

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

НЕВРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО

2015

УДК 616.833.17(075.9)

ББК 56.12я73

Н 40

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
УМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 3 от 03. 04. 2015

Авторы:

заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии, профессор д.м.н. *Артюшкевич А.С.*
доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, к.м.н. *Руман Г.М.*
доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии, к.м.н. *Кочубинская А.А.*
доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии, к.м.н. *Яцкевич О.С.*
ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии *Федченко И.Ю.*
зав. кафедрой нервных и нейрохирургических болезней БГМУ, профессор д.м.н. *Федулов А.С.*
ассистент кафедры нервных и нейрохирургических болезней БГМУ, к.м.н. *Байда А.Г.*
ассистент кафедры стоматологии детского возраста БГМУ, к.м.н. *Адащик Н.Ф.*

Рецензенты:

Наумович С.А. заведующий кафедрой ортопедической стоматологии БГМУ,
д.м.н., профессор
Стоматологическое отделение для детей УЗ «Минская областная детская
клиническая больница»

Н 40

Невропатия лицевого нерва.: учеб.-метод. пособие /
А.С. Артюшкевич, Г.М. Руман, А. А. Кочубинская и [др.] - Минск:
БелМАПО, 2015.-16с.

ISBN 978-985-499-902-9

В учебно-методическом пособии изложены сведения о нейроанатомии
лицевого нерва, клинике невропатии лицевого нерва в зависимости от уровня его
поражения и принципах терапии.

Предназначено для врачей челюстно-лицевых хирургов, стоматологов,
неврологов, студентов медицинских университетов.

УДК 616.833.17(075.9)

ББК 56.12я73

ISBN 978-985-499-902-9

© Артюшкевич А.С., Руман Г.М., [и др.], 2015
© Оформление БелМАПО, 2015

Лицевой (VII) нерв (*n. facialis*)

Лицевой нерв является в основном двигательным, но в его составе проходят также чувствительные (вкусовые и общих видов чувствительности) и секреторные (парасимпатические) волокна, образующие так называемый промежуточный нерв (*n. intermedius*), или нерв Врисберга, известный также как XIII черепной нерв, который значительную часть пути проходит совместно с VII черепным нервом (рисунок 1).

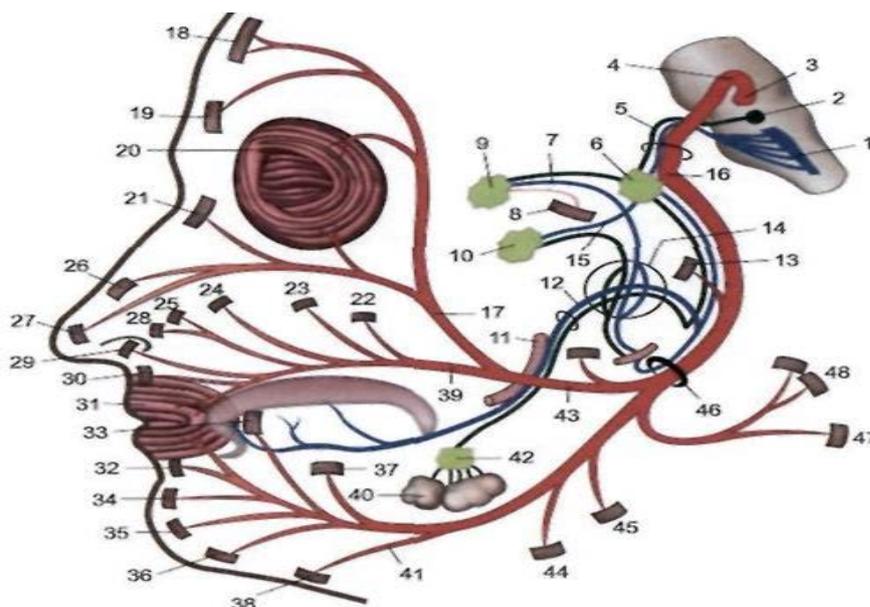


Рисунок 1. Лицевой (VII) нерв

1 - ядро одиночного пучка; 2 - верхнее слюноотделительное ядро; 3 - ядро лицевого нерва; 4 - коленице (внутреннее) лицевого нерва; 5 - промежуточный нерв; 6 - узел коленице; 7 - глубокий каменистый нерв; 8 - внутренняя сонная артерия; 9 - крылонебный узел; 10 - ушной узел; 11 - язычный нерв; 12 - барабанная струна; 13 - стременной нерв и стременная мышца; 14 - барабанное сплетение; 15 - коленицеобразный нерв; 16 - колено (наружное) лицевого нерва; 17 - височные ветви; 18 - лобное брюшко затылочно-лобной мышцы; 19 - мышца, сморщивающая бровь; 20 - круговая мышца глаз; 21 - мышца гордецов; 22 - большая скуловая мышца; 23 - малая скуловая мышца; 24 - мышца, поднимающая верхнюю губу; 25 - мышца, поднимающая верхнюю губу и крыло носа; 26, 27 - носовая мышца; 28 - мышца, поднимающая угол рта; 29 - мышца, опускающая перегородку носа; 30 - верхняя резцовая мышца; 31 - круговая мышца рта; 32 - нижняя резцовая мышца; 33 - щечная мышца; 34 - мышца, опускающая нижнюю губу; 35 - подбородочная мышца; 36 - мышца, опускающая угол рта; 37 - мышца смеха; 38 - подкожная мышца шеи; 39 - скуловые ветви; 40 - подъязычная железа; 41 - шейная ветвь; 42 - поднижнечелюстной узел; 43 - задний ушной нерв; 44 - шилоподъязычная мышца; 45 - заднее брюшко двубрюшной мышцы; 46 - шилососцевидное отверстие; 47 - затылочное брюшко затылочно-лобной мышцы.

Собственная (двигательная) часть лицевого нерва в стволе мозга представлена моторным ядром, расположенным в нижнем отделе покрывки

моста. Ядро это состоит из нескольких клеточных групп, каждая из которых обеспечивает иннервацию определенных мимических мышц. В нем принято различать верхнюю часть, имеющую связь с корой обоих полушарий мозга, так как идущие к ней корково-ядерные волокна совершают неполный надъядерный перекрест, и нижнюю часть, которая имеет связь только с корой противоположного полушария мозга. Верхняя и нижняя части ядра лицевого нерва обеспечивают иннервацию мимических мышц соответственно верхней и нижней частей лица. Ядра промежуточного нерва располагаются в основном в продолговатом мозге и являются общими с ядрами IX черепного нерва. Это верхние части вкусового ядра одиночного тракта и парасимпатического слюнного ядра (*nucl. salivatorius*). К промежуточному нерву относятся также диффузно расположенные вблизи двигательного ядра VII черепного нерва парасимпатические клетки, обеспечивающие функцию слезной железы.

Основной, двигательный, корешок VII нерва выходит из ствола мозга в поперечной бульбарно-мостовой борозде между продолговатым мозгом и мостом. Латеральнее от него из той же борозды выходит промежуточный нерв. Вскоре они соединяются в общий ствол (VII и XIII нервы), который проходит через боковую цистерну моста (мостомозжечковое пространство). В дальнейшем VII черепной нерв вместе с VIII черепным нервом проникает в канал внутреннего слухового прохода, а затем отделяется от него и входит в собственный канал - канал лицевого нерва, или фаллопиев канал. Проходя по этому каналу, лицевой нерв делает отчетливый изгиб (наружное коленце лицевого нерва); в месте этого изгиба располагается узел коленца (*ganglion geniculi*, относится к системе промежуточного нерва), содержащий псевдоуниполярные чувствительные клетки, являющиеся телами первых нейронов чувствительного вкусового пути и пути общих видов чувствительности, обеспечивающего общие виды чувствительности на наружной поверхности барабанной перепонки и в области наружного слухового прохода. Аксоны первого нейрона вкусовой чувствительности, проходя в центростремительном направлении в составе промежуточного нерва, передают соответствующие импульсы в верхнюю часть вкусового ядра (ядро одиночного пучка), расположенного в покрывке ствола мозга. Идущие от узла коленца аксоны псевдоуниполярных клеток общих видов чувствительности, войдя в ствол мозга, завершают свой путь в ядрах тройничного нерва.

Проходя через височную кость, ствол лицевого нерва и входящий в его состав промежуточный (XIII) черепной нерв, отдает три ветви (рисунок 2).

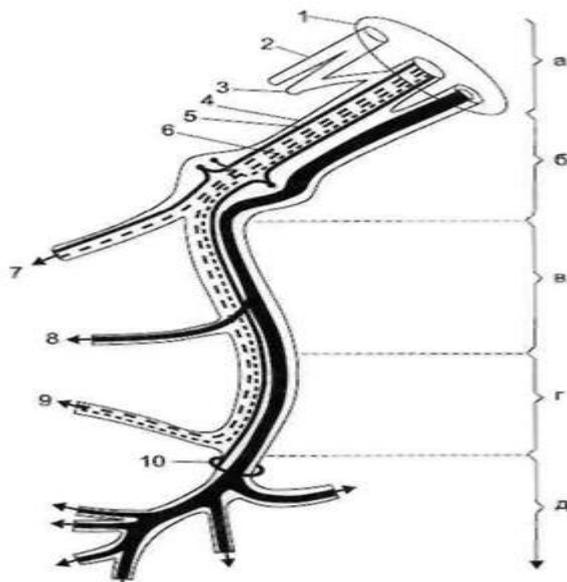


Рисунок 2. Лицевой нерв и составляющие его нервные волокна, варианты их поражения при повреждении на разных уровнях

а - в области мостомозжечкового угла; б, в, г - уровни повреждения в канале лицевого нерва; д - повреждение лицевого нерва после выхода из шилососцевидного отверстия;

1 - внутренний слуховой проход; 2, 3 - улитковая и преддверная части преддверно-улиткового (VIII) нерва; 4 - промежуточный (XIII) черепной нерв, или задний корешок лицевого нерва; 5 - секреторные волокна к слюнным железам; 6 - секреторные волокна к слюнным железам; 7 - большой каменистый нерв; 8 - стремянный нерв; 9 - барабанная струна; 10 - шилососцевидное отверстие

Первым от него отходит содержащий парасимпатические волокна большой каменистый нерв (*n. petrosus major*). Входящие в его состав преганглионарные волокна, являющиеся аксонами клеток слезоотделительного ядра, расположенного в стволе мозга вблизи от основного, двигательного, ядра VII черепного нерва, выходят из пирамиды височной кости через расщелину канала большого каменистого нерва и проходят по одноименной борозде к рваному отверстию. Через него большой каменистый нерв выходит на основание черепа, где соединяется с глубоким каменистым нервом (*n. petrosus profundus*). Их слияние ведет к образованию нерва крыловидного канала (*n. canalis pterygoidei*), проходящего по крыловидному каналу к крылонёбному узлу (*ganglion pterigopalatinum*). Постганглионарные волокна, отходящие от нейронов крылонёбного узла, иннервируют слезную железу и слизистые железы носовой и ротовой полостей.

Следующая ветка, отходящая от ствола лицевого нерва, на участке, проходящем через его собственный канал, - стремянный нерв (*n. stapedius*), иннервирующий одноименную мышцу (*m. stapedius*), натягивающую барабанную перепонку. Нарушение функции этого нерва ведет к развитию у больного извращения тембра воспринимаемых звуков. Звуки приобретают

неприятный, резкий характер - явление, известное под названием гиперacusia.

Третья ветвь, отходящая от ствола лицевого нерва, - барабанная струна (*chorda tympani*), представляет прямое продолжение промежуточного нерва. В ее составе проходят вкусовые волокна, являющиеся дендритами клеток, тела которых расположены в узле коленца, и секреторные вегетативные волокна (аксоны вегетативных нейронов, тела которых находятся в ядре одиночного пучка). Через одноименный канал барабанная струна проникает в барабанную полость, проходит через нее под слизистой оболочкой между наковальней и рукояткой молоточка. После этого барабанная струна через каменисто-барабанную щель выходит на наружную сторону основания черепа, после чего присоединяется к язычному нерву, относящемуся к системе V черепного нерва. В результате вкусовые волокна достигают двух передних третей языка, а секреторные - подъязычного и поднижнечелюстного вегетативных узлов. Отходящие от этих узлов постганглионарные волокна иннервируют соответственно подъязычную и поднижнечелюстную слюнные железы. При нарушении функции барабанной струны нарушаются вкусовые ощущения на передних 2/3 языка, при этом выпадает главным образом восприятие кислого и сладкого. Ввиду того что барабанная струна участвует в иннервации слюнных желез, ее поражение может вести к уменьшению секреции слюны, что возможно обнаружить лишь прибегая к специальному, достаточно сложному обследованию. После отхождения от VII черепного нерва барабанной струны этот нерв выходит из одноименного ему костного канала через шилососцевидное отверстие (*foramen stylomastoideum*) на наружную сторону основания черепа.

После выхода VII черепного нерва из височной кости через шилососцевидное отверстие от него отходит задний ушной нерв (*n. auriculus posterior*), иннервирующий мышцы ушной раковины и затылочную мышцу. Несколько дистальнее от лицевого нерва отделяется двубрюшная ветвь (*r. digastricus*), иннервирующая заднее брюшко двубрюшной мышцы и шилоподъязычную мышцу. Кроме того, от ствола лицевого нерва отделяются соединительные ветви - анастомозы к языкоглоточному и блуждающему нервам.

Затем ствол лицевого нерва проходит через околоушную железу и впереди наружного слухового прохода делится на ветви, образуя так называемую «большую гусиную лапу» и формируя при этом околоушное сплетение (*plexus parotideus*). Отсюда отходят ветви, обеспечивающие иннервацию мимических мышц. Наиболее крупные из них следующие: височные (*rr. temporales*), щечные (*rr. buccales*), скуловые (*rr. zygomatici*) и краевая ветвь нижней челюсти (*r. marginalis mandibulae*). Кроме того, на шею спускается шейная ветвь (*r. colli*) для иннервации подкожной мышцы шеи. На рисунке 3 представлена топография лицевого нерва (рисунок 3).

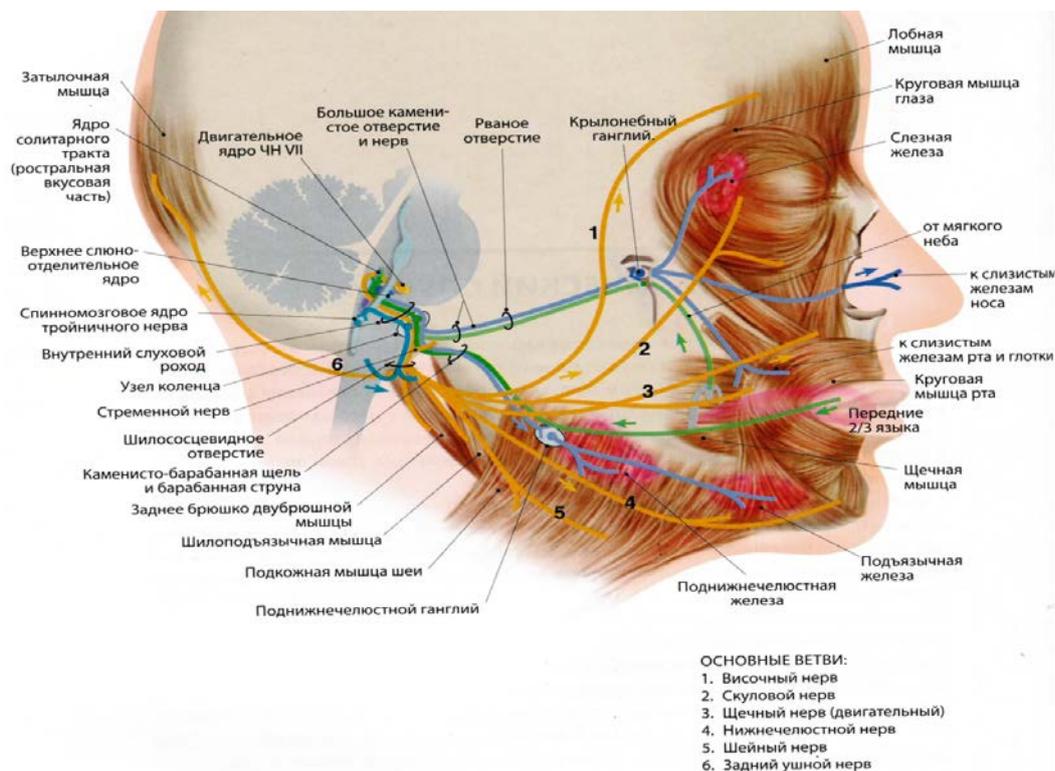


Рисунок 3. Общий вид компонентов лицевого нерва; околоушная слюнная железа удалена (рисунок из книги Л. Уилсон-Паувелс, П.А. Стюарт и др. «Черепные нервы. Функция и дисфункция»)

Кровоснабжение лицевого нерва обеспечивается ветвями позвоночной и наружной сонной артерий. Наиболее проксимальный отдел нерва - до внутреннего слухового прохода обеспечивается веточками от нижней передней мозжечковой артерии, отходящей от позвоночной артерии. В костном канале лицевой нерв снабжается артериальной сетью, образованной двумя ветвями наружной сонной артерии - каменистой и шилососцевидной. Первая вступает в височную кость в сопровождении большого каменистого нерва, кровоснабжает узел колленца и, анастомозируя с названной выше шилососцевидной артерией, образует в лицевом канале густую артериальную сеть, от которой к лицевому нерву отходят многочисленные веточки. Сосуды и лицевой нерв в костном канале располагаются плотно и при отеке периневрия они сдавливаются, что обуславливает ишемию нервного ствола. По современным представлениям сущность ишемической теории паралича Белла состоит в том, что под влиянием неблагоприятных воздействий (инфекции, переохлаждение, аллергические реакции и др.) происходит спазм сосудов, участвующих в кровоснабжении лицевого нерва, что приводит к ишемии и аноксии нерва. Длительная ишемия способствует нарушению проницаемости стенки сосудов, увеличению транссудации, отеку нерва и сдавлению его в узком костном канале. Это приводит к нарушению нервной проводимости, возникновению вторичных сосудистых расстройств, а в дальнейшем ведет к некрозу и фиброзу ствола лицевого нерва.

Поражения лицевого нерва полиэтиологичны (идиопатические, ишемические, отогенные, травматические и др.), представлены в таблице 1. В большинстве случаев наблюдается одностороннее поражение лицевого нерва. Двусторонняя невропатия лицевого нерва (diplegia facialis) составляет около 6,2%.

Таблица 1.

Заболевания и патологические состояния, при которых встречается синдром дисфункции лицевого нерва

Идиопатические	Ятрогенные	Неопластические
Паралич Белла Синдром Мелькерсона-Розенталя Амилоидоз Височный артериит Тромбоцитопеническая пурпура Узелковый периартериит Саркоидоз Остеопетроз Рассеянный склероз Синдром Гийена-Барре	Операции на околоушной железе Отологические операции Тонзилэктомия Стоматологические операции Антирабическая вакцина	Опухоли околоушной железы Опухоли лицевого нерва Опухоли мосто-мозжечкового угла, задней черепной ямки, височной кости Нейроброматоз II типа
Травматические	Дисметаболические	Токсические
Перелом височной кости Челюстно-лицевая травма Баротравма Электротравма	Сахарный диабет Артериальная гипертензия Порфирия Гипертироидизм Дефицит витамина А	Этиленгликоль Алкоголь Свинец Дифтерия Столбняк
Инфекционные		
Наружный отит Средний отит Мастоидит Синдром Рамсея Ханта Энцефалит Эпидемический паротит полиомиелит	Малярия Ботулизм Болезнь Лайма Болезнь кошачих царапин Инфекционный мононуклеоз	Сифилис Туберкулёз ВИЧ Склерома

В патогенезе невропатии лицевого нерва важное место занимает дезинтеграция метаболизма, активация перекисного окисления липидов, повышение калиевой проницаемости мембраны, угнетение антиоксидантных систем, развитие миелино- и аксонопатии лицевого нерва и нарушение нервно-мышечной передачи вследствие блокады высвобождения ацетилхолина из окончаний двигательных аксонов и нарушения взаимодействия ацетилхолина с его рецепторами на постсинаптической мембране.

При физикальном обследовании пациента важно дифференцировать невралгию лицевого нерва от центральных поражений (надъядерных и в стволе мозга) и исключить вторичные формы лицевой невралгии.

Поражение лицевого нерва (ядра или любого участка ствола) ведет к периферическому параличу или парезу иннервируемых лицевым нервом мышц, при этом развивается асимметрия лица, заметная в покое и резко усиливающаяся при мимических движениях. При параличе мимических мышц на стороне поражения лицо неподвижно, глазная щель широкая, отсутствуют или оказываются редкими мигательные движения (тест мигания). При попытке наморщить лоб кожные складки на этой стороне не образуются. Пациенту не удается закрыть глаз: при попытке к закрытию глаза глазное яблоко на стороне поражения поворачивается кверху (симптом Белла) и через зияющую глазную щель под уходящей вверх радужкой видна склера («заячий глаз», лагофthalm) (рисунок 4).

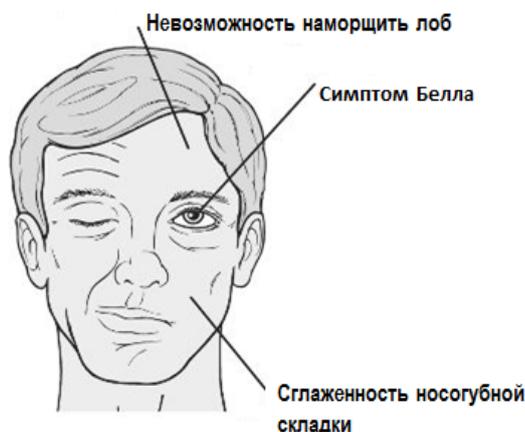


Рисунок 4. Признаки периферического поражения левого лицевого нерва

Если имеет место не паралич, а парез круговой мышцы глаза, то при попытке крепко закрыть глаза веки смыкаются неплотно, при этом на стороне поражения ресницы не тонут в кожных складках (симптом ресниц). При раздувании щек воздух выходит из угла рта на стороне поражения, при дыхании щека на той же стороне «парусит». Пассивно поднимая углы рта пациента, обследующий отмечает, что при идентичном его усилии с обеих сторон на стороне поражения имеется снижение мышечного тонуса, в связи с этим угол рта приподнимается выше, чем на здоровой (симптом Русецкого). Больной обычно испытывает затруднения при приеме пищи, так как она западает под паретичную щеку. Жидкая пища и слюна могут вытекать из недостаточно прикрытого угла рта на стороне поражения. У пациентов в восстановительном периоде или в стадии остаточных явлений может появиться слезотечение во время еды на стороне пареза (симптом «крокодиловых слез»).

Клиника прозопареза в зависимости от уровня поражения лицевого нерва.

При локализации патологического процесса в двигательной зоне коры мозга или по ходу корково-ядерного пути у пациента на стороне, противоположной патологическому процессу, обычно возникает гемипарез и центральный парез мимической мускулатуры. В связи с практически полным перекрестом корково-ядерных путей, подходящих к нижней части ядра лицевого нерва, проявления пареза мимических мышц возникают в нижней части лица.

При ограниченном патологическом очаге в нижней части предцентральной извилины на противоположной патологическому очагу стороне, может возникнуть сочетание пареза по центральному типу мышц лица и языка. При развитии в той же зоне эпилептогенного очага возможны локальные джексоновские судорожные пароксизмы, проявляющиеся на контралатеральной относительно патологического процесса стороне, клоническими судорогами в мышцах лица и языка, которые далее могут трансформироваться во вторично-генерализованный эпилептический припадок.

При локализации патологического процесса в области мостомозжечкового угла (невринома преддверно-улиткового нерва, кистозно-слипчивый арахноидит боковой цистерны моста, объемные процессы в мостомозжечковом углу) появляется клиника сочетанного поражения лицевого, преддверно-улиткового, тройничного и отводящего нервов с мозжечковыми симптомами на стороне поражения и контралатеральной пирамидной недостаточностью.

Наличие указанных выше трех ветвей лицевого нерва в фаллопиевом канале позволяет довольно точно определить место его поражения на этом уровне. При поражении VII нерва в проксимальной части лицевого канала (до отхождения большого каменистого нерва, стременного нерва, барабанной струны) наблюдается периферический прозопарез, сухость глаза, гиперакузия, агевзия передних 2/3 языка, иногда сухость во рту и легкие расстройства чувствительности в области уха.

Поражение VII нерва после отхождения большого каменистого нерва, но до отхождения стременного нерва и барабанной струны, сопровождается аналогичными симптомами за исключением одного - вместо сухости глаза отмечается слезотечение.

При уровне поражения VII нерва в дистальной части лицевого канала (после отхождения большого каменистого нерва и стременного нерва, но до отхождения барабанной струны) определяется периферический прозопарез, слезотечение, агевзия передних 2/3 языка, сухость во рту и легкие расстройства чувствительности в области уха.

В случае поражения ствола лицевого нерва ниже отхождения барабанной струны в клинической картине проявится только периферический прозопарез и слезотечение. В таблице 2 представлен

синдром дисфункции лицевого нерва на различных выше обозначенных уровнях.

Таблица 2

Синдром дисфункции лицевого нерва на различных уровнях

Уровень поражения	Симптомы дисфункции								
	Паралич мимических мышц	Снижение и корнеального и надбровного рефлексов	Слёзотечение	Нарушение вкуса на передних 2/3 языка	Снижение слюноотделения	Гиперакузис	Сухость глаза	Снижение слуха	Вестибулярные расстройства
В области шилососцевидного отверстия	+	+	+	-	-	-	-	-	-
В лицевом канале выше отхождения барабанной струны	+	+	+	+	+	-	-	-	-
В лицевом канале выше отхождения стременного нерва	+	+	+	+	+	+	-	-	-
В лицевом канале выше отхождения большого каменистого нерва	+	+	-	+	+	+	+	-	-
В лицевом канале на уровне узла коленца	+	+	-	+	+	+	+	+	+

Лабораторные и инструментальные исследования.

Пациенту необходимо провести: общий анализ крови, общий анализ мочи; определить концентрацию глюкозы в крови; серологические исследования при подозрении на этиологическую роль тех или иных инфекций (на сифилис, ВИЧ-инфекцию, болезнь Лайма - определение титра антител к боррелиям); рентгенографию органов грудной клетки при подозрении на саркоидоз, бруцеллёз. Методы нейровизуализации показаны в атипичных случаях, а также при затяжном течении (отсутствие признаков восстановления через 3 недели от начала заболевания). При подозрении на патологический процесс в стволе мозга или мостомозжечковом углу проводят МРТ головного мозга, для исключения патологии в области височной кости - КТ. Электронейромиография, помимо подтверждения диагноза, позволяет оценить динамику заболевания. При подозрении на нейроинфекцию, болезнь Лайма или синдром Гийена–Барре необходима люмбальная пункция с исследованием ликвора. При подозрении на лицевую

невропатию отогенной этиологии (наличие в анамнезе заболеваний уха, выделения из наружного слухового прохода, кондуктивное снижение слуха) необходима консультация оториноларинголога. По показаниям проводится УЗИ околоушной железы.

Клинико-нозологические варианты периферического прозопареза.

1. Компрессионно-ишемическая невропатия лицевого нерва (туннельный синдром лицевого канала, паралич Беллла). Заболевание чаще развивается на фоне провоцирующих факторов (переохлаждение, инфекции, неустойчивость артериального давления). Прозопарезу часто предшествуют (часы, сутки) боли и (или) парестезии в заушной области, общеинфекционные симптомы. Далее появляются субъективные ощущения в виде мышечной слабости на пораженной стороне лица, асимметрия лица и симптомы-спутники, которые свидетельствуют о компрессии нерва в дистальной или средней части лицевого канала (слезотечение, гиперракузия, агевзия передних 2/3 языка).

2. Отогенные невропатии лицевого нерва. Поражение лица может быть обусловлено воспалительными процессами и опухолями в области наружного, среднего, внутреннего уха; нередко имеют ятрогенную природу (операции в области пирамиды височной кости). Клинические проявления – выраженный прозопарез, которому часто предшествуют кохлеовестибулярные расстройства и общеинфекционные симптомы.

В качестве отдельной формы выделяют **синдром Градениго** – осложнение гнойных отитов, при которых инфекция распространяется на верхушку пирамиды височной кости (петрозит) или через отверстие верхушки пирамиды проникает в полость черепа (ограниченный лептоменингит). Клинические проявления: сочетанное поражение VIII, VII, VI, V (чаще первой ветви) черепных нервов.

3. Герпетический ганглионит коленчатого узла (синдром Рамсея Ханта). Проявляется герпетическими высыпаниями в области ушной раковины, наружного слухового прохода, задней части нёба, передних 2/3 языка. Высыпаниям часто предшествуют жгучие интенсивные боли вышеуказанной локализации с иррадиацией в лицо, затылок, шею. J.R.Hunt описал четыре варианта синдрома: 1) без неврологических симптомов; 2) с поражением VII нерва; 3) с поражением VII нерва и нарушением слуха; 4) с поражением VII нерва, нарушением слуха и лабиринтными симптомами.

4. Переломы костей основания черепа. В этих случаях переломы захватывают пирамиду височной кости, что обуславливает повреждение ствола лицевого нерва. Одновременно часто страдает и слуховой нерв, реже тройничный и отводящий нервы. Может быть ликворея из уха или носа вследствие нарушения целостности твёрдой мозговой оболочки.

5. Невринома преддверно-улиткового нерва (VIII) в области внутреннего слухового прохода (синдром Ляница). Периферический прозопарез развивается при опухоли подобной локализации довольно рано, т.к. лицевой нерв подвергается компрессии в общем с VIII нервом канале.

Так же наблюдаются шум в ухе, медленно прогрессирующее снижение слуха по звуковоспринимающему типу, вестибулярные расстройства.

6. Патологические процессы в области мостомозжечкового угла. К периферическому прозопарезу могут приводить опухоли и арахноидиты этой локализации. Часто в этом случае наблюдается лицевой гемиспазм, а затем развиваются симптомы выпадения.

7. Острые нарушения мозгового кровообращения в вертебро-базилярном бассейне. В этом случае наблюдается сочетание периферического прозопареза лицевого нерва на стороне поражения и гемипареза на противоположной стороне (альтернирующие синдромы Мийяра - Гюблера, Бриссо - Сикара).

8. Нейроборрелиоз. Представляет одну из форм клещевого боррелиоза, протекающую с первичным поражением нервной системы. Часто наблюдается поражение лицевого нерва в сочетании с поражением оболочек мозга (менингополирадикулоневрит Баннварта) или изолированное его поражение (30%).

9. Травматическая нейропатия лицевого нерва. При проникающих ранениях лица, последствиях оперативных вмешательств на околоушной железе, сосцевидном отростке, поражение отдельных ветвей лицевого нерва в ходе эстетических операций и косметических манипуляций в области лица.

10. Метаболический и гормональный дисбаланс (диабетическая краниальная мононейропатия, гипотиреоз, недостаток витаминов группы В, порфирия, уремия) может провоцировать развитие нейропатии лицевого нерва.

11. Синдром Россолимо – Мелькерссона - Розенталя - состояние, характеризующееся рецидивирующим, часто двусторонним поражением лицевого нерва, которое сопровождается гранулематозным хейлитом, складчатостью языка и ангионевротическим отёком лица. Следует исключить другие причины двустороннего поражения лицевого нерва (нейроборрелиоз, сифилис, инфекционный мононуклеоз, саркоидоз, идиопатический краниальный пахименингит, карциноматоз мозговых оболочек, болезнь Педжета и др.).

12. Лицевой гемиспазм. Характеризуется пароксизмами произвольных сокращений мышц, иннервируемых лицевым нервом. В перерывах между спазмами лицо остается симметричным либо выявляется легкая слабость мимической мускулатуры на стороне спазма. В большинстве случаев связан со сдавлением нерва небольшой артерией или веной (чаще всего ветвью задней нижней мозжечковой артерии), реже - опухолью или артериовенозной мальформацией. Иногда возникает как исход острой невропатии или травмы нерва. При формулировании диагноза при наличии данных МРТ (или МР-ангиографии) следует указывать источник.

Прогноз. При большинстве невропатий лицевого нерва клинический прогноз благоприятный. Полное выздоровление наступает примерно у 75 % пациентов. Более благоприятен прогноз в случаях, когда нерв поражается

после выхода из шилососцевидного отверстия, но лишь при отсутствии отогенных факторов, хронических воспалительных процессов околоушной слюнной железы, воспаления располагающихся в этой области лимфатических узлов. Относительно благоприятно течение рецидивирующих невротических лицевых нервов, но каждый последующий рецидив протекает тяжелее предыдущего, восстановление функций затягивается и становится неполным. Через 2-3 месяца при любой форме, кроме полиомиелитической, могут развиваться контрактура мимических мышц лица. При этом глазная щель сужена, в пораженных мышцах возможны миоклонические подергивания.

Лечение невротических лицевых нервов.

Целью лечебных мероприятий при невротических лицевых нервах является усиление крово- и лимфообращения в области лица, улучшение проводимости лицевого нерва, восстановление функции мимических мышц, предупреждение развития мышечной контрактуры.

В остром периоде невротических лицевых нервов необходимо снять отёк, улучшить микроциркуляцию в стволе нерва. Назначаются глюкокортикостероиды (ГКС): пероральный приём преднизолона 1 мг/кг в сутки на 5-7 дней с последующей быстрой отменой в течение 3-4 дней. Возможно в первые часы и дни заболевания применить терапию метилпреднизолоном в дозе 1 г внутривенно капельно, в утренние часы в течение 3 дней ежедневно. Далее пациент принимает ГКС перорально в соответствии с массой тела в дозе 1 мг/кг массы тела в течение 5 дней, после чего постепенно снижает дозу на 5 мг каждый день. Для предупреждения нежелательных явлений необходимо принимать препарат в утренние часы, ограничить легкоусвояемые углеводы в рационе. Назначаются корректоры ГКС терапии: мочегонные препараты, гепатопротекторы, гастропротекторы, препараты, улучшающие микроциркуляцию. С осторожностью следует назначать ГКС терапию пациентам с нарушением толерантности к глюкозе, страдающим сахарным диабетом и имеющим те или иные заболевания желудочно-кишечного тракта.

Для улучшения микроциркуляции, метаболизма и восстановления нейротрофической функции нерва целесообразно применение трентала, препаратов альфа-липоевой кислоты, витамины группы В. Не рекомендуют назначать в остром периоде антихолинэстеразные препараты (прозерин, нейромидин) из-за высокого риска развития контрактур и патологических синкинезий. При герпетических высыпаниях назначаются противовирусные (ацикловир, валацикловир и др.) и антигистаминные препараты (супрастин, клемастин и др.)

С первых дней заболевания рекомендуется ФТЛ: инфракрасные лучи в слаботепловой дозировке на пораженную половину лица (курс лечения 8 - 10 дней); ультравысокочастотное электрическое поле в слаботепловой дозировке (выходная мощность 15 - 20 Вт) на область «гусиной лапки» (зону проекции разветвления ствола лицевого нерва перед козелком уха) и сосцевидного отростка пораженной стороны; переменное магнитное поле

(магнитная индукция 20 - 25 мТл) на область сосцевидного отростка; дециметроволновая терапия (мощность 10 - 12 Вт) на область сосцевидного отростка; лазеротерапия на проекцию выхода пораженного ствола и ветвей лицевого нерва; фонофорез гидрокортизона (при доклинической контрактуре) или трилона Б (при выраженной клинической контрактуре) на пораженную половину лица и область проекции шилососцевидного отверстия; парафиновые (50 - 52°C), озокеритовые (46 - 48°C) или грязевые (38 - 40°C) аппликации на пораженную половину лица и воротниковую зону (продолжительность воздействия 15 - 20 мин через день).

Иглорефлексотерапия. Методика проведения предусматривает 3 основных момента: во-первых, воздействовать на здоровую половину лица в целях расслабления мышц и тем самым уменьшить перерастяжение мышц больной половины лица; во-вторых, одновременно с воздействием на точки здоровой стороны использовать 1 - 2 отдаленные точки, оказывающие нормализующее влияние на мышцы как больной, так и здоровой стороны; в-третьих, акупунктуру на больной половине лица, как правило, необходимо проводить по возбуждающему методу с воздействием на точки в течение 1–5 минут. Обязательно проведение пациентом лечебной мимической гимнастики. Массаж воротниковой зоны начинают через 1 неделю от начала заболевания.

Литература

1. Комплексное лечение больных с невропатией лицевого и невралгией тройничного нервов. Методические рекомендации. М.: ИД Медпрактика, 2005. 32 с.
2. Лейдерман Н.Е., Щекина Р.В., Зайончковская И.М., Кочетков А.В. Невропатия лицевого нерва: оптимизация диагностики и лечения // Медицинский вестник МВД. - 2013.- № 1 (62). - С. 62-67.
3. Линьков В.И., Пошивалов И.В. Травматические и нетравматические заболевания лицевого нерва – современное состояние проблемы (обзор литературы) // Российская оториноларингология. - 2009. - № 3. - С. 113-139.
4. Максимова М.Ю., Шаров М.Н., Домашенко М.А., Глебов М.В., Синева Н.А., Водопьянов Н.П., Суанова Е.Т. Невропатия лицевого нерва // Фарматека. - 2011. - № 14. - С. 46-51.
5. Маркин С.П. Невропатия лицевого нерва // Неврология и ревматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. - 2010. - № 1. - С. 10-14.
6. Одинак М.М., Дыскинд.Е. Клиническая диагностика в неврологии // руководство для врачей. – СПб.: СпецЛит, 2011. – 528 с.
7. Одинак М.М. Невропатия лицевого нерва // Частная неврология: Учебное пособие / под ред. М. М. Одинака. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. С. 110–114.
8. Черепные нервы. Функция и дисфункция / Линда Уилсон-Паувелс и др; пер. с англ. под ред. А.А. Скоромца – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. – 272 с.: илл.

Учебное издание

Артюшкевич Александр Сергеевич
Руман Григорий Михайлович
Кочубинская Алла Александровна
Яцкевич Олег Степанович
Федченко Игорь Юрьевич
Федулов Александр Сергеевич
Байда Алла Григорьевна
Адащик Наталья Федоровна

НЕВРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А.С. Артюшкевич

Подписано в печать 03. 04. 2015. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,0. Уч.- изд. л. 0,76. Тираж 50 экз. Заказ 155.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.