

АТИПОВИЙ ВАРІАНТ ПЕРЕБІГУ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ПУХЛИНІ ЛОБОВОЇ ЧАСТКИ У ХВОРОЇ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**Б.В. Задорожна¹, В.М. Шевага¹, А.В. Паєнок¹, О.С. Паєнок²**¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів²Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського, м. Львів**Ключові слова:**

ураження лицевого нерва, цукровий діабет, менингеома.

Буковинський медичний вісник. Т.23, № 3 (91). С. 138-141.

DOI:10.24061/2413-0737.
XXIV.3.91.2019.74**E-mail:**

bozhenazadorozhna@gmail.com

Резюме. Описано клінічний випадок атипичного варіанта перебігу порушення функції лицевого нерва при пухлині лобової частки у хворої на цукровий діабет та наведено особливості його диференційної діагностики. Проведення хірургічного втручання (видалення менингеоми) сприяло регресу неврологічної симптоматики у пацієнтки.**Ключевые слова:**

поражение лицевого нерва, сахарный диабет, менингеома.

Буковинский медицинский вестник. Т.23, № 3 (91). С. 138-141.

АТИПИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ОПУХОЛИ ЛОБНОЙ ДОЛИ У БОЛЬНОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**Б.В. Задорожная, В.М. Шевага, А.В. Паєнок, А.С. Паєнок****Резюме.** Описан клинический случай атипичного варианта течения нарушения функции лицевого нерва при опухоли лобной доли у больной сахарным диабетом и представлены особенности его дифференциальной диагностики. Проведение хирургического вмешательства (удаление менингеомы) способствовало регрессу неврологической симптоматики у пациентки.**Keywords:** facial nerve damage, diabetes mellitus, meningioma.

Bukovinian Medical Herald. V.23, № 3 (91). P. 138-141.

THE ATYPICAL VARIANT OF THE FACIAL NERVE FUNCTIONAL DAMAGE DUE TO THE TUMOR OF THE FRONTAL LOBE IN PATIENT WITH DIABETES MELLITUS**B.V. Zadorozhna, V.M. Shevaga, A.V. Payenok, O.S. Payenok****Abstract.** The clinical case of the atypical course of the facial nerve functional damage due to the tumor of the frontal lobe of the brain in the diabetes mellitus patient described. The peculiarities of the differential diagnostics are represented. The performed surgical intervention (meningioma removal) facilitated the neurological symptoms regression in the patient.**Вступ.** Порушення функції лицевого нерва, як і його захворювання, посідають перше місце серед уражень черепних нервів. Кількість хворих віком від 10 до 30 років становить 60–70% [1; 2]. За даними ВООЗ, найбільш поширеною є мононевропатія лицевого нерва, яка посідає друге місце за частотою серед захворювань периферичної нервової системи. Захворюваність

коливається в межах від 8 до 240 випадків на 100 тис. населення у різних країнах світу [3; 4].

Відносно висока частота ураження лицевого нерва зумовлена його топографо-анатомічними особливостями [3; 5], а найпоширенішою причиною раптового розвитку односторонньої слабкості м'язів є нейропатія лицевого нерва (параліч Белла). Інші причини набутого

периферичного лицевого паралічу набагато рідкісніші. Асоційованими станами в цьому разі є цукровий діабет, гіпертензія, СНІД, хвороба Лайма, саркоїдоз, синдром Шегрена, пухлини привушної залози, еклампсія, амілоїдоз і, звичайно, синдром Рамзая Ханта (спричинений ураженням вузла колінця вірусом оперізуючого лишая). У літературі є також повідомлення про периферичний параліч лицевого нерва після внутрішньоносового введення інактивованої вакцини проти грипу. Особливе місце в порушенні функції лицевого нерва посідає слабкість нижньої частини м'язів при ураженні головного мозку (параліч м'язів за центральним типом) [6; 7].

Лицевий нерв іннервує м'язи обличчя, лобовий та потиличний м'язи, підшкірний м'яз шиї. При його ураженні порушуються функції цих м'язів (параліч або парез), що зумовлює значний косметичний дефект. При паралічі за центральним типом відзначають згладженість носогубної складки та асиметрію нижньої частини обличчя, а за периферичним типом — нерухомість м'язів всієї половини обличчя на боці ураження лицевого нерва. Завдяки ретельному збору анамнезу та проведенню неврологічного обстеження можна з'ясувати, чи такий параліч є центральним, чи периферичним. У першому випадку необхідне проведення магнітно-резонансної томографії (МРТ) голови для виявлення ішемії та виключення інфекційних чи запальних змін з боку головного мозку. Також може виникнути потреба у проведенні інших досліджень — аналізу спинномозкової рідини, проведенні загального аналізу крові, визначенні рівня глюкози, виконанні серологічних обстежень з метою ідентифікації сифілісу, СНІДу і васкуліту.

Мета роботи — представити клінічний випадок атипичного варіанта перебігу центрального ураження лицевого нерва у хворой на цукровий діабет при пухлині

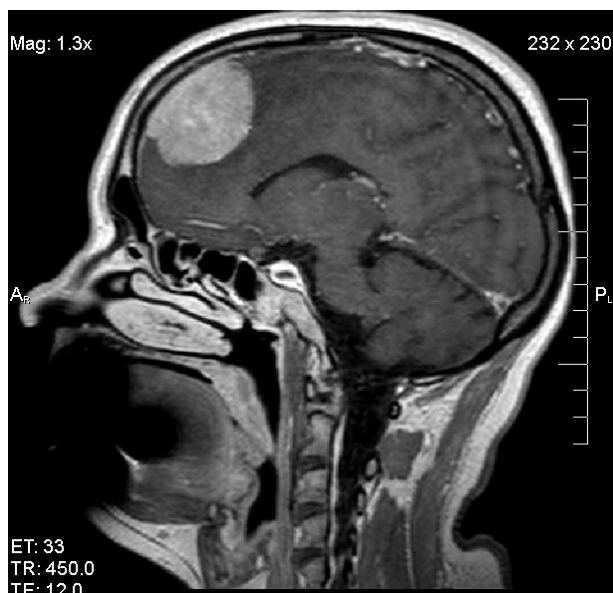


Рис. 1. Менінгеома лівої лобової частки (МРТ з підсиленням)

лобової частки.

Опис клінічного випадку. Пацієнтка М., 58 років, звернулася зі скаргами на порушення симетрії обличчя, сльозотечу з лівого ока, неможливість закрити ліве око, незначну слабкість у правій нозі.

Хворою себе вважає близько трьох днів, відколи з'явився «перекос» обличчя.

Понад 18 років хворіє на цукровий діабет II типу, тяжка форма в стадії субкомпенсації (інсулінозалежний). Шкідливих звичок немає.

При неврологічному огляді: у свідомості, адекватна, контактна, дещо емоційно лабільна. Нюх збережений. Ліве око не закривається. Позитивний симптом Белла зліва. Зіниці однакові. Фотореакції живі. Рухи очних яблук збережені в повному обсязі. Розладів чутливості на обличчі не виявлено. Точки виходу трійчастого нерва неболючі. Згладжена ліва носогубна складка. При оскалюванні зубів рот перетягується вправо. При надудванні щік ліва щока парусить. Не може скласти губи трубочкою. Глотковий рефлекс збережений. Ковтання не порушене. Язик висовує по серединній лінії. Сухожилкові рефлексі з рук рівномірні, S=D, з ніг — D>S. Легкий нижній монопарез справа. Патологічні стопні та менінгелльні знаки не викликаються. Поліневритичний тип порушення чутливості за типом рукавичок та шарпеток. У позі Ромберга нестійка. Координаторні проби виконує невпевнено.

Враховуючи анамнез та клінічну картину захворювання у даному випадку ураження лівого лицевого нерва асоціювалося із цукровим діабетом і могло бути помилково розцінене як діабетична невропатія лівого лицевого нерва. Проте у зв'язку з тим, що у хворой були підвищені рефлексі на правій нозі, вирішено провести МРТ голови, при якій верифіковано оболонкову пухлину в лівій лобовій частці з інтенсивним перифокальним набряком (рис. 1, 2).

Протокол обстеження: у парасагітальних відділах лівої лобової частки, широкою основою прилягаючи до серпа та конвексимальних відділів, візуалізується овальної форми з достатньо чіткими контурами експансивний процес розміром до 44 (саг.) × 32 (попер.) × 35 (вертик.) мм без ознак обмеження дифузії та з достатньо інтенсивним гомогенним постконтрастним підсиленням. Лінійно інтенсивно накопичують контрастну речовину, нерівномірно потовщені прилеглі відділи твердої мозкової оболонки та серпа. Також спостерігається локальне розростання тканини контрлатерально справа від серпа товщиною до 4–5 мм на протязі 9–10 мм. Перифокально достатньо виражена зона вазогенного набряку товщиною до 35–37 мм із субтотальним ураженням лівої лобової частки та поширенням на стовбур мозолистого тіла. Лікворна доріжка навколо пухлини прослідковується недостатньо чітко через виражену зону перифокального набряку.

Звужені субарахноїдальні простори в лівій лобовій ділянці, стиснений передній ріг лівого латерального шлуночка, серединні структури локально зміщені праворуч на 9–10 мм.

Випадок із практики

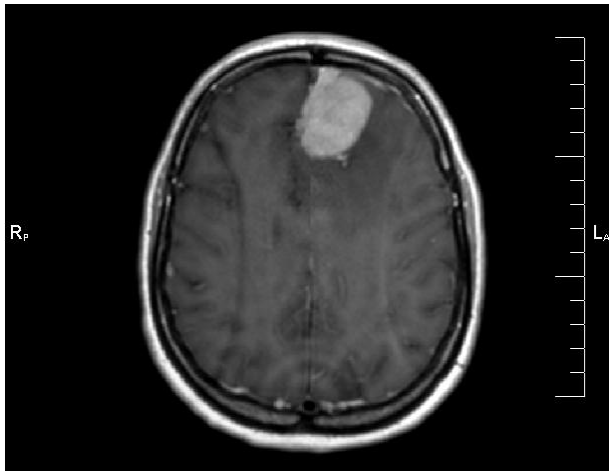


Рис. 2. Менінгеома лівої лобової частки (МРТ з підсиленням)

Невеликих розмірів оболонковий екстрааксіальний утвір із гомогенним постконтрастним підсиленням прослідковується конвексально у задньо-латеральних відділах правої скроневої частки розміром 6×12 мм.

Вогнищевих змін сигналу від інших відділів білої та сірої речовини півкуль головного мозку, інфратенторіальних структур не виявлено.

Зоровий перехрест, селярна ділянка без особливостей.

Шлуночкова система в цілому не розширена, латеральні шлуночки асиметричні.

Субарахноїдальні конвексальні простори правої півкулі незначно розширені.

У ділянках орбіт, пірамід, слухових нервів патологічних змін не виявлено.

Додаткові пазухи носа пневматизовані.

При МР-ангіографії магістральний інтракраніальний кровоплин збережений; аневризм, артеріовенозних мальформацій не виявлено.

Висновок: МРТ-картина оболонкової пухлини в лівій лобовій частці з інтенсивним перифокальним набряком (за характеристиками МР-сигналу більш характерного для менінгеоми не виключено анапластичної, менш ймовірно — вторинного генезу), дрібна конвексальна менінгеома правої скроневої ділянки.

Консультована нейрохірургом. Рекомендовано видалення пухлини (менінгеоми) лівої лобової частки.

Пацієнтці проведено хірургічне втручання: видалення парасагітальної менінгеоми лівої лобової частки, яка проростала через великий серпоподібний відросток на протилежний бік. Патоморфологічний висновок: менінготеліоматозна арахноендотеліома. У стабільному стані через один тиждень пацієнтка з повним регресом скарг та неврологічної симптоматики виписана під нагляд дільничного невропатолога та ендокринолога.

Ретроспективний аналіз даного клінічного випадку цікавий тим, що для ураження лобових часток характерний центральний парез лицевого нерва з протилежного боку, але в нашому випадку парез лицевих м'язів носив периферичний характер, що, вочевидь, можна пояснити

компресією обох лобових часток у зоні прецентральної закрутки і супутнім набряком — набубнявінням головного мозку.

У конкретному клінічному спостереженні зменшення строку ранньої диференційної діагностики ураження лицевого нерва дало можливість визначити адекватну індивідуальну тактику, яка призвела до повного регресу скарг та неврологічної симптоматики.

Першими симптомами пухлини став парез лицевих м'язів, який носив периферичний характер та міг асоціюватися з низкою інших захворювань, зокрема, міг бути проявом діабетичної невропатії лицевого нерва.

Для визначення характеру ураження лицевого нерва вирішальне значення у даному клінічному випадку мало проведення МРТ голови.

Висновки

1. Описане клінічне спостереження демонструє атипичний варіант перебігу ураження лицевого нерва при пухлині лобової частки у хворої на цукровий діабет.

2. У патогенезі розвитку периферичного ураження лицевого нерва при пухлині лобової частки значну роль відіграли компресія обидвох лобових часток у зоні прецентральної закрутки та мозолистого тіла з розвитком супутнього набряку — набубнявіння головного мозку.

3. Адекватний сучасний підхід до діагностики та лікування цієї категорії пацієнтів з урахуванням наведених даних може допомогти компенсувати стан хворого.

Перспективи подальших досліджень. Доцільним є подальше вивчення подібних випадків для встановлення патогенетичних механізмів атипичного перебігу клініки центральних уражень (парезів) лицевого нерва.

Список літератури

1. Неробеев АИ, Гришнюк Д. Диагностика и лечение лицевых параличей. Врч.2000;12:32–37.
2. Takushima A, Hariik K, Asato H. Endoscopic dissection of recipient facial nerve for vascularized muscle transfer in the treatment of facial paralysis. Br J Plast Surg.2003;56(2):110–3. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226\(03\)00042-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226(03)00042-0). PMID: 12791352.
3. Tucker NM, Nose Y. Fine control of reinnervated muscle. Dynamic rehabilitation of facial paralysis. ASAIJ Transactions. 1999;35(3):484–86.
4. Одинак ММ, редактор. Невропатія лицевого нерва. Частная неврология: учеб. пособие. М.: Медицинское информационное агентство; 2009:110–14.
5. Пшук ЯИ, Чечельщцкая-Медведь ЕА. Паралич Белла (этиология, патогенез, клиника, течение, исход). Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. М.: Медицина. 1998; 78(6): 837–45.
6. Карлов ВА. Неврология лица. М.: Медицина; 1991. 288 с.
7. Шевага ВМ, Паснок АВ, Задорожна БВ. Невропатология: підручник. Київ: Медицина; 2009. 656 с.

References

1. Nerobeev AI, Grishnyak D. Diagnostika i lechenie litsevyih paralichey [Diagnosis and treatment of facial paralysis]. Vrach. 2000;12:32–37. (In Russian).
2. Takushima A, Hariik K, Asato H. Endoscopic dissection of recipient facial nerve for vascularized muscle transfer in the treatment of facial paralysis. Br J Plast Surg.2003;56(2):110–3. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226\(03\)00042-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226(03)00042-0). PMID: 12791352.

- 12791352.
3. Tucker HM, Nose Y. Fine control of reinnervated muscle. Dynamic rehabilitation of facial paralysis. ASAIO Transactions. 1999;35(3):484–86.
 4. Odinak MM, redactor. Nevropatiya litseвого nerva [Neuropathy of the facial nerve]. Chastnaya nevrologiya: ucheb. posobie. M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo;2009;110–14. (In Russian.)
 5. Pshuk JaI, Chechelyshckaja-Medved' EA. Paralich Bella (etiologija, patogeneza, klinika, techenie, ishod) [Bell's palsy (etiology, pathogenesis, clinical picture, course, outcome)]. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova. M.: Meditsina; 1998;78(6):837–45. (in Russian)
 6. Karlov VA. Nevrologiya litsa [Neurology of the face]. M.: Meditsina; 1991. 288 p. (in Russian)
 7. Shevaha VM, Payenok AV, Zadorozhna BV. Nevropatologija: pidruchnyk [Neuropathology]. Kyiv: Medytsyna; 2009. 656 p. (in Ukrainian)

Відомості про авторів:

Задорожна Б. В. — д. мед. н., професор кафедри реабілітації та нетрадиційної медицини ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Шевага В. М. — д. мед. н., професор кафедри неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Паєнок А. В. — д. мед. н., професор, завідувач кафедри невропатології та нейрохірургії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Паєнок О. С. — д. мед. н., професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського.

Сведения об авторах:

Задорожная Б. В. — д. мед. н., профессор кафедры реабилитации и нетрадиционной медицины ФПДО Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого.

Шевага В. М. — д. мед. н., профессор кафедры неврологии Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого.

Паенко А. В. — д. мед. н., профессор, заведующая кафедрой невропатологии и нейрохирургии ФПДО Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого.

Паенко А. С. — д. мед. н., профессор кафедры физической терапии и эрготерапии Львовского государственного университета физической культуры имени Ивана Боберского.

Information about the authors:

Zadorozhna B. V. — MD, Ph.D., Dr. Sc., Professor of the Department of Rehabilitation and Alternative Medicine FPGE of Danylo Halatsky Lviv National Medical University.

Shevaha V. M. — MD, Ph.D., Dr. Sc., Professor of the Department of Neurology of Danylo Halatsky Lviv National Medical University.

Payenok A. V. — MD, Ph.D., Dr. Sc., Professor, Head of the Department of Neuropatology and Neurosurgery FPGE of Danylo Halatsky Lviv National Medical University.

Payenok O. S. — MD, Ph.D., Dr. Sc., Professor at the Department of Physical Therapy and Ergotherapy of Ivan Bobersky Lviv State University of Physical Culture.

Надійшла до редакції 15.05.2019

Рецензент — проф. Пашковський В.М.

© Б.В. Задорожна, В.М. Шевага, А.В. Паєнок, О.С. Паєнок, 2019