



СОДЕРЖАНИЕ

Краткие сведения об анатомии лицевого нерва	4
Исследование функций лицевого нерва	7
Нарушения функций лицевого нерва	9
Невропатия лицевого нерва (синдром Белла)	13
Невропатии лицевого нерва при инфекционных заболеваниях	34
Невропатии лицевого нерва при воспалительных заболеваниях уха	39
Невропатии лицевого нерва при демиелинизирующих заболеваниях	41
Невропатии лицевого нерва при черепно-мозговой травме	43
Невропатии лицевого нерва при нарушениях мозгового кровообращения	45
Невропатии лицевого нерва при болезнях соединительной ткани, васкулитах и гранулематозах	46
Невропатии лицевого нерва при опухолях головного мозга	52
Невропатии лицевого нерва при синдромах врожденных пороков развития и наследственных болезнях	54
Дисметаболические невропатии лицевого нерва	60
Невропатии лицевого нерва при порфириях	61
Невропатии лицевого нерва при экзогенных интоксикациях	62
Ятрогенные повреждения лицевого нерва	64
Синдром Россолимо—Мелькерссона—Розенталя	65
Лицевой гемиспазм	69
Невропатии лицевого нерва, обусловленные другими причинами	72
Литература	77



НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Синдром узла коленца (синдром Рамзая Ханта). Другие названия данного синдрома — ганглионит узла коленца, невралгия узла коленца. Заболевание вызывается активацией персистирующего в организме вируса *varicella-zoster*.

Заболевание может протекать в легкой, выраженной и тяжелой формах. В большинстве случаев во время инкубационного периода больные испытывают чувство жжения в области последующего высыпания везикул. Особенно характерным признаком является периодическая либо постоянная боль невралгического характера, локализующаяся глубоко в ухе, которая нередко распространяется на затылок, лицо и шею и, как правило, прекращается после высыпаний. Продолжительность боли — от 1 до 14 дней.

Одной из особенностей синдрома являются высыпания, которые определяются областью иннервации узла коленца (барабанная полость, барабанная перепонка, наружный слуховой проход, ушная раковина, козелок, противокозелок, а также область слуховой трубы, язычок, мягкое нёбо, миндалины, нередко также лицо и волосистая часть головы). Поскольку рядом с узлом коленца проходят двигательные волокна лицевого нерва, синдром включает и симптомы, связанные с нарушением иннервации лицевой мускулатуры. Невропатия лицевого нерва может развиваться либо одновременно с болевым синдромом, либо спустя 1–10 дней.

Кроме нарушения вкуса в области передних $2/3$ языка у больных отмечается гиперестезия, а в дальнейшем — гипестезия в области наружного слухового прохода, передней трети языка и даже всей половины лица. Иногда наблюдается снижение слуха, звон в ушах, горизонтальный нистагм и головокружение.

В отдельных случаях парезов и параличей мимических мышц нет. Отмечаются очень сильная приступообразная боль в ухе, длящаяся несколько секунд, герпетические высыпания и явления гиперестезии в области козелка и передней стенки наружного слухового прохода.

В клинической неврологии выделяют два варианта синдрома Ханта.

Синдром Ханта I. Сочетание опоясывающего герпеса ушной раковины и наружного слухового прохода с невропатией лицевого и преддверно-улиткового нервов диагностируется как синдром Ханта I. Герпетические высыпания локализуются на барабанной перепонке, в области наружного слухового прохода, ушной раковины и передних $2/3$ языка. Синдром Ханта I проявляется болью в ипсилатеральной половине лица, в глубине наружного слухового прохода и в области уха. При осмотре сначала выявляется гиперестезия, а затем — гипестезия в области уха и наружного слухового прохода. Характерны асимметрия лица, сухость глаза, гиперакузия, снижение вкуса на передних $2/3$ языка. Болевой синдром обычно регрессирует в течение нескольких дней после дебюта заболевания. Нарушения функции мимических мышц легкой или умеренной степени могут сохраняться в течение длительного времени.

Синдром Ханта II характеризуется вовлечением чувствительных узлов преддверно-улиткового, языкоглоточного нервов, реже — блуждающего нерва, а также чувствительных узлов и задних корешков II и III шейных нервов. Герпетические высыпания локализуются в области наружного слухового прохода, на задней стенке глотки, мягком нёбе, нёбных миндалинах, волосистой части головы и в областях иннервации II и III шейных нервов. Боль ощущается в ухе, полости рта, затылочной области и шее. При неврологическом осмотре выявляется парез мимических мышц, горизонтальный нистагм, атаксия, снижение слуха. Нарушение слюноотделения проявляется ксеростомией. Характерна гипестезия ипсилатеральной половины языка.

Заболевание узла коленца может длиться несколько недель, но чаще бывает более продолжительным. Прогноз в большинстве случаев благоприятный, хотя встречаются рецидивирующие формы заболевания.

Лечение начинают с назначения внутрь фамцикловира по 0,5 г 3 раза в сутки или валацикловира по 1 г 3 раза в сутки. Курс лечения состав-

ляет 7 дней. Часто приходится прибегать к инъекциям трамадола и в/в введению новокаина. Новокаин вводят также п/к перед наружным слуховым проходом или же с помощью электрофореза.

Эффективны противоэпилептические средства: габапентин внутрь 1,2–3,6 г/сут и прегабалин внутрь 0,15–0,6 г/сут; применяют также нестероидные противовоспалительные средства.

Рекомендуется назначение антидепрессантов, в частности амитриптилина по 0,025 г внутрь 3 раза в сутки или даже 2 мл 1% раствора в/в в сутки.

Среди других методов лечения следует упомянуть втирание мазей и применение пластырей, содержащих местноанестезирующие или раздражающие вещества, такие как капсин, капсаицин.

Используют также ультрафонофорез геля с ибупрофеном, чрескожную электронейростимуляцию, магнитно-лазерную терапию, транскраниальную магнитную стимуляцию.

Понтинная форма полиомиелита. Полиомиелит — острая вирусная болезнь, характеризующаяся поражением двигательных нейронов передних рогов спинного мозга и ядер ствола мозга. Понтинная форма составляет 15–22 % от общего числа паралитических случаев полиомиелита.

Понтинная форма полиомиелита развивается при изолированном поражении двигательного ядра лицевого нерва. Клиническое течение этой формы менее тяжелое. Выявляется полная или частичная утрата мимических движений на одной половине лица. Глазная щель не смыкается (лагофтальм), уголок рта свисает. Каких-либо болевых ощущений, чувствительных расстройств, нарушений слезоотделения не бывает. Понтинная форма полиомиелита чаще, чем другие паралитические формы, протекает без повышения температуры тела, состав cerebrospinalной жидкости остается нормальным. Однако, несмотря на относительно доброкачественность течения, параличи лицевого мускулатуры могут иметь стойкий характер.

При понтинной форме полиомиелита обнаруживаются незначительно выраженные двигательные нарушения в конечностях: легкие пери-

ферические парезы, выявляемые с применением нагрузочных тестов (ходьба на цыпочках), снижение сухожильных и периостальных рефлексов, снижение мышечного тонуса.

Лечение симптоматическое.

Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма) — инфекционная болезнь, вызываемая спирохетами *Borrelia burgdorferi* или *Borrelia garinii*, передающимися человеку при укусе иксодовых клещей. Мигрирующая эритема развивается в течение 2 нед. вокруг места укуса примерно у половины инфицированных, она увеличивается в диаметре в течение нескольких дней, приобретая кольцевидную форму. В течение последующих нескольких недель возникает головная боль и артралгия, которые могут иметь мигрирующий характер. Примерно через 1 мес. после появления мигрирующей эритемы может развиваться серозный менингит, который в большинстве случаев сопровождается невралгией черепных нервов. При краниальной невралгии особенно часто вовлекается лицевой нерв, реже — глазодвигательные, тройничный, зрительный и слуховой нервы. Паралич лицевой мускулатуры в большинстве случаев односторонний; развитие билатерального прозопареза через 8–15 дней с высокой долей вероятности подтверждает боррелиоз.

В эндемичных областях невралгия лицевого нерва возникает при боррелиозе в 25 % случаев. Парез лицевой мускулатуры может развиваться как при серозном менингите, так и при множественной краниальной невралгии. В 8–10 % случаев наблюдают двусторонний прозопарез.

Диагноз следует заподозрить при указании в анамнезе на укус клеща, при возникновении мигрирующей эритемы, мигрирующего артрита. Диагноз подтверждают серологические методы, выявляющие возростание титра антиборрелиозных антител при исследовании парных сывороток крови. В cerebrospinalной жидкости можно обнаружить лимфоцитарный плеоцитоз, повышение белка (от 0,4 до 2 % г/л), повышенный уровень IgG и олигоклональные антитела.

Лечение. Препаратом выбора при нейроборрелиозе в настоящее время считается цефтриаксон, который вводят в дозе 2 г 1 раз в сутки в течение 2–4 нед. Чем раньше начато лечение, тем на более быстрый и

полный эффект можно рассчитывать. В связи с этим в некоторых случаях лечение начинают до получения серологических данных.

Туберкулезный менингит. Клинические проявления туберкулезного менингита чрезвычайно многообразны. Продромальная стадия присутствует в 60 % случаев и обычно длится 2–3 нед. Отмечается апатия, раздражительность, тошнота, абдоминальная боль, небольшое повышение температуры тела. По мере прогрессирования болезни появляются психические изменения, менингеальные симптомы, невропатии черепных нервов (чаще глазодвигательного, отводящего, лицевого, преддверно-улиткового, зрительного), эпилептические припадки.

Мононуклеоз инфекционный — острая инфекционная болезнь, наблюдающаяся преимущественно у детей и лиц молодого возраста, протекающая с лимфаденопатией, симптомами токсикоза, гепатоспленомегалией, ангиной, признаками гепатита и характерными изменениями крови. Описаны случаи менингоэнцефалита, полирадикулоневрита, невропатий черепных нервов.

Паротит эпидемический — острая вирусная болезнь, характеризующаяся преимущественным поражением околоушных слюнных желез. Болезнь начинается с подъема температуры тела (до 38–39 °С), головной боли и болезненной припухлости околоушной слюнной железы. Лицевой нерв поражается не в месте прохождения его через околоушную железу, а вследствие острой инфекционной болезни.

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). К основным церебральным осложнениям СПИДа относят ВИЧ-энцефалопатию, криптококковый менингит, токсоплазмозный энцефалит, прогрессирующую мультифокальную лейкоэнцефалопатию, цитомегаловирусный менингоэнцефалит, герпетический энцефалит, первичную лимфому головного мозга. Невропатия лицевого нерва возникает у 4 % больных СПИДом. Она проявляется остро или подостро и нередко завершается спонтанной ремиссией, но рецидивирует.

Невропатия лицевого нерва может быть связана как с ВИЧ-инфекцией, так и с оппортунистическими инфекциями и опухолями.



НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УХА

Невропатия лицевого нерва наблюдается в 2–3 % случаев воспаления среднего уха.

Наиболее частой причиной паралича лицевой мускулатуры при остром среднем отите бывает отек рыхлой соединительной ткани, окружающей нерв, и последующее сдавление его в костном канале.

Прозопарез при хроническом гнойном среднем отите является следствием перехода воспалительного процесса на стенки канала лицевого нерва.

Отогенные невропатии лицевого нерва, как правило, протекают тяжело. Неблагоприятный прогноз наблюдается примерно в половине случаев. Часто на фоне остаточного прозопареза различной степени выраженности развиваются контрактуры лицевых мышц, сопровождающиеся патологическими синкинезиями и гиперкинезами.

Мастоидит — воспаление ячеек сосцевидного отростка, костных перекладин между ними и, иногда, компактного вещества. Мастоидит — основное осложнение гнойного воспаления среднего уха. Началом мастоидита считается вовлечение в воспалительный процесс костной ткани отростка и нарушение его структуры. Определенное влияние на распространение гнойного процесса в сосцевидном отростке оказывает степень пневматизации височной кости. В хорошо пневматизированном отростке тонкие костные перекладины между ячейками обычно легко разрушаются под воздействием гнойного процесса, и гной нередко прорывается под надкостницу (субпериостальный абсцесс). Иногда мастоидит развивается без предшествующего заболевания барабанной полости. Это наблюдается при травмах сосцевидного отростка. В редких случаях инфекция проникает в сосцевидный отросток гематогенным путем (сепсис, сифилис, туберкулез).

Наиболее частые симптомы мастоидита: боль в области сосцевидного отростка, постоянная или при надавливании на него; припухание и пастозность кожи над сосцевидным отростком; субпериостальный абсцесс, образующийся вследствие прорыва гноя из сосцевидных ячеек на его поверхность под мягкие ткани. К осложнениям мастоидита относятся нарушение слуха, лабиринтит с резко выраженным головокружением, невропатия лицевого нерва, менингит, тромбофлебит сигмовидного синуса. Классическим методом рентгенологического исследования сосцевидного отростка является рентгенография височной кости в боковой проекции (по Шюллеру) и рентгенография сосцевидного отростка в косой проекции (по Стенверсу).



НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Рассеянный склероз — хроническое прогрессирующее заболевание, для которого характерно образование множественных рассеянных очагов демиелинизации в головном и спинном мозге. В ряде случаев заболевание проявляется невропатией черепных нервов, причем особенно часто в патологический процесс вовлекается зрительный нерв, в результате чего отмечаются ретробульбарный неврит и скотомы; реже вовлекается отводящий нерв, еще реже — глазодвигательный, что проявляется диплопией. В начале заболевания возможно поражение лицевого нерва.

Острое развитие невропатии лицевого нерва наблюдается в 4–19 % случаев. Очаг демиелинизации чаще локализуется во внутреннем колене лицевого нерва. У большинства больных отмечают спонтанное и полное функциональное восстановление.

Синдром Гийена—Барре — острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия аутоиммунной этиологии, характеризующаяся периферическими параличами и, в большинстве случаев, белково-клеточной диссоциацией в цереброспинальной жидкости. Невропатии черепных нервов выявляют у большинства больных. Как правило, наблюдают невропатии лицевого (в 60 % случаев, двусторонние — в 12 % случаев), языкоглоточного и блуждающего нервов, что проявляется парезом лицевой мускулатуры и бульбарными нарушениями. Примерно у 5 % пациентов болезнь начинается с вовлечения крапильной мускулатуры, но затем в подавляющем большинстве случаев процесс распространяется и на мышцы конечностей. При электронной миографии выявляется снижение амплитуды М-ответа при наличии признаков демиелинизации нервных волокон (снижение скорости проведения по двигательным нервам более чем на 10 %, удлинение дистальной латенции или латенции F-волны, снижение скорости проведения по сенсорным волокнам, частичные блоки проведения).