



СПб ГБОУ СПО «Медицинским колледж №1»

*ИНФЕКЦИОННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ
ЦНС
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ*

К.М.Н. СМИРНОВА МАРИЯ МИХАЙЛОВНА

Санкт-Петербург - 2016

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Инфекционное поражение ЦНС – всегда результат понижения иммунной защиты организма:
 - первичный иммунодефицит,
 - вторичный иммунодефицит.
- Модификация антиинфекционного иммунитета НЕВОЗМОЖНА, ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО КОМПЛЕКСНОЕ ЕГО ПОВЫШЕНИЕ:
 - нормализация трофики
 - психоэмоциональный покой

ПОДХОДЫ К КЛАССИФИКАЦИИ

- По локализации поражения
- По этиологии
- По скорости развития
- По скорости завершения
- По характеру проникновения

ПО ТЕМПАМ РАЗВИТИЯ

- Молниеносно
- Остро
- Первично хронически
- Вторично хронически
- Персистенция
- Вялотекущее течение
- Рецидивирующее
- Медленная инфекция

ТОПИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

- Менингит (лептопахименингит)
- Энцефалит
- Миелит
- Смешанные формы:
 - менингоэнцефалит,
 - менингоэнцефаломиелит,
- Субдуральная эмпиема
- Абсцесс головного мозга

МЕСТО ПОРАЖЕНИЯ

Субарахноидальное пространство головного, спинного мозга и зрительных нервов является общим для:

- Мягкой оболочки
- Паутинной оболочки
- Циркулирующего ликвора

Менингит всегда – цереброспинальное поражение

МЕСТО ПОРАЖЕНИЯ

- Из субарахноидального пространства инфекция всегда переходит на желудочки и их эпендиму.
- Далее в процесс вовлекаются все структуры, а именно:
 - эпендима
 - сосудистые сплетения
 - черепные и спинальные нервы
 - поверхности вен и артерий

ПО ХАРАКТЕРУ ПРОНИКНОВЕНИЯ

Бактериальные агенты

- Гематогенно:
 - Септицемия
 - Бактериальная эмболия
- Контактнo:
 - Отогенно/синусогенно
 - При остеомиелите костей черепа
- При проникающих травмах или хирургических вмешательствах:
 - Катетеры

Вирусные агенты

- Воздушно-капельные:
 - Эпидемический паротит
 - Корь
 - Ветрянная оспа
- Фекально-оральные
 - Энтеровирусы
- Половым путем
 - Герпес
- Через кожу (гематогенно)

ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ

- Инфекционный синдром
- Менингеальный синдром
- Признаки развития отека головного мозга
=> повышение внутричерепного давления
- Очаговая симптоматика

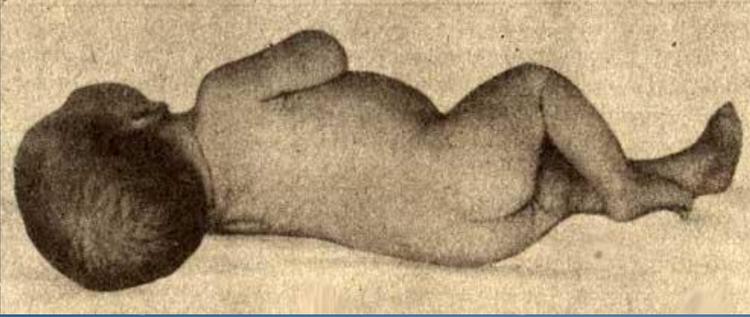
менингит

энцефалит,
миелит

ИНФЕКЦИОННЫЙ СИНДРОМ

- Продромальный период:
 - от нескольких часов до 1-2 суток
 - неспецифические проявления:
 - симптомы интоксикации,
 - субфебрильная температура,
 - легкие катаральные и диспептические нарушения.
- Пирексия
 - высокая лихорадка ($39^{\circ}\text{C}+$) в первые часы болезни
 - действие инфекционного агента + гипоталамические нарушения => антипиретики малоэффективны
- Токсические проявления (действие токсинов на ЦНС + рефлекторное развитие инфекционно-токсического шока):
 - ангиодистония,
 - нарушения гемодинамики,
 -

МЕН



- Вынужденное положение
- Менингизм:
 - интенсивные головные боли распирающего характера,
 - кожная, оптическая и акустическая гиперестезия,
 - рвота без предшествующей тошноты,
 - психомоторное возбуждение, галлюцинации,
 - фебрильные судороги у детей.
- Менингеальные мышечно-тонические симптомы:
 - ригидность затылочных мышц,
 - симптом Кернига,
 - симптомы Брудзинского (верхний, средний, нижний), Бикеле, Германа, Лессажа, Левинсона и т.п.
- Менингеальные радикулярные синдромы:
 - феномен Куимова-Керера (болезненность точек выхода V черепного нерва),
 - симптом Менделя (резкая болезненность и гримаса боли при надавливании на козелок здорового уха),
 - симптом Бехтерева (провокация головных болей и гримас постукиванием по скуловой дуге)

ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

- Развивается из-за отека головного мозга и гиперпродукции ликвора (раздражение сосудистых сплетений, блок циркуляции, нарушение резорбции).
- Неспецифическая реакция.
- Клинически:
 - угнетение сознания,
 - эпилептические припадки вплоть до эписпатуса,
 - дислокационная симптоматика,
 - нарушение витальных функций (в т.ч. триада Кушинга),

ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ

- Гипофункция хороидальных сплетений на фоне ангиоспастических реакций.
- Клинически:
 - головная боль,
 - усиление болей на фоне любой нагрузки, резких движений, кашля, вертикализации,
 - уменьшают боль:
 - вынужденное положение с опущенной головой,
 - сдавливание яремных вен,
 - тошнота, рвота,
 - головокружение,

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ

- Транспортировка в стационар лежа на носилках.
- Компенсация витальных функций.
- Обеспечение в/венного доступа:
 - объем инфузии должен соответствовать выраженности интоксикационного синдрома.
 - нормализация ОЦК: инфузионная терапия 1,5-2 л на каждые пять тахипноэ и дополнительно 0,5 л на каждый градус повышенной температуры.
- Противошоковая терапия по показаниям.
- Профилактика и лечение отека головного мозга:
 - гипертонический раствор глюкозы, магнезия, лазикс.
 - глюкокортикоидные гормоны.
- Десенсибилизация:
 - глюкокортикоидные гормоны,
 - антигистаминные препараты (димедрол, супрастин).
- Коррекция гемостаза:
 - в зависимости от стадии ЛВС – гепарин, этамзилат натрия и т.п.

ЭНЦЕФАЛИТЫ

ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ЭНЦЕФАЛИТЫ

- Герпетический
- Клещевой
- Параинфекционные (могут возникать и после вакцинации!):
 - коревый энцефалит,
 - ветряночный энцефалит (не зависит от тяжести течения ветряной оспы!),
 - краснушный энцефалит.
- Ревматические поражения ЦНС, малая хорей.

ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ

- Herpes simplex
- Воздушно-капельный, фекально-оральный и контактный путь передачи.
- 5-10% от общего числа вирусных энцефалитов.
- Возрастные пики:
 - от 6 месяцев до 9 лет
 - старше 40 лет.
- Сезонности нет.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

- Гингивостоматит.
- Катаральные явления у 1/3 больных.
- Кожных высыпаний нет.
- Поражение ЦНС со 2-3 дня болезни.
- Течение энцефалита крайне тяжелое:
 - глубокое угнетение сознания с первых часов заболевания.
- Длительная высокая лихорадка.

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ

- *Encephalitis acarina.*
- Гематогенный и алиментарный (употребление сырого молока) путь заражения.
- Природно-очаговое заболевание с выраженной сезонностью.
- Различают острое и хроническое течение.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

- Инкубационный период 7-30 дней.
- До 40% переносят лихорадочную форму, без симптомов поражения ЦНС.
- При тяжелом течение часто наблюдается миелит.
- Характерны эпилептические припадки, эпизоды психомоторного возбуждения, острые психозы.

РЕВМАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС

- Ревматизм – системное инфекционно-аллергическое заболевание с воспалительным поражением соединительной ткани ССС, суставов и иных органов.
- β - гемолитический стрептококк группы А.
- С равной частотой наблюдают энцефалиты и менингиоэнцефалиты, возможны радикулоневриты.
- Редко: психозы и эписиндром.
- Клинически проявляется гиперкинезами в виде:
 - малой хореи,
 - тиков,
 - стереотипно-дистальных, миоклонических и паркинсоноподобных гиперкинезов.
- Характерны мышечная гипотония и нарушение координации

МЕНИНГИТЫ

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Гнойные менингиты:
 - менингококковый цереброспинальный эпидемический менингит,
 - пневмококковый менингит,
 - менингит, вызванный гемофильной палочкой (инфлюэнц-менингит),
- Серозные менингиты:
 - туберкулезное поражение мозговых оболочек и ЦНС,
- Вирусные менингиты:
 - паротитный менингит,
 - энтеровирусные менингиты,
 - лимфоцитарный хориоменингит (генерализованный вирусный зооноз),
 - полиомиелит,

МЕНИНГОКОККОВЫЙ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНЫЙ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ МЕНИНГИТ

- *Neisseria meningitides* (менингококк)
- Воздушно-капельный путь передачи.
- 80% - детские коллективы.
- Периодичность заболевания 10-13 лет.
- Сезонность заболевания:
 - зимне-весенняя, связана с резкими колебаниями температур, повышением влажности, большими скоплениями людей в плохо проветриваемых помещениях.
- 70% зараженных – носители, еще 10-15% переносят в виде носителей

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Назофарингит менингококковый.
- Менингит.
- Менингоэнцефалит.
- Менингококцемия.
- Молниеносная форма менингококцемии
 - = апоплексия надпочечников, синдром Уотерхаузе-Фридериксена.



- Менингеальные симптомы с конца 1-х суток.

- Энцефалит – не ранее 2-х суток.

- Развивается распад микробных тел => токсинемия => ДВС-синдром.

- Характерны кожные высыпания:

- геморрагические пятна неправильной формы,
- начинаются с нижних конечностей, чаще по задней поверхности голени и в подколенных ямках, далее распространяются вверх,
- быстро увеличиваются в размерах,

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ

- Обязательное обеспечение внутривенного доступа,
 - даже в случае стабильного состояния пациента при выявлении единичных геморрагий.
- Активная инфузионная терапия для детоксикации.
- Антигистаминные препараты с целью десенсибилизации организма.
- Категорически противопоказаны бактерицидные антибиотики!!!
- При первых признаках нестабильное гемодинамики – подключение глюкокортикоидной терапии.

АБСЦЕСС ГОЛОВНОГО МОЗГА

- Основная причина:
 - гнойный средний и внутренний отит,
 - риногенные абсцессы,
 - метастатические абсцессы,
 - проникающие ранения в головной мозг.
- При затяжном течении локального гнойного энцефалита – формируется плотная капсула.
- Исход:
 - петрификация,
 - имитация опухоли головного мозга,

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Течение заболевания стадийное.

- Острая стадия:

- общеинфекционный синдром,
- признаки энцефалита или менингоэнцефалита.

- Хроническая стадия:

- эпилептические припадки,
- гипертензионный синдром,
- иногда может течь бессимптомно.

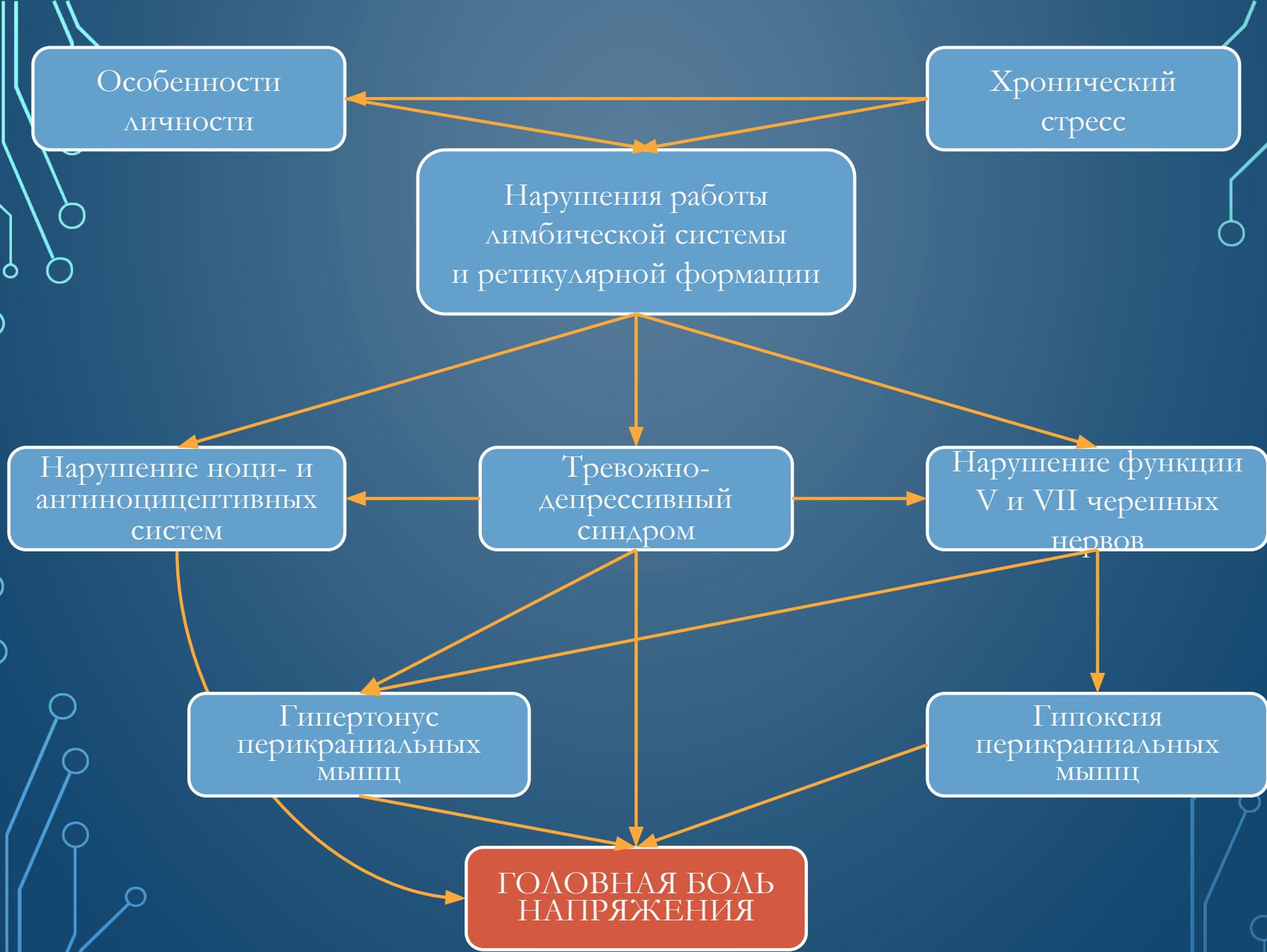
ГОЛОВНЫЕ И ЛИЦЕВЫЕ БОЛИ





ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ГБН

- Уровень распространенности ГБН:
 - от 1,3 до 65% у мужчин,
 - от 27 до 86% у женщин.
- Возраст:
 - от 20 до 40 лет,
 - максимум жалоб - от 30 до 39 лет как у мужчин, так и у женщин.
- Около 13% больных испытывают первый приступ до наступления десятилетнего возраста.
- Преимущественно у европеоидов.
- Распространенность увеличивается с повышением



ГОЛОВНЫЕ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

- возникают у людей с высоким уровнем тревожности, клинически явной или маскированной депрессией (40%),
- развиваются во время или после воздействия различных стрессирующих факторов,
- протекают по типу сдавления ("каска" или "обруча" вокруг головы),
- без четкой локализации,
- слабой или умеренной интенсивности,
- не усиливаются от физической нагрузки,
- изредка сопровождающаяся непереносимостью резкого света или звука, иногда тошнотой.

ЭПИЗОДИЧЕСКАЯ ГБН

- количество приступов:
 - в течение жизни превышает 10,
 - но не более 15 приступов в месяц.
- средняя продолжительность приступа:
 - от 30 минут до 7 дней
 - если субъект постоянно принимает лекарства, критерии продолжительности могут игнорироваться.
- не менее 2-х признаков особенности боли:
 - например, боль интенсивностью от слабой до умеренной, двусторонняя, не пульсирующая, опоясывающая, давящая, вызывающая ощущение напряжения и не усиливающаяся при физической нагрузке.

ХРОНИЧЕСКАЯ ГБН

- количество приступов:
 - более 15 приступов в месяц,
 - в течение не менее 6 месяцев.
- средняя продолжительность приступа аналогична эпизодической ГБН.
- появляется 1 сопутствующий симптом:
 - тошнота,
 - фотофобия,
 - фонофобия.
- если приступы эпизодической ГБН имеют разные характеристики, но частота их превышает 15 приступов в

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГБН

Критерий	Характеристика	Особенность
Количество приступов	Не менее 10 в анамнезе	Однотипные
Длительность головной боли	30 минут – 7 суток	
Характер боли	Непульсирующий, стягивающий, монотонный	Не менее 2-х характеристик одновременно
Интенсивность боли	Слабая или умеренная	
Локализация	Двусторонняя диффузная или преимущественно в теменно-затылочной области	
Физическая нагрузка	Не влияет	
Сопутствующие симптомы	Тошнота, снижение аппетита, вплоть до анорексии или фото-/фонофобия.	
История заболевания и данные объективного осмотра	позволяют исключить другую форму цефалгии;	Обязательно
	у пациента имеется другая разновидность головной боли, (например, мигрень), но приступы мигрени являются самостоятельными и не связаны с ГБН по времени возникновения.	

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

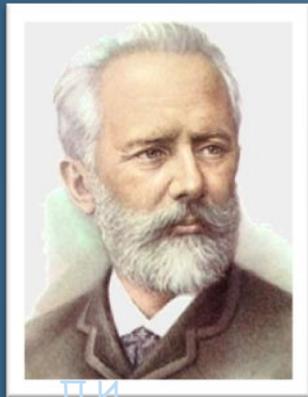
- Обезболивание:
 - НПВС (анальгин, аспирин, кетанов и пр.),
 - комбинация кофеина с анальгетиками (саридон, гевадол, цитрамон и пр.).
- Госпитализация не требуется при эпизодической ГБН.
- При хронической ГБН – оставление активного вызова на поликлинику, т.к. высока вероятность потребности в антидепрессантах и миорелаксантах (сирдалут).

МИГРЕНИ

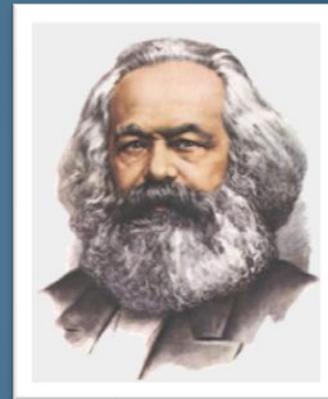
- Пароксизмально протекающее заболевание нервной системы, проявляющееся приступами сильной и мучительной головной боли одностороннего характера (гемикрания), в основном в глазнично-лобно-височной области, сопровождающееся тошнотой, рвотой, плохой переносимостью яркого света (фотофобией), громких звуков (фонофобией), после приступа – сонливостью и вялостью.
- Характерны повторяемость приступов и наследственная предрасположенность.



Ч. Дарвин



П.И.
Чайковск
ий



Карл
Маркс



А. П.
Чехов

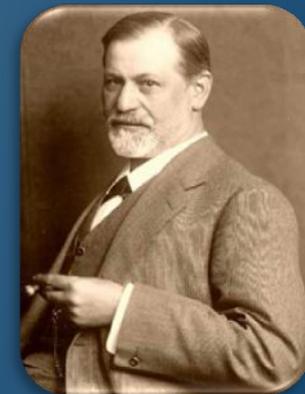
Мигрень – благородная болезнь

Своей «известностью» мигрень обязана не только широкой распространенности среди населения, и тем, что она была отнесена к разряду «благородных» болезней.

Мигрень обычно ассоциируется с высоким интеллектом и напряженной мыслительной деятельностью.



Ф. Шопен



З. Фрейд



Л. Ван
Бетховен



А. Нобель



И.
Ньютон



Р, Вагнер



Ф. Ницше

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

- 10-15% взрослого населения.
- В России:
 - 14.5 млн пациентов с мигренью,
 - 10 млн – женщин и 4,5 млн – мужчин
- Женщины:мужчины = 1,5-2:1
- Возраст:
 - Начало заболевания – 14-18 лет,
 - пик заболеваемости:
 - среди женщин – 40 лет,
 - среди мужчин – 35 лет.
- Мигрень без ауры встречается почти в 80% всех случаев

ЭТИОЛОГИЯ

- Генетически обусловленные нарушения в сосудистой, нервной и эндокринной системах по аутосомно-доминантному типу наследования:
 - 70% - позитивный семейный анамнез,
 - генетические влияния особенно заметны у мигрени с аурой,
 - если приступы мигрени были у обоих родителей, риск заболевания у потомков - 60-90% (без анамнеза - 11%).
 - если приступы мигрени были у матери, то риск заболевания - 72%, если у отца - 30%.
 - у мужчин, страдающих мигренью, матери болели

ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ

Группы факторов	Составляющие
Факторы внешней среды	яркий солнечный свет, световое мелькание (телевизор, компьютер), громкий или монотонный шум, сильные запахи, изменение погодных условий
Продукты питания	консервированное мясо, сыр, цитрусовые, шоколад, бананы, сухофрукты, сельдь, орехи, бобы, семена подсолнечника, молоко, красное вино, шампанское, пиво, чай, кофе, кока-кола
Психогенные факторы	стресс, длительный отдых, недосыпание, разрядка после избыточных положительных или отрицательных эмоций;
Гормональные факторы	за несколько дней до и после, а также во время менструации, (редко во время овуляции). может зависеть от беременности, первого месяца после рождения ребёнка или в менопаузы.
Лекарственные препараты	оральные контрацептивы, половые стероиды, нитраты, резерпин.
Разные факторы	гипогликемия, вестибулярные раздражители (езда в автомобиле, поезде), обезвоживание, секс.

Триггерный фактор

Cranial blood vessels

Trigeminal sensory nerve

Активация стволовых структур головного мозга

Ирритация V черепного нерва

Выделение нейропептидов конечными ветвями

Расширение и повышение проницаемости краниальных сосудов и сосудов ТМО

and the lining of the brain, i.e. the meninges

Формирование чувства боли на уровне ЦНС

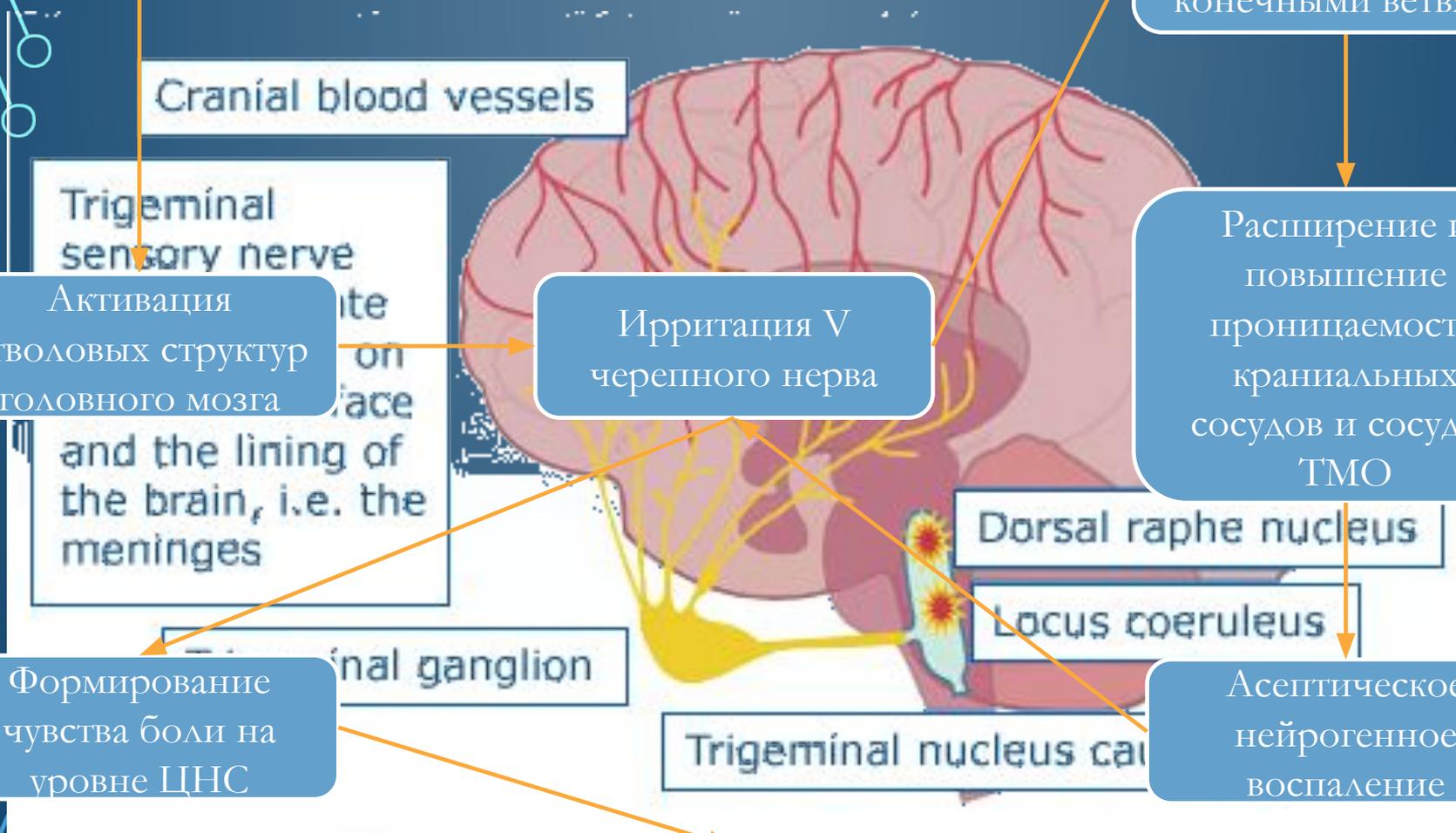
Dorsal raphe nucleus

Locus coeruleus

Асептическое нейрогенное воспаление

Trigeminal nucleus caudalis

МИГРЕНЬ



ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ МИГРЕНОЗНОЙ БОЛИ

- Вазодилатация
 - преимущественно интракраниальных сосудов, включающих сосуды ТМО и большие мозговые артерии.
- Нейрогенное (асептическое) воспаление
 - быстро развивающееся в периваскулярной области.
- Активация центральной тригеминальной системы, спинального тракта тройничного нерва (*nucleus tractus caudalis*) и его центральных связей.

КЛАССИФИКАЦИЯ МИГРЕНИ

Мигрень без ауры
(простая мигрень)

Особые виды мигрени

1. Семейная гемиплегическая мигрень.
2. Базилярная мигрень.
3. Мигренозная аура без головной боли.
4. Мигрень с острым началом ауры.
5. Офтальмоплегическая мигрень
6. Ретинальная мигрень

Мигрень с аурой
(классическая мигрень)

Мигрень
с типичной аурой

Мигрень
с длительной аурой

Осложнения мигрени

Мигренозный статус

Мигренозный инсульт

СТАДИИ ПРИСТУПА МИГРЕНИ



I фаза Продрома	II фаза Аура	III фаза Головная боль	IV фаза Постдрома
--------------------	-----------------	---------------------------	----------------------

1-3 часа

не более часа

4 - 72 часа

до 24 часов

КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА МИГРЕНИ

МИГРЕНЬ БЕЗ АУРЫ

- А.** Не менее 5 приступов, соответствующих критериям В-Д.
- В.** Длительность приступа от 4 до 72 часов (без лечения / при безуспешном лечении).
- С.** Головная боль имеет, как минимум, два из перечисленных ниже признаков:

Анамнез и неврологическое исследование не выявляют органического заболевания или метаболических расстройств, которые могут вызывать вторичные головные боли.

- Усиливается при обычных физических нагрузках
- Д.** Приступ головной боли сопровождается, как минимум, одним из следующих симптомов:
- Тошнота и/или рвота
 - Фотофобия и фонофобия

МИГРЕНЬ С АУРОЙ

- А.** Не менее двух приступов, соответствующих критерию В.
- В.** Наличие не менее трёх из четырёх следующих условий:
 - Одного или больше полностью обратимых симптомов ауры, указывающих на фокальную

развивающихся одновременно.

- Никакие симптомы ауры не продолжаются более 60 минут. Если возникает хотя бы один признак ауры, то продолжительность периода пропорционально увеличивается.
- Длительность "светлого" промежутка между аурой и головной болью не превышает 60 минут.

Головная боль может наступать перед или одновременно с аурой.

ОСЛОЖНЕНИЯ МИГРЕНИ

- **Мигренозный статус:**

- приступ мигрени, длящийся более 72 ч несмотря на лечение.
- могут наблюдаться светлые промежутки длительностью несколько часов (сон не учитывается).
- протекает с тошнотой, повторными рвотами, судорожными припадками, угнетением сознания.

- **Мигренозный инсульт:**

- состояние, при котором один или более симптомов мигренозной ауры не исчезают в течение семи дней.

СИМПТОМЫ ИСКЛЮЧЕНИЯ МИГРЕНИ

- Отсутствие смены «болевого стороны» в течение жизни пациента.
- Проградиентно нарастающая головная боль.
- Внезапное начало головной боли после физического напряжения, кашля, сексуальной активности.
- Нарастание сопутствующих симптомов головной боли — тошноты, рвоты, фото-, фонофобии.
- Выявление стойких неврологических симптомов, застойных дисков зрительных нервов, менингеальных симптомов, нарушения сознания.
- Появление первых приступов мигрени после 50 лет.
- Появление на фоне головной боли лихорадки, артралгии,

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

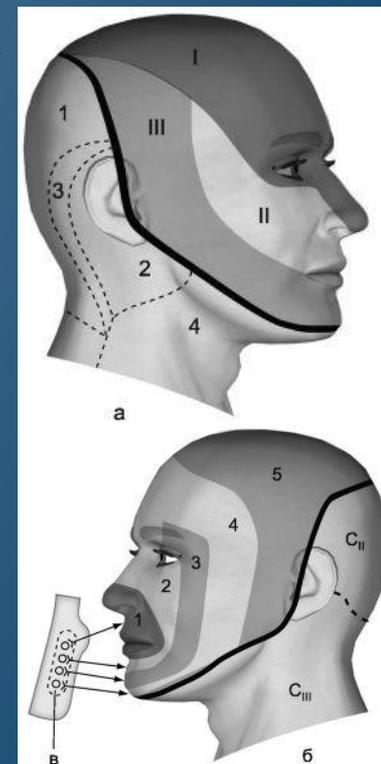
- **Обезболивание:**
 - эффективность падает с течением времени от начала приступа.
 - наименее эффективен парацетамол, наиболее – эрготамины и трептаны (5 НТ1 агонисты).
 - противопоказаны: препараты содержащие кофеин, спазмолитики, закись азота.
- Антигистаминные препараты.
- Транквилизаторы.
- Симптоматическая терапия.
- При невозможности купировать приступ развития

НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

- Полиэтиологическое заболевание:
 - механическое сдавление нерва,
 - образование склеротической бляшки,
 - инфекционные очаги в ротовой полости и др..
- Возраст: старше 40 лет.
- 60-70% женщины.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Чаще поражается II ветвь тройничного нерва – 44% (V1 – 20%, V2 – 36%).
- Нарушение поверхностной чувствительности может быть в зонах Зельдера (луковичные зоны).
- Ремитирующее течение:
 - интервалы – от нескольких часов до месяцев и лет,
 - повторные приступы в тех же отделах лица.
- Эмоциональное и физическое напряжение увеличивает частоту приступов.
- У 1/3 пациентов – вегетативное сопровождение приступа.
- В межприступный период появляется тупая боли или



КЛИНИЧЕСКИЕ ТРИГГЕРЫ

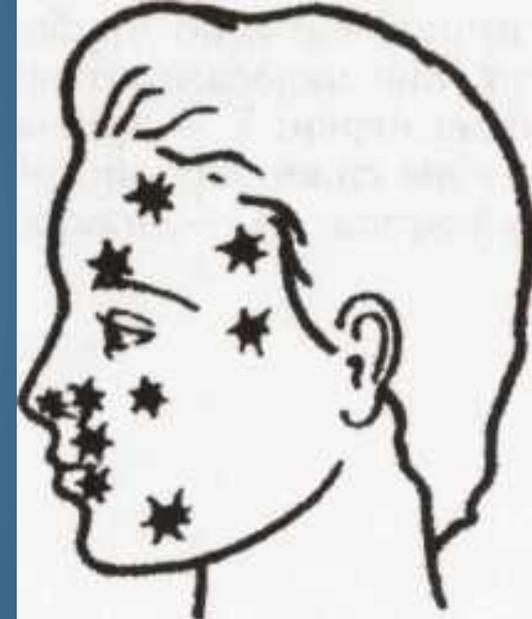
- Внезапные приступы боли, часто строго односторонней.
- Пациенты часто не могут описать характер боли.
- На вопросы о характере боли пациенты отвечают: «как удар током», «как будто в рот вливают кипяток».
- Возможны следующие варианты течения:
 - с частыми приступами
 - с редкими приступами
- Встречаются случаи с длительными приступами.
- Объективно выявляются следующие признаки:



...ствующей

...вая рот.

ДИАГНОСТИКА



- Пароксизмальность приступов:
 - продолжительностью от нескольких секунд до 2 минут.
- Локализация боли.
- Выраженная интенсивность болей:
 - часто описывают как жжение или удар электрического тока.
- Провокация болей:
 - с триггерных зон,
 - во время еды, разговора, умывания, чистки зубов и т.п.
- Стереотипность приступов у одного пациента.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Мигрени.
- Опухоли лица, головного мозга, основания черепа.
- Синуситы.
- Пародонтит.
- Фарингит.
- Травмы лица, сопровождающиеся переломами скуловых дуг или стенок околоносовых пазух.

НЕВРАЛГИЯ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА

- Встречается редко.
- Интенсивная пароксизмальная боль в глубине полости рта, корне языка, области миндалин.
- Провоцируется:
 - глотанием (особенно охлажденной жидкости),
 - кашлем, жеванием, разговором, зевотой.
- иногда иррадирует в ухо и шею, изредка только в ухо (отоалгическая форма).
- Триггерные зоны:
 - прикосновение к мягкому небу или миндалинам,
 - иногда надавливание на козелок
- Приступ длится несколько секунд или минут и сопровождается брадикардией, снижением АД, иногда обмороком.
- Снижения чувствительности или парезов не выявляется!
- Часты спонтанные ремиссии от нескольких месяцев до нескольких лет.
- Возможно сочетание с невралгией тройничного нерва (нервы

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- Опухоли глотки (в том числе и носоглотки), языка, задней черепной ямки.
- Тонзиллит.
- Перитонзиллярный абсцесс.
- Гипертрофия шиловидного отростка.
 - в этом случае боль усиливается при повороте головы
- Невринома языкоглоточного нерва наблюдается крайне редко.

НЕВРАЛГИЯ ВЕРХНЕГО ГОРТАННОГО НЕРВА

- Пароксизмальная боль с одной или обеих сторон в области гортани (на уровне верхней части щитовидного хряща или подъязычной кости) и угла нижней челюсти.
- Иррадиирует:
 - в глаз, ухо, грудную клетку и предплечье.
- Сопровождается:
 - икотой, кашлем, слюноотделением.
- Провоцируется:
 - глотанием,
 - зевотой,
 - кашлем,
 - сморканием,
 - движениями головы.
- Дифференциальный диагноз:
 - опухоли шеи,
 - острый инфаркт миокарда.

ЛИЦЕВЫЕ СИМПАТАЛГИИ

- группа схожих по своим клиническим проявлениям состояний, имеющих четкое пароксизмальное течение и удовлетворительное состояние между приступами.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЛИЦЕВЫХ СИМПАТАЛГИЙ

- Симпаталгические синдромы (поражения периферических вегетативных узлов, нервов):
 - носоресничная невралгия (синдром Чарлена),
 - крылонебная невралгия (синдром Сладера),
 - невралгия большого поверхностного каменистого нерва (синдром Гартнера).
- Сосудистые синдромы:
 - пучковая головная боль,
 - кластер-эффект (гистаминовая мигрень Хортона, мигренеподобная невралгия Гарриса),
 - синдром сонной артерии Глязера.

ПАТОГЕНЕЗ СИМПАТАЛГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

- Природа синдромов недостаточно ясна.
- Обусловлены воспалением периферических вегетативных узлов или их раздражением.
- В связи с наличием герпетических высыпаний при синдроме Чарлена можно думать о **герпетическом ганглионите носоресничного узла.**
- Симпаталгию Сладера связывают с **инфекционными процессами в придаточных пазухах носа** (в частности, в гайморовой) и **вовлечением крылонебного узла.**

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Длительность приступов:
 - от десятков минут до нескольких суток (реже).
- Боль:
 - в лице,
 - резкая, часто непереносимая,
 - жгучего, распирающего, сдавливающего или пульсирующего характера.
- Вегетативные нарушения на стороне боли:
 - слезотечение,
 - покраснение конъюнктивы глазного яблока,
 - выделение жидкости с одной половины носа и ощущение заложенности в ней,

Вид симпат-алгии	Локализация боли	Иррадиация боли	Вегетативные проявления	
Ресничная невралгия (синдром Чарлена)	односторонняя, в области корня носа, внутреннего угла глаза, в глазном яблоке	в нос	выделения из носа, ощущение заложенности в носу, инъекция конъюнктивы, блефароспазм	высыпания на коже
Невралгия крылонебного узла (синдром Сладера)	боль в корне носа, верхней челюсти, зубах, распространяется на язык, мягкое небо, ухо, шейно-плече-лопаточную зону	в глаз и висок.	парестезии в лице, шум в ухе, отек лица во время приступа	сокращение мышц гладкого неба (цокание), постепенное начало и окончание приступа, длительно!

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Вид симпаталгии	Местно	Общие действия
Ресничная невралгия (синдром Чарлена)	закапывании раствора анестетика в конъюнктивальный мешок или смазывание им слизистой оболочки верхней носовой раковины	1. Вегетотропные препараты (ганглиоблокаторы – пирроксан), имеющие денервирующее действие на пораженный узел. 2. Противосудорожные средства - карбамазепин (тегретол, финлепсин).
Невралгия крылонебного узла (синдром Сладера)	смазывание местным анестетиком слизистой оболочки среднего носового хода / новокаиновая блокада вегетативного узла	3. психотропные препараты - транквилизаторы и антидепрессанты.

СОСУДИСТЫЕ СИНДРОМЫ

- Встречаются значительно чаще симпаталгий.
- Обычно у мужчин.

ПУЧКОВАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ (КЛАСТЕР-СИНДРОМ)

= гистаминовая мигрень Хортона, мигренеподобная невралгия Харриса.

- Начинается в 20-40 лет.
- мужчины:женщины = 5:1.
- Сочетание с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.
- Внешне:
 - высокий рост,
 - поперечные складки на лбу (лицо льва).
 - внешняя агрессивность, внутренняя беспомощность, робость и

ПАТОГЕНЕЗ ПУЧКОВОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

- пароксизмальное **расширение ветвей сонных артерий**,
- дефицит симпатической иннервации сосудов с увеличением (реже уменьшением) локального мозгового кровотока.
- повышение содержания болевых нейропептидов с активацией чувствительных волокон тройничного нерва.
- в крови:
 - резкое повышение **гистамина** и **небольшое – серотонина**
 - при классической мигрени во время приступа понижается концентрация серотонина, а после этого повышается содержание гистамина.
 - гуморальные факторы (прокоагулянтные и антикоагулянтные факторы крови, тромбоциты, эритроциты, лимфоциты и патология их мембран).
 - простагландины, в частности простаглицлин, нейрокинин и фактор Хагемана (XII фактор).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Боль:
 - нарастает до максимума за несколько десятков секунд и развивается сериями (пучками, кистями),
 - начинается в одно и то же время, ночью («будильниковая головная боль») или под утро,
 - всегда односторонняя в глазнице, височной и периорбитальной области, с иррадиацией в лоб, щеку, реже в шею, затылок, ухо, руку.
- Отсутствие каких-либо продромальных явлений.
- Потливость с акцентом в области боли, икота, ринорея, отечность век, инъекция сосудов склеры, расширение или сужение глазной щели и зрачка.
- Провоцируют приступ:
 - алкоголь,
 - охлаждение головы,
 - физическое и эмоциональное напряжение,
 - изменение погоды,
 - прием нитроглицерина, гистамина,
 - гипоксемия во время сонных апноэ.
- Психомоторное возбуждение:
 - больные сдавливают голову, иногда прибегают к дополнительным болевым действиям на голову, стараясь уменьшить страдания.

ХРОНИЧЕСКОЕ ПАРОЗИТИЧЕСКОЕ

- Мужчины
- Возраст
- Боли:
 -
 -
 -
- Вегетативная дисфункция:
 -
 -
 -
- Продолжительность заболевания - от 10 до 20 лет



СИНДРОМ

области.

ны носа, ринорея,

ота - от 10 до

ЛЕЧЕНИЕ ХПГ

- Т. Индометацина 50-200 мг в сутки 4-6 недель.
 - курс начинают с 25 мг трижды в день, потом увеличивают до 115-200 мг в сутки.
 - эффективную суточную дозу подбирают индивидуально, ориентируясь на интенсивность болевого синдрома.
- «Драматический» эффект индометацина:
 - многолетние приступы проходят через 1-2 дня после лечения.

НИЖНИЙ СИНДРОМ ХОРТОНА

= «головная боль нижней половины».

Есть данные о наследственном анамнезе.

Часто сочетается с синдромом вегетативной дистонии.

- Боль:

- локализуется ниже глаза (линии Wolf),
- начинается от внешнего угла глаза и движется к слуховому проходу,
- захватывает область щеки, подбородка, носа, уха с иррадиацией в шею.

- Длительность приступа от нескольких часов до суток.

- Остальные проявления болевого приступа типичны.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Обезболивание:
 - от НПВС до агонистов-антагонистов опиатных рецепторов в зависимости от интенсивности приступа.
- В случае невозможности купировать приступ – доставка в неврологическое отделение.

Нельзя использовать спазмолитики и закись азота: парез сосудов приведет к усилению болей, возникновению осложнений в виде инсультов, инфарктов и эпилептических приступов!

The image features two silhouetted figures standing against a vibrant sunset sky. The figure on the left has arms extended horizontally, while the figure on the right has arms raised in a 'V' shape. The background is a gradient of orange and yellow, with the sun low on the horizon. The text is overlaid in a large, white, sans-serif font.

СПАСИБО
ЗА
ВНИМАНИЕ!