

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 на тему:

«Апраксии»

Выполнила:

Ординатор 1 года
обучения Ильминская А.А

Красноярск 2017

План

1. Этиология
2. Патогенез
3. Классификация в зависимости от локализации:
 - 3.1 Регуляторная апраксия
 - 3.2 Моторная апраксия
 - 3.3 Динамическая апраксия
 - 3.4 Кортикальная апраксия
 - 3.5 Билатеральная апраксия
4. Виды апраксий по типам навыков и когнитивных расстройств:
 - 4.1 Акинетическая
 - 4.2 Амнестическая
 - 4.3 Идеаторная
 - 4.4 Идеокинетическая
 - 4.5 Афферентная
 - 4.6 Конструктивная
5. Диагностика
6. Источники

Апраксией (лат. apraxia, греч. ἀπραξία — «бездействие, бездеятельность») принято считать процесс нарушения целенаправленных движений и действий при которых составляющие его элементарных движений сохраняются. Данное патологическое состояние может возникать при наличии очаговых поражений проводящих путей сплетения нервных волокон (мозолистое тело), а также коры больших полушарий головного мозга.

Этиология

Нарушения праксиса возникают при повреждении различных участков головного мозга: коры, подкорковых образований, нервных путей, обеспечивающих их взаимодействие. Наиболее часто апраксия сопровождает поражение лобно-теменных корковых областей. Повреждающими этиофакторами выступают:

- **Опухоли головного мозга.** Внутримозговые новообразования (глиома, астроцитомы, ганглиоэпендимома), прорастающие в кору, подкорковые центры, оказывают повреждающее действие на участвующие в обеспечении праксиса зоны.
- **Инсульты.** Геморрагический инсульт (кровоизлияние в головной мозг) возникает при разрыве в стенке церебрального сосуда, ишемический — при тромбозе артерий, спазме мозговых артерий.
- **Черепно-мозговые травмы.** Апраксию вызывает непосредственное повреждение ответственных за праксис церебральных участков, их вторичное поражение вследствие образования посттравматической гематомы, отека, ишемии, воспалительной реакции.
- **Инфекционные поражения.** Энцефалиты, менингоэнцефалиты различной этиологии, абсцессы головного мозга с локализацией воспалительных очагов в коре, подкорковых ганглиях.
- **Дегенеративные процессы.** Заболевания, сопровождающиеся прогрессирующей корковой атрофией: деменция, болезнь Пика, Альцгеймера, алкогольная энцефалопатия. Обусловлены хронической церебральной ишемией, токсическим поражением (алкоголизм), дисметаболическими нарушениями (сахарный диабет), генетическими факторами.

К факторам риска, повышающим вероятность развития расстройств праксиса, относят возраст старше 60 лет, наследственную предрасположенность, гипертоническую болезнь, инсульт в анамнезе, сердечно-сосудистые заболевания

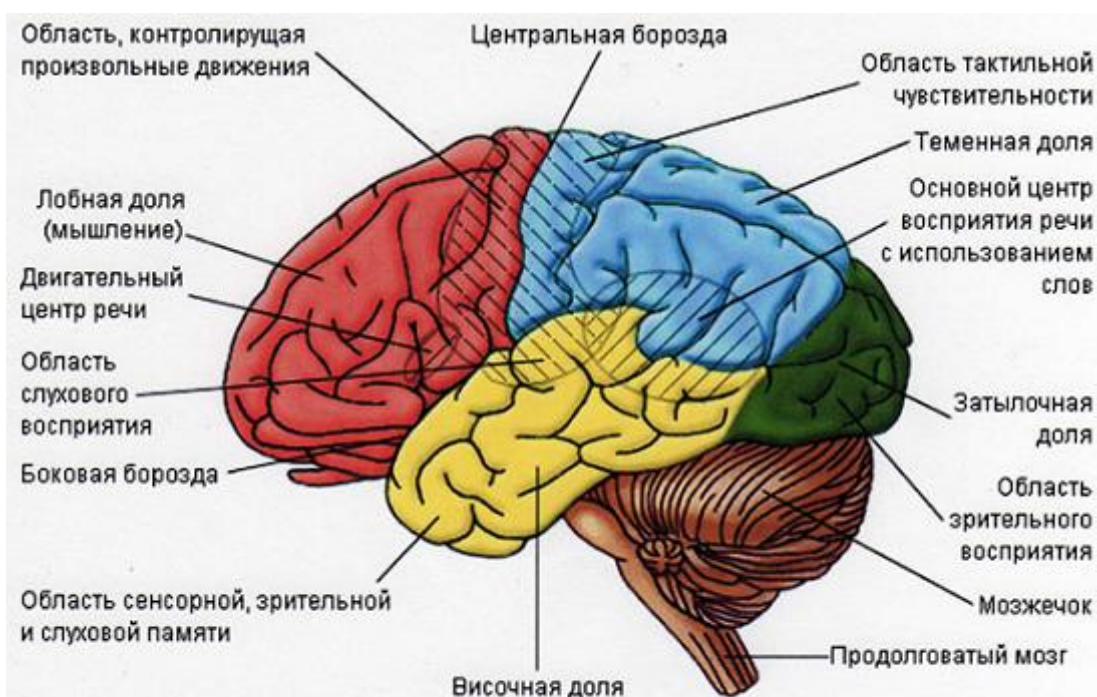
Патогенез

Механизм формирования организованных во времени и пространстве сложных движений находится в стадии изучения. Известно, что нейрофизиологическую основу последовательных действий обеспечивает широкая сеть межнейрональных контактов различных анатомо-функциональных зон обоих полушарий. Содружественная работа всех отделов системы необходима для выполнения давно отработанных и новых действий. Преимущественная роль доминантного полушария наблюдается

при осуществлении сложно организованных движений, направленных на решение новой задачи, лежащей вне привычного поведения. Апраксия возникает при нарушении функции отдельных участков системы под действием указанных выше этиологических факторов. Сложная организация системы праксиса, вхождение в неё различных церебральных структур обеспечивает широкую вариативность клинической картины, существование многочисленных видов апраксии.

Клиническая картина

Виды апраксий в зависимости от места локализации патологических нарушений в головном мозге



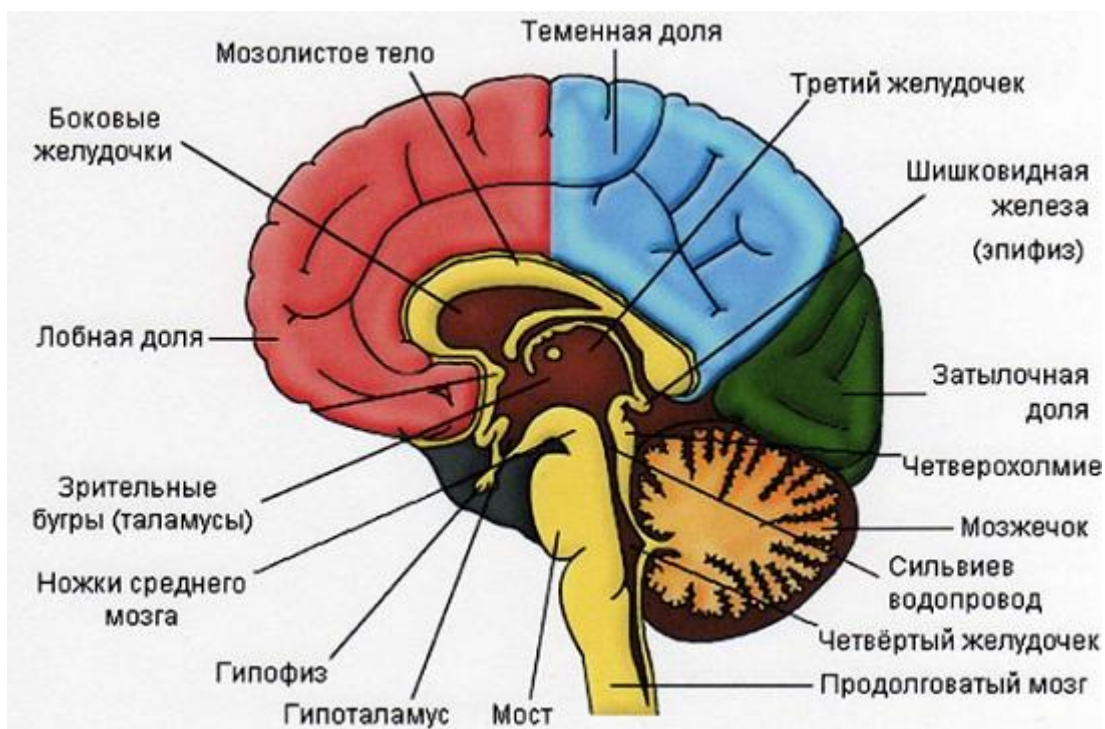
Двигательный центр речи так же называется извилиной (центром) Брока, а центр восприятия речи так же называется полем (центром) Вернике. Появились у архантропов.

1. *A. frontalis*- Регуляторная (лобная) апраксия—нарушение регуляции движений. Представляет вид болезни с поражением коры префронтальной области больших полушарий мозга, в результате чего возникают нарушения сложных, имеющих последовательное течение двигательных актов. При данном состоянии движение не доводится до конца, Нарушение целеполагания, программирования и контроля.
2. *A. motoria* — Моторная апраксия (Идеомоторная апраксия) — для данного вида характерно то, что которой больной может наметить последовательный план действий, который необходим для выполнения сложных двигательных процессов, но не имеет может его осуществить.
3. *A. praemotoria*- Динамическая апраксия (премоторная) — данное состояние, обусловлено патологической инертностью и дезавтоматизацией двигательных актов; Для нее характерны

нарушения навыков, которые необходимы для перевода отдельных движений в более сложные. Наиболее часто встречается при поражениях 6 цитоархитектонического поля Бродмана и премоторной зоны коры большого мозга.

4. *A. corticalis*- кортикальная— данный патологический процесс является следствием поражения коры доминирующего полушария большого мозга. Кортикальная апраксия — это стойкое патологическое преобразование моторной области коры мозга на поврежденной стороне.
5. *A. bilateralis* — билатеральная— это двусторонняя апраксия, которая возникает при наличии патологических очагов в нижней теменной доле доминирующего полушария большого мозга. Данный процесс возникает при повреждениях мозолистого тела. Отличается двусторонним течением и может повлечь к нарушению процессов взаимодействия между двумя полушариями.

Виды апраксий по типам навыков и когнитивных расстройств



- *A. akinetica* апраксия(психомоторная) акинетическая — представляет собой расстройство, которое обусловлено недостатком (двигательных навыков) побуждений к двигательной активности.
- *A. amnestica* — апраксия амнестическая — расстройство, при котором нарушаются произвольные действия и сохраняются подражательные. Утрата способности к выполнению последовательных действий по просьбе извне. Больной забывает, каким должно быть следующее действие после выполнения предыдущего.
- *A. ideatoria*- идеаторная апраксия— расстройство, которое характеризуется как невозможность установить план последовательных действий, которые необходимы для выполнения сложных движений.

- A. ideokinetic- идеокинетическая апраксия— состояние обусловлено утратой способности целенаправленно выполнять простые действия, которые составляют сложный двигательный акт, при это случайное выполнение сохраняется.
- a. kinaesthetica афферентная(кинестетическая)апраксия —состояние, обусловленное нарушением произвольных движений в на фоне расстройства кинестетической афферентации, которое характеризуется поиском нужных движений. Встречается при поражениях коры постцентральной извилины доминирующего полушария большого мозга. Больной не имеет возможности придать руке нужную форму, как по тактильному образцу, так и по зрительному. Происходит нарушение всех предметных действий, к примеру, не нет возможности показать, как гладить, расчесываешь. Феномен — рука-лопата.
- A. constructiva- апраксия конструктивная — апраксия, при которой невозможно составить целый предмет из его частей.
- апраксия одевания — нарушение, которое проявляется под видом затруднений в процессе одевания; наблюдается при поражения правого полушария, в частности париетоокципитальной коры больших полушарий. Проблемы с самостоятельным одеванием и раздеванием, это происходит на фоне того, что больной путает стороны обуви, одежды, одевает задом на перед, путает стороны ботинок. Вариант конструктивной апраксии
- апраксия оральная — вид моторной апраксии лицевой мускулатуры, которая проявляется как расстройство сложных движений языка и губ, приводящие к нарушению речи. Под эти состоянием принято подразумевать утрату способности к осуществлению по заданию извне простых артикуляционных поз или действий, в которых принимает участие оральная мускулатура, к примеру:
 1. Сплевывание;
 2. Жевание;
 3. изобразить свист;
 4. Оттопырить языком щеку;

Вариант кинестетической(афферентной)апраксии, приводящий к расстройству речи по типу кинестетической моторной афазии:

1. апраксия пространственная — вид апраксии, проявляющийся под видом нарушения ориентировки в пространстве, в частности по направлению «правое — левое». Вызывается нарушениями зрительно-пространственной афферентации движений. Больной не имеет возможности воспроизвести нужную позу, испытывает трудности при выполнении пространственно ориентированных движений, не взирая открыты у него глаза или закрыты.
2. апраксия ходьбы —патологический процесс, характеризующийся нарушением ходьбы при отсутствии вестибулярных, двигательных и

проприоцептивных расстройств и атаксии. Данный вид встречается при поражениях коры лобной доли большого мозга.

Диагностика

Диагностическое значение альтернирующих синдромов заключается в возможности локализовать очаг поражения и определить его границы. Например, синдром Джексона возникает при тромбозе передней спинномозговой артерии или ее ветвей, синдромы Авеллиса и Шмидта развиваются при нарушении кровообращения в ветвях артерии, питающей продолговатый мозг, а синдромы Валленберга—Захарченко и Бабинского—Нажотта — в бассейне нижней задней мозжечковой или позвоночной артерии. Понтинные синдромы Фовилля, Бриссо, Раймона—Сестана возникают при поражении ветвей базилярной артерии, педункулярные синдромы — глубоких ветвей задней мозговой артерии, синдром Клода — передней и задней артериол красного ядра, синдром Бенедикта — межножковых или центральных артерий и пр. Изменение симптомов характеризует причину патологического процесса. Ишемическое поражение ствола мозга, например, в результате тромбоза ветвей позвоночных, базилярной или задней мозговой артерии приводит к постепенному развитию альтернирующих синдромов, даже не сопровождающихся утратой сознания. Границы очага при этом соответствуют зоне нарушения кровоснабжения, гемиплегия или гемипарез имеют спастический характер. Кровоизлияния в ствол мозга могут приводить к возникновению атипичных альтернирующих синдромов. Это происходит в связи с тем, что кроме участка поврежденного сосудистого бассейна в процесс вовлекаются и окружающие ткани мозга за счет развития периферического отека. Острое развитие очага в понтинной зоне сопровождается нарушениями дыхания, сердечной деятельности, рвотой. В остром периоде определяется снижение мышечного тонуса на стороне гемиплегии.

Источники

1. Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия. Е.И Гусев, А.Н Коновалов, А.Б. Гехт.- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007
2. Частная неврология. Учебное пособие для послевузовского образования. Никифоров А.С, Гусев Е.И. М.: ГЭОТАР-медиа, 2013.

3. 3. Болезни нервной системы. Руководство для врачей: в 2-х томах. Яхно
Н.Н. М.:2005