Министерство образования и науки Украины

Открытый международный университет развития человека “Украина”

Горловский филиал

Кафедра физической реабилитации

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

по дисциплине: Нервные болезни

ТЕМА: ” ОСНОВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ”

Выполнил:

студент 3-го курса группы ФР-04

дневного отделения

факультета “Физическая реабилитация”

Голубев Дмитрий Алексеевич

Руководитель: Лыков А.В.

2009

План

1. Общие сведения о заболеваниях периферической нервной системы

2. Невралгии

3. Невропатии

4. Мононевропатии

5. Полиневрит и полиневропатии

Список литературы

1 Общие сведения о заболеваниях периферической нервной системы

Заболевания периферической нервной системы включают большую группу болезней, для которых характерна определенная локализация. Причинами их могут быть инфекции, интоксикации, авитаминозы, нарушения кровообращения, травмы и другие факторы. Заболевания периферической нервной системы чрезвычайно распространены, они занимают одно из первых мест среди заболеваний с временной утратой трудоспособности.

К заболеваниям периферической нервной системы относятся невралгии и невриты [7]. Невралгия — это заболевание, при котором функция поврежденных отделов периферической нервной системы сохранена. Для него характерна резко выраженная боль без признаков нарушения чувствительности и объема движений. В отличие от невралгий, неврит характеризуется не только болью, но и функциональными нарушениями: изменением чувствительности, объема движений, рефлексов, вегетативной иннервации. Указанные заболевания отличаются и в морфологическом отношении: при невритах обнаруживают изменения нервов воспалительного или дегенеративного характера, при невралгиях либо эти изменения незначительны, либо выявить их общепринятыми методами гистологического исследования не удается.

В последние годы вместо термина «неврит» все чаще применяют термин «невропатия», так как далеко не всегда изменения нервов носят воспалительный характер. По-видимому, правомочны оба названия, причем для воспалительных процессов целесообразно применять термин «неврит», а для дегенеративных — «невропатия».

В зависимости от локализации патологического процесса в периферической нервной системе различают радикулит— поражение корешков спинномозговых нервов, ганглионит — спинно-мозгового узла или его аналога — чувствительного узла черепных нервов, плексит — нервного сплетения, образованного передними ветвями спинно-мозговых нервов, и неврит (невропатия) — нерва. Поражение одного периферического нерва называют мононевритом (мононевропатией), множества нервов — полиневритом (полиневропатией).

2. Невралгии

Наиболее частой формой невралгии является невралгия тройничного нерва. Причиной заболевания могут быть патологические процессы в околоносовых пазухах, глазнице, полости рта, в частности, кариозные зубы, заболевания костей основания черепа и мозговых оболочек, инфекции (грипп и др.), интоксикации [8]. В ряде случаев причина невралгии остается невыясненной.

Клинически невралгия характеризуется приступами боли в области иннервации одной из ветвей тройничного нерва, т. е. в глазнице, глазном яблоке либо в верхней или нижней челюсти, подбородке. Возникая в зоне одной ветви, боль может распространяться, иррадиировать в область иннервации других ветвей тройничного нерва и за их пределы. Боль мучительная, интенсивная, непродолжительная (до 20—40 с). Появляется боль без видимых причин, но провоцировать ее могут самые различные факторы. Так, при невралгии верхне- или нижнечелюстного нерва приступ может возникнуть при разговоре, жевании, глотании, чистке зубов. Провоцирующим моментом может быть также прикосновение к определенному участку кожи в области иннервации пораженного нерва. Такие участки называют пусковыми, или курковыми, зонами. Больные о них обычно знают и указывают на их расположение издали, не прикасаясь к коже в этой области. Нарушений чувствительности и рефлексов во время приступов боли, как правило, не наблюдается, однако нередко у больных возникают вегетативные расстройства: нарушение слюно- и слезоотделения, покраснение конъюнктивы глазного яблока и кожи лица, изменение температуры кожи и т. п.

Продолжительность и частота приступов боли может быть различной. Невралгия, причина которой известна, излечима. Эссенциальная невралгия (с невыясненной причиной) может беспокоить больного в течение многих лет.

В этих случаях отмечаются периодические обострения (рецидивы), сменяющиеся ремиссиями.

Невралгия затылочного нерва. Причинами ее могут быть инфекции, переохлаждение, дегенеративные изменения позвоночного столба. Клинически невралгия затылочного нерва характеризуется приступами боли в затылочной области, распространяющейся на шею, надплечье, лопатку. При осмотре можно обнаружить вынужденное положение головы, болезненность в области между сосцевидным отростком и первым шейным позвонком.

Межреберная невралгия может быть первичной и вторичной, т. е. возникшей на фоне заболеваний легких, плевры, печени, желчных путей и т. п. Характеризуется опоясывающей болью стреляющего характера, которая распространяется от позвоночного столба в ту или иную сторону.

Наиболее эффективным медикаментозным средством лечения при невралгии является карбамазепин (тегретол, финлепсин). Назначают его в таблетках, сначала по 0,2 г 1— 2 раза в день, а затем по 0,4 г 3 раза в день.

При уходе за больными с невралгией следует учитывать, что отрицательные эмоции, неудобное положение тела, шум, яркое освещение усиливают боль. Больные с невралгией тройничного нерва нередко не могут разговаривать и жевать, так как при этом у них возникают приступы боли. К таким больным следует относиться особенно бережно, помогать их общению с окружающими с помощью письменной речи, кормить жидкой пищей, не требующей жевательных движений.

3. Невропатии

Поражение периферических нервов может быть первично аксональным (дистальное нарушение метаболической функции нейрона) или демиелинизирующим (с утратой миелиновой оболочки). Эти поражения вызваны целым рядом патологических процессов.

Симметричная дистальная сенсорно-моторная невропатия. Типичны приобретенные токсические или метаболические невропатии. Сначала развиваются симптомы нарушения чувствительности: пощипывание, покалывание, жжение или сегментарные расстройства чувствительности, такие как дизестезии в дистальных отделах конечностей, сначала стоп, затем кистей. В начале заболевания обычны симметричные проявления. В легких случаях сенсорно-моторные признаки могут отсутствовать. Ухудшение развивается афферентно и ведет к атрофии мышц, потере всех видов чувствительности, арефлексии, двигательной слабости, больше проявляющейся в группах мышц-разгибателей, чем в соответствующих им мышцах-сгибателях. В тяжелых случаях развиваются респираторные осложнения или дисфункция сфинктера. Течение во времени, распространение и тяжесть заболевания вариабельны и зависят, в основном, от этиологии.

Неврит — воспаление нерва. Воспалительный процесс в периферических нервах может быть осложнением инфекционных заболеваний. Невриты наблюдаются после брюшного и сыпного тифов, а также после дифтерии, пневмонии, гриппа, ревматизма и других инфекций, в том числе и вирусных. Невриты возникают при хроническом злоупотреблении алкоголем. Кроме инфекционных невритов, бывают невриты, связанные с отравлениями тяжелыми металлами: мышьяк, свинец, ртуть и др. Травматические поражения нервов, возникающие вследствие огнестрельного ранения, открытого перелома костей, ранения нерва также называют невритами.

Основными симптомами неврита являются боль по ходу нерва— выпадение двигательных и чувствительных функций — периферический парез (неполный паралич) или паралич с атонией и атрофией мышц, арефлексией, снижение или полное отсутствие болевой чувствительности, трофические изменения кожи: ее истончение, сухость, выпадение волос, изменение окраски кожи, ломкость ногтей.

Различают поражения одного нерва – мононевриты (мононевропатии) и множественные воспаления нервов — полиневриты (полиневропатии).

4. Мононевропатии

Мононевритом называют поражение одного из нервов. Чаще всего встречается неврит лицевого, локтевого, срединного, лучевого, малоберцового и большеберцового нервов. Чаще всего мононевриты связаны с травмой.

Установление причины мононевропатии основывается на определении места поражения путем детального обследования. Причинами могут быть: ущемление нерва (запястный синдром, болезнь Рота—Бернгардта и др.), прямая травма или смещение, сдавление опухолью (синдром Панкоста, при поражении плечевого сплетения; тазовый или ретроперитонеальный, при поражении пояснично-крестцового сплетения), непосредственная инфильтрация нервной оболочки опухолью, сдавление ретроперитонеальной гематомой, плексит, сахарный диабет, опухоли периферических нервов, herpes zoster, паралич Белла, саркоидоз, лепрозный неврит.

Неврит лицевого нерва — заболевание вирусной этиологии, может возникать и вторично — при наличии воспалительных очагов в ухе или окружающих тканях. Его возникновению способствует также фактор охлаждения. Заболевание начинается с боли в области сосцевидного отростка (позади уха). Через 1-2 дня возникает постепенно нарастающая асимметрия лица. При осмотре больного отмечается «перекос» лица в здоровую сторону, на больной стороне сглаживается рельеф складок на лбу и кожи носогубной; складки. Глаз не закрывается, при попытке закрыть его глазное яблоко поворачивается кверху (симптом Белла).

Бровь не поднимается, больной не может нахмуриться, свистнуть, сложить губы в трубочку. При попытке оскалить зубы рот приобретает форму ракетки. Не вызываются роговичный и надбровный рефлексы. Слезоотделение усиливается, реже уменьшается. Вкус нарушен в области передних 2/3 языка. Иногда повышается чувствительность к низким звукам, уменьшается слюноотделение. Симптомы заболевания нарастают в течение первых двух-трех суток, а затем начинается восстановление.

Лечение. При невритах лицевого нерва инфекционного происхождения применяются ацетилсалициловая кислота, салицилат натрия, антибиотики: олететрин, пенициллин и др. При заболеваниях уха назначают соответствующее лечение, в частности оперативное лечение гнойного мезотимпанита. В восстановительном периоде показаны: массаж, специальная лечебная гимнастика, ритмическая электростимуляция. Для улучшения проводимости нерва назначают 0,02 г дибазола 3 раза в день, инъекции тиамина, цианокобаламина, прозерина, галантамина. При неполном смыкании век во избежание заболевания роговицы необходимо систематически закапывать сульфацил-натрий (альбуцид-натрий) и носить защитную повязку.

При своевременном лечении через 3—4 нед парез лицевой мускулатуры может полностью ликвидироваться. В ряде случаев болезнь принимает затяжное течение.

Поражение нервов верхних и нижних конечностей чаще всего обусловлено травмой.

Неврит лучевого нерва характеризуется возникновением периферического паралича разгибательных мышц руки со снижением пястно-лучевого и выпадением разгибательного локтевого рефлексов. Больной не может разогнуть кисть и пальцы, отвести большой палец, повернуть вверх ладонную поверхность кисти вытянутой руки (рис. 2). При высоком повреждении нерва не удается разогнуть предплечье. Чувствительность почти не нарушена.

Самым характерным симптомом этого неврита является свисание кисти. Если больному предложить вытянуть руки вперед, то кисть на стороне поражения будет свисать вниз (рис.3), больной не может разогнуть кисть и пальцы.

Причиной возникновения данного заболевания обычно являются травмы предплечья. Поражение лучевого нерва встречается чаще потому, что этот нерв легко подвергается сдавлению в среднем отделе плеча, где он огибает плечевую кость, переходя с внутреннезадней поверхности ее на наружно переднюю.

Сдавление нерва может происходить во сне, когда вытянутая рука лежит на твердом предмете и подложена под голову спящего.

Неврит локтевого нерва проявляется периферическим параличом сгибательной кисти, из-за чего невозможно приведение пальцев и сгибание их в основных и в дистальных фалангах IV, V пальцев (рис. 4).

Из-за атрофии возвышений большого пальца и мизинца и мелких мышц кисти она приобретает форму «когтистой». Снижается чувствительность по локтевой поверхности предплечья и кисти.

Чаще всего неврит локтевого нерва развивается вследствие компрессии нерва в области локтевого сустава, возникающей у лиц, в процессе работы опирающихся локтями о станок, стол, верстак и даже на подлокотники кресла при длительном сидении в нем. Клиническая картина неврита локтевого нерва: кисть свисает, отсутствует супинация предплечья, нарушается функция межкостных мышц кисти, в связи с чем, пальцы когтеобразно согнуты («когтистая кисть»), больной не может брать и удерживать предметы (рис.5).

Наступает быстрая атрофия межкостных мышц пальцев и мышц ладони со стороны мизинца; отмечается переразгибание основных фаланг пальцев, сгибание средних и ногтевых фаланг; невозможно отведение и приведение пальцев. В таком положении происходит растяжение мышц, разгибающих предплечье, и возникает контрактура мышц, сгибающих кисть, поэтому с первых часов поражения локтевого нерва на кисть и предплечье накладывается специальная лонгета. Кисти придается положение возможного разгибания в лучезапястном суставе, а пальцам — полусогнутое положение, предплечье и кисть подвешиваются на косынке в состоянии сгибания в локтевом суставе под углом 80° в среднем физиологическом положении.

ЛФК назначается уже на 2-й день после наложения фиксирующей повязки с занятий пассивной гимнастикой, гимнастикой в воде, массажем, а по мере появления активных движений — активной гимнастикой.

Неврит срединного нерва характеризуется нарушением сгибания большого пальца и II, III пальцев в межфаланговых суставах; рука не сжимается в кулак (рис. 6). Отмечаются нарушения чувствительности в дистальных фалангах II и III пальцев. Кроме того, из-за нарушения симпатической иннервации наблюдаются сильная боль и трофические расстройства в виде отека кисти, цианоза, нарушения роста волос, ногтей, потоотделения.

Неврит малоберцового нерва приводит к свисанию стопы, невозможности разгибания стопы и ее пальцев (рис. 7). Атрофируются мышцы передней поверхности голени. Больной не может стать на пятку. Нарушается чувствительность в области наружного края голени, стопы и в ее пальцах.

Неврит большеберцового нерва приводит к нарушению сгибания стопы и пальцев (рис. 8). Больной не может стать на носок больной ноги. Атрофируются мышцы задней области голени. Исчезает ахиллов рефлекс. Отмечается гипестезия в области подошвы стопы и задней области голени, боль и вегетативно-трофические расстройства.

Для лечения больных применяют витамины, биостимуляторы, прозерин, ЛФК, массаж и другие физиотерапевтические методы. При сильной боли показано иглоукалывание. В тех случаях, когда в результате повреждения лучевого и малоберцового нервов свисает кисть или стопа, необходимо принимать меры для предупреждения растяжения сухожилий и образования контрактур (подвешивание предплечья и кисти на косынке, повязки, лонгеты, ортопедическая обувь).

5. Полиневрит и полиневропатии

Полиневрит и полиневропатия характеризуются множественным поражением периферических нервов. Ведущую роль в этиологии этих заболеваний играют инфекции (полиневриты) и интоксикации (полиневропатии). Инфекционный полиневрит может быть первичным (вирусной этиологии) и вторичным (осложняющим различные инфекционные (болезни — грипп, дифтерию и др.). Токсическая полиневропатия может быть экзогенной (результат проникновения в организм токсинов из окружающей среды) и эндогенной (при заболеваниях почек, печени, поджелудочной железы и (других органов).

Клинически полиневрит и полиневропатия характеризуется болью в конечностях, парестезиями, нарушением всех (видов чувствительности по периферическому типу или по типу «носков и перчаток», т. е. в дистальных отделах конечностей. Развиваются периферические парезы или параличи. B этой же области отмечаются вегетативные расстройства — изменение окраски, температуры и влажности кожи. В зависимости от быстроты развития полиневритического синдрома различают острое, подострое и хроническое течение заболевания. Описанная симптоматика наблюдается при всех видах полиневрита и полиневропатии, однако, каждый из них имеет некоторые характерные особенности, обусловленные этиологией заболевания.

Первичный полиневрит вирусной этиологии характеризуется острым началом, общим недомоганием, повышением температуры тела. Заболевание обычно начинается с парестезии, боли и слабости в ногах, затем процесс приобретает, «восходящий» характер, распространяясь на нервы верхних конечностей и на черепные нервы, в первую очередь — бульбарные. При этом изменяется голос, нарушаются речь, глотание, возникают расстройства дыхания и деятельности сердца. Благодаря проведению реанимационных мероприятий (искусственной вентиляции легких), больные не погибают, но процесс распространяется на другие черепные нервы, развивается паралич жевательных, мимических и глазных мышц. Подобный вариант течения полиневрита называют восходящим параличом Ландри. При современных методах лечения, включающих интерферон, гамма-глобулин и реанимационные мероприятия, заболевание может закончиться выздоровлением.

Несколько иначе протекает первичный полирадикулоневрит Гийена — Барре (см. ниже). При этой форме полиневрита наряду с нервами поражаются корешки спинномозговых и черепных нервов, клинически она характеризуется преимущественным поражением проксимальных отделов конечностей и черепных нервов, в основном лицевого. На высоте заболевания возникают периферические параличи мышц плечевого и тазового пояса, двусторонний паралич мимических мышц, боль, нарушения чувствительности. В спинномозговой жидкости обнаруживают белково-клеточную диссоциацию. Течение заболевания благоприятное.

Синдром Гийена-Барре – острая, часто восходящая, преимущественно моторная невропатия, которая возникает после инфекции, травмы или хирургического вмешательства. Описаны случаи заболевания Синдрома Гийена-Барре после вирусной инфекции Эпштейна—Барр, инфекционного гепатита, инфекции ЦМВ, микоплазмы, ВИЧ и гастроэнтерита, вызванного Campylobacterjejuni. Проявляется демиелинизацией проксимальных нервных волокон (корешков) и моноцитарной инфильтрацией; вероятно, заболевание возникает из-за аутоиммунной сенсибилизации периферических нервов к миелину.

Клинические проявления Синдрома Гийена-Барре проявляются в появлении частых миалгий и жалоб на нарушение чувствительности (парестезия). Мышечная слабость быстро (в течение дней) прогрессирует, достигая максимума у большинства больных на 7-10-й день. Типичные проявления заболевания: симметричная мышечная слабость, утрата сухожильных рефлексов и относительно хорошо сохраненная чувствительность. Обычно развивается билатеральный лицевой паралич. При одном из вариантов заболевания (синдром Миллера—Фишера) наблюдается офтальмоплегия, билатеральная слабость мимических мышц и тяжелая атаксия.

Диагностика. В спинномозговой жидкости повышено содержание белка, но либо не содержится клеток, либо их количество невелико (менее 10). Скорость нервной проводимости замедлена.

Лечение и прогноз. 90% больных полностью выздоравливают. Лечение заключается в поддерживающей терапии, включающей частое измерение функциональной жизненной ёмкости лёгких с низким порогом для интубации и вспомогательного дыхания. Плазмаферез, если его проводить в первые 2 нед заболевания, уменьшит тяжесть и ускорит выздоровление. Такой же эффект дает и внутривенное введение IgG (2 г/кг 5 дней). Устойчивая мышечная слабость наблюдается примерно у 10% больных. Терапия глюкокортикоидами не дает эффекта.

Инфекционный полиневрит (polyneurifis irsfecfiosa).

Начало заболевания, как правило, острое, по типу острого лихорадочного процесса, с повышением температуры до 38—39°С, на фоне которого возникают боли в конечностях.

В дальнейшем развиваются слабость и параличи мышц рук и ног, нарушения болевой чувствительности на конечностях. Нервные стволы резко болезненны при ощупывании. Обратное развитие симптомов протекает медленно.

Причина. В настоящее время большинство исследователей считают наиболее распространенной причиной инфекционного полиневрита вирус.

Дифтерийный полиневрит (tpolyneurifis diphtherika)

При этом виде множественного неврита, развивающегося на фоне перенесенной дифтерии, кроме поражения периферических нервов, страдают и нервы, иннервирующие мягкое небо. У больных нарушается глотание, наблюдается поперхивание (пища попадает в нос, в гортань). Голос у таких больных становится гнусавым. Кроме того, иногда поражаются блуждающий или языкоглоточный нерв, что может вызвать расстройство дыхания и изменение ритма сердечной деятельности. Реже в процесс вовлекается аккомодационный аппарат глаза, что приводит к нарушению зрения, затрудняющему чтение. Дифтерийные полиневриты протекают длительно, до нескольких месяцев.

Алкогольный полиневрит (poiyneurifis aicoholica).

Эта форма заболевания развивается медленно. Вначале больной ощущает быструю утомляемость в ногах, боли в икроножных мышцах, судорожное сведение пальцев ног. Затем болезненные явления могут нарастать. При осмотре отмечается болезненность по ходу нервных стволов. Парезы и параличи чаще бывают в дистальных отделах ног и касаются мышц, иннервируемых малоберцовым нервом. Указанная картина алкогольного полиневрита иногда сопровождается психическими нарушениями, впервые описанными выдающимся русским психиатром С. С. Корсаковым, которые сводятся к резкому нарушению запоминания текущих событий. Так, например, больной не запоминает имени лечащего врача, забывает условия только что заданной задачи, не может назвать места нахождения, год, число, время года и др. При этом больной рассказывает о событиях, не происходивших в действительности (конфабуляция). Если у больного с алкогольным полиневритом имеются указанные расстройства памяти, то это указывает на корсаковский психоз. Кроме хронического алкоголизма, большую роль в возникновении алкогольного полиневрита играет нарушение обмена витаминов, особенно тиамина и никотиновой кислоты.

Выделяют полиневриты, возникающие при отравлении мышьяком, свинцом, ртутью, окисью углерода, а также авитаминозные полиневриты. При свинцовых полиневритах наряду с симптомами свинцовой интоксикации (головокружение, головная боль, свинцовая кайма на деснах, белок в моче, свинцовая колика) поражаются нервы верхних конечностей.

Для ртутного полиневрита характерно наличие стоматита, дрожания, атаксии.

Авитаминозные полиневриты связаны с недостатком или отсутствием в пище никотиновой кислоты (при пеллагре) или тиамина (при бери-бери).

Как уже упоминалось в зависимости от локализации патологического процесса в периферической нервной системе различают радикулит— поражение корешков спинномозговых нервов, ганглионит — спинномозгового узла или его аналога — чувствительного узла черепных нервов и плексит — нервного сплетения, образованного передними ветвями спинномозговых нервов.

Радикулит. Этиология радикулита разнообразна, однако ведущую роль в его происхождении играют дегенеративно-дистрофические изменения позвоночного столба. В связи с вертикальным положением человека его позвоночный столб, особенно нижнепоясничный и нижнешейный отделы, подвергаются значительным перегрузкам, которые приводят к преждевременному изнашиванию хрящевой ткани межпозвоночных дисков. Диски состоят из студенистого ядра и фиброзного кольца. Под влиянием значительных нагрузок или возрастных изменений пульпозное ядро высыхает, разрушается и начинает выпячиваться, а затем выпадает через трещину в фиброзном кольце (грыжа межпозвоночного диска). В смежных телах позвонков при этом возникают реактивные изменения в виде костных разрастаний по их краям.

Указанные изменения представляют собой остеохондроз с сопутствующим ему спондилоартрозом. На рентгенограммах при этом отмечаются изменения конфигурации позвоночного столба, деформация замыкающих пластинок тел позвонков, смещение тел смежных позвонков, уменьшение межпозвоночной щели. Грыжи межпозвоночных дисков оказывают патологическое воздействие на окружающие ткани, в том числе на корешки и их сосуды.

В клинической практике наиболее часто встречается пояснично-крестцовый радикулит, характеризующийся преимущественным поражением V поясничного и I крестцового корешков.

Заболевание может развиваться постепенно или остро. В последнем случае провоцирующим фактором является неловкое движение, поднятие тяжести и т. п. Основной симптом заболевания — боль в пояснично-крестцовой области, которая может распространяться вдоль одной или обеих ног по задненаружной поверхности. Она сопровождается ограничением подвижности и искривлением позвоночного столба, напряжением длинных мышц спины. Появляются симптомы натяжения: Ласега (невозможность поднять разогнутую ногу лежащего на спине больного из-за усиления боли), Нери (усиление боли при наклоне головы вперед), Дежерина (усиление боли при кашле, чихании). В области иннервации V поясничного — I крестцового корешков нарушаются все виды чувствительности, снижается или исчезает ахиллов рефлекс.

Большое значение при лечении пояснично-крестцового радикулита имеет правильное положение позвоночного столба, поэтому рекомендуется подкладывать под матрац деревянный щит. Постель больного должна быть жесткой и ровной. Наряду с общепринятыми методами лечения заболеваний периферической нервной системы применяют скелетное вытяжение, в том числе подводное.

Плексит — поражение нервного сплетения, может возникнуть вследствие травмы, инфекции, интоксикации и других причин.

Чаще всего встречается плечевой плексит. Различают два типа плечевого плексита — верхний и нижний.

Верхний тип, или паралич Дюшенна — Эрба, характеризуется болью, нарушением движений, парестезиями и атрофией мышц в области плечевого сустава.

При нижнем типе плечевого плексита, или параличе Дежерин-Клюмпке, отмечается паралич мышц кисти и пальцев, гипестезия в дистальных отделах руки. Могут встречаться одновременно оба типа плечевого плексита — поражение всего сплетения.

Лечение такое же, как и при поражении периферических нервов.

Ганглионит (опоясывающий лишай). Заболевание вызывается нейротропным вирусом, близким по своим свойствам к вирусу ветряной оспы. Вирус поражает спинномозговые узлы или их аналоги — чувствительные узлы черепных нервов и те участки кожи, которые они иннервируют. В чувствительных узлах развивается воспалительный процесс, который может распространяться на нервы и корешки.

Ганглионит начинается с симптомов общей интоксикации (головная боль, общее недомогание, повышение температуры тела) и боли в зоне иннервации пораженного ганглия. Она может быть интенсивной, приступообразной. Через 2—3 дня в области боли появляется покраснение кожи и образуются папулы, которые переходят в везикулы (пузырьки, заполненные серозной жидкостью). Содержимое везикул часто нагнаивается, образуя пустулы, которые покрываются корочкой, отпадающей через несколько дней. В связи с тем, что при ганглионите часто поражаются узлы грудного отдела, боль и высьщания носят опоясывающий характер (отсюда название «опоясывающий лишай»). При поражении спинномозговых узлов на другом уровне боль и высыпания распространяются на шею или вдоль конечностей. Из узлов черепных нервов чаще всего поражается чувствительный узел тройничного нерва, особенно та его часть, которая связана с глазничным нервом. Поэтому высыпания появляются на коже лба, верхнего века, спинке носа, коже переднего отдела волосистой части головы и на оболочках глаза. Появление пузырьков на роговице может закончиться кератитом и слепотой. При опоясывающем лишае иногда отмечаются нерезко выраженный менингеальный синдром и отдаленные симптомы поражения нервной системы. У пожилых людей, перенесших опоясывающий лишай, длительное время отмечается боль (постгерпетическая невралгия).

Лечение включает средства, применяемые при вирусных заболеваниях нервной системы, в том числе дезоксирибонуклеазу. Местно (на область высыпаний) назначают теброфеновую или флореналевую мазь.

Список литературы

1. Коган О.Г., Найдин В.Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. – М.: Медицина, 1988. – 301 с.

2. Мошков В. Н. Лечебная физическая культура в клинике нервных болезней. – М.: Медицина, 1981. – 287 с.

3. Морозов Г.В., Ромасенко В.А.. Нервные и психические болезни с основами медицинской патологии. – М.: Медицина, 1976. – 329 с.

4. Морозов Г.В., Ромасенко В.А. Нервные болезни. – В кн.: Нервные и психические болезни с основами медицинской патологии. – М.: Медицина, 1976, с. 67 – 68, 81 – 88.

5. Патогенетический двигательный режим при заболеваниях нервной системы / Дубенко Е. Г., Браславец А. Я. и др.; Под ред. Е. Г. Дубенко и А. Я. Браславца. – К.: Здоровья, 1983. – 104 с.