



УДК: 616. 21:616. 833. 1:616. 523

ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ЧЕРЕПНОМОЗГОВЫХ НЕРВОВ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Д. А. Котельникова

*Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет им. акад. И. П. Павлова*

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – з. д. н. РФ, проф. М. С. Плужников)

В настоящее время одной из актуальных медицинских проблем является герпетическая инфекция (ГИ), заболеваемость которой постоянно растет. На территории России и стран СНГ ежегодно различными формами герпетической инфекции страдают 20 млн. человек [3, 7–9].

Распространенность вирусов семейства *Herpesviridae* достаточно большая, так как к настоящему времени уже выделено более 100 типов герпесвирусов, вызывающих заболевания у человека и различных представителей фауны. Из них 8 антигенных серотипов вирусов герпеса выделены от человека [8]. Современная классификация герпесвирусов подразделяет семейство *Herpesviridae* на 3 подсемейства: α , β , γ . К α -герпесвирусам относятся вирус простого герпеса 1 типа (ВПГ-1) и 2 типа (ВПГ-2), вирус зостер; к β -герпесвирусам – вирусы герпеса человека 6 и 7 типов (ВГЧ-6 и ВГЧ-7), цитомегаловирус человеческий (ЦМВ); к γ -ерпесвирусам – вирус Эпштейна-Барра и вирусы герпеса человека 8 типа [8]. Клиническое многообразие симптоматики персистирующей герпетической инфекции, рецидивирующий характер течения, возможность ее распространения практически всеми известными путями передачи и наличие разных по локализации форм определяет междисциплинарное значение этой инфекции, что позволило Европейскому региональному бюро ВОЗ отнести ее к актуальным вирусным заболеваниям [4].

За последние 15 лет в связи с появлением современных методов диагностики герпетической инфекции стали появляться работы, посвященные ее роли в генезе многих заболеваний, в том числе и при поражениях сенсорных систем и черепномозговых нервов. Нейротропизм ГИ обуславливает разнообразный спектр клинических проявлений [12, 15, 16]. Например, только при *herpes zoster oticus* (ушной герпес) выделяют 12 клинических форм. Возможность поражения герпесвирусами черепномозговых нервов и последующего периневрального распространения приводит к тяжелым функциональным, органическим и косметическим расстройствам. Если не принять эффективные методы лечения в начале заболевания, то в последствии наступает необратимая стойкая утрата функции пораженного органа, которая требует хирургической коррекции, либо вообще не поддается лечению.

В последнее время в целом ряде исследований приводятся данные о ведущей роли вируса простого герпеса в развитии периферических поражениях лицевого нерва [13, 14].

Также следует отметить, что в настоящее время имеются научные данные о связи герпетической инфекции с такими заболеваниями, как вестибулярный нейронит, болезнь Меньера, нейросенсорная тугоухость, невралгия тройничного нерва [1, 9, 10].

Большинство исследователей связывают патологические процессы, вызывающие заболевания внутреннего уха с вирусом опоясывающего лишая, и лишь единицы с простым рецидивирующим герпесом [2, 5, 6, 11, 12].

Как известно для *herpes zoster oticus* характерен демиелинизирующий тип поражения нервных волокон, когда происходит понижение возбудимости перехватов Ранвье и поражение прилежащих участков миелиновой оболочки. При значительной утрате миелиновой оболочки частью нервных волокон в зоне сегментарной демиелинизации может возникать блок проведения нервного импульса. Вероятно, что при других герпетических поражениях механизм нарушения нервной проводимости может быть таким же. Кроме того, инфекционный фактор приводит к острому преходящему расстройству кровообращения в стволе лицевого нерва. Эти расстройства циркуляции ведут к отеку нерва, а в последующем и к его компрессии в узком канале лицевого нерва.



Следует отметить, что до последнего времени основное значение придавалось вирусу опоясывающего лишая, в то время как значение вируса простого герпеса сводилось только к поражениям кожи преддверия носа и слизистой оболочки носа и глотки. Учитывая распространенность герпетической инфекции и появившиеся научные данные о поражениях сенсорных систем и черепномозговых нервов вирусом простого герпеса, вероятно имеется существенная недооценка значения данной инфекции.

Современная диагностика герпетической инфекции помимо клинических признаков включает в себя и обязательную лабораторную диагностику: ПЦР или дотгибридизацию и иммуноферментный анализ для обнаружения антител к герпесвирусам (тест на определение авидности Ig G). Следует отметить, что обнаружение повышенного титра антител Ig M считается признаком первичной инфекции. При рецидивирующей герпетической инфекции в основном отмечается повышение титра антител Ig G, как правило, со второй недели от начала рецидива.

Среди больных, проходивших обследование и лечение в клинике оториноларингологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, выявлено 21 больных с herpes zoster oticus, 7 – с поражениями лицевого нерва при герпетической инфекции, вызванной ВПГ -1 типа и у 2 -герпетической инфекцией, вызванной ВЧГ-6 типа. Следует отметить, что в научной литературе нет данных по поводу нейротропизма ВЧГ-6 типа, однако результаты иммунологических исследований и совпадение развития неврита лицевого нерва с герпетическими высыпаниями на слизистой оболочке полости рта позволили допустить участие и этого герпесвируса в развитии периферических поражений черепномозговых нервов герпетической этиологии.

Всем больным проводилась топическая диагностика поражений лицевого нерва, включавшая:

- исследование спонтанного слезоотделения (тест Ширмера),
- электрогустометрию,
- аудиологическое исследование: пороговую тональную аудиометрию, тест Фовлера, определение порогов дискомфорта, импедансную аудиометрию;
- электронейрографическое обследование,
- выполнялось неврологическое обследование,
- оториноларингологический осмотр.

Среди 21 больных с herpes zoster oticus отмечались следующие жалобы при поступлении: на перекос лица – у 21 пациентов, на «сухость» глаза – у 17, на нарушение вкуса – у 16, на неприятное ощущение при восприятии сильных низкочастотных звуков – у 10, на снижение слуха – у 7, на высыпание пузырьков (везикул) на ушной раковине – у 21. При оториноларингологическом осмотре у всех 21 больных на поверхности ушной раковины имелись герпетические высыпания. Симптомы периферического поражения лицевого нерва были выражены у всех 21 больных. У 7 пациентов выявлены признаки сенсоневральной тугоухости. У 5 больных диагностирована невралгия тройничного нерва. У одного пациента отмечались признаки поражения языкоглоточного нерва (односторонний парез мягкого неба), блуждающего нерва (односторонний парез гортани) и сенсоневральная тугоухость. Таким образом, из всей выборки у 13 больных был поражен только лицевой нерв, у 3 пациентов – лицевой и слуховой нервы, у 4 – лицевой, слуховой и тройничный, у 1 пациента – лицевой, слуховой, тройничный, языкоглоточный и блуждающий.

У 7 пациентов с поражениями лицевого нерва при герпетической инфекции, вызванной ВПГ -1 типа отмечались следующие жалобы при поступлении: на перекос лица – у 7, на «сухость» глаза – у 5, на гиперсекрецию слезы на стороне поражения у 2, на нарушение вкуса – у 7, на неприятное ощущение при восприятии сильных низкочастотных звуков – у 5.

У 2 пациентов с поражениями лицевого нерва при герпетической инфекции, вызванной ВЧГ- 6 типа отмечались следующие жалобы при поступлении: на перекос лица – у 2, на гиперсекрецию слезы на стороне поражения у 2, на нарушение вкуса – у 2, на неприятное ощущение при восприятии сильных низкочастотных звуков – у 1, на герпетические высыпания на слизистой оболочки полости рта – 2.

По данным топической диагностики у всех 21 больных с herpes zoster oticus выявлен супрагангликулярный уровень поражения. У 7 больных диагностирована сенсоневральная тугоу-



хость с преобладанием нисходящего типа аудиограммы. Для определения уровня поражения слухового анализатора использовались надпороговые тесты Люшера и Фовлера (при одностороннем поражении) для выявления рекруитмента, патогномичного симптома для внутриулиткового поражения и декруитмета, характерного для ретрокохлеарного поражения. Достоверным критерием наличия рекруитмента у больного в тесте Люшера было снижение дифференциального порога силы звука (ДПС) менее 0,6 дБ, а декруитмета увеличение ДПС >1,5 дБ. У всех 7 пациентов был выявлен ретрокохлеарный тип поражения.

Из 7 больных с поражением лицевого нерва вирусом простого герпеса у 5 выявлен супрагеникулярный уровень поражения, у 2-инфрагеникулярный. У 2 больных с поражением лицевого нерва ВЧГ-6 типа выявлен инфрагеникулярный уровень поражения.

Из 21 больных с herpes zoster oticus у 11 отмечена среднетяжелая степень пареза мимических мышц, у 10 – тяжелая. Из 7 больных с поражением лицевого нерва вирусом простого герпеса у 5 диагностирован парез мимических мышц легкой степени, у 2 – среднетяжелой степени. У 2 больных с поражением лицевого нерва ВЧГ-6 типа парез мимических мышц соответствовал среднетяжелой степени.

Современные принципы этиотропного и патогенетического лечения и профилактики ГИ предусматривают определенную [8]:

1 этап- лечение в острый период болезни.

- Базовая терапия – противовирусные препараты с различным механизмом действия применяются в сочетании с иммунобиологическими средствами: препараты интерферона или его индукторы, иммуномодуляторы
- Природные антиоксиданты (витамины Е и С), курс 10–14 дней
- В случае выраженного экссудативного компонента показаны ингибиторы простагландинов, курс 10–14 дней

2 этап – терапия в стадии ремиссии, после стихания основных клинических проявлений (ранняя реконвалесценция, 8–15-й дни рецидива). Основная цель – подготовка больного к вакцинотерапии.

3 этап- специфическая профилактика рецидивов ГИ с использованием герпетических вакцин.

4 этап- диспансерное наблюдение и реабилитация больных ГИ.

У больных с поражениями черепномозговых нервов, наряду с терапией герпетической инфекции необходим комплекс лечебных мероприятий, направленный на восстановление нервной проводимости, ликвидации отека ствола нерва и внутриканальной компрессии, улучшения микроциркуляции. Поэтому комплексный подход к лечению герпетических поражений черепномозговых нервов на первом этапе лечения является очень важным.

Базовая терапия у больных с герпетическими поражениями черепномозговых нервов должна быть более длительной, поэтому больные в качестве противовирусной терапии получали ацикловир (зовиракс) по 800 мг 4 раза в день в течение не менее 20 дней.

Практически при всех периферических поражениях лицевого нерва обязательным элементом лечения является дегидратационная терапия, так как она устраняет отек ствола нерва и предупреждает гибель аксонов в результате внутриканальной компрессии. Дегидратационная терапия осуществлялась в течение 5–7 дней. При ее проведении контролировалось состояние электролитного баланса крови для предупреждения гипокалиемии. Для восстановления нервной проводимости использовался ингибитор ацетилхолинэстеразы- нейромидин. Кроме того, все пациенты в ходе лечения получали витамины В1, В6; для улучшения микроциркуляции – эуфиллин, трентал, для активизации обмена веществ в поврежденном нерве и реваскуляризации ишемизированных участков нерва назначались солкосерил и АТФ. Из физиотерапевтических процедур использовались соллюкс, ультразвуковая терапия.

Из 21 больных с herpes zoster oticus полноценное восстановление двигательной функции лицевого нерва достигнуто у 13, улучшение – у 5, без эффекта – у 3 пациентов. Из 7 случаев herpes zoster oticus с поражением слухового нерва выздоровление достигнуто у 3, улучшение – у 2, без эффекта – у 2. Из 5 случаев herpes zoster oticus с поражением тройничного нерва



у 2 больных после курса лечения сохранялись тригеминальные боли, что, вероятно, связано с развитием синдрома постзостерной невралгии

Из 7 больных с поражением лицевого нерва вирусом простого герпеса 1 типа у 6 достигнуто выздоровление, у 1 – улучшение.

У 2 больных с поражениями лицевого нерва, вызванными ВГЧ-6, достигнуто выздоровление.

В заключении следует отметить, несмотря на то, что в последние годы лечение данной патологии стало намного более успешным, благодаря появлению современных противовирусных препаратов, комплексного подхода и профилактики рецидивов, поражения черепномозговых нервов герпетической этиологии могут закачиваться стойкими необратимыми изменениями, связанными с процессами демиелинизации нервных волокон. Поэтому своевременная диагностика, медикаментозное лечение на ранних сроках заболевания являются единственной гарантией благоприятного исхода герпетических поражений черепномозговых нервов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабияк В. И. Нейрооториноларингология: Руководство для врачей / В. И. Бабияк, В. Р. Гофман, Я. А. Накатис. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 728 с.
2. Бартон М. Болезни уха, горла и носа: краткое руководство для врачей и студентов. Пер. с англ. / М. Бартон. – М.: «Издательство Бином», СПб.: «Невский Диалект», 2002. – 288с.
3. Герпес: Этиология, диагностика и лечение / И. Ф. Баринский, А. К. Шубладзе, А. А. Каспаров и др. – М.: Медицина, 1986. – 268 с.
4. Гранитов В. М. Герпесвирусная инфекция / В. М. Гранитов. – Н. Новгород: Издательство НГМА, 2001. – 88 с.
5. Деконенко Е. П. Вирус герпеса и поражение нервной системы / Е. П. Деконенко // Рос. медицинский журн. – 2002. – № 4. – С. 46–49.
6. Джафек Б. У. Секреты оториноларингологии: Пер. с англ. / Б. У. Джафек, Э. К. Старк. – М. – СПб.: БИ–НОМ – Невский диалект, 2001. – 624 с.
7. Исаков В. А. Герпес: патогенез и лабораторная диагностика: Руководство для врачей / В. А. Исаков, В. В. Борисова, Д. В. Исаков. – СПб.: Лань, 1999. – 192 с.
8. Исаков В. А. Герпесвирусные инфекции человека / В. А. Исаков, Е. И. Архипова, Д. В. Исаков. – СПб.: Спецлит, 2006. – 301с.
9. Каримова И. М. Влияние личностных факторов на клинические проявления и течение герпеса / И. М. Каримов, Э. М. Нейматов // Журн. неврологии и психиатрии. – 2002. – № 4. – С. 58–60.
10. Коленова И. Е. Диагностика и лечение герпетического поражения слухо–лицевого пучка / И. Е. Коленова – I итоговой науч. – практ. конф. молодых ученых. – Челябинск, 2003. – С. 53–54.
11. Налимова Т. А. Вирусные инфекции в оториноларингологической практике / Т. А. Налимова, И. Е. Коленова – V науч. – практ. конф. «Современные технологии в медицине». – Нягань, 2003. С. 35–36.
12. Никитин К. А. Периферические поражения VII, VIII и X черепно–мозговых нервов в оториноларингологии: современные методы диагностики и консервативного лечения / К. А. Никитин // Folia Otorhinolaringologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2003. – Vol. 9, Num. 3–4. – P. 28–46.
13. Фарбер М. А. Невропатии лицевого нерва. / М. А. Фарбер, Ф. М. Фарбер – Алма-Ата: Гылым, 1991. – 156 с.
14. Podvinec M. Facial nerve disorders: Anatomical, histological and clinical aspect / M. Podvinec // Adv. Oto-Rhino-Laringol. (Basel). – 1984. – Vol. 32. – 124–193
15. Helms I. Zur Therapie der Herpes zoster oticus / I. Helms // Laryngol., Otol., Rhinol. – 1982. – Bd. 61. N 7. – S. 380–382.
16. Ward C. Cranial herpes zoster: A case report and a hypothesis / C. Ward // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 1980. – V. 43, N 1. – P. 1146–1147.