

# ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ

Шарафова И.А.<sup>1</sup>, Бурханова Г.Л.<sup>2</sup> Email: Sharafova6103@scientifictext.ru

<sup>1</sup>Шарафова Инобат Ахмеджановна – базовый докторант PhD;

<sup>2</sup>Бурханова Гульноза Лутфиллоевна – ассистент,  
кафедра медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины,  
Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** в данной статье описаны актуальность и оптимизация лечения и реабилитации нейропатии лицевого нерва у детей. Дана характеристика и тяжесть паралича лицевого нерва у детей. В исследовании были включены нейрофизиологические методы исследования и на основе их данных исследуемые разделены на 2 подгруппы. Основной группе проведен комплекс реабилитационных мероприятий, а группе сравнения - стандартное лечение. По итогам проведенного анализа разработан и рекомендован комплекс мероприятий по реабилитации данного заболевания.

**Ключевые слова:** нейропатия, дети, электромиостимуляция, реабилитация, паралич.

## MAIN APPROACHES TO COMPLEX TREATMENT OF FACIAL NERVE NEUROPATHY IN CHILDREN

Sharafova I.A.<sup>1</sup>, Burkhanova G.L.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sharafova Inobat Akhmedjanovna - PhD Student;

<sup>2</sup>Burkhanova Gulnoza Lutfilloevna – Assistant,  
DEPARTMENT OF MEDICAL REHABILITATION, PHYSIOTHERAPY AND SPORTS MEDICINE,  
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,  
SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

**Abstract:** this article describes the relevance and optimization of treatment and rehabilitation of facial neuropathy in children. The characteristics and severity of facial nerve paralysis in children are given. The study included neurophysiological research methods and based on their data, the subjects were divided into 2 subgroups. The main group underwent a complex of rehabilitation measures, and the comparison group received standard treatment. Based on the results of the analysis, a set of measures for the rehabilitation of this disease was developed and recommended.

**Keywords:** neuropathy, children, electromyostimulation, rehabilitation, paralysis.

УДК 612.819.78

Актуальность. По сведениям различных авторов, НЛН составляет около 3% всех заболеваний периферической нервной системы (13-24 случая на 100000 населения), встречается одинаково часто у мужчин и женщин, при этом заболеваемость возрастает на 4-м десятилетии жизни. Идиопатические невропатии наблюдаются у 75% больных, отогенные - у 15%, другой этиологии - у 10% больных. при этом, достоверных источников частоты возникновения НЛН у детей, ее распространения в весьма скудном количестве [3, 5].

Проблема патогенетически обоснованного восстановительного лечения невропатии лицевого нерва, а также прогноза и профилактики её частого осложнения — вторичной контрактуры мимических мышц остаётся актуальной и на современном этапе развития неврологии. Анализ имеющихся в отечественной и зарубежной литературе данных свидетельствует о том, что при изучении базисных механизмов патогенеза невропатии лицевого нерва и вторичной контрактуры мимических мышц, и в поисках новых методов патогенетической терапии перспективным является изучение рефлекторных механизмов коррекции функции мимической мускулатуры на ранних этапах заболевания.

Значительная роль периферических механизмов в патогенезе невропатии лицевого нерва и вторичной контрактуры мимических мышц определяет необходимость оптимизации патогенетически обоснованных лечебных мероприятий, к которым относятся рефлекторные методы (моделирование мышечно-фасциального сегмента, лечебный физкультурный комплекс, электромиостимуляция).

Отсутствие в профессиональной литературе систематизированных сведений о применении лечебной гимнастики, моделирования мышечно-фасциального сегмента у детей, которые составляют основу реабилитационных комплексов при НЛН, серьезно ограничивает возможности оценки их эффективности [4, 5].

**Цель исследования** — разработать на основе нейрофизиологических методов оценки комплексной реабилитации больных детей с невропатией лицевого нерва.

Исследования и клинические наблюдения больных проводились в отделении физиотерапии Клиники Самаркандского государственного медицинского института №1 (г. Самарканд). Для решения поставленных

задач было обследовано 45 больных детей в остром периоде заболевания. Из них: мальчиков – 18, девочек – 27. Возраст составил от 5 до 15 лет.

Клиническое обследование включало: изучение жалоб, анамнеза и объективных данных. При осмотре отмечались степень пареза, нарушение чувствительности, слуха, вкуса, состояния секреции слезных желез.

Лабораторное обследование: общий анализ крови, мочи, электронейромиография. Степень пареза оценивалась по шкале Хауса-Браакмана. Все больные были разделены на 2 группы: в основную группу вошли 25 детей, которым кроме основного лечения была проведена электростимуляция четырехканальным аппаратом «Миоритм-040» на пораженной стороне на круговые мышцы глаз и рта в течение всего периода госпитализации. В контрольную группу вошли 20 детей, которым назначили стандартное лечение. В настоящее исследование мы не включали больных с невропатией лицевого нерва, развившейся вследствие опухоли мостомозжечкового угла, ранений лица, метастатической и лейкемической инфильтрации. Эффективность терапии оценивалась по данным клинического неврологического осмотра (степень и скорость восстановления двигательных функций с использованием шкалы Хаус — Браакмана, развитие или отсутствие контрактур), результатам электромиографии (амплитуда М-ответа, скорость проведения импульса моторная). ЭМГ была проведена 15 больным [1, 6, 7].

**Результаты и обсуждение.** В основной группе каждому больному была назначена электромиостимуляция силой тока 20-40 мА 15-20 минут в течении всего периода госпитализации. После проведенного лечения была проведена контрольная ЭНМГ, которая показала положительную динамику при проведении импульса и ускорение М-ответа. В контрольной группе после проведенного стандартного лечения без применения электромиостимуляции также была проведена контрольная ЭНМГ, в которой не были выявлены какие-либо изменения по сравнению с предыдущим исследованием. При оценивании степени пареза в обеих группах паралич оценивался от легких нарушений в состоянии покоя до явной, но не уродующей асимметрии. Степень выраженности дисфункции лицевого нерва определялась как умеренная дисфункция (23 % пациентов), среднетяжелая дисфункция (50 % больных) и тяжелая дисфункция (27 %) согласно шкале Хаус — Браакмана (табл. 1).

Таблица 1. Степень выраженности прозопареза определяется шкалой House — Brackmann

Стадия	Функция	Описание
1	Норма	Нормальная функция всех ветвей
2	Легкая дисфункция	А. легкая слабость, выявляемая при детальном обследовании, могут отмечаться незначительные синкинезии.  Б. в покое симметричное лицо, обычное выражение.  В. Движения: 1) в области лба: незначительные умеренные движения; 2) в области глаза: закрывается полностью с усилием; 3) в области рта: незначительная асимметрия.
3	Умеренная дисфункция	А. очевидная, но не уродующая асимметрия. Выявляется невыраженная синкинезия.  Б. Движения: 1) в области лба: незначительные умеренные движения; 2) в области глаза: закрывается полностью с усилием; 3) в области рта: легкая слабость при максимальном усилии.
4	Среднетяжелая дисфункция	А. Очевидная слабость и/или уродующая асимметрия.  Б. Движения: 1) в области лба: отсутствуют. 2) в области глаза: закрывается неполностью;

		3) в области рта: асимметрия при максимальном усилии.
5	Тяжелая дисфункция	А. Едва заметные движения лицевой мускулатуры. Б. Асимметричное лицо в покое. В. Движения: 1) в области лба: отсутствуют. 2) в области глаза: закрывается неполностью;
6	Тотальный паралич	Нет движений

Клинико-инструментальный анализ уровня поражения лицевого нерва показал, что наиболее часто у наших пациентов лицевой нерв страдал в месте выхода из шилососцевидного отверстия — 40 %, реже в костном канале выше колена — 25 %, в 15 % наблюдений — ниже колена в канале лицевого нерва. Пациенты наблюдались и лечились в течение 1 месяца. Анализ результатов исследования показал, что у всех пациентов наступил клинический эффект различной степени выраженности. Как видно из табл. 2, у больных в основной группе при сопоставлении с группой сравнения достоверно быстрее регрессировали двигательные расстройства, восстанавливалась двигательная активность мимических мышц пораженной половины лица. Движения мимических мышц в основной группе начали восстанавливаться к 7–10-му дням терапии. У пациентов группы сравнения — к 15–17-му дням. Признаки контрактуры мимической мускулатуры отмечены у 3 пациентов группы сравнения в виде появления патологических синкинезий. Ни у одного из пациентов основной группы, получавших миостимуляцию мимических мышц лица, грубых признаков контрактуры не выявлено. Полное восстановление к концу курса лечения отмечено в группе сравнения у 55 %, в основной группе — у 85 % пациентов. Пациенты, у которых не удалось добиться полного восстановления, распределились следующим образом: у 20 % степень дисфункции уменьшилась от тяжелой до умеренной и у 25 % — от умеренной до легкой. У оставшихся же 15 % пациентов основной группы степень восстановления перешла из тяжелой в легкую. Анализ эффективности терапии в зависимости от причинного фактора развития заболевания и уровня поражения не показал достоверных различий, что еще раз подтверждает единый патогенез невротии лицевого нерва как компрессионно-ишемической. Это положение подтверждает и наблюдение о том, что плохим прогностическим признаком явился стойкий болевой синдром в заушной области [5, 6].

Таблица 2. Реабилитация двигательной функции по данным клинико-неврологического осмотра

Показатель	Основная группа	Группа сравнения
Количество пациентов	25	20
Средние сроки восстановления двигательной активности, нед.	7-10	15-17
Развитие контрактур и синкинезий	-	3

По данным литературы, результаты электромиографического исследования свидетельствуют о том, что в остром периоде поражения лицевого нерва до 7–10 дней от начала заболевания проводимость по дистальному сегменту пораженного нерва оставалась сохранной. В последующем отмечено снижение скорости проведения, которое продолжалось до 14–21-го дня (Т.Т. Батышева, Е.В. Костенко, А.Н. Бойко, 2004).

Эти данные подтверждают необходимость начала лечения в наиболее ранние сроки, когда еще отсутствуют явления демиелинизации. Наши исследования показали, что применение электромиостимуляции в сочетании со стандартной терапией в основной группе позволило добиться наиболее эффективных результатов, по-видимому, за счет приостановления процессов демиелинизации и наиболее качественной регенерации. У этой же группы пациентов, по нашим данным, наблюдался наибольший прирост амплитуды М-ответа после проведенного лечения (на 12 %) [1, 2].

В процессе терапии не наблюдалось побочных эффектов.

При повторном измерении степени пареза после лечения больных спустя в основной группе отсутствовала контрактура в пораженной стороне и больные со второй степенью пареза и выше отмечали улучшение движения в мимической мускулатуре, тогда как в контрольной группе наблюдалась иная

ситуация: больные со второй степенью пареза и выше не отмечали какой-либо заметной динамики после проведенного стандартного лечения.

**Выводы.** Больным с нейропатией лицевого нерва рекомендуется обязательное проведение электромиографического тестирования пораженных мышц в целях коррекции лечения; методы восстановительного лечения и реабилитации больных должны применяться на ранних этапах заболевания (с первых дней заболевания) в целях профилактики контрактуры мышц пораженной стороны или формированию более лёгких её форм.

#### *Список литературы / References*

1. Баратова С.С., Мавлянова З.Ф., Шарафова И.А. Индивидуально-типологические особенности, обуславливающие выбор вида спортивной деятельности // Современные проблемы психологии и образования в контексте работы с различными категориями детей и молодежи, 2016. С. 190-191.
2. Насретдинова М.Т., Карабаев Г.Е., Шарафова И.А., 2020. Применение методик диагностики у пациентов с головокружением. ЦЕНТРАЛЬНО-АЗИАТСКИЙ ЖУРНАЛ МЕДИЦИНСКИХ И ЕСТЕСТВЕННЫХ НАУК. 1 (1). 29-33.
3. Невропатия лицевого нерва // Частная неврология: учеб. пособие / под ред. М.М. Одинака. М.: Медицинское информационное агентство, 2009. С. 110–114.
4. Петрухин А.С. Детская неврология // Т., 2012. Т. 2. С. 28-34.
5. Петрухин А.С. Детская неврология. 2 том, 2012.
6. Шарафова И.А., Ким О.А. Изменения показателей частоты сердечных сокращений у спортсменов-подростков, занимающихся таэквондо в условиях города Самарканда // Материалы XXIII съезда Физиологического общества им. ИП Павлова с международным участием, 2017. С. 2108-2109.
7. Шарафова И.А., Ким О.А. Комплексный подход к лечению и реабилитации больных с нейропатией лицевого нерва // Молодежь и медицинская наука в XXI веке, 2019. С. 210-210.
8. Шарафова И.А., Мавлянова З.Ф., Баратова С.С. ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА КАК ВАЖНАЯ ЧАСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА // Достижения науки и образования, 2019. № 12 (53).
9. Шарафова И.А. Нейровизуализация как современный метод диагностики и прогноза реабилитации при поражении лицевого нерва у детей // Україна. Здоров'я нації, 2020. Т. 2. № 3.