половини на телото, симетрично. Пореметувањата на сензибилитетот може да се манифестираат како;

- изгубен (анастезија);
- намален (хипестезија) или
- зголемено чувство на сензибилитетот (хиперестезија).

РЕФЛЕКСИ

Рефлексите претставуваат одговор на надразнувањето без учество на нашата волја. Одговорот е секогаш ист на иста дразба, применета на ист рецептор. За да се изведе рефлекс потребно е да се има рефлексен лак кој се состои од аферентни влакна, рефлексен центар и еферентни влакна. Рефлексите можат да бидат;

- длабоки мускулно-тетивни,
- површни (слузокожни и кожни),
- патолошки (Бабински, Опенхајм, Шефер, Гордон идр.)
- вегетативни и
- условни.

Длабоките рефлекси имаат наједноставен рефлексен лак. Во пракса мускулниот рефлекс се добива со нагло истегнување на мускулот, односно со удар на чеканчето по тетивата.

Длабоки рефлекси се добиваат од сите мускули на телото и тоа;

- мандибуларен рефлекс,
- m.bideps brachii,
- m.triceps brachii,
- m.brachioradialis,
- рефлекс на стомачните мускули,
- m.quadriceps,

- m.triceps surae,
- плантарен рефлекс на стапалото.

Површни (кожни и слузокожни) рефлекси се:

- корнеален рефлекс,
- конјуктивален,
- фарингеален,
- палатинален,
- стомачни кожни рефлекси.

Од *патолошките рефлекси* познат е рефлексот на Бабински и неговите модификации (Опенхајм, Гордон, Шефер, Пусеп идр.)

Бабински рефлексот- се проверува кога со остар предмет се дразни плантумот на стопалото, почнувајќи од задниот надворешен дел по цела должина се до коренот на палецот на стопалото. Доколку при оваа дразба се регистрира дорзална флексија на палецот со лепезасто ширење на останатите прсти на стопалото, велиме дека Бабински е позитивен, во тој случај се работи за централно оштетување на ЦНС (лезија на централен моторен неврон).