

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Михальчук М.С.¹, Аджисалиев Г.Р.²

¹Михальчук Мария Сергеевна – студент;

²Аджисалиев Гуливер Ризаевич – старший преподаватель,
кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии,
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского,
г. Симферополь

Аннотация: статья посвящена заболеваниям лицевого нерва. Авторы описывают симптомы неврита этого черепного нерва, говорят о возможных методах лечения. В работе подчеркивается, что в случае неэффективности консервативной терапии, специалистами рекомендуется хирургическое вмешательство. В отдельных случаях целесообразна весьма результативная операция – микрохирургическая декомпрессия лицевого нерва.

Ключевые слова: лицевой нерв, заболевание, патология, симптомы, микрохирургия, микрохирургическая декомпрессия.

УДК 616-089.81

Лицевой нерв, как и тройничный, относится к так называемым черепным нервам, которые иннервируют лицевой отдел головы, соответственно симптомы поражения выражаются не только болевым синдромом, но и могут быть визуально обнаружены.

Неврит лицевого нерва, проявляющийся парезом или параличом, может относиться как к врожденным патологиям, так может и являться следствием нервного потрясения, переохлаждения, либо результатом осложнения после перенесения ряда инфекционных заболеваний. Как правило, процесс возникновения данного заболевания носит острый характер и выражается в параличе мимических мышц одной из половин лица [2, с. 26].

Незначительная боль на первых этапах заболевания перерастает в серьезный болевой синдром в соответствующей половине лица спустя некоторое время. Опускается угол рта, происходит сглаживание носогубной складки, проявляется перекос овала лица, веко на поражённой стороне перестаёт закрываться, что вызывает постоянную слезоточивость глаза. К тому же заметно искажается речь, и наблюдается першение во время приёма пищи.

Абсолютно точное название получила эта болезнь в восточной медицине – «искажающая рот и глаза по причине проникновения в организм болезнетворных факторов» [9].

Первоначально, после определения диагноза, пациенту назначается медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. В случаях, когда эффективность обозначенных методов не наблюдается в течение шести месяцев, медицина рекомендует прибегнуть к оперативному вмешательству, в данном случае – декомпрессии лицевого нерва, сущность которой состоит в освобождении путём остеотомии нерва в костном канале от сдавливающих его факторов. К ним относятся рубцы и посттравматические спайки.

Во время осуществления микрохирургической декомпрессии лицевого нерва оболочку больного нерва на уровне повреждения рассекают, с помощью нейрохирургического микроскопа с 25-30-кратным увеличением проводят осмотр

нервных пучков и производят оперативное лечение с использованием специализированного микрохирургического инструментария [6, с. 25].

Следует отметить, что больной при этом находится в сидячем положении. Непосредственно операционный этап состоит в обнажении ствола лицевого нерва на необходимом отрезке фаллопиева канала таким образом, чтобы можно было выделить место повреждения нерва и отрезок здорового нерва более дистально и, по возможности, проксимально относительно места повреждения. После разведения краев раны, а также отслойки верхнезадней стенки кожного наружного слухового прохода, врач переходит к обнажению лицевого нерва в шиловосцевидном отверстии – самому ответственному и ключевому этапу всей хирургической декомпрессии лицевого нерва. Показанием такой операции может стать отогенный паралич, свежая травма лицевого нерва во время оперативного вмешательства на ухе, травматический паралич, возникший как следствие перелома основания черепа. Микрохирургическая декомпрессия лицевого нерва признаётся медициной эффективным способом устранения невралгического болевого синдрома различной этиологии [4, с. 8].

Рассматриваемое в работе заболевание не влияет на общее состояние организма, однако, уродуя лицо, невропатия лицевого нерва непосредственно воздействует на психологический аспект и социальную составляющую жизни человека. Своевременное обращение пациента к специалисту, верная диагностика, квалифицированное и полноценное лечение приводят к полному выздоровлению человека в большинстве случаев, и возвращению его к обычной деятельности [9].

Список литературы

1. Григорян Ю.А., Ситников А.Р. Нейроваскулярные взаимоотношения при гемифациальном спазме // Вопросы нейрохирургии, 2009. № 4. С. 13-18.
2. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., Манвелов Л.С. Невралгия тройничного нерва. В кн.: Практическая неврология. / Под ред. А.С. Кадыкова, Л.С. Манвелова, В.В. Шведкова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. С. 26-27.
3. Карнаухов В.В., Семенов М.С., Реутов А.А., Сергиенко Т.А. и др. / Васкулярная декомпрессия лицевого нерва с использованием эндоскопической ассистенции. // Сборник трудов XVII международной научно-практической конференции памяти академика Н.Н. Бурденко. Пенза, 2010. С. 148.
4. Коновалов А.Н. и соавт. Васкулярная декомпрессия в лечении невралгии тройничного нерва: опыт лечения первых 140 больных // Вопросы нейрохирургии, 2008. № 3. С. 3-9.
5. Манвелов Л.С., Тюрников В.М., Кадыков А.В. Принципы лечения и ведения больных невралгией тройничного нерва. // РМЖ, 2014. № 16. С. 1198-1199.
6. Отарашвили И.А., Махмудов У.Б., др. Микроваскулярная декомпрессия корешков черепных нервов. // Материалы 1-й научно-практической конференции нейрохирургов и неврологов северо-запада России. Калининград – Светлогорск, 2005. С. 25-27.
7. Шиманский В.Н., Карнаухов В.В., Сергиенко Т.А., Пошатаев В.К., Семенов М.С. Эндоскопическая ассистенция при васкулярной декомпрессии черепных нервов. Журнал Вопросы нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко, 2012. № 2. С. 178-184.
8. Шиманский В.Н., Карнаухов В.В., соавторы. Эндоскопическая ассистенция при одномоментном удалении менингиомы задней черепной ямки и васкулярной декомпрессии корешка тройничного нерва. Журнал Вопросы нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко, 2011. № 4. С. 70-74.

9. *Лифантьева Е.А.* Невралгия лицевого нерва: причины, симптомы и лечение. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://doctor-neurologist.ru/nevralgiya-licevogo-nerva/> (дата обращения: 13.10.2018).
10. *Манвелов Л.С., Тюрников В.М., Кадыков А.В.* Принципы лечения и ведения больных невралгией тройничного нерва //Аналгезия. [Электронный ресурс], 2014. № 6. Режим доступа: <https://urgent.com.ua/ru-issue-article-532/> (дата обращения: 13.10.2018).

ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ПОЛОСТИ РТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Азимбаев Н.М.

*Азимбаев Нурланбек Мухтаралиевич - аспирант,
кафедра хирургической стоматологии с курсом детского возраста,
Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызская Республика*

Аннотация: в данном обзоре литературы отражены методы диагностики и лечения ХРАС. На современном этапе существует большое количество средств и методов лечения, однако полный алгоритм комплексной терапии не разработан. Отсутствуют методики поддерживающей терапии, что по-прежнему остается актуальной задачей и требует дальнейших исследований.

Ключевые слова: хронический афтозный стоматит, диагностика, лечение.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит – воспалительное заболевание слизистой оболочки, которое сопровождается высыпаниями с длительным течением и периодическими обострениями. ХРАС представляет собой важную медицинскую и социальную проблему и решению этой проблемы в последнее десятилетие немалое внимание уделяют многие исследователи [6, 32, 48, 50].

1909 году впервые это заболевание было исследовано и описано автором [56].

Существует несколько форм ХРАС: фибринозная, некротическая, glandулярная, рубцующаяся, деформирующая, лихеноидная [23].

Фибринозная форма проявляется на слизистой оболочке в виде желтоватых пятен с признаками гиперемии, где отсутствуют малые слюнные железы, на поверхность которого выпадает фибрин, плотно спаянный с окружающими тканями. После прогрессирования процесса фибрин отторгается и образуется афта, которая эпителизируется за 6–8 дней. При окрашивании фибрина 1%-ным раствором метиленового синего не смывается физиологическим раствором или слюной.

Некротическая форма локализуется на обильно васкуляризованных участках СОПР. Кратковременный спазм сосудов приводит к некрозу эпителия с последующим изъязвлением. Налет не плотно спаян с подлежащей тканью и легко снимается при поскабливании. Раствор 1%-метиленового синего легко фиксируется на фибринозном налете, но в отличие от фиброзной формы легко смывается физиологическим раствором. Эпителизация данной формы ХРАС наблюдается на 12—20-й день.

Glandулярная форма: в воспалительный процесс кроме СОПР, вовлекаются и малые слюнные железы в области губ, языка и лимфоглоточного кольца. Появляются участки гиперемии на фоне которых слюнные железы кажутся приподнятыми за счет отека. Раствор метиленового синего фиксируется только в области нефункционирующих малых слюнных желез. Затем появляется эрозия, которая быстро переходит в язву, на дне которой видны концевые отделы малых слюнных желез. Основание эрозий и язв инфильтрировано. Стадия эпителизации длится до 30 суток.