

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Реферат
Виды атаксий

Выполнил: клинический ординатор
кафедры нервных болезней
с курсом медицинской реабилитации ПО
Яковлева К.Д.

Красноярск
2020г.

Содержание:

1. Введение
2. Сенситивная атаксия
3. Мозжечковая атаксия
4. Вестибулярная атаксия
5. Кортикальная атаксия
6. Истерическая атаксия

Атаксия (от греч. ataxia — беспорядок) — расстройство координации движений, проявляющиеся нарушением согласованности действия мышечных групп — агонистов (непосредственно осуществляющих движение), антагонистов (в какой-то фазе противодействующим агонистам), синергистов (помогающим работе агонистов, то антагонистов), движения утрачивают слаженность, точность, плавность, соразмеренность и часто не достигают цели. Мышечная сила остаётся сохранной, парезы и параличи не развиваются, функция корково-мышечного пути остаётся сохранной.

В патогенезе атаксий лежит либо нарушение реципроктной иннервации, либо в прекращении проприоцептивной сигнализации (от мышечных веретён, осумкованных луковичеобразных телец — сухожильных телец Гольджи) по тому или другому восходящему афферентному пути. Перестает поступать информация о степени напряжения мышц в каждый данный момент, о результатах адаптационных эффектов функциональных систем.

Виды атаксий.

В клинической практике выделяют сенситивную, мозжечковую, вестибулярную, корковую, а также истерическую формы атаксий.

Сенситивная атаксия — данный вид расстройства связан с поражением мышечно- корковых путей (спино-таламо-корковый путь), проявляется расстройством функций двигательного (кинестетического) анализатора.

Причиной может быть поражение задних столбов спинного мозга, таламуса или спинальных нервов, а также полинейропатии и дефицит витамина В12, нейроинфекции, аутоиммунные поражения нервной системы (НС).

При выраженной сенситивной атаксии в верхних конечностях затруднено выполнение даже самых простых действий. Пациент не может застегнуть пуговицы, поднести стакан воды ко рту, точно попасть пальцем в кончик носа. В покое в пальцах кисти иногда можно видеть произвольные движения, напоминающие атетоз (псеудотетоз).

Также нарушена координация и в нижних конечностях. При проведении КПП в первой фазе — голень описывает зизгаки, пятка попадает то выше сустава то ниже; во второй фазе — движения утрачивают плавность, становятся толчкообразными, с отклонением в стороны. Мышечный тонус в пораженных конечностях становится пониженным. В положении стоя отмечается пошатывание, особенно при смыкании стоп и усиливается при закрывании глаз (симптом Ромберга). Передвижение становится неуверенным, стопы порывисто поднимаются и со стуком опускаются на пол, пациент ходит с опущенной головой, усиливая зрительный контроль. В темноте эти

расстройства усиливаются. Характерный признак сенситивной атаксии - ощущение ходьбы по ковру или вате.

Таким образом, сенсетивная атаксия всегда сочетается с расстройством глубокой чувствительности и функциональным разобщением отдельных сегментов конечностей с высшими зонами мозга. Усиливается при выключении контроля зрительного анализатора. Может сопровождаться исчезновением глубоких рефлексов – при поражении задних канатиков нижней половины спинного мозга (сифилитическое поражение НС, недостаток витамина В12). При других видах атаксии угасания глубоких рефлексов обычно не наблюдается.

Мозжечковая атаксия – различают две формы мозжечковой атаксии: статико – локомоторная и динамическая.

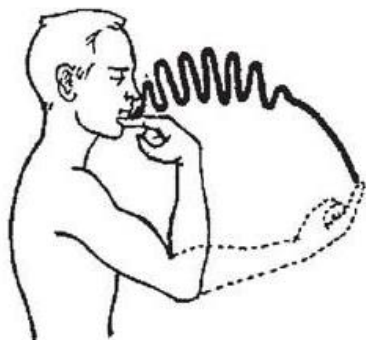
Статико – локомоторная форма атаксии возникает при поражении червя мозжечка, расстраиваются в основном стояние и ходьба.

Пациент стоит с широко раставленными ногами, покачивается. При ходьбе туловище отклоняется в стороны, походка напоминает походку пьяного человека. Особенно затруднены повороты. Отклонение при ходьбе наблюдается в сторону мозжечкового поражения.

При поражении мозжечковых систем нарушается сочетание прстных движений , составляющих последовательную цепь сложных двигательных актов – асинергии. Асинергия определяется с помощью пробы Бабинского. При одностороннем поражении мозжечка соответствующая нижняя конечность поднимается выше другой.

Динамическая атаксия – возникает при поражении полушарий мозжечка. Нарушается выполнение различных произвольных движений конечностями. В наиболее отчетливой форме эти расстройства обнаруживаются при исследовании движения верхних конечностей.

При выполнении ПНП наблюдается промахивание, мимопопадание, интенционный тремор. Если промахивание наблюдается только при закрытых глазах, то это характерно для сенсетивной атаксии.



КПП – пациент промахивается, попадая пяткой в область колена, и затем пятка соскальзывает в стороны при проведении её до голени.

Пробы на диадохотнез – наблюдаются неловкие, размашистые движения и несинхронные движения – адиадохокинез и брадикинезия.

Проба на соразмеренность движений – на стороне поражения наблюдается мозжечковая избыточная ротация кисти – дисметрия (гиперметрия).

Положительная проба Шильдера.



Также при поражении мозжечковых систем наблюдаются расстройства речи, она становится замедленной (брадилалия), теряет плавность, становится взрывчатой, ударения становятся не на нужных слогах – скандирующая речь.

Изменяется почерк – становится чрезмерно крупным, неровным (мегалография). Пациент не может нарисовать круг или другую правильную фигуру. Возникает нистагм. Может изменяться мышечный тонус становится дистоничным. Наиболее часто наблюдается мышечная гипотония – мышцы становятся дряблыми, вялыми, возможна гипермобильность суставов. При этом могут снижаться глубокие рефлексy.

Вестибулярная атаксия – возникает при нарушении функций вестибулярного анализатора в частности его проприорецепторов в лабиринте. Наблюдается расстройство равновесия тела, во время ходьбы пациент отклоняется в сторону пораженного лабиринта. Характерны тошнота, иногда рвота, возможно нарушение слуха на пораженной стороне. Все симптомы

усиливаются при резких поворотах головы и изменениях положения тела. При одностороннем поражении возникает нистагм, системное головокружение.

Часто причиной выступает ДППГ, болезнь Меньера, вестибулярный нейронит. Заболевания ЛОР – органов с переходом на внутреннее ухо.

Корковая атаксия – возникает при поражении лобной, височной долей и их проводников и их проводников (tractus cortico-ponto-cerebellares). В таких случаях расстраивается ходьба и стояние. Туловище отклоняется кзади и в сторону, противоположную очагу. Выявляется мимопопадание в руке и в ноге (гемиатаксия). Неустойчивость, наклоны или заваливания начинаются на поворотах, а при тяжелых повреждениях больные вообще не способны стоять и ходить. Этому координационному расстройству свойственны также нарушения обоняния, изменения психики и выраженный хватательный рефлекс. При таком виде нарушений координации обнаруживаются и другие признаки поражения соответствующих долей больших полушарий головного мозга.

Истерическая атаксия – данная форма атаксий не связана с органическим поражением головного мозга. Характерны диссоциативные двигательные расстройства. Демонстрация нарушений, вычурность нарушений походки. Другие проявления истерии (психиатрических расстройств) в анамнезе и в настоящее время.

Литература:

1. Скоромец А.А., П.А. Скоромец, Т.А. Скоромец. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. 2007 г.
2. М. Бера, М. Фротшер Топический диагноз в неврологии по Петеру Дуусу. 2018г.