

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ

Асадова Н.С.¹, Джурабекова А.Т.², Утаганова Г.Х.³, Абдумаликов А.А.⁴, Хакимова Г.Ш.⁵

¹Асадова Нозима Садридиновна - студент магистратуры;

²Джурабекова Азиза Тахировна – профессор;

³Утаганова Гулжахон Холмуминовна – кандидат медицинских наук, ассистент;

⁴Абдумаликов Абдурауф Абдухаким угли - студент магистратуры;

⁵Хакимова Гуландом Шавкатзода - студент магистратуры,

кафедра неврологии и нейрохирургии,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: у детей невропатия лицевого нерва является самой частой формой поражения периферической нервной системы и не все особенности этиологии, патогенеза течения заболевания изучены достаточно полно от взрослой категории больных имеет особенность чаще среднетяжелого и легкого характера, а клиническая картина соответствует поражению нижнего отдела фаллопиевого канала.

Ключевые слова: невропатия лицевого нерва, вирус простого герпеса, электронейромиография, анамнестические сведения, нейровизуализация.

Актуальность. По данным ВОЗ, распространенность невропатии лицевого нерва (НЛН) составляет 13-24 случая на 100000 населения и занимает второе место среди патологий периферической нервной системы после вертеброгенных заболеваний [1,5]. У детей НЛН является самой частой формой поражения периферической нервной системы. Она составляет более 90% среди всех мононевропатий, встречающихся в детском возрасте [3,4]. Несмотря на большое количество исследований НЛН, не все особенности этиологии, патогенеза и течения заболевания в детском возрасте изучены достаточно полно. В частности, не до конца изучен вопрос о роли вируса простого герпеса 1-ого и 2-ого типов в развитии этого заболевания. Значение инфекционного фактора в развитии НЛН у детей обсуждается достаточно долго, но единой точки зрения до настоящего времени не выработано. Исход заболевания у детей более благоприятен, чем у взрослых, число осложнений, по данным различных исследователей, может составлять от 5% до 50% [2,6]. Общеизвестно, что наиболее информативным для диагностики тяжести поражения и прогноза заболевания является использование электронейромиографического (ЭНМГ) исследования, потому что клиническая картина заболевания в остром периоде не всегда позволяет получить объективные сведения о тяжести поражения лицевого нерва (ЛН). Актуальным остается вопрос оптимизации терапии НЛН у детей. Использование гормональной, противовирусной терапии в лечении заболевания в детском возрасте не является бесспорным [7].

Цель. Изучить характер невропатий лицевого нерва в остром периоде у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 42 больных в возрасте от 1 года до 12 лет, лечившихся в детском неврологическом отделении 1-клиники СамМИ, у которых была диагностирована НЛН в остром периоде заболевания. Всем больным проводилось клиническо-неврологическое исследование с детальным анализом анамнестических сведений. Неврологический осмотр включал определение функций всех черепных нервов с акцентом на выявление симптомов поражения тройничного и лицевого нерва. Обязательным явилось исследование рефлексов, афферентной, либо эфферентной частью которых являются волокна тройничного и лицевого нервов: корнеального, надбровного, назопальцевого, оптико-пальцевого (мигательного).

Результаты исследования. Нами проведено обследование 42 больных в возрасте от года до 12 лет в острой стадии НЛН. Распределение больных по возрасту: 30 детей были в возрасте от 12 до 17 лет (период старшего школьного возраста), средний возраст этой группы составил 14,1±1,6 года, 4 ребенка в возрасте от 7 до 11 лет (период младшего школьного возраста) средний возраст группы 9,5±1,2 года, 5 детей были в возрасте от 3 до 7 лет (дошкольный период), средний возраст этой группы составил 5,2±0,8 года, 3 ребенка в возрасте от года до 3-х лет (пред дошкольный период), средний возраст 1,6±0,57 года. Таким образом, 71,5% детей с НЛН были в возрасте до 12. (табл.1).

Таблица 1. Распределение больных по возрасту

Возраст	Кол-во детей	Проценты
1-3 года	3	7,1%
3-7 лет	5	11,9%
7-11	4	9,5%
12	30	71,5%

Всего	42	100%
-------	----	------

Среди заболевших, из 42 человек - лиц мужского пола 17 (41,5%), женского - 25 (59,5%). У 20 детей (47,6%) НЛН развилась справа. У 22 больных (52,4%) имела место левосторонняя локализация процесса. У 8 детей (19%) в анамнезе уже была НЛН с одним рецидивом. Среди детей с повторной НЛН преобладали лица мужского пола (6 мальчиков и 2 девочки). Рецидивы НЛН чаще встречались через 4-10 лет после первого случая НЛН. У двух детей НЛН развилась через 1-3 года. По нашим наблюдениям из 8 больных с рецидивирующей НЛН у 3-х детей сохранялся выраженный прозопопарез через 1 месяц от начала заболевания, что соответствовало II-III клинической степени по шкале К.М. Rosier (1995), при осмотре через 2 месяца от начала заболевания клинически у данной категории больных отмечались признаки формирования ВКММ. При анализе результатов нейровизуализации у 50% детей с рецидивирующей НЛН обнаружены резидуально-органические изменения головного мозга в виде внутренней гидроцефалии, что достоверно чаще, чем в группе с впервые возникшей НЛН, где резидуально-органическая патология встречалась лишь в 10,2% случаев (статистически значимые различия между относительными частотами значений признака при $p < 0,05$). В двух случаях прослеживался семейный анамнез заболевания. Отец больной Н. страдал рецидивирующей НЛН с двумя эпизодами по анамнезу, у матери больной П. наблюдалась НЛН, после перенесенной вирусной инфекции. Общеизвестно, что раннее обращение к врачу при НЛН, является одним из неперенных условий для успешного восстановления утраченных функций. В многочисленных работах подчеркивается, что медикаментозное лечение (гормональная терапия) эффективна лишь в случаях назначения в первые 72 часа от начала заболевания. Поэтому мы проанализировали время от появления первых признаков прозопопареза до обращения за медицинской помощью. В первые 72 часа от начала заболевания за медицинской помощью обратилось 17 человек (40,5%), с 4-ого до 7-ого дня включительно - 19 человек (45,2%), через 7 дней от развития прозопопареза в стационар обратилось 6 человек (14,3%). Сроки обращаемости детей с НЛН за медицинской помощью представлены в таблице 2.

Таблица 2. Сроки обращаемости детей с НЛН за медицинской помощью

Сроки обращения за мед.помощью	первые 72 часа	4-7 день	7-30 день
Абсолютные значения (количество человек)	17	19	6
Проценты %	40,5%	45,2%	14,3%

Таким образом, лишь 40,5 % заболевших обратились за медицинской помощью и поступили в неврологический стационар в первые 72 часа от начала заболевания. Большая часть детей (59,5%) госпитализирована значительно позже вследствие недооценки родителями серьезности заболевания, отдаленности проживания от медицинских учреждений, по социальным причинам. Непосредственную причину заболевания в момент поступления мы выяснили у трех пациентов. У девочки Т. 4-х лет прозопопарез развился непосредственно после укуса собаки в область лица, уха на стороне развития НЛН, т.е. НЛН имела травматическое происхождение. У больного К. НЛН развилась на фоне симптомов острого воспаления среднего уха, что подтверждено осмотром отоларинголога. У одного пациента был диагностирован синдром Рамзеля-Ханта, проявляющийся прозопопарезом, герпетическими высыпаниями на ушной раковине, интенсивными болями в области уха, соответствующей половине лица. Во всех остальных случаях у 39 больных (92,8%) была диагностирована идиопатическая невралгия лицевого нерва (ПБ). По нашим наблюдениям у 22 больных с идиопатической НЛН (55%) отмечались явления ОРВИ. У 12 человек заболевание развилось в период с 1-ого по 7-ой день от первых признаков респираторного заболевания, проявляющегося в большинстве случаев легкими катаральными явлениями, повышением температуры тела до субфебрильных цифр (37,5-38,5 С). У 6-ти детей явления ОРВИ отмечались за неделю до развития НЛН, у 4-х пациентов за две недели до развития заболевания отмечались признаки острого респираторного заболевания. Среди предрасполагающих факторов к развитию идиопатической НЛН мы выявили следующее: 12 пациентов (30%) накануне заболевания подверглись переохлаждению; 3 человека (7,5%) в возрасте 11, 15 и 16 лет отметили развитие прозопопареза сразу после сильного психо-эмоционального потрясения; у 3-х пациентов (7,5%) НЛН развилась среди полного здоровья. Учитывая, что среди предрасполагающих факторов ОРВИ и переохлаждение занимают ведущее место, мы попытались выяснить роль сезонности в развитии НЛН. В зимний период времени заболело 7 детей (18%), весной - 9 детей (23%), летом - 10 (24,2%), осенью - 12 человек (30,8%). Распределение заболеваемости НЛН по сезонам представлено на рис. 1.

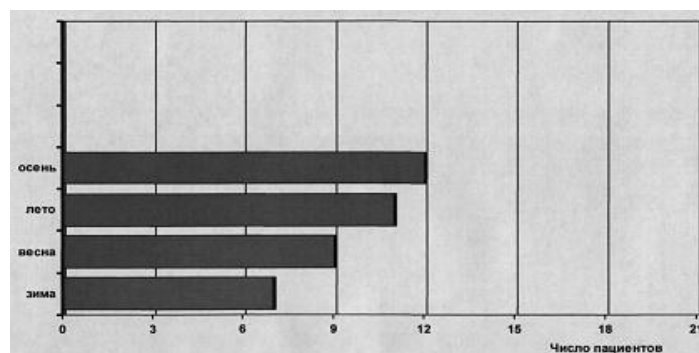


Рис. 1. Распределение заболеваемости по сезонам

Таким образом, очевидного увеличения заболеваемости в определенный сезон не прослеживается. Клиническая картина НЛН весьма стандартна и проявляется остро возникшим прозопапарезом в одной половине лица. Степень пареза мимической мускулатуры при поступлении у детей с различными формами НЛН определяли по классификации К.М. Rosier (1995). Согласно используемой классификации, у 13 человек (31%) отмечалась IV степень пареза у 23 детей (54,7%) - III степень пареза, у 6 (14,3%) - II степень пареза (табл. 3).

Таблица 3. Распределение больных НЛН по клинической степени пареза

Степень пареза по класс. К.М. Rosier	I	II	III	IV
Кол-во детей	0	6	23	13
% от общего количества	-	14,3%	54,7%	31%

IV степень пареза характеризовалась практически полным параличом, отсутствием движений и низким мышечным тонусом, III степень проявлялась тяжелым парезом, неполным зажмуриванием глаза, едва заметными движениями и низким мышечным тонусом, II степень характеризовалась умеренным парезом, при этом зажмуривание глаза возможно, однако в покое отчетливо выявляется асимметрия лица. У 14 детей накануне развития пареза отмечались подергивания отдельных мимических мышц, чаще круговой мышцы глаза. Локализацию поражения лицевого нерва определяли клинически. Нарушение вкуса на передних 2/3 языка, расстройство экскреции слез и слюны наблюдалось у 2-х детей (4,8%), что соответствовало поражению лицевого нерва выше n.petrosus major. Нарушение вкуса и гиперacusia отмечались у 8 детей (19,6%), что соответствует поражению лицевого нерва выше отхождения n.stapedius. В остальных случаях у 30 детей (73,2%) отмечалось поражение лицевого нерва в нижнем отделе фаллопиевого канала вблизи шилососцевидного отверстия. У одного пациента (2,4%) с синдромом Рамзеля-Ханта отмечалось поражение лицевого нерва на уровне gang. geniculi. Таким образом, при клинической оценке локализации поражения лицевого нерва наиболее часто определялось его поражение в дистальном сегменте фаллопиевого канала (область шилососцевидного отростка).

Выводы. При анализе клинических форм выявлены следующие особенности: более чем в 80% случаев имеет место среднетяжелое и тяжелое поражение лицевого нерва, соответствующее III-IV степени пареза по классификации К.М. Rosier (1995). В 72,5% клиническая картина соответствует поражению лицевого нерва в нижнем отделе фаллопиевого канала. В 56,4% случаев НЛН наблюдаются болевые феномены в области лица.

Список литературы

1. Гайбиев А.А., Джуробекова А.Т., Утаганова Г.Х. Ранняя диагностика полинейропатии у детей // Проблемы биологии и медицины. Самарканд, 2018 г. №4,1, С.31.
2. Гайбиев А.А., Джуробекова А.Т., Ниёзов Ш.Т. Дифференциальные диагностические критерии полинейропатий. Украина, Переяслов-Хмельницкий, 2017 г. С.569-571.
3. Ниёзов Ш. Т., Джуробекова А. Т., Мавлянова З. Ф. Эффективность озонотерапии в комплексном лечении миелитов у детей // Врач-Аспирант. 2011. Т. 45. №. 2.3. С. 516-521.
4. Шомуродова Д.С. Оптимизация диагностики и прогнозирования неврологических осложнений гестозов (обзор литературы) // Вопросы Науки и Образования. 2018. №. 26 (38).
5. Эшимова Ш. К., Хакимова С. З., Джуробекова А. Т. Оценка эффективности антитреморных препаратов у больных эссенциальным тремором // Инновационная Наука. 2016. №. 1-3 (13).
6. Jamshid S., Ravshan S. Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // European science review. 2017. №. 1-2.

7. *Slepov V. P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children //Klinicheskaia khirurgiia. 1981. №. 6. – С. 78.
8. *Gaybiyev A. Et Al.* Modern methods of diagnostics of polyneuropathy //European Science Review. 2018. №. 9-10-2. С. 45-47.