

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

*Ковалёва В.В., Тарасевич М.И., Королевич Д.А., Пономарёва Е.О.,
Стреха М.А.,*

*Учреждение здравоохранения «2-я городская клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Нейропатия лицевого нерва является самой распространенной краниальной невропатией и встречается с частотой 11,5–53,3 случая на 100 000 населения в год. Основным проявлением данного заболевания является слабость мимических мышц на стороне поражения. В 80% случаев происходит значительное восстановление функции нерва в течение 4–6 недель, однако восстановление может занимать гораздо больше времени с последующими осложнениями в виде развития контрактур мимических мышц. Из возможных этиологических причин обычно выделяют инфекции (болезнь Лайма, вирус простого герпеса, варицелла-зостер, средний отит, эпидемический паротит, вирус Коксаки, аденовирус и другие), травмы, малигнизацию, гипертоническую болезнь. В некоторых случаях точно установить причину не удаётся. Основными препаратами, применяемыми при лечении нейропатии лицевого нерва являются глюкокортикостероиды. Однако не у всех пациентов наблюдается положительная динамика при применении глюкокортикостероидов и в ряде случаев наблюдается неполное восстановление работы мышц лица, что приводит к выраженному эстетическому дефекту.

Цель. В изученной нами литературе не было данных о применении иммуноглобулина человеческого для лечения нейропатии лицевого нерва. Целью исследования являлось определение эффективности применения иммуноглобулина человеческого (октагам) для лечения нейропатии лицевого нерва при отсутствии положительной динамики на фоне терапии глюкокортикостероидами.

Материалы и методы. По дизайну проводимое исследование носит характер проспективного наблюдения за единичным случаем. В исследовании принял участие 1 человек проходивший лечение в неврологическом отделении УЗ «2-я городская клиническая больница» с диагнозом: Инфекционно-аллергическая нейропатия правого лицевого нерва с выраженным прозопарезом. Методы исследования включали клинический осмотр, лабораторные (исследование цереброспинальной жидкости, общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи) и инструментальные (МРТ головного мозга с в/в контрастированием, КТ костей черепа) методы. Динамика восстановления оценивалась по данным клинического осмотра.

Результаты. Пациент Н, 1988 года рождения (мужского пола) находился на стационарном лечении в неврологическом отделении учреждения здравоохранения «2-я городская клиническая больница» г. Минска с 20.03.2023 по 07.04.2023. При поступлении предъявлял жалобы на асимметрию лица справа, снижение вкуса на передние 2/3 языка. Из анамнеза пациента известно, что 10.03.2023 он начал отмечать боль в области ушного прохода справа, головную боль в правой височной области. 13.03.2023 отметил снижение вкуса на передние 2/3 языка, 14.03.2023 начал отмечать асимметрию лица справа, невозможность закрыть правый глаз. Обратился к неврологу поликлиники, на амбулаторном этапе проведено следующее лечение: преднизолон 60мг в сутки, мелоксикам 15мг в сутки. Также был направлен на дообследование:

1. Анализ сыворотки крови на ВПГ, ВЭБ: положительные IgG к ВПГ, ВЭБ.
2. МРТ головного мозга 15.03.23: МР-признаков интракраниального объемного образования головного мозга не обнаружено.

В связи с сохранением жалоб на асимметрию лица, отсутствием положительной динамики от проводимого лечения был направлен на госпитализацию в неврологическое отделение учреждения здравоохранения «2-я городская клиническая больница» г. Минска.

По данным неврологического осмотра при поступлении: Сознание ясное. Речь без изменений. ЧН: зрачки D=S, РЗС сохранена, конвергенция и аккомодация сохранена, нистагма нет. Справа не хмурит бровь, не морщит лоб, не закрывается глаз справа (лагофталм - щель 1 мм), при попытке закрыть правый глаз глазное яблоко уходит под нижнее веко и видна склера (симптом Белла), справа опущен угол рта, вкус на передние 2/3 языка снижен. Мягкое небо при фонации подвижно. Глоточный рефлекс сохранен. Язык по средней линии. Симптомы орального автоматизма отсутствуют. Мышечный тонус в конечностях не изменен. Мышечная сила в конечностях достаточная. СПР с рук и ног D=S. Патологических рефлексов нет. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранена. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив. Менингеальные симптомы отрицательные. Походка обычная.

По данным физикального обследования: Периферические л/у не увеличены. Кожные покровы, видимые слизистые: без изменений. Температура тела 36,5°C. Дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. Пульс 76 уд./мин., ритмичный. АД 125/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Зев не гиперемирован. Живот: мягкий, безболезненный при пальпации. Стул: ежедневный. Мочеиспускание: свободное, безболезненное. Отёков стоп и голеней нет.

Пациенту было назначено следующее лечение: р-р преднизолон 90 мг внутривенно капельно, таб. спиронолактон 25 мг в сутки, р-р ацикловир 1000 мг внутривенно капельно 2 раза в сутки, нейровит 2 мл внутримышечно, таб. ницерголин 30 мг в сутки, физиотерапевтическое лечение (УВЧ на область правого сосцевидного отростка, лазеротерапия на область правого сосцевидного

отростка, фонофрез гидрокортизона на область правого сосцевидного отростка, СМТ).

22.03.2023 выполнено КТ костей черепа, заключение: без видимой структурной и костно-деструктивной патологии височных костей. 24.03.2023 выполнено МРТ головного мозга с контрастированием, заключение: МР-признаки неврита правого лицевого нерва. Интракраниального объемного процесса не выявлено.

Также были проведены лабораторные исследования:

1. Исследование цереброспинальной жидкости: цвет – бесцветный, прозрачный до и после центрифугирования, белок 0,31 г/л, глюкоза 3,8 ммоль/л, хлор 126 ммоль/л, цитоз $3 \cdot 10^6$ /л, нейтрофилы 1%, лимфоциты 2%.
2. Общий анализ крови: СОЭ 2 мм/ч, лейкоциты 11,54 (10^3 /мкл), эритроциты $5,55 \cdot 10^6$ /мкл, гемоглобин 164 г/л, гематокрит 48,5%, MCV 87,4 фл, MCH 29,5 пг, MCHC 338 г/л, RDW-CV 13,3%, тромбоциты $249 \cdot 10^3$ /мкл, MPV 10,8 фл, PCT 0,27%, PDW 12 фл, P-LCR 30,3%, нейтрофилы палочкоядерные $0,577 \cdot 10^9$ /л (5%), нейтрофилы сегментоядерные $5,77 \cdot 10^9$ /л (50%), лимфоциты $4,154 \cdot 10^9$ /л (36%), моноциты $1,039 \cdot 10^9$ /л (9%).
3. Биохимический анализ крови: билирубин общий 8,9 мкмоль/л, мочевины 6,8 ммоль/л, креатинин 88,4 мкмоль/л, общий белок 73,4 г/л, глюкоза 5,2 ммоль/л, АСТ 16,7 Е/л, АЛТ 22,1 Е/л, холестерин 4,6 ммоль/л, триглицериды 1,29 ммоль/л, ЛПВП 1,4 ммоль/л, ЛПНП 2,7 ммоль/л, коэффициент атерогенности 2,41, калий 5,1 ммоль/л, натрий 139 ммоль/л, хлориды 102 ммоль/л, С-реактивный белок 1,6 мг/л.
4. Общий анализ мочи: белок – отриц., глюкоза – отриц., удельный вес 1,014, рН 6, кровь – отриц., лейкоциты – отриц., уробилиноген – отриц., билирубин – отриц., кетоновые тела – отриц., нитриты – отриц., цвет соломенный.

На фоне проводимого лечения положительной динамики не отмечалось, сохранялась слабость мимических мышц правой половины лица. В связи с инфекционно-аллергическим генезом невropатии и отсутствием динамики пациенту по решению городского консилиума было назначено: иммуноглобулин человеческий (октагам) 600 мл (=12 флаконов по 50 мл) в день (из расчёта 8 мл/кг) в течение 5 дней.

После проведённого курса лечения у пациента отмечалась положительная динамика в виде нарастания силы в лицевой мускулатуре (при выписке мог нахмуриться, полностью закрыть правый глаз, сохранялась сглаженность правой носогубной складки). На амбулаторном этапе пациент продолжил принимать нейропротекторную терапию, а также продолжил курс физиотерапевтического лечения. Полное восстановление наступило через 3 месяца.

Заключение. В ходе наблюдения за пациентом с нейропатией лицевого нерва, у которого отсутствовала положительная динамика при применении глюкокортикостероидов, зарегистрировано полное восстановление функции правого лицевого нерва после проведения курса иммуноглобулина человеческого.