

Уринов М.Б., Ходжиева Д.Т., Кахаров И.И.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель. Выявление клинических и эпидемиологических особенностей НЛН в зависимости от пола и возраста в регионе Бухарского вилоята.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 71 больных в возрасте от 20 до 74 лет, лечившихся в неврологическом отделении Бухарского областного многопрофильного медицинского центра с 2009 по 2013 гг., у которых была диагностирована НЛН в остром периоде заболевания. Мужчин было 44,8%, женщин - 55,2%. Повозрастная категория больных распределена таким образом: 20-30 лет - 18, 31-40 лет - 19, 41-50 лет - 18, 51-60 лет - 12, 61-74 лет - 4 больных. По этиологии заболевание всех больных определено как идиопатическая невропатия (простудный паралич Белла).

Всем больным проводилось клиничко-неврологическое исследование с детальным анализом анамнестических сведений, клиническое и биохимическое исследование крови, общего анализа мочи, электрокардиограммы. Неврологический осмотр включал определение функций всех черепных нервов с акцентом на выявление симптомов поражения тройничного и лицевого нерва, а также определение сухожильных и периостальных рефлексов, чувствительности, мышечного тонуса, координаторных проб, исследование менингеальных и пирамидных (патологических) кистевых и стопных знаков. Функциональное состояние лицевого нерва изучали с помощью электронейромиографии (ЭНМГ) и электромиографии (ЭМГ).

В исследовании использовались пакеты прикладных программ: Statistica for Windows 6.0 – для статистического анализа, MS Office 2003 - для организации и формирования матрицы данных, подготовки графиков.

Результаты исследования. В результате анализа сроков госпитализации больных с НЛН имело место позднее поступление (43%), что связано с несвоевременным обращением больных за медицинской помощью. Тяжесть клинических проявлений прозопареза классифицировалась К.М. Rosler (1995). У больных отмечалось преобладание тяжелого течения заболевания (87%). Так, паралич мимической мускулатуры при поступлении отмечен у 62 пациентов: тяжелый парез (III степень) выявлен у 21 (33,8%) пациента, латентное время М-ответа более 6 мс. Умеренный парез (II степень) мимической мускулатуры был пределен у 9 (14,5%) человек, латентное время М-ответа 5,5 - 6,0 мс. Таким образом, более чем в 80% случаев имело место среднетяжелое и тяжелое поражение лицевого нерва, соответствующее III-II степени пареза по классификации К.М.

Rosler (1995).

У всех пациентов отмечено одностороннее поражение лицевого нерва, при этом у 18 (25,3%) больных правосторонняя локализация и у 53 (74,6%) - левосторонняя. Клиническая картина была у всех пациентов типичной, отражая поражение двигательных, вегетативных и чувствительных нервных волокон. Клинически по локализации поражения лицевого нерва нами получены следующие результаты: у 11% наблюдалось поражение ЛН выше n.petrosus superficialis major, у 24% - выше отхождения n. stapedius. В остальных случаях 65% отмечалось поражение лицевого нерва в нижнем отделе фаллопиевого канала вблизи шилососцевидного отверстия. Таким образом, при клинической оценке локализации поражения лицевого нерва наиболее часто определялось его поражение в дистальном сегменте фаллопиевого канала (область шилососцевидного отрезка).

В клинической картине заболевания у 39 (54,9%) пациента имелся болевой синдром в области лица, причём у 28 больных он возник до развития прозопареза, а у 11 - после или одновременно с ним. Характер болевого синдрома более 90% больных описывали как постоянную, ноющую боль, а интенсивность болевого синдрома оценивали как умеренную. Помимо боли отмечались сенсорные феномены, проявляющиеся онемением, ощущением стягивания, чувством ползания мурашек в области лица на стороне поражения у 27 (38,02%) ($p < 0,05$).