**План реферата**

**Анатомия лицевого нерва.**

**Физиология лицевого нерва и исследование функций.**

**Признаки паралича лицевого нерва.**

**Топическая диагностика поражения лицевого нерва.**

**Альтернирующие синдромы.**

**Этиопатогенез нейропатии лицевого нерва.**

**Патанатомия.**

**Дифференциальная диагностика.**

**Лечение нейропатий лицевого нерва.**

**Рецепты.**

**Прогноз.**

**Профилактика.**

**Список литературы.**

**Анатомия лицевого нерва.**

VII пара ЧМН (лицевой нерв): ядро расположено в мосту, верхний отдел ядра имеет двустороннюю корковую иннервацию, а нижний – одностороннюю контрлатеральную. Волокна огибают ядро VI пары, выходят в области мосто-мозжечкового угла, проходят через внутренний слуховой проход в костный канал и выходят из полости черепа через foramen stylomastoideum, делясь на конечные ветви. Последние иннервируют всю мимическую мускулатуру.

В начальной части канала лицевого нерва к нему присоединяется промежуточный нерв, который в своем составе имеет чувствительные (вкусовые) и вегетативные (секреторные) волокна. Чувствительные волокна связаны с ядром одиночного пути, а секреторные – с верхним слюноотделительным ядром.

В одноименном канале лицевой нерв отдает следующие ветви:

* большой каменистый нерв – к слезной железе,
* стременной нерв – к стременной мышце,
* барабанную струну – к ⅔ языка, подъязычной и подчелюстной железам.

После выхода из канала VII пара ЧМН отдает ветви:

* задний ушной нерв – к мышцам ушной раковины, заднему брюшку двубрюшной мышцы, шилоподъязычной мышце;
* височные ветви – к лобной мышце, круговой мышце глаза, мышце, нахмуривающей брови;
* скуловые ветви – к круговой мышце глаза и скуловой мышце;
* краевую ветвь нижней челюсти – к подбородочной мышце и губам;
* шейную ветвь – к мышцам шеи;
* щечные ветви – к остальным мимическим мышцам.

**Физиология лицевого нерва и исследование функций.**

В норме лицо симметрично. При поднятии бровей кверху складки на лбу симметричны, при нахмуривании бровей они смещаются к срединной линии одинаково, при зажмуривании глаз они плотно закрываются. При оскаливании зубов углы рта симметричны, носогубные складки выражены симметрично, при надувании щек положение их одинаково. При свисте или задувании спички губы одинаково вытягиваются вперед. Лицо при разговоре выражает мимикой всю гамму чувств.

Исследование нерва – больному предлагают:

* поднять брови вверх,
* нахмурить брови,
* плотно закрыть и зажмурить глаза,
* оскалить зубы,
* улыбнуться или надуть щеки,
* задуть спичку.

**Признаки паралича лицевого нерва.**

Односторонний периферический паралич: лобные складки сглажены, глаз открыт, угол рта опущен, синдром Белла, лагофтальм, рот перетянут в здоровую сторону, щека на пораженной стороне парусит, атрофия и перерождение мышц, на пораженной стороне – фибриллярные подергивания. Кроме того, свист невозможен, речь затруднена, пища попадает за пораженную щеку, слезотечение, снижается или исчезает надбровный рефлекс, синкинезии лицевых мышц, а при длительном течении – контрактура пораженных мышц.

Периферический паралич мимических мышц называется прозоплегией. При этом часто наблюдаются боли в лице, ухе и его окружности из-за связи с V парой. Во время непроизвольных мимических движений (плач, смех) оскаливание зубов симметрично.

Центральный паралич: усилен надбровный рефлекс, остальные признаки те же, что и при периферическом поражении, но нет атрофии мышц и подергиваний.

**Топическая диагностика поражения лицевого нерва.**

Если лицевой нерв повреждается на основании мозга, то возникают расстройство вкуса на передних 2/3 языка, паралич мимической мускулатуры, сухость глаза, уменьшение слюноотделения и снижение слуха или глухота на одноименное ухо из-за поражения идущего рядом слухового нерва.

Поражение лицевого нерва в начальной части его канала сопровождается параличом мимической мускулатуры, расстройством вкуса на передних 2/3 языка, сухостью глаза, снижением слюноотделения и гиперакузией.

Повреждение лицевого нерва в области канала, книзу от большого каменистого нерва, выше барабанной струны, сопровождается параличом мимической мускулатуры, слезотечением, нарушением вкуса на передних 2/3 языка и уменьшением слюноотделения.

Если лицевой нерв поражается после выхода его из шилососцевидного отверстия, то наблюдается паралич мимической мускулатуры, слезотечение.

О повышении механической возбудимости говорит симптом Хвостека. При постукивании по скуловой кости возникает лицевой гемиспазм или намек на него.

**Альтернирующие синдромы.**

Синдром Мийяра-Гюблера: поражение VII пары ЧМН и пирамидного пути. Синдром Фовилля: поражение VII и VI пар и пирамидного пути. Синдром Бриссо-Сикара: спазм мимических мышц и гемипарез. Синдром Гаспарини: поражение V-VIII пар ЧМН. Синдром Ляница: поражение VII и VIII пар.

**Этиопатогенез нейропатии лицевого нерва.**

Нейропатия лицевого нерва чаще всего вызывается совместным воздействием инфекции и простуды. Этот простудный паралич развивается остро. Нередко ему предшествуют боли в области околоушной железы, сосцевидного отростка или затылка.

Возможна отогенная нейропатия, связанный с процессами в среднем ухе.

Травмы черепа (особенно основания) часто вызывают паралич VII пары ЧМН, сочетающийся с поражением VI и VIII пар ЧМН.

Симптоматическая нейропатия VII пары наблюдается при опухолях мостомозжечкового угла, базиллярном менингите, церебральных арахноидитах. Лицевой нерв может страдать при операциях на сосцевидном отростке, при кариесе височной кости, при операциях на околоушной железе.

Нейропатия лицевого нерва может вызываться общей инфекцией.

Из-за поверхностного расположения ветвей нерв поражается чаще других ЧМН. Из-за прохождения ствола нерва по узкому костному каналу ствол легко травмируется, а при отеке сдавливается в канале, приводя к развитию туннельного синдрома. Симптомы нейропатиии развиваются остро или подостро.

Нейропатия лицевого нерва может возникнуть и как идеопатическое заболевание. Рецидивирующий паралич нерва наблюдается при синдроме Меркельссона-Розенталя.

**Патанатомия.**

Отек и инфильтрация ствола лицевого нерва справа в месте выхода из фалопиевого канала.

**Дифференциальный диагноз.**

1. Опухоли мостомозжечкового угла.

Общие признаки: периферический паралич лицевого нерва.

Отличия: при опухолях самым ранним признаком является шум в ухе на стороне процесса, снижение слуха до глухоты, вскоре за VIII парой поражаются V и VI пары ЧМН; позже выступают мозжечковые симптомы и пирамидные знаки; видное место занимают гипертензионные явления.

1. Геморрагический инсульт.

Общие признаки: периферический паралич лицевого нерва.

Отличия: утрата сознания или оглушенность при начале инсульта, гемиплегия центрального характера, девиация языка в сторону гемиплегии, афазия, апраксия при инсульте в доминантном полушарии, «походка гемиплегика».

1. Ишемический инсульт.

Общие черты: паралич мимической мускулатуры и другие признаки поражения лицевого нерва.

Отличия: геми- или моноплегия, девиация языка, сочетание с афазией, апраксией, агнозией при инсульте.

**Лечение нейропатий лицевого нерва.**

Сосудорасширяющие и противоотечные средства (ксантитнола никотинат, никотиновая кислота, фуросемид), глюкокортикоидная терапия (60 мг преднизолона в сутки) с постепенным снижением дозы в течение 7-10 дней, рассасывающие препараты (экстракт алоэ, ФиБС, стекловидное тело). Аспирин, тепло, массаж, ЛФК. Для защиты роговицы – закапывание вазелинового масла. Лейкопластырная повязка, препятствующая перерастяжению парализованных мышц.

Возможно назначение антибиотиков. При наличии болей – болеутоляющие. Витамины группы В.

Санаторно-курортное лечение.

**Рецепты.**

1. никотиновая кислота

Rp: Sol. Acidi nicotinici 5%-1,0

 D.t.d. N. 20 in amp.

 S. По 2 мл внутримышечно 1 раз в день в течение 10 дней.

#

1. витамин В1

Rp: Sol. Thiamini chloridi 5%-1,0

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день 10 дней.

#

1. витамин В6

Rp: Sol. Pyrydoxini hydrochloridi 2,5%-1,0

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день в течение 10 дней.

#

1. экстракт алоэ жидкий для инъекций

Rp: Extr. Aloёs fluidum pro injectionibus – 1,0

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день в течение 10 дней.

1. ацетилсалициловая кислота

Rp: Acidi acrtylsalicilici 0,5

 D.t.d. N. 10 in tab.

 S. По 1 таблетке 2 раза в день после еды, запивать молоком или большим объемом воды, в течение 5 дней.

#

**Прогноз.**

Течение и конечный исход нейропатии лицевого нерва зависят от тяжести поражения и своевременности рационального лечения. В легких случаях утраченные функции восстанавливаются в течение ближайших недель после начала заболевания. В тяжелых случаях функции пораженных мышц восстановить не удается. Возможны остаточные явления в виде контрактур мимических мышц, патологических синкинезий, лицевого гемиспазма или тиков.

Трудоспособность у абсолютного большинства больных восстанавливается. Наличие косметического дефекта может оказывать психотравмирующее действие.

Плохие прогностические признаки: пожилых возраст больных, гиперакузия, глубокий паралич с грубой утратой мышечного тонуса. Возможны длительно сохраняющиеся осложнения: слабость мимических мышц, синдром крокодиловых слез (Богорада), геникулятная невралгия.

**Профилактика.**

Предупреждение простудных заболеваний, переохлаждений, травм черепа, вирусных заболеваний, соблюдение техники выполнения операций на сосцевидном отростке.

**Список литературы.**

1. Мисюк Н.С., Гурленя А.М. Нервные болезни в 2-х частях. – Минск, Вышэйшая школа. 1984 г.
2. Неврология под ред. М. Самуэльса, перевод с английского языка. Москва, Практика. 1997 г.
3. Практикум по нервным болезням и нейрохирургии. Учебное пособие. – Москва, издательство университета дружбы народов. 1988 г.
4. Справочник по неврологии под ред. Е.В. Шмидта, Н.В. Верещагина. – Москва, Медицина, 1989 г.
5. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. – Ленинград, Медицина. 1964 г.
6. Ходос Х.Г. Нервные болезни. – Москва, Медицина. 1965 г.