Типичной чертой топографии мозгового ствола является концентрация на малом пространстве ядер черепных нервов. Особенно это относится к ядрам V, IX, X, XII пар в продолговатом мозге. Эти ядра страдают при небольших патологических очагах.

Приводит это к появлению паралича периферического типа IX, X и XII пар нервов (паралич языка, глотки, гортани). Клинически это выражается нарушением глотания — дисфагией, потерей тембра голоса — афонией, носовым оттенком речи — назолалией, нарушением произношения членораздельных словосочетаний — **дизартрией**. Иногда поражается половина поперечника продолговатого мозга. В результате помимо клиники на стороне очага ядер черепных нервов перерыв пирамидного пучка приводит к формированию гемиплегии на противоположной стороне — альтернирующей гемиплегии. При двустороннем периферическом параличе IX, X и XII пар наступает смерть.

Нарушения глотания, фонации и артикуляции выражены и при опухолях в обоих полушариях головного мозга, когда перестают функционировать центральные мотонейроны . Такие параличи называют **псевдобульбарными** . Появляются они при нарушении деятельности кортиконуклеарных систем. Двусторонняя патология кортиконуклеарных путей сопровождается появлением патологических рефлексов орального автоматизма. Удар молоточкам (или пальцем) по верхней или нижней губе вызывает сокращение круговой мышцы рта или вытягивание губ вперед, как при сосании — хоботковый рефлекс. Аналогичные проявления случаются при ударе молоточком по спинке носа — назолабиалъный рефлекс.

Прочитать еще:

1) Кистаденокардинома

2) Опухоли меланинобразующей ткани

3) Опухоли соединительнотканного происхождения