

УДК 616.28:616.833.17-08

*А.В. ГАЙВОРОНСКИЙ, Н.В. ТЕПЫШЕВА***РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
С СИНДРОМОМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ОТОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ***Отд-ние оториноларингологии (зав. – д-р мед. наук А.В. Гайворонский)  
Санкт-Петербург. мед. центра ФГУП «Адмиралтейские Верфи»*

Данное исследование посвящено сравнительной оценке эффективности различных методов лечения больных с синдромом лицевого нерва отогенной этиологии.

Все пациенты с этим синдромом были подразделены на две группы: основную и контрольную. В контрольной группе (19 чел.) лечение проводилось с использованием традиционных общепринятых методов: антибактериальные препараты при катаральном и гнойном отите; противовирусные – при буллезном и герпетическом отите (ацикловир: 5% мазь наружно 5 раз/день, внутрь – по 0,2 г 5 раз/сутки 5 дней); сосудосуживающие мази и капли в полость носа, анемизация полости носа и отверстия слуховой трубы; антигистаминные препараты; полуспиртовые компрессы на больное ухо; парамеатальные блокады с анальгетиками; противовоспалительная дегидратирующая инфузионная терапия; общеукрепляющие мероприятия; с 14-го дня лечения – 0,05% р-ор прозерина по 1 мл п/к 10 дней. При синдроме лицевого нерва на фоне хронического гнойного среднего отита лечение начиналось с радикальной операции (И.А. Иванус, 1956; М.А. Ващенко, 1966; А.К. Попов, 1968; В.О. Калина, М.А. Шустер, 1970; Х.Н. Абасова, 1971; А.Б. Гринштейн, 1980; Ф.Н. Фарбер, 1988; М.А. Фарбер, Ф.М. Фарбер, 1991; Н.А. Яковлев, Т.А. Слюсарь, 1995; А. Неробеев, Д. Гришкян, 2000; К.А. Никитин, 2000).

В основной группе (20 чел.) дополнительно к традиционным методам назначались блокады лицевого нерва в области шило-сосцевидного отверстия височной кости по методике В.Р. Гофмана и соавторов

(1994), через день чередовавшиеся с парамеатальными блокадами с тауфоном (1 мл 4% р-ра тауфона + 2 мл 0,5% р-ра новокаина 10 дней). Внутримышечно пациентам вводился 1,5% раствор дерината – по 5,0 мл 1 раз в двое суток (всего 5 инъекций), а также по 600 ЛЕ препарата Вессел Дуэ Ф ежедневно 15 дней. Затем еще 30 дней Вессел Дуэ Ф больные принимали внутрь по 1 капс. 2 раза/сут. Всем обследованным назначался глиатилин (при воспалительных заболеваниях среднего уха – внутрь по 0,4 г 3 р/сутки 1 мес; после черепно-мозговой травмы и перелома пирамиды височной кости – в/м по 1 г/сут в течение 15 дней, затем внутрь по 0,8г утром и 0,4г днем в течение 6 мес). Лицам с вирусными поражениями вместо ацикловира мы назначали по одной свече Виферон-3 2 р/сут ежедневно 10 дней, далее через день в той же дозировке еще 1 мес.

Все 39 больных были подразделены на 4 подгруппы: 1-я состояла из 12 лиц с вирусным поражением наружного и среднего уха (буллезный, герпетический отит – синдром Ханта); 2-я – из 12 с катаральной и гнойной формами острого среднего отита; 3-я – из 9 с хроническим гнойным средним отитом (из них 6 – с эпи- и 3 – с эпимезотимпанитом); 4-я – из 6 с посттравматическим синдромом лицевого нерва в результате перелома пирамиды височной кости. Выделение вышеперечисленных подгрупп обусловлено принципиальными различиями в лечении при острых вирусных, бактериальных отитах, хронических средних отитах и посттравматических поражениях.

В контрольную группу больных с синдромом лицевого нерва на фоне вирусного

поражения наружного и среднего уха (синдром Ханта, буллезный отит) вошло 4 человека с легкой и 2 – со средней степенью тяжести поражения лицевого нерва. Проанализировав результаты лечения пациентов в данной группе, мы установили, что у 4 из них на 4-е сутки, у 2 – на 5-6-е сутки явления острого среднего отита регрессировали, отоскопическая картина нормализовалась. Положительная динамика со стороны лицевого нерва отмечалась в виде легких подергиваний мышц нижней половины лица с 10-15-го дня терапии, у части обследуемых восстановление функции лицевого нерва начиналось с верхней трети мимической мускулатуры (наморщивание лба, зажмуривание глаза). Полное восстановление функции лицевого нерва и мимической мускулатуры наблюдалось лишь на 20-30-е сутки.

В основную группу больных с вирусными поражениями лицевого нерва вошло 6, из которых у 3 определялась легкая степень поражения лицевого нерва, у 3 – средняя. В результате проводимой терапии симптомы острого среднего отита купировались к 3-6-у дню, сокращения мышц в ответ на электрическое раздражение при электродиагностике стали живее ко 2-5-ым суткам, изменились значения электровозбудимости отдельных групп мышц, полное восстановление подвижности и электровозбудимости мимических мышц наступало уже на 7-10-е сутки. Таким образом, вначале устранялись воспалительные явления со стороны среднего уха, и лишь после этого происходило постепенное восстановление функции лицевого нерва.

Контрольная группа из 6 лиц с острым катаральным и гнойным средним отитом включала 4 обследуемых с легкой степенью поражения лицевого нерва и 2 – со средней. Установлено, что у 3 из них на 5-е сутки и еще у 3 – на 6-7-е явления острого среднего отита регрессировали, отоскопическая картина нормализовалась. Положительная динамика со стороны лицевого нерва отмечалась с 12-14-го дня лечения. Полное восстановление функции лицевого нерва и мимической мускулатуры произошло лишь на 18-29-е сутки.

В основную группу пациентов с острым катаральным и гнойным средним отитом вошли 3 человека с легкой степенью

поражения лицевого нерва и 3 – со средней. На фоне проводимой терапии воспалительные явления со стороны среднего уха регрессировали к 4-5-у дню, а с 3-5-го дня лечения наблюдалась отчетливая положительная динамика с появлением активных мимических движений сниженной амплитуды по всем группам мышц. При этом динамика восстановления мышечной активности была тем лучше, чем раньше было начато лечение. Полное восстановление функции лицевого нерва наступало к 7-15-ым суткам. Следовательно, происходило более раннее исчезновение симптомов заболевания. Сроки терапии сокращались в среднем в 1,5-2 раза по сравнению с такими в контрольной группе.

Принципы общепринятого лечения больных с синдромом лицевого нерва на фоне хронического гнойного среднего отита значительно отличаются от таковых при острых средних отитах. В первую очередь, в контрольной группе сначала была проведена радикальная операция, и у 3 из 4 лиц при ревизии барабанной полости и канала лицевого нерва была обнаружена холестеатома, а у всех прооперированных – кариес кости. Кариес костного канала лицевого нерва не обнаружен ни у кого, у 3 наблюдались дигисценции в лабиринтном и барабанном отделах канала, через которые происходил прямой контакт лицевого нерва с инфекцией в барабанной полости. У 2 пациентов из этой группы выявлено тяжелое поражение лицевого нерва, у 1 – средней степени тяжести и у 1 – легкое. Лечение лиц данной группы в послеоперационном периоде, кроме описанных выше традиционных методов, включало ежедневные перевязки с туалетом послеоперационной полости и обработкой ее антисептическими и антибактериальными препаратами. Через неделю у 1 больного с тяжелым поражением лицевого нерва уменьшилось избыточное слезоотделение, появились сокращения мимических мышц нижней половины лица. Эпителизация послеоперационной полости завершилась к 20-22-му дню, восстановление функции лицевого нерва наступило через 1 мес. У второго больного с тяжелой степенью поражения лицевого нерва на 45-е сутки отмечено значительное улучшение, но сохранялся остаточный парез лицевого нерва в виде

неполного закрытия и зажмуривания глаза, а также отсутствия вкусовой чувствительности в передних двух третях языка на стороне поражения. Полное восстановление функции лицевого нерва у остальных пациентов из данной группы произошло к 15-20-ым суткам от момента проведения операции.

В основной группе из 5 человек с синдромом лицевого нерва на фоне хронического гнойного среднего отита у 2 обнаружено тяжелое поражение лицевого нерва, у 2 – средней степени тяжести и у 1 – легкое. Наряду с радикальной операцией, у 2 больных с тяжелым поражением лицевого нерва была проведена декомпрессия лицевого нерва. Кроме того, у всех обследуемых данной группы при радикальной операции осуществлялась ревизия барабанной полости и канала лицевого нерва, в результате которой у 1 пациентки со средней степенью тяжести поражения лицевого нерва был обнаружен кариес барабанного отдела канала и холестеатома. У нее также выполнена декомпрессия ствола лицевого нерва. При ревизии барабанной полости у 1 больного обнаружена холестеатома, у 2 – кариес аттика и слуховых косточек. В результате проводимой терапии полная эпителизация послеоперационной полости завершалась к 20-21-ым суткам, функция лицевого нерва у всех была восстановлена полностью к 7-10-ым суткам от момента проведения операции, а первая положительная динамика отмечалась уже в 1-е сутки послеоперационного периода.

Три пациента из контрольной группы, у которых синдром лицевого нерва возник после перелома височной кости, получали традиционное консервативное лечение с момента возникновения пареза. У 2 из них имело место поражение лицевого нерва легкой степени, у 1 – тяжелой. На фоне проводимой терапии у 1 обследуемого с легким парезом лицевого нерва через 5 дней появилась положительная динамика: нормализовалась секреция слезы (уменьшилось слезотечение), восстановилась подвижность нижней половины мимической мускулатуры, полное восстановление функции лицевого нерва отмечено на 15-20-е сутки. У второго пациента с легкой степенью пареза лицевого нерва восстановление подвижно-

сти мимической мускулатуры, слезной секреции и вкусовой чувствительности передних двух третей языка наступило лишь на 18-25-е сутки. У 1 больного с тяжелым поражением лицевого нерва, несмотря на проведение полного курса медикаментозной и физиотерапии, а также электростимуляции, полного восстановления функции лицевого нерва так и не произошло.

В основную группу вошли 3 человека с переломом пирамиды височной кости, осложненным синдромом лицевого нерва. У 2 из них выявлено тяжелое поражение лицевого нерва. У них была произведена декомпрессия ствола лицевого нерва. 1 пациенту с легкой степенью поражения лицевого нерва назначено комплексное консервативное лечение. На 3-и сутки у него нормализовалась слезная секреция, восстановилась вкусовая чувствительность передних двух третей языка и появились подергивания мимических мышц нижней половины лица на стороне поражения, а на 15-е сутки была полностью восстановлена функция лицевого нерва. У 2 лиц с переломом пирамиды височной кости, осложненным синдромом лицевого нерва тяжелой степени, после комплексного хирургического (декомпрессия ствола лицевого нерва) и консервативного лечения движения мимических мышц, слезная секреция и вкусовая чувствительность языка нормализовались к 8-10-ым суткам (табл.), причем первые признаки восстановления функции лицевого нерва в виде подергивания нижней половины мимической мускулатуры наблюдались на следующий день после операции.

Таким образом, результаты лечения в основной группе (получавшей блокады лицевого нерва в области шило-сосцевидного отверстия, парамеатальные блокады с тауфоном, деринат, Вессел Дуэ Ф, глиатилин, при вирусных отитах – виферон) оказались существенно лучше, чем в контрольной группе, значительно сокращались сроки терапии. Критериями эффективности лечения пациентов с синдромом лицевого нерва являются исчезновение болевого синдрома, восстановление функции мимических мышц, нормализация слезной секреции, отсутствие гиперacusии, нормализация вкусовой чувствительности. Функция лицевого нерва полностью восстановилась у 100%

больных основной группы (у 20) и у 89,5% - из контрольной (у 17 из 19), а у 1 наблюдался остаточный парез и еще у 1 – стойкий паралич лицевого нерва.

Полученные данные свидетельствуют о возможности применения в качестве ком-

плексной терапии при синдроме лицевого нерва отогенной этиологии блокад лицевого нерва в области шило-сосцевидного отверстия, парамеатальных блокад с тауфоном, препаратов «Деринат», «Вессел Дуэ F», глиатилина, а при вирусных отитах – виферона.

#### Результаты лечения пациентов с синдромом лицевого нерва отогенной этиологии

Характер заболевания	Основная группа		Контрольная группа	
	первая положительная динамика	полное восстановление функции лицевого нерва	первая положительная динамика	полное восстановление функции лицевого нерва
	время регистрации			
Вирусное поражение наружного и среднего уха	со 2-5-го дня лечения	к 7-10-ым суткам	с 10-15-го дня лечения	на 20-30-е сутки
Острый катаральный, гнойный средний отит	с 3-5-го дня	на 7-15-е сутки	с 12-14-го дня	на 18-29-е сутки
Хронический гнойный средний отит	после радикальной операции с 1-3-го дня	к 7-10-ым суткам	с 7-45-ых суток	на 15-30-е сутки, у 1 пациента – остаточный парез
	после декомпрессии лицевого нерва – с 1-х суток			
Посттравматический синдром лицевого нерва	на 3-7-е сутки без операции, на 1-3-и сутки после декомпрессии	на 15-е сутки без операции, на 8-10-е сутки после декомпрессии	с 5-ых суток	на 15-25-е сутки; у 1 больного – полный паралич лицевого нерва без положительного эффекта

1. Абасова Х.Н. Дифференцированное лечение острых невритов лицевого нерва: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Баку, 1971. - 17 с.
2. Ващенко М.А. Клиника, дифференциальная диагностика и терапия инфекционных поражений лицевого нерва: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. - Киев, 1966. - 26 с.
3. Гофман В.Р., Корюкин В.Е., Гайворонский А.В., Гайворонский И.В. Отогенный неврит лицевого нерва (морфология). - СПб., 1994. - 158 с.
4. Гринштейн А.Б. Неврит лицевого нерва (патогенез, УЗ методы лечения). - Новосибирск, 1980. - 70 с.
5. Иванус И.А. Неврит лицевого нерва: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Л., 1956. - 11 с.
6. Калина В.О., Шустер М.А. Периферические параличи лицевого нерва. - М.: Медицина, 1970. - 208 с.
7. Неробеев А, Гришкян Д. Диагностика и лечение лицевых параличей // Врач. - 2000. - №12. - С. 32-37.
8. Никитин К.А. Поражения лицевого нерва: диагностика и методы консервативного лечения // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 2000. - №3. - С. 172-175.
9. Попов А.К. Невриты лицевого нерва. - М.: Медицина, 1968. - 45 с.
10. Фарбер Ф.Н. Патогенетические методы терапии при периферическом параличе лицевого нерва: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Тарту, 1988. - 23 с.
11. Фарбер М.А., Фарбер Ф. М. Невропатии лицевого нерва. - Алма-Ата: Гылым, 1991. - 168 с.
12. Яковлев Н.А., Слюсарь Т.А. Невропатия лицевого нерва. - М., 1995. - 176 с.

Поступила в редакцию 31.01.06.

© А.В. Гайворонский, Н.В. Тепышева, 2006