

АНАТОМО - КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Лупырь М. В, Лютенко М. А Касторнова Ю. И

Харьковский национальный медицинский университет

Харьков, Украина

ANATOMICAL – CLINICAL FEATURES FACIAL NERVE

Lypir M. V., Lyutenko M. A, Kastornova J. I.

Kharkov National Medical University

Kharkov Ukraine

В связи с развитием неврологии и челюстно-лицевой хирургии, нами были изучены анатомо-клинические особенности иннервации мышц лица и шеи лицевым нервом.

Много неврологических заболеваний имеют симптоматику, связанную с ригидностью или гипертонусом мышц. Также, для улучшения точности и безопасности оперативных вмешательств в области лицевой хирургии, необходимо четко знать особенности строения ветвей нервов, для предотвращения их повреждения.

Лицевой нерв является смешанным. Более массивная двигательная порция его иннервирует мимические и некоторые другие мышцы головы и шеи (мышцы окружности рта, затылочную, шило-подъязычную, заднее брюшко двубрюшной мышцы, подкожную мышцу шеи).

Двигательное ядро нерва заложено в сетчатом веществе покрышки моста мозга на границе с продолговатым мозгом. 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 (латеральное оливы) из мостомозжечкового угла, далее направляется через внутренний слуховой проход в лицевой (фаллопиев) канал. Здесь в непосредственной близости с барабанной полостью образует изгиб нерва (так называемое наружное колено). Из пирамиды височной кости лицевой нерв выходит через шило-сосцевидное отверстие и пронизывает околоушную слюнную железу, распадается на конечные ветви. В неврологической клинике принято делить эти ветви на 2 группы. Первая из них иннервирует верхние, а вторая — нижние мимические мышцы. Центральные нейроны для лицевых мышц располагаются в нижнем отделе прецентральной извилины. Аксоны этих клеток проходят через лучистый венец, образуют колено внутренней капсулы, дальше идут через основание ножки мозга. Для иннервации верхней мимической мускулатуры, волокна подходят к ядру n. facialis как своей, так и противоположной стороны. В отличие от этого

волокна для той части ядра, которая иннервирует нижние мимические мышцы, переходят полностью на противоположную сторону. Поэтому при поражении центральных нейронов в одном полушарии наступает паралич не всей, а только нижней группы мимических мышц на противоположной стороне. Верхняя группа мимических мышц получает импульсы от обоих полушарий, а при поражении одного полушария паралич не возникает. При поражении ядра или ствола нерва парализуются все мимические мышцы этой же половины лица. Выключение центральных нейронов приводит к парезу нижней группы мимических мышц на противоположной стороне. Центральный паралич лицевых мышц часто сочетается с одноименным центральным парезом верхней конечности всей половины тела (гемиплегия). Вторая ветвь лицевого нерва, состоящая из чувствительных (вкусовых) и вегетативных волокон, проходит на основании мозга между двигательной ветвью VII пары черепных нервов и прилежащим слуховым нервом. Эту часть лицевого нерва многие авторы выделяют в самостоятельный промежуточный нерв (нерв Врисберга) — XIII пару черепно-мозговых нервов.

Периферический чувствительный нейрону этого нерва представлен клетками коленца (лицевого нерва) *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 барабанной струны (*chorda tympani*), наконец, в составе нижнечелюстного нерва заканчиваются особыми рецепторами (вкусовыми луко-вицами) в слизистой оболочке передних двух третей языка. Аксоны клеток *gangl. 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. Кроме того, в составе *n. petrosus major* (большой каменистый нерв), который отходит от лицевого нерва на уровне его наружного колена (коленца) в начале лицевого канала, проходят пара-симпатические секреторные волокна к слезной железе.

Секреторные волокна являются эфферентной частью рефлекторных дуг, которые регулируют слюно- и слезоотделение. Афферентная их часть образована тройничным и языкоглоточным нервами. Исследование функции лицевого нерва начинают с осмотра. Часто уже в покое заметна асимметрия мимических мышц: разная ширина глазных щелей, неодинаковая выраженность лобных и носо-губных складок, перекашивание угла рта. Иногда эта асимметрия обнаруживается только при разговоре или эмоциональных реакциях больного (улыбка, смех). В некоторых случаях наблюдаются легкие подергивания (тики) или гиперкинезы мимических мышц (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, инаблюдают, выполняются ли эти движения. Для оценки силы круговой мышцы глаза больному предлагают сильно зажмурить глаза; обследующий старается приподнять верхнее веко, определяя силу сопротивления. Глубокий парез или паралич этой мышцы вызывает невозможность полного смыкания век (лагофтальм — заячий глаз). При неполном смыкании глазной щели остаются видны ресницы (симптом ресниц). При попытке зажмурить глаза глазное яблоко отходит кверху (феномен Белла). Лагофтальм обычно сопровождается слезотечением, но при высоких периферических поражениях лицевого нерва может быть, напротив, сухость глаза. В этом случае к параличу лицевого нерва присоединяет гиперacusia (неприятное, усиленное восприятие звуков, особенно низких тонов, в результате повреждения волокон, идущих m. stapedius) и расстройство вкуса передних двух третях языка (поражение волокон промежуточного нерва). Силу круговой мышцы рта определяют следующим образом. Больному предлагают надуть щеки, врач надавливает на них.

При слабости круговой мышцы рта на пораженной стороне воздух выходит из угла рта. Во время исполнения заданных движений могут наблюдаться патологические синкензии. К числу патологических синкензий относятся подергивания верхней губы при мигании, подтягивание кверху угла рта во время зажмуривания, поднятие брови одновременно с закрыванием глаза. Как осложнение неврита лицевого нерва возникают контрактуры мимических мышц, из-за которых лицо перекашивается не в здоровую, а в больную зону.

При поражении ядра лицевого нерва периферический паралич мимических мышц на стороне очага (с лагофтальмом, симптомом Белла, слезотечением) может сочетаться со спастическим гемипарезом на противоположной очагу стороне: альтернирующий паралич Мийяра-Гюблера - Жюбле, который связан с сопутствующим поражением пирамидной системы вблизи ядра лицевого нерва. Если патологический очаг распространяется на внутреннее колено лицевого нерва, то нарушается и функция ядра отводящего нерва.

При этом развивается альтернирующий синдром Фовиля: на стороне очага - периферический паралич мимических мышц и наружной прямой мышцы глаза (со сходящимся косоглазием), а на противоположной — спастическая гемиплегия. При поражении корешка лицевого нерва в мостомозжечковом треугольнике к параличу мимических мышц присоединяются симптомы нарушения функции тройничного, отводящего и преддверно-улиткового нервов.

При поражении лицевого нерва во внутреннем слуховом проходе паралич мимических мышц сочетается с сухостью глаза (n. petrosus major), нарушением вкуса на

передних двух третях языка (chorda tympani) и глухотой на это ухо. Поражение лицевого нерва в лицевом канале до уровня отхождения n. petrosus major проявляется прозоплегией, сухостью поверхности конъюнктивы и роговицы, гиперкузией и нарушением вкуса на передних двух третях языка.

Поражение лицевого нерва в лицевом канале над уровнем отхождения n. stapedius сопровождается слезотечением, гиперкузией и нарушением вкуса. Поражение лицевого нерва выше уровня отхождения chorda tympani приводит к прозоплегии, слезотечению и нарушению вкуса на передних двух третях языка. При поражении лицевого нерва уровне выхода через шилососцевидное отверстие клиническая картина складывается только из паралича мимических мышц и слезотечения.

При поражении корково-ядерных волокон с одной стороны развивается центральный паралич только нижней мимической мускулатуры на противоположной очагу стороне. Это может сочетаться с центральным параличом половины языка (фацио-лингвальный паралич) или языка и руки (фацио-лингво-брахиальный паралич), или всей половины тела (центральная гемиплегия). Раздражение патологическим очагом коры мозга в зоне проекции лица или определенных структур экстрапиримидных образований может проявляться пароксизмами тонических и клонических судорог (джексоновская эпилепсия), гиперкинезами с ограниченным спазмом отдельных мышц лица (лицевой гемиспазм, параспазм, различные тики).

Таким образом знание анатомо-клинических особенностей лицевого нерва дает возможность правильно поставить диагноз при его поражении, и позволяет уточнить ориентиры челюстно-лицевым хирургам, при выполнении операций в области головы и шеи.