1.Клиническая классификация заболеваний периферической нервной системы построена по анатомо-этиологическому принципу: вертеброгенные поражения периферической нервной системы; патологии спинномозговых корешков, узлов, сплетений, главным образом воспалительного и травматического характера; заболевания характеризующиеся множественными поражениями корешков и периферических нервов; поражения отдельных периферических нервов травматического, компрессионно-ишемического и воспалительного генеза; патологии черепних нервов. В зависимости от локализации поражения различают невропатию (неврит) – поражение одного нерва; невралгию - ирритация, раздражение отдельного нерва с выраженным болевым синдромом, полинейропатия (полиневрит) – множественное поражение; радикулопатию (радикулит) - поражение спинномозговых корешков; плексопатия (плексит) – поражение периферического сплетения; ганглионит-поражение спинномозговых узлов. В последнее время доказано, что при поражении отдельных участков периферической нервной системы признаки воспаления отсутствуют, а причинами большинства случаев поражения являются ишемические, токсичные, метаболические, аутоиммунные нарушения или их сочетания. Поэтому поражение периферического нерва с преимущественной дегенерации волокон в последнее время классифицируют не как неврит, а как нейропатию, множественное поражение нервов - как полинейропатию, а поражение спинно мозговых корешков - как радикулопатию.

Я объединил 2,3 вопрос т.к они схожи и чтобы 2 раза не писать.

2 рефлекторные, а 3 корешковые

2,3.**Цервикалгия** – острая или подострая боль в шейном отделе, постоянная или приступообразная, тупая, ноющая. Нередко боль распространяется на затылок и предплечье, усиливается во время движения. Движения в шейном отделе ограничены, определяется боль в отдельных остистых отростках во время глубокой пальпации.

**Цервикокраниолгия** (с.позвоночной артерии) – вазомоторные, дистрофические и другие нарушения, обусловленные раздражением симпатического сплетения из-за чего развиваются дистонические нарушения в бассейне позвоночной артерии. Клиника: вегетативные расстройства, кохлеовестибулярные, зрительные и слуховые нарушения, системные головокружения при движении головой, постоянная головная боль ( на одной стороне: шеи, виски и глаза).

**Цервикобрахиалгия** – рефлекторный синдром, распространяется на мышцы шеи и верхних конечностей и характеризуется развитием мышечно-тонических, нейродистрофических и нейрососудистых нарушениях. Клиника: постоянная боль в области шеи, проксимальных отделах верхней конечности, грудной клетки и в области плечевого и локтевого сустава во время движения головой или при кашле. Плече-лопаточный периартроз, синдром плече-рука и эпикондилез плеча.

**Плече-лопаточный периартроз** – синдром, обусловленный мышечно-тоническими и нейродистрофическими изменениями в тканях, которые окружают плечевой сустав. Источник – измененный позвоночный сегмент. Повышение тонуса приводящих мышц плеча и ограничения в отведении верхней конечности.

**Синдром плечо-рука** – клиническая картина плече-лопаточного периартроза с вегетососудистыми и трофическими изменениями в области кисти и луче-запястного сустава. Отек, изменение цвета кожи и температура в области сустава.

**Синдром эпикондилеза плеча** – возникает при патологии шейного отдела и при дегенеративно-дистрофических повреждениях фиброзных и мышечных тканей плечевого сустава.

**Шейная радикулопатия** – внезапные прострелы, которые усиливаются во время движения головой с иррадиацией в предплечье и лопаточную область. В местах иннервации поврежденных корешков: гипостезия или анастезия, гипотония мышц верхней конечности, предплечья, снижение сухожильных рефлексов, вегетососудистые расстройства.

**Торакалгия** – постоянная боль в грудной клетке, усиливается во время резких движений, кашля или глубокого вдоха. Патогенез: дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночно-реберных и поперечно-реберных суставах и их капсулах (с. Титце-боль в грудной клетке, болезненность при пальпации мелких суставов и припухлость на нами).

**Грудная радикулопатия** – см.выше

**Люмбаго** – острая поясничная боль, которая появляется во время резких движений. Ограничение движений в пояснице, напряжение и болезненность мышц спины, уменьшение лордоза ( продолжительность 1-2 дня ).

**Люмбалгия** – подострая или хроническая боль после физических нагрузок, переохлаждения. Деформация поясничного отдела в меньшей степени, ограничение движений и боль в паравертебральных точках, чувствительность и рефлексы не нарушены.

**Люмбоишиалгия** – боль в пояснице, которая распространяется на ягодицы и нижние конечности. Боль усиливается при любом движении в пояснице с появлениями ощещение онемения, жара или озноба. Движения ограничены, перенапряжение мышц, усиление лордоза, рефлекторный скалиоз, трофические и нейродистрофические нарушения. На пояснице и нижних конечностях присутствуют зоны нейроостеофиброза без выпадения функций корешков.

**Корешковый синдром** – дискогенная поперечно – крестцовая радикулопатия, сдавливается корешок и проявляется чувствительными ( боль, парастезия, анастезия ), двигательными ( парез отдельных мышечных групп), расстройство и изменение сухожильных рефлексов ( сначала повышение, а потом снижение) и вегетативные нарушения + вертеброгенные синдромы. Клиника зависит от расположения межпозвоночной грыжи (L4-S1 чаще всего).

L5 – боль в верхнем отделе ягодицы, которая иррадиирует по внешней части бедра, передней поверхности голени и стопы к большому пальцу. В этих областях отмечают чувство онемения, при осмотре отмечают слабость и гипотрофия мышц разгибателей большого пальца, гипостезию в области иннервации пораженного корешка, коленные и ахилловые рефлексы не изменены.

S1 – боль и снижения тонуса мышц ягодичной области, задней поверхности бедра, голени и внешней поверхности стопы, которая иррадиирует в пятку и мизинец, снижение или отсутствие ахиллового рефлекса и незначительная гипестезия.

L4 – боль, которая распространяется по передней поверхности бедра и внутренней поверхности голени, отмечают атрофию четырехглавой мышцы бедра, снижается или отсутствует коленный рефлекс, чувствительность кожи нарушается по корешковому типу и гиперстезию сменяющую гипестезию.

**Корешково-сосудистый синдром** – развивается в следствии компрессии корешковых или корешково-спинномозговых артерий грыжами поперечных межпозвоночных дисков или под влиянием других причин и проявляется синдромами поражения эпиконуса, мозгового конуса, конского хвоста и паралитического ишиаза. Клиника: моторные и сенсорные расстройства, которые соответствуют зоне поражения корешков и умеренный или слабо выраженный болевой синдром.

**Компрессионно – спинальный синдром** – обусловлен медиальной или парамедиальной грыжей, острое начало и клиника характеризуется двигательными ( нижний парапарез или паралич ) и чувствительными ( проводниковым или корешковым типом ) нарушениями, расстройства мочеиспускания.

4.Невралгия тройничного нерва. Этиология: компрессия тройничного нерва в мосто-мозжечковом углу сосудистой аневризмой петли верхней мозжечковой артерии или артериовенозной мальформацией, остаточные проявления воспалительных поражений оболочек головного мозга или демиелинизирующие заболевания (церебральный арахноидит, базальный менингит, Рассеянный склероз), дисфункция стволовых и корково-подкорковых участков системы тройничного нерва вследствие нарушения регионального кровообращения (мозговые инсульты); врожденные пороки или приобретенное сужение подглазничного канала при невралгии нижнечелюстного нерва, или стеноз нижнечелюстного канала при невралгии нижнечелюстного нерва. В таких случаях заболевание клинически протекает по туннельному типу; компрессия периферических ветвей тройничного нерва в круглом и овальном отверстиях или в узких костных каналах; объемные процессы в мосто-мозжечковом углу (опухоль, туберкулома, гуммозное образование); вирусное поражение узла тройничного нерва. Патогенез: демиелинизация, преимущественно волокон глубокой чувствительности верхне - и нижне-челюстных нервов. Частичная демиелинизация волокон вызывает нарушение баланса прохождения потоков импульсов различной модальности и способствует возникновению пароксизма. Клиника (теория обратного контроля): боль в области лица пароксизмального прострельного характера ( длится 1-2 минуты, болевой синдром охватывает корешково-сегментарные зоны иннервации ); значительная интенсивность боли и ее отсутствие между отдельными приступами; наличие триггерных зон - гиперчувствительных участков, слабое раздражения которых вызывает типичный пароксизм; типичное поведение больного во время приступа - он застывает в той позе, в которой произошел болевой пароксизм; возникновение на пике пароксизма подергивания мимических мышц – болевой тик. При исследовании тройничного нерва определяют болезненность в точках выхода пораженной ветви при отсутствии нарушений чувствительности в области лица и слизистой оболочки полости рта, снижение или оживление роговичного рефлекса на стороне поражения.

Диагностика: пароксизмальный характер болевого синдрома, его продолжительность от нескольких секунд до 1 - 2 мин, наличие триггерных зон, отсутствие ночных приступов и объективних признаков нарушения чувствительной или двигательной функции нерва.

Лечение: карбамазепин ( 1 и 2 день – по 100мг 3 раза в день, 3 и 4 день – по 200 мг 2 раза в день, 5 и 6 день – по 200 мг 3 раза в день ), если эффекта нет, тогда заменяем на противосудорожные, антидепрессанты, транквилизаторы, местные анастетики, облучение триггерных точек, иглорефлексотерапию.