

ЛИЦЕВОЙ ГЕМИСПАЗМ: ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА

Коленко Ф.Г.

СумГУ, кафедра нейрохирургии и неврологии

В настоящем исследовании представлены результаты наблюдений за 22 больными лицевым гемиспазмом. Среди них было 10 мужчин и 12 женщин в возрасте от 24 до 63 лет с длительностью заболевания от 1 года до 20 лет. У 15 больных гемиспазм наблюдался слева, у 7 — справа.

Клинические проявления гемиспазма у всех больных были характерными и включали типичные приступы клонико-тонических судорог в одной половине лица длительностью от 1 до 5 минут по 5—12 раз в день. В промежутках между клоническими судорогами наблюдалось тоническое напряжение мимической мускулатуры. У 11 человек на больной стороне лица выявлялся легкий парез мимических мышц, усиливающийся после серии приступов.

При обследовании больных нами было обращено внимание на частое сочетание болезни Бриссо с повышением артериального давления. Так, у 17 из 22 человек имела место выраженная артериальная гипертензия.

Клинический и электромиографический анализ сокращений мимических мышц во время приступа гемиспазма показал, что в нем принимают участие все мускулы пораженной половины лица и платизма, кроме круговой мышцы рта. Наибольшую активность закономерно развивает мускулатура среднего «этажа» лица. Электромиографически установлено, что на стороне гемиспазма усилены отдаленные и особенно близкие синергии мимических мышц, в том числе синергии с дыханием.

При жевательных движениях на больной стороне возникает значительное усиление биоэлектрической активности мимических мышц, повышается их тонус, провоцируется приступ гемиспазма. Анализ электромиограмм, зарегистрированных во время судорожного приступа, не выявил наличия в различных мышцах одной половины лица совпадающих ритмов биопотенциалов.

При исследовании поверхностной чувствительности обычным методом не обнаружено нарушений этой функции, однако изучение порога пространства позволило констатировать достоверное его повышение на обеих половинах лица: $22,2 \pm 1,6$ мм по сравнению с $6,3 \pm 0,4$ мм у здоровых испытуемых. Аналогичные результаты получены и при определении порога вкусовой чувствительности методом электрогустометрии. У больных лицевым гемиспазмом он оказался повышенным на обеих половинах языка: $10,3 \pm 0,2$ в по сравнению с $4,3 \pm 0,4$ в у здоровых лиц.

Полученные данные позволяют высказать некоторые суждения об участии лицевого нерва, его ядра, а также функционально тесно связанных с ним образований в патогенезе лицевого гемиспазма. В судорожный приступ вовлекается мимическая мускулатура всей половины лица, но не равномерно и не в случайном сочетании более и менее активных мышц, а всегда закономерно: наибольшую судорожную активность развивают мышцы среднего этажа лица.

Выявленные нами двусторонние изменения чувствительности и вкусовых ощущений, а также наличие артериальной гипертензии свидетельствуют о вовлечении в патологический процесс неспецифических срединных образований головного мозга.