



Лицевой нерв

Подготовила студентка 443 гр.
Курбанова Саида

Лицевой нерв

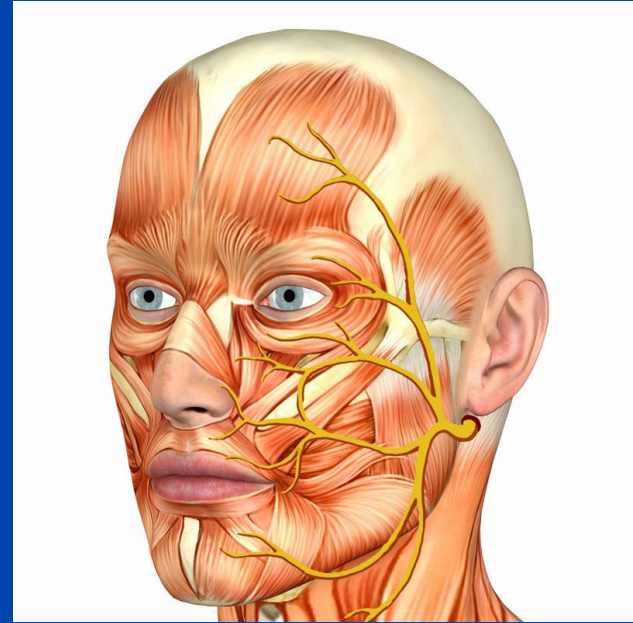
Нерв смешанный. ядро нерва заложено в сетчатом веществе покрышки моста мозга на границе с продолговатым мозгом:

- nucl. motorius (двигательное)

Ядра n.intermedius, волокна которого идут в составе лицевого нерва

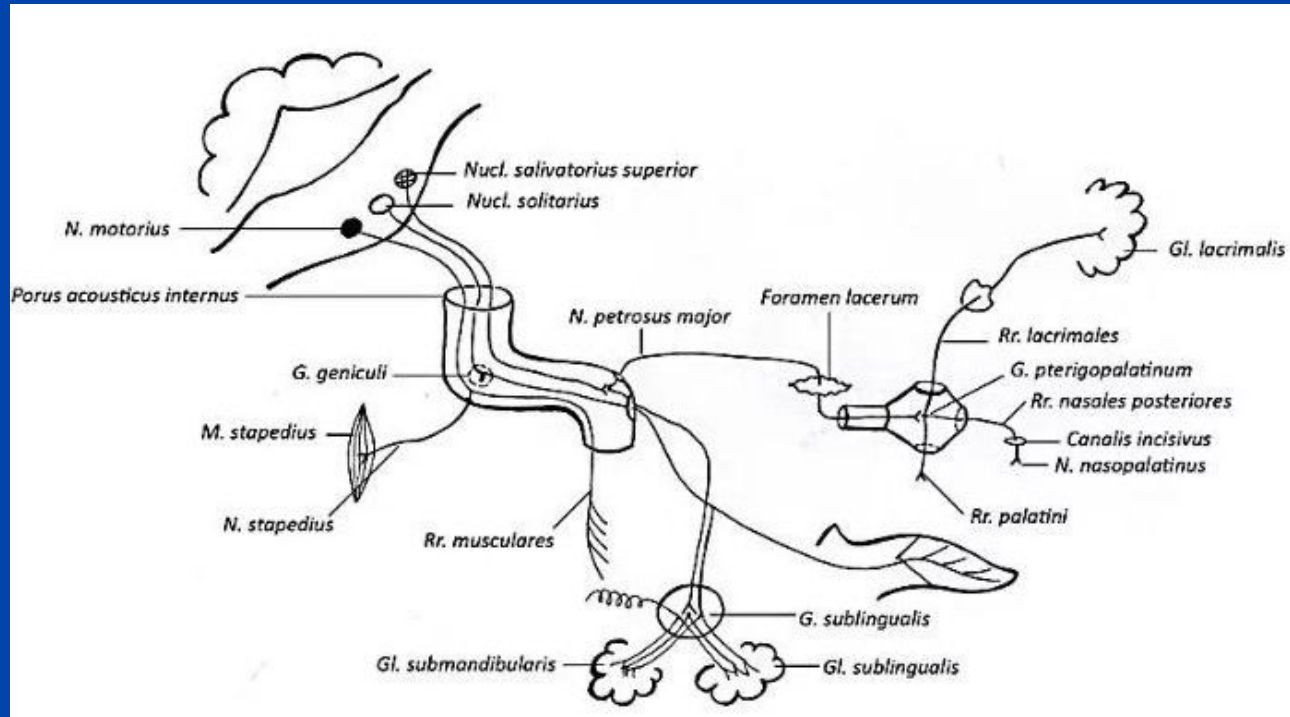
- nucl. salvatorius sup. (вегетативное)

- nucl. solitarius (чувствительное)



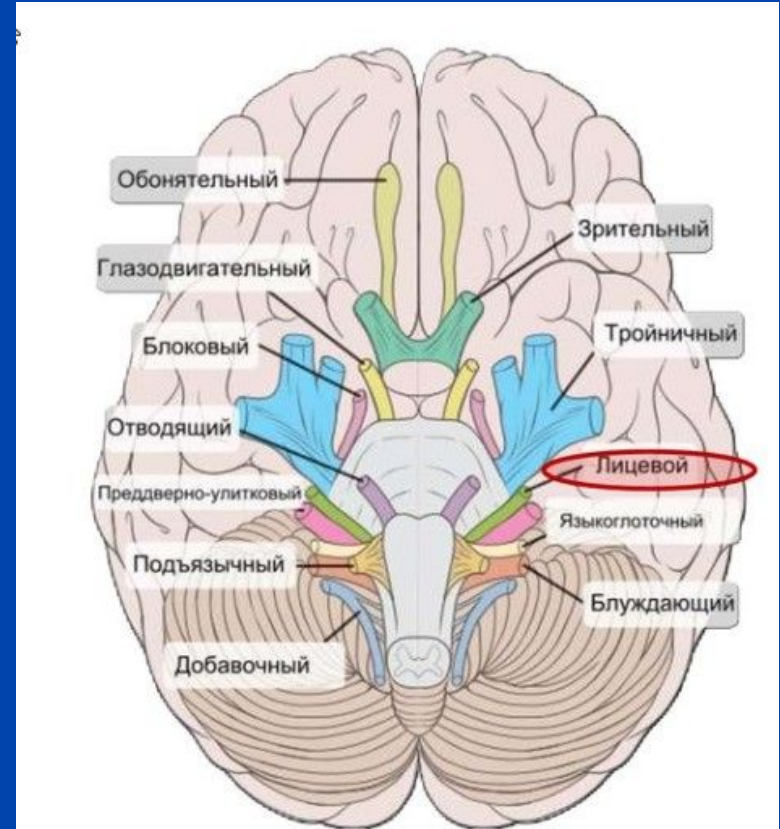
Топография

Более массивная его двигательная порция иннервирует мимические и некоторые другие мышцы головы и шеи (мышцы окружности уха, затылочную, шилоподъязычную, заднее брюшко днубрюшной мышцы, подкожную мышцу шеи - platisma).



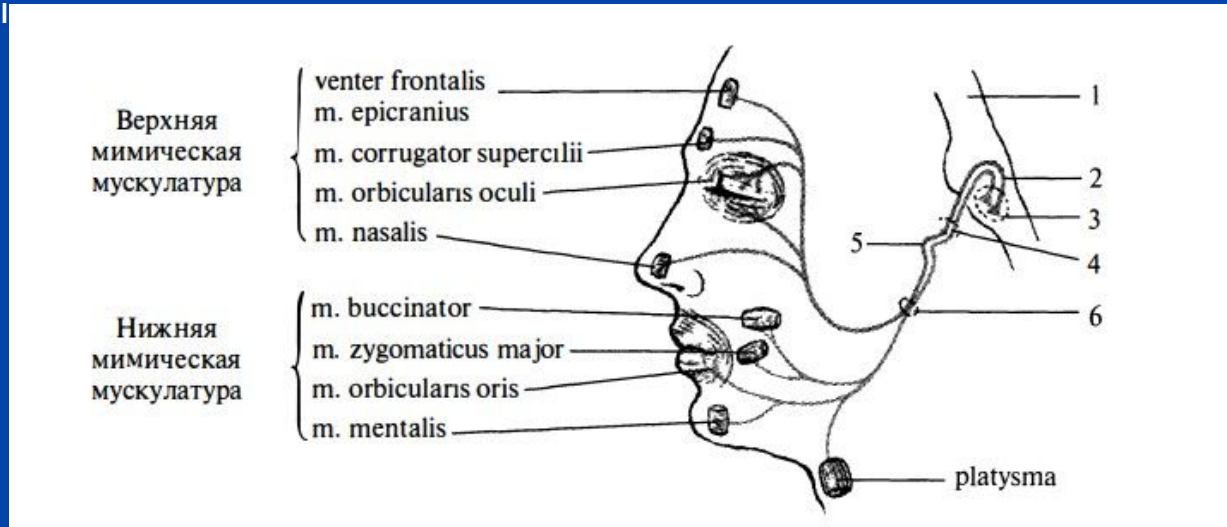
Топография

Аксоны клеток этого ядра идут в дорсомедиальном направлении, огибая под дном IV желудочка ядро отводящего нерва и образуя так называемое внутреннее колено лицевого нерва => на основании мозга лицевой нерв выходит между мостом мозга и продолговатым мозгом (латеральнее оливы) из мостомозжечкового угла => направляется через внутренний слуховой проход в лицевой (фаллопиев) канал. Здесь в непосредственной близости с барабанной полостью образуется изгиб нерва (так называемое наружное колено) => из пирамиды височной кости лицевой нерв выходит через шилососцевидное отверстие и пронизывает околоушную слюнную железу, рассыпаясь на конечные ветви и образуя большинство мышечных волокон



В неврологической клинике принято делить эти ветви на две группы.

- Первая из них иннервирует верхние, а вторая - нижние мимические мышцы
- К верхним мимическим относятся: *m. frontalis* (наморщивает кожу лба), *m. corrugator supercilii* (хмурит брови), *m. orbicularis oculi* (зжмуривает глаза).
- В состав нижней мимической мускулатуры входят *m. buccinator* (напрягает щеку), *m. risorius* (отводит углы рта), *m. zygomaticus major* (поднимает углы рта), *m. orbicularis oris* (вытягивая губы вперед, закрывает рот). Еще в области фаллопиева канала от ствола лицевого нерва отходит веточка к мышце стремечка (*m. stapedius*), являющейся по своей функции антагонистом *m. tensor tympani*



Топография

Центральные нейроны для лицевых мышц располагаются в нижнем отделе прецентральной извилины. Аксоны этих клеток идут через лучистый венец, колено внутренней капсулы, основание ножки мозга.

Для иннервации верхней мимической мускулатуры волокна подходят к периферическому ядру как своей, так и противоположной стороны. Волокна же к той части ядра, которая иннервирует нижнюю часть лицевой мускулатуры, полностью переходят на противоположную сторону. Таким образом, при одностороннем поражении центрального мотонейрона наступает паралич не всей, а только нижней мимической мускулатуры противоположной стороны. Верхняя группа мышц лица получает импульсы от обоих полушарий, поэтому на стороне паралича можно заметить лишь легкое расширение глазной щели. Центральное поражение лицевых мышц часто сочетается с одноименным парезом руки (фацио-брахиальный парез) или всей половины тела (гемипарез).

При поражении ядра или ствола нерва парализуются все мимические мышцы одноименной половины лица

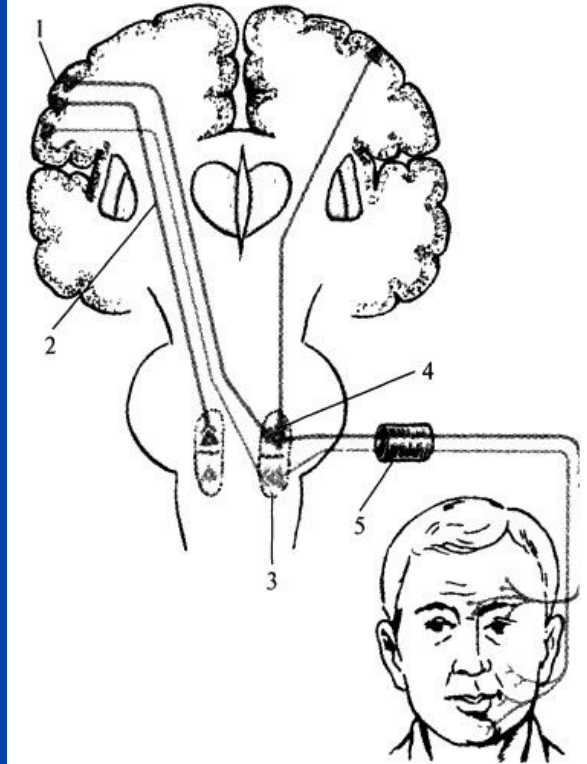
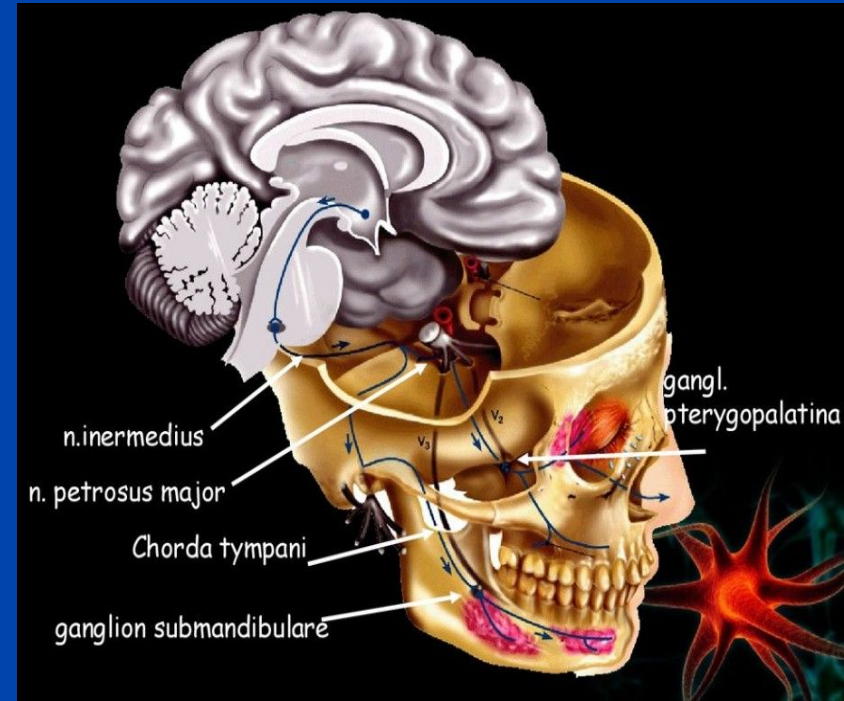


Рис. 3.23. Кортиково-мышечный путь к мимической мускулатуре: 1 – пирамидные клетки правой прецентральной извилины (зона лица); 2 – колено внутренней сумки; 3 – нижняя часть ядра лицевого нерва; 4 – верхняя часть ядра лицевого нерва; 5 – левый лицевой нерв.

Периферический чувствительный нейрон этого нерва представлен клетками *gang. geniculi* (гомолог спинномозгового ганглия), расположенном в лицевом канале в области наружного колена лицевого нерва. Дендриты этих клеток сначала проходят в лицевом канале вместе с двигательными волокнами нерва, затем отходят от него, участвуя в образовании *chorda tympani*, наконец, в составе нижнечелюстного нерва заканчиваются особыми рецепторами (вкусовыми луковицами) в слизистой оболочке передних двух третей языка. Аксоны клеток *gang. geniculi* сопутствуют основному стволу лицевого нерва, на основании мозга проходят в составе *n. intermedius*, вступают в ствол мозга в мостомозжечковом треугольнике и заканчиваются синаптической связью с клетками *nucl. tractus solitarii* - ядра языкоглоточного нерва.

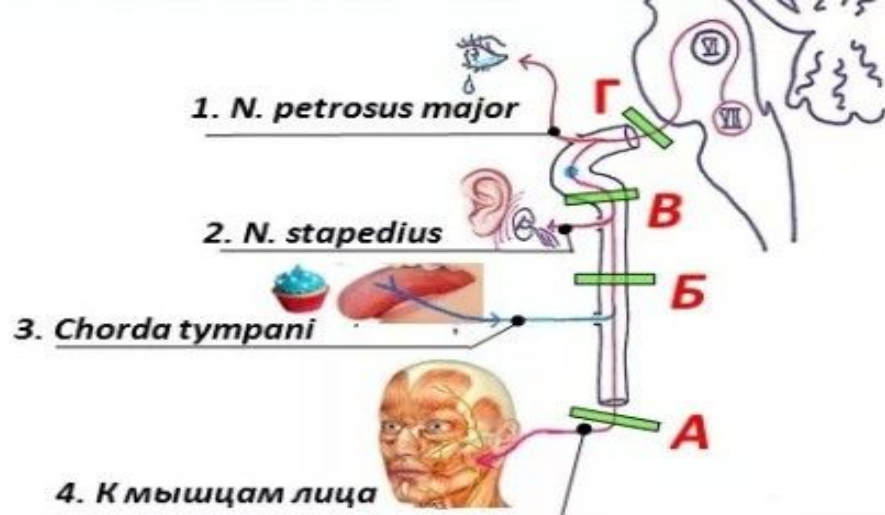


1. Иннервация слезных желез
(секреция слезной жидкости)

2. Иннервация *m. stapedius*
(слух)

3. Вкус передних 2/3 языка

4. Выражение лица, мимика,
зажмуривание глаз



Уровень поражения <i>n. facialis</i> (снизу-вверх)	Симптомы
A. Ниже отхождения <i>chorda tympani</i> , на выходе из черепа	<ul style="list-style-type: none">Периферический парез мимических мышц лица на стороне поражения
B. Выше отхождения <i>chorda tympani</i>	<ul style="list-style-type: none">Нарушение вкуса передних 2/3 языкаПериф. парез мимических мышц лица на стороне поражения
B. Выше отхождения <i>n. stapedius</i>	<ul style="list-style-type: none">ГиперакузияНарушение вкуса передних 2/3 языкаПериф. парез мимических мышц лица на стороне поражения
Г. Выше отхождения <i>n. petrosus major</i>	<ul style="list-style-type: none">Сухость глазНарушение вкуса передних 2/3 языкаПериф. парез мимических мышц лица на стороне поражения

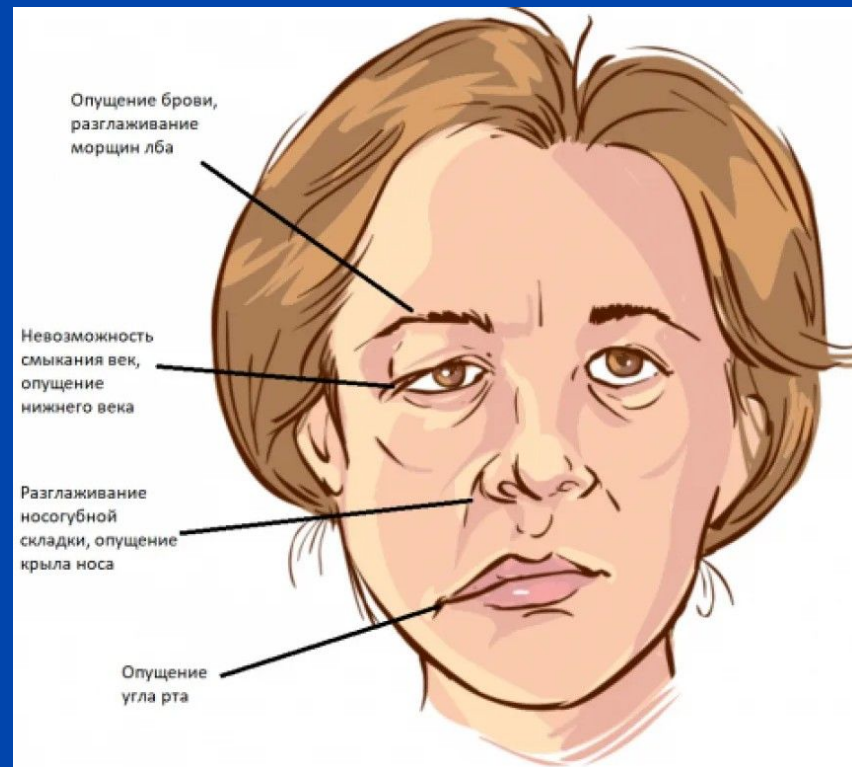
Клиника поражения 7 нерва

Клиника поражения лицевого нерва отличается в зависимости от уровня поражения.

При ущемлении при входе в фоллопиев канал страдают все три нерва, а именно:

лицевой нерв
↓
периферический парез

полная асимметрия лица на стороне поражения
разглаживаются складки на лбу, носогубная складка,
опущен уголок рта, «открытый глаз»- лагофthalm

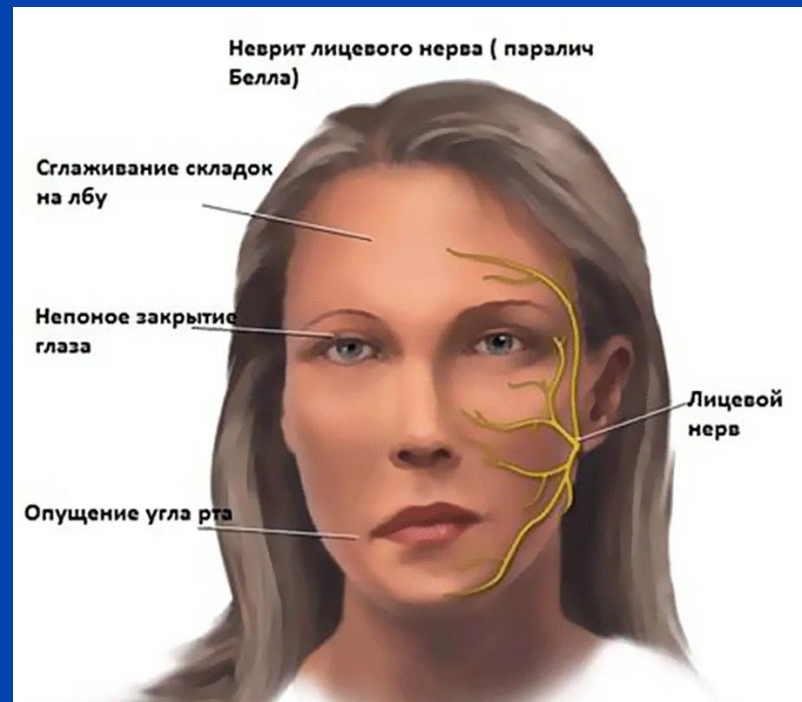



Топика поражений

Локализация	Симптоматика
Центральный нейрон	Паралич нижней группы мимических мышц на противоположной стороне
Ядро лицевого нерва	Понтинные альтернирующие синдромы (медиаьный Мийяра-Гюблера, латеральный Фовилля)
Мостомозжечковый угол	Сопутствующее поражение V и VII пары ЧМН.
Внутренний слуховой проход (лабиринтный сегмент)	Паралич мимических мышц ипсилатерально + ипсилатерально сухость глаза (n.petrosus maj.), нарушение вкуса передних 2/3 языка (ch.tympani) и ипсилатерально гиперacusis (n.stapedius)
Внутренний слуховой проход (коленчатый сегмент)	Паралич мимических мышц ипсилатерально + ипсилатерально слезотечение (n.petrosus maj.), нарушение вкуса передних 2/3 языка (ch.tympani) и ипсилатерально гиперacusis (n.stapedius)
Внутренний слуховой проход (барабанный сегмент)	Паралич мимических мышц ипсилатерально + слезотечение (n.petrosus maj.), нарушение вкуса передних 2/3 языка (ch.tympani) и ипсилатеральная глухота (n.cochlearis)
Внутренний слуховой проход (шилососцевидный сегмент)	Паралич мимических мышц ипсилатерально + слезотечение ипсилатерально.

Симптомокомплекс невропатии лицевого нерва

- Симптом Белла – слабость мимических мышц на стороне поражения
- Лагофтальм – птоз нижнего века
- Симптом «паруса» - невозможность симметрично надуть щеки
- Симптом «ресниц» - визуализация исследователем ресниц пациента на пораженной стороне при зажмуривании глаз
- Этиология в большинстве случаев неизвестна, нередко возникает после переохлаждения. Предполагается, что в основе заболевания лежит ишемия, приводящая к отеку и компрессии волокон нерва в лицевом канале пирамиды височной кости





- Лицевой неврит при опоясывающем лишае (синдром Ханта)

- Клиника. Остро возникающие герпетические высыпания в области ушной раковины, наружном слуховом проходе
- Анамнез. Жгучая интенсивная боль в ухе, иррадирующая в лицо, в затылок, в шею. При этом на той же стороне через 1-2 суток развивается парез мимической мускулатуры половины лица.
- Причина. Поражение узла колотца вирусом опоясывающего лишая.



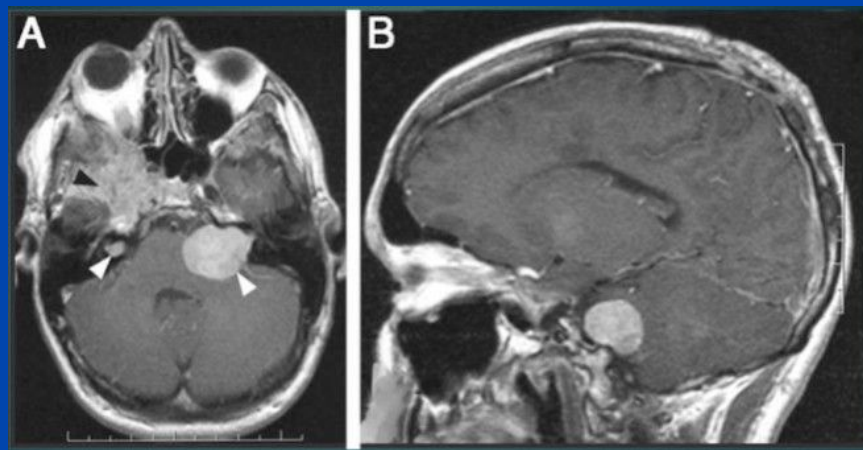
Синдром Мелькерсона- Розенталя

- Клиника. Наследственный синдром, тип наследования не установлен
- Анамнез. Ангионевротический отек половины лица, чаще губ, лицевого нерва, хейлит и складчатый язык с соответствующей симптоматикой лицевой невропатии; рецидивирующий, иногда двусторонний.
- Причина. Сдавление нерва в канале в результате отека. Этиология неясна, но может наблюдаться на фоне поражения лимфатической системы. Синдром чаще встречается у женщин



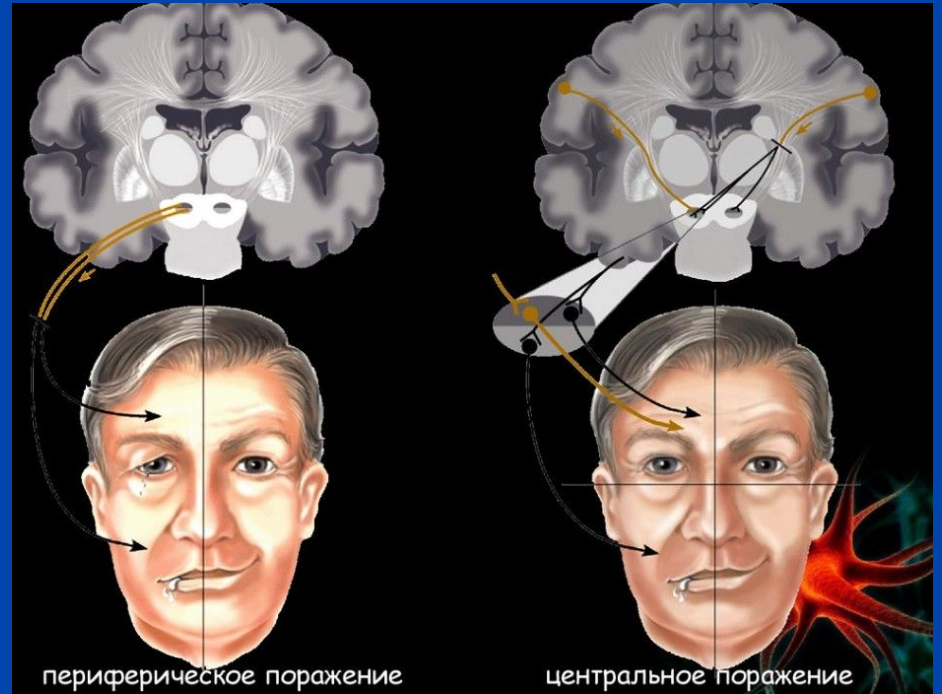
Опухоль мосто-мозжечкового угла

- Клиника. Заболевание развивается постепенно, в начале отмечается снижение слуха на стороне поражения с последующим развитием периферического поражения лицевого нерва, а в завершении заболевания – развитие бульбарного синдрома
- Анамнез. Клиника включает три стадии:
 1. Отиатрическая стадия с расстройством слуха (снижение и шум в ухе) на стороне поражения.
 2. Отоневрологическая – к расстройству слуха присоединяется развитие периферического паралича лицевого нерва на стороне поражения.
 3. Бульбарная – развитие бульбарного синдрома в результате компрессии опухолью продолговатого мозга.
- Причина. В большинстве случаев причиной заболевания является невринома слухового нерва, либо менингиома мосто-мозжечкового угла (базальная менингиома).
-



Периферический парез лицевого нерва VS Центральный парез

- Периферический парез возникает при поражении ядра или корешка лицевого нерва (то есть самого лицевого нерва). Мы увидим полную асимметрию лица на стороне поражения
- Центральный парез возникает при поражении кортиконуклеарных связей. Мы увидим парез только нижней части мимической мускулатуры контрлатерально.





Дифф. диагностика

- Для дифференциальной диагностики периферического и центрального пареза лицевого нерва имеет значение не только распределение пострадавших мышц (нижней и верхней мимической мускулатуры), но и изменение электровозбудимости нерва и мышц. При периферическом параличе обнаруживается реакция дегенерации и удлинение хронаксии, а также снижение корнеального и надбровного рефлексов.
- Надбровный рефлекс вызывается ударом молоточка по внутреннему краю надбровной дуги на 1 см выше брови, при этом молоточек следует держать не перпендикулярно и не косо к линии глазной щели, а параллельно, чтобы избежать дополнительных воздействий на орган зрения. Ответная реакция - легкое сокращение круговой мышцы глаза (происходит подтягивание нижнего века). Удар молоточком можно наносить и по средней линии лба, что дает возможность сравнить степень сокращения обеих круговых мышц глаза.



Исследование лицевого нерва

Начинают с осмотра лица. Часто уже в покое заметна асимметрия мимических мышц: разная ширина глазных щелей, неодинаковая выраженность лобных и носогубных складок, перекашивание угла рта в сторону. Иногда эта асимметрия обнаруживается только при разговоре или эмоциональных реакциях больного (улыбка, смех). В некоторых случаях можно наблюдать легкие подергивания или гиперкинезы мимических мышц (тики, локализованные спазмы). Затем больного просят наморщить лоб, свести брови, закрыть глаза, наморщить нос, надуть щеки, показать зубы, свистнуть или проделать движение, как при задувании свечи; наблюдают, как выполняются эти движения.

Для оценки силы круговой мышцы глаза больному предлагают сильно зажмурить глаза, врач старается приподнять верхнее веко, определяет силу сопротивления. Глубокий парез или паралич этой мышцы вызывает невозможность полного смыкания век

Силу круговой мышцы рта исследуют следующим образом. Больному предлагают надуть щеки, врач надавливает на них. При слабости круговой мышцы рта на пораженной стороне воздух выходит из угла рта. енной стороне воздух выходит из угла рта. Во время исполнения заданных движений могут наблюдаться патологические синкинезии



Лечение

- 1) Немедикаментозное. ЛФК – гимнастика мимических мышц (упражнения перед зеркалом) - с конца первой недели, Массаж мимических мышц, лейкопластырное вытяжение - со второй недели, Физиолечение (парафиновые аппликации) – с конца первой недели . Иглорефлексотерапия – со второй недели.
- 2) Гормональная терапия. Условием эффективности кортикостероидов является как можно более раннее назначение (не позже недели от начала заболевания).
- 3) Противовирусная терапия, учитывая предполагаемую роль вируса простого герпеса, предложено применять на ранней стадии в комбинации с кортикостероидами: Ацикловир (400 мг внутрь 5 раз в день в течение 7-10 дней).
- 4) Ноотропы: депротеинизированный гемодериват крови телят, Вазонат, Риметилгидразиния Пропионат, Гинко-билоба. Улучшение микроциркуляции: пентоксифиллин, аминофиллин.
- 5) Витамины группы «В»: Тиамин бромид, Пиридоксин гидрохлорид, Цианокобаламин.
- 6) Стимулирующая терапия - антихолинэстеразные препараты (по завершению острой стадии заболевания): Нейромидин, Неостигмина метилсульфат, Галантамин.



Список литературы

1. НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ. А.А.Скоромец, А.П.Скоромец, Т.А. Скоромец
2. https://tgma-neuro-fpk.ru/?page_id=1237
3. https://tgma-neuro-fpk.ru/?page_id=1237logiya/index.html
4. <https://studfile.net/preview/3290236/pa>
5. <https://studfile.net/preview/3290236/pa>

Спасибо за внимание!

