

Кулага Анна Андреевна, студент

Новгородский Государственный Университет имени Ярослава Мудрого

РЕДКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА: СИНДРОМ РОССОЛИМО-МЕЛЬКЕРССОНА

Аннотация: данная статья на основании проведенных исследований раскрывает особенности синдрома Россолимо–Мелькерссона, симптоматику, диагностику и лечение. Дается сравнение возникновения различных симптомов у двух людей разных возрастных групп. Также на основании анамнезов пациентов устанавливаются наиболее распространенные причины возникновения данной патологии и способы ее диагностирования и лечения. Проводится исследование у парня 23–летнего возраста по данному заболеванию и у женщины 31 года, приводятся результаты исследований, дифференциальная диагностика и назначается курс лечения.

Цель: изучить особенности возникновения, симптомы и лечение синдрома Россолимо-Мелькерссона.

Ключевые слова: синдром Россолимо-Мелькерссона, неврология, неврологический синдром, неврит, паралич, причины синдрома Россолимо-Мелькерссона, болезнь Россолимо-Мелькерссона, отек губ, лечение синдрома Россолимо-Мелькерссона, диагностика синдрома Россолимо-Мелькерссона.

Abstract: this article reveals the features of Rossolimo–Melkersson syndrome, symptoms, diagnosis and treatment on the basis of the conducted research. A comparison of the occurrence of different symptoms in two people of different age groups is given. Also, based on the anamneses of patients, the most common causes of this pathology and methods of its diagnosis and treatment are established. A study

is carried out in a guy of 23 years of age for this disease and in a woman of 31 years, the results of studies, differential diagnosis and a course of treatment are given.

The goal: to study the specifics of the occurrence, symptoms and treatment of Rossolimo-Melkersson syndrome.

Keywords: Rossolimo-Melkersson syndrome, neurology, neurological syndrome, neuritis, paralysis, causes of Rossolimo-Melkersson syndrome, Rossolimo-Melkersson disease, lip edema, treatment of Rossolimo-Melkersson syndrome, diagnosis of Rossolimo-Melkersson syndrome.

Введение. Синдром Россолимо-Мелькерссона – редкое заболевание нервной системы (нервное расстройство), сопровождается отеком губ, параличом лицевого нерва, появлением борозд и складок на языке.

Причины возникновения данной патологии до сих пор не изучены до конца и остаются по большей части неизвестными. Есть предположение, что заболевание передается по наследству: повреждается локус 9p11 в 9й хромосоме – идет наследование по аутосомно–доминантному типу. Дополнительно к причинам относят травмы головы, инфекции различного рода, различные патологии нервной системы, нарушение местного лимфооттока. Изначально считалось, что данным синдромом болеют только “белые” люди, однако врачи установили случаи данной болезни в Южной Африке, Японии и Боливии [3; 4].

Данное заболевание по распространенности составляет - 0,08 % Поражает подростков и людей, после 20 лет. Хотя патология поражает и мужчин, и женщин, врачи отмечают, что все же женщины больше склонны к данной болезни.

Симптомы синдрома Россолимо-Мелькерссона. Проводя исследование анамнезов двух людей с диагнозом синдром Россолимо-Мелькерссона были отмечены следующие симптомы:

- Отек губ не воспалительного характера;
- складчатость языка;

- неврит лицевого нерва (у парня 23 лет);
- паралич лицевого нерва (женщина 31 год);
- звон в ушах;
- мигрень;
- головокружение;
- гипосаливация [1; 3].

Ведущим фактором данной патологии, конечно, является отек губ в 95% случаев. Наблюдались у обоих пациентов. Губы увеличиваются в размере, окрас синюшно–розовый. Также может отмечаться поражение щек.

Неврит лицевого нерва второй по значимости симптом, был отмечен при исследовании у парня и паралич лицевого нерва у женщины. В целом, встречаются данные симптомы у 35% больных. Паралич лицевого нерва происходит после отека щек и губ, когда пораженная ткань сжимает или передавливает лицевой нерв, в ходе чего последний теряет свою функцию.

Также в процесс могут вовлекаться другие нервы: глазодвигательный, тройничный и языкоглоточный. Паралич лицевого нерва наблюдается в тяжелых случаях при контрактуре или атрофии лицевой мускулатуры.

Отек, складчатость и борозды на языке наблюдались у обоих пациентов. Язык выглядит неравномерно увеличенным, отечным, слизистая оболочка покрыта слоями мутного эпителия, появляются борозды и складки на синекрасном языке с бугристой поверхностью. Данные симптомы сходны с лейкоплакией [2; 4].

Хотя патология выглядит, как угроза для жизни, на самом деле ее течение всегда доброкачественное и резко негативных последствий не имеет. Однако пациенты могут испытывать трудности в принятии пищи из–за пораженного лицевого нерва, увеличивается риск появления псориаза [1].

Диагностика синдрома Россолимо-Мелькерссона (таблица 1). В основном данную патологию выявляют при осмотре пациента с выявлением характерных признаков. Вначале исключают другие болезни, проводя дифференциальную диагностику [1; 3].

Таблица 1. Дифференциальная диагностика синдрома Россолимо-Мелькерссона

Болезнь	Характеристика
Синдром Россолимо-Мелькерссона	Сопровождается отеком губ, параличом лицевого нерва, появлением борозд и складок на языке.
Бруцеллез	Инфекционное заболевание, поражающее все системы в организме.
Рожистое воспаление	Инфекционное заболевание, сопровождающееся поражением кожи (покраснением, кровоизлиянием или образованием пузырей), повышением температуры.
Невралгия Ханта	Инфекционное заболевание, поражающее лицевой коленчатый узел, сопровождается парезом лицевого нерва, пузырьковой сыпью в области ушной раковины, расстройством слуха.
Отек Квинке	Сопровождается отеком слизистых оболочек и подкожно-жировой клетчатки. Имеет аллергическую этиологию.

Самым эффективным способом определения болезни считается биопсия тканей губы. При синдроме Россолимо-Мелькерссона отмечается неказеозные гранулемы, фиброз и расширение лимфатических сосудов. Именно эта картина отмечалась у обоих пациентов при взятии биопсии тканей губы [2; 3].

Дополнительно применяют: анализ крови, КТ, серологическая реакция на аллерген, электромиография.

Лечение синдрома Россолимо-Мелькерссона. Лечение медикаментозное и направлено на устранение симптомов болезни. Обоим пациентам были назначены одинаковые схемы медикаментозного лечения.

1. Противовоспалительные средства, угнетающие активность ферментов, влияющих на деградацию клетки: “Дексаметазон”, “Гидрокортизон”.

2. Антибактериальная терапия для устранения очага воспаления: “Нетилмицин”, “Окситетрациклин”.

3. Диуретики для снятия отека: “Фуросемид”, “Диакارب”.

4. Седативные препараты: “Валокормид”, “Димедрол”.
5. Антигистаминные средства: “Цетрин”, “Зиртек”.
6. Сосудорасширяющие средства: “Оксибрал”, “Никотиновая кислота”.
7. Биогенные стимуляторы: “Элеутерокок”, “Апилак”.

Хирургическое лечение. Отеки, сопровождающиеся выраженной деформацией челюстно лицевой области и резистентные к медикаментозной коррекции, лечат путем хирургического иссечения уплотненных участков. Для улучшения косметического эффекта реконструктивные операции рекомендуют выполнять в сочетании с внутриочаговым введением кортикостероидов. В ряде случаев прибегают к хирургической декомпрессии лицевого нерва и его электрической стимуляции [4].

Экспериментальное лечение .Стандартизованных подходов к терапии не разработано, а существующие методы ввиду высокой частоты рецидивов признаются недостаточно эффективными. Это создает необходимость поиска новых способов лечебной коррекции патологического процесса. Есть сообщения об эффективности антилепротозных препаратов (дапсона, клофазимина), уменьшающих явления гранулематоза. Перспективным направлением может считаться антицитокиновая терапия (инфликсимабом, адалимумабом), которая в исследованиях показала быстрый результат и способность уменьшать частоту рецидивов [1; 2].

Прогноз и профилактика. Прогноз при данном синдроме благоприятный. Однако изменения лицевой части становятся косметическим дефектом из-за которого нарушаются речь и процесс жевания. Патология рецидивирующая, протекает хронически. Несмотря на терапию, возникают ремиссии, возможно прогрессирование и обострению.

В качестве профилактики необходимо провести лечение болезней, которые могут привести к данной патологии, уничтожить очаги хронической инфекции и исключить контакт с аллергенами.

Библиографический список:

1. Статья «Диагностика синдрома Россолимо-Мелькерссона-Розенталя» Э.М. Эседов, Ф.Д. Ахмедова ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, кафедра госпитальной терапии №3 с курсом клинической иммунологии и аллергологии, Махачкала (журнал «Вестник ДГМА» № 4(9) – 2013).

2. Статья «Клинический случай синдрома Мелькерссона - Розенталя» В.Н. Почтарь, В.Я. Скиба, А.В. Скиба, Отдел терапевтической стоматологии Института стоматологии Национальной академии медицинских наук Украины, Одесса (журнал «Клиническая стоматология» 2013 / 2 / 66 / апрель – июнь).

3. Статья «Листерия как причина синдрома Мелькерссона-Розенталя» П.А. Железный, Е.М. Малкова, М.Д. Филюрин, Ю.Н. Белоусов; НГМУ, г. Новосибирск; НИИ молекулярной биологии и вирусологии и биотехнологий, г. Новосибирск; НИИ кафедра госпитальной хирургии НГМУ, г. Новосибирск (журнал «Стоматология детского возраста и профилактика» №2, 2008).

4. Статья «Синдром Россолимо - Мелькерссона - Розенталя» С.Е. Гак (журнал «Лечение заболеваний нервной системы» 2012. Т. 1. № 1 (9). С. 37-42.).