

ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Ахророва Ш.Б., Бабаджанова З.Х., Халимова Д.Ж.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

По нашим исследованиям, НЛН имеют гендерные отличия, что проявляется преимущественным правосторонним поражением лицевого нерва у лиц женского пола. Также, результаты показали что, динамика клинической семиологии дополнительных симптомов НЛН имеет определенные гендерные различия. Идиопатическая форма НЛН достоверно превалирует среди лиц молодого возраста, тогда как другие формы, в частности сосудистые НЛН, наблюдаются преимущественно в пожилом возрасте. Симптоматические формы НЛН, возникающие при заболеваниях ЛОР органов, а так же сосудистой и воспалительной этиологии, имеют более тяжелые двигательные проявления и их отличаются худшим восстановлением, по сравнению с идиопатической формой НЛН.

Ключевые слова: невропатии лицевого нерва, возраст, гендер, идиопатическая форма острой невропатии

ЮЗ НЕРВИ ЎТКИР НЕВРОПАТИЯСИНИ ЁШ ВА ГЕНДЕР ЖИХАТДАН КЛИНИК ВА ПАТОГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Ахророва Ш.Б., Бабаджанова З.Х., Халимова Д.Ж.

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Олиб борилган тадқиқотлар натижаларига кўра, юз нерви невропатияси гендер жиҳатдан фарқланади, кўпинча аёлларда ўнг томонлама юз нерви зарарланиши билан кечади. Юз нерви невропатиясида учрайдиган қўшимча белгиларни клиник кечиш семиологияси динамикаси кузатилганда ҳам гендер фарқлар аниқланди. Юз нерви невропатияси идиопатик шакли ёшларда кўпроқ учраб, кекса ёшдагиларда эса қисман қон-томир шакли учраши маълум бўлди. ЛОР касалликларида учрайдиган симптоматик шакли, ҳамда яллиғланиш ва қон томир зарарланиши билан боғлиқ этиологик омиллардан келиб чиқадиган юз нерви невропатиясида идиопатик шакли билан солиштирилганда оғир ҳаракатланиш тизими зарарланиши билан кечади.

Калит сўзлар: юз нерви невропатияси, ёш, гендер, ўткир невропатияни идиопатик шакли

AGE AND GENDER CLINIC AND PATHOGENETIC OF FEATURE OF ACUTE NEUROPATHY OF THE FACIAL NERVE

Akhrova Sh.B., Babadjanova Z.Kh., Halimova D.J.

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

According to our research, NFN has gender differences that are manifested by the preferential right-sided lesion of the facial nerve in females. Also, the results showed that, the dynamics of clinical symptomatology additional symptoms of facial palsy has certain gender differences. Idiopathic form of facial palsy significantly prevalent among young adults, while other forms, particularly vascular facial palsy, occur mainly in the elderly. Symptomatic forms of facial palsy that occurs in ENT diseases, as well as vascular and inflammatory etiologies have a severe motor manifestation, and they have the worst recovery compared to the idiopathic form of facial palsy.

Keywords: neuropathies of facial nerve, age, gender, idiopathic form acute neuropathy

Актуальность

Невропатия лицевого нерва (НЛН), является одним из распространенных видов поражения периферических нервов, занимающее третье место по заболеваемости, после вертеброгенных и миофасциальных болезней. Несмотря на большое количество исследований, не все вопросы патогенеза и лечения невропатий лицевого нерва, в разрезе с возрастом и патогенетическими формами НЛН, остаются неразработанными. Существуют унифицированные рекомендации и стандартные подходы в лечении идиопатических форм НЛН, в которых не учитываются возрастные, гендерные и некоторые патогенетические аспекты заболевания.

Цель исследования: изучить клинические и патогенетические особенности НЛН в зависимости от полового деморфизма и возраста пациентов.

Материал и методы

Исследование проводилось на материале многопрофильного медицинского центра г. Бухары, где, за период 2011-2015гг были обследованы и получили лечение 75 пациента острой НЛН. Из вышеуказанного количества пациентов, в 33 (44%) случаях это были больные мужского пола, а в 42 (56%) женского, которые по половому признаку были разделены в две группы. Пациенты, включенные в исследование, были набраны по принципу случайного отбора, которым, кро-

ме изучения жалоб и клиники заболевания, произведены ретроспективный анализ преморбидного состояния, перспективное наблюдение за динамикой неврологических симптомов. Согласно классификации и определения возраста человека, принятой ВОЗ, пациенты включенные в исследование были разделены на следующие возрастные группы: 25-44 лет молодой возраст, 45-59 лет средний возраст, 60-74 лет пожилой возраст. Средний возраст больных составил у мужчин $37.5 \pm 5,6$ лет, а у женщин $34,3 \pm 9,3$ лет. Острая НЛН в 43 случаях имела правостороннюю, а в 32 случаях - левостороннюю латерализацию. Посредством тщательного общего клинического и неврологического осмотра, методами нейровизуализации (МРТ и МСКТ), электронейромиографическим (ЭНМГ) и лабораторными исследованиями, из группы исследования были исключены пациенты с демиелинизирующими и дегенеративными заболеваниями головного мозга и периферических нервов, с травматическими поражениями лицевого не-

рва (ЛН). Для уточнения патогенетической формы НЛН, всем пациентам были произведены исследования крови на липидный спектр, на инфекционные факторы (ВИЧ, спец.инфекции), ультразвуковое исследование сосудов шеи и головы и ЭНМГ. При неврологическом осмотре больных, кроме исследования расстройства двигательных функций ЛН, учитывались дополнительные симптомы, такие как, ксерофтальмия, гипераккузия, ксеростомия, гипогевзия. Для оценки тяжести двигательного дефицита нами была использована 6 бальная шкала Баллобана Я.М.

Таким образом, в зависимости от этиологической и патогенетической позиции острого поражения ЛН, нами выделены и изучены следующие варианты: идиопатическая (МКГ-10. G51.0) и симптоматическая формы НЛН (МКБ.10 G51.8). В последнюю из них были включены пациенты с синдромом Рамсея-Ханта, с дисметаболическим и вазогенным поражением ЛН и с поражением ЛН при среднем отрите.

Результаты и обсуждения

Таблица 1

Распределение этиопатогенетических форм НЛН, в разрезе с полом пациентов и латерализацией поражения

Этиологические формы НЛН	Число больных (n = 75)	Мужчины (n = 33)		Женщины (n = 42)	
		Правая	Левая	Правая	Левая
Идеопатическая форма	51 (68%)	13 (39%)	10 (30%)	19 (45%)	9 (21%)
Сосудистая форма НЛН	12 (16%)	3 (9%)	4 (12%)	3 (7%)	2 (4.7%)
Синдром Рамсея-Ханта	3 (4%)	0	1 (3%)	1 (2.3%)	1 (2.3%)
Отогенные поражения ЛН	7 (9.4%)	1(3%)	1(3%)	2 (4.7%)	3 (7%)
Прочие	2 (2,6%)	0	0	1 (2.3%)	1(2.3%)
Всего	75	17(51.5%)	16(48.4%)	26(62%)	16(38%)

Как видно из таблицы, в структуре острых поражений ЛН значительно преобладает идиопатическая форма НЛН. При этой форме НЛН чаще страдает правый ЛН, что особенно заметно в группе пациентов женского пола. Анамнестические данные, собранные у этой группы пациентов показали, что у абсолютного количества пациентов 43(85%), провоцирующим фактором заболевания, выступал фактор переохлаждения. И как следствие, этой форме было свойственно развитие болезни в прохладные сезоны года.

Сосудистые формы поражения лицевого нерва, с небольшим перевесом по частоте, наблюдались у лиц мужского пола, по сравнению с женским. При этой форме НЛН мы не наблюдали явного признака преобладающей латерализации. В данном случае о роли сосудистого фактора поражения ЛН свидетельствовали следующие: наличие в анамнезе гипертонического криза, наличие распространенного атеросклероза сосудов головного мозга и диабетической микро-, макроангиопатии. Пациенты были среднего и пожилого возраста, страдающие гипертонической болезнью, атеросклерозом, сахарным диабетом II типа. Трое пациентов с острой НЛН, страдающие сахарным диабетом, не получали инсулин заместительную терапию.

Случаи отогенного поражения ЛН не имели признака преобладающей латерализации и строго совпадали со стороной воспаления. По нашим наблюдениям, вторичные отогенные НЛН чаще всего наблюдались у лиц женского пола, чем у мужского (5 и 2 случаев соответственно). Пациенты в 2 случаях

страдали гнойным, и в 4 случаях острым серозным (экссудативным) средним отитом, в одном случае гнойным мастоидитом. В 2х случаях гнойного среднего отита и в одном случае гнойного мастоидита были произведены оперативные вмешательства. Развитие острой НЛН не имело связи с операцией, но по времени развития совпадали с обострением воспалительного процесса в среднем ухе и в сосцевидном отростке. Особенностью неврологической картины отогенной НЛН, является развитие признаков поражения ЛН в его барабанном и сосцевидном отделах. Барабанный отдел ЛН продолжается от коленчатого узла до пирамидального возвышения, а сосцевидный отрезок - от пирамидального возвышения до шилососцевидного отверстия. В барабанно отрезке ЛН прикрыт шейкой молоточка, телом наковальни, ампулярной ножкой и выступом наружного полукружного канала. На этом отрезке фаллопиев канала чаще всего располагаются дегисценции со средним ухом, через которых происходит распространение воспаления из полости среднего уха и сосцевидного отростка.

Три случая синдрома Рамсея-Ханта, включенных в группу исследования, составили лица с наиболее тяжелым проявлением НЛН. В неврологической картине у пациентов этой группы, кроме герпетического высыпания по передней стенке наружного слухового прохода, болевого синдрома и прозооплегии, в одном случае имело место герпетические высыпания на голлатеральной половине языка. Кроме этого, в про-

цессе лечения пациентов, мы наблюдали стойкую и выраженную болевую симптоматику, грубый неврологический дефект и незначительное восстановление двигательной функции ЛН.

В двух случаях причиной НЛН послужили нейroleйкоз и не эпидемический паротит и пациенты были направлены для специализированного лечения.

Таким образом, при идиопатических формах НЛН явно превалирует правосторонняя латерализация процесса, что особенно заметно у лиц женского пола.

Такая тенденция не наблюдается при других НЛН. Синдром Рамсея-Ханта проявляется наиболее тяжелым неврологическим дефектом, выраженным болевым синдромом и отличается неблагоприятным прогнозом в восстановительных периодах НЛН. Отогенные острые НЛН так же чаще наблюдаются у лиц женского пола, что указывает на необходимость профилактических мер при лечении пациентов с патологией ЛОР органов.

Таблица 2

Особенности возрастного распределения различных патогенетических форм НЛН

Форма НЛН	Число больных (n = 75)	Возрастная группа			
		18-24лет	25-44 лет	46-59 лет	60 лет и старше
Идеопатическая форма	51	15 (29,4%)	21 (41,1%)	12 (23,5%)	3 (5,8%)
Сосудистая форма НЛН	12	-	1 (8,3%)	3 (25%)	8 (66,6%)
Синдром Рамсея-Ханта	3	-	1 (33,3%)	2 (66,6%)	-
Заболевания ЛОР органов	7	2 (28,6%)	1 (14,2%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)
Прочие	2	-	-	1 (50%)	1 (50%)

Особый интерес представляет результаты анализа этиопатогенетических форм НЛН в разрезе с возрастом пациентов (Таб.2). Как видно из таблицы, максимальное число пациентов с идиопатической формой НЛН приходится на молодой возрастной группе, тогда как в среднем, и особенно в пожилом возрасте, частота этой формы наблюдаются меньше всего. Так, в молодом возрасте, основное значение в развитии НЛН имеет простудный фактор и воздействие холода, т.к. этому возрасту соответствует более активный образ жизни, и чаще сталкиваясь с этим фактором (пребывание в холоде, воздействие кондиционера, купание в холодной воде и т.д.).

С возрастом в развитии НЛН нарастает влияние сосудистого фактора, обусловленного гипертонической болезнью, атеросклерозом, макро и микроангиопатиями. Так, по нашим наблюдениям, в 8 случаях наблюдений (66,6%) пациенты сосудистыми формами НЛН имели пожилой возраст, и всего в трех случаях (25%) - средний возраст. В 6 случаях острая НЛН развилась на фоне гипертонического криза, в двух случаях - на фоне сочетания атеросклероза и артериальной гипертензии. У 4 пациентов имело место прогрессирующая диабетическая микро- и макроангиопатия, подтвержденная клинической картиной и инструментальными исследованиями.

Таким образом, значение сосудистого фактора НЛН начинает превалировать с возрастом и с увеличением системных сосудистых патологий.

Синдром Рамсея-Ханта, нами были выявлены всего в 3 случаях, в двух случаях это были лица женского пола, а в одном - мужского. Во всех случаях имело место грубая прозопплегия, выраженный болевой синдром височно-заушной локализации, герпетические высыпания на передней стенке наружного слухового прохода, а в одном случае имелись высыпания на половине языка. Двое пациентов были среднего возраста и один - пожилого.

Заболевания ЛОР органов, в частности средний гнойный отит, мастоидит, как причины вторичных НЛН, почти равномерно наблюдались во всех возрастных группах, но чаще женского пола. Надо отме-

тить и то, что даже после радикальных операций, явления НЛН носили грубый и стойкий характер. По тяжести проявления двигательных расстройств, в 6 случаях из 7, имел место глубокий прозоппрез, а в одном случае поражения ЛН в - прозопплегия, с субтотальным выпадением функций нерва (выпадение вкусовой рецепции на одноименно половине языка, гипестезией в зоне Ханта).

По существующим прикладным понятиям, в силу анатомической особенности отхождения от ЛН его составляющих ветвей в пределах фаллопиев канала, туннельное поражение ЛН на различных уровнях различной симптоматикой. Таким образом теоретически можно определить уровень поражения ЛН по его длине в пределах костного канала. Конечно, такой подход может иметь значение только при тотальном, поперечном поражении ЛН строго ограниченной локализации в различных участках. Если учесть, что патогенез идиопатической НЛН обусловлен демиелинизацией и его глубиной распространения в поперечнике нервного ствола, то сопутствующих (дополнительных) симптомов НЛН, было бы правильно расценивать как степень вовлечения различных волокон (парасимпатическая и чувствительная порции) ЛН в процесс демиелинизации. К примеру, можно привести случаи, когда наблюдаются только двигательные расстройства при НЛН, которое в топическом плане будет соответствовать поражению ЛН дистальнее от места отхождения барабанной струны, т.е. до шилососцевидного отверстия. На самом же деле, этот отрезок не является наиболее узким местом фаллопиева канала, кроме этого здесь кровоснабжение ЛН осуществляется как экстракраниального, так и интракраниального бассейнов, а дренажная функция канала имеет максимальную облегченность. Этот факт доказывает то, что основной синдром НЛН - прозоппрез не является следствием поражения ЛН в только дистальном отрезке фаллопиев канала, а скорее является следствием преимущественного вовлечения моторных волокон в различных отрезках в процесс демиелинизации. А дополнительные симптомы НЛН, такие как ксерофтальмия, гипогевзия, гипераккузия, ксеро-

стомя, обусловлены различной степенью вовлечения в процесс демиелинизации и компрессии.

Так, по результатам наших наблюдений, динамика клинической семиологии дополнительных симптомов НЛН имеет определенные гендерные различия. Ксеростомия, гипогевзия, болевой синдром, гиперактузия, слезотечение ксерофтальмия, если в остром периоде заболевания по частоте проявления имеют схожую картину среди лиц мужского и женского пола, то в последующих периодах заболевания наблюдаются достоверные различия по многим симптомам. Например, болевой синдром и ксеростомия в ранний период восстановления НЛН у лиц мужского пола имели достоверно лучший регресс, в сравнении с женским полом. Такая картина не наблюдается при сравнительном анализе слезотечения и гиперактузии, хотя в течении обоих симптомов наблюдается хорошая тенденция. Максимально быстрое восстановление слезотечения наблюдается после раннего восстановительного периода, т.е. в период позднего восстановления. Наиболее стойким и тяжелым симптомом НЛН является ксерофтальмия, которой свойственно более стойкое проявление у мужчин, но она в два раза чаще наблюдается у пациентов женского пола. (рис 1)



Заключение:

НЛН имеют гендерные отличия, что проявляется преимущественным правосторонним поражением лицевого нерва у лиц женского пола.

Идиопатическая форма НЛН достоверно преобладает среди лиц молодого возраста, тогда как другие формы, в частности сосудистые НЛН, наблюдаются преимущественно в пожилом возрасте.

Симптоматические формы НЛН, возникающие при заболеваниях ЛОР органов, а так же сосудистой

и воспалительной этиологии, имеют более тяжелые двигательные проявления и их отличаются худшим восстановлением, по сравнению с идиопатической формой НЛН.

Динамика клинической семиологии дополнительных симптомов НЛН имеет определенные гендерные различия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- Акимов Г.А., Одинак М.М. Дифференциальная диагностика нервных болезней. М.: "Гиппократ", 2000. - 663 с.
- Бабияк В. И. Нейрооториноларингология: руководство для врачей / В. И. Бабияк, В. Р. Гофман, Я. А. Накатис. - СПб.: Гиппократ, 2002. - 728 с.].
- Вейн, А. М. Болевые синдромы в неврологической практике / А. М. Вейн. - М.: МЕДпресс, 1999. - С. 171-216.;
- Гринштейн А. Б. Неврит лицевого нерва / А. Б. Гринштейн. - Новосибирск: Наука, 1980. - 144 с.].
- Гофман В. Р. Отогенный неврит лицевого нерва / В. Р. Гофман, В. Е. Корюкин, А. В. Гайворонский [и др.] - СПб.: Контур М, 1994. - 156 с. ;
- Деконенко Е.П. и др. // Ж. неврологии и психиатрии.- 2000.- № 6.- С. 58-59.
- Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Руководство для врачей / А.А.Скоромец, Т.А.Скоромец. СПб.: "Политехника", 2002. - 399 с.
- Скрипченко Н.В., Голяков, Д.А. Невропатии лицевого нерва у детей: клинико-терапевтические аспекты: Сб. материалов первого Балтийского Конгресса по детской неврологии. Санкт-Петербург, 2007. - С. 144-145.
- Степанченко М.А., Жулев С.Н., Бабанова О.В. Невропатии лицевого нерва: диагностика и лечение: Сборник статей IX Всероссийского съезда неврологов. Ярославль, 2006. - С. 289.
- Орлова О.Р., Мозолевский Ю.В., Саксонова Е.В. Невропатии лицевого нерва (паралич Белла) // Лечение заболеваний нервной системы. - 2011. - № 2 (7).
- Никифоров А.С., Гусев Е.И. Клиническая неврология: руководство для врачей. М.: Медицина, 2009.
- Стратиева О. В. Клиническая анатомия уха / О. В. Стратиева. - СПб.: СпецЛит, 2004. - 272 с.
- Калина В. О. Периферические параличи лицевого нерва / В. О. Калина, М. А. Шустер. - М.: Медицина, 1970. - 208 с.
- Мосолов М. М. Кровоснабжение внечерепного отдела лицевого нерва: Автореф. дис. канд. мед. наук. / М. М. Мосолов. М., 1963. - 21 с.
- Калина В. О. Периферические параличи лицевого нерва / В. О. Калина, М. А. Шустер. - М.: Медицина, 1970. - 208с.
- Морозова, О.Г. Опыт лечения невропатии лицевого нерва с применением препарата актовегин драже / О.Г. Морозова, В.И. Здыбский, А.А. Ярошевский // Международный неврологический журнал. - 2008. - 2(18). - Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/5270>;
- Карлов В. А. Неврология лица / В. А. Карлов. - М.: Медицина, 1991. - 288 с., Невропатии: Руководство для врачей / Под ред. Н. М. Жулева. - СПб: Издательский дом СПбМАПО, 2005. - 416 с.].
- Jackson C.G., Von Doersten P.G. The facial nerve. Current trends in diagnosis, treatment, and rehabilitation // Medical Clinics of North America. 2011. Vol. 83 (1). P.179-195.
- Linder TE, Abdelkafy W, Cavero-Vanek S. The management of peripheral facial nerve palsy: "paresis" versus "paralysis" and "sources of ambiguity in study designs, otol Neurotol: 2010 Feb;31(2): P. 319-27.
- Tveitnes p., Ovmar k., Nat&s o. Acute facial nerve palsy in children: how often is it lyme borreliosis? // ScandJ infect Pis. 2007. - V. 5. - P.425-431.
- Kandil, M.R. A community-based epidemiological study of peripheral neuropathies in Assiut, Egypt / M.R. Kandil, E.S. Darwish, E.M. Khedr, M.M. Sabry, M.A. Abdulah // Neurol. Res. - 2012. - Dec;34(10). - p. 960-966.
- Ngow H.A., Wan Khairina W.M., Hamidon B.B. Recurrent Bell's palsy in a young woman. Singapore Med. J. 2008; 49: 278-280.; Stewart J.D. Focal peripheral neuropathies. New York: Raven, 1993.

Поступила 06.03. 2019