

И. Ю. Таранько

НЕВРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ, ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Е. В. Титкова¹,
подполковник м/с, доц. А. Н. Януль¹*

*При участии: п-к м/с А. А. Горбарчук,²
п/п-к м/с Р. П. Дудинский,² п/п-к м/с В. А. Несстеренко²*

Кафедра военно-полевой терапии

*Белорусский государственный медицинский университет¹, г. Минск
ГУ «Центральная военно-врачебная комиссия ВС РБ»², г. Минск*

Резюме. В статье определяется актуальность проблемы, сведения о подходах к диагностике, лечению пациентов с невропатией лицевого нерва (НЛН), результаты собственного исследования по вопросам оказания медицинской помощи военнослужащим с мононевропатией НЛН.

Ключевые слова: невропатия лицевого нерва, диагностика, лечение.

Resume. In the article the urgency of the problem, some information on approaches to diagnosis, treatment and secondary prevention of patients with neuropathy of facial nerve, the results of their own research on the provision of medical care to servicemen with mononeuropathy are determined in the article.

Keywords: neuropathy of facial nerve, diagnostics, treatment.

Актуальность. Невропатия лицевого нерва (НЛН) – заболевание, характеризующееся дегенеративными изменениями лицевого нерва, приводящее к парезу и/или параличу мимической мускулатуры с развитием тяжёлых функциональных, эстетических и психологических нарушений [1].

НЛН возможна в любых возрастных группах, но чаще у лиц трудоспособного и социально-активного возраста. По данным ВОЗ, НЛН занимает второе место среди заболеваний периферической нервной системы и первое среди поражений черепных нервов [2]. Сложность и длительность процесса восстановления функциональной активности мимической мускулатуры, несвоевременность обращения за медицинской помощью и/или неадекватная терапия являются основной причиной инвалидизации и социальной дезадаптации данной группы пациентов [3, 4]. Поэтому НЛН является актуальной медико-социальной проблемой при оказании помощи пациентам, в том числе военнослужащим.

Цель. Провести анализ оказания медицинской помощи военнослужащим, госпитализированным по поводу мононевропатии НЛН, выявить проблемные вопросы ее оказания.

Задачи.

1. Провести клиничко-диагностическое сопоставление, анализ оказания медицинской помощи пациентам с НЛН: своевременности госпитализации, проведения диагностики (ЭНМГ, Р-гр по Стенверсу, Шулеру, других необходимых клиничко-инструментальных исследований), адекватности терапии.

2. Выявить ведущие триггеры и патогенетические механизмы развития НЛН.

3. Оценить динамику степени выраженности прозопареза при поступлении и выписке у этой категории пациентов на основе шкалы House-Brackmann.

4. Предложить соответствующие практические рекомендации для совершенствования оказания медицинской помощи этой категории пациентов.

Материал и методы. Изучены анамнестические сведения, клинические проявления, результаты клинико-инструментальных исследований у 36 военнослужащих срочной военной службы, проходящих службу по контракту (далее – военнослужащих) с мононевропатией НЛН, находившихся на лечении в 432 ГВКМЦ в 2015-2017 гг.

Шкала House — Brackmann для оценки степени выраженности прозопареза.

Результаты и их обсуждение. На основании анализа оказания медицинской помощи 36 пациентам с НЛН, находившихся на лечении в 432 ГВКМЦ, установлено следующее:

1. Средний возраст военнослужащих (n=36) составил 29 лет (у женщин (n=3 (8%) – 35 лет, а мужчин n=33 (92%) – 28 лет).

2. Госпитализированы по направлению скорой медицинской помощи – 2 пациента, медицинской роты – 2, амбулаторного центра 432-го ГВКМЦ – 17, медицинского пункта батальона – 15.

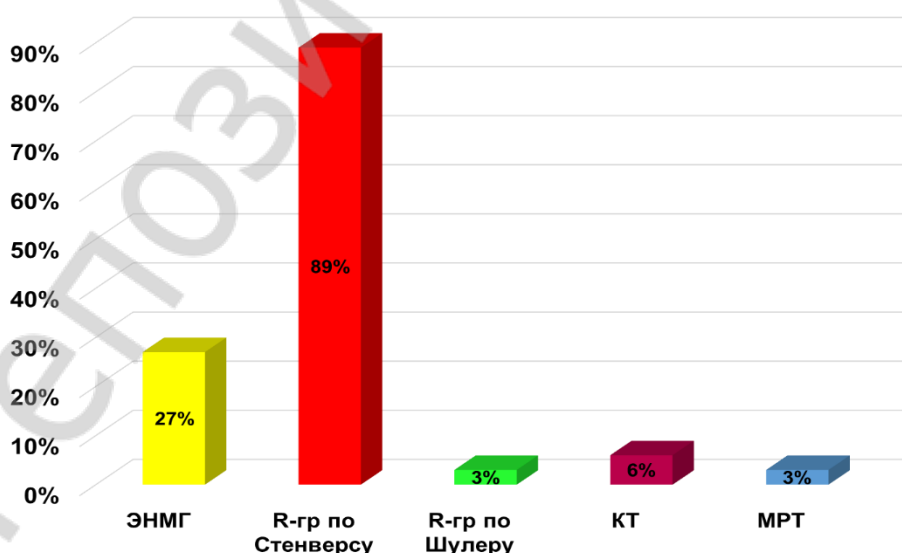
4. Длительность госпитализации пациентов с НЛН составила – 13 койко-дней.

5. Диагностированы следующие клинические формы НЛН: идиопатическая невропатия лицевого нерва (паралич Бэлла) – у 94% (n=34), оттогенная невропатия – у 6% (n=2).

6. Выявлены триггерные факторы при манифестации НЛН: общее и локальное переохлаждение в 82% (n=30), перенесенные ОРВИ в 12% (n=4), психоэмоциональный стресс в 6% (n=2).

7. Применялись для диагностики следующие клинико-инструментальные методы: ЭНМГ у 27% (n=9), R-гр по Стенверсу у 89% (n=32), R-гр по Шулеру – 3% (n=1), КТ – 6% (n=2), МРТ – 3% (n=1) (рис.1)

Рисунок 1 - Применяемые клинико-инструментальные методы диагностики



8. Для оценки динамики степени функциональных нарушений с регресса неврологического дефицита использовалась шкала House-Brackmann (рис.2).

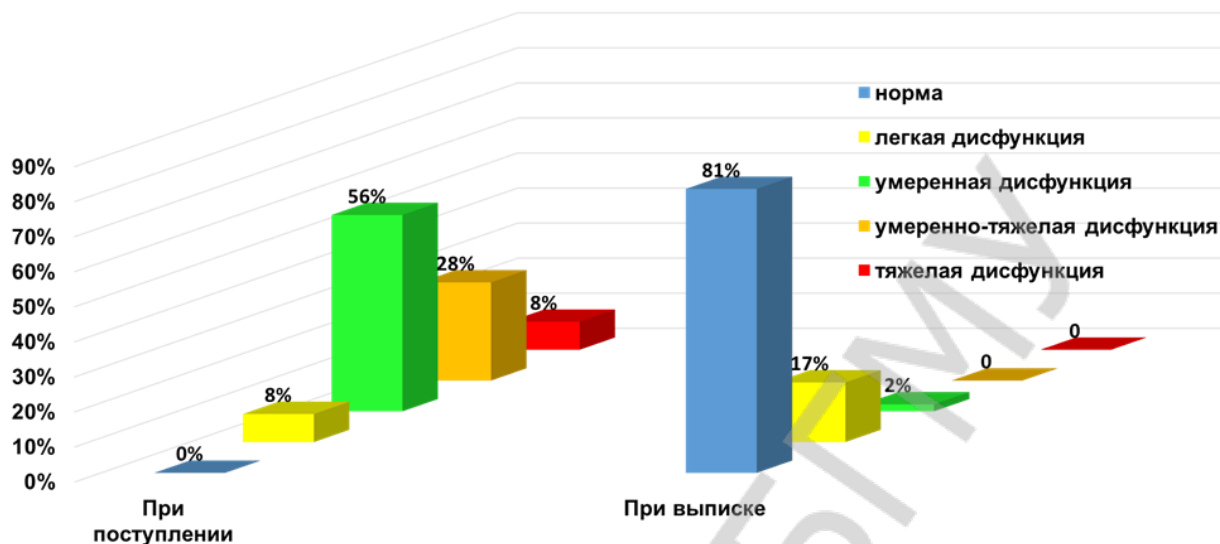


Рисунок 2 - Оценка степени функциональных нарушений

9. Применялись следующие методы лечения:

медикаментозная терапия: глюкокортикоиды для системного применения (ГСП) у 94%, противовирусные средства у 72%, антибактериальные средства у 36%, периферический вазодилататор у 91%, нейропротекторы у 94%, витамины группы «В» у 85%;

немедикаментозные методы: ЛФК, массаж у 100%, УВЧ на заушную область у 30%, ИРТ у 30%, ГБО у 82%.

10. В неврологическом статусе: асимметрия лица у 100%, гиперacusия у 78%, нарушение слезоотделения у 35%, болезненность при пальпации сосцевидного отростка (при манифестации процесса) у 55%, дисгевзия у 9%, гипоacusия у 6%, лагофтальм у 3%, птоз у 3% (рис.3).

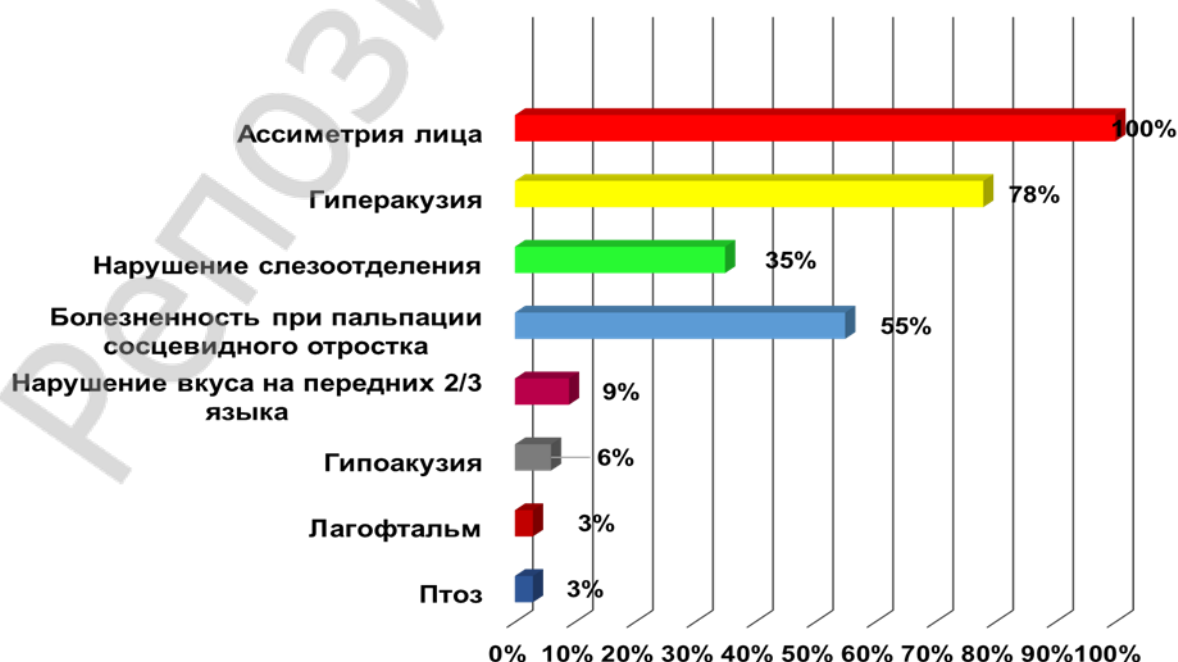


Рисунок 3 - Клинические проявления

11. ГСП терапия была проведена у 94% (n=34), в том числе в энтеральной форме у 82% (n=30).

12. Несвоевременная госпитализация пациентов с НЛН была у 10 пациентов (30%).

13. Число пациентов с повторными НЛН: n=4 (12%).

Выводы:

1. Оказание медицинской помощи военнослужащим с НЛН, находившихся на лечении в 432 ГВКМЦ, осуществляется преимущественно в установленном порядке.

2. Своевременная госпитализация была в 70% случаев (n=26), отсроченная - у 10 (30%).

3. Адекватная ГСП терапия проведена у 32 пациентов (88%) (сразу после установления диагноза), в том числе в энтеральной форме у 30 пациентов (82%), не проведена у 2 пациентов (6%).

4. В 97% случаев (n=35) был достигнут хороший результат лечения с быстрым регрессом прозопареза; формирование контрактуры лишь в одном случае (n=1; 3%) при НЛН отогенного генеза.

Практические рекомендации:

1. Необходимо назначение ГСП вне зависимости от степени прозопареза в первые 24 часа в энтеральной форме (per os).

2. При отсутствии положительной динамики в течение 3 месяцев необходимо углубленное обследование (включая МРТ и др.) для исключения других патологических состояний.

3. Целесообразно применение оценочных шкал для оценки динамики степени выраженности прозопареза.

4. При выраженном парезе *m. orbicularis oculi* важно подробно разъяснять пациентам о необходимости максимально оберегать органы зрения от любых повреждений, инфицирования, яркой инсоляции и др.

5. Для профилактики развития кератита необходимо применение увлажняющих глазных капель (с метилцеллюлозой), ношение защитных очков в дневное время и наложение повязки на пораженный глаз на ночь.

I. Y. Taranko

NEUROPATHY OF THE FACIAL NERVE IN THE MILITARY SERVICE, CLINICAL AND DIAGNOSTIC COMPARISON, PROBLEMATIC QUESTIONS OF RENDERING MEDICAL CARE

Tutors: E. V. Titkova¹,

A. N. Yanul¹, A. A. Gorbarchuk², R. P. Dudinsky², Nesterenko V.A. ²

Department of Military Field Therapy,

Belarusian State Medical University¹, Minsk

Central Military Medical Commission of the Armed Forces of the Republic of Belarus², Minsk

Литература

1. Скоромец А. А. Нервные болезни: учебное пособие / А. А.Скоромец, А.П.Скоромец, Т.А.Скоромец. – М.: МЕДпресс-информ, 2013 г. – с.284-286
2. Штульман Д.Р. Неврология. Справочник практического врача / Д.Р. Штульман О.С. Левин. – М.: МЕДпресс-информ, 2007 – с.116
3. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия/ Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова В.И. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007– с.219
4. Клинический протокол диагностики и лечения больных с патологией нервной системы, утвержденный приказом МЗ РБ от 19.05.2005 № 274.

Репозиторий БГМУ