

## **УХОД ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

Болезни периферической нервной системы являются самыми распространенными заболеваниями нервной системы, на их долю приходится около 50% всех обращений к неврологу. В связи с этим огромное внимание следует уделить профилактике, а также своевременному и правильному лечению этих болезней.

В структуре всех обращений на поликлиническом приеме остеохондроз позвоночника составляет более 50%, а среди пациентов, находящихся на стационарном лечении, пациенты с остеохондрозом позвоночника составляют около 30% и находятся на втором месте после сосудистых. Кроме того, достаточно часто встречаются неврит лицевого нерва (характерна весеннее-осенняя сезонность) и алкогольные полиневриты.

К заболеваниям периферической нервной системы относят поражения отдельных нервных стволов (невриты), нервных сплетений (плекситы), корешков спинного мозга (радикулиты). Если одновременно поражаются корешки спинного мозга и нервные стволы, то говорят о радикуло-невритах, множественные радикуло-невриты называются полирадикуло-невритами.

Поражения периферических стволов сопровождаются болями, расстройством чувствительности, двигательными и вегетативно-трофическими расстройствами. Если поражения нервных стволов проявляется только болями, говорят о невралгических болях, или невралгии. Причинами возникновения заболеваний периферической нервной системы являются различные инфекции, интоксикации, травмы, болезни позвоночника и т. д. Провоцирующими факторами являются переохлаждение, тяжелый физический труд, бытовые и профессиональные вредности.

### **Невриты черепно-мозговых нервов**

#### **Неврит лицевого нерва**

Поражение лицевого нерва встречается чаще поражений других черепных нервов. Это отчасти объясняется прохождением его по узкому костному каналу вблизи от среднего уха и поверхностным расположением конечных

ветвей на лице. В связи с этим он легко травмируется, а при отеке или набухании сдавливается в костном канале.

### **Этиология**

1. Простудный фактор в 90% случаев.
2. Травматический фактор.
3. Отогенный неврит как следствие воспаления среднего уха.
4. Инфекционно-аллергический фактор (вирус гриппа, вирус полиомиелита).

### **Клиника**

Неврит возникает остро или подостро. Развивается парез или паралич мимической мускулатуры, проявляющийся невозможностью наморщить лоб, нахмурить брови, зажмурить глаз на стороне поражения. При попытке закрыть глаз глазное яблоко поворачивается вверх и слегка кнаружи (симптом Белла). Такой глаз называют «заячьим» (лагофтальм). Носогубная складка на пораженной стороне сглажена, а при оскаливании зубов рот перетягивается в здоровую сторону. Больной не может свистеть из-за паралича круговой мышцы рта, задуть свечу или спичку. Возможно расстройство вкуса на передних 2/3 языка. Иногда усиливается звуковосприятие (гиперакузия). Слезотечение усиливается или прекращается.

### **Осложнение**

Постневритические контрактуры мимических мышц.

### **Лечение**

#### **1. Острый период**

В остром периоде (первые две недели) лечение в стационаре.

Этиологическое лечение — воздействие на этиологический фактор.

При бактериальной этиологии назначаются антибиотики в комбинации с кортикостероидами.

При вирусной этиологии — интерфероны и иммуноглобулины. Патогенетическое лечение — спазмолитики (но-шпа 0,04, папаверин, эуфиллин); диуретики (фуросемид 0,04, диакарб 0,25, лазикс); десенсибилизирующие (тавегил, пипольфен); витамины группы В. С первых дней легкое сухое тепло на область паретичных мышц.

#### **2. Период восстановления (от 2 недель до 3 месяцев)**

Антихолинэстеразные препараты: прозерин 0,015, галантамин 0,01.

Иммуностимулирующая терапия — дибазол 0,02, ви-

тамины группы В.

Препараты, улучшающие тканевой обмен, — кокарбоксилаза, глютаминовая кислота.

Препараты, улучшающие энергетический обмен, — АТФ. Биостимуляторы — экстракт алоэ, стекловидное тело, плазмол и т. д.

### **Физиотерапия**

Ультразвук или электрофорез с сульфатом магния, иглорефлексотерапия, лечебная физкультура, массаж, аппликации парафина на пораженную сторону.

### **3. Период остаточных явлений (от 3 месяцев до года)**

Остаточные явления — это контрактуры (тугоподвижность мышц). Назначают миорелаксанты — для снижения тонуса мышц — мидокалм, мидантан.

Транквилизаторы — хлорзепид, триоксазин. Седативные — валериана, пустырник.

Повторяют инъекции витаминов группы В и биостимуляторов.

Физиотерапия — ультрафонофорез с лидазой, гальванический воротник кальциевый, лечебная физкультура, массаж здоровой стороны.

С 3-й недели — ЛФК, массаж.

В любом периоде болезни — иглорефлексотерапия.

### **Невралгия тройничного нерва**

#### **Этиология**

1. Острые и хронические воспалительные процессы придаточных пазух носа и зубочелюстной системы.

2. Сдавливание ветвей нерва в костных каналах и отверстиях лицевого скелета, через которые они выходят из полости черепа.

3. Болезни обмена веществ (сахарный диабет, подагра).

4. Инфекционные поражения нерва (ОРВИ, туберкулез и т. д.).

#### **Клиника**

Заболевание характеризуется приступообразными болями в области ветвей тройничного нерва, длительность которых от нескольких секунд до нескольких минут. Во время приступа соответствующая половина лица краснеет, на ней наблюдается слезотечение, саливация. Во время приступа боль иррадирует в область затылка, шеи, в ухо, глаз.

Приступ возникает спонтанно или же под влиянием легкого прикосновения к коже, при утомлении, волнении.

Особенно часто приступ возникает при жевании твердой пищи и при громкой речи, поэтому такие больные во избежание болей стараются меньше есть, быстро худеют, с ужасом вспоминают о приступах и оберегают кожу лица от излишних прикосновений.

Болевые точки обнаруживаются в местах выхода ветвей тройничного нерва: foramen supravbitale (верхневнутреннего края глазницы), foramen infraorbitale (под глазницей) и foramen mentale (у переднего конца нижней челюсти).

### **Лечение**

Симптоматическое лечение сводится к назначению болеутоляющих средств, инъекции витаминов группы В. Применяются тепловые процедуры: синий свет, согревающий компресс. Из физиотерапевтических средств: электрофорез с новокаином, сульфатом магния, диатермия, озокерит, парафин.

Эффективным средством является противосудорожный и обезболивающий препарат (Финлепсин, Тегретол, Карбамазепин) по 0,1 2 раза в сутки, дозу повышают, доводя до 0,6–0,8 (в 3–4 приема в сутки), после исчезновения болей дозу снижают до 0,1 1 раз в сутки, и эту поддерживающую дозу оставляют на длительный период (от 2 недель до 2–3 лет). Следует следить за картиной крови (возможно развитие лейкопении, тромбоцитопении).

Для лечения невралгии тройничного нерва с успехом используется иглорефлексотерапия.

Болеутоляющее действие оказывают спиртоновокаиновые блокады в области болевых точек.

## **Периферические невриты**

### **Неврит лучевого нерва**

#### **Этиология**

Повреждение лучевого нерва чаще наблюдается в средних 2/3 плечевой кости, где он травмируется при ее переломах либо придавливается к ней во время глубокого сна.

#### **Клиника**

Неврит лучевого нерва сопровождается парезом или параличом разгибателей предплечья, кисти и пальцев. Поэтому больной не может разгибать пальцы. Характерна «свисающая» кисть. Отсутствует супинация кисти. Не-

возможно отведение большого пальца. Атрофия пораженных мышц. Чувствительность расстроена или утрачена на тыльной поверхности плеча, предплечья, отчасти кисти и пальцев.

### **Неврит локтевого нерва**

#### **Этиология**

Травмы и воспалительные процессы в области локтевого отростка, приводящие к его деформации.

#### **Клиника**

Расстраивается сгибание мизинца, разведение и приведение пальцев, сгибание в пястно-фаланговых суставах.

Возможна частичная атрофия мышц предплечья, западение межкостных промежутков кисти, уплощение гипотенора. Кисть принимает форму «когтистой лапы». Чувствительность расстраивается на ладонной поверхности V и половине IV пальца, на тыльной поверхности V–IV и половине III пальца.

### **Неврит срединного нерва**

#### **Этиология**

Воспаления и переломы в области локтевого сустава и верхней трети предплечья, приводящие к их деформации.

#### **Клиника**

Больной не может сжать пальцы в кулак, нарушено противопоставление большого пальца остальным. Кисть становится плоской за счет атрофии мышц возвышения I пальца и приобретает вид «обезьяньей лапы». У пациента может развиваться болевой синдром — каузалгия. Боли в пораженной кисти облегчаются при обертывании мокрой

тряпкой — симптом «мокрой тряпки». Наблюдаются трофические расстройства кожных покровов кисти — сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос.

### **Неврит малоберцового нерва**

#### **Этиология**

Травмы и растяжение нерва.

#### **Клиника**

Свисающая стопа, нарушение поверхностной чувствительности на наружнозадней поверхности голени. Нарушено тыльное сгибание стопы. Наблюдается петушинная походка (степаж). Пациент высоко поднимает колено, наступает сначала на носок, а затем на пятку.

### **Неврит большеберцового нерва**

#### **Этиология**

Травмы и растяжение нерва.

### **Клиника**

Пяточная или конская стопа. Пациент не может ходить на носочках. Поверхностная чувствительность нарушена на передневнутренней поверхности голени.

### **Лечение периферических невритов**

#### **1. Острый период (2–3 недели).**

При инфекционных невритах назначают антибиотики, интерфероны, кортикостероидные гормоны, десенсибилизирующие средства. При травматических поражениях — хирургическое вмешательство. Назначают болеутоляющие препараты (кетарол, долак, седалгин и др.). Применяют седативные и снотворные средства (элиниум, седуксен, препараты брома, валерианы). Назначают витамины группы В, алоэ, ИБС 20–30 инъекций. Для уменьшения отека — глицерин, фуросемид, диакарб. Используется физиотерапия: УФО, соллюкс, УВЧ.

#### **2. Подострый период (1–3 месяца).**

Биоэлектрическая стимуляция аппаратом «Миотон», иглотерапия.

При травматических невритах с полным перерывом проводимости нервного ствола необходимо хирургическое вмешательство, во время которого производят сшивание центрального и периферического отрезков поврежденного нерва. В дальнейшем после операции проводится консервативное лечение.

### **Уход при полиневритах**

Полиневрит определяют как множественное поражение нервных стволов конечностей. Часто в процесс вовлекаются и корешки спинного мозга, поэтому термин «полиневрит» по существу эквивалентен термину «полирадикулоневрит».

Клинически эти заболевания проявляются рядом характерных синдромов.

#### **Синдромы полиневрита**

1. Наличие периферического паралича или пареза рук или ног в сочетании с болями в конечностях.

2. Характерная гипестезия в форме «чулок» и «перчаток».

3. Повышенная потливость кистей и стоп.

4. Нарушение трофики кожи и ногтей.

В зависимости от этиологии различные формы поли-

невритов имеют свои особенности.

### **Этиология**

1. Инфекционные (дифтерия, ботулизм).
2. Токсические (алкогольный, хлорофосный и др.).
3. Аллергический (вакцинальные, сывороточные).
4. Другой этиологии (эндокринные заболевания, авитаминозы, системные заболевания).

### **Дифтерийный полиневрит**

Развивается в первые две недели (ранняя форма) или через 58 недель от начала заболевания (поздняя форма).

Кроме периферических нервов в процесс вовлекаются черепные нервы, иннервирующие мягкое нёбо, что проявляется парезом или параличом мягкого нёба, поперхиванием при еде, носовым оттенком речи. Может страдать и диафрагмальный нерв — возникает чувство нехватки воздуха, парадоксальный тип дыхания. Могут присоединяться поражение сердечных нервов, брадикардия, аритмия, остановка сердца. Реже в процесс вовлекаются III пара ЧМН (нарушение аккомодации — теряется способность читать), а также VI и IV пары.

Течение от нескольких месяцев до 1 года.

### **Алкогольный полиневрит**

Клиника характеризуется парестезиями и болями в конечностях. Наблюдаются дистальные парезы конечностей (прежде всего ног), мышечная гипотония и атрофия, расстройство глубокой и поверхностной чувствительности. Характерна сенситивная атаксия в ногах (псевдотабес). Возможны вазомоторные и трофические расстройства (изменение окраски кожи, гипергидроз и др.). В тяжелых случаях поражаются блуждающий и диафрагмальный нервы.

Могут наблюдаться психические расстройства: нарушение памяти, повышенная внушаемость, ложные воспоминания, резкое нарушение памяти на текущие события (корсаковский синдром), делирий.

### **Лечение полиневритов**

Больные полиневритом должны находиться на постельном режиме в течение 1–2 недель. Больному обеспечивают правильное положение на твердой постели, исключающее деформацию и контрактуры конечностей.

При инфекционном полиневрите: антибиотики, при дифтерийном — антидифтерийная сыворотка.

Показаны десенсибилизирующие (димедрол, супра-

стин) и анальгетические препараты. Назначают кортикостероиды, витамины группы В, АТФ, аскорбиновую и никотиновую кислоты, прозерин. Внутривенно капельно 10% глюкоза + фуросемид (для уменьшения отека корешков).

Больному рано применяют тепловые процедуры, массаж, УФО вдоль позвоночного столба, позже электрофорез с новокаином и  $\text{CaCl}_2$  на область поясницы и конечности, парафин, электростимуляция.

Через 36 месяцев показано санаторно-курортное лечение.

Это группа диспансерных больных. Им нужно ежегодно в течение нескольких лет проводить курсы восстановительной терапии амбулаторно в условиях стационара или курорта.