

Анализ мягкого нёба доказывает его отставание при разговоре на пораженной стороне и отклонение язычка в здоровую сторону. Для исследования мягкого нёба пациента просят произнести буквы «а» и «э», при этом нёбная занавеска подтягивается слабо, отстает на стороне пареза. Нёбный и глоточный рефлекс анализируют с каждой стороны.

Деревянным шпателем, ложкой или бумажной полоской, скрученной в длинную и тонкую трубочку, прикасаются к задней стенке мягкого нёба и глотки. **Раздражение** их вызывает подтягивание вверх занавески, такой результат будет и при глоточных рефлексах. Одностороннее отсутствие или уменьшение рефлексов говорят о периферическом поражении IX и X пар нервов.

Необходимо помнить, что двустороннее отсутствие глоточного и нёбного рефлексов не всегда свидетельствует об органическом поражении.

Патология сердечного ритма (тахикардия), нарушение дыхания и других вегетативно-висцеральных механизмов имеет место при заболеваниях блуждающих нервов (полный перерыв этих нервов несовместим с жизнью).

Явления раздражения в зоне иннервации IX и X пар проявляются ларинго-фаринго-пилороспазмом и разнообразными вегетативными нарушениями. Добавочный нерв на **100% двигательный**. Тела периферических нейронов локализованы колонкой в основании передних рогов I—VI шейных сегментов. Отростки этих клеток формируют шесть-семь тонких корешков, которые направляются на боковую поверхность спинного мозга и соединяются в [общий ствол нерва](#)

. Он восходит вверх, проходя между передними и задними шейными спинномозговыми корешками, через большое затылочное отверстие входит в полость черепа и покидает его через яремное отверстие, иннервирует грудино-ключично-сосцевидную и трапециевидную мышцы.

Центральные мотонейроны локализованы в средней части прецентральной извилины, между иннервациями руки и головы, играют роль в формировании лучистого венца, включаются в состав передней части заднего бедра внутренней сумки, проходят ножку

мозга, варолиев мост. На уровне нижних отделов продолговатого мозга центральные мотонейроны **частично перекрещиваются**, проходят в боковом канатике спинного мозга до клеток ядра нерва. Односторонний паралич центрального нейрона приводит к легкому парезу указанных мышц.

Грудино-ключично-сосцевидная мышца поворачивает голову в противоположную сторону и вверх. Трапециевидная мышца поднимает верхнюю конечность, совершает «пожимание плечами». Обе мышцы участвуют в акте [форсированного дыхания](#). Для оценки силы грудино-ключично-сосцевидной мышцы пациента просят повернуть голову в сторону и немного вверх и стабилизировать ее в такой позе. Доктор при этом немного мешает это делать. Для оценки тонуса

трапециевидной мышцы

пациента просят поднять плечо и задержать их в этом положении. Доктор пытается их опустить. По тяжести противодействия пациента говорят о запущенности поражения. При заболевании ядра или ствола добавочного нерва имеют место парезы и атрофия соответствующих мышц. Верхняя конечность на стороне паралича опущена.

В иннервируемых XI парой мышцах проявляются симптомы раздражения — клонические подергивания головы в противоположную сторону, тикообразные подергивания плеча, кивательные движения. Односторонний тонический спазм вызывает кривошею.

Прочитать еще:

1) [Клиника лейкозов](#)

2) [Миеломная болезнь](#)

3) [Брюшной тиф](#)