

Министерство здравоохранения Российской Федерации

**Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени
академика И.П.Павлова**

Кафедра оториноларингологии

К.А.Никитин

**Периферические поражения лицевого нерва в
оториноларингологии**

Пособие

**Санкт-Петербург
2004**

Топографо-анатомические и физиологические аспекты строения лицевого нерва.

Лицевой нерв - парный седьмой черепно-мозговой нерв является смешанным, в его состав входят двигательные, парасимпатические, вкусовые и чувствительные нервные волокна. Он иннервирует дериваты второй жаберной дуги .

Центральная двигательная афферентная часть имеет представительство в нижнем отделе прецентральной извилины, затем нервные волокна идут в составе лучистого венца к задней ножке внутренней капсулы и проходя вместе с пирамидным путем вступают в базальную часть варолиева моста, где происходит перекрест большинства волокон, которые направляются к двигательному ядру лицевого нерва на противоположной стороне, а часть волокон вступает в ядро на той же стороне .

Двигательное ядро лицевого нерва находится в вентральной части покрывки варолиева моста, содержит от 4500 до 9500 нейронов, в нем выделяют дорзальную и вентральную части. Нейроны дорзальной части иннервируют мускулатуру лба, вентральной - мускулатуру носа, губ, подбородка. Имеется также добавочное ядро, располагающееся между двигательным ядром лицевого нерва и ядром тройничного нерва, откуда идет иннервация к заднему брюшку двубрюшной мышцы. Парасимпатические центры лицевого нерва представлены верхним секреторным ядром, регулирующим секрецию из поднижнечелюстных слюнных желез и группой нейронов, окружающих двигательное ядро лицевого нерва, которые выполняют функцию секреторного центра для слезной железы. Специфическое вкусовое ядро - ядро одиночного пучка, является общим для лицевого и языкоглоточного нервов

Из ствола мозга корешок лицевого нерва выходит в мосто-мозжечковый угол, где к нему тесно прилегают слуховой и промежуточный нервы.

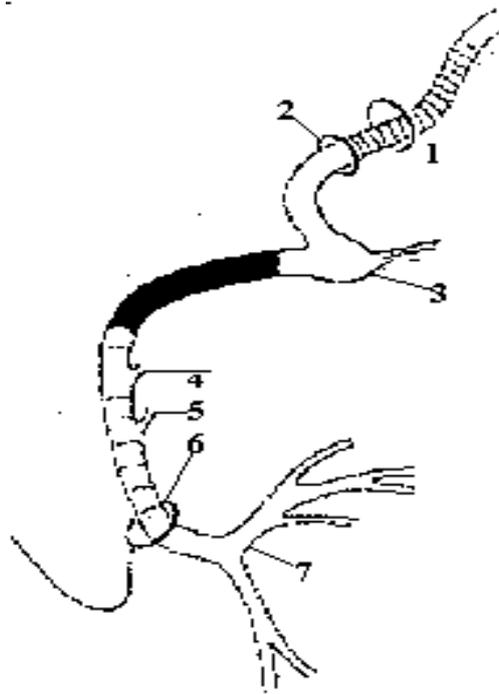


Рисунок 1. Ход лицевого нерва в височной кости.

(1-внутренний слуховой проход;2-меатальное отверстие ;3-коленчатый узел;4-стапедальная ветвь; 5-барабанная струна ;6 – шилососцевидное отверстие; 7-двигательные ветви лицевого нерва).

Далее, окруженные отростками мозговых оболочек они попадают во внутренний слуховой проход, из которого лицевой и промежуточный нервы вступают в фаллопиев канал через меатальное отверстие (Lang I.,1981; Fisch U.,Felix H.,1983).

Канал лицевого нерва в височной кости имеет сложную конфигурацию с двумя коленами, его общая длина 23-29 мм. В канале лицевого нерва выделяют следующие отделы: пирамидный (или лабиринтный), барабанный (или горизонтальный), сосцевидный (или вертикальный) .

Пирамидный участок имеет длину 2,5-6 мм и тянется от меатального отверстия до горизонтального колена лицевого нерва. Этот участок имеет горизонтальное направление и проходит между ампулой верхнего полукружного канала и местом перехода основного завитка улитки во второй. На этом участке в области меатального отверстия находится самая узкая часть канала диаметром 1-1,2 мм (Гофман В.Р. и др. ,1994; Lang I.,1981;).

На границе перехода пирамидного отдела канала в барабанный лицевой нерв круто поворачивает кзади, образуя первое горизонтальное колено, в котором расположен коленчатый узел. Толщина коленчатого узла 1,8 мм, количество нейронов в нем колеблется от 1500 до 3600, в 15% случаев он не имеет костной стенки (Lang I.,1981). От коленчатого узла отходит большой каменистый нерв, в состав которого входят парасимпатические волокна, идущие к слезной железе, к подчелюстной и подъязычной слюнным железам, вазомоторные волокна - к сосудам головы и шеи, вкусовые волокна - к вкусовым рецепторам мягкого неба. От этого же узла отходит анастомотическая веточка к малому поверхностному каменистому нерву

Барабанный участок лицевого нерва тянется от коленчатого узла до пирамидного выступа, его длина 8-10 мм. Начало его прикрыто ложкообразным отростком. Основная часть этого участка канала проходит на лабиринтной стенке барабанной полости между возвышением горизонтального полукружного канала и овальным окном. На этом участке возможны дигисценции, размеры которых значительно варьируют. По мнению В.Р. Гофмана и др.(1994) существование дигисценций является важным приспособлением для предупреждения сдавления ствола нерва в костном канале с неподатливыми стенками. У пирамидного выступа горизонтальная часть канала переходит в сосцевидную, при этом образует нижне-медиальную поверхность адитуса. На задней стенке барабанной полости канал прикрыт пирамидным выступом.

Сосцевидный отдел канала идет книзу. В сосцевидном отделе на уровне пирамидного возвышения отходит стапедальная ветвь, которая иннервирует стременную мышцу, и более дистально - барабанная струна. Барабанная струна может отходить от ствола нерва на любом участке сосцевидного отдела: от 1,2 мм до 10 мм проксимальнее шилососцевидного отверстия. Она несет вкусовые волокна к 2/3 передней поверхности языка, парасимпатические волокна к поднижнечелюстным слюнным железам. В

барабанной полости барабанная струна идет между рукояткой молоточка и длинным отростком наковальни и покидает ее через каменисто-барабанную щель, далее соединяясь с язычным нервом.

После выхода лицевого нерва из шилососцевидного отверстия он отдает две ветви: затылочную к затылочно-лобной мышце и к мышцам ушной раковины и анастомотическую веточку к ушной ветви блуждающего нерва . Затем от лицевого нерва отходит ветвь к шило-подъязычной мышце и к заднему брюшку двубрюшной мышцы. Проходя через слой клетчатки , он достигает околоушной железы, в которой делится на две главные ветви образующие сплетение. К мимической мускулатуре лица направляются следующие концевые ветви: височно-лобная, скуловая, щечная, нижнечелюстная, шейная.

Следует отметить, что пучки нервных волокон располагаются в стволе лицевого нерва в определенном порядке: волокна к верхней мимической мускулатуре находятся в центре ствола нерва, а к нижней мимической мускулатуре на периферии.

Артериальное кровоснабжение лицевого нерва во внутреннем слуховом проходе и лабиринтном участке канала осуществляется за счет передней нижней мозжечковой и лабиринтной артерий, которые образуют продолжительные капиллярные сплетения. В области коленчатого узла и лабиринтного отдела появляются капилляры каменистой ветви средней менингеальной артерии. В барабанном и сосцевидном участках канала ствол нерва кровоснабжается только из шилососцевидной артерии (Гофман В.Р. и др., 1994). Внутривольная организация кровоснабжения включает в себя три взаимосвязанные сети : параневральную, эпиневральную, эндоневральную. В области дигисценций имеются связи с сосудами слизистой оболочки среднего уха . Экстратемпоральный отдел лицевого нерва кровоснабжается до околоушной железы из шилососцевидной артерии, а в околоушной железе из

задней ушной артерии, а так же из затылочной и поверхностной височной артерий.

Венозный отток от области внутреннего слухового прохода и лабиринтного участка до коленчатого узла осуществляется в менингеальные вены, от барабанного отдела в сигмовидный синус и от сосцевидного отдела во внутреннюю яремную вену.

Методы исследования функций лицевого нерва.

Оценивая функции отдельных ветвей лицевого нерва можно проводить топическую диагностику его поражения. В соответствии с отхождением этих ветвей рассмотрим наиболее распространенные методы исследования.

Методы исследования большого каменистого нерва

Парасимпатические волокна большого каменистого нерва подходят к слезной железе. Денервация этих волокон приводит к прекращению или уменьшению секреции этой железы. При поражении лицевого нерва выше коленчатого узла или при поражении самого узла приводит к развитию феномена "сухого глаза". При поражении каменистого нерва ниже коленчатого узла наблюдается гиперсекреция слезной жидкости на стороне поражения вследствие паралича круговой мышцы глаза, смещения слезной точки и нарушения оттока слезной жидкости из конъюнктивального мешка.

Для регистрации слезоотделения наиболее широкое распространение получил тест предложенный в 1904 г. немецким офтальмологом O.Schirmer. После анестезии конъюнктивального мешка 0,25% раствором дикаина за оттянутое нижнее веко вводится полоска промокательной бумаги шириной 5 мм и длимой 35 мм, через 5 минут регистрируется длина увлажненного отрезка. При проведении теста решающее значение имеют не абсолютные параметры слезоотделения, а величина секреторной асимметрии между глазами, которая

выражается в процентном соотношении секреторной функции между левым и правым глазом, и в норме не превышает 35%.

Существует метод регистрации рефлекторного слезоотделения, получивший название назолакримального рефлекса. Этот рефлекс связан с тем, что тригеминальный раздражитель (нашатырный спирт) воздействует на рецепторы носоресничного нерва (ветви глазничного нерва), через который возбуждение достигает нейронов верхнего чувствительного ядра тройничного нерва и далее передается на нейроны верхнего секреторного ядра лицевого нерва, что приводит к усилению слезной секреции. Регистрация слезоотделения проводится обычно по методике Ширмера за более короткий промежуток времени, от 1 до 3-х минут.

Для определения уровня поражения лицевого нерва относительно коленчатого узла используется и радиоизотопный метод сканирования слезных желез изотопом галлия. При поражении на уровне коленчатого узла и выше выявляется' накопление изотопа в слезной железе на стороне поражения.

Методы исследования стапедальной ветви лицевого нерва

Известны различные методы регистрации акустического рефлекса: оптический, фотоэлектрический. Однако самым распространенным считается метод импедансной аудиометрии. Современная импедансометрия включает в себя три основных компонента: измерение исходного акустического импеданса среднего уха, импедансобарометрия, акустическая рефлексометрия. Акустическая рефлексометрия в свою очередь включает установление порога акустического рефлекса (ПАР), амплитудной характеристики (АХР) и латентного периода (ЛПАР). Рефлекс сокращения внутрибарабанных мышц является безусловным. Перекрест проводящих путей слухового анализатора (2-ой нейрон) на уровне ядер верхних олив (рис.2) обуславливает двустороннее

сокращение внутрибарабанных мышц, что позволяет для исследования АР использовать контра- и ипсилатериальную акустическую стимуляцию.

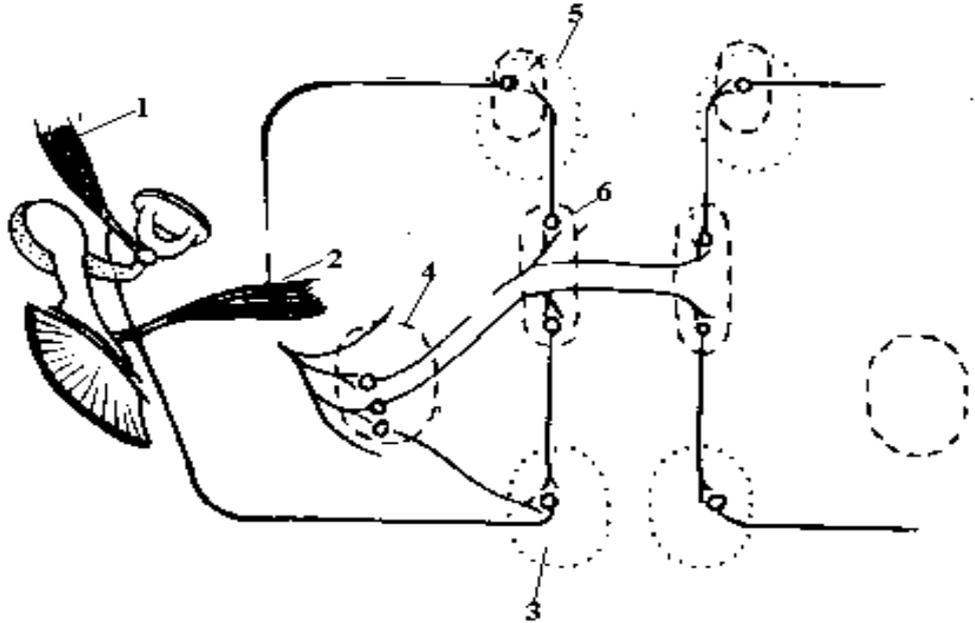


Рисунок 2. Дуга акустического рефлекса.

(1-стременная мышца; 2-мышца, натягивающая барабанную перепонку; 3-двигательное ядро лицевого нерва; 4-вентральное слуховое ядро; 5-двигательное ядро тройничного нерва; 6- ядро верхней оливы)

Методы исследования функции барабанной струны

В составе барабанной струны идут эфферентные вкусовые волокна к вкусовым рецепторам передних 2/3 поверхности языка и парасимпатические волокна к поднижнечелюстным слюнным железам. Впервые способность барабанной струны проводить вкусовые ощущения отметил Гальвани в 1818 г. В последующем с развитием электрофизиологии этот факт был экспериментально подтвержден исследованиями электрической активности барабанной струны.

Методы исследования вкуса подразделяются на субъективные (химический капельный метод и электрогустометрия) и объективные

(выработка условных рефлексов на вкусовое раздражение и регистрация вкусовых вызванных потенциалов). Наибольшее клиническое распространение получил химический капельный метод исследования вкуса (метод Бернштейна). Вкусовую чувствительность исследуют различными по концентрации растворами сахара и поваренной соли . Этот метод позволяет давать качественный анализ вкусовых ощущений, определять чувствительность задней трети поверхности языка, но не дает возможности оценивать начальные нарушения, так как минимальные концентрации раздражителей значительно выше пороговых. Существуют и модификации этого метода, связанные с особенностями дозации раздражителя, например "гейзомер" Киселева. Этот прибор состоит из капсулы с двумя камерами и насоса с растворами вкусовых раздражителей. С помощью капсулы достигается изоляция определенного участка языка. Известна также вкусовая лупа Гана - стеклянная изогнутая трубочка, на изгибе которой имеется отверстие для контакта раздражителя с языком. Наиболее точной количественной методикой исследования вкуса на настоящий момент следует считать электрогустометрию.

Причина появления вкусовых ощущений при действии электрического тока (электровкус) связана с диссоциацией электролитов слюны и высвобождением свободных ионов водорода, которые непосредственно воздействуют на вкусовые рецепторы. Пороги электровкуса в норме составляют 30 мкА. Допустимая физиологическая асимметрия между правой и левой половинами языка не должна превышать 10 мкА .

Непосредственное участие лицевого нерва в парасимпатической иннервации поднижнечелюстных слюнных желез обуславливает нарушение их секреторной функции при его поражении. Известно, что парасимпатическая денервация слюнных желез приводит к увеличению слюноотделения. Методы исследования слюноотделения включают определение объема секреции и оценку биохимического состава слюны. Исследование слюноотделения проводят с помощью специальных слюнных капсул или метод катетеризации

вартонова протока с предварительным бужированием. В качестве раздражителя для исследования слюноотделения обычно используется 0,5 % раствор лимонной кислоты. Используются также радиометрические методы исследования слюнных желез: сцинтиграфия и сканирование.

Методы оценки функционального состояния двигательных волокон лицевого нерва

Для оценки функционального состояния двигательных волокон лицевого нерва наибольшее распространение получили электродиагностика и электронейрография. За весь период развития электродиагностики появилось много различных методов исследования: изучение действия гальванического и фарадического токов, измерение реобазы и хронаксии, определение кривой «сила-длительность», определение кривой «сила-интервал», установление отношения гальванического тетануса. Отдельно выделяется классическая электродиагностика и расширенная классическая электродиагностика. В обоих методах используются фарадический тетанизирующий и гальванический постоянный токи, однако в классической электродиагностике исследуется электровозбудимость мышц при стимуляции импульсами длительностью 1-2 мс и 200-300 мс, а остальной диапазон временных посылок не затрагивается, из-за чего выпадают такие важные параметры, как хронаксия и реобаза.

Выделяют полную и частичную реакцию перерождения (ЧРП), причем последняя подразделяется на две формы: ЧРП А и ЧРП Б. На основании данных электродиагностики невриты лицевого нерва подразделяют на легкие, средние и тяжелые. Легкая степень соответствует повышению порогов электровозбудимости на стороне поражения больше 0,4 мА (количественные изменения), средняя - ЧРП А, тяжелая - ЧРП Б или полной реакции перерождения (ПРП) (Гринштейн А.Б., 1980).

Метод электронейромиографии (ЭНМГ) основан на регистрации и анализе биоэлектрической активности мышечных и периферических нервных волокон, как спонтанной, отражающей состояние их в покое и при мышечном

напряжении, так и вызванной электрической стимуляцией нерва или мышцы различной интенсивности и частоты. Н.Л. Cochen , У. Brumlik (1968) выделяли стимуляционную электромиографию (изучение вызванных потенциалов мышцы) и стимуляционную электронейрографию (изучение вызванных потенциалов нерва).ЭНМГ- комплексный метод исследования , который включает несколько самостоятельных методик: регистрацию и анализ параметров вызванных потенциалов мышц и нервов (потенциал действия нерва, М-ответ, Н-рефлекс, F-волна), определение числа функционирующих двигательных единиц, определение скорости проведения импульса (СПИ) по двигательным волокнам в различных сегментах нервного ствола, определение СПИ по чувствительным волокнам в различных сегментах нервного ствола). . В отличие от электродиагностики эта методика менее болезненна. Исследование проводится с помощью игольчатых или накожных электродов. Электрическая активность мышц изучается в трех состояниях: при введении или перемещении электрода, при спокойном состоянии мышцы, при произвольном сокращении мышцы различной силы. Значение потенциала биоэлектрической активности определяется амплитудой (мкВ), частотой (Гц) и длительностью (мс). Электромиография при периферических поражениях лицевого нерва может применяться как метод диагностики и оценки результатов лечения.

Топическая диагностика при периферических поражениях лицевого нерва

Вопросы топической диагностики периферических поражений лицевого нерва давно интересуют клиницистов и приобрели особую значимость в период развития микрохирургии уха и лицевого нерва.

Первая схема топической диагностики была предложена W.Erb в 1872 году. Фактически она стала базисной для предложенных в последующем таблиц топической диагностики.

Современные данные об анатомии лицевого нерва свидетельствуют о наличии участков в его костном канале, где наиболее вероятно развитие

внутриканального отека при повреждении: меатальное отверстие (Helms I., 1982; Гофман В.Р. и др., 1994,) и область соединительнотканых тяжей, расположенных циркулярно в сосцевидном отделе канала. Периферические поражения лицевого нерва развиваются вследствие действия различных повреждающих факторов, которые в зависимости от топографо-анатомических особенностей могут нарушать функции и других черепно-мозговых нервов: так при неврите слухового нерва в процесс могут вовлекаться лицевой, тройничный, языкоглоточный нервы, при herpes zoster oticus парез мимических мышц связан с поражением коленчатого узла, причем, отек ствола нерва может распространяться и до внутреннего слухового прохода, где вследствие компрессии, в некоторых случаях, ущемляется слуховой нерв (Helms I., 1982). При ишемических невритах лицевого нерва участок поражения может локализоваться на любом отрезке канала. Для отогенных парезов уровень поражения обычно постоянен - барабанный и сосцевидный отделы канала лицевого нерва. Симптомокомплекс, характерный для каждого уровня определяется нарушениями функций внутривисочных ветвей лицевого нерва, однако для поражений выше коленчатого узла не менее информативным показателем является слуховая функция, что не всегда учитывалось при создании схем топической диагностики. Исходя из вышеизложенного, мы выделили шесть уровней поражения лицевого нерва: меатальный - от продолговатого мозга до меатального отверстия в области дна внутреннего слухового прохода; супрагеникулярный - от меатального отверстия до коленчатого узла включительно; инфрагеникулярный - от коленчатого узла до места отхождения стапедальной ветки; инфрастапедальный - от стапедальной ветки до места отхождения барабанной струны; инфрахордальный - от барабанной струны до шилосоцевидного отверстия; инфрафораменальный - ниже шилосоцевидного отверстия (рис.). Схема топической диагностики представлена в таблице №1.

Классификация периферических поражений лицевого нерва

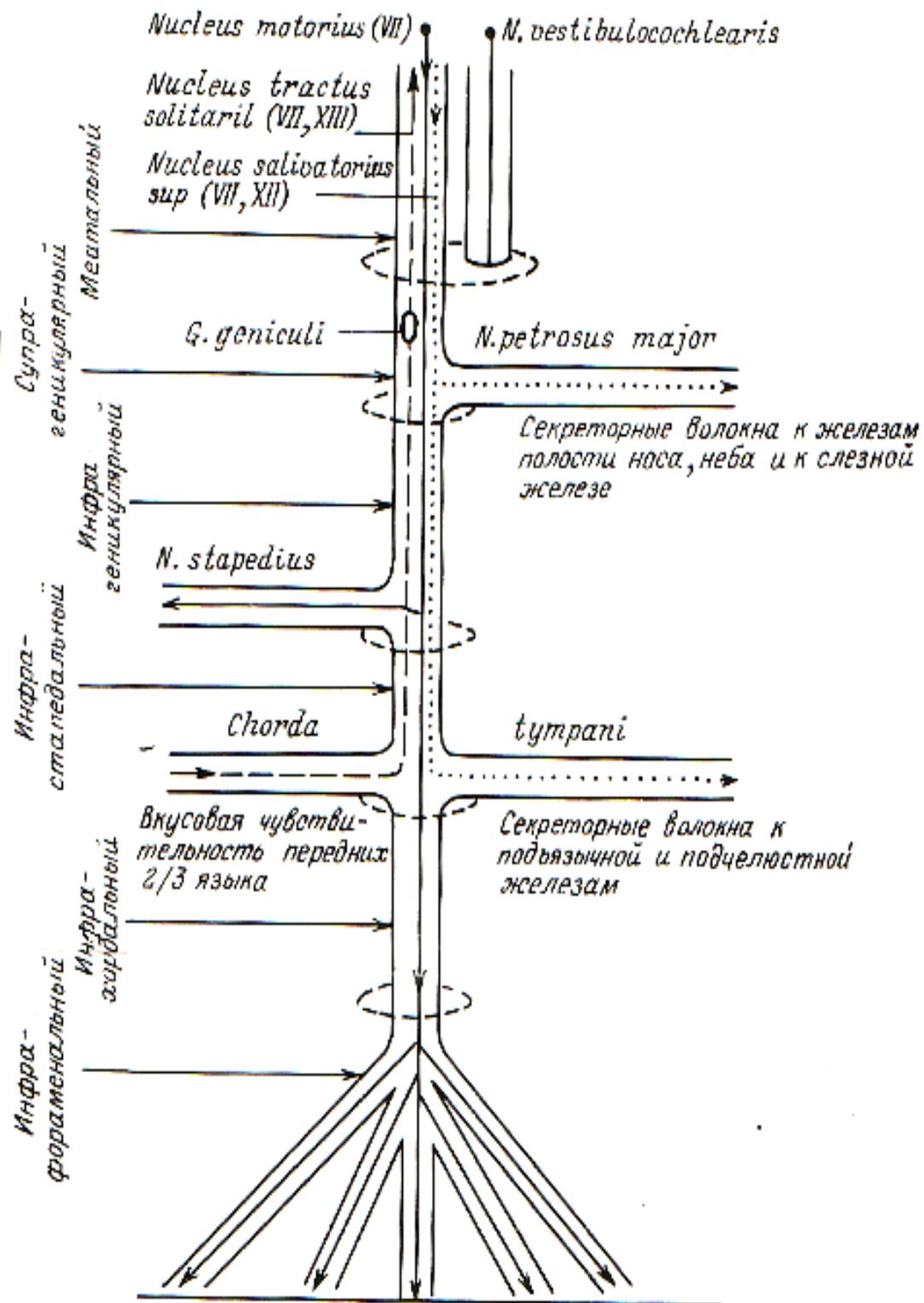
В.О. Калина, М.А. Шустер (1970) выделяют следующие виды периферических поражений лицевого нерва: 1) ишемические параличи; 2) травматические; 3) отогенные; 4) параличи, обусловленные опухолями: внутричерепными, внутри височной кости, вне височной кости; 5) параличи при полиомиелите; 6) параличи при опоясывающем лишае; 7) параличи при синдроме Мелькерсона-Розенталя, Хеерфордта; 8) параличи при аномалиях развития уха; 9) лицевой гемиспазм.

В клинической практике наиболее часто встречаются ишемические, отогенные и травматические невриты лицевого нерва, в связи с чем важно знать этиопатогенез данной патологии.

Ишемические невриты лицевого нерва

Термин ишемический паралич лицевого нерва имеет много синонимов: ревматический, генуинный, простудный, синдром лицевого нерва, нейропатия лицевого нерва. Англо-американские авторы называют его паралич Белла (Ch.Bell), который в 1830 году описал это заболевание. Выделяют следующие теории патогенеза данного вида периферических поражений лицевого нерва: ишемическая, инфекционная, лимфогенная, теория наследственного предрасположения.

При рассмотрении ишемической теории следует сказать, что здесь можно выделить три основных концепции: теория первичной ишемии, теория вторичной ишемии, теория комбинированной ишемии. Теория первичной ишемии объясняет развитие периферического пареза как следствие стойких вазомоторных расстройств в сосудах питающих ствол лицевого нерва. Теория вторичной ишемии рассматривает сдавление лицевого нерва как результат его набухания вследствие интерстициального отека. В настоящее время наибольшее признание получила теория комбинированной ишемии.



Pes anserinus: *N. auricularis post.*, *ramus digastricus*, *rami temporales*, *zigomatici*, *buccales*, *ramus marginalis mandibulae*, *ramus colli*

Рисунок Уровни периферических поражений лицевого нерва.

Суть этой теории заключается в том, что сужение артериол и последующее расширение капилляров приводит к увеличению проницаемости их стенок и повышению трансудации. В последующем трансудат вызывает компрессию лимфатических и венозных сосудов, что приводит к снижению оттока венозной крови и лимфы. В последнее десятилетие с появлением ядерно-магнитно-резонансной томографии (МРТ) проявилась возможность диагностики отека ствола лицевого нерва .

Огромную роль в развитии паралича Белла играет общее и местное охлаждение. Холод ведет к раздражению рецепторов кожи и сосудов краниоцервикального отдела и вызывает рефлекторно-сосудистые нарушения по типу спазма сосудов ствола лицевого нерва.

Инфекционная теория . В 1907 году R.Hunt описал синдром, который проявляется герпетическими высыпаниями в области наружного слухового прохода, резкими болями в половине лица и периферическим парезом мимической мускулатуры. В последующем было доказано, что этот синдром вызывается поражением коленчатого ганглия вирусом опоясывающего герпеса. В настоящее время считается, что в детском возрасте преобладает инфекционная природа периферических парезов лицевого нерва, а ишемическая причина встречается крайне редко.

Инфекционный фактор приводит к острому преходящему расстройству кровообращения в стволе лицевого нерва. Эти расстройства циркуляции ведут к отеку нерва, а в последующем и к его компрессии в узком канале лицевого нерва.

Лимфогенная теория. Еще Ch.Bell в 1830 году отмечал регионарный лимфаденит у больных с невритами лицевого нерва. Лимфатические сосуды, проходящие в канале лицевого нерва, связывают среднее ухо с заушным лимфатическим узлом. Через эти лимфатические щели инфекционные агенты при острых и хронических отитах и при лимфаденитах околоушной и шейной локализации проникают в лицевой нерв, вызывая воспаление последнего . А.К.

Попов (1968), полагал, что внутриканальная компрессия лицевого нерва может быть связана с нарушением оттока лимфы из лимфатических сосудов .

Теория наследственного предрасположения. Эта теория основана на редких наблюдениях семейных параличей лицевого нерва. Считается, что по наследству могут передаваться особая узость канала лицевого нерва и повышенная ранимости ствола нерва .

Отогенные параличи лицевого нерва

Отогенные параличи лицевого нерва занимают второе место по частоте среди всех невритов этой локализации после параличей. Ведущим этиологическим фактором отогенных невритов является инфекционный фактор. В его механизме можно выделить два компонента: инфекционно-токсическое воздействие на ствол нерва и распространение остейта на стенки костного канала . При острых отитах выделяют три концепции патогенеза развития этого осложнения: компрессионная, циркуляторная, анатомическая (Белякова Л.В.,1978) .Компрессионная концепция основным звеном патогенеза представляет развитие отека интерстициальной ткани , который приводит к сдавлению ствола нерва. Циркуляторная концепция рассматривает развитие неврита лицевого нерва вследствие местных нарушений кровоснабжения. Анатомическая концепция объясняет отогенный неврит лицевого нерва тем, что воспалительные процессы в среднем ухе вызывают застойные явления в сосудах канала лицевого нерва ,вследствие чего повышается "внутриканальное" давление и как результат узости канала происходит сдавление нерва. Вероятно, что в патогенезе отогенных невритов при острых отитах имеют значение все три концепции. Большую роль играют дигисценции канала, через которые происходит проникновение инфекционных агентов. Выделяют две фазы поражения нерва при острых отитах. Первая фаза связана с проникновением патогенных бактерий, вирусов и их токсинов через дигисценции в канале лицевого нерва, что приводит к нарушению крово- и лимфообращения в стволе лицевого нерва, которые обуславливают отек и вторичную компрессию нерва.

Ее длительность первые 10 дней. Вторая фаза связана с внедрением инфекционных агентов в область перифациальных клеток и образованием гнойно-грануляционных очагов вокруг канала лицевого нерва. Основное значение в генезе отогенных парезов при острых отитах имеет токсический компонент.

В механизме возникновения отогенных парезов лицевого нерва при хронических отитах можно выделить те же два компонента, что и при острых отитах: инфекционно-токсический фактор и остейт, распространяющийся на стенки канала лицевого нерва. Наиболее частая причина этого осложнения прогрессирующий рост холестеатомы.

Травматические параличи лицевого нерва

Травматические параличи лицевого нерва встречаются как нередкое осложнение операций на среднем ухе, при переломах основания черепа, при родовых травмах, при операциях удаления невриноме слухового нерва, опухолей околоушной железы. При антромастотомии лицевой нерв повреждается в области порога адитуса и в сосцевидном отделе, при радикальной операции травма вероятна на всем протяжении барабанного отдела канала лицевого нерва. Выделяют первичный механизм развития повреждений лицевого нерва: перерезка нерва, сдавление костным отломком; и вторичный: гематома, сдавление в рубцах. При переломах основания черепа травматические параличи лицевого нерва встречаются почти в половине случаев поперечных переломов и в 20% продольных.

Методы лечения периферических поражений лицевого нерва

Методы лечения периферических поражений лицевого нерва подразделяются на консервативные и хирургические, а консервативные в свою очередь на медикаментозные и физиотерапевтические. При этом

хирургическое лечение не исключает консервативного лечения. Следует отметить, что в настоящий момент показания к хирургическому лечению периферических поражений лицевого нерва значительно расширились и помимо антромастодотомии при остром отите и радикальной операции при хроническом отите, выполняется операция декомпрессии ствола лицевого нерва при ишемических и травматических невритах лицевого нерва, а также пластика лицевого нерва .

Попов А.К. (1968) выделял 5 основных направлений лечения периферических поражений лицевого нерва:

1. устранение причины заболевания;
2. устранение патогенетических звеньев, продолжающих действовать вредоносно: в остром периоде - устранение отека в области фаллопиева канала, в последующем- рубцовых изменений , которые могут возникать вследствие длительного отека;
3. ускорение регенерации погибших нервных волокон и восстановление проводимости морфологически сохранившихся, но находящихся в состоянии парабиоза;
4. предупреждение атрофии денервированных мышц;
5. профилактика и лечение осложнений и рецидивов.

При инфекционном генезе периферических поражений лицевого нерва обязательным является назначение антибактериальной терапии с учетом чувствительности флоры, особенно это относится к отогенным невритам. В последнее десятилетие появились противовирусные препараты (ацикловир, видарабин, рибаварин и др.), которые используются в качестве этиотропной терапии при инфекциях, вызванных герпесвирусами, в том числе и herpes zoster. При herpes zoster oticus назначение ацикловира в настоящее время является обязательным.

Учитывая ,что в патогенезе ишемических невритов основную роль играют сосудистые расстройства и отек, основной целью терапии является

устранение нарушений микроциркуляции и устранение отека ствола нерва . Для купирования отека наиболее оптимальными средствами считаются стероидные гормоны, которые обладают выраженным антиэкссудативным, антипролиферативным и антитокическим действием. Для улучшения реологических свойств крови используют низкомолекулярные декстраны, которые снижают вязкость крови, уменьшают периферическое сопротивление сосудов и улучшают оксигенаторную способность крови. В качестве поддерживающей терапии назначают вазоактивные препараты (пентоксифиллин) .

Исходя из большинства концепций развития периферических поражений лицевого нерва важнейшим звеном патогенеза является отек ствола нерва. Дегидратационная терапия проводится с использованием диуретиков, оказывающих прямое действие на почечные каналы (лазикс, диакарб, триамтерен) или осмотических диуретиков (40% раствор глюкозы, сорбит, сорбитол, маннитол). Учитывая дефицит витаминов при заболеваниях нервной системы широкое распространение получила терапия витаминами группы В (В1, В6) (Гринштейн А.Б.,1980).

Важнейшим элементом лечения следует считать терапию, направленную на восстановление нервной проводимости лицевого нерва. Обычно для этих целей используются препараты антихолинэстеразного действия: прозерин, эзерин, галантамин, неостигмин.

Для лечения периферических поражений лицевого нерва используются блокады верхнего шейного звездчатого узла новокаином и блокада шилососцевидного отверстия.

Достаточно многочисленны физиотерапевтические методы лечения: электросветолечение (соллюкс, кварц, электрическое поле УВЧ, электрофорез), парафино-грязелечение, озокерит, компрессы с димексидом и никотиновой кислотой, ультразвуковой фонофорез, лазерная терапия, магнитное поле ультравысокой частоты , лечебная гимнастика,

гипербарическая оксигенация. В начальной стадии заболевания используются инфракрасное излучение (лампа Минина, соллюкс) в сочетании с методикой упражнений для мимических мышц по В.А. Кузьмину (1956). В более поздние сроки при неэффективном лечении применяются электростимуляция мимических мышц, грязелечение, массаж, лечебная гимнастика. А.Б. Гринштейн (1980) убедительно показал высокую эффективность ультразвуковой терапии , включая фонофорез гидрокортизона и трилона Б, на различных стадиях заболевания. Использование ультразвука обусловлено тем , что он оказывает противовоспалительное, рассасывающее действие, улучшает трофику тканей, стимулирует регенеративные процессы

Методы иглорефлексотерапии нашли широкое применение при лечении невритов лицевого нерва . При этом используются как иглоукалывание , так и электроakupунктурная рефлексотерапия, при которой на акупунктурные точки осуществляется воздействие импульсным током.