

*Proceedings of the XVIII International Scientific and Practical Conference*

# **Developing an understanding of the specificities and functions of scientific language**

Zurich, Switzerland

May 01 – 02, 2023

## Три випадки затримки відновлення функції після гострої невропатії лицьового нерва

**Симоненко Григорій Геннадійович**

к.м.н., доцент

*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця*

**Вступ.** Згідно дослідженням, гостра невропатія лицьового нерва виникає внаслідок ураження вірусом простого герпесу або інших вірусних асоціацій, в тому числі оперізуючого лишая, цитомегаловірусу, вірусу Епштейна-Барр, аденовірусу, вірусу краснухи, паротиту, Коксакі тощо. Розвитку захворювання сприяють анатомічні особливості, похилий вік, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія. Захворюваність 13-40 на 100 000 на рік, чоловіки та жінки страждають однаково. Симптоми виникають раптово, можуть посилюватися протягом кількох днів, до трьох тижнів, потім стабілізуватися до покращення. 80-85% пацієнтів відчують повне відновлення функції лицьового нерва до 6 місяців [1, 2]. Основним фактором неповного одужання є вираженість слабкості на момент звернення.

**Мета роботи.** Метою даної статті було навести клінічні приклади наслідків перенесеної гострої невропатії лицьового нерва.

**Матеріали і методи.** Пацієнти неврологічного відділення, загальні аналізи крові, глікемічний профіль, біохімічний аналіз крові, коагулограма, електрокардіографія.

### **Результати і обговорення.**

**Випадок 1.** Чоловік 58 років, мешканець міста Києва, директор підприємства, Два місяці тому, після протягу відмітив біль в шиї та лівій заушній ділянці, потім з'явилась сльозотеча та відчуття оніміння лівої щоки, асиметрія обличчя, в зв'язку з чим звернувся до неврологічного відділення, лікувався з неповним відновленням. У дане відділення клінічної міської лікарні поступив на відновне лікування.

Скарги при надходженні на: на перекіс обличчя, періодичну сльозотечу з лівого ока, неповне змикання лівих повік, незначне оніміння лівої половини обличчя.

Анамнез життя: Переніс вірусний гепатит 23 роки тому. Туберкульоз, цукровий діабет, операції, травми, алергічні реакції – заперечує.

Об'єктивно: Загальний стан хворого середнього ступеня важкості. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору, чисті. Доступні пальпації периферичні лімфовузли не збільшені, безболісні. Тони серця чисті, ритмічні. АТ 140-135/75-80 мм рт.ст. Пульс 75 уд/хв, ритмічний. В легенях вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Периферичних набряків не виявлено. Стілець та діурез контрольовані, самостійні.

В неврологічному статусі: Свідомість ясна, орієнтований, контактний. Зіниці D=S, фотореакції збережені. Рухи очних яблук в повному обсязі. Поодинокі ністагмійні посмикування очних яблук при погляді вправо. Помірний парез м'якої мускулатури зліва за периферичним типом: нерівномірність шкірних складок справа при наморщуванні чола. Позитивний симптом Белла зліва, згладжена ліва носогубна складка. Язик по середній лінії. Субкортикальні рефлексії не викликаються. Об'єм активних та пасивних рухів у кінцівках повний. Глибокі рефлексії з рук D=S, низькі; з ніг D=S, помірні. Менінгеальних ознак, патологічних стопних рефлексів не виявлено. Показує гіпестезію на лівій половині обличчя. В позі Ромберга – стійкий. Пальце-носову пробу виконує задовільно.

Обстеження: Загальний аналіз крові: Нь 114 г/л, L 9,3 Г/л, ШОЕ 17 мм/год. Глюкоза крові 6,3 ммоль/л. Загальний аналіз сечі: прозора, солом'яно-жовта, L 4-8 в полі зору, Ег поодинокі, гіалінові циліндри 1-3. Біохімічний аналіз крові: загальний білок 74 г/л, сечовина 6,5 ммоль/л; білірубін (непрямий) 11,5 мкмоль/л; АЛТ 0,21 ммоль/л; АСТ 0,19 ммоль/л.

Діагноз заключний клінічний: Стан після перенесеної гострої невропатії лівого лицьового нерва у вигляді помірного парезу м'якої мускулатури зліва.

Лікування: Трентал, нікотінова к-та, плазмол, нуклео-ЦМФ, Нейромідін, АТФ, ЛФК, ФТЛ.

Пацієнт був виписаний з покращенням. Курс лікування 16 діб.

Рекомендовано: Спостереження невропатолога за місцем проживання. Нуклео ЦМФ: 1капсула 2 рази на день на протязі місяця. Трентал: 1 таблетка 3 рази на день на протязі місяця. ЛФК. Повторний курс лікування через 1-2 місяці.

**Випадок 2.** Жінка 59 років, мешканка міста Києва, прибиральниця, півтора роки тому перенесла гостру невропатію лицьового нерва зліва, після стаціонарного лікування відбулося неповне відновлення функції м'язів, останнє погіршення самопочуття відбулося місяць тому, до невролога за місцем проживання звернулася тільки зараз і була направлена на планове лікування у неврологічне відділення клінічної міської лікарні.

Скарги при надходженні у відділення на перекіс обличчя зліва, швидку втому, періодичні головні болі.

Анамнез життя: Туберкульоз, алергічні та венеричні захворювання, хворобу Боткіна – заперечує. В березні 2013р- проведена операція з приводу Ca cutis лівої скроні. Т2 N0M0. Хворіє артеріальною гіпертензією, препарати регулярно не приймає.

Об'єктивно: Стан хворої середнього ступеню важкості. Шкірні покриви чисті. Лімфатичні вузли незбільшені. Молочні залози без патологічних змін. В легенях вислуховується везикулярне дихання. Тони серця приглушені. Пульс 74 уд./хв., ритмічний, АТ 130/70 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Печінка незбільшена. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Периферичних набряків не виявлено. Стілець та сечовипускання не спостерігалися.

Неврологічний статус: свідомість ясна, орієнтована, контактна. Критика, пам'ять та інтелект дещо знижені. Асиметрія лицьової мускулатури за рахунок

лівої носогубної складки. Зіниці D=S, фотореакції помірної жвавості. Рухи очних яблук збережені. Ністагму немає. Слабкість конвергенції з обох боків. Язик по середній лінії. Субкортикальні рефлекси позитивні. Сухожилкові рефлекси з кінцівок D=S, знижені. Проба Баре негативна. Менінгеальних ознак, патологічних стопних рефлексів не виявлено. В позі Ромберга стійка. Координаторні проби виконує задовільно. Функцію тазових органів контролює.

Обстеження: Загальний аналіз крові: Нв 120 г/л, L 4,9 Г/л, ШОЕ 3 мм/ год. Глюкоза крові 4,5 ммоль/л. Біохімічний аналіз крові: загальний білок 67 г/л, сечовина 4,6 ммоль/л, білірубін (непрямий) 12,3 мкмоль/л. Коагулограма: протромбіновий індекс 83%, час рекальцифікації 110, фібриноген 3,6 мкмоль/л, етаноловий тест негативний, бета нафтоловий тест негативний. Загальний аналіз сечі: жовта, прозора, питома вага 1010, білок – не виявлено, L 1-2 в полі зору, епітелій – помірна кількість. Електрокардіограма: ритм синусовий, регулярний, вісь серця горизонтальна, дифузні зміни міокарда.

Діагноз остаточний клінічний: Залишкові явища перенесеної невропатії лицьового нерва зліва. Гіпертонічна хвороба II ступеню. Дисциркуляторна, гіпертонічна енцефалопатія II стадії.

Лікування: L-лізину есцинат, Тіоцетам, прозерин, нуклео ЦМФ форте, вітамін B12. Пацієнтка виписана з покращенням. Курс лікування 11 днів.

Рекомендації: Нагляд дільничного невропатолога, Неовітам по 1 таблетці 2 рази на день на протязі 3 тижнів, Тіоцетам-форте по 1 таблетці 3 рази на день на протязі 1 місяця, Асафен 80 мг 1 таблетку на ніч.

**Випадок 3.** Жінка 23 років, мешканка міста Києва, домогосподарка, поступила у неврологічне відділення київської клінічної міської лікарні у плановому порядку зі скаргами на асиметрію правої половини лиця, яке залишається в неї на протязі 7 років після перенесеної гострої невропатії правого лицьового нерва. Впродовж останніх 2-х тижнів відмічає погіршення рухів в правій половині обличчя, відчуття дискомфорту в правому оці.

Анамнез життя не обтяжений. Алергічні реакції, туберкульоз, гепатит, венеричні захворювання, цукровий діабет, травми, операції – заперечує.

Об'єктивно: Загальний стан хворої середньої важкості. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору, чисті. Периферичні, доступні пальпації, лімфовузли не збільшені, безболісні. В легенях вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Тони серця чисті, ритмічні. Пульс – 82 уд/хв. АТ – 140/80 мм.рт.ст.

Неврологічний статус: В свідомості, орієнтована, контактна. Зіниці D = S, фотореакції помірні. Рухи очних яблук в повному обсязі, ністагму немає. Конвергенція дещо ослаблена з обох сторін. Незначно згладжені складки шкіри на чолі справа. Помірний парез м'язів справа за периферичним типом. Прояви синкінезій. Асиметрія носогубних складок за рахунок лівої, язик по середній лінії. Субкортикальні рефлекси відсутні. Об'єм активних та пасивних рухів у кінцівках повний. Глибокі рефлекси з рук та ніг S=D, помірні. Менінгеальних ознак не виявлено. В позі Ромберга - легке похитування. Пальце-носову пробу виконує задовільно.

Обстеження. Загальний аналіз крові: Нв 119 г/л, L 4.2 Г/л, ШОЄ 4 мм/год. Глюкоза крові: 3,5 ммоль/л. Загальний аналіз сечі: солом'яно-жовта, прозора, питома вага 1020, глюкоза – не виявлено, ацетон – не виявлено, L 1-2 в полі зору, епітелій – помірна кількість. Електрокардіограма в межах вікової норми.

Діагноз заключний клінічний: Віддалені наслідки перенесеної невропатії лицьового нерва справа у вигляді легкого правобічного парезу мимічної мускулатури, легких рухових синкінезій, контрактури мимічної мускулатури.

Проведене лікування: Нейромідин, Нейровітан, ЛФК, міостимуляція, магнітна стимуляція, карбоксітерапія, постізометрична релаксація м'язів.

У щоденниках стану пацієнтки відмічається нормалізація АТ 110-125/60-65 мм.рт.ст., пульс 80-85 уд/хв. Деяка суб'єктивна позитивна динаміка: покращення рухів мимічних м'язів праворуч, більш виражене у нижній половині лица. В цілому характер скарг попередній, зберігаються патологічні синкінезії.

Курс лікування 18 днів. Виписана з покращенням.

Рекомендовано: Спостереження невропатолога за місцем проживання. Нейромідин 0.02, по 1 таблетці 3 рази на день на протязі 2 тижнів. Нейровітан по 1 таблетці 2 рази на день на протязі 1 місяця. ЛФК. Повторний курс реабілітаційного лікування через 3 місяці.

**Висновки.** Таким чином, оскільки 30-80% пацієнтів з ураженням лицьового нерва не звертаються за медичною допомогою вчасно та 44% не отримують рекомендованого лікування, у 20-30% не відбувається повного відновлення функцій. На стандартизації порушень наразі потрібне використання шкал оцінки рухів обличчя [3, 4]. Для оцінки стану лицьового нерва бажано використання ЕМГ через 20-30 днів та 3 місяці після початку захворювання. Дуже інформативними, у разі можливості, є тестування порогу збудливості, електронейрографія. У разі неідентифікованої причини та якщо немає покращення стану через 4 місяці показана нейровізуалізація. Наразі не доведено ефективність антихолінестеразних препаратів при даній патології. Електростимуляція також не є рекомендованою внаслідок збільшення спастичних ускладнень [5]. Мультидисциплінарний підхід до реабілітації є необхідним при затримці відновлення функції лицьового нерва [9].

#### Список літератури:

1. Peitersen E. The natural history of Bell's palsy. *Am J Otol* 1982; 4:107.
2. Hua Zhao, Xin Zhang, Yin-da Tang, et al. Bell's Palsy: Clinical Analysis of 372 Cases and Review of related Literature. *Eur Neurol*. 2017;77(3-4):168-172. doi:10.1159/000455073.
3. Matthew Z. et al. Neuroanatomical correlation of the House-Brackmann grading system in the microsurgical treatment of vestibular schwannoma. *Neurosurg Focus* 33 (3):E7, 2012.
4. Mothes O, Modersohn L, Volk GF, et al. Automated objective and marker-free facial grading using photographs of patients with facial palsy. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2019;276: 3335-43.

5. van Landingham S.W., Diels J., Lucarelli M.J. Physical therapy for facial nerve palsy: applications for the physician. *Curr. Opin. Ophthalmol.* 2018;29(5): 469-475. <https://doi.org/10.1097/ICU.0000000000000503>

9. Markey JD, Loyo M. Latest advances in the management of facial synkinesis. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2017; 25:265.