

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Глава 1. Невралгия тройничного нерва	6
Этиология и патогенез.....	6
Клинические проявления.....	10
Лечение.....	14
Глава 2. Одонтогенная невропатия тройничного нерва	23
Этиология и патогенез.....	23
Клинические проявления.....	23
Лечение.....	25
Клиническая картина	26
Глава 3. Невралгия языкоглоточного нерва	27
Этиология и патогенез.....	27
Клинические проявления.....	27
Лечение.....	30
Глава 4. Невропатия лицевого нерва.....	32
Этиология и патогенез.....	32
Клинические проявления.....	33
Лечение.....	34
Глава 5. Невропатия ушно-височного нерва	50
Этиология и патогенез.....	50
Клинические проявления.....	50
Лечение.....	51
Глава 6. Дифференциальный диагноз при заболеваниях нервов лица.....	52
Заключение.....	55
Ситуационные задачи.....	56
Тесты для самоконтроля.....	58
Рекомендуемая литература	63

ГЛАВА 4. НЕВРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Этиология и патогенез

Невропатия лицевого нерва или лицевой паралич является полиэтиологичным заболеванием и является следствием врожденной патологии, повреждения лицевого нерва при оперативных вмешательствах, травмах, воспалительных процессах, опухолях, сосудистых заболеваниях и др. Встречаются параличи с неустановленной причиной заболевания, т.е. идиопатические.

92% случаев – заболевания приобретенные, следствие инфекции и травм. Хирургическое вмешательство является причиной паралича в 70% случаев.

Лицевой нерв может быть поврежден при операциях на околоушной железе, на среднем ухе по поводу воспалительных и опухолевых заболеваний, при удалении невриноме преддверно-улиткового нерва, гемангиом в зоне лицевого нерва, при реконструктивных операциях по поводу деформации челюстей и височно-нижнечелюстного сустава, удалении базальных опухолей, при эстетических операциях.

Огнестрельное ранение, обширная механическая травма околоушно-жевательной области, как правило, сопровождаются повреждением лицевого нерва с потерей его сегментов и мимических мышц.

Распространенной формой инфекционной невропатии лицевого нерва является паралич Белла. Продромальные явления возникают за 1–3 недели до начала двигательных нарушений лица. Воспаляются верхние дыхательные пути, носоглотка, появляются боли в мышцах, тошнота, рвота или диарея, онемение половины головы, лица, уха, шеи, языка, теряется чувствительность роговицы.

У 94% больных процесс локализуется у входа в слуховой канал, в самом узком его месте, где происходит сдавление нервных волокон. Первоначально нарушается функция чувствительных, а затем двигательных волокон. В воспалительный процесс вовлекаются тройничный, языкоглоточный и блуждающий нервы.

Причиной развития более тяжелой формы инфекционного лицевого паралича синдрома Рамзая Ханта является герпес зостер отикус. Процесс локализуется между коленчатым узлом и отверстием слухового канала.

Клинические проявления

Симптомы невропатии развиваются остро или подостро (в течение 1–3 сут.). Основным синдромом поражения является слабость мышечной мускулатуры (парез или плегия) на стороне поражения. Лицо больного становится ассиметричным, кожные складки на стороне поражения сглаживаются, угол рта опущен. Больной не может поднять бровь, наморщить лоб, зажмурить глаз, надуть щеку, при оскаливании зубов ротовая щель перетягивается в здоровую сторону. При зажмуривании веки не смыкаются. Выраженность симптомов зависит от уровня поражения нерва (рис. 11).



Рис. 11. Вид пациента с левосторонней невропатией лицевого нерва

Помимо ограничений или отсутствия активных движений лицевых мышц отмечаются расширение глазной щели, редкое моргание или его отсутствие, симптом Белла (синергическое с закрыванием глаза движение глаз-

ного яблока вверх и немного кнаружи), вытекание жидкой пищи из угла рта на стороне поражения.

При поражении лицевого нерва в мостомозжечковом углу, что чаще бывает при базальном арахноидите, наряду с двигательными нарушениями выявляются нарушение вкуса на передних 2/3 языка, сухость глаза, инъекция сосудов склеры, неравномерность окраски лица, боли и легкая гипестезия в области уха и щеки. Из сопутствующих нарушений отмечаются симптомы поражения пирамидной системы на противоположной стороне, мозжечковые нарушения на стороне поражения и патология преддверно-улиткового нерва.

Клиническая картина поражения лицевого нерва в канале пирамиды височной кости также складывается из двигательных, вкусовых, секреторных (усиление слезотечения) и вазомоторных нарушений.

Определение уровня поражения лицевого нерва облегчается электромиографическим и электронейрографическим исследованиями.

Поражение лицевого нерва при инфицировании herpes zoster (синдром Рамзая Ханта) сопровождается высыпанием пузырьков по передней поверхности ушной раковины, наружного слухового прохода, барабанной полости, задней части неба и передней половины языка и с болевыми ощущениями в этих отделах. Наряду с поражением лицевого нерва, нарушением слуха и головокружением наблюдаются признаки поражения других черепных нервов и ганглиев, возможно вовлечение ствола мозга.

Лечение

Проводится согласно Клиническому протоколу медицинской помощи пациентам с нейропатией лицевого нерва, утвержденному на заседании Секции СтАР «Ассоциация челюстно-лицевых хирургов и хирургов стоматологов» 21 апреля 2014 года.

Лечение проводится в условиях стационара. Ранняя госпитализация больного и эффективное лечение увеличивают шанс восстановления функции мимических мышц. При задержке на 3–4 дня возможно развитие необратимых изменений. Консервативному лечению подлежат травматические параличи, при которых отсутствуют признаки повреждения лицевого нерва, а также инфекционные, идиопатические, ишемические и токсические параличи со сроком заболевания до 6 месяцев.

Консервативная терапия решает следующие задачи:

1. Снятие отека нерва и окружающих тканей. При травматических параличах это достигается применением физических методов лечения (магнитотерапия, лазерная терапия). Назначают диуретики (фуросемид 40 мг 1 раз в день). При инфекционных параличах применяют лазикс по 20–30 мг внутримышечно.
2. Предупреждение образования внутри- и параневральных рубцов. В зависимости от тяжести процесса назначают стекловидное тело по 2 мл 1 раз подкожно в зоне нерва; электрофорез лидазы или кололизина, кеналог 40 мг (разводят в 0,5%-ном новокаине в пропорции 1:3 и обкалывают рубцовую зону при травматических параличах или зону выхода лицевого нерва из черепа при параличе Белла), Буки-терапию.
3. Стимуляция нерва и мышечных тканей. Вводят 1 мл 0,05%-ного раствора прозерина подкожно, 1 мл витамина B₁₂ 1 раз в день внутримышечно, 1 мл 1%-ного раствора никотиновой кислоты подкожно, витамин С в любой форме около 1 г в день.

Медикаментозное лечение паралича Белла и других инфекционных параличей имеет свою специфику. Вирус, пройдя через мозговой барьер, поражает нервную систему (нейроинфекция). Помимо перечисленных препаратов, в лечение включают инфузионную терапию: реополиглюкин, гемодез, преднизолон в течение 10 дней.

В течение 1-й недели пораженные мышцы должны находиться в покое. В этом периоде используют дегидратирующие средства (триампур, фуросемид, глицерол), сосудорасширяющие препараты (компламин, теоникол, никотиновая кислота), витамины группы В. При сочетании воспаления и болевого синдрома показаны анальгетики, короткие курсы лечения кортикостероидами (преднизолон 1 мг/кг в сутки, 10–12 дней); из физиотерапевтических процедур – неконтактное тепло (солюкс). На 5–6-й день назначают микроволновую терапию (на курс 8–10 процедур) или УВЧ на сосцевидный отросток и зону разветвления пораженных ветвей в нетепловой дозировке (15–20 Вт) от 5 до 10 минут (детям 3–5–8 минут), курс – от 3 до 5 процедур ежедневно. Можно назначить ПеМП (аппарат «Полюс-1», «Градиент», «Магнитер»), индуктор прямоугольный, режим непрерывный, интенсивность магнитной индукции от 12 до 30 мТл, время процедуры от 10 до 20 минут, курс лечения от 10 до 15 процедур, ежедневно.

Со 2-й недели начинают массаж, ЛФК с постепенно нарастающей нагрузкой. Приступаю с введения лечения положением: 1) спать необходимо на боку на стороне поражения; 2) в течение 10–15 минут 3–4 раза в день рекомендуется сидеть склонив голову в сторону поражения, поддерживая ее ладонной стороной кисти с опорой на локоть; 3) советуют подвязывать платок, подтягивая мышцы со здоровой стороны в сторону поражения (снизу вверх), стремясь при этом восстановить симметрию лица.

Массаж проводится шейно-воротниковой области 15 минут, ежедневно, № 8–10.

Лейкопластырное натяжение со здоровой стороны на больную осуществляют коррекцией и гиперкоррекцией мышц здоровой стороны с такой силой, чтобы мышцы-антагонисты паретичной стороны были достаточно свободны и не испытывали тяги мышц здоровой стороны. Фиксация свободного конца пластыря к шлему должна быть жесткой, иначе здоровые мышцы не будут удерживаться в коррекции. Лейкопластырное натяжение в первые сутки проводят по 30–60 минут 2–3 раза в день, постепенно увеличивая время лечения до 2–3 часов в день.

Используют парафиновые аппликации, аппликации озокерита на пораженную половину лица, t от 38 до 42° С, продолжительность 20 минут, курс лечения 10–15 процедур ежедневно.

В конце 2-й недели назначаются антихолинэстеразные препараты (галантамин, прозерин) и дибазол; интенсивную физиотерапию – фонофорез гидрокортизоновой мази на сосцевидный отросток и на одну из ветвей лицевого нерва, режим импульсный (длительность импульса 2 или 4 мс), интенсивность 0,05–0,2 Вт/см², продолжительность процедуры 5–8 минут ежедневно. Возможно назначение магнитотерапии и фонофореза одновременно. Лазеротерапия проводится на проекцию выхода пораженного ствола и ветвей лицевого нерва (4 точки). Продолжительность воздействия на одну точку 1–3 минуты от аппарата «Милта», длина волны – 0,89 мкм, курс лечения – до 8 процедур, ежедневно. В более поздние сроки показаны гальванические полумаски по Бергонье с 0,05%-ным раствором прозерина или 0,02%-ным раствором дибазола. Курс лечения 10–12 процедур.

С 10–12-го дня от начала заболевания до 2–3 месяцев проводят следующие физиотерапевтические процедуры. При отсутствии признаков повышенной электровозбудимости назначают: электрофорез кальция, натрия

салицилата, магния сульфата, калия йодида, прозерина методом полумаски Берганье на пораженную половину лица. Сила тока 1–1,5 А. Продолжительность воздействия 10–15 минут. Курс лечения от 10 до 15 процедур ежедневно.

В отдельных случаях проводят электростимуляцию пораженных мышц и ветвей лицевого нерва. Она проводится точечным электродом. Параметры подбираются индивидуально в зависимости от степени перерождения нерва. По 1–2 минуте на точку 3–5 раз. Суммарная продолжительность процедуры не более 8 минут, ежедневно, на курс 10–20 процедур.

Массаж лица проводят ежедневно, длительность процедуры от 5 до 12 минут на курс лечения от 10 до 20 процедур.

Лечебная физкультура проводится по методу лечение положением – продолжительность до 4–6 часов в день. Мимическая гимнастика включает в себя специальные упражнения для мимических мышц, упражнения для улучшения артикуляции. Упражнения выполняются перед зеркалом, проводятся 2–3 раза в день.

Спустя 2–3 месяца при неполном восстановлении функции мышц целесообразно назначение биостимуляторов (экстракт алоэ, ФИБС и др.), а также лидазы (по 32–64 ЕД внутримышечно через день 10–12 инъекций). Применяют грязевые аппликации на воротниковую зону и пораженную половину лица t 38–40° С, продолжительность 20 минут, курс лечения 10–12 процедур.

При появлении первых признаков контрактур антихолинэстеразные препараты отменяют. ЛФК в этих случаях носит корригирующий характер, массаж включает приемы растяжения мышц. При выраженных контрактурах назначают мидокалм, мидантан, тегретол. Используют рефлексотерапию, грязевые аппликации на воротниковую зону и пораженную половину лица t 38–40° С, продолжительность 20 минут, курс лечения 10–12 процедур.

В отдаленном периоде (спустя 2 года) при стойких остаточных явлениях необходимо оперативное лечение.

Хирургические вмешательства применяют в случаях необратимости лицевого паралича: при ранениях в зоне нерва, сопровождающихся повреждением околоушной железы и ее протока или при ее удалении вместе с фрагментом лицевого нерва, при повреждениях в области сосцевидного отростка, среднего уха или мастоидэктомии, проведенной по поводу его воспалительных заболеваний, наличия инородных тел в зоне нерва, при

переломах височной кости, удалении невриноом слухового или лицевого нерва, отогенных и базальных опухолей, при параличе Белла со сроком заболевания более 6 месяцев и всех параличах давностью более чем 1 год.

Существующие хирургические методы лечения, направленные на коррекцию функциональных и косметических нарушений при лицевых параличах (схема 1 по Клиническому протоколу медицинской помощи пациентам с нейропатией лицевого нерва).

Целью динамических методов коррекции является восстановление синхронных, симметричных и произвольных движений лица. Это наиболее сложные методы и требующие больше времени для достижения окончательных результатов.

Существующее разнообразие методов лечения связано с большим числом вариантов и характером повреждения нерва, а также сроком обращения больных в хирургическую клинику.

В зависимости от выбора метода хирургического лечения, все больные с необратимыми лицевыми параличами могут быть разделены на две основные группы: 1) со сроком заболевания до 1 года, когда мимические мышцы еще сохранены и целью применения методов является их реиннервация; 2) со сроком более чем 1 год, когда мышцы уже атрофированы и необходимо их замещение другими функционирующими мышечными единицами.

Все хирургические методы, которые применяют в первом случае, направлены на восстановление целостности системы лицевого нерва.

Если в течение 6 месяцев медикаментозное лечение паралича Белла не дает эффекта, проводят декомпрессию лицевого нерва путем остеотомии слухового канала.

Невролиз представляет собой освобождение нерва от околоневральных мягкотканых рубцов. Участок сдавления нерва выявляют при его ревизии под оптическим увеличением. Доступ к лицевому нерву осуществляют предушным разрезом, проходящим далее под мочкой уха до бугра сосцевидного отростка. Затем разрез опускается вниз по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы до уровня угла нижней челюсти. Освобождают задний полюс околоушной слюнной железы, хрящевую часть слухового прохода и заднее брюшко двубрюшной мышцы. Пальцем прощупывают сосцевидный отросток височной кости и отверстие лицевого

канала. После выделения основного ствола нерва прослеживают его конечные веточки в толще околоушной железы.

Основными моментами невролиза являются рассечение эпинеурия на уровне повреждения и осмотр нервных пучков под микроскопом с оценкой цвета, формы и консистенции нервной ткани. Операцию ограничивают невролизом в том случае, если интраоперационная электростимуляция показывает сохранность нервной проводимости, признаки патологических изменений нервных тканей отсутствуют.

Если при ревизии нерва обнаруживают нарушение его целостности без потери сегмента нерва, выполняют прямую нейрорафию. Оптимальным сроком для операции считают 20–21-й день после травмы. Рубцовая ткань, нарушенные анатомические соотношения и атрофия нервных элементов могут привести к значительным трудностям на более поздних сроках.

Основным требованием нейрорафии является соединение нервных концов без натяжения. Если после иссечения невромы и освежения нервных концов сближение их не представляется возможным (дефект до 2 см), проводят мобилизацию отрезков нервов или соединяют их более коротким путем.

Нейрорафию проводят способом «конец в конец» нитями 9/0, 10/0 и в зависимости от участка травмы используют разные ее варианты. На уровне основного ствола нерва и средних участках лучше использовать эпинеуральные швы. Дистальные участки соединяют традиционным, или «полярным», способом.

Нейрорафию выполняют с возможно минимальным количеством швов, так как даже вокруг тонких нейлоновых швов наблюдается ответная воспалительная реакция, которая может привести к повторному образованию рубцовой ткани и блоку нервной передачи.

В тех случаях, когда после иссечения невромы образуются дефекты размером от 2 до 7 см, целостность нерва восстанавливают с помощью нервных аутоаутовок. В зависимости от характера дефекта трансплантаты забирают с терминальными ветвями или без них. В качестве донорских используют большой ушной и икроножный нервы. Забор большого ушного нерва проводят путем продления разреза под мочкой уха. Икроножный нерв используют в случае потери большого ушного нерва в резуль-