

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ORIGINAL ARTICLES

DOI: 10.38095/2181-466x-2021981-6-9

УДК 616.183.17-037:617.771-009.81-073.97

**КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕВРОПАТИИ
ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ****Н. С. Асадова, А. Т. Джурабекова, Г. Х. Утаганова**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: дети, подростки, невропатия лицевого нерва, клиника, диагностика.**Таянч сўзлар:** болалар, ўсмирлар, юз нерви невропатияси, клиника, диагностика.**Key words:** children, adolescents, neuropathy of the facial nerve, clinic, diagnosis.

В современной медицинской литературе продолжают дискуссии о невропатиях лицевого нерва у детей, факторах заболевания, клинико-неврологических особенностях, тяжести течения, трудностях диагностики и прогноза заболевания. Работа посвящена анализу невропатии лицевого нерва у детей и подростков в зависимости от клинических форм заболевания, с использованием электронейросимпатических показателей, латентного периода, мигательного рефлекса и характера поражения лицевого нерва, сопровождающиеся болевым синдромом.

**БОЛАЛАРДА ЮЗ НЕРВИ НЕВРОПАТИЯСИНИ КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОМИОГРАФИК
МАЪЛУМОТЛАШ****Н. С. Асадова, А. Т. Джурабекова, Г. Х. Утаганова**

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Замонавий тиббий адабиётларда келтирилган муҳокамаларда болаларда юз нерви невропатиясини келтириб чиқарувчи омиллар, касалликнинг клинически-неврологик хусусиятлари, кечиш оғирлиги, мураккаб диагностикаси ва унинг оқибатлари етарлича ёритилмаган. Ушбу тадқиқот иши, болалар ва ўсмирларда юз нерви невропатиясининг клиник шакллари таҳлил қилиш, касалликнинг латент даврида электронейросимпатик кўрастқичларни, кўз юмилиш рефлекси ва юз нерви зарарланишининг оғрик синдроми билан кечувчи шаклини таҳлил қилишга бағишланган.

**CLINICAL AND ELECTROMYOGRAPHIC PREDICTION
OF FACIAL NERVE NEUROPATHY IN CHILDREN****N. S. Asadova, A. T. Djurabekova, G. Kh. Utaganova**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

In the modern medical literature, discussions continued about neuropathies of the facial nerve in children, disease factors, clinical and neurological features, the severity of the course, the difficulties of diagnosis and prognosis of the disease. The work is devoted to the analysis of the neuropathy of the facial nerve in children and adolescents, depending on the clinical forms of the disease, using electroneurosympathetic indicators, the latency period, the blinking reflex and the nature of the lesion of the facial nerve accompanied by pain syndrome.

Из всех мононевропатий, самый большой процент приходится на невропатию лицевого нерва. Научный потенциал литературных данных посвящен вопросу этиологии заболевания, на нем основываются основные моменты классификации. Французская сторона придерживается мнения повреждения вирусного характера, в Японии предпочтение отдают отогенному происхождению, но все сходятся в едином мнении, в вопросе первичного поражения – это идиопатическая невропатия лицевого нерва. Не существует единого мнения и по вопросам механизма развития невропатии лицевого нерва (НЛН) у детей. Если у взрослых предполагающая связь с нарушением кровообращения, то в детском возрасте большое значение в вопросе патогенеза, придается аутоиммунным расстройствам [4,9].

Много дискуссий вокруг исхода заболевания у детей, число осложнений и повторных случаев НЛН. Рецидивирующая НЛН встречается чаще в рамках локального ангионевротического отека лица – синдром Мелькерссона-Розенталя. Течению рецидивирующей формы заболевания способствуют факторы воспаления и наличие анатомической предрасположенности по наследству – это узкий костный канал с рождения [1,6,14].

Лучше всего патогенез развития НЛН объясняет лимфогенная теория. Осложнения НЛН, по литературным данным, в виде контрактур и синкинезий мимических мышц лица в

детском возрасте встречаются редко, до 1-2% из всех НЛН, но есть особенность, связанная с гормональной перестройкой детей подросткового возраста. Гормоны половых желез (у девочек чаще) повышают процесс пролиферации. Иногда повторные НЛН у девочек проявляются в период первой беременности. Гормон роста влияет на стимуляцию лейкопоэза и автоматически включается образование лимфоцитов.

Золотым стандартом в диагностике НЛН, из современных исследований, является электронейромиография (ЭНМГ). Диагностика позволяет проводить несколько методик регистрации активности мышц, тоническую диагностику поражения нерва, определить течение заболевания, стадию, тяжесть состояния и эффективность лечения в динамике. Используя ЭНМГ можно прогнозировать сохранность моторных и сенсорных нервов. Методика исследования ответит на вопросы этиологического фактора (воспалительного или обменного). Стандартным методом исследования двигательной возбудимости мышц лица и нерва, является изучение М-ответа, отражающая скорость проведения по волокнам в зависимости от их миелинизации. По величине латентного периода возможно прогнозирование НЛН у детей.

Для оценки функционального состояния сегментарных, периферических структур НЛН применяют рефлекторные феномены. Таким образом, ЭНМГ необходимо использовать в комплексе различных методов, включая анализ мигательного рефлекса, изучение потенциалов мимических мышц, периода молчания, синергии [2,8,11].

Цель. Оценить возможности использования ЭНМГ у детей с НЛН в зависимости от форм заболевания.

Материал и методы исследования. Было обследовано 38 детей с идиопатической невропатией лицевого нерва, за период 2018-2020 годы, в отделении детской неврологии 1-Клиники СамМИ. Из них мальчиков было 18 (47,36%) девочек 20 (52,63%) возраст от 6 до 17 лет.

Критерием исключения были дети до 6 лет (трудность диагностики электронейромиографии); дети, имеющие вторичную этиологию процесса (последствия травмы, операции, перенесенный абсцесс, энцефалит).

По сроку обращения распределение было до 5 дней (22 – 57,89%) от начала заболевания, до 10 дней (26,31%), позднее 20 дней (обычно получавшие амбулаторное лечение) (6-15,78%).

Степень тяжести пареза лицевого нерва оценивали по шкале Roscer (0-, I-легкий, II-умеренный, III-тяжелый, IV-парез грубый). Всем пациентам проводилось клиничко-неврологическое обследование с выяснением анамнеза, жалоб (боль, слезотечение, помимо ассиметричности лица), характер пареза и локализация стороны, определение двигательных и чувствительных нарушений, другие неврологические очаги поражения [5,10,12].

Пациентам без исключения исследовали ЭНМГ в динамике, при поступлении и выписке из стационара на электромиографе «МБН-нейромиовок» (Россия). Стандартный метод оценки включал изучение мимических мышц, с помощью накожного отведения поверхностными электродами, на стороне пареза и противоположной парезу стороне. Для изучения М-волны раздражение наносилось максимальное, а исследование экстероцентивную супрессию (ЭС) раздражение было пороговым. Статистическую обработку проводили на индивидуальном компьютере [3,7,13].

Результаты исследования. На базе детской неврологии, обследовано и пролечено 38 детей с невропатией лицевого нерва, параллельно обследованы дети здоровые, не имеющие парез лицевого нерва, идентичные по возрасту и полу 20 детей. Основная группа детей и контрольная прошли стандартное клиничко-неврологическое обследование, с уточнением анамнеза, эпидемиологического анамнеза; постановка диагноза базировалась на МКБ-10. Из 38 детей, у 18 (47,36 %) детей развился парез справа, у 20 (52,64%) детей—слева. Во всех случаях была диагностирована идиопатическая невропатия лицевого нерва, в то же время из анамнеза видно, у большей половины детей имели место признаки респираторного заболе-

вания до формирования пареза.

Степень пареза среди обследованных детей основной группы была различной, так с I степенью пациентов не было, II степень наблюдалась только у 3-х (7,89%) пациентов, III степень – самый большой процент наблюдался среди обследованных детей – 27 (71,05%) IV степень. характеризующаяся плегией мимических мышц – 8 (21,05 %) детей.

Непосредственно у пациентов с НЛН старшего (подросткового) возраста (14- 36,84%), определяли особенности локализации вкуса на языке: из 14 – 4 (28,57%) детей снижение вкуса; слезотечение у 2 (14,28%) девочек; слюнотечение отмечали у 3 (21,42%) пациентов, что составляло парез лицевого нерва выше n.petrosus major. Гирепакузия у 7 (18,42%) пациентов, что соответствует выше отхождения n.stapedius. еще один, из часто встречающихся симптомов среди НЛН у детей, болевой синдром. У 6 (15,78%) пациентов синдром был ярко выражен и отличался до развития пареза, с иррадиацией в заушную область. У 10 (26,31%) детей помимо боли отмечалось расстройство чувствительности, в виде стягивания (в период лечения и положительной динамики чувства ползания мурашек на стороне поражения).

Всем обследованным детям основной и контрольной групп проведено ЭНМГ исследование при поступлении, при необходимости в динамике (при худших показателях восстановления пареза). По формуле соотношений на стороне пареза и здоровой стороне, определяли степень пареза. Методом стимуляции лицевого нерва М-ответ вызывался у всех пациентов, но был значительно ниже по сравнению со здоровой стороной, от 0,4 до 0,8 мВ, в контрольной группе у детей от 2 до 2,5 мВ. В то же время, отмечалось удлинение патентного периода в основной группе 3 мс, в контрольной 2 мс. Подтверждались данные и по длительным М-ответам (на основании литературных источников), длительность увеличилась до 9 мс, в группе здоровых детей ровно 77 мс. Эти параметры говорят о демиелинизации нерва или неравномерной миелинизации двигательных волокон. Отдельное исследование мигательного рефлекса, показало блокировку со стороны пареза у 13 (34,21%) детей. Анализ отдельных параметров первого и второго компонента мигательного рефлекса при исследовании неоднозначный. Обычно о первом компоненте можно судить в зависимости от состояния рефлекторной активности самого нерва. Уменьшение в длительности предполагает патологический процесс. Так, у детей основной группы первый компонент по длительности был 5 мс, у здоровых детей 9 мс, а по латентному периоду у детей с парезом 12 мс, в контрольной группе 9 мс. Показатели второго компонента мигательного рефлекса у детей НЛН и в группе сравнения, различия были несущественными, по длительности в основной группе 40 мс, в контрольной 42 мс, по латентному периоду в основной группе 32 мс, у здоровых детей 31 мс. Данные по анализу экстероцентивной супрессии на ЭНМГ у детей с НЛН выявили уменьшение латентного периода по сравнению со здоровой группой детей, так в основной группе цифры были 11 мс, а в контрольной группе 14 мс. Обратили внимание на собственный период экстероцентивной супрессии, в группе с парезом увеличение данного периода, по сравнению со здоровыми детьми, 20 мс в основной, 17 мс в контрольной группе. Факт укорочения латентного периода и увеличения периода самой экстрацентивной супрессии, свидетельствует об усилении тормозной функции.

Заключение: Таким образом, на долю невропатий лицевого нерва среди детей и подростков приходится идиопатическая форма. По степени пареза в большинстве случаев это III степень с проявлением тяжелого пареза, часто с сопровождающимся болевым синдромом. Анализ электронейромиографических данных у детей с невропатией лицевого нерва по параметрам латентного периода, длительности М-ответа соответствовала аномальным миелопатиям, в некоторых незначительных случаях отмечали блокирование мигательного рефлекса и активизацию экстероцентивной супрессии.

Использованная литература:

1. Алексеева Л.А., Мазаева Е.М., Скрипченко Н.В. и др. Цитокины в цереброспинальной жидкости при менингитах у детей // Журнал Инфектологии. 2014. 1. С. 54-60.
2. Врожденные инфекции: клиника, диагностика, лечение, профи-лактика. Учебное пособие для врачей. Издание 2-е, исправленное и дополненное / под ред. академика РАМН Лобзина Ю.В. СПб. 2013. 102 с. Говорова Л.В. и др. Характеристика гормонального статуса детей различного возраста при невропатиях лицевого нерва // Ж. Детские инфекции, 2012, № 3, 8-13.
3. Войтенков В.Б., Вильниц А.А., Клишкин А.В. и др. Клинические и нейрофизиологические особенности полиневропатии критических состояний у детей с инфекционными заболеваниями // Медицина экстремальных ситуаций. 2015. 2. С. 33-37.
4. Голяков Д.А. Клинико-этиологические и патогенетические особенности невропатий лицевого нерва у детей и лиц молодого возраста: Автореф. дисс. ... к.м.н. СПб., 2010. 25 с.
5. Исакова Л.А., Пенина Г.О. - Использование электронейромиографии для оценки тяжести параличей Белла // ж. ORIGINAL ARTICLES, BISSA 2017 Vol. 6 № 2, с. 12-17.
6. Лобзин Ю.В., Иванова М.В., Скрипченко Н.В. и др. Опыт применения роботизированной механотерапии в реабилитации детей с двигательными нарушениями различного генеза // Медицина экстремальных ситуаций. 2015. 1. С. 22-27.
7. Неотложные состояния при нейроинфекциях у детей (клиника, патогенез, диагностика, терапия): Медицинское пособие / Скрипченко Н.В., Команцев В.Н., Вильниц А.А. с соавт. СПб. 2013. 72 с.
8. Савицкая Н.Г., Супонева Н.А., Остафийчук А.В., Янкевич Д.С. Возможности электромиографии в прогнозировании восстановления при идиопатической нейропатии лицевого нерва. //Нервно-мышечные болезни. – 2012. – 4. – С.36-42.
9. Скрипченко Н.В. и др. - Нейроинфекции у детей // Ж. Детские инфекции, 2017, № 1, с. 8-18.
10. Скрипченко Н.В., Иванова Г.П., Иванова М.В. с соавт. Тактика системной энзимотерапии при нейроинфекциях у детей. Ж-л Нейроиммунология, том X. № 1-2. 2012. С. 47-54.
11. Скрипченко Н.В., Лобзин Ю.В., Иванова Г.П. с соавт. Цитокиноterapia при лейкоэнцефалитах у детей Ж-л Нейроиммунология. Т. 8. № 3, 45. 2010. С. 31-39.
12. Скрипченко Н.В. и др. - Нейроинфекции у детей в современных условиях // Ж. Педиатрия, 2017, 10 (111), с. 7-15.
13. Скрипченко Н.В., Дьяконова Е.Н., Гузева В.И. Клинические рекомендации по диагностике и профилактике полиомиелита у детей. Детская неврология. Клинические рекомендации / Под ред. В.И.Гузовой. Вып. 2. М.: ООО «МК», 2014. С. 281-304.
14. Скрипченко Н.В., Пронина Е.В., Лепихина Т.С. и др. Медицинская реабилитация детей - реконвалесцентов инфекционных заболеваний в свете представлений международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья // Педиатр. 2015. 3. С. 41-48.