

**А.А.Скоромец, А.П.Скоромец,
Т.А.Скоромец**

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

Учебное пособие

*Рекомендовано ГОУ ВПО Московская медицинская академия
имени И.М.Сеченова в качестве учебного пособия для системы
послевузовского образования врачей по специальности «Терапия»*

10-е издание, дополненное

Под редакцией проф. А.В.Амелина, проф. Е.Р.Баранцевича



**Москва
«МЕДпресс-информ»
2017**

УДК 616.8-080

ББК 56.13я73

С44

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Рецензенты: **Е.И.Гусев** – академик РАН, профессор, заведующий кафедрой нервных болезней и нейрохирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова;

М.М.Одинак – член-корреспондент РАН, профессор, заведующий кафедрой нервных болезней Российской военно-медицинской академии им. С.М.Кирова

Скоромец А.А.

С44 Нервные болезни : учебн. пособие / А.А.Скоромец, А.П.Скоромец, Т.А.Скоромец; под ред. проф. А.В.Амелина, проф. Е.Р.Баранцевича. – 10-е изд., доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 568 с. : ил.

ISBN 978-5-00030-441-9

В учебном пособии в соответствии с программой преподавания клинической неврологии в медицинском вузе (утвержденной в 2000 г.) изложены анатомо-физиологические основы клинической неврологии и методики исследования отдельных функций нервной системы, выявления симптомов, признаков и синдромов поражения нервной системы, определения места расположения патологического очага в пределах нервной системы (топическая диагностика). Приведены методики дополнительного исследования неврологических больных. Отдельные главы посвящены наиболее часто встречающимся нозологическим формам поражений нервной системы: сосудистым заболеваниям головного и спинного мозга, инфекционным, интоксикационным, опухолевым, травматическим, дегенеративным наследуемым болезням нервной системы и мышц, пароксизмальным расстройствам сознания (эпилепсия, мигрень), неврозам и др.

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских вузов и начинающих неврологов, оно также может быть полезным для семейных врачей (участковых терапевтов).

УДК 616.8-080

ББК 56.13я73

ISBN 978-5-00030-441-9

© Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А., 2007, 2012, 2017
© Оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2012, 2017

Авторы желают студентам России отличного усвоения основ клинической неврологии.

А.А.Скоромец

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие ко второму изданию	9
Предисловие к десятому изданию	9
Вместо предисловия	10
История развития клинической неврологии	15
Анатомо-физиологическое введение	44

РАЗДЕЛ I. ПРОПЕДЕВТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, СИМПТОМЫ И ПРИЗНАКИ ИХ НАРУШЕНИЙ

Глава 1. Рефлексы и методики их исследования	53
Глава 2. Исследование сознания, речи, гнозиса, праксии и симптомы их расстройств	63
Сознание	65
Речь и ее расстройства (афазии)	67
Память и ее расстройства	69
Чтение и письмо	69
Гнозисы и их расстройства (агнозии)	70
Практики и их расстройства (апраксии)	70
Исследование высших мозговых функций	72
Глава 3. Исследование функции черепных нервов, симптомы и признаки их расстройств	74
I пара. Обонятельный нерв	75
II пара. Зрительный нерв	77
III пара. Глазодвигательный нерв	82
IV пара. Блоковый нерв	85
VI пара. Отводящий нерв	85
V пара. Тройничный нерв	90
VII пара. Лицевой нерв	93
VIII пара. Преддверно-улитковый нерв	98
IX пара. Языкоглоточный нерв	102
X пара. Блуждающий нерв	103
XI пара. Добавочный нерв	105
XII пара. Подъязычный нерв	105
Глава 4. Исследование произвольных движений и мышечной силы. Синдромы их расстройств (параличи, парезы)	108
Признаки поражения периферического двигательного нейрона	116
Признаки поражения центрального двигательного нейрона	116
Глава 5. Исследование поверхностной и глубокой чувствительности. Синдромы ее расстройств	125
Проводники болевого и температурного чувства	126
Проводники глубокой и тактильной чувствительности	129
Варианты распределения расстройств чувствительности	135

Глава 6. Исследование экстрапирамидной системы и синдрома ее расстройств	141
Паркинсонизм	145
Экстрапирамидные гиперкинезы	146
Глава 7. Исследование координации движений и синдрома их расстройств	150
Глава 8. Исследование вегетативной нервной системы и синдрома ее расстройств	159
Вегетативная иннервация глаз	163
Иннервация мочевого пузыря и расстройства мочеиспускания	165
Расстройства дефекации	167
Дермографизм	168
Пиломоторные рефлексы	169
Потоотделение	170
Кожная температура	171
Глава 9. Исследование нервной системы у младенцев	177
Осмотр головы ребенка и контроль ее размеров	178
Оценка положения головы	182
Оценка функций черепных нервов	183
Оценка двигательной сферы	186
Рефлексы новорожденных	194
Рефлексы орального автоматизма	194
Сегментарные двигательные автоматизмы	195
Глазные безусловные рефлексы	200
Рефлексы положения (надсегментарные и познотонические автоматизмы)	200
Примитивные сегментарные позные рефлексы	201
Примитивные надсегментарные позные рефлексы	202
Судороги новорожденных	203
Менингеальный синдром в раннем детском возрасте	207
Глава 10. Топическая диагностика очаговых поражений нервной системы	209
Поражения спинного мозга и спинномозговых нервов	209
Поражения спинномозговых нервов	212
Поражения плечевого сплетения и нервов верхних конечностей	212
Поражения поясничного сплетения и бедренного нерва	216
Поражения крестцового сплетения, седалищного нерва и его ветвей	217
Поражения мозгового ствола и черепных нервов	219
Поражения подкорковых отделов мозга	223
Таламус	223
Узлы основания мозга	223
Белое вещество полушарий и внутренняя сумка	224
Гипоталамус	225
Поражения отдельных долей головного мозга	226
Теменные доли	226
Лобные доли	227
Височные доли	229
Затылочные доли	230
Лимбический отдел	231
Мозолистое тело	231
Глава 11. Поражения оболочек мозга. Изменения цереброспинальной жидкости	233
Глава 12. Дополнительные методы обследования неврологических больных	243

РАЗДЕЛ II. ЧАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ

ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Глава 13. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга	272
Эпидемиология и факторы риска	272

Кровоснабжение головного мозга	272
Классификация нарушений мозгового кровообращения	277
Хроническая недостаточность мозгового кровообращения	277
Острая гипертоническая энцефалопатия (гипертонический криз)	279
Сосудистая деменция	280
Острые нарушения мозгового кровообращения (церебральные инсульты)	282
Преходящие нарушения мозгового кровообращения	282
Геморрагические церебральные инсульты	285
Субарахноидальное кровоизлияние	292
Ишемический мозговой инсульт	296
Лакунарный инфаркт мозга	301
Геморрагический инфаркт мозга	301
Инсульты у детей	302
Внутричерепные кровоизлияния	302
Гипоксия-ишемия головного мозга	304
Сосудистые заболевания спинного мозга	306
Кровоснабжение спинного мозга	306
Нарушения спинномозгового кровообращения	308
Хронические миелоишемии	309
Преходящие нарушения спинномозгового кровообращения	309
Ишемический спинальный инсульт	311
Геморрагический спинальный инсульт (гематомиелия)	315
Глава 14. Инфекционные заболевания нервной системы	317
Менингиты	317
Гнойные менингиты	320
Эпидемический цереброспинальный менингит (менингококковая инфекция)	320
Вторичные гнойные менингиты	321
Серозные менингиты	323
Вирусные менингиты	323
Острый лимфоцитарный хориоменингит	323
Туберкулезный менингит	324
Энцефалиты	326
Первичные энцефалиты	328
Клещевой энцефалит (весенне-летний)	328
Нейроборрелиоз (болезнь Лайма)	332
Двухволновый вирусный менингоэнцефалит	333
Японский комариный энцефалит (энцефалит В)	334
Энцефалит Сент-Луис (американский)	335
Первичные полисезонные энцефалиты	335
Энцефалит, вызванный вирусом простого герпеса	335
Эпидемический летаргический энцефалит Экономо (энцефалит А)	336
Вторичные энцефалиты	339
Гриппозный энцефалит	339
Коревой энцефалит	339
Энцефалит при ветряной оспе	340
Энцефалит при краснухе	340
Вакцинальные энцефалиты	341
Ревматический энцефалит	341
Подострые склерозирующие энцефалиты (демиелинизирующие лейко- и панэнцефалиты)	342
Нейросифилис	344
Поражения нервной системы при ботулизме	346
Поражения нервной системы при дифтерии	347
Опоясывающий лишай	348

Токсоплазмоз	349
Поражения нервной системы при ВИЧ-инфекции и СПИДе	351
Лечение энцефалитов	352
Острый миелит	354
Полиомиелит	356
Полиомиелитоподобные заболевания	359
Абсцесс головного мозга	359
Спинальный эпидурит	362
Глава 15. Аутоиммунные демиелинизирующие заболевания нервной системы	363
Острый рассеянный энцефаломиелит человека	363
Рассеянный склероз	364
Острая воспалительная полирадикуломиелоневропатия (синдром Гийена—Барре—Штроля)	369
Боковой амиотрофический склероз	370
Прионовые болезни	373
Болезнь Крейтцфельдта—Якоба	374
Глава 16. Паразитарные заболевания нервной системы	376
Цистицеркоз головного мозга	376
Эхинококкоз головного мозга	378
Глава 17. Заболевания периферической нервной системы	379
Поражения черепных нервов (моновневропатии)	380
Неврит зрительного нерва	380
Невралгия тройничного нерва	381
Неврит лицевого нерва (паралич Белла)	382
Невралгия языкоглоточного нерва	384
Спинномозговые радикулиты	385
Шейные радикулиты	388
Грудные радикулиты	388
Пояснично-крестцовые радикулиты	388
Лечение спондилогенных радикулитов	390
Плекситы и невриты	391
Поражение плечевого сплетения	391
Неврит подкрыльцового нерва	392
Неврит лучевого нерва	392
Неврит локтевого нерва	393
Неврит срединного нерва	393
Поражения поясничного и крестцового сплетений	394
Невриты (невропатии) нервов нижних конечностей	394
Полиневропатии	394
Диабетическая полиневропатия	396
Полиневропатия беременных	396
Алкогольная полиневропатия	396
Мышьяковая полиневропатия	397
Полиневропатии при системных заболеваниях соединительной ткани и васкулитах	398
Полиневропатии при порфирии и амилоидозе	398
Глава 18. Заболевания вегетативной нервной системы	399
Поражения головного мозга	399
Гипоталамические синдромы	399
Вегетативно-сосудистая дистония	399
Поражения сегментарного аппарата мозга и периферических отделов вегетативной нервной системы	402
Болезнь Рейно	402

Болезнь Меньера	403
Эритромелалгия	404
Глава 19. Поражения нервной системы при воздействии экстремальных факторов	406
Общее охлаждение и нервная система	406
Перегревание и тепловой удар	408
Ожоговая болезнь и нервная система	409
Воздействие сверхвысокочастотного электромагнитного поля на нервную систему	410
Радиационные поражения нервной системы	411
Кислородное голодание и нервная система	414
Декомпрессионная (кессонная) болезнь и нервная система	416
Глава 20. Неврологические расстройства при некоторых профессиональных воздействиях	418
Воздействие обонятельных раздражителей	418
Воздействие шума	419
Вибрационная болезнь	420
Глава 21. Травмы центральной и периферической нервной системы	423
Классификация черепно-мозговой травмы	423
Диагностика	427
Клиническая картина	429
Сотрясение головного мозга	429
Ушибы головного мозга	429
Диффузное аксональное поражение головного мозга	431
Сдавление головного мозга	431
Внутричерепные гематомы	432
Интенсивная терапия тяжелой черепно-мозговой травмы	440
Травмы позвоночника и спинного мозга	444
Травмы периферических нервов	451
Глава 22. Опухоли головного и спинного мозга	455
Этиология	455
Патоморфология	455
Принципы классификации	455
Клиническая картина опухолей головного мозга	457
Супратенториальные опухоли головного мозга	457
Супратенториальные менингиомы	459
Аденомы гипофиза	460
Субтенториальные опухоли головного мозга	462
Краниоспинальные опухоли	463
Опухоли спинного мозга	465
Экстремедуллярные опухоли	465
Интрамедуллярные опухоли	465
Сирингомиелия	468
Глава 23. Эпилепсия, мигрень	471
Эпилепсия	471
Мигрень	475
Глава 24. Наследственные заболевания нервной системы. Нервно-мышечные заболевания	480
Прогрессирующие мышечные дистрофии (миопатии)	480
Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна	480
Прогрессирующая мышечная дистрофия Беккера	482
Прогрессирующая мышечная дистрофия Дрейфуса	482
Прогрессирующая мышечная дистрофия Эрба–Рота	483

Плече-лопаточно-лицевая форма миодистрофии Ландузи–Дежерина	483
Нейрогенные амиотрофии	484
Спинальная амиотрофия Верднига–Гофмана	484
Спинальная юношеская псевдомиопатическая мышечная атрофия	
Кугельберга–Веландер	485
Наследственная дистальная спинальная амиотрофия	486
Невральная амиотрофия Шарко–Мари–Тута	486
Пароксизмальные миоплегии	487
Гипокалиемическая форма пароксизмальной миоплегии	
(болезнь Вестфаля)	488
Гиперкалиемическая форма пароксизмальной миоплегии	
(болезнь Гамсторп)	488
Нормокалиемический (периодический) паралич	488
Миотонии	489
Врожденная миотония (болезнь Лейдена–Томсена)	489
Дистрофическая миотония Россолимо–Штейнерта–Куршмана	490
Миастении	490
Факоматозы	492
Туберозный склероз (болезнь Бурневиля–Прингла)	493
Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена)	494
Пирамидные и экстрапирамидные дегенерации	495
Семейный спастический паралич Штрюмпеля	495
Болезнь Паркинсона	496
Гепатоцеребральная дистрофия	501
Торсионная дистония	502
Хорея Гентингтона	503
Болезнь Фридрейха	504
Наследственная мозжечковая атаксия Пьера Мари	505
Оливопонтоцереbellарные дегенерации	505
Глава 25. Поражения нервной системы при заболеваниях внутренних органов	
(соматоневрологические синдромы)	507
Неврологические синдромы при заболеваниях сердца и аорты	507
Неврологические синдромы при заболеваниях органов пищеварения	509
Неврологические синдромы при заболеваниях почек	510
Неврологические синдромы при заболеваниях легких	510
Неврологические синдромы при болезнях крови	511
Неврологические синдромы при некоторых эндокринных заболеваниях	511
Глава 26. Невротические состояния	514
Классификация	514
Фобическое тревожное расстройство	515
Обсессивно-компульсивное расстройство (невроз навязчивых состояний)	515
Астеническое расстройство (неврастения)	516
Депрессивное расстройство	518
Истерическое расстройство	518
Глава 27. Нейростоматологические синдромы	521
Глава 28. Последствия перинатальных поражений нервной системы	530
Словарь терминов в неврологии	537
Алфавитный указатель	560

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Первое издание учебника (2005) быстро разошлось, авторы получили положительную оценку книги как от преподавателей клинической неврологии, так и от студентов. Главные пожелания студентов и практикующих врачей касались расширения разделов современного лечения при различных нозологических формах. Действительно, в первом издании авторы весьма кратко приводили лечебную тактику исходя из предназначения книги для студентов, которые непосредственной лечебной практикой начнут заниматься спустя несколько лет, и за этот период появятся новые конкретные лекарственные препараты, а часть нынешних лекарств себя изживут. Учитывая, что потребителями информации этой книги являются и уже практикующие врачи, авторы сочли целесообразным расширить эти разделы, особенно при неотложных состояниях в связи с патологией нервной системы. Вместе с тем необходимо упомянуть, что в настоящее время в каждой стране вырабатываются «золотые стандарты» ведения больных с различными

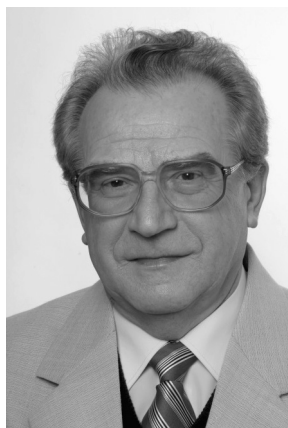
заболеваниями, включая и неврологические. Конкретное содержание таких стандартов периодически пересматривается с учетом новых данных об эффективности лечебных мероприятий, получаемых при исследованиях по всем правилам доказательной медицины (GCP – Good Clinical Practice). Добавления сделаны также в раздел истории развития клинической неврологии и словарь терминов в неврологии. В главу о дополнительных методиках исследования неврологических пациентов добавлена информация о возможностях визуализации корешковых вен конского хвоста. При увеличении их числа и расширении в случаях грыжи межпозвоночного диска появляется возможность подтвердить наличие дискогенно-венозной радикуломиелоишемии. Также приведена информация об успешно разработанной в последние годы методике диффузионно-взвешенной и перфузионно-взвешенной МР-томографии и ее диагностической значимости в начальной фазе развития ишемического церебрального инсульта.

ПРЕДИСЛОВИЕ К ДЕСЯТОМУ ИЗДАНИЮ

Год выхода десятого, юбилейного издания совпал с 80-летием первого соавтора этого учебника для студентов – академика РАН А.А.Скоромца. Редакторы этого выпуска сочли возможным далее вместо предисловия опубликовать его творческое жизнеописание как «вклад в отечественную неврологию». А в содержании книги была расширена информация о современных творцах истории клинической неврологии, в частности о новых заведующих кафедрами

неврологии в нынешней России, внесены правки в понятия «симптомы» (субъективные ощущения пациентов, высказываемые как жалобы) и «признаки» (объективные проявления нарушения функции нейронов, которые обнаруживает врач при исследовании неврологического статуса). Были учтены и все замечания читателей, способствующие облегчению усвоения материала. Авторы выражают всем им сердечную благодарность.

ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ



*Вклад академика РАН,
профессора А.А. Скоромца
в отечественную неврологию
(к 80-летию юбилею)*

Александр Анисимович Скоромец родился в 1937 г. на Украине, в с. Анастасьевка Роменского р-на Сумской области в крестьянской семье Скоромца Анисия Ивановича (1906–1984) и Скоромец (Панасейко) Ефросинии Терентьевны (1903–1979). С раннего детства Александр был окружен любовью родителей и трех старших сестер, принявших на себя роль воспитателей младшего брата. Они привили ему трудолюбие, любознательность и ответственность. В 1951 г. Александр Анисимович с похвальной грамотой закончил Артополотскую семилетнюю школу (с. Анастасьевка Сумской области) и поступил в Сумскую фельдшерско-акушерскую школу, которую с отличием закончил в 1954 г. Оказавшись в возрасте тринадцати с половиной лет без семейной опеки в трудной послевоенной обстановке, он рано научился принимать самостоятельные решения.

В 1954 г. Александр без вступительных экзаменов был зачислен на лечебный факультет 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И.П.Павлова. После его окончания в 1960 г. он был принят в клиническую ординатуру на кафедру нервных болезней, которой руководил профес-

сор Д.К.Богородинский. В формировании клинического неврологического мышления А.А.Скоромца огромную роль сыграли корифеи классической неврологии – ассистент Роберт Петрович Баранцевич и доцент Елизавета Сергеевна Кирпичникова, которые были учениками профессоров М.П.Никитина и Е.Л.Вендеровича. После завершения обучения в клинической ординатуре в 1962 г. А.А.Скоромец был направлен на работу врачом-неврологом МСЧ-42 в Красноярске-45 в системе Третьего Главного управления при МЗ СССР. Наряду с интенсивной практической работой неврологом он продолжал изучать научную литературу и целенаправленно обследовать больных с сосудистыми заболеваниями спинного мозга.

В конце 1964 г. А.А.Скоромец поступил в очную аспирантуру на кафедру нервных болезней с курсом медицинской генетики 1-го ЛМИ им. акад. И.П.Павлова, где обучался под руководством профессора Д.К.Богородинского. В 1967 г. Александр Анисимович успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Клиника ишемических состояний в пояснично-крестцовых сегментах спинного мозга» и был принят на работу ассистентом кафедры. В 1973 г.

также успешно защитил докторскую диссертацию на тему «Ишемический спинальный инсульт (клиническое и экспериментальное исследование)». В течение пяти лет А.А.Скоромец прошел путь от доцента до профессора и заведующего кафедрой. После избрания в 1975 г. заведующим кафедрой нервных болезней с медицинской генетикой А.А.Скоромец занялся внедрением преподавания нейрохирургии студентам лечебного факультета. С этой целью все преподаватели кафедры нервных болезней прошли стажировку по нейрохирургии в ЛНХИ им. проф. А.Л.Поленова и на кафедре нейрохирургии ВМА им. С.М.Кирова, где изучили нейрохирургические аспекты клинической неврологии, чтобы знакомить студентов с основами нейрохирургии.

Более 40 лет Александр Анисимович возглавляет кафедру неврологии и нейрохирургии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова. За эти годы кафедра и вуз неоднократно меняли свои названия. В 2007 г. решением ученого совета и ректората кафедра была разделена на три самостоятельные: кафедра неврологии с клиникой (заведующий — академик РАН, профессор А.А.Скоромец); кафедра нейрохирургии (заведующий — профессор С.В.Можаяев) и кафедра неврологии и мануальной терапии факультета последиplomного образования (заведующий — профессор Е.Р.Баранцевич). В 2011 г. произведено объединение двух студенческих кафедр в одну — кафедру неврологии и нейрохирургии с клиникой (заведующим был избран академик РАН, профессор А.А.Скоромец). В 2015 г. вновь отдельно выделена кафедра неврологии (заведующий академик РАН, профессор А.А.Скоромец) и кафедра нейрохирургии (заведующий кафедрой профессор В.Ю.Чербилло).

А.А.Скоромец создал замечательный коллектив сотрудников, способный решать разнообразные клинические и научные задачи неврологии. В сотрудничестве с другими кафедрами изучаются вопросы патогенеза и лечения эпилепсии, дегенеративных заболеваний нервной системы. Совместно с профессором кафедры неврологии А.В.Аmeliным и академиком РАН, профессором Юрием Дмитриевичем Игнатовым (заведующий кафедрой фармакологии) была

создана научная группа по экспериментальному и клиническому изучению различных аспектов головной и нейропатической боли. В тесном взаимодействии с кафедрой патологической физиологии (заведующий кафедрой профессор Т.Д.Власов) изучаются вопросы патогенеза ишемического поражения головного и спинного мозга. Генетические аспекты болезни Паркинсона исследуются совместно с лабораторией медицинской генетики (заведующая — С.Н.Пчелина).

При непосредственном участии А.А.Скоромца в Первом СПбГМУ им.акад. И.П.Павлова на кафедре неврологии организована работа Центров диагностики и лечения головной боли (руководитель — А.В.Амелин), заболеваний экстрапирамидной системы (руководитель — А.А.Тимофеева), демиелинизирующих заболеваний нервной системы (руководитель — Н.А.Тоголян).

Обладая огромным опытом преподавания клинической неврологии студентам лечебного и стоматологического факультетов, в 1977 г. Александр Анисимович совместно с профессорами Д.К.Богородиным и А.И.Шваревым подготовил и издал «Руководство к практическим занятиям в клинике нервных болезней», которое было переведено на испанский язык. В 1989 г. он выпустил первое издание руководства для врачей-неврологов «Топическая диагностика заболеваний нервной системы», которое является настольной книгой не только для студентов, но и практических неврологов и нейрохирургов, а также преподавателей медицинских вузов. В последующем руководство было переработано, расширено и выдержало уже 10 изданий (совместно с профессором по детской неврологии А.П.Скоромец и профессором-нейрохирургом Т.А.Скоромцом). В 2005 г. для студентов медицинских вузов был выпущен учебник «Нервные болезни», который оказался чрезвычайно востребованным; подготовлено очередное издание этого учебника, которое вы держите в руках.

Научные интересы Александра Анисимовича разносторонние и касаются как экспериментальной, так и клинической неврологии и нейрохирургии. Им детально исследована сосудистая система спинного мозга и впервые выявлены два крайних варианта ее строения: магистральный

и рассыпной. Разработана классификация патогенетических факторов, приводящих к нарушению спинномозгового кровообращения. Впервые был выявлен синдром патогенной компенсации спинномозгового кровообращения. Предложена клиническая классификация миелоишемии в зависимости от распространенности патологического процесса по поперечнику и длине спинного мозга. Александр Анисимович первым разработал методику исследования феномена «артериального толчка» и «венозного толчка» при сосудистой мальформации в позвоночном канале. Им и его учениками создана новая глава клинической неврологии – сосудистые заболевания спинного мозга (спинальная ангионеврология). Совместно с профессором Т.П.Тиссенем подготовлено руководство для врачей «Сосудистые заболевания спинного мозга» (2004). В Кишиневе были изданы несколько книг по этой проблеме совместно с профессором Д.Г.Германом («Расстройства спинномозгового кровообращения», 1988; «Компрессионно-ишемические радикуломиелоишемии», 1989). Дважды работы на эту тему номинировались на Государственную премию СССР. В 1998 г. А.А.Скоромец вместе с профессором Д.Г.Германом удостоены Государственной премии Молдовы.

А.А.Скоромцом предложен метод гемосорбции для лечения обострения рассеянного склероза. Опыт лечения этого заболевания обобщен в монографии «Рассеянный склероз. Опыт лечения и профилактики» (2003), выпущенной совместно с И.М.Барбас. Совместно с В.М.Казаковым и Д.И.Руденко опубликована книга о наследственных нервно-мышечных заболеваниях. Под редакцией А.А.Скоромца издана монография о расстройствах нервной системы при патологии внутренних органов и эндокринных желез («Соматоневрология»). В 2013 г. научные исследования академической группы академика РАМН А.А.Скоромца обобщены в монографии «Биомаркеры церебральной ишемии (разработка, исследование и практика)» (совместно с профессорами С.А.Дамбиновой и А.П.Скоромец).

В 2000 г. опубликована книга «Краткий справочник врача-невролога» под редакцией А.А.Скоромца. В нем отражено состояние клинической неврологии и нейронаук на стыке тысячелетий. Расширенный

и дополненный вариант переиздавался в 2008 и 2013 гг.

Оригинальной является работа А.А.Скоромца «Неврологический статус и его интерпретация» с записью на DVD исследования неврологического статуса. Книга и видеозапись с успехом используются на курсах повышения квалификации неврологов, интернами, клиническими ординаторами.

Достаточно востребована у неврологов книга «Мигрень. Патогенез, клиника и лечение», написанная в соавторстве с А.В.Амелиным, Ю.Д.Игнатовым и А.Ю.Соколовым. Монография переиздавалась в 2011, 2013 и 2014 гг. В ней отражены современные представления о патогенезе мигрени, обобщен мировой и собственный опыт лечения головной боли.

В 2016 г. опубликована книга «Ствол головного мозга: клинические и патофизиологические соответствия» в соавторстве с Н.В.Шулешовой, А.А.Вишневым, В.А.Кульчицким (первое издание увидело свет в 2006 г.).

Александр Анисимович с большим уважением относится к истории руководимой им кафедры. В 2012 г. была написана первая книга мемориальной серии «Профессор В.М.Бехтерев и наше время». К 130-летию со дня рождения профессора Михаила Павловича Никитина издана книга «Профессор М.П.Никитин и наше время». Третье мемориальное издание посвящено 130-летию со дня рождения профессора Евгения Леонидовича Вендеровича («Профессор Е.Л.Вендерович и наше время»). Четвертая книга издана к 115-летию со дня рождения Дмитрия Константиновича Богородинского («Профессор Д.К.Богородинский и наше время»). В ней представлены две уникальные монографии Дмитрия Константиновича Богородинского: «Синдром краниоспинальной опухоли. Клиника, патология, терапия» и «Инфаркты спинного мозга» (совместно с А.А.Скоромцом), а также другие работы Д.К.Богородинского. Пятая заключительная книга посвящена 100-летию кафедры нервных болезней, 90-летию со дня рождения профессора Аркадия Ивановича Шварева. Особенностью данного издания является то, что книга бинарная и во вторую часть включены основные сведения о современной истории кафедры, биографии академика РАН, профессора Александра

Анисимовича Скоромца и всех сотрудников кафедры неврологии и нейрохирургии с клиникой Первого СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова. В книге собраны их ключевые научные работы.

Александр Анисимович много времени уделяет лечебной деятельности, консультативной работе, проведению клинических конференций и разборов диагностически неясных случаев. А.А.Скоромец является главным организатором многочисленных клинических исследований новых лекарств для лечения рассеянного склероза, болезни Паркинсона, инсультов, болезни Альцгеймера и др.

С 1977 г. А.А.Скоромец является главным неврологом города. Под его руководством ежегодно проводятся многочисленные научные семинары, симпозиумы, конференции, конгрессы, съезды, школы выходного дня.

Профессор Александр Анисимович Скоромец в 1995 г. был избран членом-корреспондентом РАМН, а в 2002 г. — академиком РАМН (РАН).

При его активном участии создана отечественная школа мануальной медицины в СССР (1975—1990) и России (1990—2006), он был президентом Всероссийской ассоциации мануальной медицины с 1997 по 2005 г., а с 2005 г. является почетным пожизненным президентом этой ассоциации. В настоящее время под руководством и при непосредственном участии А.А.Скоромца проводятся стратегические исследования наиболее актуальных вопросов неврологии, осуществляется организация, координация и развитие неврологической помощи в Санкт-Петербурге, в Северо-Западном федеральном округе России от Калининграда до Вологды, от Мурманска до Пскова. За годы работы А.А.Скоромцом создана одна из ведущих школ неврологии России, подготовлено более 1000 неврологов, под его научным руководством защищено более 70 кандидатских и 25 докторских диссертаций. Он опубликовал более 1000 научных работ, включая 40 монографий, учебников и руководств.

Большое внимание А.А.Скоромец уделяет вопросам координации неврологической службы в Российской Федерации. При его личном участии установлены и расширены контакты с неврологическими обществами стран СНГ, Европы с Великобритани-

ей, Северной Америки, Австралии, Канады, Китая. В 1999 г. под руководством Е.И.Гусева, В.И.Скворцовой и при активном участии А.А.Скоромца была создана Национальная ассоциация по борьбе с инсультом (НАБИ). Создание этой ассоциации позволило в масштабе страны и в каждом отдельном регионе получать информацию об эпидемиологии сосудистых заболеваний, факторах риска, новых диагностических алгоритмах, терапевтических и профилактических подходах. Данные мероприятия позволили уменьшить смертность и улучшить функциональные исходы у пациентов с сосудистой патологией головного мозга.

В 2015 г. А.А.Скоромец возглавил вновь организованный Научно-исследовательский институт неврологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова.

В Санкт-Петербурге при поддержке администрации города и активном участии А.А.Скоромца и профессора Виктора Александровича Сорокоумова организованы ангионеврологические центры по лечению пациентов с инсультами, а в 2011 г. открыт Городской центр рассеянного склероза (руководители кандидаты медицинских наук Е.П.Евдошенко и М.В.Шумилина).

Кроме учебной, лечебной и научно-просветительской работы Александр Анисимович активно занимается общественной деятельностью. Он является заместителем председателя Всероссийского общества неврологов, членом редколлегии многих журналов: «Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова», «Stroke. Российское издание», «Неврологический журнал», «Мануальная терапия», «Медицинский академический журнал», «Ученые записки СПбГМУ им. И.П.Павлова», «Нейроиммунология», «Вертеброневрология», «Неврологический вестник. Журнал имени В.М.Бехтерева» и др.

В 1993 г. ему присвоено почетное звание «заслуженный деятель науки РФ», в 1997 — «Почетный работник высшего образования России», в 1998 г. он стал лауреатом Государственной премии Молдовы. А.А.Скоромец награжден нагрудными знаками «Победитель социалистического соревнования 1973 года», «Отличнику здравоохранения» (1977), «За отличные успехи в работе» (в области высшего образования

в СССР, 1987), медалями «Ветеран труда» (1989), «300 лет Санкт-Петербургу» (2003) и др. В 2006 г. стал кавалером ордена «Слава нации».

Александр Анисимович избран членом Германского общества неврологов, Почетным членом Королевского медицинского общества Великобритании, членом Американской биографической ассоциации, ряда комитетов Европейской федерации неврологических обществ и Всемирной федерации неврологов, Украинской национальной медицинской академии и др. Международным биографическим центром в Кембридже ему присвоено почетное звание «Невролог XX столетия», «Человек года» (1997). В 2012 г. он был избран почетным доктором первого СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова.

Академик А.А.Скоромец активно занимается благотворительной деятельностью. В 1994 г. он организовал премиальный фонд для выпускников-отличников Анастасьевской средней школы (ежегодный, к 2016 г.

его лауреатами стали более 50 золотых и серебряных медалистов), в 1997 г. — премиальный фонд для отличников Сумского медицинского училища (к 2016 г. его лауреатами стали 55 выпускников-отличников), а также в Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И.П.Павлова для молодых ученых за научные работы в области клинической и экспериментальной неврологии. Академик Александр Анисимович Скоромец пользуется заслуженным высоким авторитетом в нашей стране и за рубежом.

Его окружают любящие и преданные близкие люди: жена — Скоромец Анна Петровна, профессор по детской неврологии; сын — Тарас Александрович, нейрохирург, профессор; младший сын — Скоромец Александр Александрович (2001 г.р.), две падчерицы — Мария и Екатерина, многочисленные внуки и правнуки. В большой семье Александра Анисимовича на сегодня уже имеется 8 врачей разных специальностей.

ГЛАВА 14. ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Выделяют две группы инфекционных поражений нервной системы: **первичные нейроинфекции**, когда в клинике и патоморфологической картине болезни доминируют неврологические проявления, и **вторичные инфекционные поражения нервной системы**, как осложнения общего инфекционного заболевания или местного инфекционного процесса (например,

при гриппе, кори, сифилисе, туберкулезе и др.).

В зависимости от преимущественного поражения различных структур нервной системы выделяют следующие синдромы ее инфекционного поражения: менингиты, энцефалиты, миелиты, радикулиты, плекситы, мононевриты, мультиневриты, полиневриты и их сочетания.

МЕНИНГИТЫ

Менингит – воспаление оболочек головного и спинного мозга. Воспаление твердой мозговой оболочки обозначают *пахименингитом*, а воспаление мягкой и паутинной мозговых оболочек – *лептоменингитом*.

В клинике наиболее часто встречается воспаление мягких мозговых оболочек и при этом используют термин «менингит». Его возбудителями могут быть различные патогенные микроорганизмы: вирусы, бактерии, простейшие.

Классификация. По характеру воспалительного процесса в оболочках и изменений в цереброспинальной жидкости различают серозный и гнойный менингиты. При серозных менингитах в цереброспинальной жидкости преобладают лимфоциты, при гнойных – нейтрофилы. По патогенезу менингиты разделяют на первичные и вторичные. Первичный менингит развивается без предшествующей общей инфекции или инфекционного заболевания какого-либо органа, а вторичный – является осложнением инфекционного заболевания (общего или локального). По распространенности процесса в оболочках мозга выделяют генерализованные и ограниченные менингиты (например, на основании головного мозга – базальные менингиты, на выпуклой поверхности больших полушарий головного мозга – конвекситальные менингиты). В зависимости от темпа начала и течения

заболевания выделяют: молниеносные, острые (вялотекущие) менингиты, подострые и хронические; а по степени выраженности клинической картины – легкую, средней тяжести, тяжелую и крайне тяжелую формы. По этиологии различают бактериальные (менинго-, пневмо-, стафилококковый, туберкулезный и др.), вирусные (острый лимфоцитарный хориоменингит, вызванный энтеровирусами Коксаки и ЕСНО, эпидемического паротита и др.), грибковые (кандидозный, торулезный и др.) и протозойные менингиты (токсоплазмоз, малярия и др.).

Патогенез. Существует несколько путей инфицирования мозговых оболочек: 1) гематогенный, лимфогенный, периневральный, чрезплацентарный; 2) контактный – распространение возбудителей на мозговые оболочки при существующей гнойной инфекции околоносовых пазух (синусогенный менингит), среднего уха или сосцевидного отростка (отогенный менингит), верхней челюсти при патологии зубов (одонтогенный менингит), глазного яблока и др.; 3) при открытой черепно-мозговой и позвоночно-спинномозговой травмах, при переломах и трещинах основания черепа, сопровождающихся ликвореями. Менингит может быть основным или единственным проявлением бактериемии. Входными воротами возбудителей инфек-

ции при менингите являются слизистая оболочка носоглотки (с возникновением назофарингита, ангины), бронхов (при бронхите), желудочно-кишечного тракта с расстройствами его функции и последующим гематогенным или лимфогенным распространением возбудителя до мозговых оболочек. К патогенетическим механизмам клинических проявлений менингита относятся воспаление и отек мозговых оболочек, а также прилегающей ткани мозга, расстройства микроциркуляции в оболочечных и мозговых сосудах, гиперсекреция цереброспинальной жидкости и замедление ее резорбции, что приводит к развитию водянки мозга и повышению внутричерепного давления. Раздражение чувствительных рецепторов оболочек мозга и прободающих оболочки корешков черепных и спинномозговых нервов также имеют свои особенности клинических проявлений.

Патоморфология. Патологические изменения при остром гнойном менингите не зависят от возбудителя. При проникновении микроорганизма в мозговые оболочки через ток крови или лимфы их воспаление быстро и диффузно распространяется на все субарахноидальное пространство головного и спинного мозга. Например, при пневмококковом менингите субарахноидальное пространство заполняется зелено-желтым гнойным экссудатом. При локальной зоне инфекции гнойное воспаление может быть более ограниченным. Наблюдается отек оболочек и вещества мозга. Корковые вены переполнены кровью. Мозговые извилины иногда уплощаются вследствие внутренней гидроцефалии. Микроскопически в мягких мозговых оболочках выявляется воспалительная инфильтрация, в ранних стадиях состоящая из полинуклеаров, а затем также обнаруживаются лимфоциты и плазматические клетки. Внутренняя гидроцефалия наиболее часто обусловлена воспалительной адгезией мозжечково-мозговой цистерны, что препятствует току цереброспинальной жидкости. При серозных вирусных менингитах имеется отек оболочек и вещества мозга, расширение ликворных пространств.

Клиническая картина и диагностика. Симптомы всех форм острых менингитов весьма сходные независимо от этиологии. Диагноз менингита устанавливают на осно-

вании сочетания трех синдромов: 1) общеинфекционного; 2) оболочечного (менингеального) и 3) воспалительных изменений цереброспинальной жидкости. Наличие одного из них не позволяет достоверно диагностировать менингит. Например, оболочечные симптомы могут быть обусловлены раздражением оболочек без их воспаления (менингизм). Увеличение количества клеток в цереброспинальной жидкости может быть связано с реакцией оболочек на опухоль или излившуюся кровь. Диагноз уточняют на основании визуального исследования цереброспинальной жидкости, а также бактериологических, вирусологических и других методов диагностики инфекционных заболеваний с учетом эпидемиологической обстановки и особенностей клинической картины.

Из общеинфекционных симптомов характерны озноб, жар, обычно повышение температуры, воспалительные изменения в периферической крови (лейкоцитоз, увеличение СОЭ и др.), иногда кожные высыпания. Частота сердечных сокращений в ранней стадии может быть замедлена, однако по мере прогрессирования болезни появляется тахикардия. Дыхание учащается, нарушается его ритм.

К менингеальному синдрому относятся головная боль, тошнота, рвота, общая гиперестезия кожи, светобоязнь, менингеальная поза, ригидность шейных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского, скуловой симптом Бехтерева и др. Начальным симптомом является головная боль, которая нарастает в своей интенсивности. Она вызвана раздражением болевых рецепторов мозговых оболочек и их сосудов вследствие воспалительного процесса, действия токсина и раздражения барорецепторов в результате повышения внутричерепного давления. Головная боль интенсивная и имеет распирающий, разрывающий характер. Она может быть диффузной или локализоваться больше в лобной и затылочной областях, иррадиировать в шею и вдоль позвоночника, иногда распространяется и на конечности. Уже в ранней стадии могут наблюдаться тошнота и рвота, не связанные с приемом пищи, возникающие на фоне усиления головной боли. У детей часто, и реже у взрослых, развиваются судороги. Возможны психомоторное возбуждение, бред и галлюцинации, однако

при прогрессировании заболевания развивается сонливость и сопор, которые затем могут перейти в кому.

Менингеальные симптомы проявляются рефлекторным напряжением мышц вследствие раздражения мозговых оболочек. Наиболее часто выявляются ригидность мышц затылка и симптом Кернига. При тяжелом течении менингита голова запрокинута кзади, живот втянут, передняя брюшная стенка напряжена, ноги приведены к животу, обнаруживается опистотонус (менингеальная поза больного). Нередко наблюдаются тризм, скуловой симптом Бехтерева (локальная болезненность при поколачивании по скуловой дуге), болезненность глазных яблок при надавливании и движениях глазами, гиперестезия кожи, повышенная чувствительность к шуму, громкому разговору, запахам, симптом Брудзинского (верхний и нижний). Больные предпочитают неподвижно лежать с закрытыми глазами в затемненной комнате.

У грудных детей наблюдаются напряжение и выпячивание родничка, симптом «подвешивания» Лесажа.

На глазном дне могут выявляться венозная гиперемия, отек диска зрительного нерва. При тяжелом течении заболевания зрачки обычно расширены, иногда отмечаются косоглазие и диплопия. Затруднения глотания, парезы и параличи конечностей с мышечной гипотонией, знаком Бабинского, дискоординация движений и тремор указывают на поражение не только оболочек, но и вещества мозга, что наблюдается в конечной стадии болезни. Контроль над сфинктерами тазовых органов нарушается поздно, однако выраженные психические расстройства могут способствовать развитию задержки или недержания мочи.

Люмбальную пункцию следует выполнять всем больным с признаками раздражения мозговых оболочек. При менингитах ликворное давление чаще повышено. Низкое давление бывает при обструкции ликворных путей обычно в области основания черепа. Развивающийся рубцово-спаечный процесс в субарахноидальном пространстве может вызвать частичный или полный его блок. При визуальной оценке

ликвор может быть прозрачным или слегка опалесцирующим (при серозных менингитах) или мутным и желтовато-зеленым (при гнойных менингитах). Определяются увеличение количества клеток (плеоцитоз) и изменение их состава: при гнойных менингитах – нейтрофилы, при серозных – лимфоциты. Содержание белка в норме или слегка увеличено. Для идентификации микроорганизмов используются окраски по Граму, по Цилю–Нильсену или флюоресцирующая окраска (при подозрении на туберкулезный менингит), иммунологические методы, а также тесты, позволяющие отличить бактериальные менингиты от вирусных (полимеразно-цепная реакция и т.п.).

Менингиты бактериального происхождения обычно характеризуются острым началом, выраженными менингеальными симптомами и клеточной реакцией в ликворе с преобладанием полинуклеаров. Важным исключением является туберкулезный менингит, который развивается более постепенно и характеризуется мононуклеарным плеоцитозом. Уровень сахара при большинстве бактериальных менингитов снижен, а белка – умеренно повышен. Другие формы менингитов, вызванные вирусами, спирохетами, риккетсиями, грибами и простейшими, менее ярки по своим проявлениям, чем острые бактериальные менингиты. Клинические их признаки переменны, в цереброспинальной жидкости цитоз чаще мононуклеарный, уровень сахара снижен не так резко.

В старческом возрасте менингиты обычно протекают атипично: головные боли незначительны или отсутствуют, симптомов Кернига и Брудзинского может не быть; часто наблюдаются дрожание конечностей и головы, психомоторное возбуждение или апатия, сонливость.

К раздражению мягкой мозговой оболочки могут приводить различные заболевания, имеющие хроническое течение, например леченый туберкулезный менингит, сифилис, токсоплазмоз, лептоспироз, бруцеллез, лимфогранулематоз, саркоматоз, карциноматоз мягкой мозговой оболочки, саркоидоз. Клинические проявления при этом весьма схожи.

ГЛАВА 27. НЕЙРОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

В клинической практике невролога и стоматолога встречается несколько групп заболеваний. При первично стоматологических болезнях нередко развиваются вторичные неврологические расстройства (осложнения), например невралгия II или III ветви тройничного нерва (прозопалгии), одонтогенные невриты лицевого нерва (прозоплегия), менингиты, менингоэнцефалиты, энцефалиты, тромбозы внутричерепных венозных синусов и т.п. В целом такую группу заболеваний обозначают стоматоневрологическими синдромами (заболеваниями). Вторую группу составляют заболевания нервной системы, в клинической картине которых имеются значимые стоматологические проявления, например боли в области челюсти и зубов, отечности, нарушения трофики и т.п. Эту группу обозначают нейростоматологическими синдромами. Встречаются болезни, при которых невозможно выявить этапность и последовательность присоединения болезненных проявлений (третья группа), т.е. развивается самостоятельная нозологическая форма болезни. В лечении всех таких больных принимают участие и неврологи, и стоматологи.

Рассмотрим наиболее часто встречающиеся заболевания, входящие в эти группы.

Прозопалгия. Боль в лице может быть обусловлена невралгией тройничного нерва и другими краниальными невралгиями, заболеваниями зубов и околоносовых пазух, поражением височно-челюстного сустава, опухолями основания черепа, орбиты, носоглотки, мигренью и др. Боль в лице может быть отраженной при наличии триггерных миофасциальных зон в грудино-ключично-сосцевидной мышце.

Клиническая картина невралгии тройничного нерва освещена в главе 17. При одонтогенной невралгии боль имеет интенсивный стреляющий характер. Однако нет

триггерных (курковых) зон на коже лица. Резкое усиление боли наблюдается при перкуссии по пораженному зубу или десне. Отсутствуют расстройства чувствительности в зоне тройничного нерва, нет локальных вегетативно-трофических изменений на лице.

Дифференциальная диагностика. При жалобе на боли в лице необходимо дифференцировать по клиническим проявлениям синдромы поражения вегетативных ганглиев лица.

Основные вегетативные ганглии в области лицевого черепа следующие: крылонебный, ресничный, ушной, подчелюстной и подъязычный. Наиболее часто встречается поражение крылонебного узла.

Ганглионит (ганглионеврит) крылонебного узла. Этот симптомокомплекс отличается значительной вариабельностью клинических проявлений. Узел имеет три основных корешка: соматический (чувствительный) — от II ветви тройничного нерва, парасимпатический — от лицевого нерва и симпатический — из сплетения внутренней сонной артерии; последний имеет также связи с цилиарным, ушным, верхним шейным симпатическим узлами и черепными нервами, особенно с тройничным и лицевым.

Этиология и патогенез. Крылонебный узел поражается при воспалительных процессах в основной и верхнечелюстной пазухах, решетчатом лабиринте, так как узел ближе других прилежит к верхней или нижней челюсти. Токсическое воздействие при тонзиллите, осложненном кариесе и локальной травме могут явиться причиной заболевания. Провоцирующими факторами являются переутомление, недосыпание, сильный шум, волнение, употребление алкоголя, курение.

Клиническая картина. Невралгия крылонебного узла (синдром Сладера) харак-

теризуется спонтанными резкими болями в глазу, вокруг орбиты, в области корня носа, верхней челюсти, а иногда в зубах и деснах нижней челюсти. Боли могут распространяться на область виска, ушной раковины, затылка, шеи, лопатки, плеча, предплечья и даже кисти. Болевые пароксизмы сопровождаются резко выраженными вегетативными симптомами, своеобразной «вегетативной бурей» (покраснение половины лица, отечность тканей лица, слезотечение, обильное отделение секрета из одной половины носа). Продолжается приступ от нескольких минут до нескольких часов, а иногда 1–2 сут. и более. Часто болезненные пароксизмы развиваются ночью. Одним из важных диагностических признаков поражения крылонебного узла является прекращение приступа после смазывания задних отделов носовой полости раствором кокаина с адреналином.

Продолжается болезнь месяцы и даже годы. После приступа ряд вегетативных симптомов остается в слабовыраженной степени. Разнообразие клинических проявлений поражения крылонебного узла объясняется его индивидуальными анатомическими особенностями и многочисленными анастомозами с различными нервными образованиями лица и других областей.

Лечение. В острый период полость носа казади от средней носовой раковины смазывают 3–5% раствором кокаина. Применяют также новокаин: ватные тампоны, смоченные 2% раствором новокаина, вводят в полость носа. При резких болях назначают ганглиоблокаторы (бензогексоний, пентамин). В тяжелых случаях прибегают к блокаде узла с помощью анестезирующих средств. Лечение должно быть комплексным. Если синдром развивается на фоне воспалительных процессов в придаточных пазухах носа, лица, полости рта и челюстей, то необходима противоинфекционная терапия (антибиотики, сульфаниламиды). Лечение следует проводить на фоне десенсибилизирующих препаратов (димедрол, супрастин, пипольфен). Хороший терапевтический эффект достигается при инъекциях гидрокортизона в область проекции узла. Назначают пахикарпин, спазмолитические средства, нейролептики в сочетании с антидепрессантами. Если в клинической картине преобладают симптомы раздражения парасимпатиче-

ской части, то применяют холинолитические средства (платифиллин, спазмолитин, препараты белладонны, метацин, апрофен).

Используют эндоназальный электрофорез 2% раствора новокаина, УВЧ-терапию, диадинамические токи. После стихания острых явлений применяют грязевые аппликации низких температур (36–37°C) на пораженную сторону или в виде воротника. Проводят легкий массаж мышц шеи и лица. Показаны витамины группы В, биогенные стимуляторы (экстракт алоэ, ФИБС, стекловидное тело). Лицам пожилого и старческого возраста назначают противосклеротические препараты, а также средства, улучшающие мозговое и коронарное кровообращение. При тяжелых формах прибегают к блокаде узла с помощью 2% раствора тримекаина или алкоголизации. Редко применяют деструкцию узла. Проведенное лечение не всегда избавляет больных от рецидивов заболевания, однако степень выраженности клинических проявлений значительно снижается.

Поражение цилиарного узла (синдром Оппенгейма) по клинической картине очень сходно с невралгией носоресничного нерва. Различие заключается лишь в ограниченном поражении одной области орбиты и появлении характерных герпетических высыпаний.

Этиология. Инфекция, интоксикация, нарушение кровоснабжения узла.

Клиническая картина. Заболевание проявляется часто повторяющимися приступами резкой боли в области глазного яблока или позади него. Приступы обычно длятся от получаса до нескольких часов. Во время приступа появляются светобоязнь, слезотечение, покраснение конъюнктивы глаза. Могут развиваться конъюнктивиты и кератиты. При пальпации отмечается болезненность глазного яблока, нерезко выраженная его гипотония. На коже носа и лба имеются небольшие герпетические высыпания.

Лечение. Во время приступа рекомендуется закапывание в глаз 2 капель 0,25% раствора дикаина с адреналином 1 раз в день в течение 5–7 дней. Применяют анальгетики, витамины группы В. При инфекционной этиологии назначают противовирусные препараты, антибиотики, сульфаниламиды.

Поражение ушного узла (невралгия ушного узла). Наиболее частой причиной поражения ушного узла являются инфекции и токси-

ческие влияния при тонзиллите, синусите, хронических заболеваниях зубочелюстной области.

Клиническая картина. Заболевание характеризуется приступами односторонней жгучей боли в височной области (спереди от наружного слухового прохода) с иррадиацией в нижнюю челюсть, в область подбородка, иногда в зубы и даже в шею. Могут возникать ощущения заложенности и хлопанья в ухе. Во время приступа увеличивается слюноотделение на стороне боли. Провоцирующими моментами являются переохлаждение лица, прием горячей пищи, надавливание на точку между наружным слуховым проходом и головкой височно-нижнечелюстного сустава. Важным дифференциально-диагностическим признаком поражения ушного узла является прекращение приступа при внутриочелюстной новокаиновой блокаде этой области.

Лечение. В период обострения назначают болеутоляющие средства (анальгин, салициловая кислота, трамал), ганглиоблокаторы (бензогексоний, ганглерон), дипразин. В случае преобладания в клинической картине симптомов раздражения парасимпатической части вегетативной нервной системы применяют холинолитические средства (платифиллин, спазмолитин). Показаны витамины группы В, диадинамические токи с наложением электродов на задний отдел височной области. Необходима санация очагов инфекции в полости рта, околоносовых пазухах.

Синдромы поражения узлов симпатического ствола

Заболевание имеет различные названия: при поражении одного узла — симпатоганглионит, при поражении нескольких узлов — полиганглионит, или тунцит. Иногда говорят о ганглионеврите, так как очень трудно определить, какие структуры при этом поражаются преимущественно: узлы или нервы. Не следует путать с поражением спинномозговых ганглиев, которые также диагностируются как ганглиониты или ганглионевриты.

Этиология и патогенез. Симпатические ганглиониты чаще возникают при острых инфекционных заболеваниях (грипп, корь, дифтерия, пневмония, ангина, скарлатина, дизентерия, сепсис, рожа) и хронических инфекциях (туберкулез, сифилис, бруцеллез, ревматизм). Вероятно, возможны и первично-вирусные поражения. Имеют значение

Поражение подчелюстного и подъязычного узлов. Оба узла располагаются близко друг от друга и имеют многочисленные связи, поэтому почти всегда поражаются совместно.

Клиническая картина. Поражение этих узлов проявляется постоянными, периодически обостряющимися болями в подчелюстной области и языке. Болевые пароксизмы сравнительно редкие (1 раз в день или 1 раз в нед.), продолжаются от нескольких минут до часа. Во время пароксизмов усиливается слюноотделение, однако наблюдаются случаи, когда оно нормальное и даже наступает ксеростомия. Характерна болезненная точка в подчелюстном треугольнике. Боль может иррадиировать в нижнюю челюсть, иногда в верхнюю губу, висок, затылок, шею. Продолжительность пароксизма боли колеблется от нескольких минут до часа, в редких случаях больше. Отличительный признак поражения этих узлов — появление болевых пароксизмов после приема обильной пищи. Боли локализуются в основном в области кончика языка и в соседних с ним участках.

Лечение. В остром периоде назначают анальгетики, транквилизаторы и вегетотропные, в частности ганглиоблокирующие, средства. При сильных болях проводят блокады 0,5–1% раствором новокаина. При стихании обострения назначают физиотерапевтические процедуры (гальванизация, индуктотермия), витамины группы В.

нарушение обмена веществ, интоксикации, новообразования (как первичные ганглионевромы, так и метастатические).

Клиническая картина. Выделяют симпатоганглиониты: шейные, верхне- и нижнегрудные, поясничные, крестцовые. Основным симптомом является периодически обостряющаяся боль жгучего характера, не имеющая точных границ. Выявляются парестезии, гипестезии или гиперестезии, резко выраженные расстройства пиломоторной, вазомоторной, секреторной и трофической иннервации.

Особую клинику имеют поражения четырех шейных симпатических узлов: верхнего, среднего, добавочного и звездчатого (средний и добавочный узлы имеются не у всех людей).