

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КИРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ С КУРСОМ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ОТОГЕННЫЙ НЕВРИТ ЛИЦЕВОГО НЕРВА.

Ординатор 2 года

Специальность: оториноларингология

Нурисламова Ильсина Радиковна

Руководитель: Д.м.н., профессор

Храбриков Алексей Николаевич

Киров 2017

Определение

■ Неврит лицевого нерва – воспаление VII черепномозгового нерва приводящее к нарушению или утрате его функции.

■ Парез лицевого нерва – одностороннее нарушение двигательных функций, слабость мимических мышц вследствие поражения лицевого нерва с нарушением прохождения нервных импульсов.

Отогенной этиологии – периферический.



Актуальность темы

- ▣ Периферические поражения лицевого нерва – весьма распространенная патология, занимают второе место по частоте среди мононевритов. [1]
- ▣ Функции ЛН заключаются в обеспечении секреторной и вкусовой функций, участии в адаптации звукопроводящего аппарата среднего уха. Обслуживая коммуникативные потребности индивидуума, ЛН обеспечивает благообразие лица, отражает эмоционально-психическое состояние человека. [3]
- ▣ Наиболее ярким клиническим симптомом периферического поражения ЛН является парез мимической мускулатуры соответствующей половины лица с нарушением актов жевания, глотания, фонации и артикуляции. Неполное закрытие веком глазного яблока и нарушение слезоотделения приводит к обезвоживанию роговицы, развитию кератита, иногда к потере глаза.

Актуальность темы

- ▣ Субъективное восприятие неблагоприятных последствий погружает больного в атмосферу отрицательных психотравмирующих переживаний, нередко приводит к депрессии.
- ▣ Заболевания ЛН имеют большое социальное значение: они часто приводят к длительной временной нетрудоспособности, к потере общественного статуса и проблемам в профессиональной реализации. [3]
- ▣ Отогенные поражения лицевого нерва, как правило, протекают тяжело и ведут к стойким нарушениям его функций. [4] Стойкий дефект мимических мышц формируется у каждого четвертого–пятого пациента, у каждого седьмого из выздоровевших больных впоследствии наблюдается рецидив заболевания. [3]
- ▣ Восстановление функции лицевого нерва наблюдается только у 60–75% больных. [5]

Актуальность темы

- В связи с различной этиологией этих параличей они находятся в сфере интересов врачей ряда специальностей.
- Однако, из всех методов лечения, оперативное вмешательство на самом лицевом нерве в фаллопиевом канале наиболее эффективно.
- Этот метод в силу анатомо-топографических особенностей доступен лишь оториноларингологам. [2]
- В мировой литературе имеются лишь три монографии (Дания, Западная Германия и Россия), освещающие эту проблему. [1]

Эпидемиология

- ▣ Поражения лицевого нерва – 2-4% из числа всех заболеваний периферической нервной системы (2е место среди мононевритов).
- ▣ 1е место среди поражений ЧМН. [4]
- ▣ Больные с дооперационными параличами лицевого нерва, возникшими как осложнение острого среднего отита, составляют 2,6 % всех больных с острыми отитами, а лица, страдающие хроническим гнойным отитом, — соответственно 4%.
- ▣ Дооперационные параличи, по материалам Kettel, были у $\frac{1}{3}$, а послеоперационные у $\frac{2}{3}$ всех больных с параличами лицевого нерва. [3]

Эпидемиология

- ▣ В различных регионах мира заболеваемость на 100 000 населения составляет 16–25 случаев.
- ▣ Выздоровление и значительное улучшение наступают только у 60–75 % больных.
- ▣ Стойкий дефект мимических мышц (ММ) формируется у каждого четвертого–пятого пациента, у каждого седьмого из выздоровевших больных впоследствии наблюдается рецидив заболевания [10]

Строение и топография лицевого нерва



Рис. 6.19. Схема системы лицевого нерва

Анатомо-топографические особенности лицевого нерва, способствующие отогенному поражению

- Филогенетически нерв является одним из наиболее молодых черепно-мозговых нервов
- Имеет продолжительный и извитой ход в узком костном канале
- Особенностью кровоснабжения нерва является то, что магистральные сосуды в условиях узкого костного ложа ведут себя подобно конечным.
- Расположение канала лицевого нерва непосредственно в очаге воспаления, в операционном поле
- Наличие дигисценций площадью от 1 до 6 мм²
- В ряде случаев - отсутствие костной пластинки в области верхней стенки барабанной полости, и, как следствие, прилегание нерва к слизистой БП

Классификация

▣ Kettel:

- ▣ травматические
- ▣ Нетравматические
- :
- ✓ инфекционные
- ✓ неинфекционные.

▣ Elie:

- ▣ врожденная (аномалии, уродства развития ЛН, среднего уха)
- ▣ приобретенная (все остальные).

▣ Nessel:

- ▣ формы синдрома ЛН с отоскопическими признаками (при остром, хроническом отите, травме уха)
- ▣ без них (идиопатический паралич Белла, онкологические и инфекционные заболевания)

Классификация

- ▣ В. О. Калина и М. А. Шустер:
 - ишемические (параличи Белла, ревматические, простудные)
 - травматические (при переломе основания черепа, при операциях на ухе, родовой травме);
 - отогенные;
 - обусловленные опухолями;
 - при полиомиелите;
 - при Herpes zoster oticus;
 - при синдроме Мелькерсона–Розенталя, Хеерфордта;
 - при уродствах развития уха;
 - лицевой гемиспазм [7]

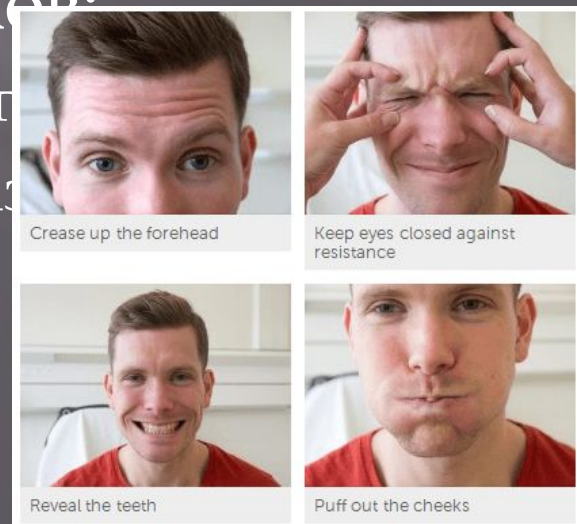
Диагностика отогенных поражений лицевого нерва

1. Клиническая картина



Диагностика (клиническое исследование)

- Закрывать, зажмурить глаза
- Нахмурить брови, наморщить лоб, оскалить зубы, надуть щеки
- Сократить подкожную мышцу шеи до образования складок
- Для определения ранних признаков:
 - Тест мигания (асинхронное мигание)
 - Тест на раздельное зажмуривание глаз
 - Тест ресниц
 - Тест надутых щек
 - Тест исследования мышцы шеи



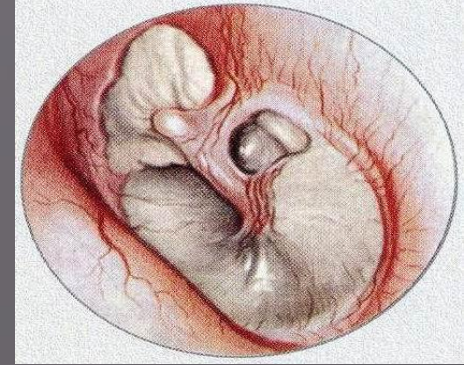
Степени повреждения [10]

Таблица

Шкала Хауса–Браакмана

Степень тяжести поражения лицевого нерва	Функция	Описание
1	Норма	Нормальная функция всех ветвей
2	Легкая дисфункция	а) легкая слабость, выявляемая при детальном обследовании, могут отмечаться незначительные синкинезии; б) симметричное лицо в покое, обычное выражение; в) движения: 1) лоб — незначительные умеренные движения; 2) глаз — полностью закрывается с усилием; 3) рот — незначительная асимметрия
3	Умеренная дисфункция	а) очевидная, но не уродующая асимметрия. Выявляемая, но не выраженная синкинезия; б) движения: 1) лоб — незначительные умеренные движения; 2) глаз — полностью закрывается с усилием; 3) рот — легкая слабость при максимальном усилии
4	Среднетяжелая дисфункция	а) очевидная слабость и/или уродующая асимметрия; б) движения: 1) лоб — движения отсутствуют; 2) глаз — не полностью закрывается; 3) рот — асимметрия при максимальном усилии
5	Тяжелая дисфункция	а) едва заметные движения лицевой мускулатуры; б) в покое асимметричное лицо; в) движения: 1) лоб — движения отсутствуют; 2) глаз — не полностью закрывается
6	Тотальный паралич	Нет движений

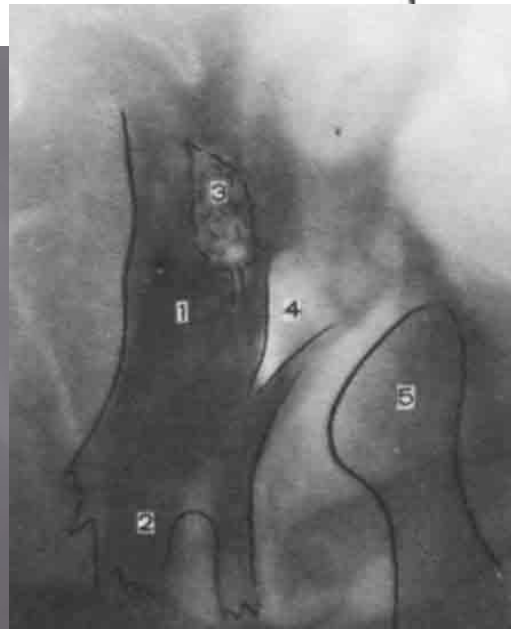
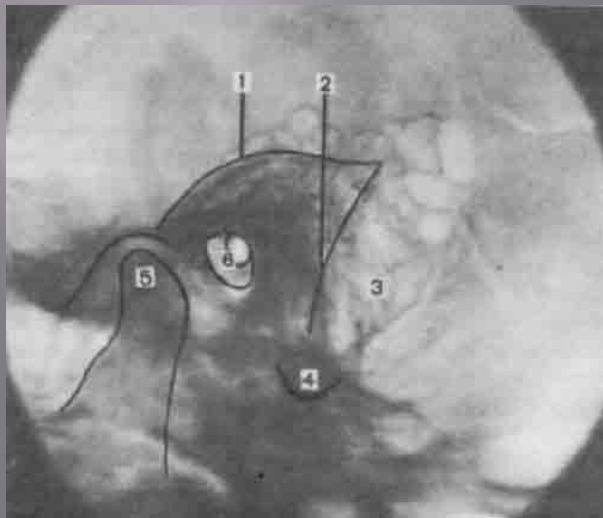
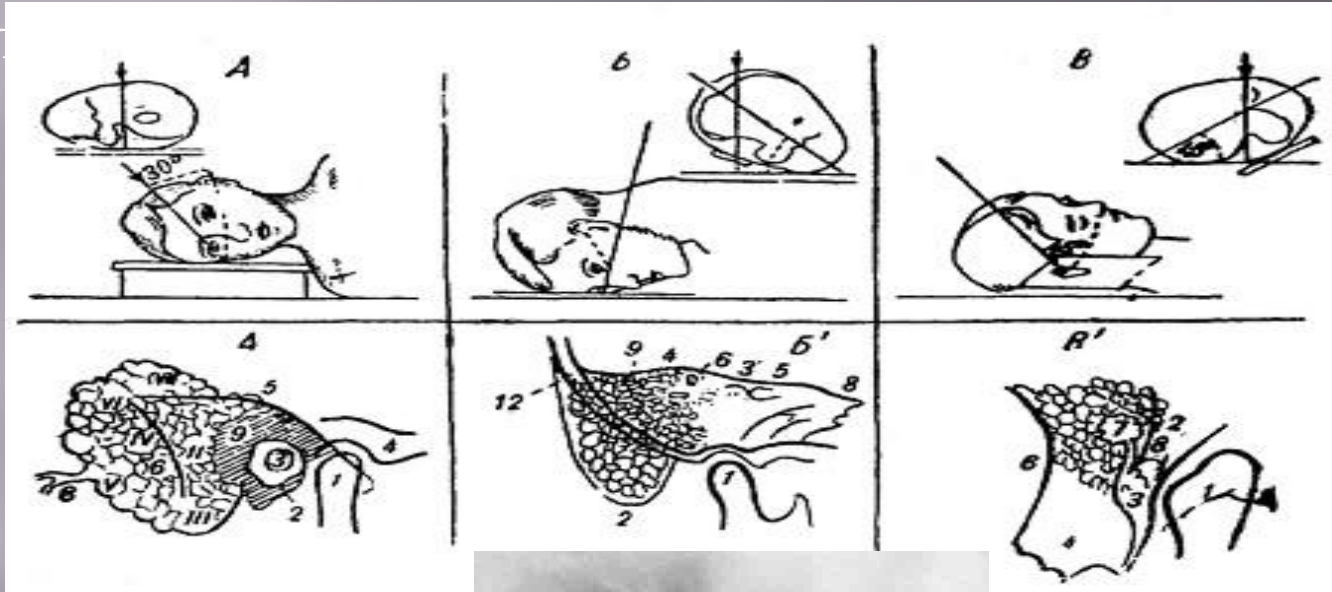
Диагностика отогенных поражений лицевого нерва



- Анамнез, жалобы.
- Осмотр ЛОР-органов, отомикроскопия
- Микробиологическое исследование – флора, чувствительность к антибиотикам
- Акуметрия
- Тональная пороговая, надпороговая аудиометрия (Повреждение лицевого нерва на уровне пирамидального отростка с дисфункцией n. Stapedius - больные жалуются на болезненное восприятие низкочастотных звуков, выявляется феномен гиперacusis, связанный с сужением динамического диапазона и появлением рекруитмента на низких частотах).
- Акустическая импедансометрия (супрастapedиальный уровень поражения -отсутствие акустического рефлекса или изменение его параметров: повышение порога, снижение амплитуды, удлинение латентного периода. Метод занимает прочное место в комплексе топической диагностики при дисфункции лицевого нерва, несмотря на то что применение метода ограничено при перфорации барабанной перепонки, разрыве цепи слуховых косточек и гематотимпануме [3])

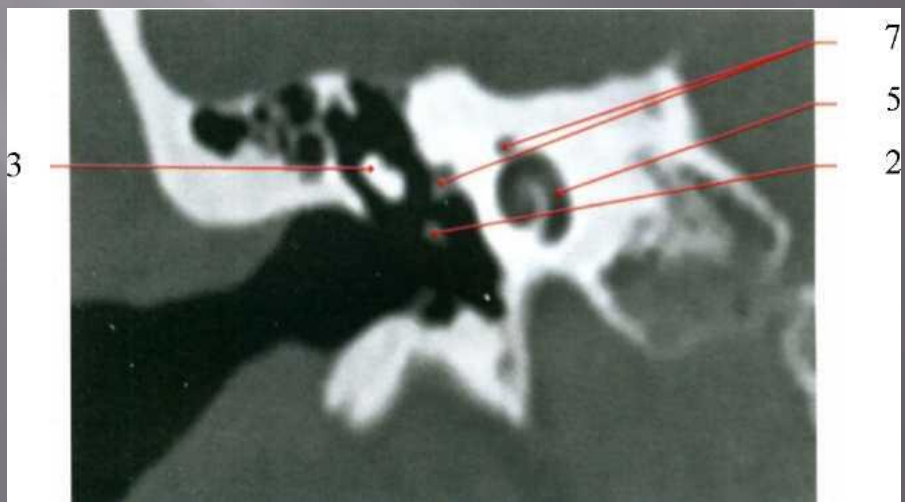
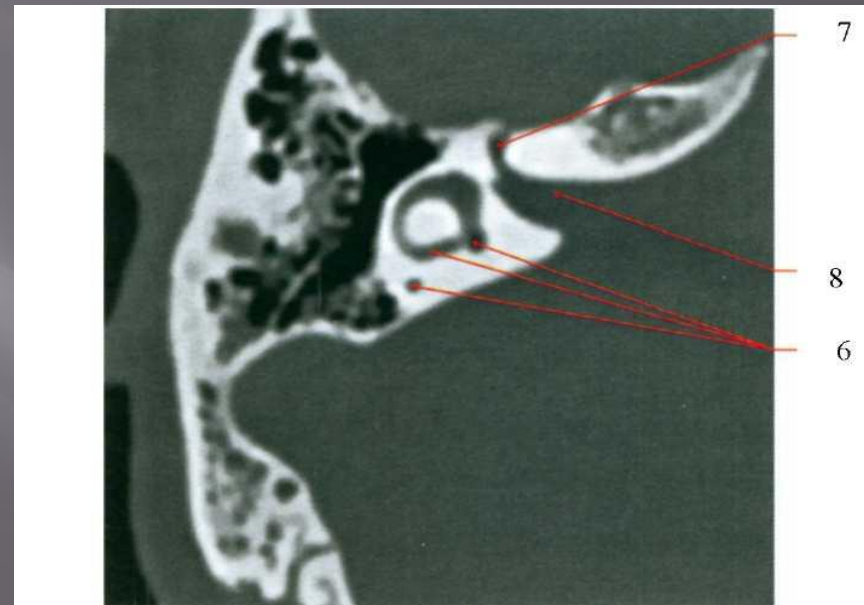
Лучевая диагностика

- Рентгенография ВК в проекциях Шюллера, Майера, С...



Лучевая диагностика

- Компьютерная томография височных костей (7 – канал лицевого нерва)



Топическая диагностика поражений лицевого нерва[10]

Топический диагноз	Симптомы
Центральный паралич (парез) - надъядерный процесс	Оба глаза полностью закрываются Движения бровей сохранены Надбровный рефлекс с обеих сторон равномерен Носогубная складка на стороне пареза сглажена Угол рта опущен
Периферический паралич (парез)	При попытке закрыть глаза на стороне пареза глаз не закрывается, глазное яблоко закатывается вверх и слегка кнаружи, в несомкнутой глазной щели видна белочная оболочка (симптом Белла) Движения брови (поднять, нахмурить) невозможны Носогубная складка на стороне пареза сглажена Угол рта опущен Снижены вкусовые ощущения на передних 2/3 языка Сухость глаза (ксерофтальмия)

Топическая диагностика поражений лицевого нерва [10]

Уровень поражения	Симптомы
Мостомозжечковый угол у места входа во внутренний слуховой проход	Симптомы периферического пареза Сухость во рту (ксеростомия) Атаксия, нистагм, головокружение Гиперакузис Возможны пароксизмальные боли в области лица[10]
В области узла колена (синдром Рамсея-Ханта)	Симптомы периферического пареза Сухость во рту (ксеростомия) Гиперакузис Гипогевзия передних 2/3 языка, нарушение вязкости слюны Гипо- или гиперсекреция слизистых желез полости носа (слизистый насморк, сухость и жжение в полости носа), неба Снижение болевой чувствительности верхней трети лица* Герпетические высыпания на поверхности передних 2/3 языка, мягкого неба, в области ушной раковины, НСП Интенсивная боль в ухе, иррадирующая в область лица, затылка, шеи Слезотечение на стороне поражения Возможны вестибулярные расстройства (головокружение)*[6]

Топическая диагностика поражений лицевого нерва [10]

Уровень поражения	Симптомы
После отхождения большого каменистого нерва, но до отхождения стременного нерва	Симптомы периферического пареза Гипогевзия передних 2/3 языка Снижение болевой чувствительности верхней 1/3 лица* Нарушение вязкости слюны, сухость во рту (ксеростомия) Слезотечение на стороне пареза Гиперакузис Болевой синдром в полости среднего уха Нарушение проприоцептивной чувствительности (пространственное ощущение мышц, снижение их тонуса, ощущение тяжести, дискомфорта)*[6]
После отхождения стременного нерва до отхождения барабанной струны	Симптомы периферического пареза Нарушение вязкости слюны (ксеростомия) Гипогевзия передних 2/3 языка Слезотечение на стороне пареза Слух не изменен Снижение болевой чувствительности верхней 1/3 лица* Нарушение проприоцептивной чувствительности (пространственное ощущение мышц, снижение их

Топическая диагностика поражений лицевого нерва [10]

Уровень поражения	Симптомы
После отхождения барабанной струны и выше шилососцевидного отверстия	Симптомы периферического пареза Нарушение проприоцептивной чувствительности (пространственное ощущение мышц, снижение их тонуса, ощущение тяжести, дискомфорта)* Нарушение потоотделения и общей чувствительности в зоне иннервации * Нервно-трофические расстройства в области лица (покраснение, побледнение кожи)*[6]

ИССЛЕДОВАНИЕ ВКУСА

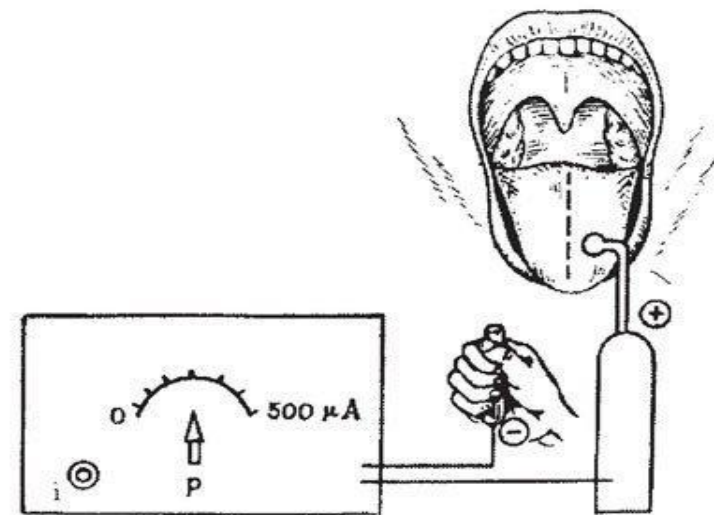
- **Капельный метод** - позволяет путем нанесения растворов пипетками судить о состоянии вкусовой чувствительности на разных участках языка. Определяется на передних 2/3 языка и задней трети языка справа и слева.
- Наносятся по 1-2 капли, всегда в одной последовательности, с интервалом от 2 до 5 минут.
- Перед исследованием и после каждого раздражения – полоскание полости рта кипяченой водой.
- Порог вкуса - концентрация раствора, правильно определяемая испытуемым.
- Исходные растворы - по концентрации соответствующих границам вкуса в норме:
 - 1) сладкий – 1; 5; 10% сахара;
 - 2) соленый – 1; 5; 10; 20% поваренной соли;
 - 3) кислый – 1; 2; 5; 10% соляной кислоты;
 - 4) горький – 0,001; 0,01; 0,1% солянокислого хинина.[1]



Диагностика.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВКУСА

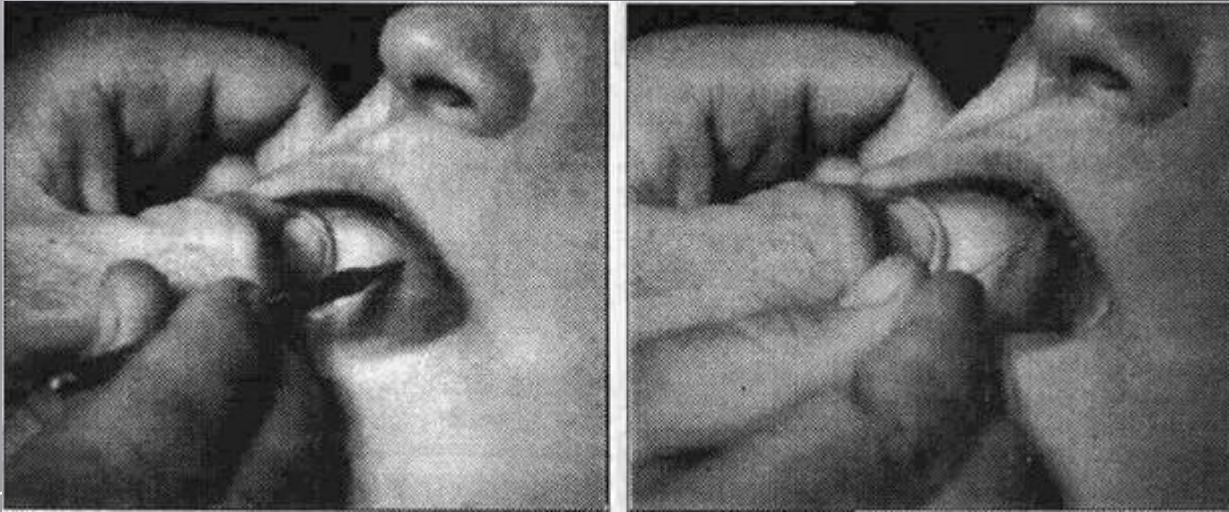
- Электрогустометрия – количественная оценка.
- Метод основан на субъективной регистрации пороговой силы тока, вызывающей вкусовые ощущения у испытуемого на каждой половине языка.
- Пороги при ЭГМ колеблются в пределах 10–40 мкА. При гипогевзии могут повышаться до 100 мкА, при этом на смену вкусовому ощущению приходит ощущение боли.
- Точность. При его использовании удалось выявить повышение порогов восприятия на больной стороне в 3–5 раз у 70% пациентов, тогда как обычным методом - только у 40%.
- Если при повторных исследованиях порог увеличивается, можно сделать заключение о прогрессировании заболевания.[3]



Диагностика.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЛЮНООТДЕЛЕНИЯ

- Метод Магильски и Блатта.



- После анестезии слизистой оболочки проводится катетеризация обоих вартоновых протоков (околоушной слюнной железы), затем больному предлагают в течение 1 мин рассасывать дольку лимона. В течение этого времени в две пробирки отдельно с обеих сторон собирают выделившуюся слюну. [3]

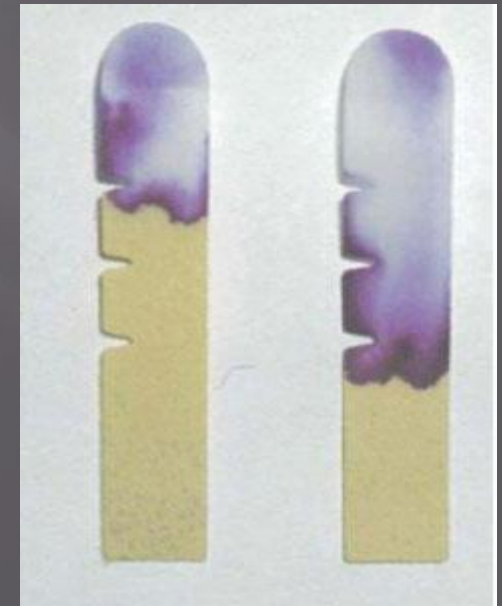
Диагностика. ИССЛЕДОВАНИЕ СЛЮНООТДЕЛЕНИЯ

- ▣ Сравнительный анализ восстановления функции ЛН и результатов слюнного теста у 51 больного с невропатией ЛН показал, что слюнный тест является надежным показателем прогноза в 80% случаев.
- ▣ Снижение слюноотделения на больной стороне до 25% и ниже является плохим прогностическим признаком: у 88% таких пациентов не было полного восстановления функции ЛН.
- ▣ При снижении слюноотделения до 50% и выше выздоровление было полным у 78% больных. [3]

Диагностика.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЛЕЗООТДЕЛЕНИЯ

- **Метод Ширмера:**
- После анестезии конъюнктивы раствором кокаина или дикаина за оттянутое нижнее веко осторожно вводится полоска промокательной бумаги шириной 0,5 см и длиной 3,6 см; через 5 минут измеряется длина увлажненного отрезка.
- Норма, если через 5 минут увлажняется по меньшей мере 1,5 см полоски промокательной бумаги.[1]



Диагностика.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЛЕЗООТДЕЛЕНИЯ



- ▣ Калина В.О, Шустер М.А. предложили следующий метод:
- ▣ Одновременно берутся две капиллярные трубки с делениями объемом ОД – 0,2 см³ (можно пользоваться градуированными трубочками от аппарата Панченко для определения СОЭ). Исследование начинается с дачи раздражителя – исследуемый вдыхает нашатырный спирт обеими половинами носа (1 – 2 вдоха).
- ▣ Концы капиллярных трубок одновременно подносятся к наружным углам глаза. Слезная жидкость собирается в капилляры в течение 1 минуты (при необходимости более длительное время).
- ▣ Для большей демонстративности возможно подкрашивание 3% раствором метиленовой синьки (0,001 мл) или другим красителем.
- ▣ Соотношение в слезоотделении с обеих сторон
в
% к здоровой стороне. [1]

Диагностика. ИССЛЕДОВАНИЕ СЛЕЗОТДЕЛЕНИЯ

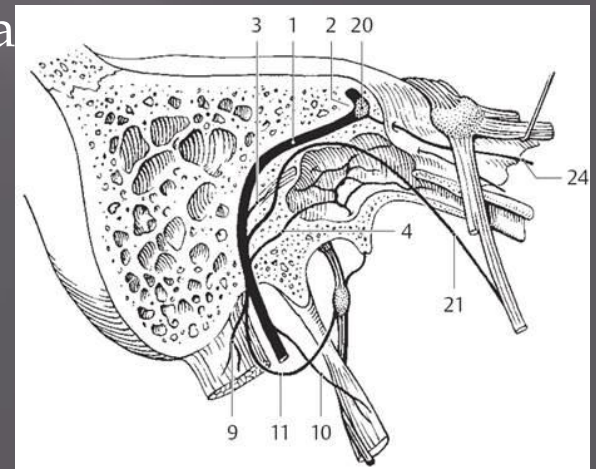
- ▣ Высококочувствительный тест определения функции слезных желез, основанный на аккумуляции радиоизотопного гадолиния в слезной железе, разработали К. Tomoda et al. (1981).
- ▣ При обследовании 21 больного с периферическим поражением ЛН при сцинтиграфии слезных желез ^{67}Ga было установлено, что более высокое накопление изотопа на стороне поражения наблюдается через неделю после начала заболевания.
- ▣ Техническая сложность, малодоступность методики и отсроченность получения результатов ограничивают ее применение при отогенных поражениях ЛН. [3]

ЭЛЕКТРОДИАГНОСТИКА

- ▣ Классическая электродиагностика:
 - Тест на возбудимость нерва
 - Тест максимальной стимуляции
- ▣ Методом хронаксии (Ю.Л. Горбунов) или построения кривой «сила-длительность» [13]
- ▣ Клиническая электромиография:
 - Поверхностная (накожная, суммарная)
 - Игольчатая (локальная) - посредством погружных (в мышцы) электродов.
- ▣ Стимуляционная электронейромиография[12]
- ▣ Исследование параметров М-ответа и скорости проведения импульса.
- ▣ Исследование F-ответа. [3]

Патогенез отогенных поражений лицевого нерва

- Наиболее частая причина возникновения паралича при остром гнойном среднем отите – токсический неврит нерва с отеком рыхлой соединительной ткани, окружающей нерв, с последующим сдавлением его в фаллопиевом канале.
- Значительно реже - в результате прогрессирующего остейта распространяющегося на стенки канала с возможным разрушением последнего.
- В основе развития паралича лицевого нерва при хроническом гнойном среднем отите лежат два патогенетических фактора: инфекционно-токсический и прогрессирующий остейт, распространяющийся на стенки фаллопиева
- При хроническом гнойном среднем отите в большинстве случаев паралич лицевого нерва является результатом вовлечения его в грануляционный процесс, обусловленный остейтом стенок канала лицевого нерва. [2]



Патогенез отогенных поражений лицевого нерва



- ▣ Паралич лицевого нерва может возникнуть при любой форме хронического гнойного среднего отита, но наиболее частая его причина- холестеатома.
- ▣ Холестеатома, как правило располагается в надбарабанном пространстве, у входа в адитус, под ней имеется грануляционный остеоит, который совместно с давлением холестеатомы делает возможным распространение патологического процесса на содержимое фаллопиева и горизонтального полукружного каналов.
- ▣ Нередко в стенке канала лицевого нерва наблюдаются фистулы с грануляциями, обнажающие ствол лицевого нерва, что ухудшает прогноз.
- ▣ Паралич лицевого нерва наиболее часто возникает во время обострения процесса в ухе. Нередко появлению паралича лицевого нерва предшествует картина разлитого или ограниченного лабиринтита. Данный симптом указывает на прогрессирующий остеомиелит.
- ▣ Параличи, возникающие в “холодном” периоде хронического гнойного среднего отита являются показателем глубокого повреждения лицевого нерва. [2]

Патогенез симптомов

- ▣ Парез мимической мускулатуры и гиперракусис - поражение двигательных миелиновых волокон ствола лицевого нерва.
- ▣ Нарушение слезоотделения и функции слизистых желез полости носа - вовлечение в патологический процесс парасимпатических волокон большого каменистого нерва.
- ▣ Нарушение вкуса связано с поражением чувствительных клеток коленцевого ганглия и вкусовых волокон барабанной струны, в составе которой также проходят волокна к поднижнечелюстной и подъязычной слюнным железам (вызывает изменение вязкости слюны и ее химического состава, что также изменяет вкусовые ощущения у пациентов).
- ▣ Интенсивный болевой синдром в области ушной раковины и в наружном слуховом проходе - поражение клеток Гассерова узла и отходящих от него волокон тройничного нерва, находящихся в тесных анатомо-топографических взаимоотношениях с барабанной полостью, с которой воспалительный процесс распространяется на указанную структуру [6]

Патогенез симптомов

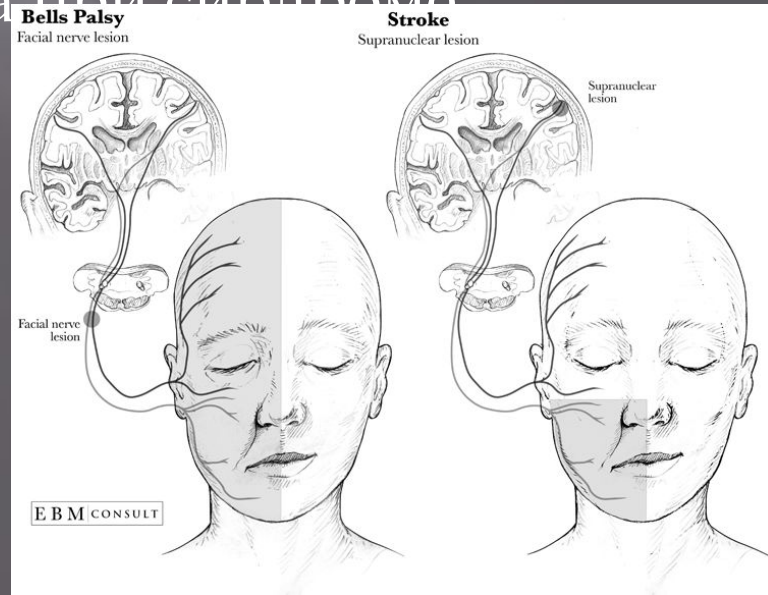
- Нарушение болевой чувствительности в области лба на стороне поражения, головные боли - чувствительные волокна тройничного нерва поступают из барабанного сплетения в ствол лицевого нерва, обеспечивая иннервацию верхней трети лица. Кроме того, тройничный нерв иннервирует твердую мозговую оболочку.
- Вестибулярное головокружение обусловлено тесными топографо-анатомическими взаимоотношениями внутреннего, среднего уха и канала лицевого нерва.
- Нарушение проприоцептивной чувствительности лица - поражение как периферических ветвей клеток коленчатого ганглия, так и миелиновых волокон, дополнительно поступающих в состав лицевого нерва от тройничного нерва. Увеличение количества миелиновых волокон барабанном отделе происходит за счет ветвей барабанного сплетения, что обуславливает сохранение интенсивного болевого синдрома у пациентов с парезом или параличом VII пары ЧМН на фоне среднего отита при нормализации отоскопической картины. [6]

Патогенез симптомов

- В сосцевидном отделе обнаружен микроганглий, обеспечивающий иннервацию слизистых желез барабанной полости и сосцевидного отростка, потовых желез лица.
- При поражении микроганглия возникает гиперфункция слизистых желез среднего уха, повышается вязкость секрета, что приводит к его застою, а при неадекватной терапии к нагнаиванию.
- Поражение клеток микроганглия и безмиелиновых нервных волокон вызывает рефлекторное нарушение иннервации сосудов барабанной полости и лица на стороне поражения (нервно-трофические расстройства). [6]

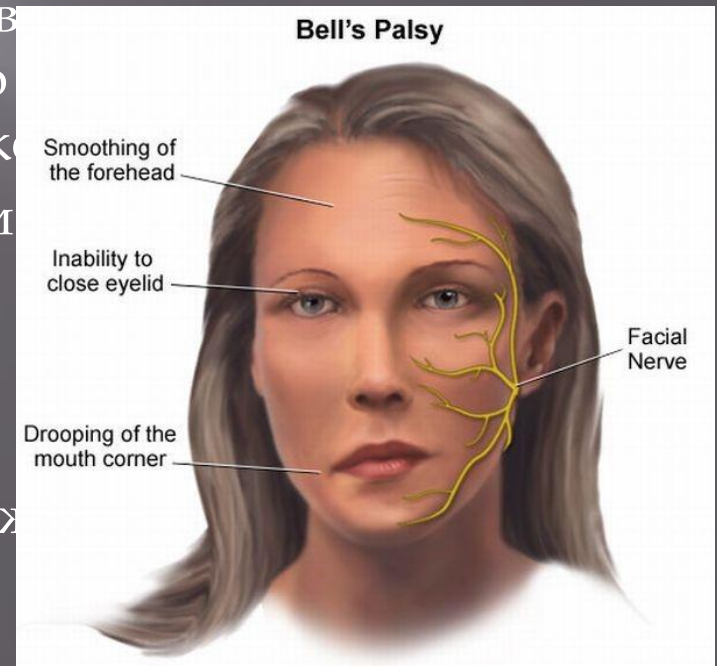
Дифференциальный диагноз

- Дифференциальную диагностику отогенных поражений лицевого нерва проводят с:
 - Параличом Белла
 - Невриномой слухового нерва
 - Параличами лицевого нерва при синдроме Рамсея-Ханта



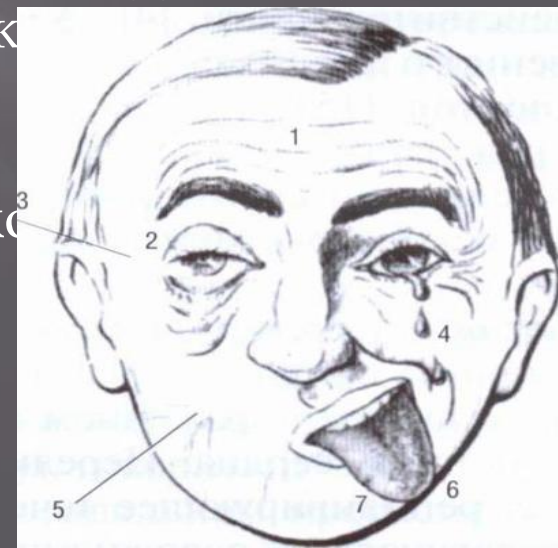
Отогенный неврит лицевого нерва и паралич Белла

- (т.н. ишемический паралич) - 2/3 от общей структуры параличей ЛН.
- Возникающие параличи односторонние, без нарушения слуха и вкуса.
- Нередко развитию паралича предшествуют боли в области околоушной железы, сосцевидного отростка и затылка. [2]
- Отсутствие признаков воспалительных реакций в нерве или его оболочках при гистологически исследовании нерва или барабанной струны, взятых во время операции у больных параличом Белла (Kettel и Jongk). [3]
- В последнее время многие исследователи обращают внимание на роль аллергии в возникновении паралича.
- Патологические изменения чаще всего отмечаются в сосцевидном отрезке нерва между шилососцевидным отверстием и ампулой наружного полукружного канала. [3]



Отогенный неврит лицевого нерва и паралич Белла

- ▣ В настоящее время принято положение о том, что паралич Белла возникает вследствие комбинированного воздействия сосудистых спазмов и сдавления нерва в узком канале височной кости.
- ▣ *3 теории* в отношении ишемии как причины паралича Белла:
 - ▣ *Теория первичной ишемии* (первичный сосудистый спазм).
 - ▣ *Теория вторичной ишемии* (в результате набухания лицевого нерва в его канале, возможно, вследствие паренхиматозного неврита). Эта концепция в связи с отсутствием данных, подтверждающих инфекционное происхождение паралича Белла, сейчас отвергнута.
 - ▣ *Теория комбинированной первичной и вторичной ишемии* получила наиболее широкое признание. [1]



Отогенный неврит лицевого нерва и паралич Белла

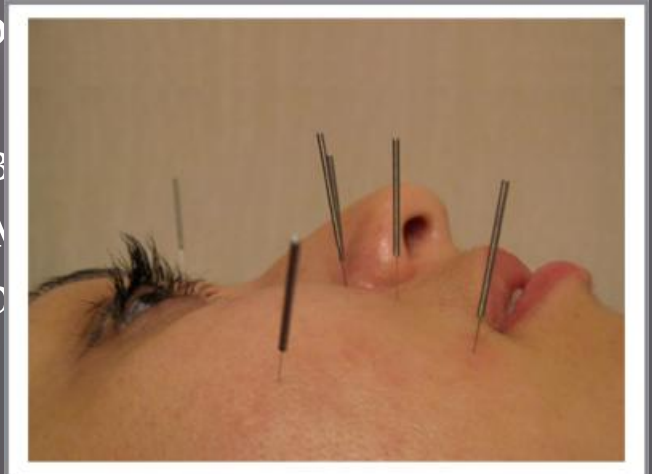
- Вслед за сужением артериол наступает расширение капилляров с повышением проницаемости и образованием транссудата (может быть следствием ишемии или возникает рефлексорно в результате падения венозного давления).
- Давление транссудата передается на стенки лимфатических капилляров, что приводит к закрытию последних, это вызывает резкое набухание нерва и его оболочек в костном канале височной кости и, следовательно, нарушение циркуляции крови в сосудах, снабжающих нерв.
- Вследствие вторичной ишемии создается порочный круг и нерв лишается снабжения кровью, а следовательно, и притока кислорода.
- Нервные волокна быстро теряют способность к проведению импульса, когда они лишаются снабжения кислородом.
- Именно факторы, приводящие к аноксии нерва, играют ведущую роль в возникновении нарушений функции лицевого нерва, а не сдавление нерва.
- Из практики известны многочисленные случаи, когда ствол лицевого нерва оказывался сдавленным невриномой VIII нерва или холестеатомой в среднем ухе и был уплощен, растянут, но функция нерва оставалась сохранной.[1]

Отогенный неврит лицевого нерва и паралич Белла

- ▣ Большинство параличей Белла излечивается в результате консервативной терапии, сроки и степень восстановления функции могут быть различными.
- ▣ Во многих случаях первые произвольные движения мимических мышц появляются уже через несколько дней после наступления паралича, в других — только через 1 — 2 месяца.
- ▣ Все это говорит о том, что в основе паралича Белла могут лежать разной степени и характера поражения проводящих элементов лицевого нерва, при этом следует различать физиологическую блокаду проводимости нерва от анатомической. [1]

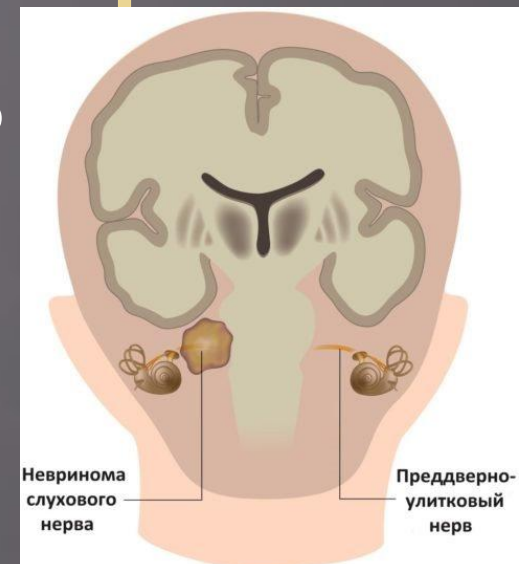
Отогенный неврит лицевого нерва и паралич Белла

- ▣ *Консервативное лечение* ишемических параличей лицевого нерва должно носить комплексный характер. Оно включает:
 - ✓ медикаментозное лечение (сосудорасширяющие средства: производные никотиновой кислоты, гистамин, новокаин, спазмолитики (папаверин, тифен, дибазол), витамины (группы В) АКТГ, глюкокортикостероиды (данные противоречивы))
 - ✓ Физиотерапию (инфракрасное облучение пораженной половины лица, прерывистая гальванизация с электродами с солевым раствором, пробовали применять рентгенотерапию и ультразвук)
 - ✓ Массаж (проводят сами больные, круговыми движениями кончиков пальцев щеки и лба несколько раз в день)
 - ✓ Блокады звездчатого ганглия.
 - ✓ При полном параличе обязателен уход за глазом — регулярные промывания солевым раствором, иногда — частичная тарзоррафия
 - ✓ При неэффективности — хирургическое (декомпрессия). [1]



Отогенный неврит лицевого нерва и невринома слухового нерва

- из всех внутричерепных опухолей чаще всего вызывает паралич лицевого нерва.
- по отношению к опухолям головного мозга составляет 9 %, по отношению к опухолям задней черепной ямки – 23 %, тогда как опухоли задней черепной ямки по отношению ко всем опухолям головного мозга составляют 35 %, в то же время невринома преддверно-улиткового нерва составляет 94,6 % опухолей боковой цистерны мозга. [16]
- наиболее часто распознается в возрасте 25–50 лет, однако может возникать и в детском и престарелом возрасте. У женщин встречается в 2 раза чаще, чем



Отогенный неврит лицевого нерва и невринома слухового нерва

- ▣ доброкачественная инкапсулированная фиброзная опухоль округлой или овальной формы, весьма варьирующая в размерах (диаметр ее может превышать 5 см), первично развивающаяся во внутреннем слуховом проходе из невролеммы (шванновской оболочки) вестибулярного нерва с дальнейшим ростом в направлении мосто-мозжечкового угла [16]



Отогенный неврит лицевого нерва и невринома слухового нерва

- Обычно исходит из вестибулярной и редко из кохлеарной ветви VIII пары ЧМН.
- В процессе роста заполняет все пространство боковой цистерны мозга, значительно растягивая и истончая оказывающиеся на ее поверхности черепные нервы мосто-мозжечкового угла (преддверно-улитковый, лицевой, промежуточный и тройничный), что приводит к трофическим нарушениям и морфологическим изменениям, нарушающим их проводимость, и искажению функций иннервируемых ими органов.
- Заполняя весь внутренний слуховой проход, опухоль сдавливает внутреннюю слуховую артерию, питающую структуры внутреннего уха, а выходя в область мосто-мозжечкового угла, оказывает давление на артерии, питающие мозжечок и ствол мозга.
- Оказывая давление на костные стенки слухового прохода, опухоль вызывает их резорбцию, что является рентгенологическим признаком расширения его, а по выходе в зону вершины пирамиды – ее разрушение, после чего опухоль устремляется в мосто-мозжечковый угол, не испытывая в его свободном пространстве ни механических препятствий, ни недостатка в питательных веществах. Именно здесь начинается ее бурный рост. [1]

Отогенный неврит лицевого нерва и невринома слухового нерва

- Большие опухоли смещают и сдавливают продолговатый мозг, мост, мозжечок, вызывая соответствующие неврологические нарушения, обусловленные поражением ядер черепных нервов, жизненно важных центров и их проводящих путей.
- Маленькие опухоли (2–3 мм) с длительным циклом развития могут протекать бессимптомно и обнаруживаться случайно при биопсии. Такие случаи составляют до 1,5 %.
- В 3 % случаев наблюдаются двусторонние опухоли; возникают они, как правило, при распространенном нейрофиброматозе (болезнь Реклингхаузена). [16]



Отогенный неврит лицевого нерва и невринома слухового нерва

- ▣ Частыми и патогномичными симптомами опухоли являются тугоухость, ушной шум на стороне поражения и нарушение лабиринтной функции, встречающиеся у 52 – 99,2% больных, и нарушение лабиринтной функции (спонтанный нистагм, головокружение) – у 42 – 98,9% больных.
- ▣ Тугоухость – более ранний симптом.
- ▣ При невриноме слухового нерва полный паралич лицевого нерва – большая редкость, обычно наблюдается паралич ротовой ветви и слабость остальных.
- ▣ Выраженные параличи лицевого нерва отмечаются лишь в 13 – 11% случаев опухоли, слабость же (особенно ротовой ветви) нерва – в 48 – 65% случаев. Полный паралич лицевого нерва – большая редкость.
- ▣ Следует отметить удивительную сопротивляемость лицевого нерва сдавлению опухолью. Лицевой нерв может быть удлиннен по сравнению с нормой в пять раз и представлен тонкой нитью, без выраженных явлений паралича. [1]

Отогенный неврит лицевого нерва и невринома слухового нерва

- ▣ Различают следующие четыре клинических периода развития невриномы преддверно-улиткового нерва.
 - ▣ *Отиатрический период (стадия).*
 - ▣ *Отоневрологический период (стадия).*
 - ▣ *Неврологический период (стадия).*
 - ▣ *Терминальный период (стадия).*
- ▣ Классическое деление клинических форм невриномы преддверно-улиткового нерва на четыре периода не всегда соответствует хронологической последовательности появления признаков, характерных для этих периодов.



Диагностика невриномы преддверно-улиткового нерва

- затруднительна лишь в отиатрической стадии, когда в большинстве случаев отсутствуют рентгенологические изменения внутреннего слухового прохода,
- Начиная с отоневрологической (II) стадии опухоль внутреннего слухового прохода практически выявляется во всех случаях, особенно при применении таких высокоинформативных методов, как МРТ и КТ, в ряде случаев с применением контрастирования.
- Достаточно высокой информативностью обладают рентгенологические проекции по Стенверсу, Шоссе III, трансорбитальная проекция с визуализацией пирамид височной кости.
- Определенное значение в диагностике имеет исследование СМЖ. При невриноме преддверно-улиткового нерва количество клеток остается на уровне нормы и не превышает $15 \times 10^6 / \text{л}$, в то же время наблюдается значительное увеличение содержания белка (от 0,5 до 2 г/л и более), выделяемого с поверхности больших неврином, пролабировавшихся в мостомозжечковый угол.[16]

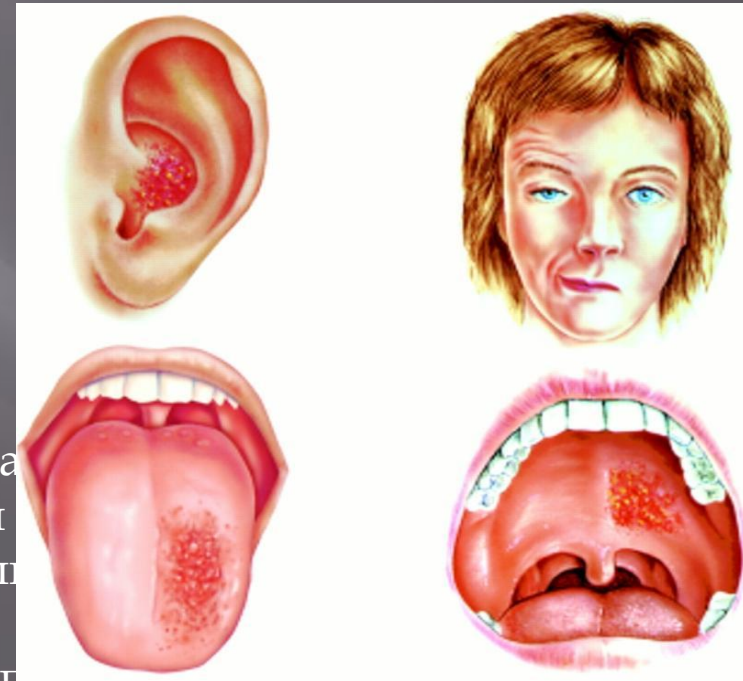
Лечение невриномы преддверно-улиткового нерва

- исключительно хирургическое.
- В зависимости от размеров и направления распространения опухоли, ее клинической стадии применяют такие хирургические доступы, как субокципитальный ретросигмоидальный, транслабиринтный.
- Паралич лицевого нерва чаще возникает вследствие операции, чем самой опухоли. При полном удалении опухоли слухового нерва, обычно сращенной с лицевым нервом [Богданович, 2007, с. 16]



Отогенный неврит лицевого нерва и опоясывающий герпес уха

- ▣ Синдром, ганглионит, невралгия узла коленца, синдром Рамсея Ханта. Составляет 10% поражений лицевого нерва.
- ▣ Может протекать в легкой, выраженной и тяжелой формах.
- ▣ Проявляется приступообразными / постоянными болями, преимущественно в области уха, нередко распространяющимися на затылок, лицо и шею.
- ▣ Одной из характерных особенностей являются высыпания, которые определяются областью иннервации узла коленца (барабанная полость, барабанная перепонка, наружный слуховой проход, ушная раковина, козелок, противокозелок, область слуховой трубы, язычок, мягкое небо, миндалины, нередко также лицо и волосистая часть головы).
- ▣ Нарушения вкуса в области передних 2/3 языка гиперестезия, а в дальнейшем гипестезия в области наружного слухового прохода, передней трети языка даже всей половины лица.
- ▣ Иногда снижение слуха, звон в ухе на стороне поражения, горизонтальный нистагм и головокружение. [3]



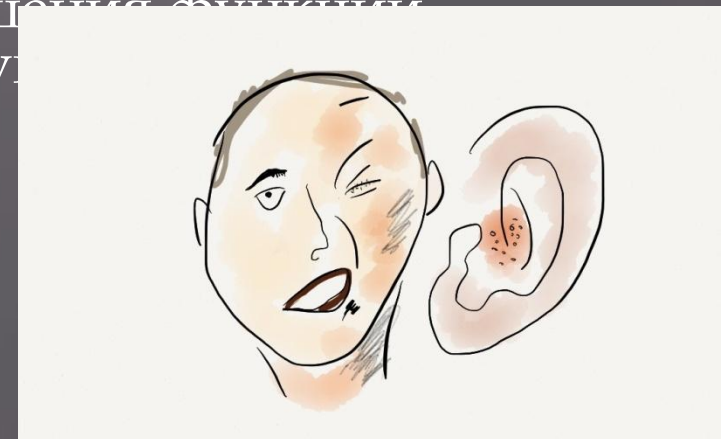
Отогенный неврит лицевого нерва и опоясывающий герпес уха

- Поскольку рядом с узлом колленца проходят двигательные волокна лицевого нерва, возможно нарушением иннервации мимической мускулатуры лица (парез лицевого нерва) .
- Встречается в 60% случаев *herpes zoster oticus*,
- Описаны также поражения тройничного, блуждающего, языкоглоточного нервов и гораздо реже — обонятельного, глазодвигательного, отводящего нервов.
- Паралич лицевого нерва может сопровождаться с болевым синдромом, либо спустя 1-10 суток (обычно появляется после герпетического высыпания). [1]



Отогенный неврит лицевого нерва и опоясывающий герпес уха

- *Синдром Ханта 1.* Сочетание опоясывающего герпеса ушной раковины и наружного слухового прохода с невропатией лицевого и преддверно-улиткового нервов.
- Герпетические высыпания на барабанной перепонке, в области НСП, ушной раковины, и передних 2/3 языка.
- Боль в ипсилатеральной половине лица, в глубине наружного слухового прохода и в области уха.
- Сначала выявляется гипер-, а затем гипестезия в области уха и НСП.
- Асимметрия лица, сухость глаза, гиперракузия, снижение вкуса, на передних 2/3 языка.
- Болевой синдром обычно регрессирует в течение нескольких дней после дебюта заболевания. Нарушения функции мимической мускулатуры легкой или умеренной степени могут сохраняться в течение длительного времени. [16]

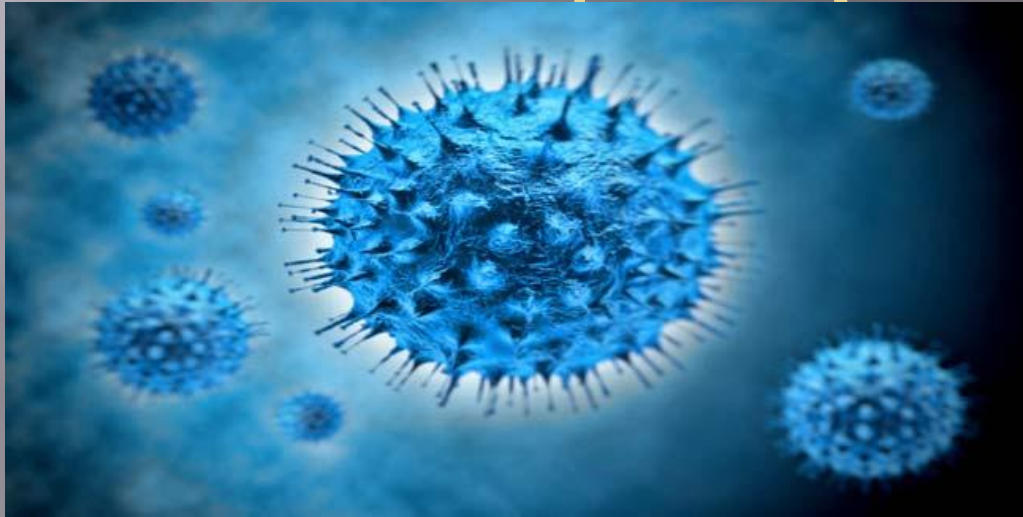


Отогенный неврит лицевого нерва и опоясывающий герпес уха

- ▣ *Синдром Ханта* - вовлечение чувствительных узлов преддверно-улиткового, языкоглоточного, реже блуждающего нерва, а также чувствительных узлов и задних корешков II и III шейных нервов.
- ▣ Герпетические высыпания в области наружного слухового прохода, на задней стенке глотки, мягком небе, небных миндалинах, на волосистой части головы и в областях иннервации II и III шейных нервов.
- ▣ Боль в ухе, полости рта, затылочной области и шее.
- ▣ При неврологическом осмотре - парез мимических мышц, горизонтальный нистагм, атаксия, снижение слуха.
- ▣ Гипестезия ипсилатеральной половины лица.
- ▣ Ксеростомия. [16]



Отогенный неврит лицевого нерва и опоясывающий герпес уха



- ▣ Заболевание вызывается реактивацией персистирующего в организме нейротропного вируса *varicella zoster*.
- ▣ Поражение лицевого нерва – на уровне коленчатого ганглия.
- ▣ Заболевание чаще длится несколько недель, но иногда бывает более продолжительным.
- ▣ Прогноз в большинстве случаев благоприятный, хотя встречаются рецидивизирующие формы заболевания.

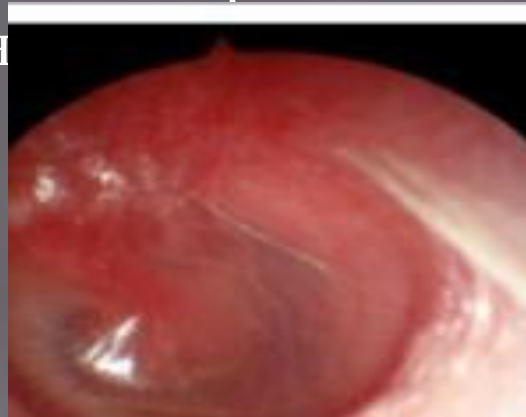
Отогенный неврит лицевого нерва и опоясывающий герпес уха

- Лечение консервативное, начинают с назначения внутрь противовирусных препаратов фамцикловира, 0,5г 3 р/сут, или валацикловира 1г 3 р/сут. Курс лечения 8-10 суток.
- Метисазон 20 мг/кг 6-8 дней.
- Анальгетики – иногда 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 противосудорожные средства – габапентин внутрь 1,2-3,6 г/сутки, и прегабалин внутрь 0,15-0,6 г/сутки. Применяют также НПВС.
- Втирание мазей, применение пластырей, содержащих местноанестезирующие вещества, местную обработку высыпаний (мазь ацикловир, р-р бриллиантового зеленого, фукарцин), высокие дозы витамина В12. В последнее время успешно применяются ганглиоблокирующие средства
- Ультрафонофорез геля с ибупрофеном, чрескожную электронейростимуляцию, магнитно-лазерную терапию, транскраниальную магнитную стимуляцию. [16]



Тактика лечения отогенных поражений лицевого нерва

- ▣ Если парез развивается на ранней стадии острого гнойного среднего отита, то показано консервативное лечение, которое, прежде всего направлено на ликвидацию воспалительного процесса в ухе и осуществление массивной дегидратационной терапии с целью уменьшения отека нерва и окружающих его тканей в фаллопиевом канале.
- ▣ Если, несмотря на соответствующее консервативное лечение, явления паралича нарастают, то показана операция на сосцевидном отростке с целью вскрытия канала лицевого нерва



Тактика лечения отогенных поражений лицевого нерва

- ▣ Параличи лицевого нерва, появившиеся в позднем периоде острого гнойного среднего отита, в большинстве случаев являются признаком мастоидита и остейта в области фаллопиева канала и требуют хирургического лечения (антромастоидотомия).
- ▣ Если, несмотря на вмешательство, паралич стойко держится в течение двух месяцев без малейшей тенденции к улучшению, то показана повторная операция с декомпрессией лицевого нерва [1]



Тактика лечения отогенных поражений лицевого нерва

- ▣ Параличи лицевого нерва при хроническом гнойном среднем отите являются абсолютным показанием к радикальной операции на ухе. [2]
- ▣ Если во время операции, при осмотре наружной стенки канала (с помощью оптических приборов и соответствующих инструментов) не обнаруживается никаких признаков остейта, то есть основания думать о токсическом генезе возникновения паралича. В этом случае показания для декомпрессии нерва отсутствуют.
- ▣ Наличие фистулы канала лицевого нерва и признаков остейта, а также отсутствие признаков восстановления функции нерва, спустя два месяца после операции, является показанием к декомпрессии лицевого нерва. [1]

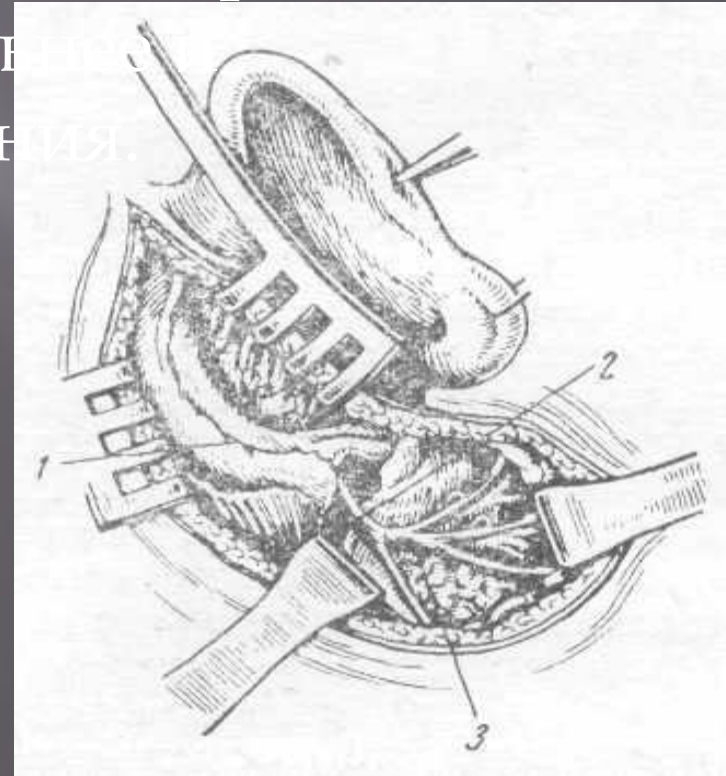
Хирургическое лечение отогенных поражений лицевого нерва.

- Все применяемые в настоящее время хирургические вмешательства на стволе лицевого нерва в костном канале височной кости разделяются на 4 основные группы:
 - декомпрессия
 - шов нерва
 - невролиз
 - свободная трансплантация нерва.

Хирургическое лечение отогенных поражений лицевого нерва.

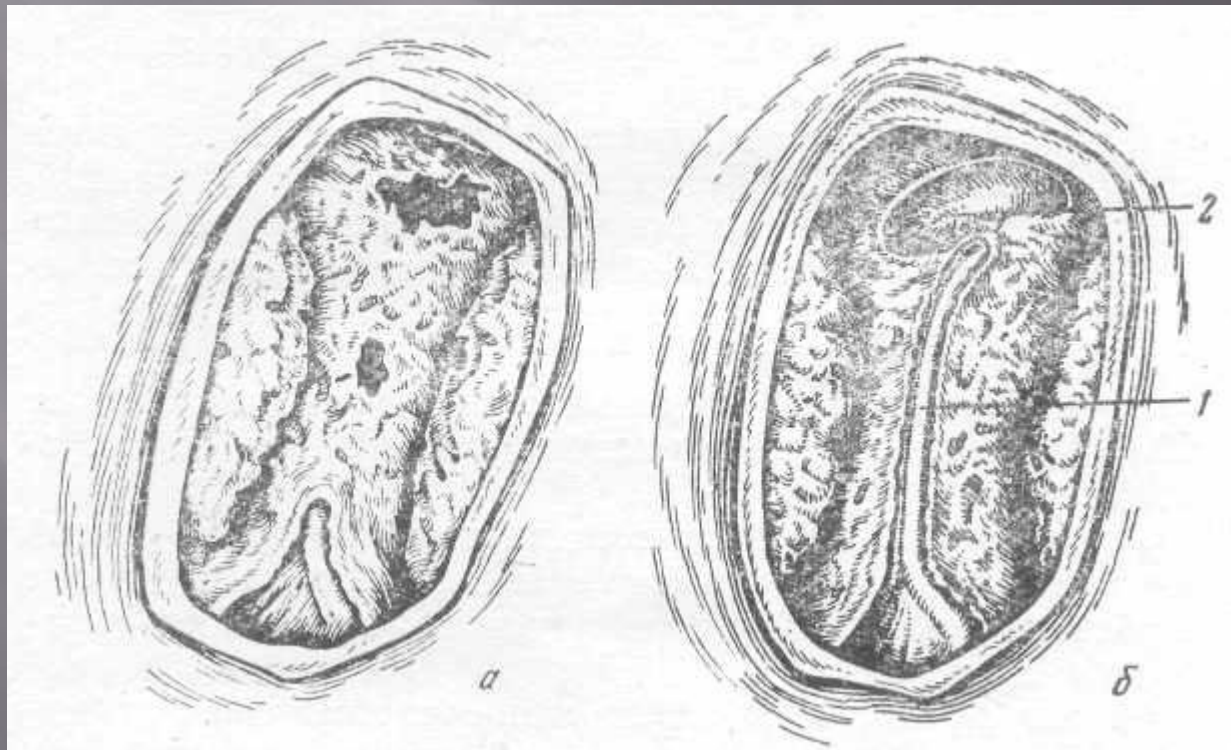
Декомпрессия ствола лицевого нерва - обнажение его на каком-либо отрезке фаллопиева канала настолько, чтобы можно было выделить место повреждения нерва и отрезок здорового нерва дистальнее и проксимальнее места повреждения.

Заушный серповидный разрез



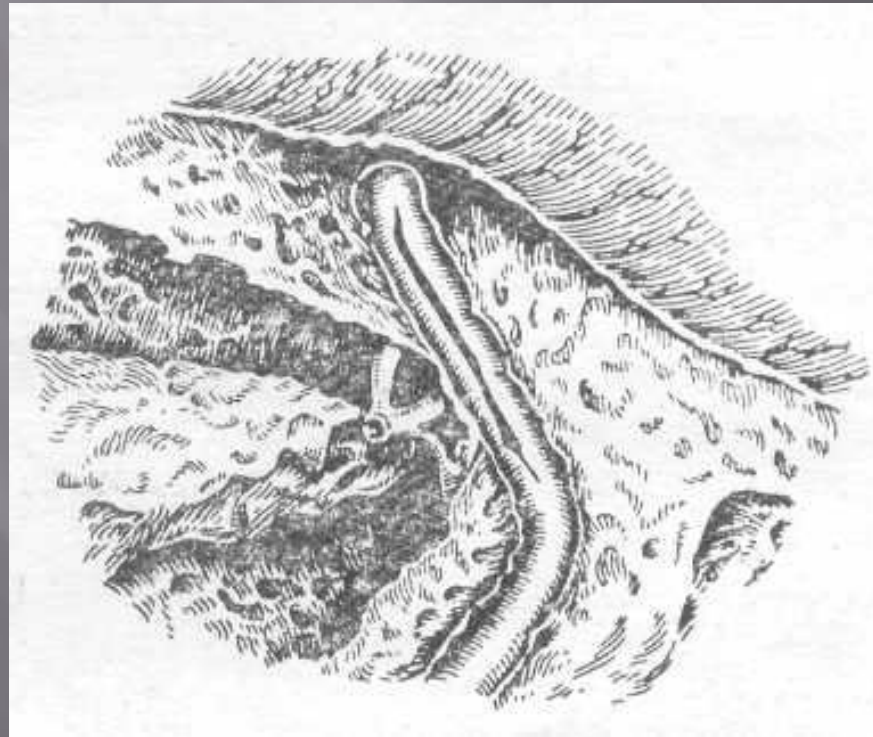
Декомпрессия ствола лицевого нерва

- Обнажение ЛН в шилососцевидном отверстии.
- Обнажение ЛН в пределах вертикального отрезка фаллопиева канала



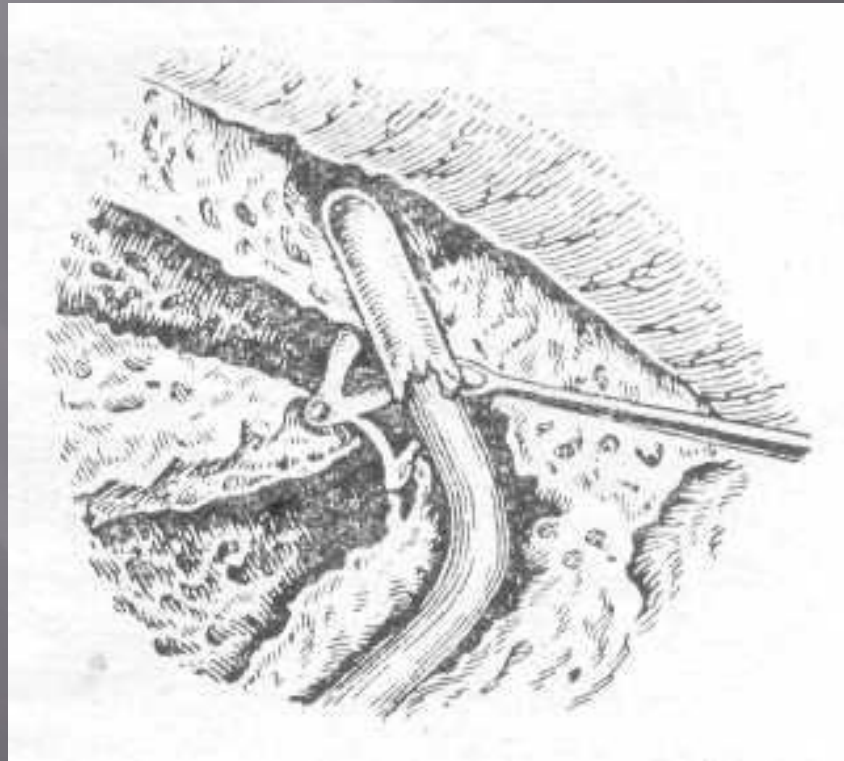
Декомпрессия ствола лицевого нерва

Ствол нерва обнажен от шило-сосцевидного отверстия до коленчатого узла. Частично рассечена эпиневральная оболочка.



Декомпрессия ствола лицевого нерва

Декомпрессия лицевого нерва в горизонтальном отделе фаллопиева канала.

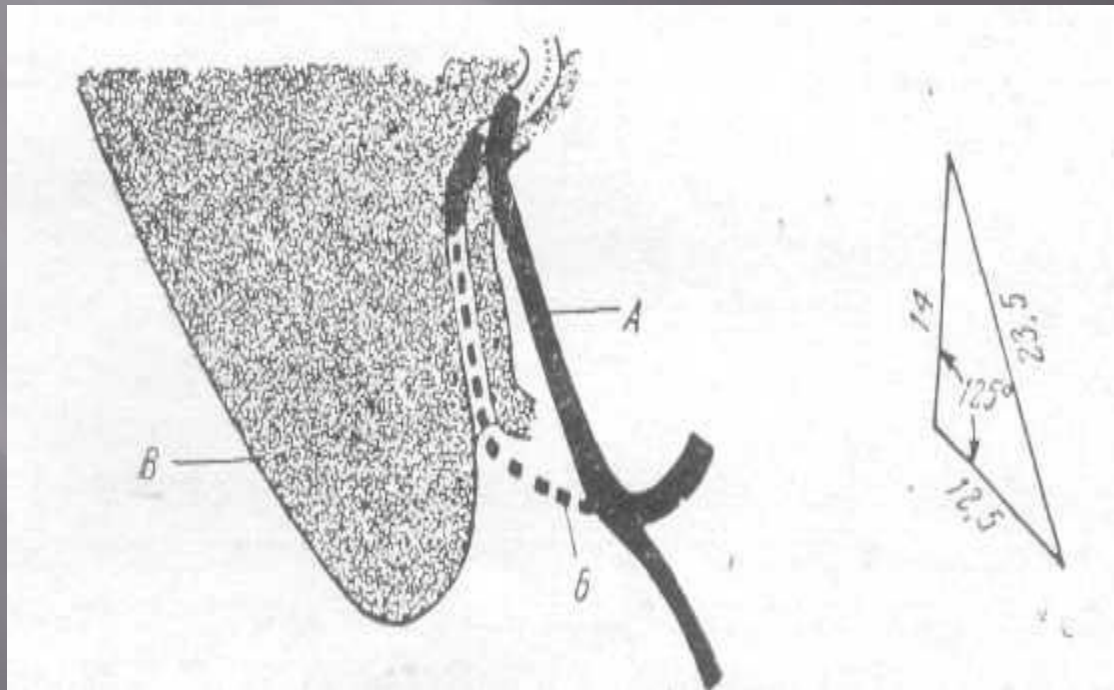


Шов нерва конец в конец

- Может быть применен, когда ствол ЛН полностью прерван и концы нерва могут быть соединены без всякого натяжения (это возможно, если диастаз не превышает 2—3 мм, так как при большем дефекте повреждаются многочисленные мелкие сосуды, соединяющие нерв с костной стенкой канала).
- Наибольшее распространение получил rerouting (изменение пути нерва) – ствол нерва обнажается на протяжении для устранения физиологических изгибов, что может обеспечить сближение концов на 10-12мм.
- Соединение культей нерва наложением двух шелковых швов, проходящих через эпиневрй.
- Преимущество: прорастающие нейрофибриллы должны преодолеть лишь одно место анастомоза вместо двух, как при трансплантате.
- Недостаток - в нарушении кровообращения после изъятия нерва из канала в связи с нарушением целостности конечных веточек шило-сосцевидной артерии.

Шов нерва конец в конец

Операция изменения пути нерва по
Bunnel.

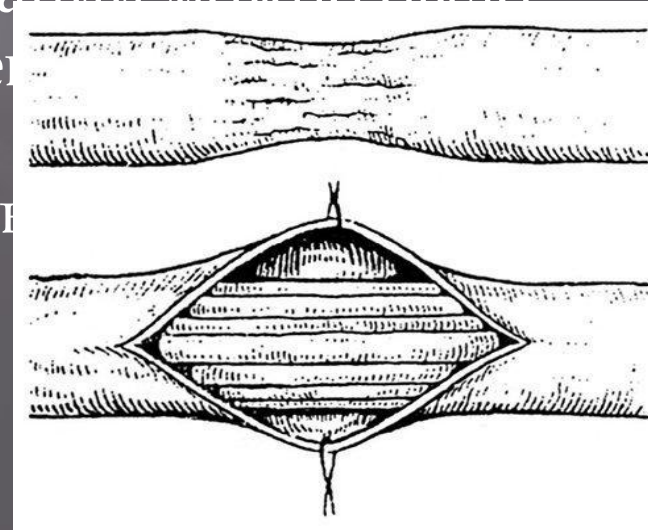


Невролиз

- ▣ При травматических параличах лицевого нерва, связанных с повреждением лицевого нерва во время операций на, через 2 — 8 месяцев, как правило, нерв оказывается окутанным рубцовой тканью.
- ▣ Перед хирургом встает проблема: произвести невролиз с тщательным разъединением мельчайших рубцов и удалением боковых невром или иссечь патологически измененный участок лицевого нерва с последующей аутонервной трансплантацией или наложением шва.
- ▣ Отохирурги пришли к убеждению, что метод невролиза может дать лучшие результаты, чем замещение дефекта в нерве аутонервным трансплантатом.
- ▣ Если удастся выделить ствол нерва из окружающей рубцовой ткани и достигнуть здоровых на вид участков нерва, то, несомненно, сохраненный ствол самого лицевого нерва явится лучшей основой для регенерирующих волокон, чем нервная вставка.

Невролиз

- После успешно проведенного невролиза уже через 2—8 недели появляются первые произвольные движения мимических мышц, а в последующем довольно быстро восстанавливается функция лицевого нерва.
- Очевидно, что в подобных случаях в столь короткие сроки не могла произойти регенерация нерва, а имел место физиологический блок проводящих элементов нерва (нейропраксия).
- Если бы этим больным была произведена трансплантация нерва, то успех операции можно было ожидать не ранее чем через 6—8 месяцев при значительно худшей степени восстановления функции парализованных мимических мышц.

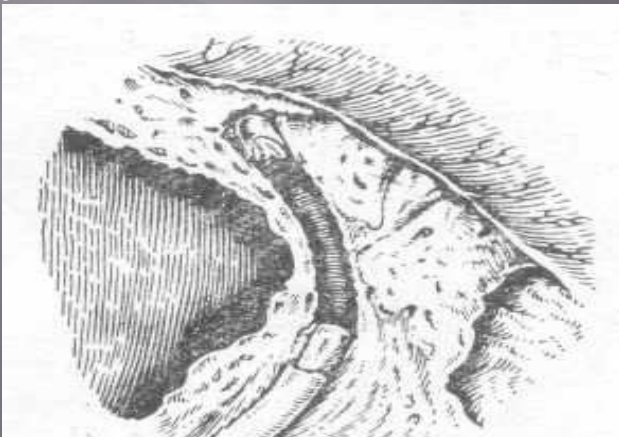


Замещение дефектов в лицевом нерве при помощи нервных трансплантатов

- ▣ Аутооттрансплантат в течение длительного времени сохраняет условия для успешного прорастания аксонов из центрального отрезка нерва через трансплантат
- ▣ Отрицательной стороной аутооттрансплантатов является ограниченная возможность получения материала, так как для замещения дефекта в крупном двигательном нерве необходимо нарушить целостность какого-либо другого нерва крупного диаметра.
- ▣ В поисках метода, способного удовлетворить требованиям клиники, были проведены многочисленные эксперименты с гомо- и гетеротрансплантатами, причем было установлено, что в последних зонах некроза значительно шире, чем в аутооттрансплантате

Замещение дефектов в лицевом нерве при помощи нервных трансплантатов

- Наилучшие результаты с использованием трансплантатов в настоящее время получены при замещениях дефектов в лицевом нерве.
- Такую способность к регенерации ЛН через вставку можно прежде всего объяснить небольшим диаметром, позволяющим трансплантату сохраняться без центрального некроза до момента прохождения через него регенерирующих аксонов.
- Известную роль играет и костный желоб фаллопиева канала, в который, как в нишу, укладывается трансплантат.



...ие культи ЛН в
...евом канале

Замещение дефектов в лицевом нерве при помощи нервных трансплантатов

- Нерв-донор должен отвечать нескольким требованиям:
 - иметь диаметр, соответствующий диаметру лицевого нерва
 - должен быть достаточной длины, чтобы из него можно было получить трансплантат, позволяющий заполнить дефект в ЛН
 - при перерезке такого нерва не должны нарушаться функции важных органов.
- В качестве нервов-доноров рекомендуется: межреберный, большой ушной нерв, латеральный кожный бедренный нерв.

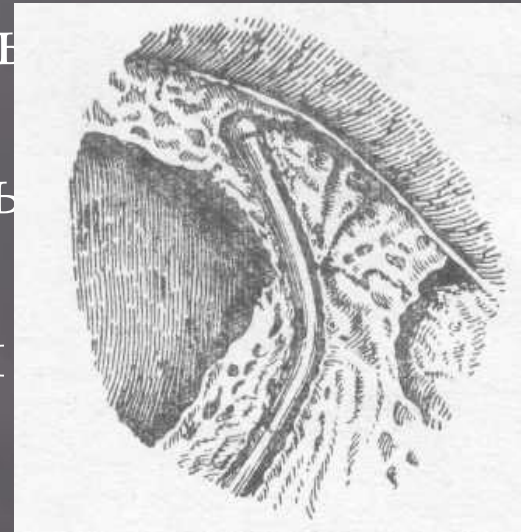
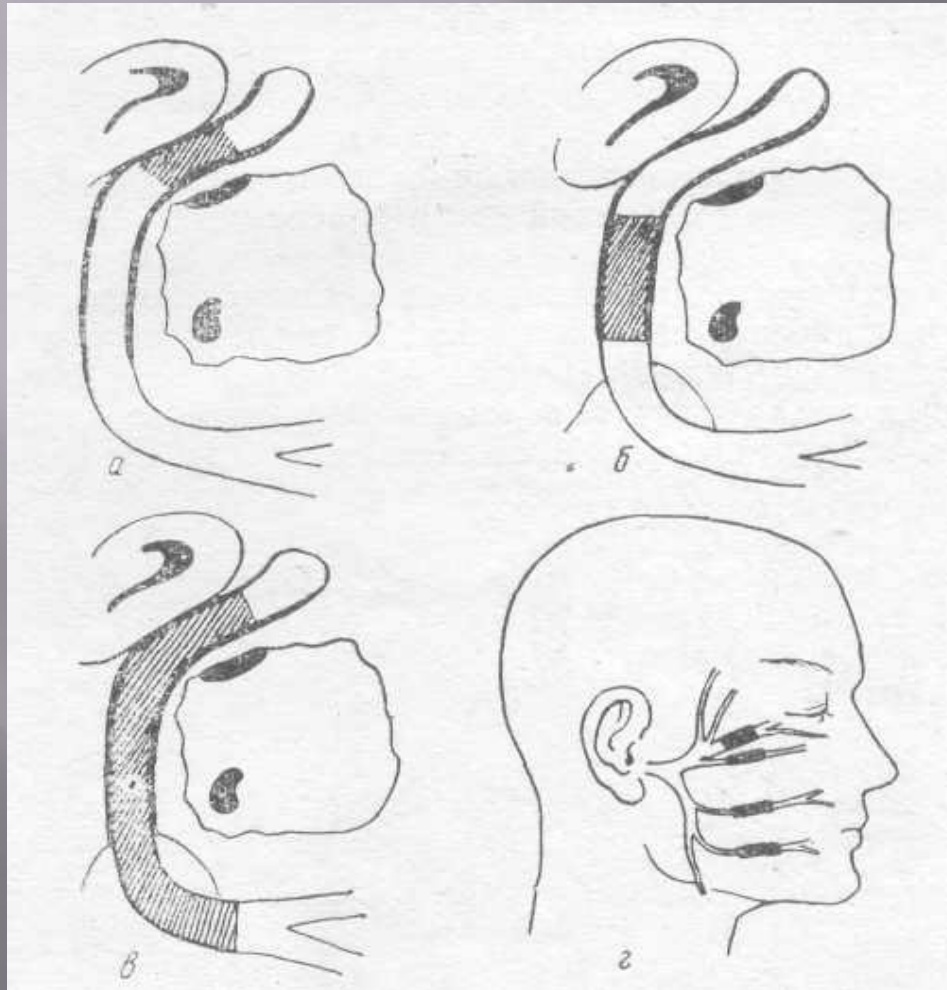


Схема замещения аутотрансплантатами дефектов в различных отделах лицевого нерва.

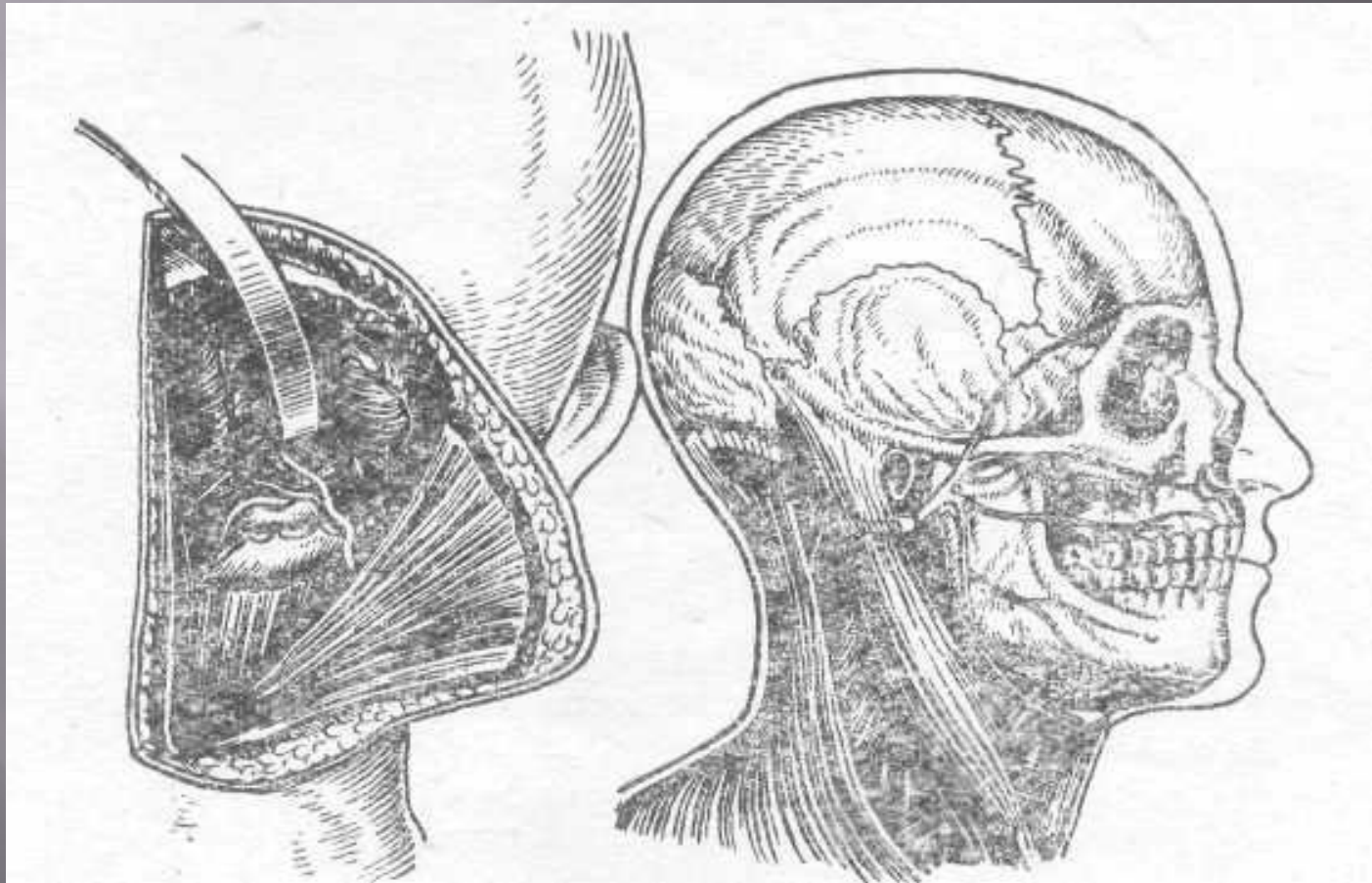


а — в барабанном отделе;
б — в вертикальном;
в — в горизонтальном и
вертикальном отделах;
г — в периферических
ветвях.

Трансплантация лицевого нерва с обходом височной кости (операция Dott)

- ▣ Необходимость восстановления целостности лицевого нерва возникает при удалении невринома VIII нерва, а также при тяжелых поперечных переломах пирамиды с отрывом ствола ЛН.
- ▣ Dott в 1958 г. разработал метод, позволяющий восстановить функцию поврежденного ЛН, который заключается в том, что длинный трансплантат, взятый из какого-либо нерва больного (п. suralis), сшивают с центральной культей лицевого нерва в мостомозжечковом углу. Трансплантат проводится с обходом пирамиды через трепанационное отверстие к зачелюстной ямке, где соединяется с периферической культей лицевого нерва.

Трансплантация лицевого нерва с обходом височной кости (операция Dott)



Консервативная терапия отогенных поражений лицевого нерва

- ▣ Медикаментозная терапия
- ✓ *дегидратационная* (40% р-р глюкозы 20 мл в/в 10–15 дней, 25% р-р сернокислой магнезии 10 мл в/м 5–10 дней, в остром периоде фуросемид по 0,04 г/день 3 дня или диакарб, верошпирон).
- ✓ *коррекция гемодинамических нарушений* (никотиновая кислота в/в, в/в в 20мл 40% глюкозы, местно внутрикожно; эуфиллин, пентоксифиллин).
- ✓ *витамины группы В* – по 1 мл 5% р-ра вит. В1 в/м 15–20 дней; вит. В6 в/м по 1 мл 5% р-ра в день (№10–15); вит. В12 по 800–1000 мкг/сут в/м №10.
- ✓ Антихолинэстеразные препараты (стрихнин, прозерин)
- ✓ *гормональная терапия* - преднизолон перорально по 30–60 мг/сут в течение 5 дней с последующим постепенным снижением дозы до 5–10 мг/сут. Общая доза преднизолона на курс равна 200–300 мг.
- ✓ препараты, улучшающие тканевой *метаболизм* (алоэ, фибс, стекловидное тело, АТФ)

Лечение отогенных поражений лицевого нерва в восстановительном периоде

Лечение положением

- спать на боку (на стороне поражения);
- сидеть, склонив голову в сторону поражения, поддерживая ее тыльной стороной кисти (с опорой на локоть);
- подвязывать платок, подтягивая мышцы со здоровой стороны в сторону поражения (снизу вверх). [11]

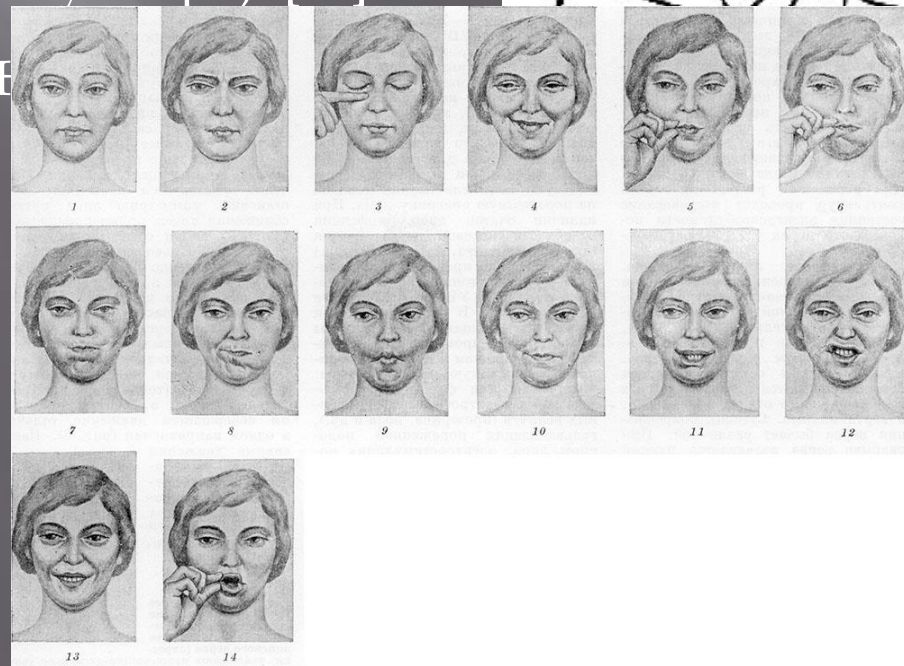


□ Лейкопластырное натяжение

□ Лечебная гимнастика

□ Массаж пораженной

половины лица



Лечение отогенных поражений лицевого нерва в восстановительном периоде

- ▣ Физиотерапевтическое лечение:
 - ▣ Импульсные токи низкой частоты на область шейных симпатических ганглиев
 - ▣ Иглорефлексотерапия (начинают со здоровой половины лица, через 15-20 мин. на пораженную)
 - ▣ Фонофорез лидазы
 - ▣ Тепло- и грязелечение
 - ▣ Гирудотерапия
 - ▣ Гипербарическая оксигенация
 - ▣ Акупунктура

Цели и задачи исследования

- Целью данного исследования явилось:
 - Клинико-эпидемиологическая характеристика отогенных поражений лицевого нерва по данным оториноларингологического отделения Кировской областной клинической больницы за 2014-2017 годы
- Задачи:
 - Изучить литературные источники по теме исследования
 - Изучить архивные данные оториноларингологического отделения КОКБ
 - Оценить гендерный, возрастной состав пациентов, поступающих с отогенными поражениями лицевого нерва
 - Изучить клиническую характеристику больных с отогенными поражениями лицевого нерва
 - Проанализировать и оформить результаты исследования
 - Сделать выводы на основе полученных результатов исследования

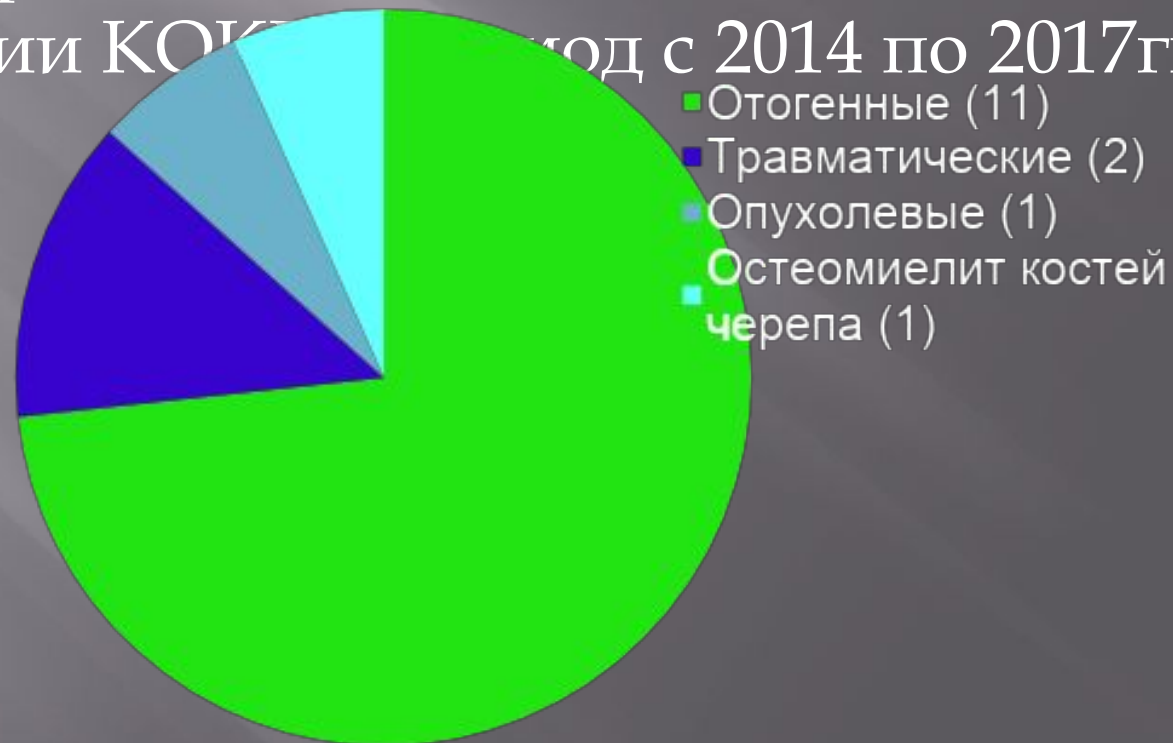
Материалы и методы исследования

- ▣ **Материалы:**
 - Литературные источники фонда Кировской областной научной медицинской библиотеки
 - Архивные данные оториноларингологического отделения КОКБ за 2014-2017гг
 - Данные интернет-ресурсов
- ▣ **Методы:**
 - Анализ и обобщение данных научной литературы и периодических изданий по теме исследования
 - Проведение опроса, осмотра, обследования пациентов оториноларингологического отделения КОКБ с отогенными поражениями лицевого нерва
 - Изучение историй болезни
 - Комплексный анализ полученных данных

Научно-исследовательская часть

- В соответствии с поставленными задачами было проанализировано 15 историй болезни больных с поражениями лицевого нерва, проходивших лечение в ЛОР отделении КОКБ в период с 2014 по 2017гг.

- Из них:



Научно-исследовательская часть

- ▣ 2 случая пареза лицевого нерва травматического генеза, в обоих случаях переломы пирамиды левой височной кости (в одном случае - продольный, во втором - тип перелома не уточняется), гематотимпанум. Травмы в обоих случаях получены в результате падения. Средний возраст этих больных – 48 лет.
- ▣ В первом случае явления пареза лицевого нерва возникли на 3й день после травмы, при выписке на 16й день после травмы парез сохранялся.
- ▣ Во втором случае парез ЛН возник на 5-й день после травмы, полный регресс симптомов – на 16й день после травмы.
- ▣ Лечение в обоих случаях консервативное (в первом случае сопровождалась острой СНТ: дексаметазон 24-24-16-16-12-12-8-8-4-4мг, сосудистая терапия, во втором случае – ОЧМТ: антибактериальная и симптоматическая терапия).

Научно-исследовательская часть

- ▣ 1 случай пареза лицевого нерва опухолевой этиологии – пациент 51 года, диагноз с учетом гистологического исследования – переходноклеточный рак правой гайморовой пазухи с деструкцией ее стенок. Больной был переведен в КООД для оперативного лечения.
- ▣ 1 случай пареза ЛН на фоне остеомиелита костей черепа (участки краевой деструкции пирамиды правой височной кости, скуловой дуги справа, правой основной кости с наличием инфильтрации прилежащих мягких тканей) – у больного 79 лет с сопутствующими заболеваниями: сахарный диабет, ГБ 2ст, ЦАС ХНМК2. Получал консервативное лечение, наркотические анальгетики. Оперативное лечение с учетом возраста больного и локализации процесса не проводилось.

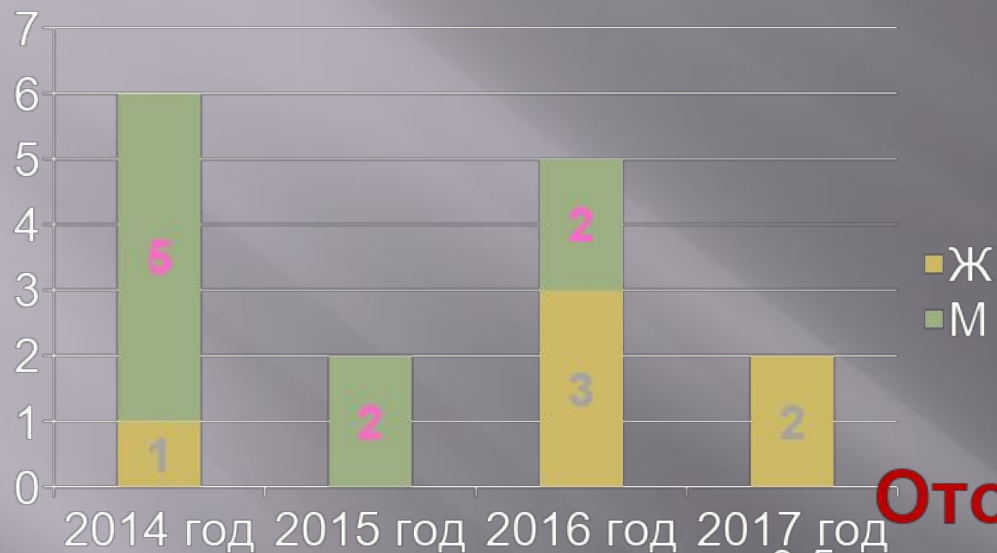
Гендерный состав больных



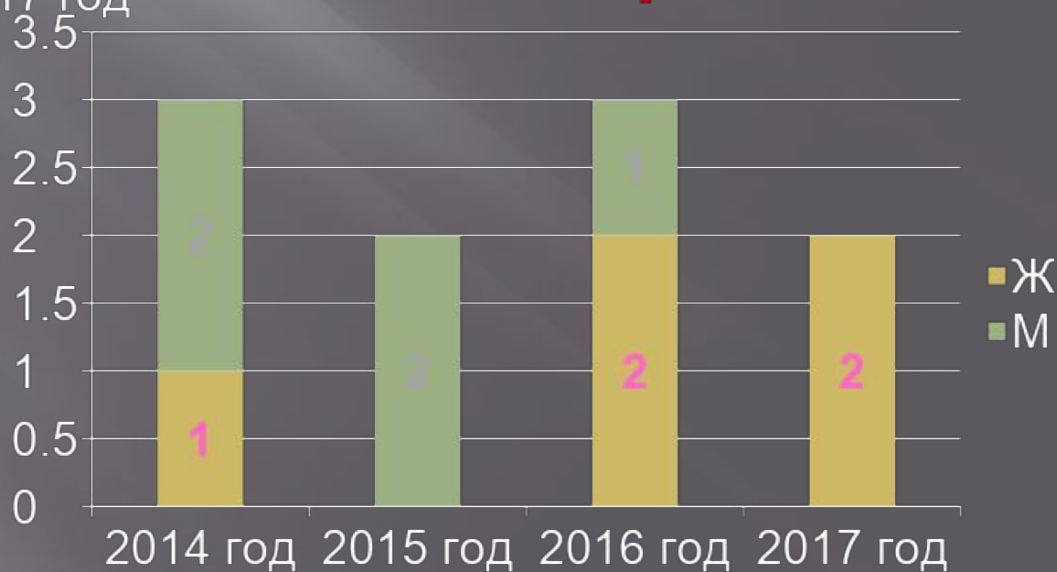
Ототенные поражения



Распределение по годам

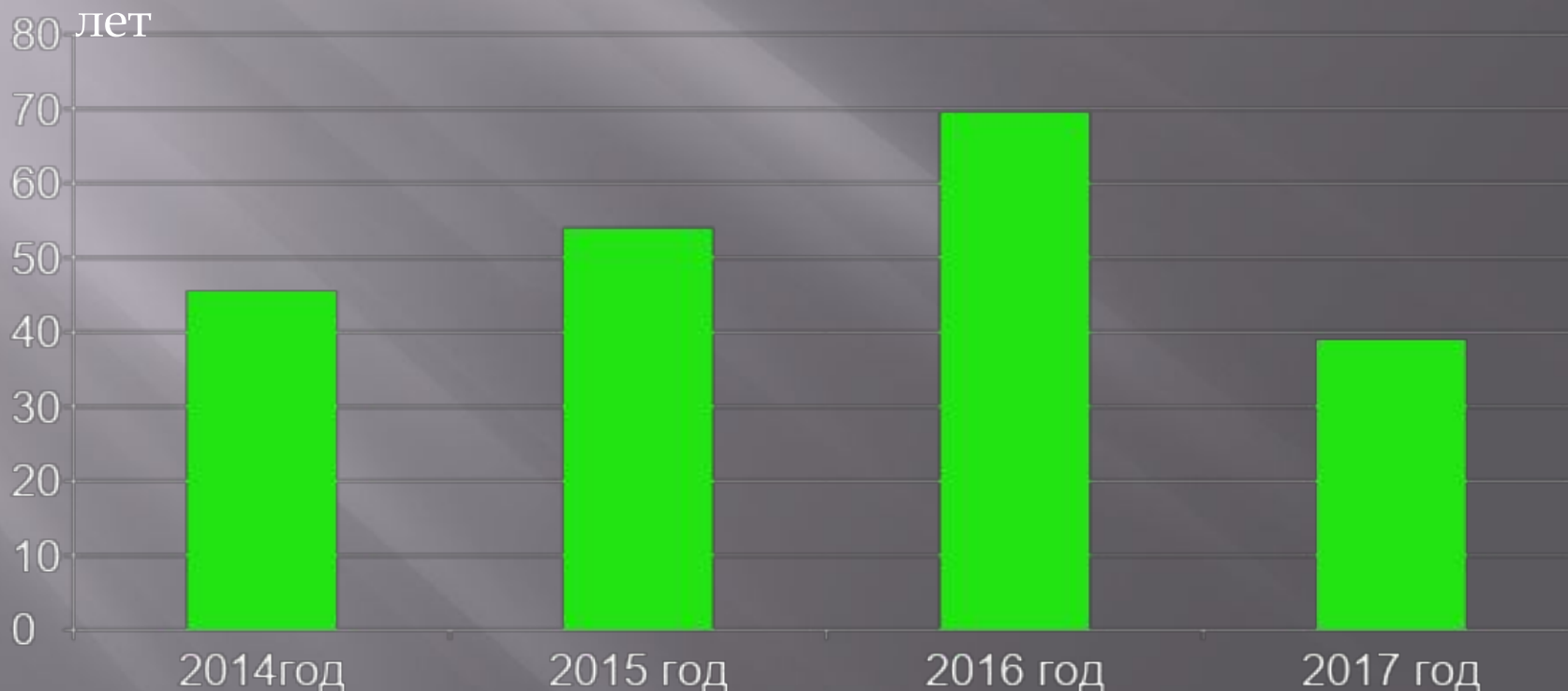


Отогенные поражения

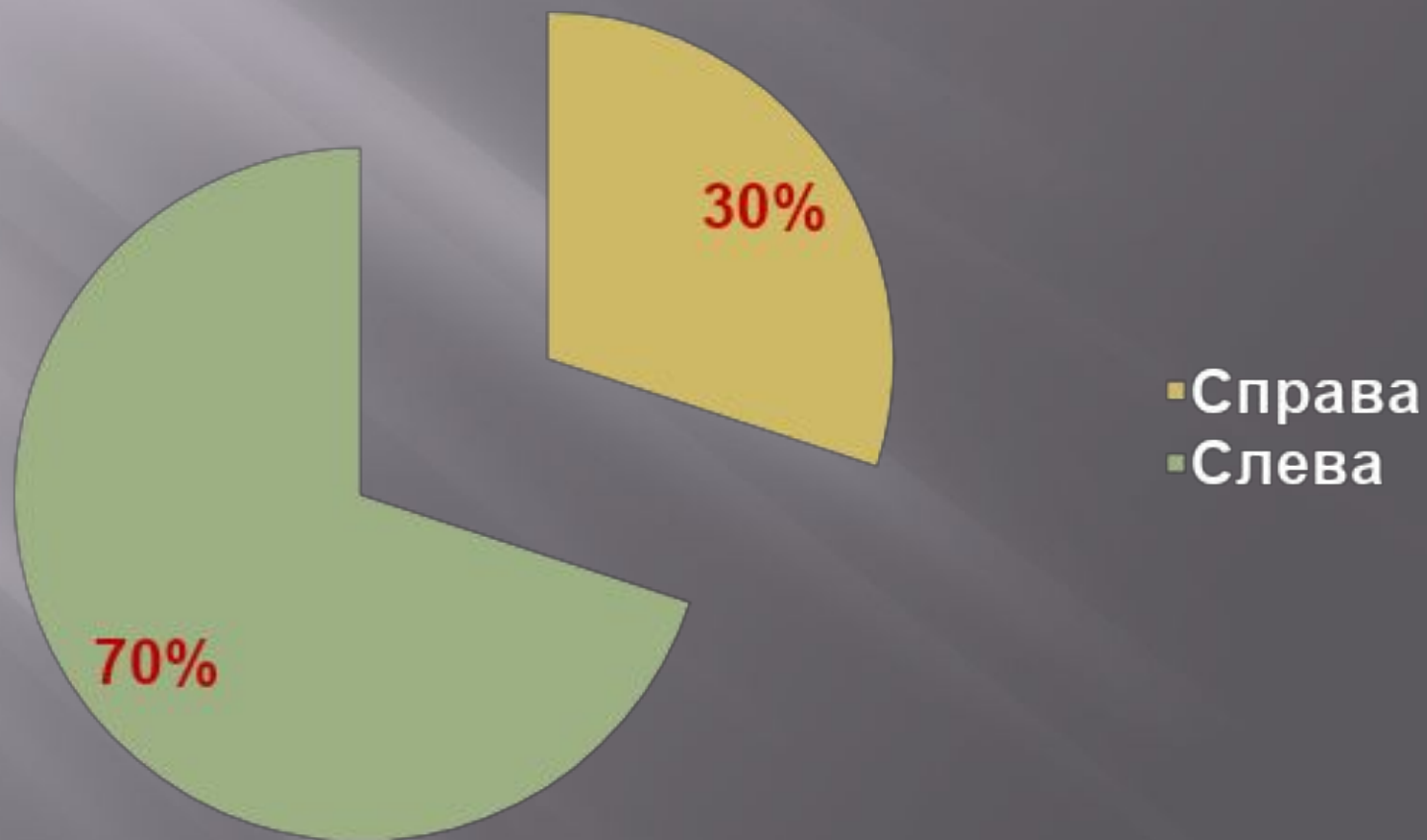


Возрастной состав больных

- От 20 до 87 лет, средний – 53,2 года
- Женщины: от 20 до 87 лет, средний – 52,6 лет
- Мужчины: от 40 до 73 лет, средний – 53,8



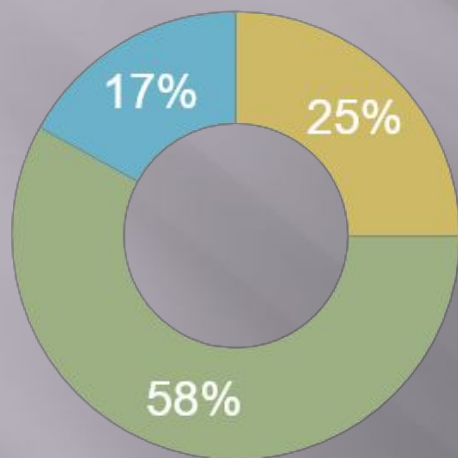
Сторона поражения



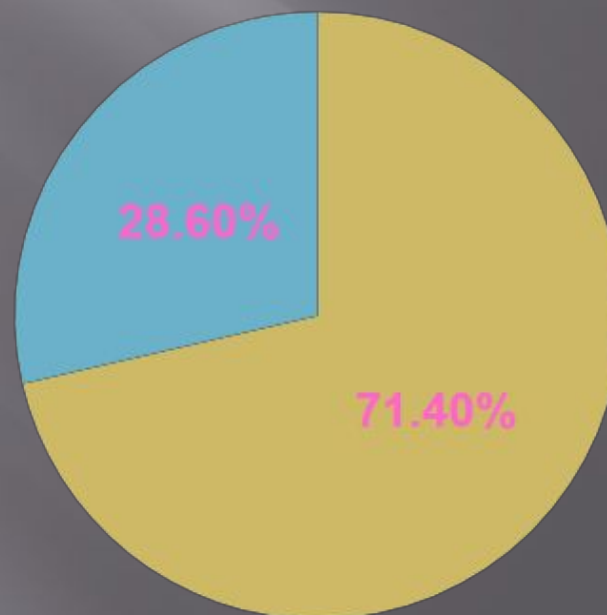
Основное заболевание

Злокачественны

- й наружный отит
- Хронический гнойный средний отит
- Острый мастоидит

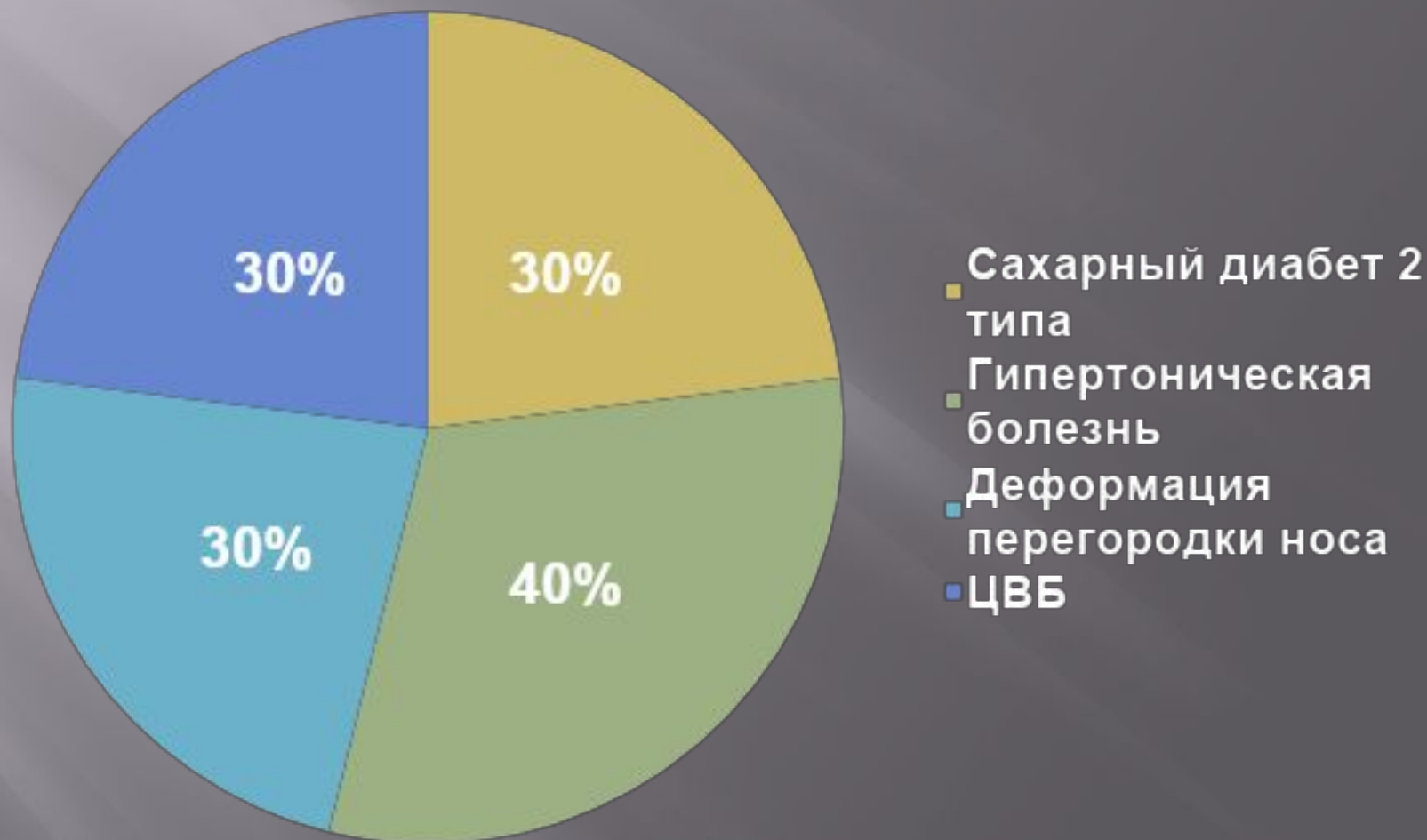


**ХГСО,
холестеатома – в 100%**



- Эпитимпани
- Т
- Мезотимпанит
- Состояние после РОУ

Сопутствующие заболевания



Результаты бактериологического исследования

- ▣ Проводилось в 75% случаев:
 - *Pseudomonas aeruginosa* 4ст + *Candida glabrata* 3ст
 - *Pseudomonas aeruginosa* 2ст
 - *Proteus mirabilis* 4 ст
 - *St/ aureus* 4 ст
 - Эпидермальный золотистый стафилококк
 - Рост микрофлоры не выявлен

Проведенное лечение

- В 80% - оперативное.
- Остальные 20% - с остаточными явлениями пареза ЛН (после проведенного оперативного лечения в предыдущие годы).



Длительность госпитализации

- ▣ Средняя продолжительность лечения больных в оториноларингологическом отделении КОКБ составила 12 дней (от 6 до 17 дней).

Выводы

- Гендерное соотношение больных с отогенными поражениями ЛН, лечившихся в ЛОР отделении КОКБ, соответствует таковому в России и в мире.
- Возрастное распределение: мужчины преимущественно среднего возраста, женщины – молодого и пожилого.
- Увеличивается число больных молодого возраста. Вероятно, это связано с особенностями возбудителей заболевания – наличие более агрессивной флоры.
- Медикаментозная терапия на догоспитальном этапе должна назначаться исходя из спектра микроорганизмов, вызывающих гнойную инфекцию ЛОР-органов.
- По результатам бактериологического исследования обследуемых больных, в большинстве случаев возбудитель заболевания – грам- флора, преимущественно синегнойная палочка.
- Отогенные поражения лицевого нерва - важная социально-экономическая проблема, помимо экономических затрат на лечение данное заболевание влечет достаточно длительную временную утрату трудоспособности.

Выводы

- Отогенные поражения лицевого нерва - важная социально-экономическая проблема, помимо экономических затрат на лечение данное заболевание влечет достаточно длительную временную утрату трудоспособности.
- Все больные с отогенными поражениями ЛН подлежат оперативному лечению.
- Отогенные поражения лицевого нерва – достаточно частое осложнение заболеваний уха.
- Наличие и характер осложнений любого гнойно-воспалительного заболевания отражает прежде всего уровень существующей профилактики и адекватность лечебно-диагностических мероприятий, проводимых до поступления пациента в стационар.

Выводы

- ▣ Недостаточная изученность темы приводит к поздней диагностике, погрешностям в диагностике и лечении.
- ▣ Результаты лечения больных всех возрастных групп с отогенными парезами ЛН зависят от своевременности установления правильного диагноза и сроков хирургического вмешательства.
- ▣ У врачей первичного звена, врачей инфекционного, неврологического профиля, отделений интенсивной терапии и реанимации должна быть настороженность в отношении возникновения пареза ЛН как осложнения заболеваний уха. А у больных с параличами ЛН всегда следует целенаправленно уточнять диагноз в отношении ЛОР-патологии.

Список использованных источников

- 1. Калина В.О., Шустер М.А. Периферические параличи лицевого нерва. Москва. 2016г.
- 2. Северин Т.В. Отогенные параличи лицевого нерва. Москва. 2002г.
- 3. Травматические и нетравматические заболевания лицевого нерва – современное состояние проблемы. В. И. Линьков, И. В. Пошивалов. Вестник оториноларингологии №3 – 2009г.
- 4. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология: уч. В 3 томах. – Т.2. – М.: Медицина, 2002. – 792с.
- 5. Парез лицевого нерва при остром среднем отите у детей. Н. В. Бойко, Г. Г. Сорока, В. Н. Колесников. Российская оториноларингология №6 (61) – 2012г.
- 6. Анатомо-клинические корреляции при синдроме лицевого нерва отогенной этиологии. И.В. Гайворонский, Н.В. Тепышева. Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина. №2 – 2006г.
- 7. Травма лицевого нерва – современное состояние проблемы. Байтингер В.Ф., Родиков М.В., Пахомова Р.А. Современные проблемы науки и образования. №6, 2015г.
- 8. Невропатия лицевого нерва: современные подходы к диагностике и лечению. В.М. Свистушкин, к.м.н. А.Н. Славский. РМЖ. Оториноларингология. Том 24 №4 – 2016г.

Список использованных источников

- 9. Частота встречаемости и факторы провокации паралича Белла. М.Б. Уринов, Д.Н.Джураева, Б.Г.Гафуров. Вестник Алматинского института усовершенствования врачей. №3 – 2013г.
- 10. Основы клинической неврологии. Клиническая нейропатология, клиническая нейрофизиология, топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство. –М. ГЭОТАР_Медиа, 2011. – 672с.
- 11. Реабилитация при заболеваниях и повреждениях нервной системы. Котенко К.В. И др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 656с.
- 12. Невропатия лицевого нерва. С.П.Маркин. Consilium Medicum. Неврология и ревматология. №1 – 2010.
- 13. Клинико-этиологические особенности невропатии лицевого нерва у детей. О.С. Галицкая, Н.П. Грибова. Вестник новых медицинских технологий Т.16 №2 – 2009г.
- 14. Суслина З.А., Пирадов М.А., Максимова М.Ю. Неврология. Учебник. – М.: Практика. 2015. – 392с.
- 15. Современные принципы диагностики и лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом. Е.В. Гаров, Е.Е. Гарова. РМЖ. Том 20 №27. – 2012г.
- 16. Клиническая **оториноларингология. Руководство** для врачей. Автор: **Бабияк В.И., Накатис Я.А.** М.: Гиппократ. 2005г.

A vibrant field of pink and red cosmos flowers under a clear blue sky. The flowers are in various stages of bloom, with some fully open and others as buds. The background is a solid, bright blue sky. The text is centered in the upper half of the image.

**Спасибо
за внимание!**