ГОУВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Зав. кафедрой:проф. Александров М.В.

Преподаватель: Топузова М.П.

Куратор: студ. 416 группы Рой А.С.

Срок курации: 19.03.12-21.03.12

Академическая история болезни

Больная:

Диагноз: Компрессионная ишемическая невропатия правого лицевого нерва

Санкт-Петербург

2012

Паспортная часть

Ф.И.О.:

Возраст: 21 (06.08.1990)

Домашний адрес: Санкт-Петербург,

Место работы, профессия, должность: СПбГПМА , студентка, 4 курс

Дата поступления: 28.02.2012г.

Жалобы

На момент осмотра предъявляет жалобы на ограничение подвижности в правой половине лица, а так же на правостороннюю асимметрию лица.

На момент поступления жалобы на асимметрию лица и слабость мимической мускулатуры справа, нарушения речи, выливание жидкой пищи через ротовую щель справа.

По другим органам и системам жалоб не предъявляет.

Анамнез настоящего заболевания

Считает себя больной с 26.02.12 года, когда на фоне острого тонзиллита отметила появление слабости мимических мышц в области рта справа, нарушения речи. Симптоматика нарастала в течение суток в связи с чем пациентка 28.02.12 обратилась в консультативно-диагностический центр больницы Петра Великого, откуда в плановом порядке (28.02.12) была госпитализирована на неврологическое отделение Больницы Петра Великого. До настоящей госпитализации к специалистам не обращалась, тонзиллит самостоятельно лечила антибиотиками (название лекарства не помнит).

Общий анамнез

Краткие биографические данные:

Родилась 6.08.12 года в городе Санкт-Петербурге. Единственный ребенок в семье.

Росла и развивалась в соответствии с возрастом, от сверстников в физическом и умственном развитии не отставала. Пошла в школу в 7 лет. Закончила 11 классов. В данный момент студентка 4 курса СПбГПМА. Образование: незаконченное высшее.

Профессиональный анамнез

Не работает. Профессиональные вредности отрицает.

Жилищный анамнез

Материальное положение и бытовые условия оценивает как удовлетворительные. Гигиенический режим соблюдает. Питание полноценное, регулярное, 3-4 раза в день.

Перенесенные заболевания

Детские инфекции отрицает. Простудные заболевания редко. Операция: в 2005 году резекция правого яичника по поводу тератомы.

Привычные интоксикации: алкоголь, курение отрицает, употребление наркотиков отрицает.

Семейный анамнез и данные наследственности

Наследственный анамнез не отягощен.

Гинекологический анамнез

Менструации с 13 лет продолжительностью 5 дней, безболезненные обильные. Гинекологические заболевания отрицает. Гормональные контрацептивы не принимает. Посещение гинеколога 2 месяца назад - без патологий.

Аллергологический анамнез

Аллергические реакции на пищевые продукты, бытовую химию, лекарственные препараты отрицает.

Эпиданамнез

Инфекционный гепатит, туберкулез, малярию, тифы, кишечные инфекции, венерические заболевания, СПИД, контакт с инфекционными больными, инъекции, гемотрансфузии отрицает. За последние 6 месяцев за пределы Ленинградской области и за 5 лет из страны не выезжала. Стоматолога посещала летом 2011г. Прививки по возрасту. Последняя ФЛГ 28.02.12г. без патологии.

Страховой анамнез: больничный лист с 28.02.2012.

Общесоматический статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное. Телосложение правильное, конституция нормостеническая, питание нормальное. Кожные покровы нормальной окраски, видимые слизистые нормальной окраски, цианоза нет, отеков, пастозности нет. Лимфатические узлы не увеличены, щитовидная железа не увеличена. Видимых изменений костно-мышечной системы нет.

Сердечно-сосудистая система: ЧСС 76 ударов в минуту, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 120/80 мм рт./ст. Верхушечный толчок пальпируется в 5 медреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, патологической пульсации нет. Границы сердца не увеличены, сердечные тоны нормальной звучности, ритмичные. Патологических шумов нет.

Система органов дыхания: ЧДД 18 дых.движ. в минуту. При перкусии над всей поверхностью легких звук ясный легочный. При сравнительной перкусии звук над всей поверхностью легких одинаковый. При аускультации выслушивается дыхание везикулярное. Хрипы отсутствуют, шума трения плевры нет.

Система органов пищеварения: Язык влажный, без налета. живот правильной формы, мягкий, при пальпации безболезненный, печень не выступает из-под края реберной дуги.

Мочевыделительная система: Почки не пальпируются. Поколачивание по пояснице безболезненное с обех сторон. Мочеиспускание свободное, диурез обычный.

Психический статус

Сознаие ясное, ориентирована, адекватна. Память и внимание не изменены. К своему состоянию относится адекватно. Поведение при обследовании нормальное.

Неврологический статус

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ НЕРВЫ:пара - обонятельный нерв (n. olfactorius): обоняние сохранено D=S. Гипер-, гипо-, ан-, дизосмия отсутствует. Обонятельных галюцинаций не отмечается.пара - зрительный нерв (n. opticus): острота зрения: Visus OD=1 OS=1

Ориентировочным методом зрительные поля не ограничены. Изменений цветоощущения нет., IV, VI пары - глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы (nn. oculomotorius, trochlearis et abducens): глазные щели одинковые,не изменены, зрачки круглые c ровными краями, нормальной величины с обеих сторон, D=S. Реакция зрачков на свет- прямая: живая, равная, D=S; содружественная: живая, равная, D=S. Реакция зрачков на конвергенцию с аккомодацией живая, равная, D=S. Диплопия отсутствует. Симптом Арджиль-Робертсона (отсутствие реакции на свет при сохранившейся реакции на аккомодацию )и симптомокомплекс Горнера (сужение зрачка, сужение глазной щели, западение глазного яблока) не выявляется. Объем движений глазных яблок полный, D=S. косоглазие, нистагм, птоз не определяются.пара - тройничный нерв (n. trigeminus): пальпация в точках выхода тройничного нерва безболезненна, чувствительность на обеих половинах лица и передней трети головы сохранена, D=S. Корнеальный (рефлекс смыкания век при легком прикосновении (мягкой бумажкой или ватой) к роговице глаза.) и конъюнктивальный рефлексы (Рефлекторное закрытие века в ответ на стимуляцию конъюнктивы) живые, равные, D=S. Жевание осуществляется в полном объеме, ограничение движения нижней челюсти не определяется. Вкус на симметричных половинах передних двух третях языка сохранен.пара - лицевой нерв (n. facialis): на пораженной стороне справа: сглаженность носогубной складки и усиление асимметрии при надувании щек и оскаливании зубов (опущение правого угла рта) и асимметрия лобных складок при поднимании бровей и при наморщивании лба. Симптом ресниц справа (отсутствие погружения ресниц в кожную складку века при зажмуривании глаза). Надбровный рефлекс ( смыкание век в ответ на удар молоточком по краю надбровной дуги) отсутствует справа. Феномен Белла (При попытке закрыть глаз веки на стороне поражения лицевого нерва не смыкаются, глазное яблоко остается неприкрытым и видно его отклонение вверх и кнаружи) отсутствует. Симптом паруса (При надувании щёк воздух выходит через парализованный угол рта, щека на той же стороне «парусит») отсутствует.пара - слуховой и вестибулярный нервы (n. vestibulocochlearis): отсутствуют жалобы на звон и шум в ушах. Резких снижений слуха не отмечала, ототоксичные антибиотики не принимала, воспалительные заболевания ушей отрицает. Острота слуха не снижена (острота слуха для шепотной речи слева и справа составляет 6 м., D=S; для разговорной 25 м. для левого и правого уха, D=S), гипакузия, акузия отсутствуют.

Вестибулярная система: головокружение в покое и при движении отсутствует. Нистагм не отмечается. Жалоб на тошноту и рвоту нет. В позе Ромберга (положение стоя со сдвинутыми ногами, с закрытыми глазами и вытянутыми вперёд руками.

Выявляет неспособность сохранить равновесие <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D1%81%D0%B8%D0%B5> (пошатывание или падение)

) устойчива, головокружения нет. Камертонные пробы Вебера (вибрирующий камертон помещают на середину темени больного. Если снижение слуха обусловлено нарушением проведения звука, больной будет слышать камертон лучше на поражённой стороне. При поражении внутреннего уха камертон лучше слышен на здоровой стороне.), Ринне (предоставляет информацию о том, проводится ли звук лучше через кость или через воздух. Вибрирующий камертон ставят на сосцевидный отросток. Когда больной перестаёт его слышать, камертон помещают перед ухом исследуемого, чтобы определить, слышен ли тон камертона в этом положении. Камертон слышен, если ухо пациента здорово - позитивная проба Ринне. Если же имеется патология среднего уха, то больной слышит тон камертона через кость дольше чем через воздух - негативная проба Ринне.) не изменены.и Х пара - языкоглоточный, блуждающий нервы (nn. glossopharyngeus et vagus): глотание не затруднено, выливание жидкой пищи через нос отсутствует, дисфагия отсутствует. Фонация сохранена. Вкус на задней трети языка сохранен, глоточный (прикосновение шпателя к задней стенке глотки приводит к кашлевому и рвотному движению в норме присутствует,симметричен) и небный рефлексы (прикосновение к мягкому небу вызывает поднятие мягкого неба и язычка)живые и равные. Мягкое небо в тонусе, не свисает; язычок симметричен, расположен по центру. Нарушений дыхания, деятельности желудочно-кишечного тракта, приступов сердцебиения и нарушений сердечного ритма не выявлено.пара - добавочный нерв (n. accesorius): поднятие плеч, сведение лопаток, поворот головы в стороны выполняется в полном объеме, одинаково с обеих сторон, D=S. Сила мышц справа и слева 5 баллов, D=S.пара - подъязычный нерв (n. hypoglossus): Язык расположен во рту и при высовывании по средней линии. Атрофия и фасцикулярные, фибриллярные подергивания мышц языка отсутствуют. Дизартрии, анартрии не отмечается.

Вывод: парез лицевого нерва (VII пара) справа.

Двигательные функции

Походка: обычная. Активные движения: объем и скорость сохранены, мышечная сила удовлетворительная. Мышечные атрофии, фибриллярные и фасцикулярные подергивания отсутствуют. Пассивные движения в верхних и нижних конечностях в полном объеме. Гиперкинезы отсутствуют. Рефлексы: сгибательно-локтевой (С5-С6, сгибание предплечья при ударе молоточком по сухожилию двуглавой мышцы плеча), разгибательно-локтевой (С6-С7, разгибание предплечья при ударе молоточком по сухожилию трехглавой мышцы), карпорадиальный рефлекс (С5-С6, пронация и сгибание предплечья, при ударе молоточком по шиловидному отростку лучевой кости), коленный рефлекс ( L2-L4, разгибание голени в коленном суставе при ударе по сухожилию четырёхглавой мышцы бедра) и рефлекс с ахиллова сухожилия (L5-S2, подошвенное сгибание стопы в результате сокращения трёхглавой мышцы голени в ответ на удар по пяточному (ахиллову) сухожилию), брюшные (-верхний (Th7-Th9) -средний (Th8-Th10) -нижний (Th11-Th12) это сокращение брюшных мышц при легком раздражении кожи передней брюшной стенки), подошвенный (L5-S2, рефлекс, возникающий при проведении каким либо тупым предметом вдоль наружного края подошвы в направлении от пятки к мизинцу. Нормальная сгибательная реакция характеризуется подошвенным сгибанием пальцев стопы) живые, симметричные, D=S. Клонус коленных чашечек и стоп отсутствует.

Патологические рефлексы: рефлексы орального автоматизма - назолабиальный (М.И. Аствацатурова, сокращение круговой мышцы рта (сосательное движение) при легком постукивании у основания носа), хоботковый (выпячивание губ при поколачивании по верхней губе), сосательный, ладонно-подбородочный (Маринеску-Родовичи, сокращение подбородочной мышцы со смещением кожи подбородка кверху при штриховом раздражении кожи в области возвышения I пальца кисти на той же стороне) отсутствуют. Патологические стопные рефлексы: Бабинского (разгибание I пальца стопы при штриховом раздражении кожи наружного края подошвы), Оппенгейма (разгибание I пальца стопы при проведении пальцами по гребню большеберцовой кости вниз к голеностопному суставу), Гордона (разгибание I пальца стопы и веерообразное расхождение других пальцев при сдавлении икроножных мышц), Шеффера (разгибание большого пальца стопы при сдавлении пяточного (ахиллова) сухожилия), Россолимо (сгибание пальцев стопы (нижний рефлекс Россолимо) или кисти (верхний рефлекс Россолимо) при быстром касательном ударе по подушечкам пальцев), Бехтерева (сгибание пальцев стопы при ударе неврологическим молоточком по подошвенной поверхности стопы), Жуковского (сгибание пальцев стопы при ударе неврологическим молоточком по её подошвенной поверхности непосредственно под пальцами) отсутствуют.

Патологические синкинезии не выявлены.

Координация движений: пальценосовая (попытка больного с закрытыми глазами коснуться указательным пальцем кончика носа), указательная (больному необходимо попасть указательным пальцем в палец вытянутой руки врача) и коленопяточная (больному необходимо попасть пяткой одной ноги по согнутому коленному суставу второй ноги и ровно провести пяткой по передней поверхности голени вниз) проба выполняются удовлетворительно без затруднений обеими конечностями.

Дисметрия и гиперметрия, интенционный тремор отсутствуют, при выполнении пробы на диадохокинез движения рук содружественны. В позе Ромберга (положение стоя со сдвинутыми ногами, с закрытыми глазами и вытянутыми вперёд руками) и при ходьбе устойчивость сохранена.

Скандированная речь отсутствует.

Вывод: при исследовании двигательных функций отклонений не выявлено.

Чувствительная сфера

Боли и парестезии отсутствуют. Болезненность при пальпации по ходу нервных стволов отсутствует. Симптомы натяжения (Ласега - появление боли в пояснице и вдоль седалищного нерва у лежащего на спине больного при поднимании выпрямленной ноги, Вассермана - появление резкой боли в паховой области и по передней поверхности бедра у лежащего на животе больного при поднимании ноги, разогнутой в коленном суставе, Нери - появление боли в поясничной области при пассивном сгибании головы больного, лежащего на спине с выпрямленными ногами) отсутствуют. Антальгических поз не наблюдается. Расстройств болевой, температурной, тактильной, суставно-мышечной и вибрационной чувствительности не выявлено. Астереогноза не наблюдается.

Вывод: при исследовании чувствительно сферы отклонений не выявлено.

Менингеальные симптомы:

Ригидность затылочных мышц не выявлена, симптом Кернига (невозможность пассивного разгибания ноги, предварительно согнутой под прямым углом в тазобедренном и коленном суставах), симптом Брудзинского (непроизвольное сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах при пассивном сгибании головы больного, лежащего на спине) (затылочный, лобковый, контрлатеральный), Гордона (при сдавливании икроножной мышцы - рефлекторное разгибание большого пальца стопы), Гийена (сгибание и подтягивание ноги к животу при сдавлении четырехглавой мышцы другой ноги) отрицательны с обеих сторон. Брадикардия, светобоязнь, рвота отсутствуют.

Вывод: менингеальные симптомы отсутствуют.

Вегетативная нервная система

Акроцианоз, асфиксия, изменения температуры кожи, неврогенный отек, изменение пульсации артерий стоп, гипертрихоз, изменение потоотделения, пролежни, трофические язвы при обследовании не выявлены. Дермаграфизм розовый, быстро проходящий. Пиломоторный рефлекс (сокращение мышц, поднимающих волосы, при механическом или термическом раздражении рецепторов кожи) сохранен справа и слева.

Вегетативные пробы: глазо-сердечный рефлекс Ашнера (замедление сердечных сокращений и падение артериального давления при надавливании на боковую поверхность глазного яблока), шейный рефлекс Чермака (замедление пульса на 8-10 ударов в 1 мин. при сдавлении шеи под нижней челюстью в местах прохождения блуждающих нервов), эпигастральный рефлекс Тома-Ру (замедление пульса и снижение артериального давления при надавливании на брюшную стенку между пупком и мечевидным отростком) сохранены удовлетворительно.

Тазовые органы: нарушений физиологических отправлений нет, задержка и недержание мочи и кала, императивные позывы отсутствуют.

Вывод: При исследовании вегетативных функций патологических изменений не выявлено.

Исследование высших корковых функций

Понимание смысла обычных слов, улавливание умышленно измененных слов, понимание смысла целых фраз, выполнение указаний, понимание пословиц и метафор, смысловых отношений сохранено.

Имрессивная речь: сенсорная афазия (отсутствие понимания речи), семантическая афазия (отсутствие пространственного синтеза), амнестическая афазия (нарушение способности называть знакомые предметы и охарактеризовать их) отсутствуют.

Экспрессивная речь: афферентная моторная афазия (нарушение произнесения отдельных звуков), эфферентная моторная афазия (затруднение произнесения отдельных звуков либо фраз или повторения слов и фраз - персеверация) отсутствуют.

Письмо. Аграфия (нарушение способности писать правильно при списывании, письме под диктовку, автоматизированном письме) отсутствует.

Чтение. Алексия (расстройство чтения слов, коротких и длинных фраз, пересказывания прочитанного) отсутствует.

Арифметический счет. Акалькулия (нарушение способности производить простые арифметические действия, автоматизированного счета) отсутствует.

Праксис. Апраксия позы и оральная апраксия (затруднение воспроизведения движений по заданному образцу), динамическая апраксия (затруднение выполнения серии движений), пространственная апраксия (нарушение движений и действий в пространстве), конструктивная апраксия (затруднение построения геометрических фигур), лобная апраксия (нарушение программы действий и контроля их результата) отсутствуют. Выполнение повседневных действий (одевание, умывание) без изменений.

Гнозис. Зрительная агнозия (нарушение узнавания зрительных образов), слуховая агнозия (нарушение узнавания предметных звуков), обонятельная агнозия (нарушение распознавания запахов), вкусовая агнозия (нарушение распознавания знакомых вкусов) отсутствуют.

Вывод: при исследовании высших корковых функций отклонений от нормы не выявлено.

Параклинические ислледования и консультации специлистов

Клинический анализ крови от 07.03.2012 г.

Нв -135 г/л

Эритроциты - 4,3 х1012/л

Лейкоциты - 6,9 х109/л

Эозинофилы - 3 %

Палочкоядерные - 3 %

Сегментоядерные - 71 %

Лимфоциты - 21 %

Моноциты - 5 %

Тромбоциты - 200 х109/л

СОЭ - 5 мм/ч

Заключение: отклонений от нормы не выявлено.

Биохимический анализ крови от 07.03.2012 г.

АСТ -10 ед/л

АЛТ - 13 ед/л

Билирубин общий - 14 мкмоль/л

Сахар - 4,5 ммоль/л

Заключение: отклонений от нормы не выявлено.

ЭКГ от 07.03.2012 г.

Ритм синусовый

ЧСС 63 уд./мин.R 0,94 сQ 0,14 с 0,06 с 0,34 с

Заключение: ГЛЖ. Умеренная систолическая нагрузка на левый желудочек. Нарушение процесса реполяризации в области нижней стенки левого желудочка.от 29.02.2012 отрицательна.

Исследование на АнтиHCV и HBsAG отрицательно (от 28.02.2012).

Общее исследование мочи (от 29.02.12)

Цвет - соломенно-желтый, прозрачная

рН - 5,0

Глюкоза, белок, эритроциты, кетоновые тела отсутствуют.

Заключение: отклонений от нормы не выявлено.

На момент обследования пациенткой было пройдено 7 сеансов ГБО, 5 сеансов УВЧ-терапии и 4 сеанса ПУФ-терапии.

Вывод: по данным параклинических исследований у пациентки на экг выявлена гипертрофия левого желудочка, нарушение процесса реполяризации в области нижней стенки левого желудочка.

Рекомендуется: провести электронейромиографию с целью изучения прохождения импульса по лицевому нерву и установления генеза ( центрального и периферического) страданиянерва.

Также необходимо сделать КТ или МРТ для оценки костной части лицевого канала на предмет врожденного сужения.

Топический диагноз и его обоснование

подвижность лицо асимметрия нерв

На основании жалоб пациентки при поступлении на асимметрию лица и слабость мимической мускулатуры справа, нарушения речи, выливание жидкой пищи через ротовую щель справа; жалоб пациентки на момент осмотра на ограничение подвижности в правой половине лица, а так же на правостороннюю асимметрию лица; данных из анамнеза о предшествующем остром тонзиллите, который пациентка лечила самостоятельно антибиотиками (какими не помнит), к врачам не обращалась; выявленного при изучении неврологического статуса пациентки пареза лицевого нерва справа (VII пара), о чем свидетельствует: на пораженной стороне справа сглаженность носогубной складки и усиление асимметрии при надувании щек и оскаливании зубов (опущение правого угла рта) и асимметрия лобных складок при поднимании бровей и при наморщивании лба, симптом ресниц справа (отсутствие погружения ресниц в кожную складку века при зажмуривании глаза), надбровный рефлекс ( смыкание век в ответ на удар молоточком по краю надбровной дуги) отсутствует справа; топическим диагнозом пациентки является невропатия лицевого нерва (VII пара) справа. Локализацией поражения является место выхода нерва из лицевого канала височной кости, так как у пациентки имеются только двигательные нарушения и отсутствуют симптомы поражения других возможных локализаций поражения.

Анатомо-физиологические условия, которые представляют ход лицевого нерва, дают возможность по клинической картине и, соответственно, по признакам выявляемым при неврологическом осмотре, очень точно диагностировать место, где произошёл перерыв проводимости этих систем:

Повреждение лицевого нерва в пирамиде височной кости

 Проксимально относительно барабанной струны (лат. <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA> chorda tympani) - периферический паралич лицевого нерва, отсутствие вкусовой чувствительности на передних 2/3 языка <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AF%D0%B7%D1%8B%D0%BA>, сухость во рту за счёт расстройства секреции подчелюстной и подъязычной слюнных желёз.

 Проксимально относительно стременного нерва (лат. <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA> n.stapedius) - периферический паралич лицевого нерва, отсутствие вкусовой чувствительности на передних 2/3 языка, сухость во рту за счёт расстройства секреции подчелюстной и подъязычной слюнных желёз, гиперакузия <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%83%D0%B7%D0%B8%D1%8F> - ненормально тонкий слух и особенная чувствительность к низким тонам

 Проксимально относительно большого каменистого нерва (лат. <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA> n.petrosus major) - периферический паралич лицевого нерва, отсутствие вкусовой чувствительности на передних 2/3 языка, сухость во рту за счёт расстройства секреции подчелюстной и подъязычной слюнных желёз; часто нервная глухота вследствие сочетанного повреждения преддверно-улиткового нерва <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B4%D0%B2%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%BE-%D1%83%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B9\_%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B2> лат. <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA> n.vestibulocochlearis; только когда она отсутствует - гиперакузия; отсутствие слёзоотделения - ксерофтальмия.

#### Повреждение лицевого нерва в полости черепа

Вышеперечисленные симптомы. Нередко двусторонний паралич лицевого нерва (базальный менингит). В большинстве случаев также поражаются другие нервы, а также имеются общемозговые симптомы.

Повреждение ядра лицевого нерва

Клинически поражения ядра лицевого нерва проявляется его периферическим параличом. Так как патологические процессы редко изолированно затрагивают только ядро лицевого нерва, то выделяют следующие синдромы

 Синдром Мийяра-Гюблера, состоящий из сочетания признаков периферического паралича лицевого нерва на стороне патологического очага, обусловленных поражением ядра или корешка лицевого нерва, и центрального гемипаралича или гемипареза на противоположной патологическому очагу стороне, возникшего в связи с поражением пирамидных путей

 Синдром Фовилля, проявляющийся параличом мышц, иннервируемых лицевым и отводящим нервами <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%82%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D1%8F%D1%89%D0%B8%D0%B9\_%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B2> на стороне патологического очага, и центральным гемипараличом или гемипарезом, а иногда и гемианестезией или гемигипестезией на противоположной стороне.

 Синдром каудальных отделов покрышки моста. Симптоматика - ипсилатеральный ядерный паралич лицевого и отводящего нервов; нистагм <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B3%D0%BC> (вследствие поражения медиального продольного пучка); паралич взора в сторону очага поражения; ипсилатеральная гемиатаксия и асинергия (вследствие поражения средней мозжечковой ножки); контралатеральная анальгезия <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%B3%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D1%8F> и терманестезия (вследствие поражения латерального спиноталамического пути); гипестезия тактильной, вибрационной, чувствительности, чувства положения (вследствие поражения медиальной петли); ипсилатеральные миоритмии мягкого нёба <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D1%8F%D0%B3%D0%BA%D0%BE%D0%B5\_%D0%BD%D1%91%D0%B1%D0%BE> и глотки <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BB%D0%BE%D1%82%D0%BA%D0%B0> (вследствие поражения центрального покрышечного пути).

### Центральный паралич лицевого нерва

При локализации патологического очага в коре мозга или по ходу кортико-нуклеарных путей, имеющих отношение к системе лицевого нерва, развивается центральный паралич лицевого нерва. При этом центральный паралич или чаще парез <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B5%D0%B7> развивается на стороне, противоположной патологическому очагу, лишь в мышцах нижней части лица, иннервация которых обеспечивается через посредство нижней части ядра лицевого нерва. Парез <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B5%D0%B7> мимических мышц по центральному типу обычно сочетается с гемипарезом.

При сугубо ограниченном очаге в корковой проекционной зоне лицевого нерва отставание угла рта на противоположной половине лица по отношению к патологическому очагу констатируется лишь при произвольном оскале зубов. Эта асимметрия полностью нивелируется при эмоционально-выразительных реакциях (при смехе <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BC%D0%B5%D1%85> и плаче <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BB%D0%B0%D1%87>), ибо рефлекторное кольцо этих реакций замыкается на уровне лимбико-подкорково-ретикулярного комплекса. В связи с этим несмотря на существование надъядерного паралича, мускулатура лица способна на непроизвольные движения в виде клонического тика, или тонического лицевого спазма, поскольку сохраняются связи лицевого нерва с экстрапирамидной системой.

Топический диагноз: невропатия лицевого нерва в месте выхода из лицевого канала височной кости.

Клинический диагноз и его обоснование

На основании жалоб пациентки при поступлении на асимметрию лица и слабость мимической мускулатуры справа, нарушения речи, выливание жидкой пищи через ротовую щель справа; жалоб пациентки на момент осмотра на ограничение подвижности в правой половине лица, а так же на правостороннюю асимметрию лица; данных из анамнеза о предшествующем остром тонзиллите, который пациентка лечила самостоятельно антибиотиками (какими не помнит), к врачам не обращалась; выявленного при изучении неврологического статуса пациентки пареза лицевого нерва справа (VII пара), о чем свидетельствует: на пораженной стороне справа сглаженность носогубной складки и усиление асимметрии при надувании щек и оскаливании зубов (опущение правого угла рта) и асимметрия лобных складок при поднимании бровей и при наморщивании лба, симптом ресниц справа (отсутствие погружения ресниц в кожную складку века при зажмуривании глаза), надбровный рефлекс ( смыкание век в ответ на удар молоточком по краю надбровной дуги) отсутствует справа; обоснованного выше топического диагноза: невропатия лицевого нерва справа в месте выхода из лицевого канала височной кости ( отсутствуют признаки поражения лицевого нерва выше указанного места) наиболее вероятный клинический диагноз пациентки это компрессионная ишемическая невропатия правого лицевого нерва. В данном конкретном случае из анамнеза известно, что пациентка перенесла острый тонзиллит накануне развития неврологических симптомов, который лечила самостоятельно антибиотиками, к врачам не обращалась, отсюда следует наиболее вероятная причина развития невропатии лицевого нерва именно в этой локализации - отек. Любая острая инфекция приводит к воспалительным изменениям и создает отек, который в данном случае послужил причиной компрессии лицевого нерва в самом узком месте его прохождения, в месте выхода через отверстие лицевого канала височной кости, а так же компрессии сосудов, кровоснабжающих нерв, что поспособствовало ишемическим изменениям со стороны лицевого нерва в добавок к уже имеющейся компрессии.

Дифференциальный диагноз следует проводить с невриномой слухового нерва (VIII пара) справа. Это доброкачественная опухоль <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%87%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_%D0%BE%D0%BF%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BB%D1%8C>, растущая из шванновских клеток <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5\_%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BA%D0%B8> слухового нерва <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B4%D0%B2%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%BE-%D1%83%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B9\_%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B2>. В пользу данного заболевания свидетельствует тот факт, что именно раннее появление периферического пареза лицевого нерва наблюдается при данных невриномах, располагающихся во внутреннем слуховом проходе. Растущая опухоль встречает сопротивление костей слухового канала, что приводит к усиленному давлению на лицевой нерв. Клинически это сопровождается появлением пареза, потерей вкуса на передних двух третях языка и расстройствами слюноотделения.

В то же время данная патология так же как правило сопровождается головокружением, снижением слуха на пораженной стороне с явлениями раздражения в виде звона в ушах, треска, свиста в ухе, также поражением 5,6,9,10,12 пар черепных нервов. Эти симптомы у пациентки отсутствуют ( так же как и потеря вкуса на передних двух третях языка и расстройства слюноотделения) согласно неврологическому осмотру, жалобам, клинической картине, анамнезу, что исключает возможность наличия у пациентки невриномы слухового нерва (VIII пара) справа.

Дифференциальный диагноз так же можно провести с альтернирующими симптомами поражения Варолиева моста мозга,а именно с синдром Мийяра-Гублера.

Для синдрома Мийяра-Гублера характерно поражения лицевого нерва периферического типа, что присутствует у пациентки. Так же данный синдром клинически характеризуется гемипарезом или гемиплегией по центральному типу на противоположной стороне. Характерно сходящееся косоглазие за счет глаза на стороне поражения. Этих клинический проявлений у больной нет.

Этиологическим фактором синдрома являются атеросклероз, стеноз, окклюзия или небольшое кровоизлияние в бассейне одной из ветвей основной артерии, нейросифилис, реже - опухоли или воспалительные процессы. В силу возраста данная этиология маловероятна, что в сочетании с характерной клинической картиной отвергает возможность наличия у пациентки синдрома Мийяра-Гублера.

Клинический диагноз: компрессионная ишемическая невропатия лицевого нерва.

Этиология, патогенез, патологическая анатомия настоящего заболевания.

По этиологии выделяют различные виды поражений лицевого нерва:

. идиопатическая невропатия (паралич Белла) - наиболее частая (75%) форма, при которой точно установить этиологический фактор не удается; для этой формы характерны сезонность, развитие заболевания после охлаждения и простудные заболевания;

. отогенная невропатия составляет до 15% поражений лицевого нерва; наиболее часто ствол лицевого нерва повреждается при хронических воспалительных заболеваниях среднего уха и во время хирургических вмешательств (санирующие операции, мастоидотомия и др.);

. особое место занимают повреждения лицевого нерва при травмах черепа и головного мозга с переломом основания черепа, при ранениях и закрытых повреждениях шеи и лица; 4. инфекционная невропатия - наиболее редкая (10%) форма поражения лицевого нерва, встречающаяся при поражении вирусом Herpes zoster (синдром Ханта), вирусом полиомиелита, гриппа, паротита и др.

Причинами возникновения неврита лицевого нерва могут быть переохлаждение, интоксикации, инфекции, (ангина, грипп, отит, парадонтит и др.), или травмы (переломы и трещины пирамидки височной кости). Нередко лицевой нерв поражается при оболочечных процессах (лептоменингит) и опухолях основания черепа.

Основным в патогенезе пареза лицевого нерва в настоящее время считаются отек и ишемия. Так, при остром среднем отите он возникает в результате инфицирования ствола нерва и объясняется развитием токсического неврита с отеком рыхлой соединительной ткани, окружающей нерв, и последующим его сдавленней в костном канале лицевого нерва. Определенную роль в развитии неврита играют также прогрессирующий остеит перифациальных клеток, сосудистые дисциркуляторные нарушения в этой зоне, а также дегисценции в костной стенке.

Парез или паралич лицевого нерва при остром среднем отите чаще возникает на 5-7-й день заболевания.

Существует еще одна, не столь уж редкая причина невропатии лицевого нерва, связанная с травмой во время радикальной операции на ухе. Причиной развития пареза может быть сдавление, связанное с местной анестезией, тугой тампонадой во время перевязок.

Патологическая анатомия: Нарушение электропроводности нерва, связанное с его демиелинизацией, принято назвать миелинопатией, а нарушение его транспортно-трофической функции, обусловленное расстройством тока аксоплазмы - аксонопатией.

Как правило, в острой стадии периферической лицевой нейропатии в большей или меньшей степени страдают обе вышеупомянутые функции нерва.

У большинства больных сдавление нерва приводит лишь к повреждению миелиновой оболочки (демиелинизации), что вызывает блокаду проведения, но оставляет сохранным аксоны и позволяет надеяться на полный и относительно быстрый регресс симптомов. При нарушении целостности аксонов восстановление происходит более медленно (путем регенерации повреж¬денных аксонов или ветвления соседних сохранившихся аксонов, берущих на себя функцию поврежденных) и часто бывает неполным.

Лечение

Лечение невропатии лицевого нерва должно включать в себя как медикаментозную терапию, так и физиотерапевтические процедуры.

Цель лечения включает в себя купирование отека, воспалительного процесса и болевого синдрома, улучшение крово- и лимфообращения в области canalis facialis и лица, улучшение проводимости по лицевому нерву, а также лечебные мероприятия должны быть направлены на ускорение регенерации пораженных нервных волокон и восстановление проводимости сохранившихся, предупреждение атрофии мимических мышц, профилактику контрактур.

При острых поражениях лицевого нерва в первую очередь назначают противовоспалительную и противоотечную терапию, спазмолитические и сосудорасширяющие средства. Показаны большие дозы никотиновой кислоты внутрь (эндурацин) и внутривенно (компламин). При болевом синдроме используют анальгетики. Из противовоспалительных средств применяют глюкокортикоиды, в частности преднизолон и его аналоги. Отмечено, что благодаря применению глюкокортикоидов обычно не развиваются контрактуры мышц лица. Можно использовать нестероидные противовоспалительные средства (индометацин).

С 5-7-го дня заболевания назначают тепловые процедуры: УВЧ-терапию, парафиновые, озокеритовые и грязевые аппликации на здоровую и пораженную стороны лица. Хороший эффект дает ультразвук с гидрокортизоном на пораженную половину лица и область сосцевидного отростка.

При необходимости назначают вещества, влияющие на тканевый обмен, - метандростенолон (дианабол, неробол), улучшающие обмен веществ (преимущественно белковый и кальциевый) и снижающие катаболические процессы. Применяют также витамины группы В (В1, В6, В12, В15), глутаминовую кислоту, антихолинэстеразные препараты (амиридин, галантамин, нивалин), дибазол. В подостром периоде назначают лечебную гимнастику, массаж мимической мускулатуры, рефлексотерапию (иглотерапия).

Возможно хирургическое вмешательство в случаях, не поддающихся консервативной терапии - декомпрессия нерва в костном канале, невролиз, сшивание нерва, его пластика, корригирующие операции на мимических мышцах в случае осложнений (контрактуры мимических мышц).

Физиотерапия

С первого дня заболевания используется электрическое поле УВЧ, обладающее выраженным противовоспалительным, обезболивающим и дегидратирующим действием: один электрод располагается впереди ушной раковины, другой - на сосцевидном отростке, дозировка нетепловая или слаботепловая (выходная мощность - 15-20вт), продолжительность воздействия - 15-20мин, курс лечения 8-10 процедур.

После 20-го дня заболевания, для профилактики возможных осложнений, рекомендуется электрофорез витаминов (В1, В12), лидазы, глютаминовой кислоты.

Спустя 2-2,5 недели от начала болезни очень хорошие результаты дает лечение интерференционными токами: тетрополярные электроды накладываются на основные ветви лицевого нерва, ритмическая частота - 0-100Гц, продолжительность воздействия - 8-10 минут, курс лечения 10-15 ежедневных процедур. Эффективность лечения значительно повышается при его использовании в комплексе с озокеритотерапией.

В домашних условиях больной самостоятельно применяет умеренное тепло (грелку, теплые опилки, соль) на сосцевидный отросток и на пораженную половину лица.

Кинезиотерапия

Принципы кинезиотерапевтической реабилитации при парезах мимической мускулатуры включают лечение положением, лечебную гимнастику, массаж и электростимуляцию.

Лечение положением

Больному рекомендуется спать на боку (на стороне поражения); в течение 10-15 минут по 3-4 раза в день сидеть, склонив голову в сторону поражения, поддерживая ее тыльной стороной кисти с опорой на локоть; подвязывать платок, подтягивая им мышцы со здоровой стороны в сторону поражения, стремясь при этом восстановить симметрию лица.

Электростимуляция

ЭС помимо электрогимнастики мышц обладает выраженным гиперемирующим и анальгезирующим эффектом. Обычно один электрод (анод) устанавливается между наружным слуховым проходом и сосцевидным отростком, а другой (катод) - в зависимости от стимуляции конкретной группы мышц: для стимуляции лобной мышцы - в область виска; круговой мышцы глаза - внутренний угол орбиты; мышц переносицы - на спинке носа; носогубной складки и крыла носа - в области верхней губы; круговой мышцы рта - в области угла рта; мышц подбородка - на подбородке. Желательно ограничивать отдельные сеансы 20-30-40 сокращениями мышцы и повторять их несколько (5-6) раз в день.

Лечение данной пациентки

Лечение заболевания с учетом особенностей данной пациентки должно включать в себя медикаментозную (сосудистую, нейропротективную и витамино-)терапию и такие физиотерапевтические мероприятия, как гипербарическая оксигенация и УВЧ-терапия.

Медикаментозная терапия

.: Sol. Trentali 5,0.t.d.N.10 in amp.. Содержимое 1 ампулы развести в 250мл инфузионного раствора. Вводить внутривенно капельно 1 раз в сутки..: Sol. Furosemidi 0,04.t.d.N.5 in amp.. Содержимое 1 ампулы вводить внутривенно медленно 1 раз в сутки.

Rp.: Sol.Combilipeni 2,0.t.d.N.10 in amp.. Вводить внутримышечно по 1 ампуле 1 раз в день..: Sol. Dexamethasoni 0,012.t.d.N.5 in amp.. Вводить внутривенно капельно по 1 ампуле 1 раз в сутки..: Tab. Acicloviri 0,4.S. Внутрь по 1 таблетке 5 раз в день..: Tab. «Tiogamma» 0,6.t.d.N.10.. Внутрь по 1 таблетке 1 раз в день утром.

Трентал - спазмолитическое средство из группы пуринов. Улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови, ингибирует ФДЭ, повышает концентрацию цАМФ в тромбоцитах и АТФ в эритроцитах с одновременным насыщением энергетического потенциала, что в свою очередь приводит к вазодилатации, снижению ОПСС, возрастанию УОК и МОК без значительного изменения ЧСС. Расширяя коронарные артерии, увеличивает доставку кислорода к миокарду (антиангинальный эффект), сосуды легких - улучшает оксигенацию крови. Повышает тонус дыхательной мускулатуры (межреберных мышц и диафрагмы). В/в введение, наряду с указанным выше действием, приводит к усилению коллатерального кровообращения, увеличению объема протекающей крови через единицу сечения. Повышает концентрацию АТФ в головном мозге, благоприятно влияет на биоэлектрическую деятельность ЦНС. Снижает вязкость крови, вызывает дезагрегацию тромбоцитов, повышает эластичность эритроцитов (за счет воздействия на патологически измененную деформируемость эритроцитов). Улучшает микроциркуляцию в зонах нарушенного кровоснабжения.

Фуросемид - "петлевой" диуретик; вызывает быстро наступающий, сильный и кратковременный диурез. Обладает натрийуретическим и хлоруретическим эффектами, увеличивает выведение K+, Ca2+, Mg2+. Проникая в просвет почечного канальца в толстом сегменте восходящего колена петли Генле, блокирует реабсорбцию Na+ и Cl-. Вследствие увеличения выделения Na+ происходит вторичное (опосредованное осмотически связанной водой) усиленное выведение воды и увеличение секреции K+ в дистальной части почечного канальца. Одновременно увеличивается выведение Ca2+ и Mg2+.

Комбилипен - комбинированный поливитаминный препарат. Действие Комбилипена определяется свойствами витаминов, входящих в его состав. Тиамина гидрохлорид (витамин В1) участвует в проведении нервного импульса. Пиридоксина гидрохлорид (витамин В6) оказывает жизненно важное воздействие на обмен белков, углеводов и жиров, необходим для нормального кроветворения, функционирования ЦНС и периферической нервной системы. Обеспечивает синаптическую передачу, процессы торможения в ЦНС, участвует в транспорте сфингозина, входящего в состав оболочки нерва, участвует в синтезе катехоламинов. Цианокобаламин (витамин В12) участвует в синтезе нуклеотидов, является важным фактором нормального роста, кроветворения и развития эпителиальных клеток; необходим для метаболизма фолиевой кислоты и синтеза миелина.

Дексаметазон - глюкокортикостероид. Тормозит высвобождение интерлейкина1, интерлейкина2, интерферона гамма из лимфоцитов и макрофагов. Оказывает противовоспалительное, противоаллергическое, десенсибилизирующее, противошоковое, антитоксическое и иммунодепрессивное действие. Подавляет высвобождение гипофизом АКТГ и бета-липотропина, но не снижает уровень циркулирующего бета-эндорфина. Угнетает секрецию ТТГ и ФСГ. Повышает возбудимость ЦНС, снижает количество лимфоцитов и эозинофилов, увеличивает - эритроцитов (стимулирует выработку эритропоэтинов).

Ацикловир - противовирусное средство из группы синтетических аналогов ациклического пуринового нуклеозида - дезоксигуанидина, являющегося компонентом ДНК. Ацикловир обладает высокой специфичностью в отношении вируса Herpes simplex (HSV), включая HSV тип 1 и HSV тип 2, вируса Varicella zoster (VZV), вируса Эпштейна-Барр (EBV) и цитомегаловируса (CMV). Ацикловир проникает непосредственно в инфицированные вирусом клетки.

Тиогамма (Тиоктовая кислота) - Метаболический препарат. Тиоктовая (α-липоевая) кислота - эндогенный антиоксидант (связывает свободные радикалы), синтезируется в организме при окислительном декарбоксилировании альфа-кетокислот. В качестве коэнзима митохондриальных мультиферментных комплексов участвует в окислительном декарбоксилировании пировиноградной кислоты и альфа-кетокислот. Способствует снижению концентрации глюкозы в крови и увеличению содержания гликогена в печени, а также преодолению инсулинорезистентности.

По характеру биохимического действия тиоктовая кислота близка к витаминам группы B. Участвует в регулировании липидного и углеводного обмена, стимулирует обмен холестерина, улучшает функцию печени. Оказывает гепатопротекторное, гиполипидемическое, гипохолестеринемическое и гипогликемическое действие. Улучшает трофику нейронов.

Гипербарическая оксигенация

ГБО - это метод применения кислорода под высоким давлением в лечебных целях. Проводится в гипербарических барокамерах.

Метод применения ГБО основан на следующих принципах:

Общее высокое давление имеет терапевтическое значение в случае применения ГБО в лечении декомпрессионной болезни или воздушной эмболии.

Во многих случаях терапевтический принцип ГБО заключается в значительном повышении парциального давления кислорода в биологических тканях. При этом, такое увеличение парциального давления кислорода значительно выше, чем при дыхании чистым кислородом под обычным атмосферным давлением.

Эффект применения ГБО проявляется в увеличении кислородной ёмкости крови. При дыхании кислородом под атмосферным давлением транспорт кислорода ограничен связывающей ёмкостью гемоглобина эритроцитов, а плазмойпереносится лишь незначительная часть кислорода. Так как при атмосферном давлении гемоглобин эритроцитов насыщен кислородом практически до предела, этот путь переноса кислорода к клеткам не может использоваться сверх предела. Однако, при гипербарической оксигенации транспорт кислорода плазмой значительно возрастает.

УВЧ-терапия

УВЧ-терапия - метод электролечения, основанный на воздействии на организм больного преимущественно ультравысокочастотного электромагнитного поля. При проведении лечебной процедуры участок тела, подвергаемый воздействию э. п. УВЧ, помещают между двумя конденсаторными пластинами-электродами таким образом, чтобы между телом больного и электродами имелся воздушный зазор, величина которого не должна меняться в течение всей процедуры. Физическое действие э. п. УВЧ заключается в активном поглощении энергии поля тканями и преобразовании ее в тепловую энергию, а также в развитии осцилляторного эффекта, характерного для высокочастотных электромагнитных колебаний.

Тепловое действие УВЧ-терапии меньше выражено, чем при индуктотермии. Основное теплообразование происходит в тканях, плохо проводящих электрический ток (нервная, костная и т.д.). Интенсивность теплообразования зависит от мощности воздействия и особенностей поглощения энергии тканями.

Э.п. УВЧ оказывает противовоспалительное действие за счет улучшения крово- и лимфообращения, дегидратации тканей и уменьшения экссудации, активирует функции соединительной ткани, стимулирует процессы клеточной пролиферации, что создает возможность ограничивать воспалительный очаг плотной соединительной капсулой.

Э.п. УВЧ оказывает антиспастическое действие на гладкую мускулатуру желудка, кишечника, желчного пузыря, ускоряет регенерацию нервной ткани, усиливает проводимость импульсов по нервному волокну, понижает чувствительность концевых нервных рецепторов, т.е. способствует обезболиванию, уменьшает тонус капилляров, артериол, понижает артериальное давление, вызывает брадикардию.

Э.п. УВЧ применяют в лечебной практике в непрерывном и импульсном режиме. Лечение показано при различных острых и хронических воспалительных процессах внутренних органов (бронхиты, холециститы, пневмонии), опорно-двигательного аппарата, уха, горла, носа (ангины, отиты), периферической нервной системы (невриты), женской половой сферы, дистрофических процессах и острых нагноениях (фурункулы, карбункулы, абсцессы, флегмоны).

Прогноз и профилактика

Прогноз для выздоровления зависит от этиологии заболевания и характера изменений лицевого нерва. В данном случае прогноз для полного выздоровления благоприятный, но длительный: восстановление функции мимических мышц происходит через 3-6 недель. Купирование воспалительного отека приведет к снижению вплоть до полного изчезновения компрессии и ишемии нерва, что приведет к постепенному обратному развитию симптомов.

Прогноз для жизни у данной пациентки так же благоприятен, так как лечение заболевания было начато своевременно, правильно подобрано, и за время нахождения в стационаре наблюдается положительная динамика в виде изчезновения слабости мимических мышц выливания жидкой пищи через ротовую щель справа, нарушения речи.

Первичная профилактика это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A4%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%BE%D1%80\_%D1%80%D0%B8%D1%81%D0%BA%D0%B0&action=edit&redlink=1> развития заболеваний. Сюда относится рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\_%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C> и т. д. Ряд мероприятий первичной профилактики может осуществляться в масштабах государства.

Вторичная профилактика - комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81>, ослабление иммунитета <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BC%D0%BC%D1%83%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%82\_(%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F)>, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%BC>) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%86%D0%B8%D0%B4%D0%B8%D0%B2\_(%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0)> заболевания. Для данной пациентки это своевременное выявление и рациональное лечение воспалительных заболеваний, которые в последующем могут привести к развитию невропатии ( отиты,тонзиллиты,фарингиты и т.п.)

Трудоспособность и трудоустройство

Прогноз для трудоустройста и трудоспособности благоприятный так как заболевание в данном конкретном случае полностью излечимо и не имеет отдаленных или инвалидизирующих последствий, которые бы могли повлиять на дальнейшую трудовую деятельность пациентки.

Эпикриз

Больная, 21 год (6.08.1990г.), в плановом порядке была госпитализирована 28.02.2012 на неврологическое отделение больницы имени Петра Великого для обследования и лечения. При поступлении предъявляла жалобы на асимметрию лица и слабость мимической мускулатуры справа, нарушения речи, выливание жидкой пищи через ротовую щель справа. Из анамнеза известно, что накануне обращения в консультативно-диагностический центр, откуда она и была направлена на госпитализацию на неврологическое отделение, пациентка перенесла острый тонзиллит, который лечила самостоятельно антибиотиками (какими не помнит) и по этому поводу к врачам не обращалась. Объективно при неврологическом осмотре выявлен парез лицевого нерва справа.

На основании характерной клинической картины, жалоб, анамнеза, объективного исследования неврологического статуса с стационаре был поставлен клинический диагноз: Компрессионная ишемическая невропатия лицевого нерва справа и проведена противовоспалительная, противоотечная, противовирусная, сосудистая, нейропротективная и витаминотерапия препаратами: Трентал, Фуросемид, Комбилипен, Дексаметазон, Ацикловир, Тиогамма, на фоне которой самочувствие пациентки улучшилось. Наблюдается положительная динамика в виде снижения слабости мимических мышц, исчезновение вываливания жидкой пищи через ротовую щель справа и нарушений речи. Но сохраняется небольшая асимметрия лица, ограничение подвижности, «симптом ресниц», и отсутствует надбровный рефлекс справа. Рекомендуется продолжить терапию в полном объеме до исчезновения вышеперечисленных симптомов.

Дневник курации

.03.12=36,7

АД = 110/70 мм.рт.ст. Пульс 76/мин., ритмичный.

Жалобы на ограниченную подвижность мышц лица справа и на правостороннюю асимметрию лица. Положение активное, сознание ясное, пациентка ориентирована во времени и пространстве. В положении Ромберга устойчива. Физиологические отправления без особенностей. Живот мягкий, безболезненный. Тоны сердца ритмичные, патологических шумов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Патологических стопных и кистевых знаков нет. Менингиальных симптомов нет. Присутствует «симптом ресниц» справа.

Удовлетворительно перенесла 5ый сеанс ГБО и 3ий сеанс УВЧ.

Терапия согласно листу назначения.

.03.12=36,6

АД = 115/70 мм.рт.ст. Пульс 78/мин., ритмичный.

Жалобы на снижение силы мышц лица справа и на правостороннюю асимметрию лица. Положение активное, сознание ясное, пациентка ориентирована во времени и пространстве. В позе Ромберга устойчива. Физиологические отправления без особенностей. Живот мягкий, безболезненный. Тоны сердца ритмичные, патологических шумов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Патологических стопных и кистевых знаков нет. Менингиальных симптомов нет. Присутствует «симптом ресниц» справа. Удовлетворительно перенесла 6ой сеанс ГБО и 4ый сеанс УВЧ.

Терапия плановая.

.03.12=36,7

АД = 110/70 мм.рт.ст. Пульс 75/мин., ритмичный.

Жалобы на снижение двигательной активности правой половины лица и на правостороннюю асимметрию лица. Положение активное, сознание ясное, пациентка ориентирована во времени и пространстве. В положении Ромберга устойчива. Физиологические отправления без особенностей. Живот мягкий, безболезненный. Тоны сердца ритмичные, патологических шумов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Патологических стопных и кистевых знаков нет. Менингиальных симптомов нет. Присутствует «симптом ресниц» справа.

Удовлетворительно перенесла 7ой сеанс ГБО и 5ый сеанс УВЧ.

Терапия согласно листу назначения.

Список литературы

1. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей / Скоромец А.А. - Л.: Медицина 1995

. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. - Т.1. - Медицина,1995

. Неврология и Нейрохирургия , Е.И.Гусев, А.Н.Коновалов, Г.С.Бурд, - М. «Медицина»,2000

. Черепные нервы. Лавров Н.Н.,2005

5. <http://ru.wikipedia.org/>

. www.e-apteka.ru