



Казакский национальный медицинский
университет им. С.Д. Асфендиярова

Дифференциальная диагностика поражении лицевого нерва на разных уровнях

Выполнил: врач-интерн Бөріхан Е.А.
Проверила: проф. Ибрагимова Р.С.

План

- ▶ **Классификация**
- ▶ **Основные и дополнительные
диагностические мероприятия**
- ▶ **Дифференциальный диагноз:**
- ▶ **Лечение**
- ▶ **Список использованной литературы:**

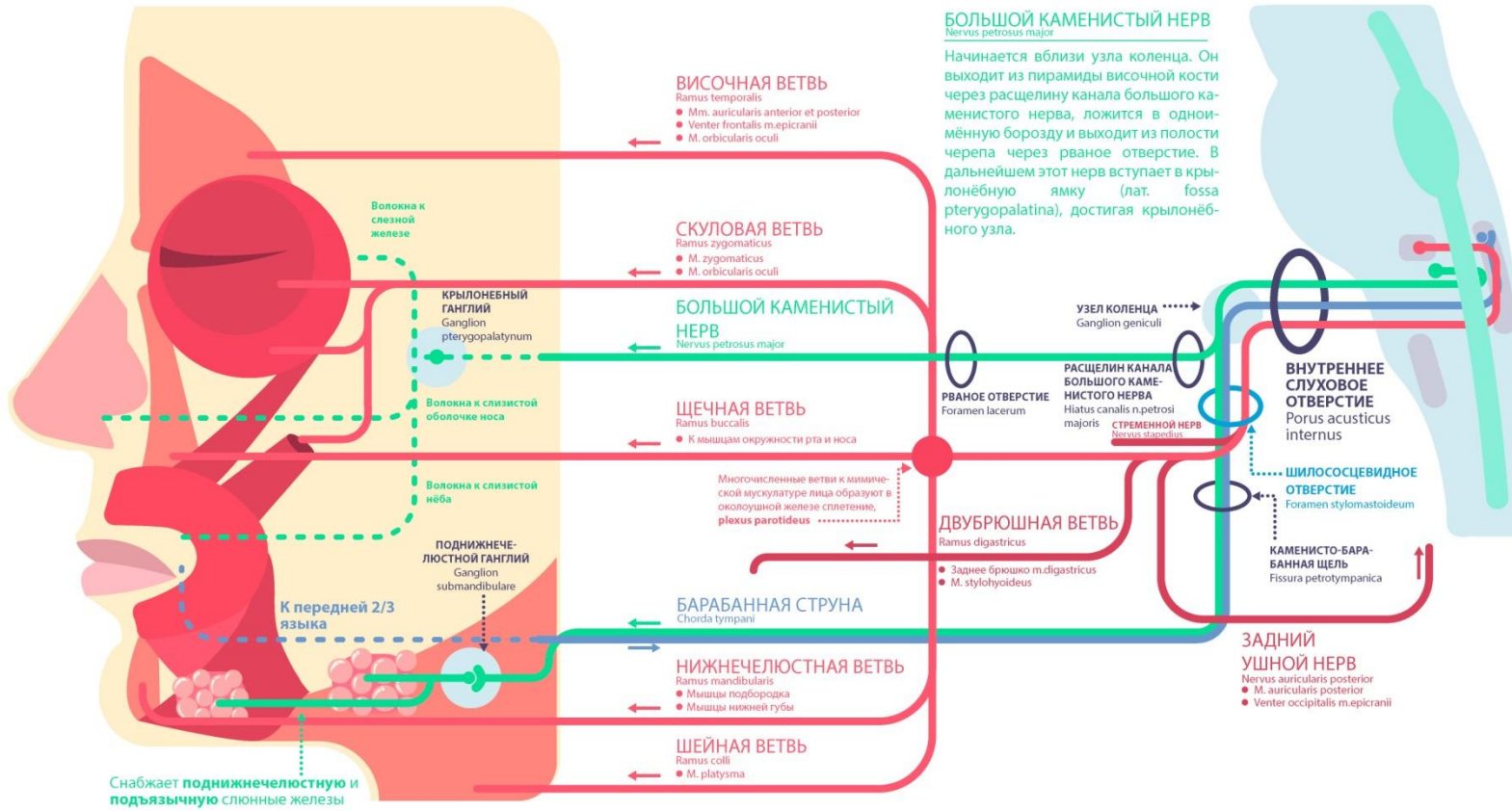
VII – Лицевой нерв

Лицевой нерв (лат. *nervus facialis*), седьмой (VII) из тринадцати черепных нервов, выходит из мозга между варолиевым мостом и продолговатым мозгом. Лицевой нерв иннервирует мимические мышцы лица. Также в составе лицевого нерва проходит промежуточный нерв ответственный за иннервацию слёзной железы, стременной мышцы и вкусовой чувствительности двух передних третей языка.



ЛИЦЕВОЙ НЕРВ

VII- NERVUS FACIALIS



БОЛЬШОЙ КАМЕНИСТЫЙ НЕРВ

Nervus petrosus major

Начинается вблизи узла коленца. Он выходит из пирамиды височной кости через расщелину канала большого каменистого нерва, ложится в одноимённую борозду и выходит из полости черепа через рваное отверстие. В дальнейшем этот нерв вступает в крылонобную ямку (лат. fossa pterygopalatina), достигая крылонобного узла.

ЛИЦЕВОЙ НЕРВ

N. facialis

Смешанный нерв. Содержит в основном двигательные (эфферентные) волокна. Отходит от двигательного ядра.

В составе лицевого нерва проходит **промежуточный нерв - n.intermedius**. В его состав входят секреторные и чувствительные волокна, а так же два ядра:
 1. Nucleus solitarius
 2. Nucl. salivatorius sup.

ЯДРО СОЛИТАРНОГО ТРАКТА

Nucleus solitarius

ВЕРХНЕЕ СЛЮНОУДЕЛИТЕЛЬНОЕ ЯДРО

Nucleus salivatorius superior

ДВИГАТЕЛЬНОЕ ЯДРО

Nucleus motorius

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

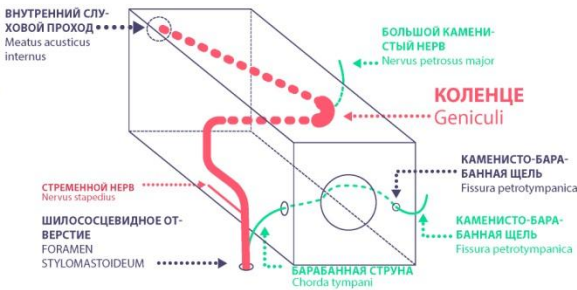
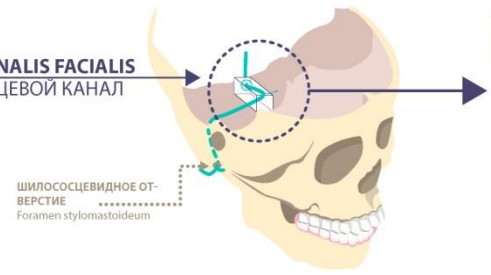
- Парасимпатические ветви
- Чувствительные ветви
- Двигательные ветви
- Афферентная (чувствительная) информация к ЦНС
- ← Эфферентная (двигательная) информация от ЦНС
- ← Эфферентная (секреторная) информация от ЦНС

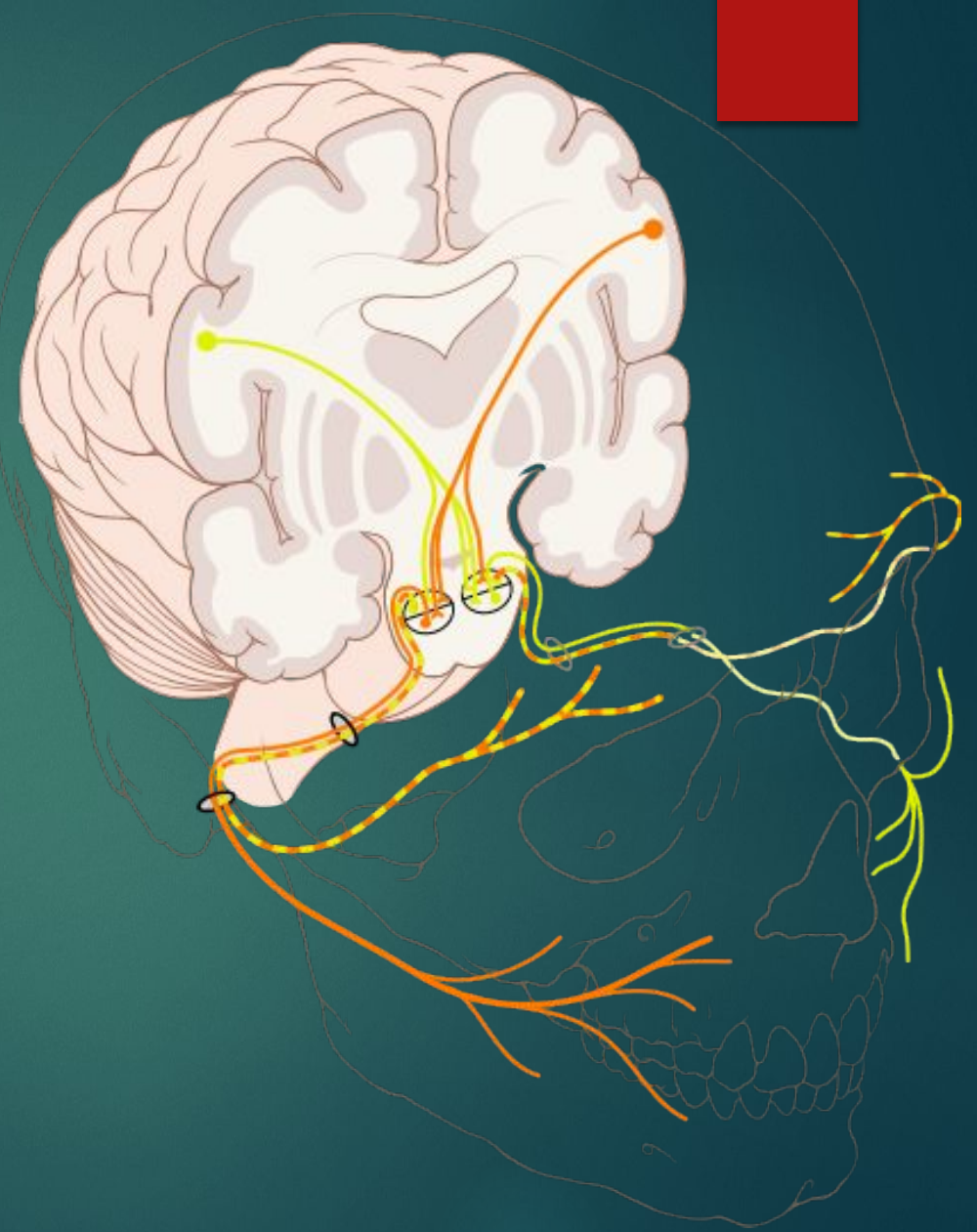
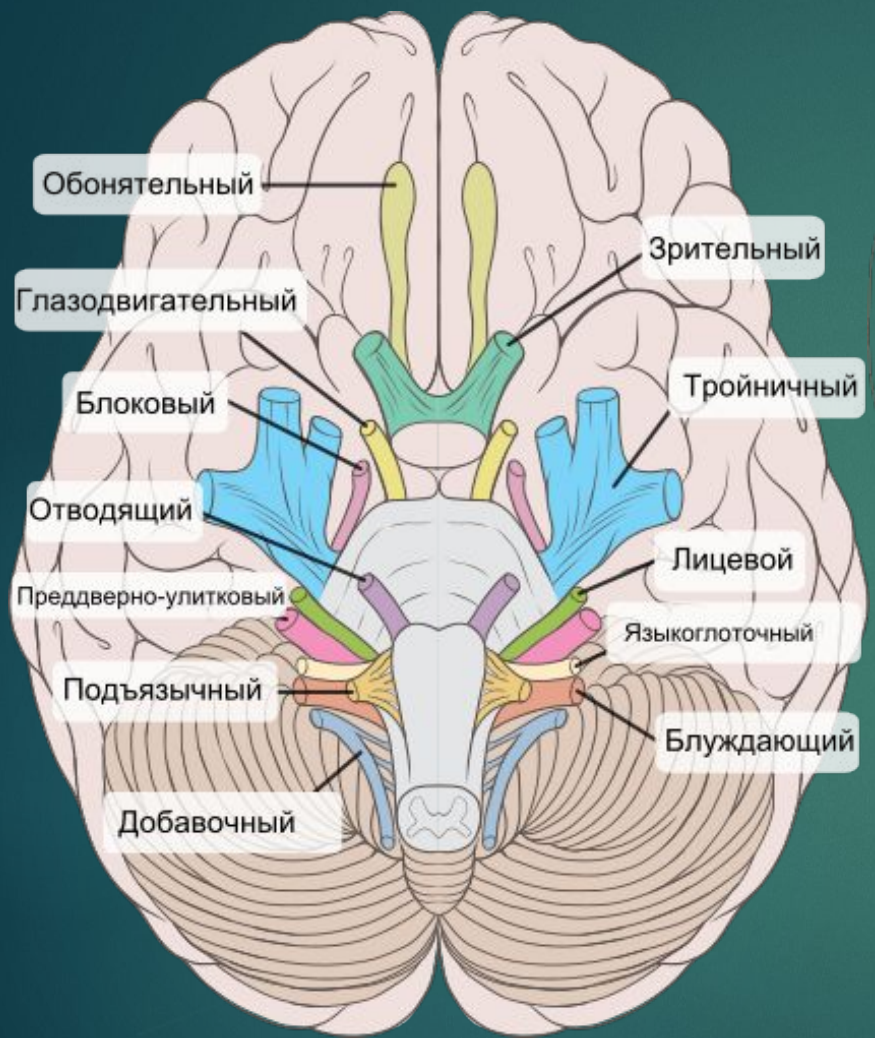
ХОД ЛИЦЕВОГО НЕРВА

N. facialis проникает в porus acusticus internus и вступает в лицевой канал (**canalis facialis**). В канале нерв вначале идет горизонтально, направляясь кнаружи; затем в области hiatus canalis n. petrosi majoris он поворачивает под прямым углом назад и также горизонтально проходит по внутренней стенке барабанной полости в верхней ее части. Миновав пределы барабанной полости, нерв снова делает изгиб и спускается вертикально вниз, выходя из черепа через foramen stylomastoideum. В том месте, где нерв, поворачивая назад, образует угол (коленце, geniculum), чувствительная (вкусовая) часть его образует небольшой нервный узелок, ganglion geniculi (узел коленца). При выходе из foramen stylomastoideum лицевой нерв вступает в толщу околушной железы и разделяется на свои конечные ветви.

CANALIS FACIALIS

ЛИЦЕВОЙ КАНАЛ





Поражения лицевого нерва

Определение: Паралич Белла (идиопатическая форма невралгии лицевого нерва) - проявляется параличом мимических мышц, обусловленный поражением лицевого нерва. Основные проявления: при попытке закрыть глаз веки на стороне поражения не смыкаются, глазное яблоко остается неприкрытым, отклоняется вверх и кнаружи, глазную щель при этом заполняет лишь склера (симптом Белла). Среди причин развития паралича Белла в последние десятилетия признается теория компрессионно-ишемических изменений в том участке волокон лицевого нерва, который проходит через лицевой канал пирамиды височной кости. Заболевание развивается остро или подостро в виде периферического паралича лицевого нерва, провоцирующими факторами являются переохлаждение, эндо – и экзогенные интоксикации.

Классификация

I. Характер течения:

1. Острое
2. Подострое
3. Хроническое:
 - 3.1 Прогрессирующее
 - 3.2 Стабильное (затяжное)
 - 3.3 Рецидивирующее

II. Стадия (в случае рецидивирующего течения):

1. Обострения
2. Регресса
3. Ремиссии:
 - 3.1 Полной
 - 3.2 Неполной

Основные и дополнительные диагностические мероприятия

Основные диагностические мероприятия:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Биохимический анализ крови (сахар крови)
- ЛОР
- Окулист Врач
- ЛФК
- Физиотерапевт

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- КТ головного мозга – по показаниям.
- МРТ головного мозга – по показаниям.
- Рентгенография черепа по Стенверсу – по показаниям.
- УЗДГ сосудов головного мозга.
- ЭКГ. Терапевт - по показаниям.
- УЗИ органов брюшной полости – по показаниям.

Диагностические критерии:

При неврологическом осмотре выявляются следующие симптомы периферического поражения лицевого нерва: односторонний парез мимических мышц - больной не может нахмурить бровь на поражённой стороне, наморщить лоб, плотно зажмурить глаз, ресницы не смыкаются (симптом «ресниц»), веки не смыкаются (лагофтальм – «заячий глаз», за счет пареза круговой мышцы глаза), глазное яблоко «уходит» вверх, видна полоска склеры (симптом Белла), не может посвистеть (из-за пареза круговой мышцы рта), при оскаливании зубов угол рта опускается вниз, носо-губная складка сглажена, слезотечение (при поражении ниже отхождения большого каменистого нерва) при неврологическом осмотре выявляются следующие симптомы поражения лицевого нерва: односторонний периферический парез мимических мышц - больной не может поднять бровь на поражённой стороне, нахмурить её, наморщить лоб, плотно зажмурить глаз, ресницы не смыкаются (симптом «ресниц»), веки не смыкаются (лагофтальм – «заячий глаз», за счет пареза круговой мышцы глаза), глазное яблоко «уходит» вверх, видна полоска склеры - симптом Белла, не может посвистеть (из-за пареза круговой мышцы рта), при оскаливании зубов угол рта опускается вниз, носо- губная складка сглажена, слезотечение, выпадает вкус на передних 2/3 языка на стороне поражения, отмечается обострение слуха на той же стороне (гиперакузия).

Идиопатическая невропатия лицевого нерва

Клиника

На стороне поражения: глазная щель не смыкается (лагофтальм), симптом Белла, отсутствуют складки при наморщивании лба и брови, при надувании щек – щека «парусит», при оскаливании зубов – угол рта опускается, носо-губная складка сглажена .

Анамнез

Заболевание нередко начинается с болей в области сосцевидного отростка. Через 1-2 дня развивается периферический паралич мимических мышц на стороне боли, иногда сопровождается общеинфекционными симптомами.

Причина

Этиология в большинстве случаев неизвестна, нередко возникает после переохлаждения. Предполагается, что в основе заболевания лежит ишемия, приводящая к отеку и компрессии волокон нерва в лицевом канале пирамиды височной кости

Идиопатическая невропатия лицевого нерва



Лицевой неврит при опоясывающем лишае (синдром Ханта)

Клиника

Остро возникающие герпетические высыпания в области ушной раковины, наружном слуховом проходе

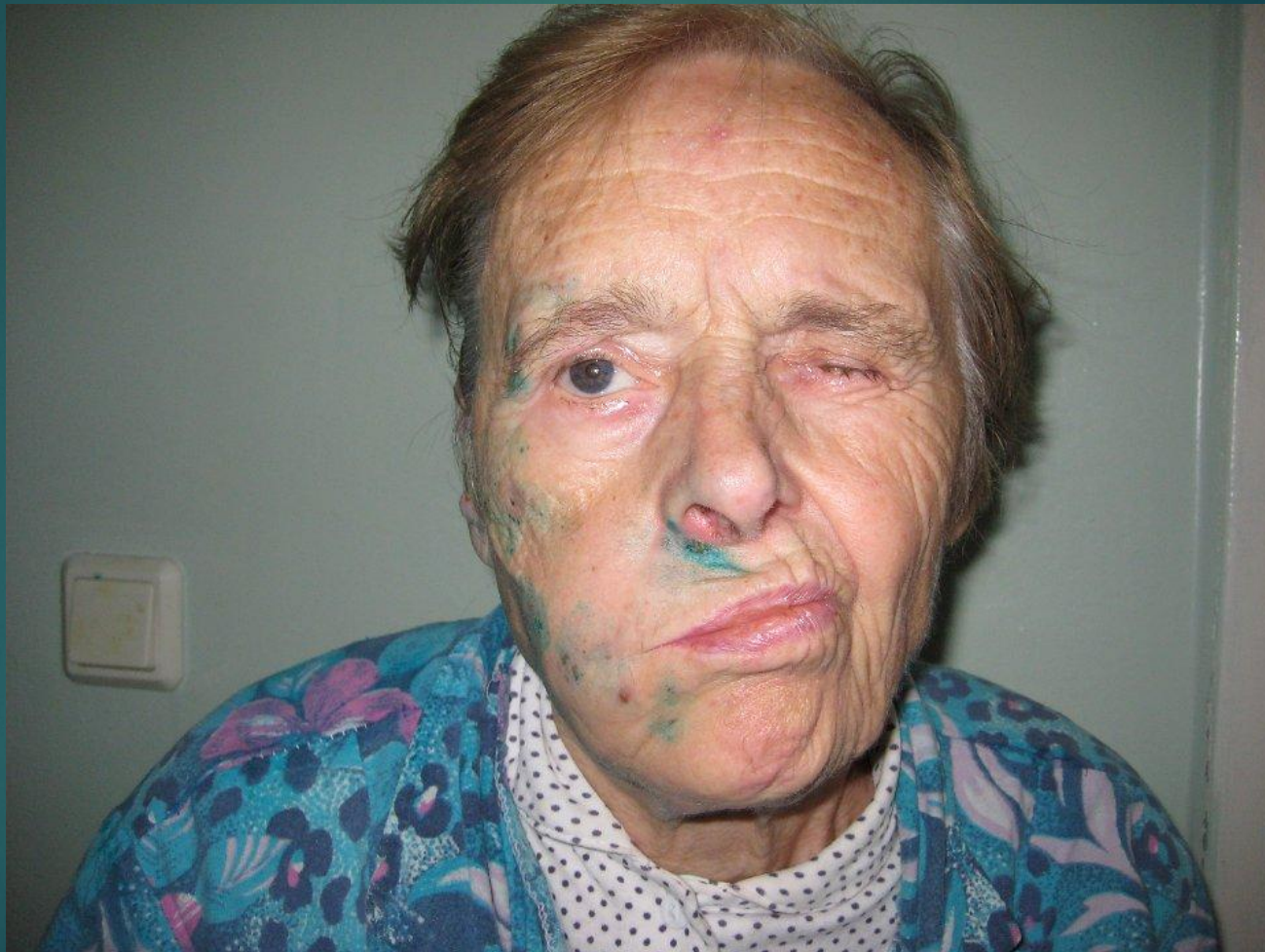
Анамнез

Жгучая интенсивная боль в ухе, иррадирующая в лицо, в затылок, в шею. При этом на той же стороне через 1-2 суток развивается парез мимической мускулатуры половины лица.

Причина

Поражение узла коленца вирусом опоясывающего лишая.

синдром Ханта



Синдром Мелькерсона- Розенталя

Клиника

Наследственный синдром, тип наследования не установлен

Анамнез

Ангионевротический отек половины лица, чаще губ, лицевого нерва, хейлит и складчатый язык с соответствующей симптоматикой лицевой невропатии; рецидивирующий, иногда двусторонний.

Причина

Сдавление нерва в канале в результате отека. Этиология неясна, но может наблюдаться на фоне поражения лимфатической системы. Синдром чаще встречается у женщин.

Синдром Мелькерссона - Розенталя



Окулофасциальный врожденный паралич. Синдром Мебиуса.

Клиника

Асимметрия лица, слабость мимической мускулатуры отмечается с рождения.

Анамнез

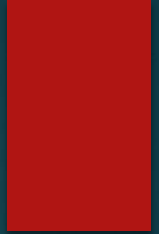
Лагофthalm, симптом Белла, парез мимических мышц – двусторонние, реже односторонние, что проявляется затруднением при сосании, невыразительностью или отсутствием мимических реакций. Возможны косоглазие, отвисание нижней челюсти, олигофрения

Причина

Аплазия или атрофия двигательных ядер, недоразвитие корешков и волокон глазо-двигательного отводящего, лицевого нервов. Этиология неизвестна.



Синдром Мебиуса.



Отогенная невралгия лицевого нерва.

Клиника

Возникает чаще при хронических отитах, гораздо реже при острых отитах; отогенных абсцессах, мастоидите.

Анамнез

Протекают тяжело, неблагоприятные исходы в половине случаях;

Причина

Дисциркуляторные нарушения, сдавление кровеносных и лимфатических сосудов, непосредственная травматизация и компрессия ствола нерва, отек в тканях костного канала пирамиды височной кости, переход местной инфекц

Отогенная невралгия лицевого нерва.



Травматическая невропатия лицевого нерва

Клиника

Тяжелая черепно- мозговая травма

Анамнез

Клиника невропатии лицевого нерва по периферическому типу на стороне поражения.

Причина

Непосредственна я травматизация и компрессия стволанерва, отек в тканях костного канала пирамиды височной кости

Травматическая невропатия лицевого нерва



Поражение лицевого нерва при родовой травме

Клиника

Натальная травма, наложение акушерских щипцов

Анамнез

С рождения асимметрия лица, клиника невропатии лицевого нерва по периферическому типу на стороне поражения.

Причина

Непосредственная травматизация и компрессия ствола нерва, отек в тканях костного канала пирамиды височной кости

Поражение лицевого нерва при родовой травме

Паралич лицевого нерва



Острый первичный полирадикулоневрит Гийена-Барре (синдром Гийена-Барре)

Клиника

Острое начало заболевания, сопровождающееся слабостью и болями в руках и ногах, преимущественно в дистальных отделах. Может иметь восходящий характер по типу паралича Ландри с развитием бульбарного синдрома и с развитием ядерного поражения лицевого нерва.

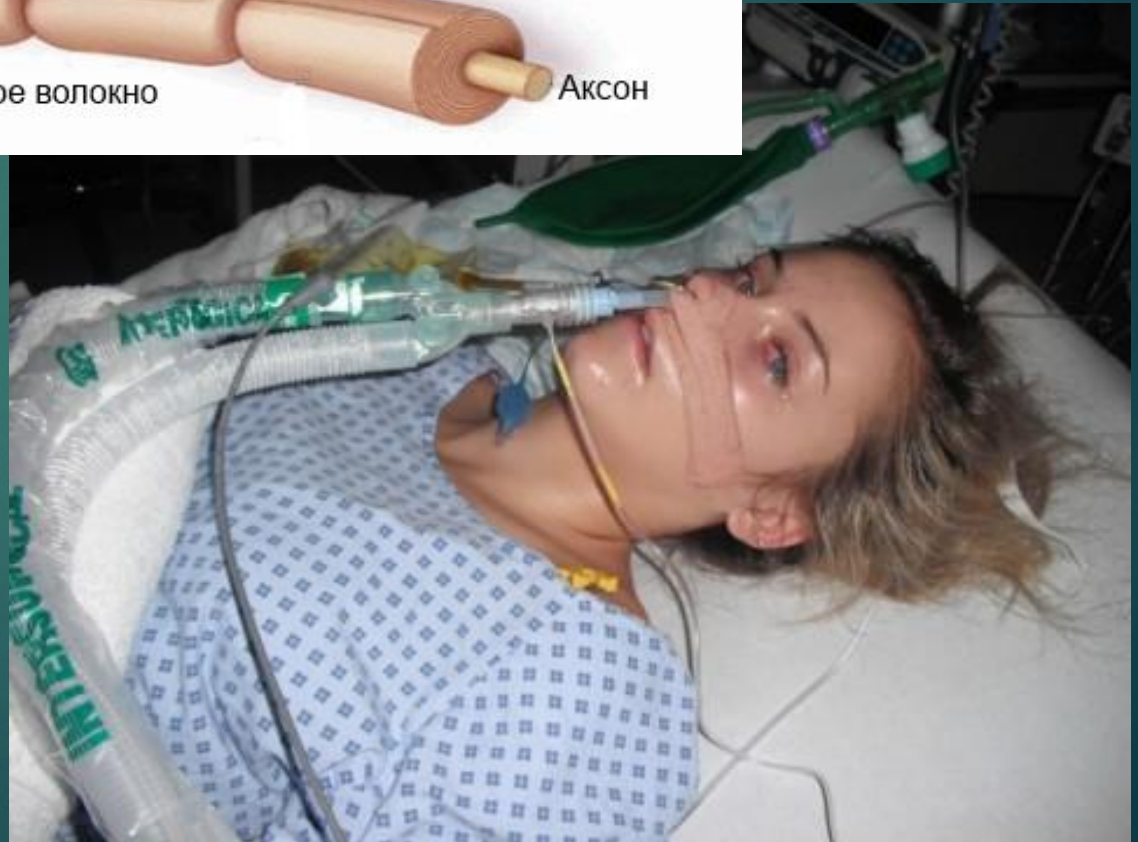
Анамнез

Дистальные вялые параличи с расстройством чувствительности по полиневритическому типу – гипестезия на уровне «перчаток», «носков». Корешковые боли в пораженных конечностях, снижение сухожильных рефлексов. При поражении ядра, корешка лицевого нерва на уровне варолиева моста – симптоматика периферического паралича лицевого нерва.

Причина

Этиология в большинстве случаев неизвестна, нередко возникает после переохлаждения. Доказана аутоиммунная природа заболевания.

синдром Гийена-Барре



Опухоль мосто- мозжечкового угла

Клиника

Заболевание развивается постепенно, в начале отмечается снижение слуха на стороне поражения с последующим развитием периферического поражения лицевого нерва, а в завершении заболевания – развитие бульбарного синдрома

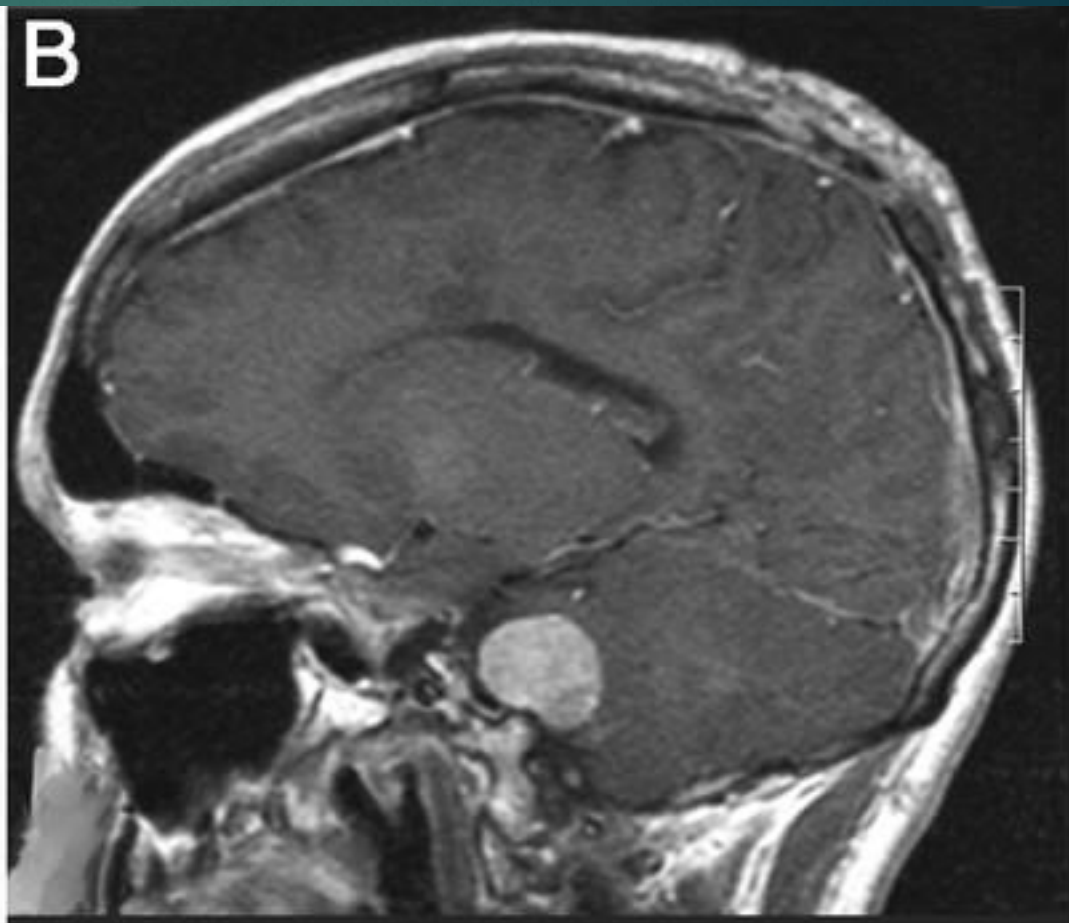
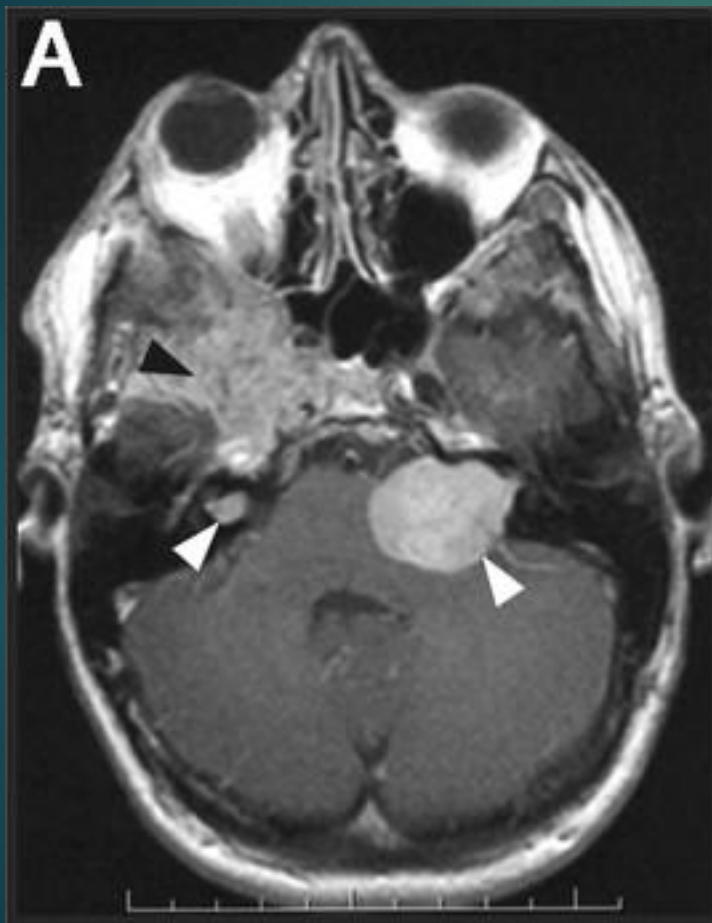
Анамнез

Клиника включает три стадии: 1. Отиатрическая стадия с расстройством слуха (снижение и шум в ухе) на стороне поражения. 2. Отоневрологическая – к расстройству слуха присоединяется развитие периферического паралича лицевого нерва на стороне поражения. 3. Бульбарная – развитие бульбарного синдрома в результате компрессии опухолью продолговатого мозга.

Причина

В большинстве случаев причиной заболевания является невринома слухового нерва, либо менингиома мосто- мозжечкового угла (базальная менингиома).

Опухоль мосто-мозжечкового угла



Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне парамедианных артерий варолиева моста – альтернирующий синдром Мийяра- Гублера

Клиника

Острое начало заболевания с развитием периферического паралича лицевого нерва на стороне очага и контратерально – гемипарез. Провоцирующим фактором может быть гипертонический криз, психо- эмоциональное напряжение и др.

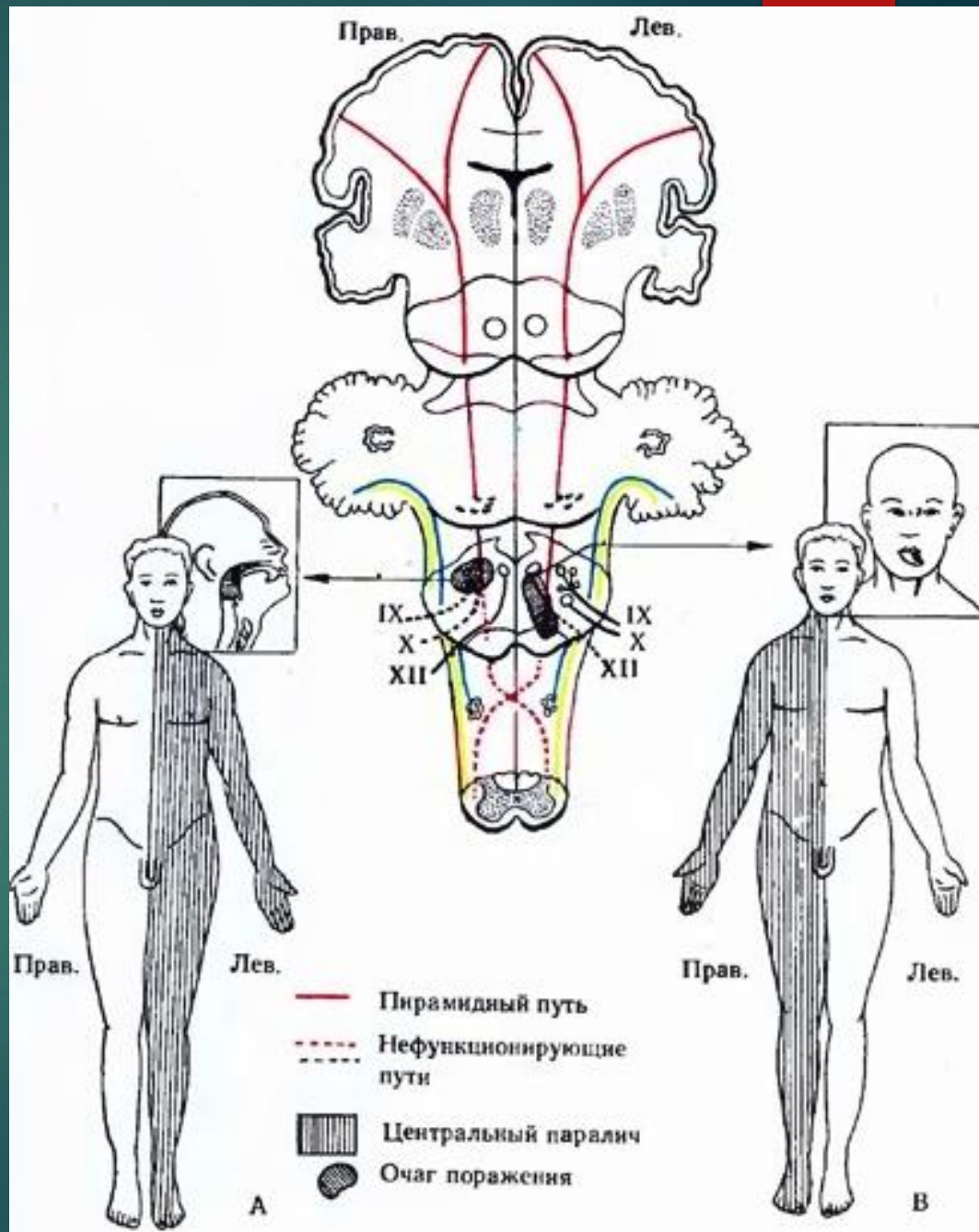
Анамнез

Клиника включает острое развитие периферического паралича лицевого нерва на стороне очага с контралатеральным гемипарезом или гемиплегией.

Причина

Факторы риска мозговых инсультов: артериальная гипертензия, сахарный диабет, церебральный атеросклероз, заболевания сердца (кардио- церебральная эмболия), заболевания крови и др.

синдром Мийяра- Гублера



Немедикаментозное лечение:

ЛФК – гимнастика мимических мышц (упражнения перед зеркалом) - с конца первой недели, Массаж мимических мышц, лейкопластырное вытяжение - со второй недели,. Физиолечение (парафиновые аппликации) – с конца первой недели .
Иглорефлексотерапия – со второй недели.

Медикаментозное лечение:

Гормональная терапия: Преднизолон – 60-80 мг в сутки (из расчета - 1 мг/кг массы тела больного в сутки), внутрь 6-8 дней с последующей отменой в течение 5 - 6 дней. Условием эффективности кортикостероидов является как можно более раннее назначение (не позже недели от начала заболевания).

Противовирусная терапия, учитывая предполагаемую роль вируса простого герпеса, предложено применять на ранней стадии в комбинации с кортикостероидами: Ацикловир (400 мг внутрь 5 раз в день в течение 7-10 дней). Альтернативой Ацикловиру могут служить Фамцикловир и Валацикловир. Указанные противовирусные препараты показаны и при синдроме Рамсея Ханта, в этом случае их используют в более высоких дозах.

Ноотропы: депротеинизированный гемодериват крови телят, Вазонат, Риметилгидразиния Пропионат, Гинко-билоба. Улучшение микроциркуляции: пентоксифиллин, аминофиллин. Витамины группы «В»:

Тиамин бромид, Пиридоксин гидрохлорид, Цианокобаламин.

Стимулирующая терапия - антихолинэстеразные препараты (по завершению острой стадии заболевания): Неиромидин, Неостигмина метилсульфат, Галантамин.

В связи с опасностью изъязвления роговицы при неполном закрытии и сухости глаза рекомендуется закапывание увлажняющих глазных капель в течение дня, на ночь - закрывание глаза повязкой и накладывание специальной глазной мази. При сухости глаза - раствор метилцеллюлозы

- ▶ Другие виды лечения:
- ▶ Хирургическое вмешательство;
- ▶ Профилактические мероприятия;
- ❖ предупреждение контрактур;
- ❖ профилактика кератитов;
- ❖ профилактика вирусных и бактериальных инфекций;
- ▶ Дальнейшее ведение: продолжить регулярные занятия ЛФК. Диспансерное наблюдение у невролога по месту жительства, избегать переутомления, переохлаждения

Перечень основных и дополнительных медикаментов:

✓ Основные медикаменты:

- ▶ Депротеинизированный гемодериват крови телят, ампулы по 80 мг, 2мл
- ▶ Вазонат, 10% р-р, ампулы по 10 мл
- ▶ Гинко-Билоба таблетки, 40 мг
- ▶ Ипидакрин, 0,5% р-р, ампулы по 1 мл, таблетки по 20 мг
- ▶ Пентоксифиллин, 2% р-р, ампулы по 5 мл, таблетки по 100, 400, 600 мг
- ▶ Пиридоксин ампулы, по 1 мл 5%
- ▶ Преднизолон, таблетки, 5 мг
- ▶ Тиамин, ампулы по 1 мл 5%
- ▶ Цианокобаламин, ампулы по 200 и 500 мкг

- ✓ **Дополнительные медикаменты: Ретинол+Витамин Е, капсулы**
- ▶ **Ацикловир, таблетки 200 мг, 400 мг Галантамин, ампулы 1 мл 1%, 0,25%**
- ▶ **Магния лактат, таблетки**
- ▶ **Мельдоний, 10% р-р по 10 мл**
- ▶ **Поливитамин (Multivitamine), таблетки**
- ▶ **Неуробекс, таблетки**
- ▶ **Неостигмина метилсульфат, ампулы по 1 мл 0,05%**
- ▶ **Аминофиллин, 2,4% р-р по 10 мл**
- ▶ **Преднизолон ампулы 30 мг Ницерголин, ампулы и таблетки 5 мг, 10 мг**
- ▶ **Фамцикловир**
- ▶ **Фолиевая кислота 0,001**
- ▶ **Фуросемид, таблетки 40мг, ампулы 2 мл 1%**

Список использованной литературы:

- ▶ 1. «Неврология» под редакцией М. Самуэльса - Москва, 1997.
- ▶ 2. «Детская неврология» А.Ю. Петрухин - Москва, 2004.
- ▶ 3. «Неврология» Д.Р. Штулман - Москва, 2005.
- ▶ 4. «Справочник по неврологии» Е.В. Шмидт - Москва, 1989.
- ▶ 5. «Детская неврология» Л.О. Бадалян - Москва, 1998.
- ▶ 6. «Функциональная диагностика нервных болезней» Л.Р. Зенков, М.А. Ронкин - Москва, 2002.
- ▶ 7. «Болезни периферической нервной системы» Я.Ю. Попелянский - Москва, 1989.
- ▶ 8. «Диагностика и лечение болезней нервной системы у детей». Под редакцией В.П. Зыкова – Москва, 2006.