

Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное Учреждение
Высшего Образования
«Кубанский Государственный Медицинский Университет»
Минздрава России
Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

Синдромы поражения краниальных нервов

Выполнили: студенты VI
курса лечебного факультета
Демирчян Лидия
Карданова Сабина.

Краснодар 2017

СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ КРАНИАЛЬНЫХ НЕРВОВ

это множественное поражение черепных нервов в результате локального процесса на основании черепа или субкраниальном уровне либо мультифокального патологического процесса.

- Краниальные
- полиневропатии
 - Одностороннее сочетанное поражение краниальных нервов
 - Двустороннее поражение краниальных нервов

ОДНОСТОРОННЕЕ МНОЖЕСТВЕННОЕ (СОЧЕТАННОЕ) ПОРАЖЕНИЕ КРАНИАЛЬНЫХ

Синдром	Пораженные нервы
<i>Паратригеминальный синдром Редера</i>	V ₁ нерв + симпатические волокна
<i>Синдром верхней глазничной щели</i>	III, IV, VI нервы + V ₁ нерв
<i>Синдром боковой стенки кавернозного синуса Фуа</i>	III, IV, VI нервы + V ₁ нерв
<i>Синдром рванного отверстия Джефферсона</i>	III, IV, VI нервы + V ₁ нерв
<i>Синдром болевой офтальмоплегии Толосы-Ханта</i>	III, IV, VI нервы + V ₁ нерв, синдром Горнера и характерный болевой синдром
<i>Синдром вершины орбиты Ролле</i>	III, IV, VI нервы + II нерв
<i>Синдром кавернозного синуса Бонне</i>	III, IV, VI нервы + V ₁ нерв, экзофтальм и хемоз (гиперемия и отек конъюнктивы и век)
<i>Синдром яремного отверстия Верне</i>	IX, X, XI нервы
<i>Синдром Кодле-Сикара</i>	IX, X, XI нервы + XII нерв

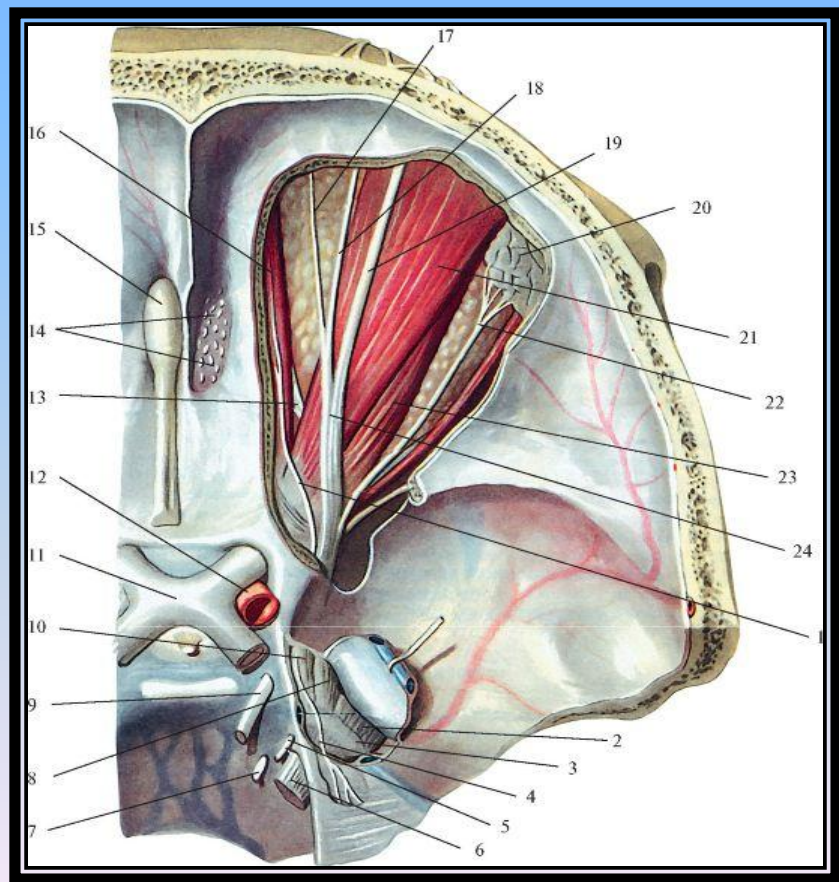
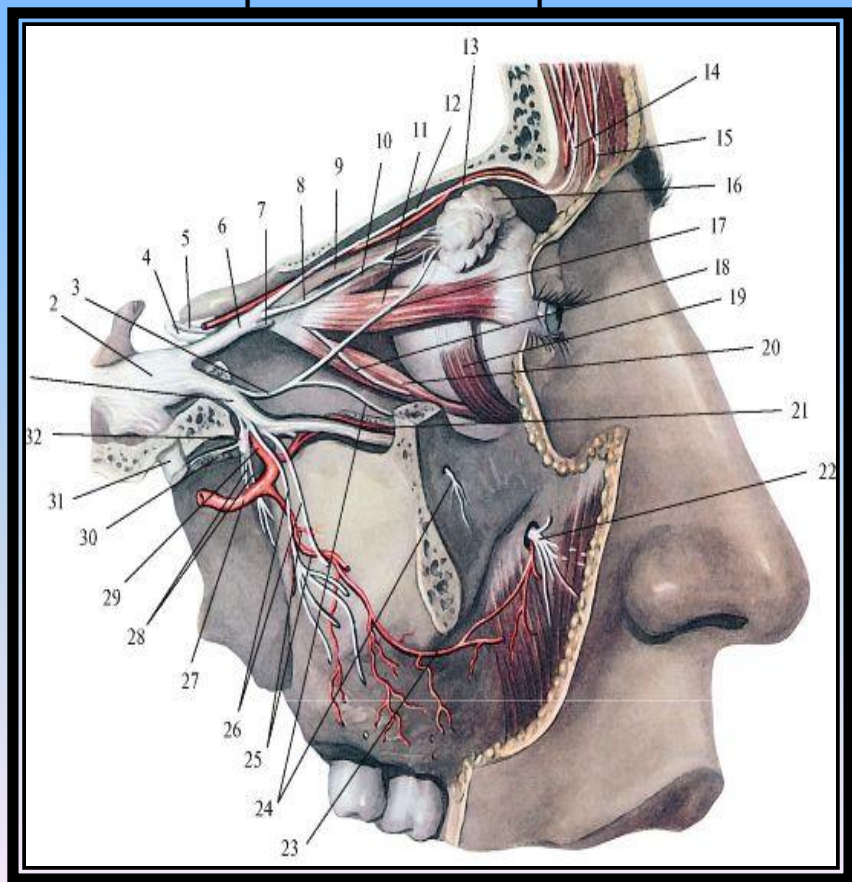
ОДНОСТОРОННЕЕ МНОЖЕСТВЕННОЕ (СОЧЕТАННОЕ) ПОРАЖЕНИЕ КРАНИАЛЬНЫХ НЕРВОВ

Синдромы	Пораженные нервы
<i>Синдром Вилларе</i>	IX, X, XI, XII нервы + синдром Горнера
<i>Синдром Жако</i>	III, IV, VI нервы + V ₁ , V ₂ и иногда V ₃ , а также II нерв, снижение слуха
<i>Синдром Градениго</i>	V, VI, редко парез III, IV, VII нервов
<i>Синдром Фостера-Кеннеди</i>	I, II нервы на одной стороне и застойный зрительный сосок зрительного нерва – на другой стороне
<i>Синдром мосто-мозжечкового угла</i>	VII, VIII нервы и промежуточный нерв
<i>Синдром коленчатого узла (Ханта)</i>	VII, VIII нервы + V нерв и синдром Горнера
<i>Синдром Гарсена</i>	поражение многих черепных нервов (III – XII нервы)
<i>Идиопатическая краниальная полиневропатия.</i>	III, IV, VI нервы, затем V, VII нервы, а также II и нижние краниальные нервы (от IX до XII)

Паратригеминальный синдром

Редера-

это редкий синдром, характеризующийся сочетанным поражением симпатического периваскулярного сплетения внутренней сонной артерии и расположенных в непосредственной близости к ней Гассерова узла или I и II ветвей тройничного нерва.



Паратригеминальный синдром

Редера-

Симптомы:

- ✓ односторонняя приступообразная пульсирующая («сосудистая») головная боль;
- ✓ боли и парестезии половины лба, глаза и щеки, иногда с иррадиацией в область шеи на пораженной стороне («нейропатическая» боль);
- ✓ синдром Горнера (птоз, миоз, энофтальм) – на стороне поражения;
- ✓ Зрачок не расширяется в ответ на кокаин.



Рис. Глаза больного с синдромом Бернара—Горнера: слева отмечаются сужение глазной щели (1) и зрачка (2), западение глазного яблока (3).

Основные причины:

Синдром обусловлен ограниченными патологическими процессами различного характера (опухоли, воспалительные процессы, травмы, аневризма внутренней сонной артерии).

Синдром верхней глазничной щели (синдром сфеноидальной щели)

Характеризуется односторонним поражением III (глазодвигательного), IV (блокового), VI (отводящего) нервов и I ветви тройничного нерва.

Симптомы:

1. Полный (реже частичный) паралич мышц глазного яблока:

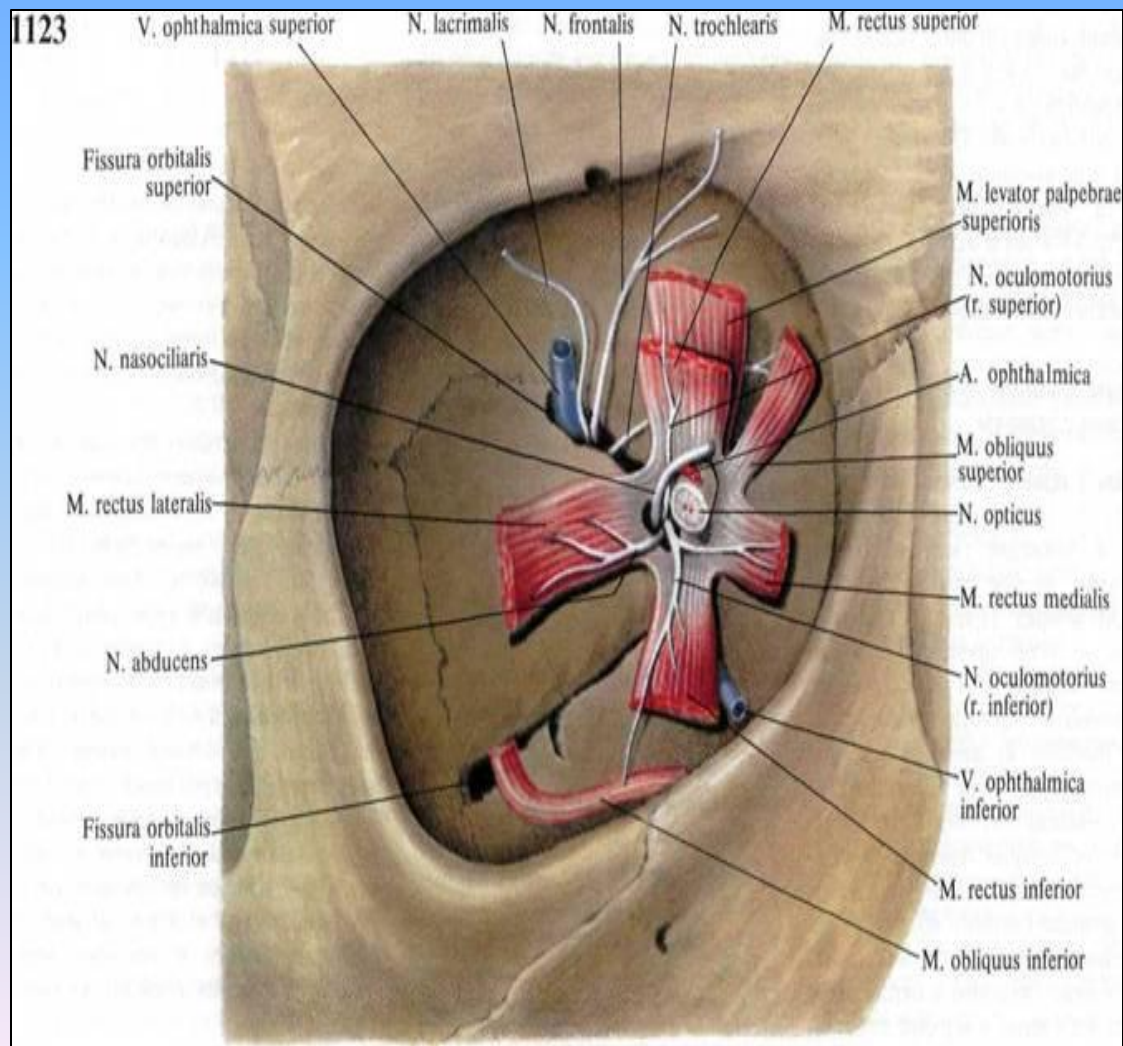
- Офтальмоплегия;
- Птоз верхнего века;
- Расширение зрачка;
- Отсутствие реакции зрачка на свет;

2. Боли и снижение чувствительности в области иннервации I ветви тройничного нерва (роговица, верхнее веко, половина лба).

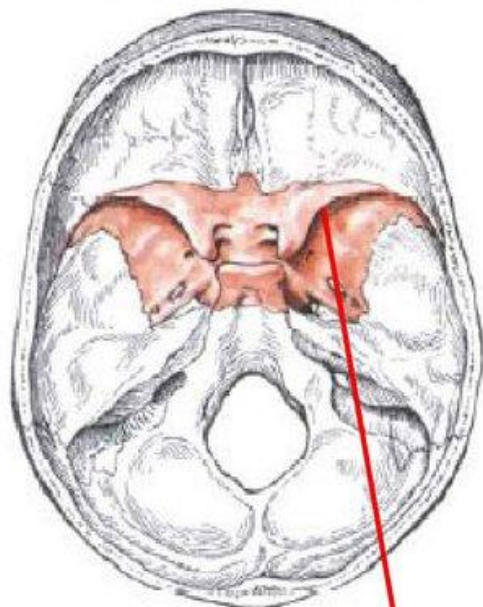
Синдром верхней глазничной щели (синдром сфеноидальной щели)

Основные причины:

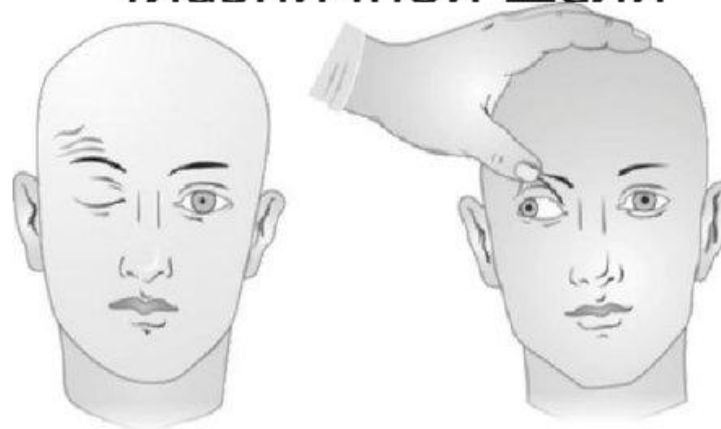
- 1) Опухоли и гиперостозы в области верхней глазничной щели;
- 2) Сифилитический периостит крыльев клиновидной кости;
- 3) Параселлярные опухоли;
- 4) Остеомиелит;
- 5) Лейкозная/гранулематозная инфильтрация в области верхней глазной щели.



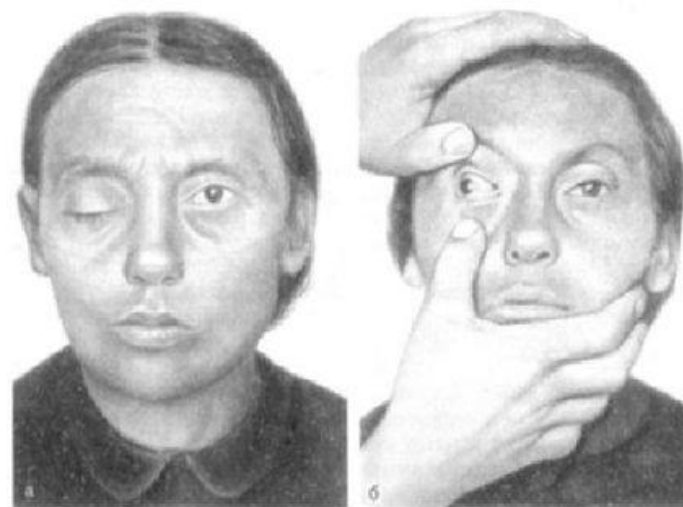
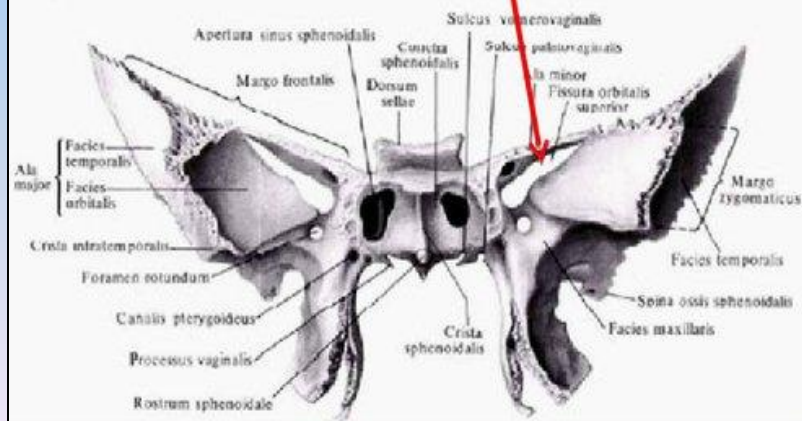
Топография клиновидной кости



Синдром верхней глазничной щели



Клиновидная кость, os sphenoidale; вид спереди



Синдром боковой стенки кавернозного синуса Фуа

От синдрома верхней глазничной щели отличается **начальным поражением отводящего (VI) нерва** – сходящееся косоглазие и диплопия, и **I ветви тройничного нерва** – резкие боли и чувствительные расстройства в области глазницы и половины лба, с последующим развитием офтальмоплегии.

Основные причины:

Патологические процессы в средней черепной ямке, воздействующие извне на кавернозный синус:

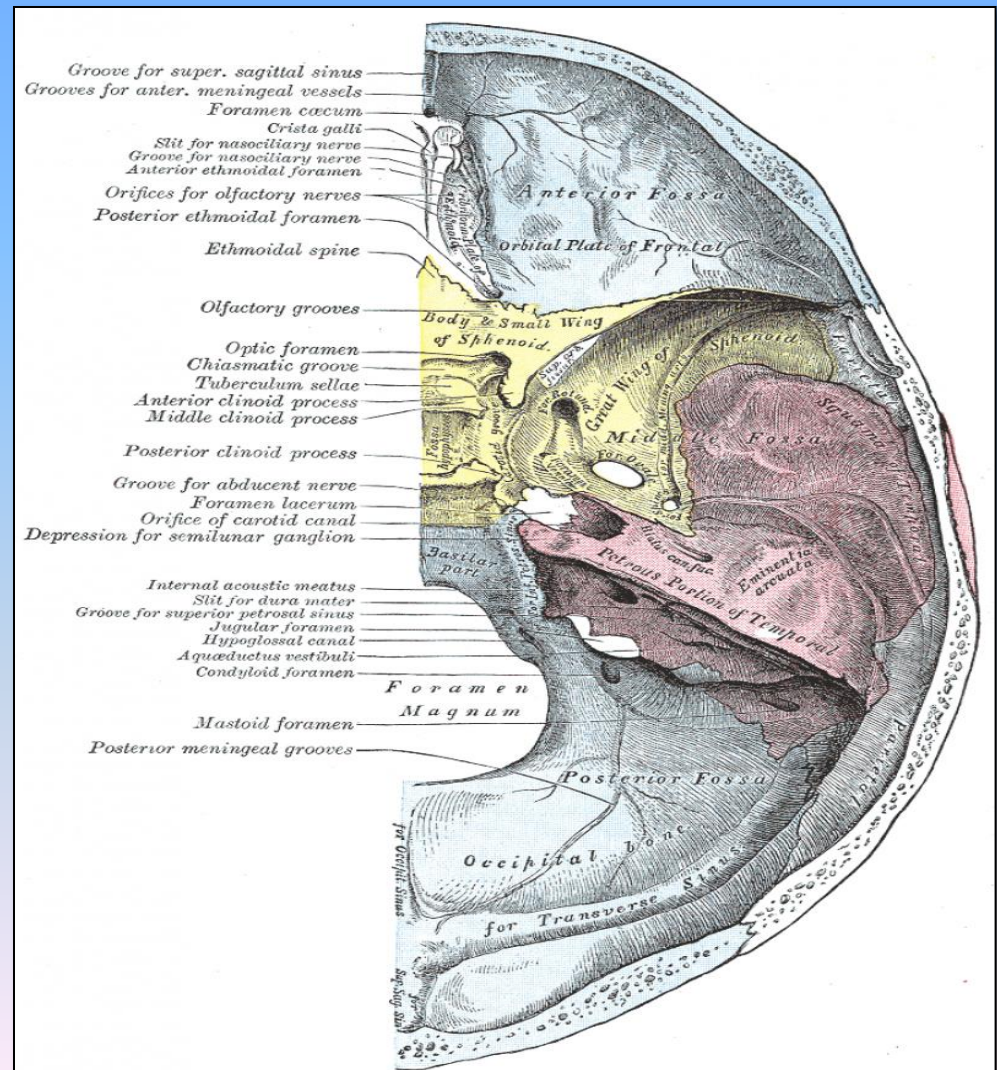
- опухоли височной доли;
- опухоли гипофиза;
- краниофарингиомы;
- саркомы основания черепа;
- гнойный процесс в основной и клиновидной пазухах;



Синдром рванного отверстия Джефферсона

Основной причиной этого синдрома является **аневризма внутренней сонной артерии.**

Поражаются III, IV, VI черепные нервы и I ветвь тройничного (V) нерва.



Синдром вершины орбиты Ролле

• Основные симптомы

- Признаки синдрома верхней глазничной щели
- Симптомы поражения зрительного нерва (амблиопия и слепота)
- При сдавлении вен глазницы - глаукома



Причины:

1. Объемные процессы позади глазного яблока.
2. Остеомиелит костей глазницы;
3. Опухоли прорастающие из кавернозного синуса

СИНДРОМ БОЛЕВОЙ ОФТАЛЬМОПЛЕГИИ ТОЛОСЫ -

Причина – идиопатическое гранулематозное воспаление в области кавернозного синуса. **ХАНТА** **ДИАГНОЗ ИСКЛЮЧЕНИЯ!**

Основные симптомы:

Постоянная сверлящая боль периорбитальной или ретробульбарной локализации (появляются перед, одновременно или после развития дисфункции черепных нервов (поражение III, IV, VI нервов 1 ветви нерва и периартериальных симпатических волокон).

Спонтанные ремиссии и рецидивы с интервалами в месяцы и даже годы.

Отсутствие симптомов вовлечения нервных структур за пределами кавернозного синуса.

СИНДРОМ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА

БОННЕ

Основные причины: объемные образования (менингиома, гумма, аневризма и др.), которые располагаются в кавернозном синусе, сдавливают краниальные нервы и нарушают венозное кровообращение в глазничных и лицевых венах.

Отличительная особенность: ЭКЗОФТАЛЬМ С ОТЕКОМ ВЕК, ГИПЕРЕМИЕЙ И ОТЕКОМ КОНЪЮНКТИВЫ (ХЕМОЗ)!

Передн

ий

синдро

Средни

й

синдро

Задний

синдро

м

• повтор
яет

симпто
матику

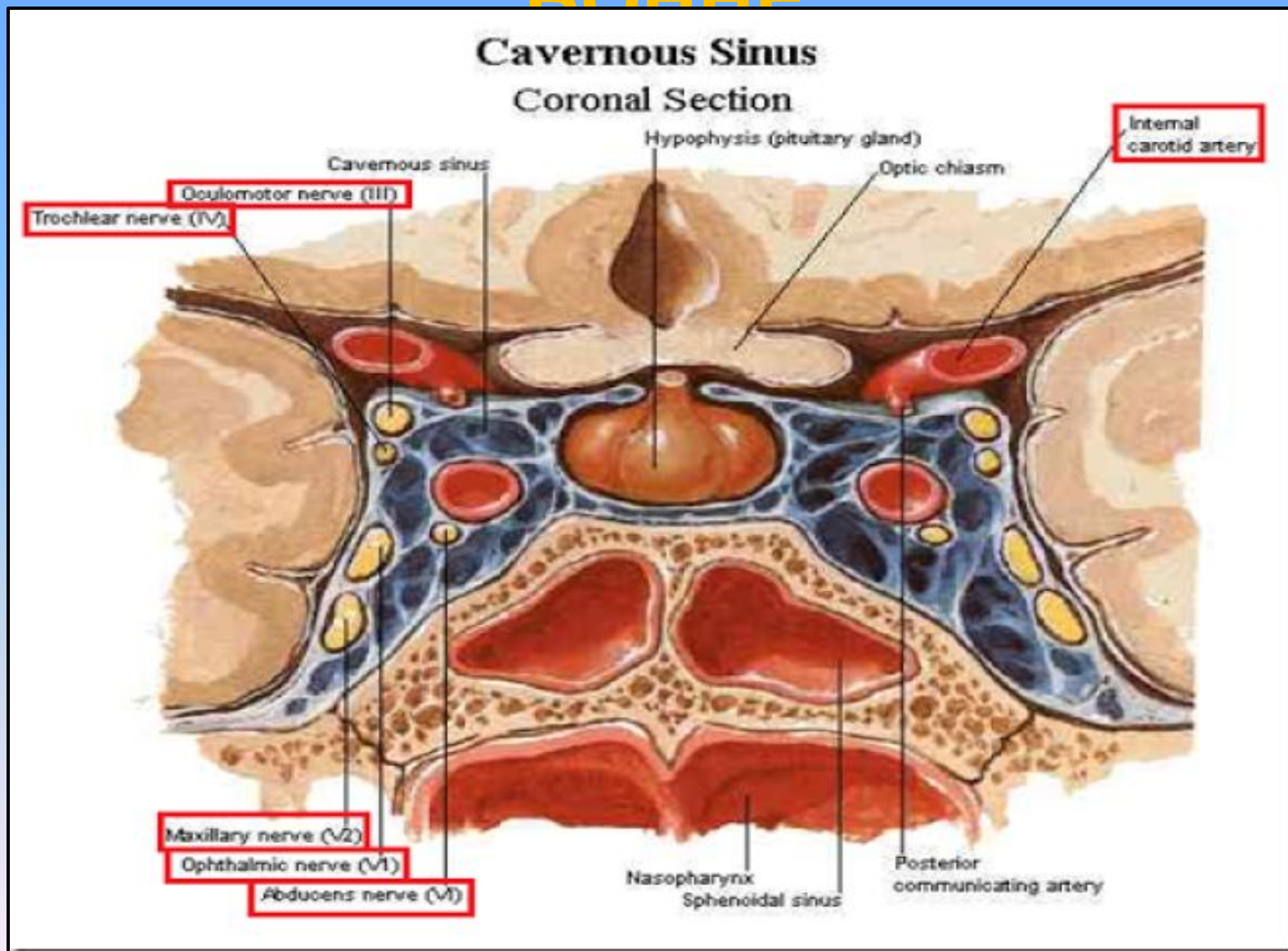
• поражение
III нерва

• поражение
зрительного
нерва

• поражаются
все 3 ветви V
нерва

(вовлечение
двигательной
порции)

СИНДРОМ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА БОЛНЕ



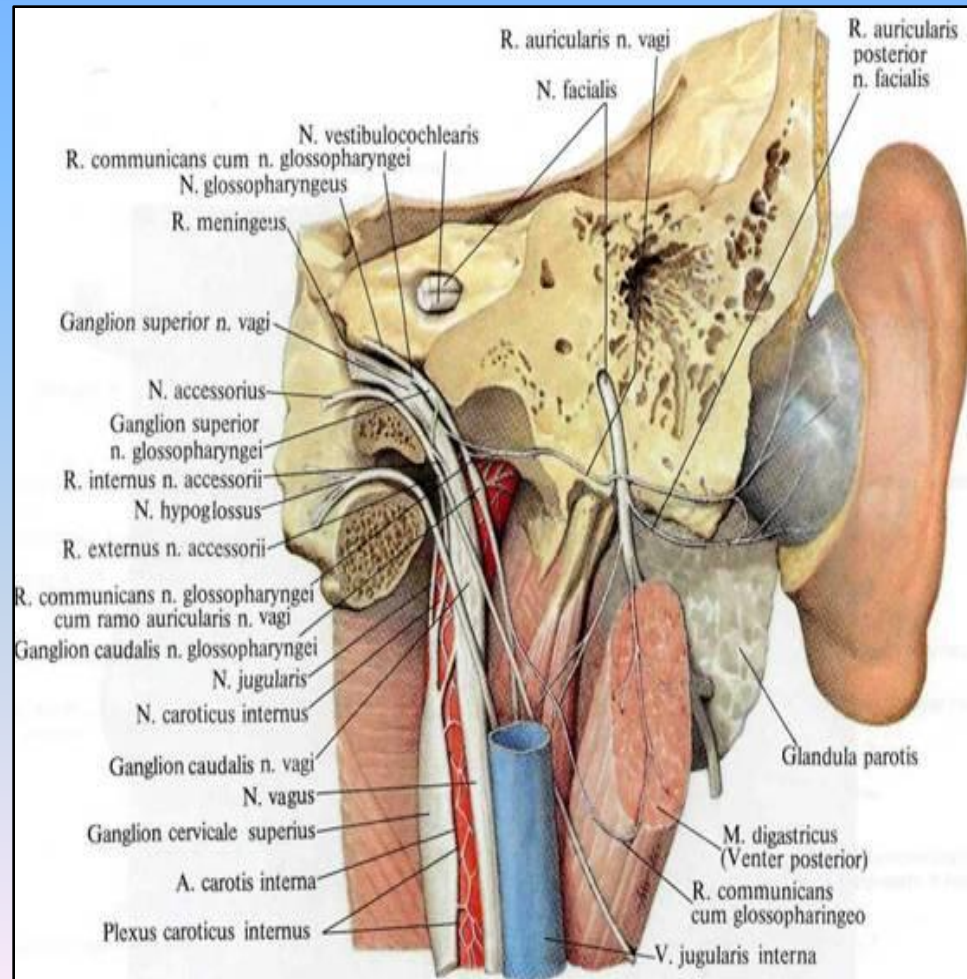
СИНДРОМ ЯРЕМНОГО ОТВЕРСТИЯ

ВЕРНЕ

Включает симптомы одностороннего сочетанного поражения языкоглоточного (IX), блуждающего (X) и добавочного (XI) нервов, выходящих из полости черепа через яремное отверстие.

Основные симптомы:

1. Периферический паралич на стороне поражения:
 - мягкого неба (его свисание);
 - мышц гортани (дисфония);
 - кивательной и трапециевидной мышцы (плечо опущено);
2. Нарушение вкусовой чувствительности в области корня языка;
3. Снижение чувствительности мягкого неба, слизистой задней стенки глотки, зева;
4. Возможна слабовыраженная дисфагия;
5. Снижение глоточного рефлекса на стороне поражения.



СИНДРОМ ЯРЕМНОГО ОТВЕРСТИЯ ВЕРНЕ

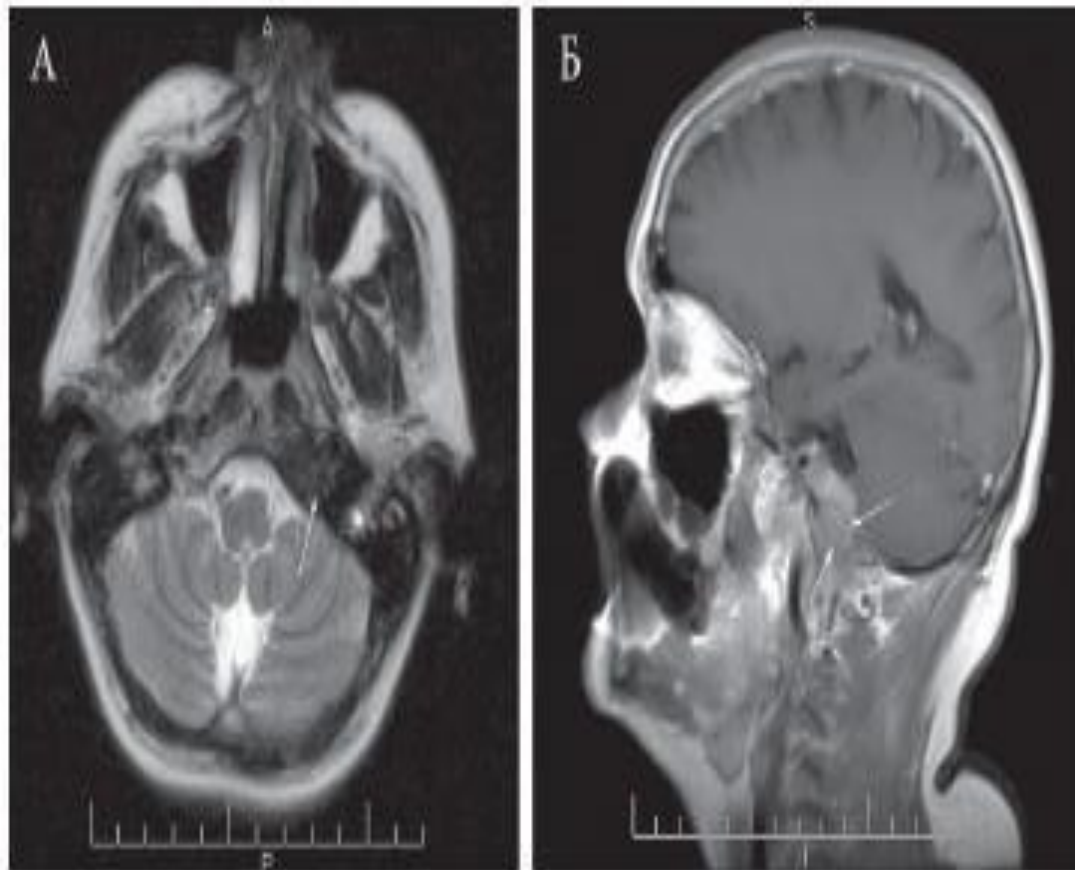


Рисунок 1. МРТ головного мозга пациентки Е.: опухоль основания черепа в области яремного отверстия (отмечена стрелками): А – аксиальный срез, Б – сагиттальный срез

Синдром обусловлен **патологическими процессами на основании черепа в области яремного отверстия** :

- саркома основания черепа;
- базиллярная импрессия;
- тромбоз синусов твердой мозговой оболочки с распространением процесса на область луковицы внутренней яремной вены;
- флебит крупных вен шеи;
- флегмона подчелюстных слюнных желез;
- саркаидоз;
- переломы основания черепа.

СИНДРОМ КОЛЛЕ-СИКАРА

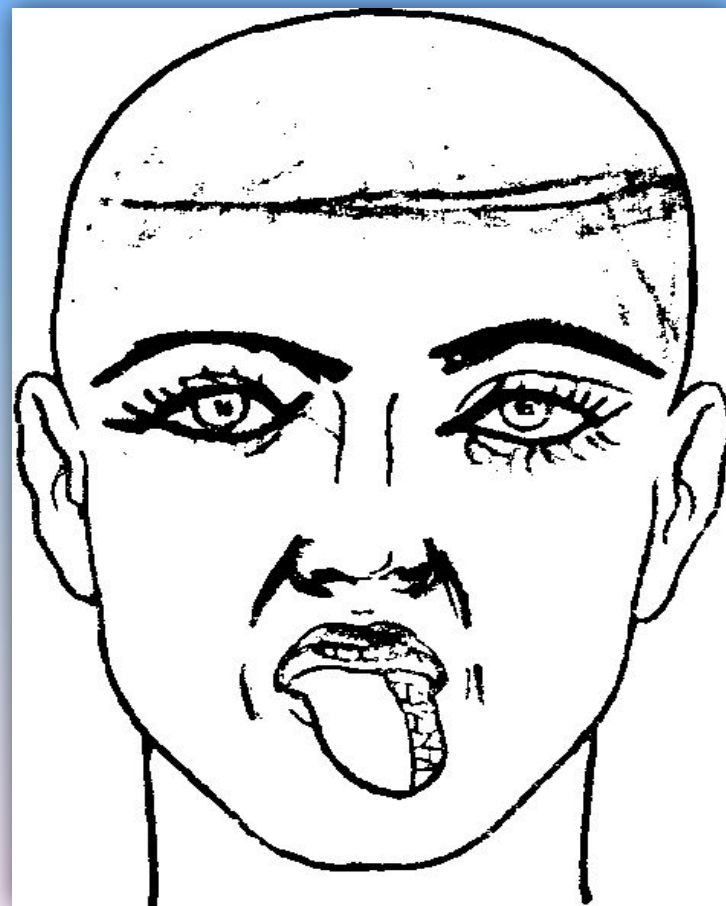
Поражение языкоглоточного (IX), блуждающего (X) и добавочного (XI) нервов + **подъязычного нервов (XII)**, что возникает, если линия перелома проходит не только через яремное отверстие, но и через канал подъязычного нерва.

Помимо симптомов, характерны для синдрома Верне, характерен **периферический паралич мышц языка:**

- ❖ язык отклонен в сторону поражения;
- ❖ атрофичен.

Причинами могут быть:

- ❖ травмы основания черепа;
- ❖ опухоли основания черепа;
- ❖ опухоли околоушной железы;
- ❖ туберкулезный лимфаднит;
- ❖ аневризмы сонной артерии;
- ❖ гломусная опухоль яремного отверстия;
- ❖ воспалительные процессы в глотке.



СИНДРОМ ВИПЛАРЕ

Одностороннее поражение языкоглоточного (IX), блуждающего (X), добавочного (XI), подъязычного (XII) нервов и шейных узлов симпатического ствола.
(синдром задней глоточной области)

Клинические проявления:

1. Периферический паралич на стороне поражения:
 - мягкого неба (его свисание);
 - мышц гортани (дисфония);
 - кивательной и трапецевидной мышцы (плечо опущено)
2. Нарушение вкусовой чувствительности в области корня языка;
3. Снижение чувствительности мягкого неба, слизистой задней стенки глотки, зева;
4. Возможна слабовыраженная дисфагия;
5. Снижение глоточного рефлекса на стороне поражения.
6. Периферический паралич мышц языка:
 - язык отклонен в сторону поражения;
 - атрофичен.

К
О
Л
Л
Е
-
С
И
К
А
Р
А

В
Е
Р
Н
Е

+7. Синдром Горнера на стороне поражения.

СИНДРОМ

ЖАКО

Характеризуется односторонним поражением III (глазодвигательного), IV (блокового), VI (отводящего) нервов и 1 и 2 (иногда 3) ветвей тройничного нерва, зрительного нерва (II) + **нарушение проходимости евстахиевой трубы.**

Клиника:

1. Одностороннее нарушение слуха;
2. Птоз и сходящееся косоглазие;
3. Расширение зрачка на стороне поражения;
4. Боли и нарушение чувствительности в зоне иннервации 2 и 3 ветви тройничного нерва;
5. Паралич жевательных мышц;
6. Снижение зрения.

Основные причины:

1. Злокачественная опухоль из носоглотки или гортаноглотки;
2. Саркома евстахиевой трубы, распространяющаяся через рванное отверстие в полость черепа или кавернозный синус.
При более ограниченном распространении процесса в полости черепа может не развиваться поражение зрительного нерва и отсутствовать паралич жевательных мышц.

СИНДРОМ ГРАДЕНИГО

(СИНДРОМ ПИРАМИДЫ ВЕРХУШКИ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ

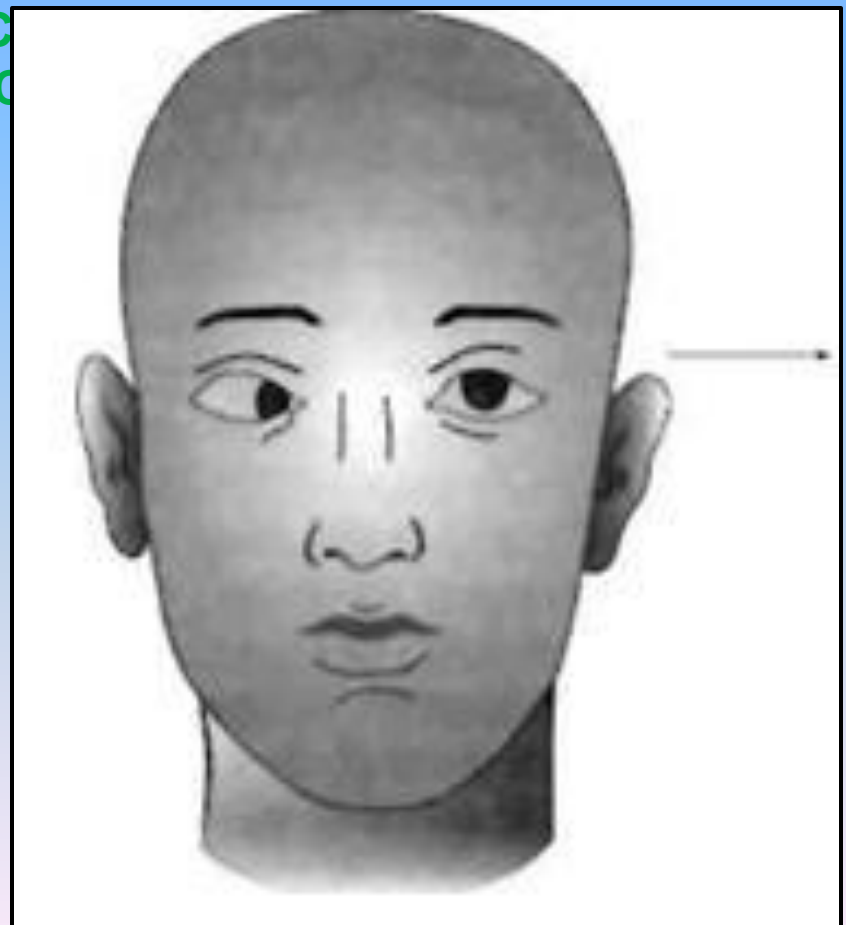
Сочетанное поражение отводящего и тройничного нерва на одной стороне (двигательная ветвь тройничного нерва поражается нечасто).

Поражения нервов в большинстве случаев нестойкие!

Причины:

Отогенные или вирусные инфекции;
Черепно-мозговые травмы с переломами основания черепа.

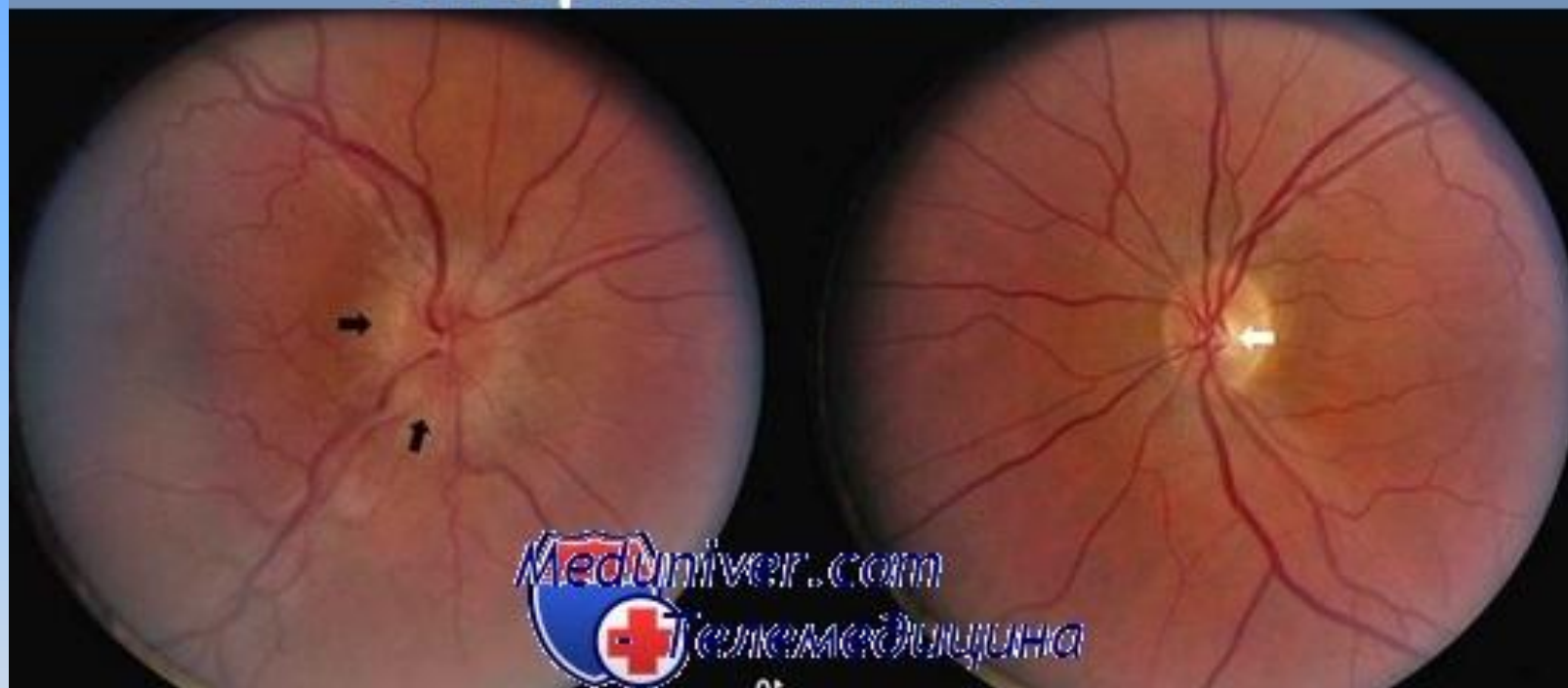
При отогенной причине синдром сопровождается тугоухостью.



СИНДРОМ ФОСТЕРА- КЕННЕДИ

- Ипсилат. аносмия
- Контрлат. Отек зрительного нерва
- Ипсилат. атрофия зрительного нерва

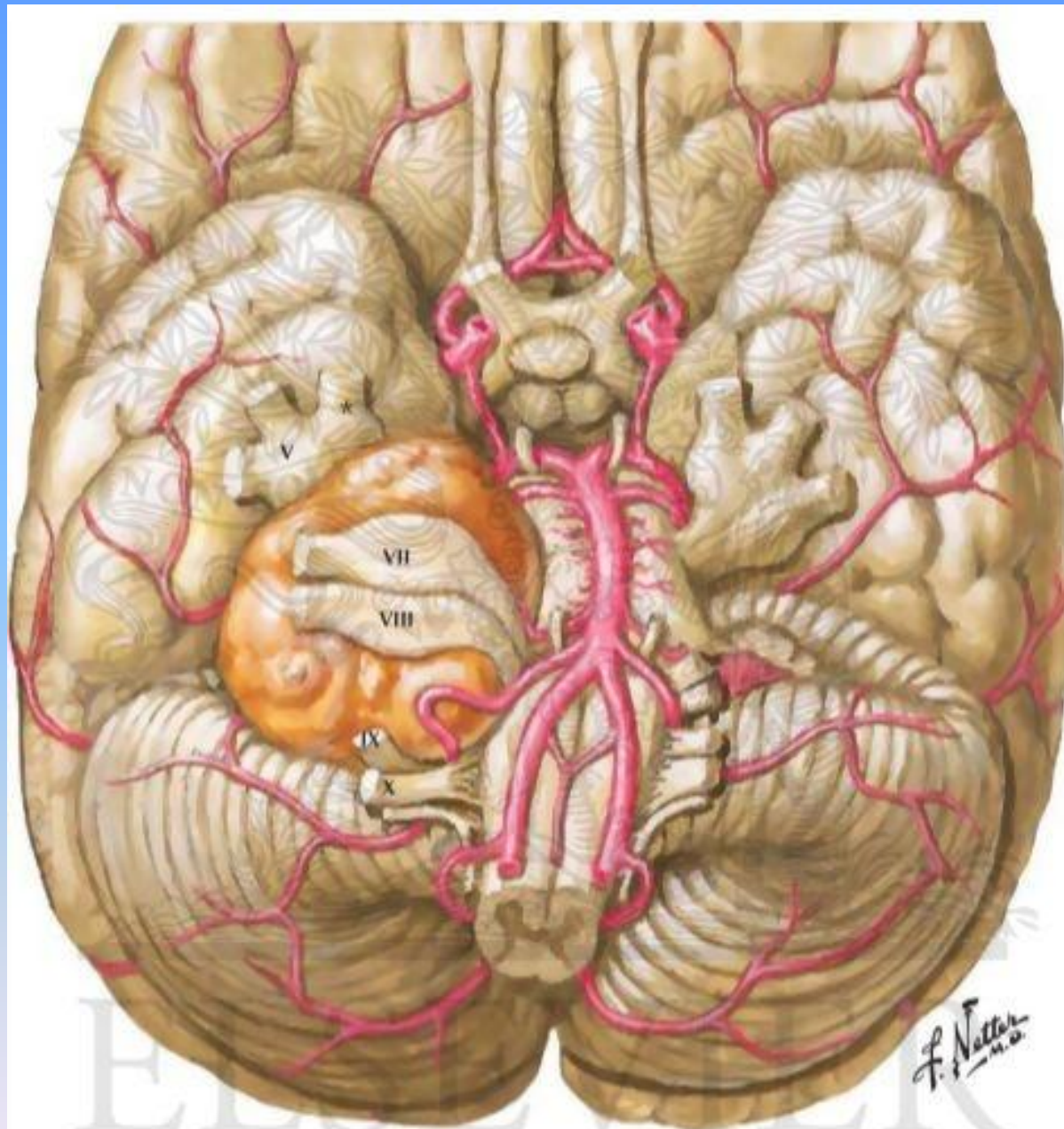
Синдром Кеннеди



СИНДРОМ МОСТО- МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА

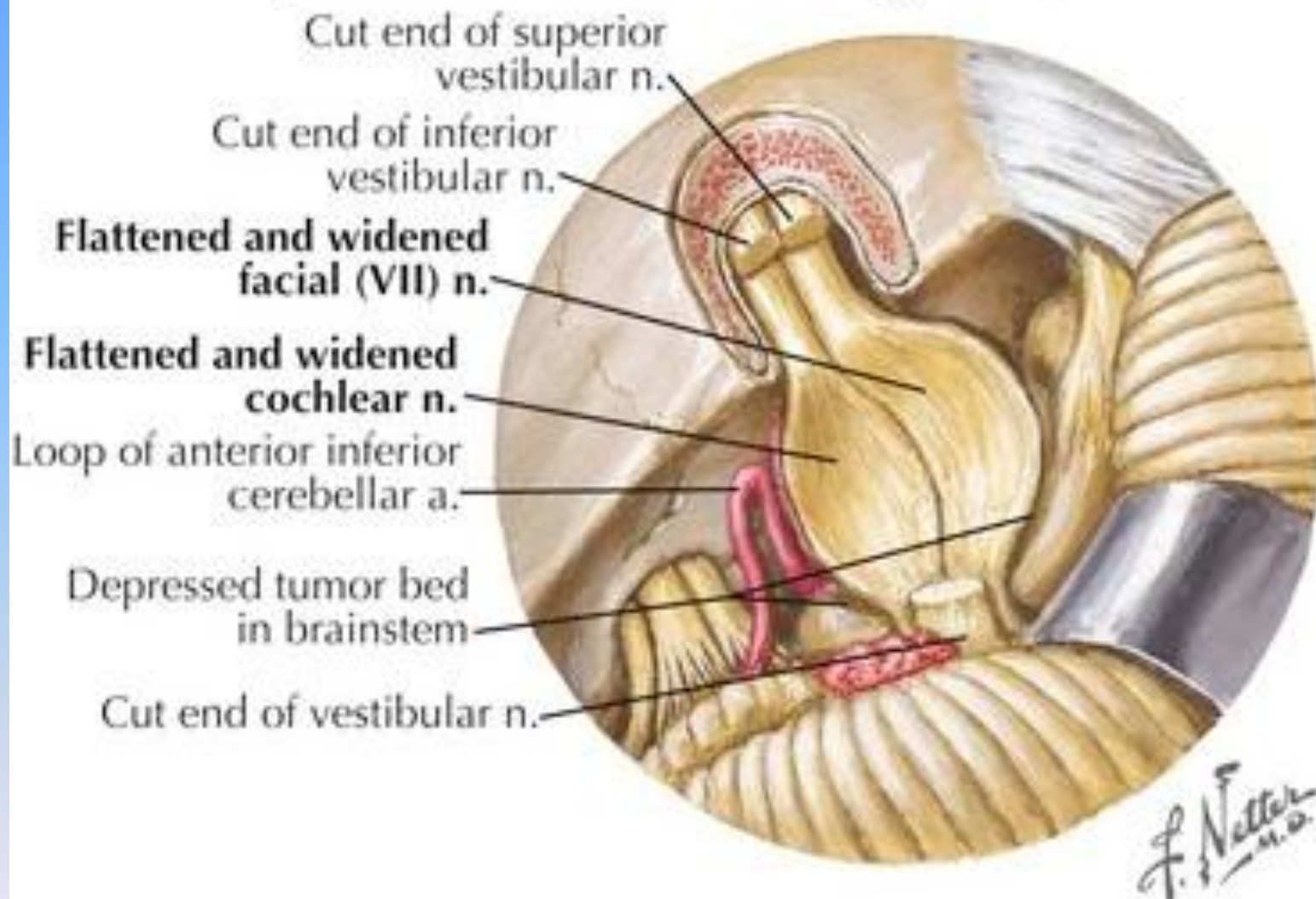
Ипсилат.
Поражение VII
нерва по
периферическ
ому типу

Шум в ушах,
глухота,
головокружение



Large acoustic neurinoma filling cerebellopontine angle, distorting brainstem and cranial nerves V, VII, VIII, IX, X

Postoperative tumor bed revealing CN VI, VIII



ДВУСТОРОННЕЕ ПОРАЖЕНИЕ КРАНИАЛЬНЫХ НЕРВОВ

1. Синдром Гийена-Барре.
2. Синдром Миллера-Фишера.
3. Стволовой энцефалит Бикерстафа (Bickerstaff).
4. Токсическое поражение (стрептомицин).
5. Саркоидоз.
6. Карциноматозный, туберкулёзный менингит
7. Нейросифилис.
8. Лайма болезнь.
9. Нейрофиброматоз.
10. СПИД.
11. Идиопатическая краниальная полинейропатия.



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ**