

Невропатия лицевого нерва (VII)



ПОРАЖЕНИЕ ЛИЦЕВОГО (VII) НЕРВА — НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВАРИАНТ КРАНИАЛЬНЫХ НЕВРОПАТИЙ

□ Этиология:

В большинстве случаев острой невропатии лицевого нерва причина остается неизвестной. В этих случаях используют термины "идиопатическая невропатия лицевого нерва" или "паралич Белла" (в честь английского невролога С. Bell, описавшего данное заболевание в 1836 г.).

*

Смагина ИВ

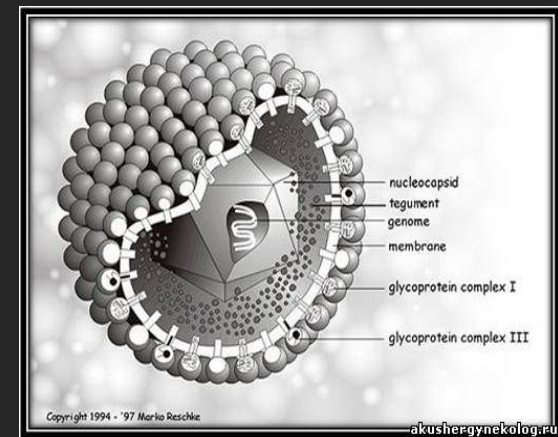


НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПОРАЖЕНИЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ ИНФЕКЦИЯ.

- ❑ вирус простого герпеса
- ❑ Эпштейна— Барра
- ❑ гриппа
- ❑ аденовирус
- ❑ вирус эпидемического паротита.

*

Смагина ИВ



ВЫСКАЗЫВАЮТ МНЕНИЕ И ОБ АУТОИММУННОЙ ПРИРОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Переохлаждение, на которое часто указывают больные, может явиться пусковым моментом



К факторам, способствующим
РАЗВИТИЮ
НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА,
ОТНОСЯТСЯ :

- артериальная гипертензия
- сахарный диабет
- беременность (у беременных частота невропатии увеличивается примерно в 10 раз).



НЕВРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА МОЖЕТ БЫТЬ ТАКЖЕ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- боррелиоза
- бруцеллеза
- лептоспироза
- дифтерии
- сифилиса и ряда других бактериальных инфекций



- Возможно повреждение нерва при холестеатоме, хроническом среднем отите, поражении околоушных желез, невриноме преддверно-улиткового нерва (VIII) и других опухолях мостомозжечкового угла, синдроме Гийена—Барре, саркоидозе, реже при опухоли височной кости, первичной опухоли лицевого нерва (VII), метастатической опухоли, лимфоме, лейкоэмической инфильтрации.



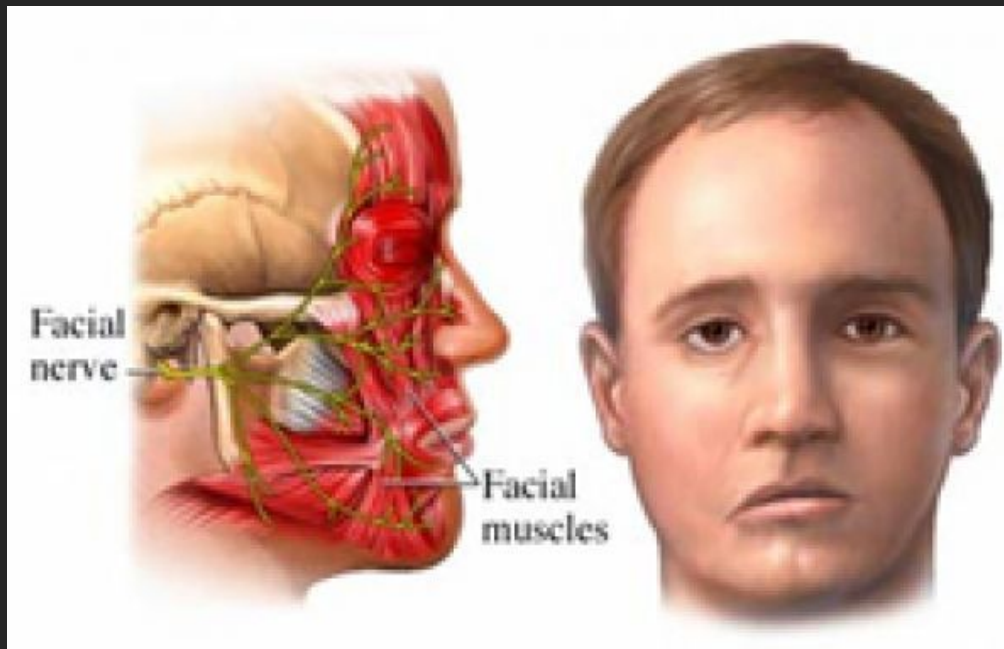
ПАТОГЕНЕЗ

- Запущенные" инфекцией или иными причинами процессы воспаления и отека приводят к сдавлению нерва и его ишемии, мелким геморрагиям, периваскулярной лимфоцитарной инфильтрации. Сдавлению нерва способствует узость костного лицевого (фаллопиевого) канала, через который проходит нерв в пирамиде височной кости. Возможна различная степень поражения нерва: у большинства больных развивается неврапраксия — демиелинизация, вызывающая блокаду проведения, но оставляющая аксон сохранным, что позволяет надеяться на полное и относительно быстрое восстановление.



КЛИНИКА

- Основным синдромом поражения лицевого нерва является слабость мимической мускулатуры (прозопопарез или прозопоплегия) на всей ипсилатеральной половине лица.



- Лицо становится асимметричным, кожные складки на стороне поражения сглаживаются, угол рта опущен. Больной не может поднять бровь, наморщить лоб, зажмурить глаз, надуть щеку, свистнуть, при оскаливании зубов ротовая щель перетягивается в здоровую сторону.



- На пораженной стороне глазная щель шире. При зажмуривании веки не смыкаются, а в результате того, что глазное яблоко отводится кверху (вследствие феномена Белла), остается видна белая полоска склеры (лагофтальм — заячий глаз). В случае легкого пареза круговой мышцы глаза при сильном зажмуривании ресницы не полностью "прячутся" в глазную щель (симптом ресниц). Отмечаются также редкое моргание, снижение надбровного и роговичного рефлексов



- Отмечаются также редкое моргание, снижение надбровного и роговичного рефлексов. Из-за пареза мимических мышц речь может становиться невнятной. Во время жевания больной иногда прикусывает щеку, пища застревает между щекой и десной, жидкая пища выливается из угла рта. Слабость подкожной мышцы шеи (платизмы) можно выявить, если противодействовать наклону головы вперед при широко открытом рте.



ДИАГНОСТИКА

Перед врачом стоят три основных диагностических задачи:

- дифференцировать периферический паралич мимических мышц от центрального
- исключить вторичные формы невропатии
- определить прогноз



- Осматривая больного, следует обращать внимание на состояние соседних черепных нервов, прежде всего преддверно-улиткового (VIII), дисфункция которого указывает на поражение мостомозжечкового угла, на признаки патологии среднего уха и сосцевидного отростка или системного заболевания.



- Комплекс обследования должен включать определение уровня глюкозы в крови, серологические пробы на сифилис.
- Целесообразна и рентгенография грудной клетки, которая позволяет исключить саркоидоз и туберкулез (последнее особенно важно перед назначением кортикостероидов).
- В эндемичных зонах важно серологическое исследование для исключения нейроборрелиоза.
- При подозрении на инфекционное заболевание необходима поясничная пункция



ЛЕЧЕНИЕ

- Лечение невропатии направлено в первую очередь на снятие отека и восстановление микроциркуляции в стволе нерва.
- Кортикостероиды применяют лишь у больных с легким прозопопарезом (если нет интенсивного болевого синдрома и тенденции к нарастанию пареза), следует назначать лишь в первые дни заболевания : преднизолон в дозе 60—80 мг/сут внутрь в течение 5—10 дней с последующей быстрой отменой препарата в течение одной недели.



- В тяжелых случаях возможно применение курса лечения, предложенного немецким неврологом E. Stennert (1979) — "тройной" противовоспалительной реологической инфузионной терапии:
- реополиглюкин (500 мл внутривенно медленно в течение 8 ч 2 раза в день на протяжении 3 дней, затем 1 раз в день в течение недели)
- пентоксифиллина (трентала) по 300 мг/сут внутривенно капельно в течение 10 дней, затем внутрь;
- преднизолона по 250 мг/сут внутривенно течение 3 дней с последующим снижением дозы и переходом на прием внутрь.



- Противопоказаниями к данной терапии могут служить недостаточность кровообращения, почечная недостаточность, недавнее обострение язвенной болезни, бактериальная инфекция, нарушение коагуляции.

В последние годы иногда прибегают к пульс-терапии, заключающейся в применении высоких доз преднизолона или метилпреднизолона (1—2 г/сут в течение 3—5 дней).

*

Смагина ИВ



- Учитывая предполагаемую роль вируса простого герпеса в развитии невропатии лицевого нерва, предложено применение в ранней стадии ацикловира (200 мг внутрь 5 раз в день).

*

Смагина ИВ



- Вследствие неполного закрытия и сухости глаза возникает угроза изъязвления роговицы, в связи с этим рекомендуется ношение очков, закапывание увлажняющих глазных капель в течение дня, на ночь — закрывание глаза повязкой и накладывание специальной глазной мази (у молодых больных с хорошим тонусом век и активным феноменом Белла в этом нет необходимости)



- С конца 1-й недели рекомендуется гимнастика мимических мышц, лейкопластырное вытяжение, предотвращающее перерастяжение паретичных мышц, парафиновые аппликации, со 2-й недели — точечный массаж, рефлексотерапия.



- Хирургическая декомпрессия нерва чревата серьезными осложнениями, в том числе дополнительным повреждением нерва, и в последние годы применяется крайне редко.



ИСХОД.

- При параличе Белла полное спонтанное восстановление происходит примерно в 60—70% случаев. Восстановление отсутствует лишь в 3 % случаев. В остальных случаях восстановление бывает частичным.





*Спасибо
за внимание!*