

ПЛАН:

1)ВВЕДЕНИЕ

**2)ГАНГЛИОПАТИЯ ПОДЧЕЛЮСТНОГО
НЕРВА**

**3)ГАНГЛИОПАТИЯ ПОДЪЯЗЫЧНОГО
НЕРВА**

**4)ШЕИНАЯ СИМПАТИЧЕСКАЯ
ГАНГЛИОПАТИЯ**

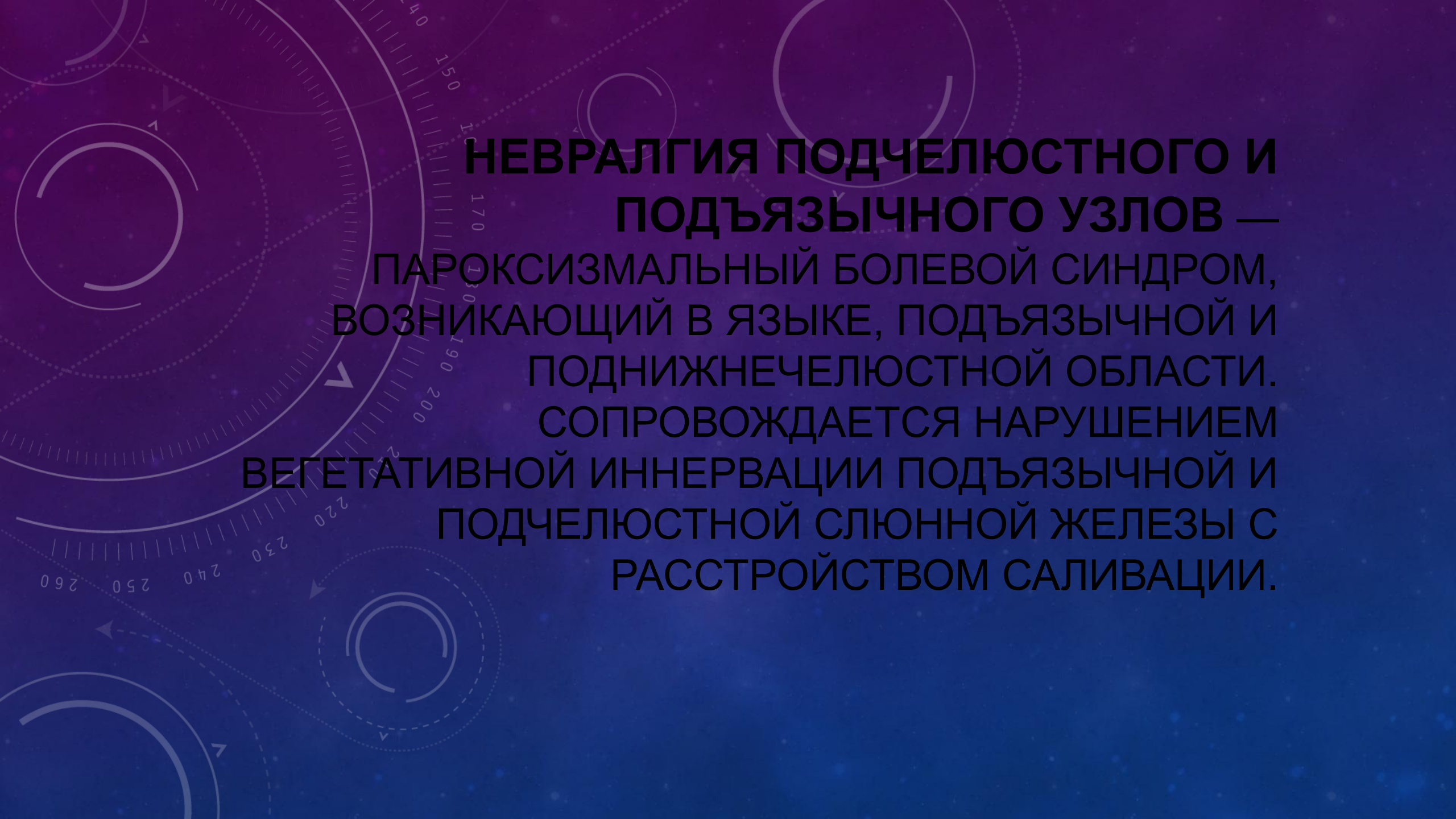
5)ЛИТЕРАТУРА

ВВЕДЕНИЕ:

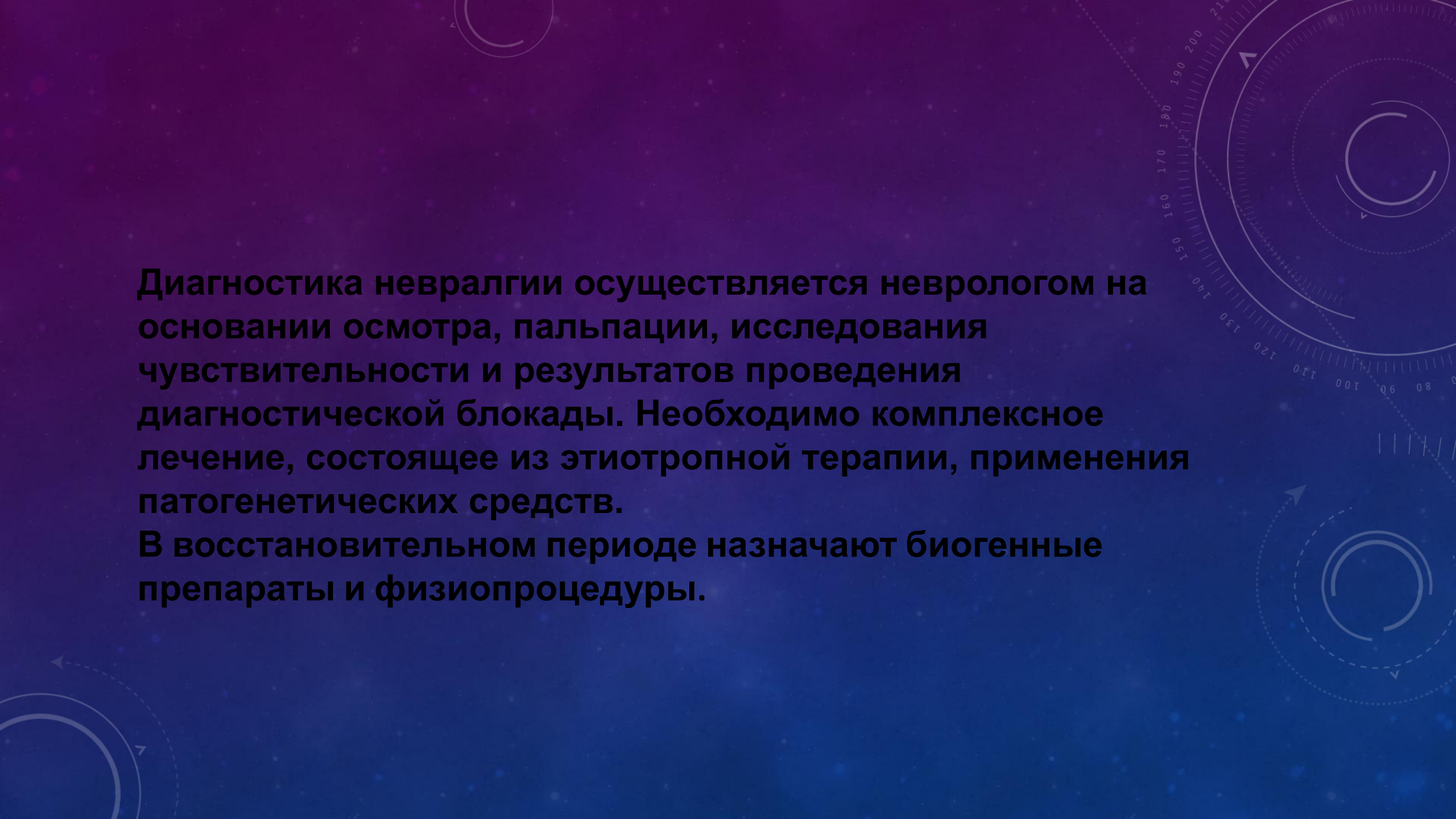
АУТОИММУННАЯ ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕВРОПАТИЯ И ГАНГЛИОПАТИЯ

ОСТРАЯ ДИЗАВТОНОМИЯ БЫЛА ВПЕРВЫЕ ОПИСАНА YOUNG В 1969 Г. ЭТО РАССТРОЙСТВО ТАКЖЕ ОПИСЫВАЛИ ПОД ТЕРМИНАМИ «ОСТРАЯ ПАНАВТОНОМНАЯ НЕВРОПАТИЯ» , «ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АВТОНОМНАЯ НЕВРОПАТИЯ» ИЛИ «ОСТРАЯ ПАНДИЗАВТОНОМИЯ».

ЗАБОЛЕВАНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОСТРЫМ ИЛИ ПОДОСТРЫМ НАЧАЛОМ, МОНОФАЗНЫМ ТЕЧЕНИЕМ С ЧАСТИЧНЫМ СПОНТАННЫМ ВОССТАНОВЛЕНИЕМ. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ДОМИНИРУЮТ СИМПТОМЫ СИМПАТИЧЕСКОЙ И ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, НО ОТСУТСТВУЕТ СОМАТИЧЕСКАЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕВРОПАТИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ БОЛЬШИХ ГРУПП НАБЛЮДЕНИЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ В ПОЛЬЗУ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ.



**НЕВРАЛГИЯ ПОДЧЕЛЮСТНОГО И
ПОДЪЯЗЫЧНОГО УЗЛОВ —
ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ,
ВОЗНИКАЮЩИЙ В ЯЗЫКЕ, ПОДЪЯЗЫЧНОЙ И
ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ.
СОПРОВОЖДАЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ
ВЕГЕТАТИВНОЙ ИННЕРВАЦИИ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ И
ПОДЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ С
РАССТРОЙСТВОМ САЛИВАЦИИ.**



Диагностика невралгии осуществляется неврологом на основании осмотра, пальпации, исследования чувствительности и результатов проведения диагностической блокады. Необходимо комплексное лечение, состоящее из этиотропной терапии, применения патогенетических средств. В восстановительном периоде назначают биогенные препараты и физиопроцедуры.

Поскольку подчелюстной и подъязычный узлы локализованы близко друг к другу и имеют многочисленные нервные связи, при возникновении ганглионита и невралгии подчелюстного ганглия, как правило, одновременно возникает невралгия подъязычного узла. В связи с этим клиническая неврология рассматривает оба заболевания как единую патологию.

Причины возникновения

Этиологическими факторами возникновения ганглионита подчелюстного и подъязычного узлов могут быть: переохлаждение, хронические заболевания ротовой полости (гингивит, стоматит, пародонтит и др.), неудачные стоматологические манипуляции (удаление зубов, протезирование), инфекционные заболевания (туберкулез, грипп, хронический сепсис, сифилис), регионарные инфекционные очаги (ангина, хронический тонзиллит, синусит, отит, шейный лимфаденит).

Зачастую невралгия подъязычного узла, как и подчелюстного, развивается рефлекторно не только на фоне регионарной хронической патологии, но и при заболеваниях органов брюшной и грудной полости, малого таза.

Спровоцировать ганглионит могут интоксикации: экзогенные (промышленные яды, алкоголь, бытовые вредности, соли тяжелых металлов) и эндогенные. К способствующим заболеванию факторам относят гиповитаминоз и различные аллергические состояния. Обычно невралгия манифестирует на фоне существующих в организме нейрогуморальных нарушений: эндокринных расстройств, ВСД, артериальной гипертензии или гипотонии.

Симптомы

Невралгия подчелюстного ганглия начинается внезапной болью в подчелюстной области на стороне поражения. Невралгия подъязычного узла проявляется болью в передних 2/3 языка (глоссалгия) и в подъязычной области соответствующей стороны. Возможен двусторонний вариант невралгии. Болевой синдром имеет типичный вегетативный характер: пульсирующая, жгучая или сверлящая боль возникает приступообразно +

Длительность болевого пароксизма варьирует от 1-2 минуты до часа. Прямая иррадиация боли распространяется на нижнюю челюсть, боковую поверхность шеи, затылок, висок, надплечье пораженной стороны. Рефлекторная иррадиация обуславливает возникновение боли в верхних отделах грудной клетки и руке. Усиление боли может происходить во время еды и при разговоре. Наиболее патогномично развитие болевого пароксизма после приема острой или обильной пищи.

Диагностика

Установить диагноз невралгии подчелюстного и подъязычного ганглиев помогает невролог. Для исключения патологии зубочелюстной системы проводится консультация стоматолога. При осмотре невролог выявляет наличие болевых точек в проекции подчелюстного и подъязычного узла, болезненность пальпации подъязычной области и передних 2/3 языка на стороне невралгии. Исследование чувствительности определяет гипералгезию кожи поднижнечелюстной области и передних отделов нижней челюсти, а также слизистой подъязычной области и передних 2/3 языка на больной стороне.

С целью уточнения диагноза проводится диагностическая блокада соответствующих вегетативных ганглиев. Для нее обычно используют 3 мл р-ра лидокаина или новокаина. Диагноз подтверждается в случаях, когда блокада купирует болевой синдром. Дифференциальный диагноз проводится с заболеваниями соответствующих слюнных желез: опухолями, сиаладенитом, кистами, слюнокаменной болезнью; с невралгией тройничного нерва.

Лечение

Невралгия подчелюстного узла и невралгия подъязычного узла требуют комплексного подхода к терапии. Прежде всего необходимо устранение причинного триггера. Сюда входит этиотропное лечение (противовирусные препараты, антибиотики, дезинтоксикационные мероприятия, антиаллергические средства), устранение инфекционных очагов, терапия регионарных и отдаленных хронических заболеваний, компенсация эндокринных нарушений, лечение алкоголизма. Подобная терапия проводится соответствующими узкими специалистами: отоларингологом, урологом, гинекологом, эндокринологом, наркологом. В комплексном лечении целесообразно применение сосудистых средств

Ганглиопатия верхнего шейного симпатического узла – это лицевая симпаталгия, сочетающаяся с регионарными вегетативными нарушениями вследствие поражения верхнего шейного симпатического узла. Реже возникают дистрофические феномены.

Этиология и патогенез. Предполагается, что возможно как первичное поражение узла, так и его рефлекторное вовлечение в процесс, например при тонзиллэктомии.

Клиническая картина. Характерны жалобы на больсимпаталгического характера, возникающую в области затылка, шеи, за ухом, иррадиирующую в одноименную половину лица, реже в шею и надплечье. В отдельных случаях боли распространяются на противоположную половину лица либо на гомолатеральные части туловища. Боли в основном постоянные, однако интенсивность их колеблется в зависимости от ремиссии при обострения заболевания

Диагностика и дифференциальная диагностика.

Распознавание основывается на приступообразных или постоянных болях симпаталгического характера, возникающих в шейно-затылочной области и иррадиирующих в гомолатеральную половину лица, реже в шею, руку, где нередки вегетативные нарушения.

Заболевание следует отличать от шейной мигрени, при которой лицевые боли часто носят ломящий, тупой характер. Они возникают или усиливаются при изменении положения головы, при фиксированном неудобном ее положении. Нередко возникают ощущение треска в шейном отделе позвоночника, симптом каски, головокружение, пошатывание при ходьбе, нарушение слуха и зрения.

Лечение.

При наличии болевых и вегетативно-сосудистых проявлений применяют анальгетики, транквилизаторы, ибупрофен по 0,2 г 3 раза в сутки, пахикарпин по 0,05—0,1 г 2 раза в сутки, белласпон по 1 таблетке 3 раза в сутки, 1,5% раствор ганглерона по 1 мл внутримышечно 3 раза в сутки, электрофорез новокаина, синусоидальные модулированные токи.

Основная
литература в
соответствии с
ТУПом

5. Литература:

Неврология и нейрохирургия: учебник +СД	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	М.,ГЭОТАР- Медиа,	Электр. По 10 дисков	1т.-100 2т.-100
Неврология 1. 2 бөлім (каз)	Кайшыбаев С.К.	Алматы, 2008		1т.-212 2т.-328
Топическая диагностика заболеваний нервной системы.	Скоромец А.А., Скоромец Т.А.	СПб, Политехника2002		3,75 Mb
Неврология. 1, 2 часть. (рус)	Кайшибаев С.К.	Алматы 2001		2ч.-95, 1ч.-46