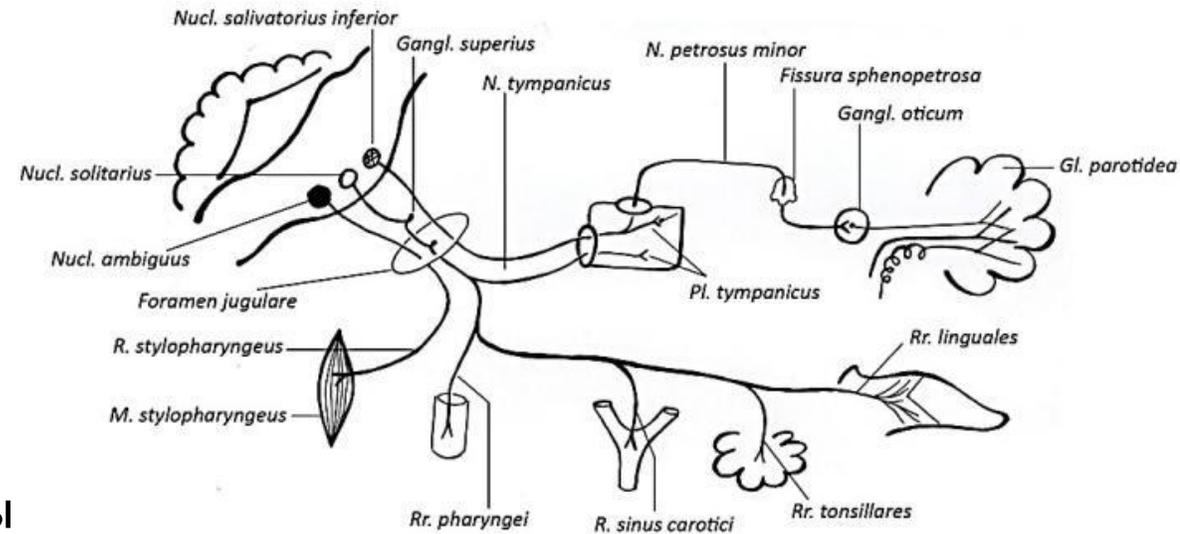


Языкоглоточный нерв и добавочный нервы.

Хуснутдинов В.Э. 443 гр.

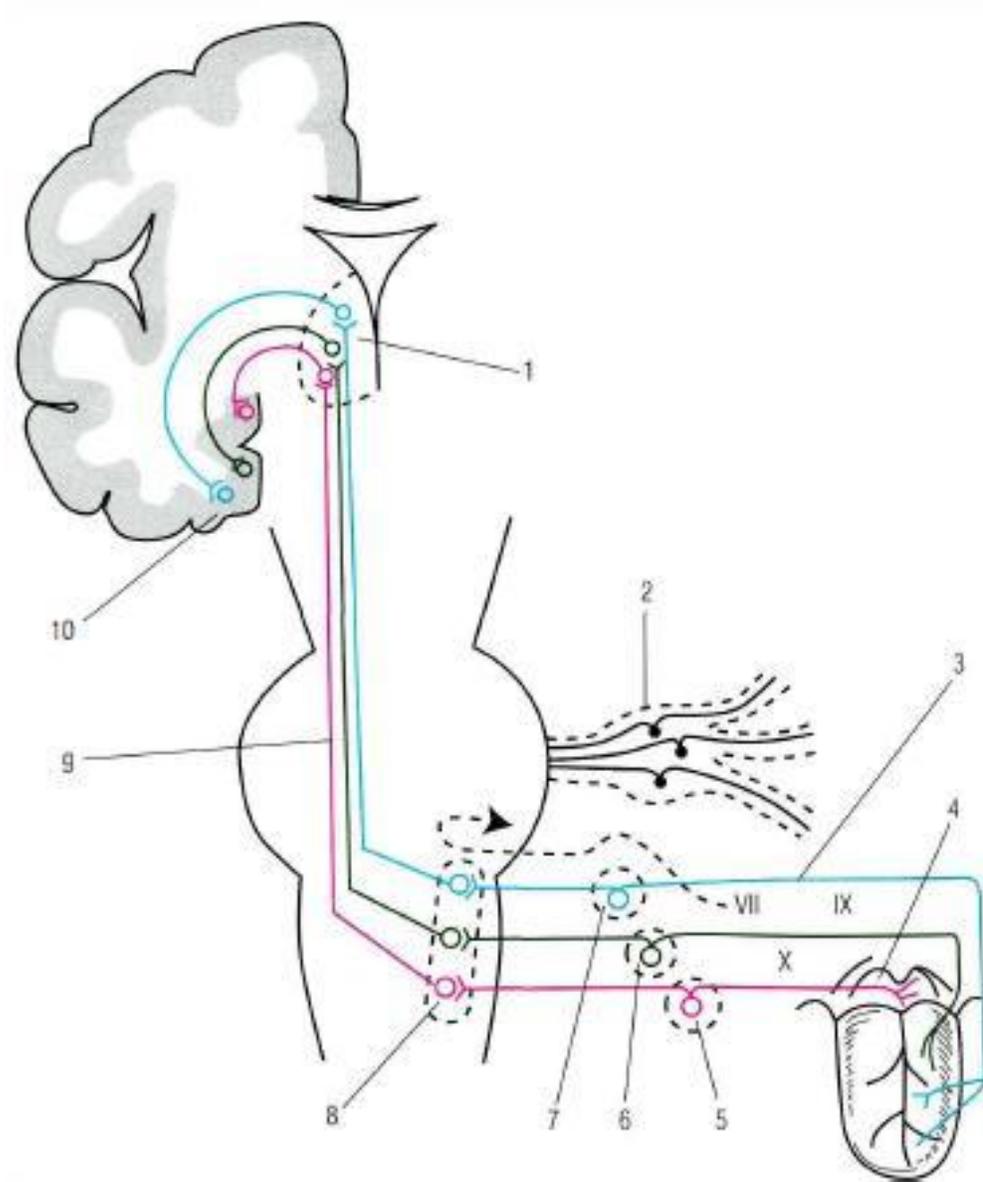
Анатомия

- Языкоглоточный нерв содержит 4 вида волокон: чувствительные, двигательные, вкусовые и секреторные.
- Чувствительная часть языкоглоточного нерва включает цепь из трех нейронов.
- Клетки первых нейронов расположены в верхнем и нижнем узлах языкоглоточного нерва. Они находятся в области яремного отверстия. Дендриты этих клеток направляются на периферию, где заканчиваются у рецепторов задней трети языка, мягкого неба, зева, глотки, передней поверхности надгортанника, слуховой трубы и барабанной полости, а аксоны входят в продолговатый мозг в заднебоковой борозде позади оливы, где и заканчиваются в ядре одиночного пути (второй нейрон).



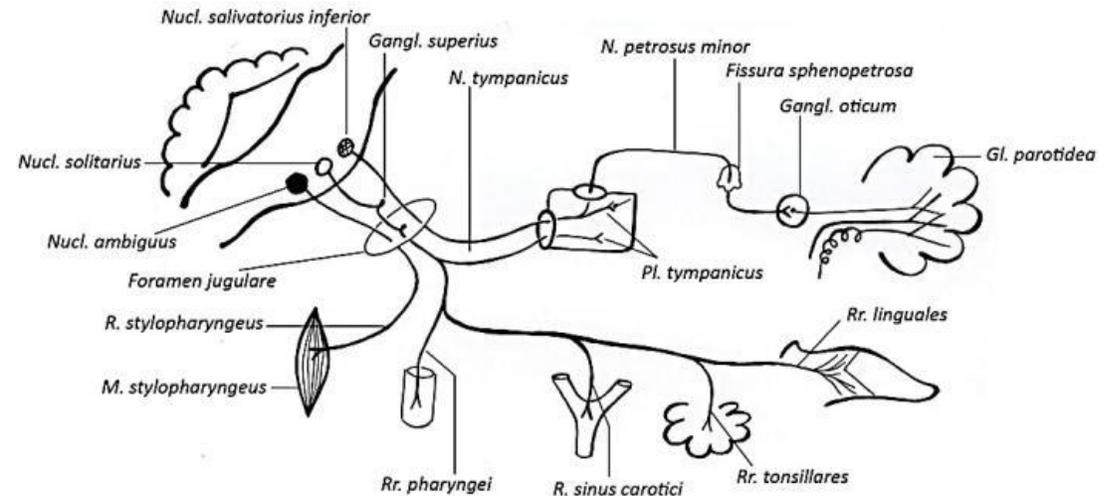
Анатомия

- Аксоны вторых нейронов переходят на противоположную сторону, принимают восходящее направление, присоединяются к волокнам вторых нейронов общих чувствительных путей и вместе с ними оканчиваются в таламусе.
- Аксоны третьих нейронов начинаются в клетках таламуса, проходят через заднюю треть задней ножки внутренней капсулы и идут к коре нижнего отдела постцентральной извилины.



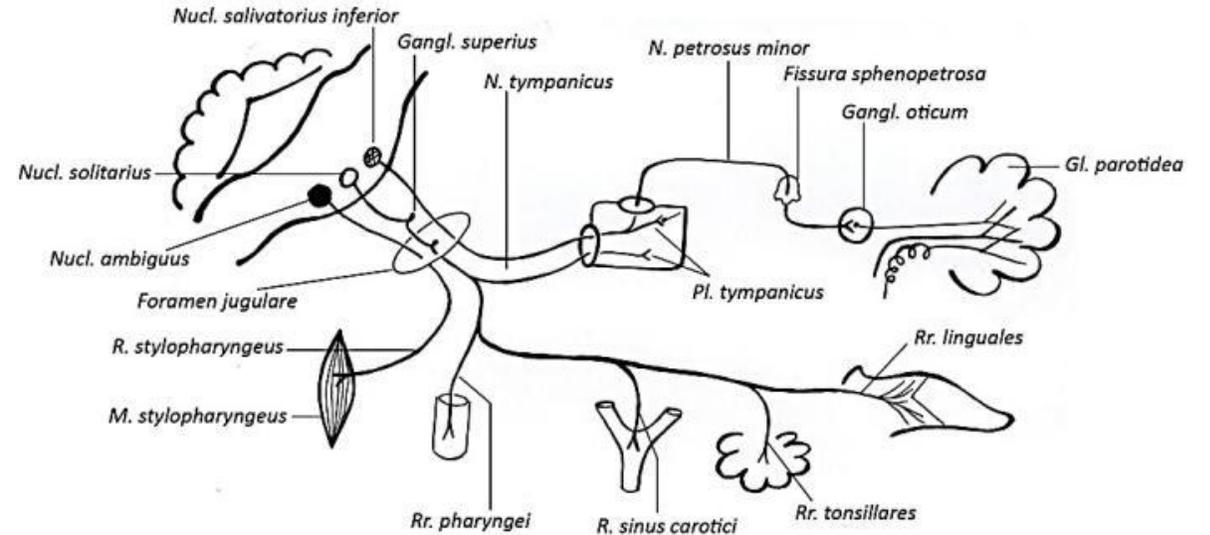
Анатомия

- Двигательный путь IX пары состоит из двух нейронов. Первый нейрон представлен клетками нижней части прецентральной извилины, аксоны которых проходят в составе корково-ядерных путей и заканчиваются у двойного ядра своей и противоположной сторон. От двойного ядра (второй нейрон) отходят волокна, которые иннервируют шилоглоточную мышцу, поднимающую верхнюю часть глотки при глотании.



Анатомия

- Парасимпатические волокна начинаются от переднего отдела гипоталамуса и заканчиваются у нижнего слюноотделительного ядра, от которого волокна в составе языкоглоточного нерва переходят в одну из его крупных ветвей – барабанный нерв, образуя в барабанной полости вместе с симпатическими ветвями барабанное нервное сплетение. Далее волокна вступают ушной узел, где и прерываются. Постганглионарные волокна идут в составе соединительной ветви к ушно-височному нерву и проникают в околоушную железу, которую иннервируют.



Исследование

- Для исследования вкуса пользуются водными растворами, вызывающими простые вкусовые ощущения: сладкое, кислое, горькое и соленое. Содержание вкусовых веществ в растворе должно превышать пороговые концентрации:
- Раствор вкусового вещества наносят на симметричные участки высунутого языка с помощью пипетки, стеклянной палочкой или смоченной фильтровальной бумажкой. Не следует допускать растекания жидкости по слизистой оболочке. Проверяют вкусовую чувствительность отдельно на задней трети и передних 2/3 языка. После каждого исследования надлежит полоскать рот.



кислое



сладкое



горькое



солёное



Симптомы поражения.

- При поражении языкоглоточного нерва наблюдаются расстройства вкуса в задней трети языка (гипогевзия или агевзия), потеря чувствительности в верхней половине глотки; нарушения двигательной функции клинически не выражены ввиду незначительной функциональной роли шилоглоточной мышцы. Раздражение корковой проекционной области в глубинных структурах височной доли приводит к появлению ложных вкусовых ощущений (парагевзия). Иногда они могут быть предвестниками (аура) эпилептического припадка. Раздражение IX нерва вызывает боли в корне языка или миндалине, распространяющиеся на небную занавеску, горло, слуховой проход.

Невралгия

- Изредка наблюдается невралгия в зоне распределения чувствительных ветвей IX пары: в миндалинах, задней стенке глотки, в спинке языка и в глубине уха. Боль значительной интенсивности возникает приступами, продолжается от нескольких секунд до минут. Интервалы между приступами бывают различные (от часов до недель). Страдает обычно один нерв (правый или левый). В составе языкоглоточного нерва, кроме двигательных и чувствительных, содержатся и секреторные (вегетативные) волокна для околоушной железы. При повреждении слюноотделительных ВОЛОКОН ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО нерва может возникать некоторая сухость полости рта, однако часто больные этого не замечают. Остальные слюнные железы компенсируют недостаток слюноотделения.

Лечение

- При упорном болевом синдроме показана блокада языкоглоточного нерва 1-2% р-ра новокаина. Наряду с этим для приема внутрь назначают ненаркотические анальгетики (фенилбутазон, метамизол натрия, напроксен, ибупрофен и др.) и противосудорожные средства (фенитоин, карбамазепин). При выраженном болевом синдроме дополнительно целесообразно применение снотворных, седативных, антидепрессантных и нейролептических препаратов.
- Хороший эффект оказывают физиотерапевтические методики: диадинамотерапия или СМТ на область миндалин и гортани, гальванизация. Рекомендуются вит. В1, поливитаминные комплексы, АТФ, ФиБС и другие препараты общеукрепляющего действия.
- При успешном устранении причинного заболевания, особенно при синдроме сдавления языкоглоточного нерва, прогноз выздоровления благоприятен. Однако для полного купирования невралгии необходима длительная терапия в течении нескольких лет.

Добавочный нерв

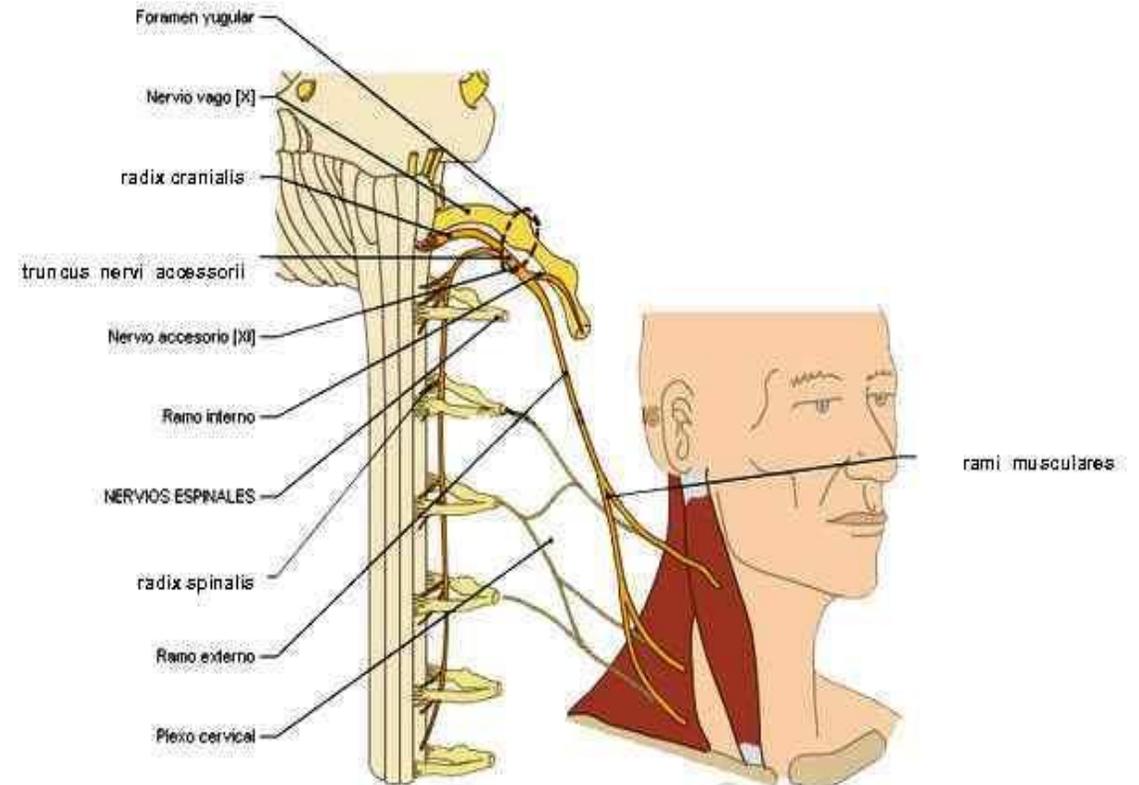
Анатомия

- Добавочный нерв - чисто двигательный. Тела периферических нейронов расположены колонкой в основании передних рогов 1-VI шейных сегментов. Аксоны этих клеток образуют 6-7 тонких корешков, которые выходят на боковую поверхность спинного мозга и сливаются в общий ствол нерва. Он поднимается вверх, располагаясь между передними и задними шейными спинномозговыми корешками, через foramen magnum ossis occipitalis входит в полость черепа и покидает его через яремное отверстие, иннервирует грудиноключично-сосцевидную и трапецевидную мышцы.
- Центральные мотанейроны располагаются в средней части прецентральной извилины между зоной руки и головы, участвуют в образовании лучистого венца, входят в состав передней части заднего бедра внутренней сумки, проходят ножку мозга, варолиев мост. На уровне нижних отделов продолговатого мозга совершают частичный перекрест, спускаются в боковом канатике спинного мозга до клеток ядра нерва. Одностороннее поражение центрального нейрона приводит только к легкому парезу этих мышц.

Исследование

- Обе мышцы участвуют в акте усиленного дыхания. Для исследования силы грудино-ключично-сосцевидной мышцы больному предлагают повернуть голову в сторону и немного вверх и удерживать ее в такой позе. Врач пытается этому противодействовать. Для исследования трапециевидной мышцы больного просят поднять надплечья и фиксировать их в этом положении. Врач пытается их опустить. По степени противодействия больного судят о силе этих мышц. При поражении ядра или ствола добавочного нерва наблюдаются парезы и атрофия соответствующих мышц. Плечевой пояс на стороне паралича опущен.

Добавочный нерв, *n. accessorius* (XI)





а)



б)



в)

Рис. 58. Поражение n. accessorius. а), б) - одновременный паралич трапецевидных и грудино-ключично-сосцевидных мышц - голова больного "свисает"; в) крыловидные лопатки