

Критерии реабилитации и дифференциальной диагностики паралича Белла у детей

И.А.Шарафова

Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация: В данной статье приводится подробная информация о критериях реабилитации и дифференциальной диагностики паралича Белла у детей.

Ключевые слова: реабилитация, дифференциальная диагностика, паралича Белла

Criteria for rehabilitation and differential diagnosis of Bell's palsy in children

I.A.Sharafova

Samarkand State Medical University

Abstract: This article provides detailed information on the criteria for rehabilitation and differential diagnosis of bell's palsy in children.

Keywords: rehabilitation, differential diagnosis, Bell's palsy

Актуальность. По различным данным, невропатия лицевого нерва (НЛН) составляет 3% заболеваний от периферической нервной системы (30-40 случаев на 100000 населения), и не имеет различий по половому признаку, при этом в течении жизни частота заболеваемости изменяется. Невропатии идиопатического характера встречается у 75% больных, отогенного - у 15%, другой этиологии - у 10% больных. Но достоверных источников частоты возникновения, течения и прогноза НЛН у детей, ее распространения в весьма малом количестве.

Дифференциальная диагностика прозопареза проводится со следующими заболеваниями нервной системы:

Унилатеральный прозопарез:

1. Идиопатический паралич Белла.
2. Семейные формы НЛН.
3. Синдром Мелькерссона - Россолимо - Розенталя (СМРР): аутосомно-доминантный тип; 9p11 с неполной пенетрантностью гена. Характеризуется рецидивирующей НЛН, рецидивирующими характерными отеками лица, губ и

других частей тела, хейлитом и складчатым языком. Прозоплегия бывает односторонней и двусторонней; сторона поражения может чередоваться от рецидива к рецидиву. Встречаются больные с различными вариантами неполного СМРР. Для диагностики СМРР у детей предлагается использование алгоритма, включающего: составляющие триады классического симптомокомплекса, сочетающиеся с фациальными дисморфиями, признаками неврологического дефицита, вегетативными и соматическими нарушениями, аутоаллергическими проявлениями и гередитарной предротованностью.

4. Инфекционные поражения: Herpes simplex - самая частая причина; боррелиоз, ВИЧ-инфекция; полиомиелит; сифилис и туберкулез; саркоидоз и другие гранулематозные заболевания; болезнь кошачьих царапин и др. Синдром Рамзая Ханта - герпетическое поражение ганглия промежуточного нерва (боль и характерные кожные высыпания в области уха, слизистой полости рта, иногда с вовлечением VIII нерва).

5. Заболевания среднего уха: отиты и (реже) опухоли среднего уха, такие как гломусная опухоль. НЛН вследствие этих заболеваний всегда сопровождается потерей слуха и соответствующими рентгенологическими находками.

6. Рассеянный склероз, клинический изолированный синдром.

7. Дисметаболические нарушения описаны в виде мононейропатии, или картины полинейропатии, или множественной мононейропатии при сахарном диабете, гипотиреозе, уремии, порфирии, артериальной гипертензии.

8. Травмы: перелом и проникающие ранения пирамиды височной кости, ятрогенные повреждения, родовые травмы. ЧМТ, особенно при переломе пирамиды височной кости, часто приводит к поражению лицевого и вестибулокохлеарного нервов.

9. Неопластические и объемные процессы (доброкачественные и злокачественные): невринома, гемангиома, холестеатома, менингиома, метастазы, опухоль слюнной железы, арахноидальная киста.

10. Альтернирующие синдромы (при сосудистых и опухолевых поражениях ствола головного мозга).

11. Сирингобульбия.

12. Заболевания костей черепа.

13. Врожденные синдромы: синдром Мебиуса, кардиофациальный синдром, болезнь мотонейрона, остеопетроз, окулоаурикуловертебральный синдром, CHARGE синдром (колобома, порок сердца, атрезия хоан, генитальная гипоплазия, аурикулярная аномалия), CULLP-синдром (врожденный унилатеральный парез нижней губы).

Синдром Мебиуса (СМ) обусловлен врожденной мальформацией ромбовидного мозга и встречается в трех генетических вариантах. Общая характеристика СМ: прозопарез может быть унилатеральным и билатеральным в 90%. В некоторых случаях возможна наружная офтальмоплегия, чаще вовлекается отводящий нерв. В 9% может быть врожденный фиброз экстраокулярных мышц. В 56% фарингеальная дисфункция и вовлечение подъязычного нерва. Респираторные нарушения в 19%. С рождения в 88% случаев наблюдается мышечная гипотония и в 83% - нарушение координации.

Кардиофациальный синдром (синдром Cayler - Di George, делеция 22q11.2, доминантный или мультифакториальный). Врожденный полный прозопарез или парез нижней губы в легком случае, порок сердца, мышечная гипотония, миопатия, фациальная дисморфия, гипоплазия тимуса, аномалии Т-клеток, в 10% микроцефалия, когнитивные нарушения.

Синдром Carey - Fineman-Ziter, А-Р. Клинически непрогрессирующая миопатия, гипотония. Гипоплазия грудных и плечевых мышц (вариант Poland). Макроцефалия, офтальмоплегия, птоз, билатеральная лицевая слабость, дисфагия, микрогнатия, глоссоптоз, ращепленное небо (50%), сколиоз (40%), плоскостопие (40%), брахидактилия (70%), задержка моторного развития.

Двусторонняя слабость мимических мышц у детей, развившаяся одновременно или последовательно, встречаясь в 0,3-2% от всех прозопарезов, всегда служит поводом для следующего диагностического поиска:

1. Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (варианты Гийена - Барре и Миллера Фишера).

2. Идиопатическая краниальная полиневропатия.

3. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия.

4. Синдром Мелькерссона - Россолимо - Розенталя.

5. Рассеянный склероз.

6. Hyperostosis cranialis interna: аутомно-доминантное наследственное заболевание, которое проявляется утолщением внутренней костной пластинки черепа с остеосклерозом и туннельными краниальными невротиями с переменными нарушениями обоняния, вкуса, зрения, кохлеовестибулярной дисфункцией.

7. Саркоидоз (синдром Хеерфорда) - инфильтрация околоушных желез, придоциклит, поражение лимфоузлов, кожи, органов дыхания, печени, селезенки, костей, лихорадка (увеопаротидный синдром) базальный процесс (туберкулезный, лейкоэмический, криптококковый, паранеопластический и др.), всегда вовлекаются другие черепные нервы; парезы часто двусторонние, характеризуются быстрым началом.

8. Инфекционное поражение краниальных нервов (мононуклеоз, герпетическая инфекция, боррелиоз, ВИЧ-инфекция).

9. Системные заболевания (узелковый периартериит, гранулематоз Вегенера, болезнь Кавасаки и др.) приводят к мононейропатиям и полинейропатиям, а также к поражению других краниальных нервов.

10. Синдром Сирингобульбия.

11. Холестеатома.

12. Ан-а-липопротеинемия (болезнь Танжера 9q31) - кроме дипареза лицевой мускулатуры, наблюдаются слабость, снижение мышечной силы и сухожильных рефлексов, парестезии, чрезмерная потливость, глазодвигательные нарушения и избирательная потеря болевой и температурной чувствительности. Отложения эфиров холестерина в корнеальной оболочке, миндалинах, печени, селезенке, слизистой прямой кишки обуславливают сплено- и гепатомегалию, лимфаденопатию, миндалины увеличены, оранжевого или желтого цвета. В крови высокий уровень триглицеридов; гипохолестеринемия.

13. Болезнь мотонейрона.

14. Миастения.

15. Миопатии.

Рецидивирующая слабость мимических мышц

1. Идиопатическая нейропатия лицевого нерва (в том числе семейная).

2. Синдром Мелькерссона - Россолимо - Розенталя.

3. Миастения.

Терапевтическая тактика НЛН зависит от этиологии и периода заболевания:

1) острый (до 10 дней, чаще 3-72 часа); 2) ранний восстановительный (10-30 дней); 3) поздний восстановительный (1 мес.); 4) период остаточных явлений (более 6 мес.) - синкинезии, слабость лицевой мускулатуры, контрактуры, блефароспазм, симптом крокодиловых слез (синдром Фрея).

Основная цель лечебных мероприятий в острый период направлена на купирование отека, улучшение микроциркуляции, ремиелинизацию.

С целью профилактики развития кератита необходимо закапывание увлажняющих глазных капель, ношение защитных очков в дневное время и наложение повязки на глаз на ночь. Эти мероприятия проводят до тех пор, пока не станет возможным произвольное закрытие глаза и не восстановится мигательный рефлекс.

Лечение идиопатического паралича Белла. При наличии одного из клинически неблагоприятных прогностических факторов показана глюкокортикоидная терапия (преднизолон 1 мг/кг/сут в течение 7-10 дней).

В других случаях используют нестероидные ПВС в течение 2 недель.

Низкомолекулярные декстраны и дегидратирующие препараты (лазикс, L-лизина эсцинат) в остром периоде вводятся парентерально и сочетаются с вазоактивными (трентал, актовегин), нейрометаболическими препаратами (альфа-липоевая кислота (эспалипон, берлитион, тиогамма), нуклео-ЦМФ и витаминами В1, В2, В12.

Антибиотикотерапия назначается при отогенных поражениях ЛН, болезни Лайма (цефуроксим или амоксициллин 50 мг/кг/сут).

Ацикловир 80 мг/кг/сут в течение 5 дней назначают при заболевании герпетической этиологии, синдроме Рамзая Ханта.

Традиционно с первого дня заболевания используется электрическое поле УВЧ, обладающее выраженным противовоспалительным, обезболивающим и дегидратирующим действием, курс лечения 8-10 процедур или электростимуляцию биполярным импульсным током нейроподобной формы. Принципы кинезиотерапевтической реабилитации при парезах мимической мускулатуры включают лечение положением (кинезиотейпирование), лечебную гимнастику и массаж. Массаж показан с 3-го дня от начала прозопареза. Существуют сведения о том, что упражнения с использованием биологической обратной связи приводят к улучшению функционального исхода и снижению частоты синкинезий.

Назначение антихолинэстеразных препаратов, в том числе и при использовании электрофореза, приводит в 60-75 % случаев к развитию вторичных контрактур мимической мускулатуры и спазмопарезам.

Методом выбора кинезиологической терапии является *постизометрическая релаксация мышц (ПИРМ)*. Сущность этой техники заключается в чередовании кратковременной изометрической работы в первые 5-7 с и пассивного растяжения мышц в последующие 6-10 с.

Использованная литература

1. Евтушенко С.К., Морозова Т.М., Прохорова Л.М. Рецидивирующая семейная невропатия лицевого нерва у девочки 9 лет // *Международ. неврол. журнал.* — 2010. — № 3(33). — С. 58-60.
2. Морозова О.Г., Здыбский В.И., Ярошевский А.А. Опыт лечения невропатии лицевого нерва с применением препарата актовегин драже // *Международ. неврол. журнал.* — 2008. — № 2(18). — С. 123-127.
3. Пітик М.І. Невропатія лицевого нерва: особливості патогенезу, діагностики й лікування в дітей та підлітків // *Международ. неврол. журнал.* — 2009. — № 1(23). — С. 85-90.

4. Сучасна діагностика і лікування в неврології та психіатрії / За ред. Т.С. Міщенко та В.С. Підкоритова // Довідник лікаря «Невролог • Психіатр» — К.: ТОВ «Доктор Медіа», 2008. — С. 128-131.
5. Tanaka M., Mochizuki M., Sugiyama N., Hamano S. Bell's palsy in children: analysis of clinical findings and course // No To Hattatsu. — 2004 Nov. — 36 (6). — 461-5.
6. Gilden D.H. Clinical practice. Bell's Palsy // N. Engl. J. Med. — 2004 Sep. — 23. — 351(13). — 1323-31.
7. Holland N.J., Weiner G.M. Recent developments in Bell's palsy // BMJ. — 2004 Sep. 4. — 329(7465). — 553-7.
8. Cockerham K.P., Hidayat A.A. et al. Melkersson-Rosenthal syndrome: new clinicopathologic findings in 4 cases // Arch. Ophthalmol. — 2000. — 118. — 227-232.
9. Linder T., Bossart W., Bodmer D. Bell's palsy and Herpes simplex virus: fact or mystery? // Otol. Neurotol. — 2005 Jan. — 26(1). — 109-13.
10. Tiemstra J.D., Khatkhate N. Bell's palsy: diagnosis and management // Am. Fam. Physician. — 2007, Oct. 1. — 76(7). — 997-1002.
11. Salinas R.A., Alvarez G., Ferreira J. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis) // Cochrane Database Syst. Rev. — 2004. — 4. — CD001942.
12. Ikeda M., Abiko Y., Kukimoto N., Omori H., Nakazato H., Ikeda K. Clinical factors that influence the prognosis of facial nerve paralysis and the magnitudes of influence // Laryngoscope. — 2005. — 115. — 855-860.
13. Allen D., Dunn L. Acyclovir or valaciclovir for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis) // Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2004, Issue 3. Art. No.: CD001869.
14. Aramimed M., Valls-Sole J., Cruccu G., Ongerboer de Visseret B.W. Disorders of the Cranial Nerves // Neuromuscular Function and Disease: Basic, Clinical, and Electrodiagnostic Aspects / Ed. by W.F. Brown, C.F. Bolton, M.J. Aminoff. — Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2002. — Vol. 1. — P. 761.
15. 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. И.П. Павлова с международным участием. — 2017. — С. 2108-2109.
16. 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.
17. 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.

18. 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).

19. Ким О. А., Шарафова И. А., Баратова С. С. Мигрень у спортсменов: особенности и методы коррекции //Безопасный спорт-2016. – 2016. – С. 78-80.

20. Баратова С., Ким О. А., Шарафова И. А. Особенности темперамента и его влияние на выбор вида спортивной деятельности //Безопасный спорт-2016. – 2016. – С. 16-18.

21. Sharafova I. A. et al. Kinesiotaping: New Look at the Rehabilitation of Facial Nerve Neuropathy in Children //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 4763-4768.

22. Шарафова И. А., Бурханова Г. Л. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 25-2 (103).

23. Nugmanovna MA, Kamariddinovna KA. Modern biotechnical problems of medicine and their solutions. In Archive of Conferences 2021 Jan 28 (Vol. 13, No. 1, pp. 169-173).

24. Nugmanovna MA. Bioetika zamonaviy madaniyatda individuallikni himoya qilish shakli sifatida. Философия и жизнь международный журнал. 2022 Nov 30(SI-2).

25. Махмудова, А.Н., Ибрагимова, Э.Ф., Шукурова, Д.Б., Абдурахмонова, З.Э. and Наимова, З.С., 2020. Медицина Узбекистана-достижения и перспективы развития сферы. Достижения науки и образования, (3 (57)), pp.49-52.

26. Махмудова, А.Н. and Махмудова, С., 2022. Гуманитаризация медицинского образования как фактор повышения качества обучения в вузе. Science and Education, 3(6), pp.709-718.

27. Махмудова, А.Н., 2022. Правовая защита пациентов в сфере здравоохранения в новом Узбекистане. Academic research in educational sciences, (Conference), pp.102-107.

28. Махмудова, А.Н., Афанасьева, О.Г. and Камариддинзода, А.К., 2022. ФОРМИРОВАНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО МИРОВОЗРЕНИЯ И ЦЕННОСТЕЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА. ФИЛОСОФИЯ И ЖИЗНЬ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЖУРНАЛ, (SI-2).

29. Nugmanovna, M.A. and Kamariddinovna, K.A., 2021, January. Modern biotechnical problems of medicine and their solutions. In Archive of Conferences (Vol. 13, No. 1, pp. 169-173).

30. Nugmanovna, M.A., 2022. BIOETHICS AS A FORM OF PROTECTION OF INDIVIDUALITY AND PERSONALIZED MEDICINE. Thematics Journal of Social Sciences, 8(4).

31. Nugmanovna, M.A., 2022. BIOETIKA ZAMONAVIY MADANIYATDA INDIVIDUALLIKNI HIMOYA QILISH SHAKLI SIFATIDA. ФИЛОСОФИЯ И ЖИЗНЬ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЖУРНАЛ, (SI-2).