МОСКОВСКИЙ ФИНАНСОВО-ПРОМЫШЛЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ (МФПУ)

факультет

«СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Контрольная работа

по предмету «Нейрофизиология»

на тему «Бульбарный и псевдобульбарный параличи»

Работа выполнена

студентом группы ЗБХ-211 НЯ

Чешихиной Инной Геннадьевной

Ноябрьск 2014

Введение

В нашей жизни мы постоянно слышим все новые и новые болезни, и каждый раз примеряем их на себя. Вот и меня заинтересовало название ранее незнакомой мне болезни: Бульбарный и псевдобульбарный параличи. Что же это такое? Из-за чего данные параличи проявляются? И как же они лечатся?

Существует много литературы на данную тему, поэтому я решила поставить эти вопросы, как главные и отобразить ответы в этой контрольной работе. Первое, что же мне удалось выяснить: эти заболевания являются чаще всего следствием сосудистого поражения мозга при атеросклерозе. Головной мозг делится на три крупные части: полушария большого мозга, мозжечок и ствол мозга (часть мозга, соединяющая головной и спинной мозг). Ствол мозга состоит из скопления клеток (ядер), через которые большой мозг управляет мышцами лица и глаз, получает информацию от рецепторов и органов чувств (слуха, вкуса, равновесия, зрения). Часть ствола, в которой находятся нервы, управляющие глотанием, голосовыми связками, мышцами шеи, запрокидывающими голову, называется бульбарной. Управление ядрами в каждой половине ствола мозга осуществляется из двух полушарий одновременно, поэтому при инсульте в одном из них глотание и голос у больного не расстраиваются -- здоровое полушарие успешно заменяет функции больного. При поражении клеток в стволе мозга функции нарушаются, так как клеткам большого мозга некому передать команды. Такой паралич называется бульбарным. Однако, иногда болезнь поражает оба полушария большого мозга (два инсульта, атрофия мозга в старческом возрасте, и т.п.), и тогда, при сохранности двигательных клеток в стволе, у больного развиваются нарушения, похожие на бульбарный паралич, или псевдобульбарный паралич.

А каковы симптомы заболевания, и что же происходит с человеком, а как лечить? Рассмотрим в наших главах.

Развитие Бульбарного паралича

рефлекс мозг атеросклероз паралич

Бульбарный паралич (анат. устар. bulbus [medullae spinalis] продолговатый мозг) - периферический паралич мышц языка, губ, мягкого неба, глотки, голосовых складок и надгортанника вследствие поражения IX, Х и XII пар черепных нервов или их ядер, расположенных в продолговатом мозге.

Бульбарный паралич характеризуется тяжелыми расстройствами глотания, жевания и речи. Лицо больного амимично, рот раскрыт, из него вытекает слюна, выпадает пища, которую больной с трудом жует. Речь становится непонятной, смазанной (дизартрия), гнусавой (назолалия), нарушается фонация (афония) и глотание (дисфагия), особенно жидкой пищи (больной поперхивается, пища попадает в нос). Обнаруживается свисание мягкого неба на стороне паралича, язычок которого отклоняется в здоровую сторону (при одностороннем Б. п.), голосовые складки не смыкаются, не вызываются глоточный и небные рефлексы. Язык неподвижен при двустороннем Б. п. (глоссоплегия) или отклоняется в сторону поражения при одностороннем Б. п.. При одностороннем поражении половина языка атрофируется, становится неровной, складчатой, в мышцах языка наблюдаются фасцикулярные подергивания (особенно при поражении ядра XII пары). У таких больных часто нарушаются функция дыхания и сердечная деятельность.

Развитие Бульбарного паралича в зависимости от основного заболевания может быть острым и постепенно прогрессирующим. Кроме того, можно выделить несколько клинических вариантов бульбарного паралича: бульбарный паралич Дюшенна, миастенический бульбарный паралич.

Острый Бульбарный паралич развивается в результате нарушения кровообращения в продолговатом мозге (тромбоз или эмболия сосудов вертебробазилярного бассейна, особенно часто при окклюзии нижней задней мозжечковой артерии) с развитием синдрома Валленберга - Захарченко или другого альтернирующего синдрома, при нейроинфекции, интоксикации, а также при остром сдавлении (гематомой, фрагментами первого шейного позвонка при его переломе, при дислокации головного мозга). При тяжелом поражении продолговатого мозга такие больные часто погибают вследствие нарушения функции дыхания и сердечно-сосудистой деятельности.

Прогрессирующий Бульбарный паралич наблюдается при амиотрофическом боковом склерозе, хроническом полиомиелите, клещевом энцефалите, при опухоли задней черепной ямки, аномалиях краниовертебрального стыка, рубцово-спаечном процессе, при хронической недостаточности мозгового кровообращения вследствие атеросклероза и гипертонической болезни. При этом поражаются преимущественно двигательные ядра IX, Х и XII пар черепных нервов; проводниковые системы обычно остаются интактными. Постепенно нарастают расстройства глотания, артикуляции, фонации, а позднее и дыхания.

Бульбарный паралич Дюшенна при подостром переднем полиомиелите имеет подострое прогрессирующее течение без ремиссий. Больные обычно погибают в течение первых двух лет болезни от расстройства дыхания и сердечной деятельности.

Миастенический Бульбарный паралич (болезнь Эрба - Гольдфлама) развивается в результате нарушения проводимости в нервно-мышечных синапсах.

Диагностика основывается на выявлении характерных клинических симптомов. Необходимо дифференцировать Бульбарный паралич с псевдобульбарным параличом, при котором отсутствует атрофия языка, повышены глоточный и небные рефлексы, вызываются рефлексы орального автоматизма, наблюдаются насильственный плач и смех.

Симптоматика Псевдобульбарного паралича

Псевдобульбарный паралич возникает при сосудистых заболеваниях головного мозга с двусторонним надъядерным поражением двигательных проводников, т. е. при наличии многоочаговых поражений, локализующихся в обоих полушариях головного мозга. Часто обнаруживаются мелкие размягчения и кисты. При псевдобульбарном параличе происходит нарушение двигательных функций конечностей, языка, гортани, жевательных, глоточных и лицевых в результате выпадения центральной надъядерной иннервации (корко-воядерные и корково-спинальные проводники).

Симптоматика псевдобульбарного паралича многообразна.

. Обычно имеются расстройства - нарушение артикуляции (дизартрия, анартрия), фонации (носовой оттенок речи, которая бывает невнятной, незвучной и тихой), иногда нарушение координации (скандированная речь).

. Расстройства глотания - дисфагия, проявляющаяся в поперхивании во время попадании частиц в дыхательные пути, затекание жидкости в носоглоточное пространство, слюнотечение в результате недостаточного проглатывания слюны.

. Нарушение жевания, обусловливающее задержку во рту вследствие паретичности жевательных и языка. Расстройство функции мимической мускулатуры (маскообразность вследствие слабости лицевых мышц); симптомы орального автоматизма:

а) хоботковый рефлекс (выпячивание губ «хоботком» при их перкуссии);

б) губной рефлекс (выпячивание вперед губ при постукивании по верхней и сближение губ при штриховом их раздражении);

в) сосательный рефлекс (сосательные движения при дотрагивании до губ);

г) носогубной рефлекс Аствацатурова (хоботкообразное выпячивание губ при постукивании по корню носа);

д) подбородочный рефлекс Бехтерева (сокращение подбородка при постукивании по подбородку);

е) ладонно-подбородочный рефлекс Маринеско-Радовичи (сокращение подбородка при штриховом раздражении ладони);

ж) щечногубной рефлекс (поднятие рта или оскаливание рта при штриховом раздражении щеки).

. Содружественные движения на -отведение подбородка в сторону содружественно с поворотом глаз, оскаливание зубов на стороне, в которую произвольно отводятся глазные яблоки; непроизвольное открывание рта при отведении кверху; содружественное разгибание головы при открывании отведение высунутого языка в сторону содружественно повороту глаз; содружественный поворот головы в сторону отведения глазных яблок.

. Повышение массетер-рефлекса.

. Изменение походки - походка мелкими шагами, недостаточное балансирование или отсутствие содружественного балансирования рук при ходьбе (ахейрокинез), сутуловатость и скованность.

. Наличие пирамидно-экстрапирамидного тетрапареза {иногда асимметричного), более выраженного на одной стороне с повышением тонуса, повышением сухожильных и надкостничных рефлексов, снижением или отсутствием брюшных рефлексов и наличием патологических рефлексов {симптомы Бабинского, Россолимо и др.).

. Иногда наличие постоянных или пароксимальных гиперкинезов при наличии тетрапареза.

. Непроизвольное появление эмоционально - мимических разрядов, т. е. насильственного плача, смеха, в результате расторможения таламостриарно-стволовых автоматизмов при двустороннем процессе в головном мозгу. Насильственный плач (также и смех) проявляется приступообразно.

Иногда больной внезапно начинает плакать без видимой причины, же возникает при попытке начать разговор или во время речи, при различных эмоциональных переживаниях. Нередко возникает содружественно с различными двигательными проявлениями: при активном открывании приотведении глазных яблок в сторону, при зажмуривании глаз. Наблюдаются гиперкинетические разряды, возникающие пароксизмально при эмоциональных разрядах во время насильственного плача. Непроизвольные движения проявляются различно: в одних случаях они состоят из прерывистого помахивания рукой, в других - поднятая толчкообразно приближается к голове. В редких случаях гиперкинетический разряд состоит из цикла движений: например, вытягивание руки, помахивание кистью руки, затем ритмическое похлопывание по грудной клетке и, наконец, вращение туловища в сторону.

Заключение

Бульбарный паралич - группа симптомов, обусловленных сочетанным поражением корешков или ядер XII, IX и X пар черепных нервов, носит в клинике название бульбарного паралича (bulbus - луковица - старинное название продолговатого мозга). Бульбарный паралич проявляется у больного нарушением глотания и расстройством артикуляции (дизартрия, охриплость или носовой оттенок голоса, а в тяжелых случаях полная анартрия и афония). Если перемещение во рту пищевого комка затруднено вследствие паралича подъязычного нерва, непосредственное нарушение функции глотания у больных с бульварным параличом выражается в поперхивании твердой пищей, попадании ее в гортань, а жидкой пищи в нос. Нередко больные совершенно не могут глотать (афагия). Бульбарный паралич включает все признаки периферического паралича (атрофии, фибриллярные и фасцикулярные подергивания, реакция перерождения). При нем нередко наблюдаются дыхательные нарушения и расстройства сердечной деятельности. Исчезают рефлексы с мягкого неба и глоточный.

Для возникновения псевдобульбарного паралича необходимым условием является двустороннее поражение кортиконуклеарных путей. В результате такого поражения возникает группа симптомов, обусловленных надъядерным поражением XII, IX и X пар черепных нервов. Псевдобульбарный паралич протекает по типу центрального (отсутствие атрофии, фибриллярных подергиваний и реакции перерождения). Симптомы при нем проявляются всегда симметрично в отличие от бульбарного паралича, который может быть симметричным и асимметричным в зависимости от степени страдания сторон. Как и при бульбарном параличе, больные жалуются на расстройства глотания и артикуляции. Однако последние обычно выражены менее интенсивно, чем при бульбарном параличе, не сопровождаются нарушением дыхания и сердечной деятельности. Имея характер центрального паралича, псевдобульбарный паралич в зависимости от уровня поражения надъядерных путей сопровождается рядом патологических рефлексов, известных под названием рефлексов орального автоматизма. К ним относятся: а) сосательный рефлекс (при штриховом раздражении губ возникает сокращение m. orbicularis oris и сосательное движение губ), б) хоботковый рефлекс (при легком ударе молоточком по губам они вытягиваются вперед). Афферентная часть этих рефлексов - тройничный нерв, эфферентная - лицевой нерв. К группе рефлексов орального автоматизма относят также ладонно-подбородочный рефлекс (Маринеско-Радовичи). При штриховом раздражении кожи ладони, преимущественно области thenar, на одноименной стороне сокращается подбородочная мышца. Повышается также нормальный нижнечелюстной рефлекс (приподнятое нижней челюсти при ударе молоточком по латеральным краям подбородка). Афферентная и эфферентная части этого рефлекса проходят в составе тройничного нерва. При псевдобульбарном параличе часто (при высоких, близких к коре поражениях) возникают непроизвольный смех и плач, обусловленные вовлечением в процесс корково-подкорковых, в частности корково-таламических связей. Поражение указанных связей обусловливает растормаживание подкорковых механизмов, реализующих эмоционально-выразительные движения смеха и плача.

Несмотря на симметричность и массивность поражения, псевдобульбарный паралич протекает легче бульбарного, что объясняется сохранностью сетчатого образования, обеспечивающего рефлекторную регуляцию важных для жизни функций. Псевдобульбарный паралич сам по себе редко является причиной смерти, что еще раз подтверждает положение, согласно которому повреждение периферического нейрона всегда тяжелее. Особенно тяжело протекают поражения, при которых одновременно развивается и псевдобульбарный, и бульбарный паралич. Как при бульбарном, так и при псевдобульбарном параличе необходимы, помимо этиологического и симптоматического лечения, тщательный уход за полостью рта больного, присмотр за ним во время еды, а иногда искусственное питание, если акт глотания крайне затруднен.

Лечение направлено на устранение основного заболевания и на компенсацию нарушенных жизненно важных функций. Для улучшения глотания назначают витамины, АТФ, ноотропные препараты, при повышенном слюнотечении - атропин. Кормят больных через зонд. При нарушении дыхания показана искусственная вентиляция легких, реанимационные мероприятия проводят по показаниям.

Список используемой литературы

1. Батуев А.С. Физиология высшей нервной деятельности и сенсорных систем: учебник для вузов - 3-е изд., испр. и доп. - СПб.: Питер, 2012. - 317с. ("Учебник для вузов")

2. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов / Т.Г. Визель. - М.: АСТ: Транзиткнига, 2006. - 384с. - (Высшая школа).

. Гуровец Г.В. Детская невропатология. Естественно-научные основы специальной дошкольной психологии и педагогики: учеб. пособие для студ. сред. спец. учеб. заведений/ Г.В.Гуровец; под ред. проф. В.И.Селиверстова. - М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2004. - 303с. - (Специальное образование)

. Смирнов В.М. Нейрофизиология и высшая нервная деятельность детей и подростков: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. - 2-е изд.,стереотип. - М.: Издательский центр "Академия", 2004. - 400 с. 11.

. Шульговский В.В. Основы нейрофизиологии. - М.: Аспект Пресс, 2008.