

# Невропатія лицевого нерва в дітей: деякі аспекти діагностики та лікування

М.І. Пітик, І.І. Ліскевич

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

**Резюме.** З метою вивчення вегетативної дисфункції в дітей із невропатією лицевого нерва, яка розвивається із перших днів захворювання та розцінюється як одна із ланок патогенезу, обстежено 52 дітей з цієї патологією в процесі лікування, зокрема із використанням препарату тіотриазолін. Досліджено прояви вегетативних змін за клінічним опитувальником, розрахунком індексу Кердо, а також проведено оцінку варіабельності серцевого ритму. У всіх обстежених встановлено напруження регуляторних механізмів та підвищення реактивності вегетативної нервової системи, недостатню активність повільної та середньої вегетативної регуляції. Після проведеного лікування зростання вегетативної реактивності та зниження індексу напруження свідчить про включення саногенних реакцій, більш вираженими ці зміни були у дітей, які в комплексному лікуванні отримували тіотриазолін.

**Ключові слова:** невропатія лицевого нерва, вегетативна дисфункція, варіабельність серцевого ритму, індекс Кердо.

Невропатія лицевого нерва (НЛН) займає друге місце в структурі патології периферичної нервової системи в дорослих [3]. У дітей невропатія лицевого нерва є найбільш частим захворюванням черепно-мозкових нервів, яке виникає гостро [10] і посідає перше місце серед захворювань периферичної нервової системи. Більшість дослідників вважають невропатію лицевого нерва поліетіологічним монопатогенетичним захворюванням [3, 8, 9, 10]. Протягом останніх років активно розширюється спектр досліджень, спрямованих на пошук нових ланок патогенезу [6, 11, 12], додаткових інструментальних методів обстеження [7, 16] при цій патології. Насамперед, це пов'язано із пошуком достовірних даних, які б дали можливість ранньої діагностики ускладнень захворювання на доклінічному етапі та прогнозування термінів відновлення функції системи «лицевий нерв – мимічні м'язи», оскільки в 10-25% випадків відзначається неповне відновлення функції мимічних м'язів [1, 13, 15]. У 18% випадків при відносно легкому ступені ураження нерва залишається виражений косметичний дефект, а в 16-32% – формується постневритична контрактура [1, 13]. Зацікавленість вегетативною сферою при вивченні НЛН цілком зрозуміла, якщо згадати про нерв Врісберга, який несе вегетативні (парасимпатичні) волокна, а також про тісний зв'язок ЛН із трійчастим, язикоглотко-

вим і блукаючим нервами. Згідно з даними літератури, вегетативні розлади, особливо виражені при переважанні ішемічного компонента в патогенезі невропатії лицевого нерва, підтверджуються шляхом виявлення термоасиметрії, змін аксон-рефлексу у вигляді локального зниження чи посилення потовиділення та пілоерекції на відповідній половині обличчя, зниження симптому Хвостека при прозопопарезі легкого й середнього ступеня тяжкості та його поживлення в пацієнтів, в яких надалі сформувалася контрактура мимічних м'язів. Отримані результати дають підстави думати, що вегетативна дисфункція є обов'язковим компонентом клінічної характеристики невропатії лицевого нерва [4, 5, 8]. Стан вегетативної нервової системи значною мірою визначає саногенетичні можливості організму, а його зміни розглядаються як один з основних донозологічних критеріїв соматичного неблагополуччя [2].

## Матеріали та методи

За інформованою згодою батьків обстежено 52 дітей із невропатією лицевого нерва нетравматичного генезу, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні для дітей з органічними ураженнями центральної нервової системи та порушенням функції опорно-рухового апарату Івано-Франківської обласної дитячої клінічної

лікарні. Залежно від проведеного лікування діти з невротією лицевого нерва були розподілені на 4 групи:

- I група – діти, які отримували базову терапію – 12 дітей віком  $12,92 \pm 0,76$ ;
- II група – діти, які в комплексному лікуванні отримували тіотриазолін – 12 дітей віком  $13,25 \pm 0,57$ ;
- III група – діти, які в комплексному лікуванні отримували нуклео ЦМФ форте – 14 дітей віком  $13,36 \pm 0,37$ ;
- IV група – діти, які в комплексному лікуванні отримували тіотриазолін та нуклео ЦМФ форте – 14 дітей віком  $12,79 \pm 0,66$ .

Групу контролю склали 12 практично здорових дітей віком  $14,67 \pm 0,68$  років.

Для виявлення суб'єктивних ознак вегетативної дисфункції використовували «Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін», яку заповнювали пацієнти за допомоги батьків і під контролем лікаря, підкреслюючи відповідь «так» або «ні». Надалі підраховувалася загальна кількість балів. Про наявність вегетативної дисфункції можна говорити, якщо кількість балів перевищує 25.

Із метою оцінки вегетативного тону використовували розрахунок індексу Кердо (ІК). У нормі значення ІК коливається в межах від -10 до +10. Позитивні значення, що виходять за ці межі, свідчать про симпатикотонію, негативні – про перевагу тону парасимпатичної нервової системи. Нульове значення ІК свідчить про ейтонію.

Для об'єктивізації змін вегетативного тону та реактивності використовували методику визначення варіабельності серцевого ритму (ВСР), що полягає у тривалій безперервній реєстрації електрокардіограми у лежачому положенні, а також під час проведення орто- та кліностатичної проби. Із використанням системи «Кардіолаб» реєстрацію здійснювали не менше 7 хвилин у кожному положенні з автоматичним обробленням зареєстрованих кількісних параметрів ВСР, які відображають стан симпатичної нервової системи (Амо – амплітуда моди), парасимпатичної нервової системи (RMSSD, pNN50), напруження й централізації регуляторних механізмів ВНС (ІН<sub>1</sub> – індекс напруження), реактивності ВНС (ІН<sub>2</sub>/ІН<sub>1</sub>), спектральний аналіз: TP – загальна потужність спектру, HF – високочастотний компонент спектра, що переважно відображає активність парасимпатичного відділу ВНС, LF – низькочастотний компонент спектра, характеризує активність вазомоторного центру, LF/HF

– коефіцієнт симпато-парасимпатичного балансу, а також інтегральний показник активності регуляторних систем (ПАРС). На підставі значення ПАРС визначали наступні функціональні стани:

- ПАРС 1-2 – стан оптимального напруження регуляторних систем, необхідного для підтримання активної рівноваги організму із середовищем;
- ПАРС 3-4 – стан помірного напруження регуляторних систем, коли для адаптації до умов навколишнього середовища необхідні додаткові резерви;
- ПАРС 5-6 – стан вираженого напруження регуляторних систем;
- ПАРС 7-8 – стан перенапруження регуляторних систем;
- ПАРС 9-10 – виснаження регуляторних систем, при якому виникають ознаки патології.

## Результати та їх обговорення

Основним клінічним проявом невротії лицевого нерва є асиметрія обличчя. Окрім асиметрії обличчя, 5,74% скаржилися на біль у вусі чи привушній ділянці, 1,64% – на набряк половини обличчя до появи асиметрії, 10,7% – на порушення смаку, 0,82% – на посмикування повіки на ураженій стороні, стільки ж на порушення смаку в поєднанні з посмикуванням повіки, ще 0,82% – на порушення смаку, слуху та посіпування повіки. За тяжкістю ураження системи «лицевий нерв – м'язи» за шкалою House-Brackmann у 9,8% хворих мала місце помірна дисфункція лицевого нерва – III ступінь, у 79,5% хворих – дисфункція середньої тяжкості – IV ступінь, у 10,7% хворих – тяжка дисфункція – V ступінь.

За додатковими окрім асиметрії обличчя симптомами було визначено рівень ураження лицевого нерва: у 87,7% хворих відмічалася ураження лицевого нерва на виході з каналу, що відповідає даним літератури [1, 13], оскільки в нижньому відділі каналу, де на рівні шилососкоподібного отвору найбільш потовщений та еластичний епіневрій, а просвіт каналу найвужчий, умови для компресії особливо сприятливі; у 12,3% хворих – внутрішньоканальне ураження, у тому числі в 11,48% із них – до відходження барабанної струни та у 0,82% – до відходження стремінного нерва.

За даними опитувальника Вейна, серед хворих із III ступенем дисфункції системи «лицевий нерв – м'язи» переважали скарги на зміну кольору та похолодання кистей і стоп, підвищену пітливість, порушення функції шлунко-

во-кишкового тракту та порушення сну. При IV ступені дисфункції скарги мали полісимптоматичний характер: усі відмічали зміни кольору й температури кистей і стоп, порушення функції шлунково-кишкового тракту й порушення сну, значна частина хворих скаржилася на підвищену пітливість і нападоподібний головний біль, майже половина – швидку втомлюваність, почервоніння чи поблідніння при хвилюванні, відчуття серцебиття. При V ступені дисфункції спектр скарг був такого ж характеру як і при IV ступені, ці хворі частіше відмічали нападоподібний головний біль і наявність ліпотимічних станів. У всіх обстежених хворих за опитувальником Вейна кількість балів коливалася від 27 до 41, середнє значення становило  $34,6 \pm 0,41$ , що свідчить про розвиток вегетативної дисфункції, а також є достовірно вищим значення показника у групі практично здорових дітей, який становив від 12 до 20 балів і в середньому складав  $14,67 \pm 0,59$  ( $p < 0,05$ ).

За вегетативним індексом Кердо у 89,1% хворих із невротатією лицевого нерва встановлено симпатикотонію, у 2,5% – парасимпатикотонію. У 8,4% обстежених індекс Кердо відповідав межах норми. Середнє значення індексу Кердо у хворих із НЛН складало  $23,57 \pm 1,34$  та було достовірно вищим, ніж у дітей контрольної групи –  $6,25 \pm 2,44$  ( $p < 0,05$ ).

За даними часового аналізу ВСР у всіх обстежених пацієнтів на початку захворювання порівняно з групою контролю встановлено достовірне зростання тонуусу симпатичної нервової системи за показником Амо ( $p < 0,05$ ), зниження тонуусу парасимпатичної нервової системи за показником RMSSD ( $p < 0,05$ ), зростання показника індексу напруження (ІН) у 2,03 рази ( $p < 0,05$ ) та співвідношення ІН<sub>2</sub>/ІН<sub>1</sub> у 1,57 рази ( $p < 0,05$ ) (табл. 1).

Аналогічні зміни показників часового аналізу відмічалися й при проведенні ортостатичної проби, більш значним було зростання відношення ІН<sub>2</sub>/ІН<sub>1</sub>, тобто реактивності ВНС.

Згідно з даними спектрального аналізу, загальна потужність спектру практично не змінювалася, як і його наднизькочастотної частини. Достовірно зростала потужність високо- та низькочастотної частини спектру, а також симпато-вагальний індекс ( $p < 0,05$ ). Зростання останнього свідчить про перевагу активності симпатичної ланки ВНС (табл. 2).

При проведенні активної ортостатичної проби в нормі відбувається зниження загальної по-

**Таблиця 1** Параметри часового аналізу варіабельності серцевого ритму у хворих з невротатією лицевого нерва, ( $M \pm m$ )

Параметри ВСР	Хворі з НЛН	Контрольна група
Амо	$49,07 \pm 2,36^*$	$37,67 \pm 1,88$
RMSSD	$30,29 \pm 2,36^*$	$43,25 \pm 2,91$
ІН <sub>1</sub>	$208,92 \pm 17,86^*$	$103,00 \pm 8,74$
ІН <sub>2</sub> /ІН <sub>1</sub>	$2,97 \pm 0,20^*$	$1,89 \pm 0,15$

Примітка. \* Вірогідно порівняно із групою контролю,  $p < 0,05$

**Таблиця 2** Показники спектрального аналізу ВСР у хворих з невротатією лицевого нерва, ( $M \pm m$ )

Показники ВСР	Хворі з НЛН	Контрольна група
TP	$2996,22 \pm 270,86$	$2963,83 \pm 347,09$
VLF	$971,96 \pm 103,81$	$983,17 \pm 112,96$
LF	$704,3 \pm 82,59^*$	$267,33 \pm 138,87$
HF	$963,61 \pm 137,13^*$	$283,83 \pm 152,44$
LF/HF	$1,61 \pm 0,17^*$	$1,23 \pm 0,20$

Примітка. \* Вірогідно порівняно із групою контролю,  $p < 0,05$

**Таблиця 3** Показник ПАРС у хворих з невротатією лицевого нерва, ( $M \pm m$ )

Показник	Хворі з НЛН	Контрольна група
ПАРС в спокої	$4,37 \pm 0,40^*$	$1,58 \pm 0,18$
ПАРС – ортостатична проба	$6,98 \pm 0,40^*$	$3,67 \pm 0,3$

Примітка. \* Вірогідно порівняно із групою контролю,  $p < 0,05$

тужності спектру, його високочастотної частини та зростання наднизько- та низькочастотної частин, зростання показника симпато-вагального балансу. У дітей контрольної групи мало місце достовірне зниження загальної потужності спектру ( $p < 0,05$ ), зниження його високочастотної ланки було мало вираженим ( $p > 0,05$ ), значно та достовірно зростала наднизько-, низькочастотна частини та симпато-вагальний індекс ( $p < 0,05$ ).

Показники спектрального аналізу у хворих із невротатією лицевого нерва порівняно із контрольною групою засвідчили достовірне й значніше зниження загальної потужності спектру та всіх його ланок, зростання симпато-вагального індексу ( $p < 0,05$ ).

Аналіз змін інтегрального показника ПАРС достовірно підтверджує зростання напруження регуляторних систем організму ( $p < 0,05$ ): значення 4-5 відповідають помірному, а 6-7 – вираженому напруженню (табл. 3).

Таким чином, у хворих із невротатією лицевого нерва, за даними часових параметрів варіабельності серцевого ритму, має місце напруження регуляторних механізмів і підвищення реактивності ВНС, спектральний аналіз виявив надмірну реакцію ВНС на ортостатичну пробу та недостатню активність повільної та надповільної регуляції, що пов'язують із недостаніми

**Таблиця 4** Динаміка вегетативної дисфункції за опитувальником Вейна, (M±m)

Групи пацієнтів		Бал за опитувальником Вейна
I група	до лікування	33,86±0,89
	після лікування	26,04±0,77*
II група	до лікування	34,40±0,73
	після лікування	22,47±0,49*
III група	до лікування	34,62±0,94
	після лікування	26,97±0,73*
IV група	до лікування	35,56±0,64
	після лікування	23,15±0,61*

Примітка. \* Зміни достовірні при порівнянні з контролем

впливами надсегментарних відділів симпатичної ланки вегетативної регуляції та вазомоторного центра [13].

За опитувальником Вейна в усіх обстежених хворих на 14-й день лікування зменшувалися прояви вегетативної дисфункції, проте мали місце відмінності у групах лікування (табл. 4).

Також при повторному обстеженні в більшості обстежених знижувався індекс Кердо, в цілому, його зниження було достовірним у II та IV групах обстежених ( $p < 0,05$ ).

Між тяжкістю прозопапарезу та значенням ІК не встановлено залежності, проте в усіх випадках зростання ІК (13,6% пацієнтів) перебіг невропатії лицевого нерва мав затяжний перебіг, що стало основою проведення повторних курсів стаціонарного лікування у 56,3% випадків з них.

Динаміка показників ВСР на 14-й день лікування залежала від схеми проведеного лікування (табл. 5): відмічалася тенденція до зниження амплітуди моди та до зростання показника RMSSD у I та III групах, а у II та IV групах – достовірні зниження амплітуди моди (Амо) та зростання показника RMSSD в порівнянні з даними на початку лікування.

Як видно із табл. 5, у I групі значення амплітуди моди знизилося на 17,8%, а показника RMSSD

зріс на 63,5%, але ці зміни не були достовірними. У II групі значення амплітуди моди знизилася на 24,03%, а показника RMSSD зріс на 54,7%. У III групі відмічалася зниження амплітуди моди на 10,4% та зростання рівня показника RMSSD на 16,4%. У IV групі рівень амплітуди моди знизився на 30,5%, а показника RMSSD зріс на 74,3%. Рівень напруження регуляторних механізмів ВНС (ІН1) достовірно зменшився у пацієнтів II та IV груп у 1,7 та 2,3 рази відповідно, у I та III групах його зниження у 1,4 та 1,2 рази відповідно було недостовірним. У всіх групах після проведеного лікування спостерігалася тенденція до зростання співвідношення ІН2/ІН1, на 8,97% у I групі, 21,8% у II групі, 1% у III групі та 6,5% у IV групі. Згідно даних, найбільш виражені зміни вегетативної реактивності відмічалися при застосуванні тіотриазоліну.

Інтегральний показник ПАРС як у спокої, так і при активній ортостатичній пробі змінювався залежно від способу лікування. ПАРС в спокої знизився у II групі на 55,96% і на 58,4% у IV групі, у I та III групах показник ПАРС навпаки зростав на 6,9% і 23,3% відповідно. При проведенні активної ортостатичної проби ПАРС знижувався у I, II та IV групах на 18,4%, 17,5% та 28,3% відповідно, а в III групі – зростав на 8,1%. Слід відзначити, що статистично достовірні зміни рівня були відмічені в II та IV групах у спокої (табл. 6).

В окремих випадках ( $n=8$ ) у хворих, в яких показник ПАРС був низьким і при повторному дослідженні зростав або не змінювався, відновлення функції мімічних м'язів відбувалося повільніше, ніж у тих, у яких показник ПАРС при повторному досліджуванні знижувався.

У всіх обстежених хворих виявлено порушення вегетативної регуляції як при обстеженні за опитувальником Вейна, підрахунком індексу Кердо, так і при дослідженні варіабельності серцевого ритму – методу, що є золотим стандартом діагностики вегетативної дисфункції. Так, за опитувальником Вейна, кількість балів становила  $34,6 \pm 0,41$  (від 27 до 41 балу), що свідчить про розвиток вегетативної дисфункції, та є достовірно вищою у порівнянні із групою контролю –  $14,67 \pm 0,59$ . За вегетативним індексом Кердо, у хворих з НЛН виявлено значне переважання симпатикотонії – у 88,98%, і лише у 2,54% – парасимпатикотонію. У 8,48% обстежених індекс Кердо відповідав межах норми. У дітей контрольної групи

**Таблиця 5** Порівняльна оцінка показників часового аналізу варіабельності серцевого ритму у хворих з невропатією лицевого нерва в процесі лікування, (M±m)

Групи хворих		Амо	RMSSD	ІН1	ІН1/ІН2
Контрольна група		37,67±1,88	43,25±2,91	103,00±8,74	1,89±0,15
I група	до лікування	49,36*±4,73	30,11*±5,10	208,5*±39,13	3,01*±0,43
	після лікування	40,56±3,85	49,22±7,79	147,44±37,93	3,28±0,54
II група	до лікування	49,18*±4,08	29,09*±4,30	210,64*±35,05	2,89*±0,38
	після лікування	37,36**±1,39	45,00**±3,7	123,17**±13,67	3,52**±0,81
III група	до лікування	48,92*±4,39	30,69*±5,59	207,43*±79,48	3,0*±0,54
	після лікування	43,82±3,49	35,71±6,64	179,5±38,57	3,33±0,75
IV група	до лікування	48,78*±3,59	31,33*±3,71	209,38*±20,15	2,91*±0,546
	після лікування	33,90**±1,80	54,6**±6,84	92,60**±12,99	3,1**±0,44

Примітка. \* Зміни достовірні при порівнянні з контролем. \*\* Зміни достовірні при порівнянні з початком лікування

**Таблиця 6** Порівняльна оцінка динаміки показника ПАРС в процесі лікування, (M±m)

Групи	ПАРС	На початку лікування	14-й день лікування
I група	I проба	3,33±0,87	3,56±0,9
	II проба	7,89±0,67*	6,44±1,28
II група	I проба	5,45±0,86*	2,4±0,42**
	II проба	7,64±0,88*	6,3±1,0
III група	I проба	4,0±0,82*	4,93±0,77
	II проба	7,0±0,7*	7,57±0,7
IV група	I проба	4,57±0,63*	1,90±0,49**
	II проба	5,86±0,82*	4,2±0,86

Примітка. \* Зміни достовірні при порівнянні з контролем ( $p \leq 0,05$ ). \*\* Зміни достовірні при порівнянні з початком лікування ( $p \leq 0,05$ )

значення ІК достовірно відрізнялися ( $p < 0,05$ ): у 60% випадків ІК відповідав межах норми, в т.ч. у 40% мав позитивні значення, у 20% – негативні, у 26,7% дітей встановлено симпатикотонію, парасимпатикотонію – у 13,3%.

Ці дані підтверджено і результатами варіабельності серцевого ритму: за даними часових параметрів варіабельності серцевого ритму встановлено достовірне зростання тону симпатичної нервової системи за показником Амо, ( $p < 0,05$ ), зниження тону парасимпатичної нервової системи за показником RMSSD ( $p < 0,05$ ), зростання показника індексу напруження (ІН) ( $p < 0,05$ ), що свідчить про напруження регуляторних механізмів та підвищення реактивності ВНС. Результати спектрального аналізу вказують на надмірну реакцію ВНС на ортостатичну пробу та недостатню активність повільної та надповільної регуляції, що пов'язують із недостатніми впливами надсегментарних відділів симпатичної ланки вегетативної регуляції та вазомоторного центру [14].

Зміни інтегрального показника ПАРС ( $4,38 \pm 0,41$  в спокої та  $6,98 \pm 0,41$  при проведенні ортостатичної проби) також достовірно підтверджують зростання напруження регуляторних систем організму: значення 4-5 відповідають помірному, а 6-7 – вираженому напруженню. Розвиваючись із перших днів захворювання, вказані зміни свідчать про дезадаптацію регуляції функціональних систем організму і можуть бути не лише супутніми ознаками невропатії лицевого нерва, а й фоном для її виникнення.

Дані катамнезу в групах лікування засвідчили наступне. В результаті проведеного лікування була відмічена позитивна клінічна динаміка у всіх обстежених: глибина прозопапарезу зменшувалася, проте ступінь та швидкість відновлення функції м'язів відрізнялися у групах лікування.

У групах хворих, які отримували в комплексному лікуванні тіотриазолін, а також тіотриазолін + нуклео ЦМФ форте, відмічалось порівняно із групою хворих, які отримували стандартну терапію, скорочення середнього перебування у стаціонарі, збільшення кількості пацієнтів, у яких відбувалося повне відновлення функції м'язів за час стаціонарного лікування, зменшення розвитку затяжного перебігу захворювання і формування постневритичних контрактур. У групі хворих, які отримували в комплексній терапії нуклео ЦМФ форте, порівняно з групою стандартної терапії відмічалось зростання кількості пацієнтів, виписаних із одужанням, проте тривалість стаціонарного лікування та кількість випадків із затяжним перебігом та формуванням постневритичної контрактури м'язів істотно не відрізнялася.

У всіх обстежених хворих на 14-й день лікування зменшувалися прояви вегетативної дисфункції, особливо виражено у II та IV групі – на 34,68% ( $22,47 \pm 0,49$ ) та на 34,9% ( $23,15 \pm 0,61$ ), у I та III групах – на 23,1% ( $26,04 \pm 0,77$ ) та 22,14% ( $26,97 \pm 0,73$ ) відповідно ( $p < 0,05$ ).

При повторному найбільш виражені зміни індексу Кердо спостерігалися у пацієнтів, які в комплексному лікуванні отримували тіотриазолін. В цілому достовірними ці зміни були у II та IV групах обстежених.

Динаміка показників ВСР на 14-й день лікування відрізнялася залежно від проведеного лікування: відмічалась тенденція до зниження амплітуди моди та до зростання показника RMSSD у I та III групах, а у II та IV групах – достовірні зниження амплітуди моди (Амо) та зростання показника RMSSD порівняно з даними на початку лікування. Рівень напруження регуляторних механізмів ВНС (ІН<sub>1</sub>) достовірно зменшився у пацієнтів II та IV груп у 1,7 та 2,3 рази відповідно, у I та III групах його зниження у 1,4 та 1,2 рази відповідно було недостовірним. У всіх групах після проведеного лікування спостерігалась тенденція до зростання співвідношення ІН<sub>2</sub>/ІН<sub>1</sub>, що відображає вегетативну реактивність: у I групі на 8,97%, у II групі – на 21,8%, у III групі – на 11% та у IV групі – на 6,5%.

Інтегральний показник ПАРС як у спокої, так і при активній ортостатичній пробі змінювався залежно від способу лікування. ПАРС в спокої знизився у II та IV групах і зростав у I та III групах. При проведенні активної ортостатичної проби зниження ПАРС відмічено у I, II та IV групах, тоді як в III групі він зростав. Слід відзначи-

ти, що статистично достовірного рівня було досягнуто в II та IV групах в стані спокою.

Після проведеного лікування зростання вегетативної реактивності та зниження індексу напруження свідчить про включення саногенних реакцій, що відмічають також інші дослідники [14]. Більш вираженими ці зміни були у II та IV групах хворих.

Зростання вегетативної реактивності та зниження індексу напруження у хворих з невротією лицевого нерва можна розцінювати як прогностично сприятливу ознаку відновлення функції мімічних м'язів.

Окремої уваги заслуговує те, що в усіх випадках зростання ІК (13,6% пацієнтів) невротія лицевого нерва носила затяжний характер. Виходячи з цього, такі зміни можна розглядати як критерій несприятливого прогнозу перебігу невротії лицевого нерва. Про ймовірність такої оцінки свідчить також динаміка цих показників вегетативної регуляції при цереброваскулярній патології, ішемічній хворобі серця [2, 14].

## Висновки

1. У всіх обстежених хворих встановлено розвиток вегетативної дисфункції за результатами використання опитувальника Вейна ( $34,6 \pm 0,41$  бали); за оцінкою змін індексу Кердо у 88,98% випадків виявлена фонова симпатикотонія. Аналіз часових параметрів варіабельності серцевого ритму показав зростання з перших днів захворювання тону симпатичної нервової системи за показником  $A_{\alpha 0}$  ( $p < 0,05$ ), зниження тону парасимпатичної нервової системи за показником  $RMSSD$  ( $p < 0,05$ ), зростання показника індексу напруження (ІН) у 2,03 рази ( $p < 0,05$ ) та відношення  $ІН_2/ІН_1$  у 1,57 рази ( $p < 0,05$ ), що свідчить про напруження регуляторних механізмів і підвищення реактивності ВНС.
2. Включення в схему комплексного лікування невротії лицевого нерва препарату тіотриазоліну підвищує ефективність лікування, що підтверджено клінічно, а також отриманими даними динаміки варіабельності серцевого ритму. При використанні розробленої схеми лікування невротії лицевого нерва з використанням тіотриазоліну встановлено скорочення тривалості стаціонарного лікування з  $19,7 \pm 1,18$  до  $13,45 \pm 0,69$  ліжко-днів ( $p < 0,05$ ) та зростання відсотку повного клінічного відновлення за час стаціонарного лікування по-

рівняно із групою стандартного лікування, зниження частоти розвитку затяжного перебігу захворювання та формування постневритичних контрактур мімічних м'язів.

3. Установлено, що зниження індексу напруження, показника активності регуляторних систем та індексу Кердо у хворих із невротією лицевого нерва в процесі лікування може слугувати прогностично сприятливою ознакою відновлення функції системи «лицевий нерв – мімічні м'язи».

## Список використаної літератури

1. Груша О.Я. Паралич лицевого нерва: топографическое и патогенетическое особенности поражения / О.Я. Груша, Ю.Ф. Иванченко // Вестник офтальмологии. – 2009. – №3. – С. 59-61.
2. Изменение вариабельности сердечного ритма как проявление вегетативной дисфункции у больных с острым инсультом / О.Е. Дубенко, И.А. Ракова, В.В. Кульгейко, О.В. Сараева та ін. // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип.1 (50), дод. – С. 46.
3. Карлов В.А. Неврология лица / Карлов В.А. – М.: Медицина. – 1991. – 288 с.
4. Коротнев В.М. Периферическая вегетативная дисфункция при невротиях лицевого нерва / В.М. Коротнев // Журнал практичного лікаря. – 2005. – №2. – С. 5-7.
5. Лісевич І.І. Вегетативна дисфункція та зміни церебральної гемодинаміки при невротії лицевого нерва у дітей та підлітків / І.І. Лісевич // Медицина XXI століття: науково-практична конференція молодих вчених, 26 листопада 2009 р.: тези доповідей. – Харків, 2009. – С. 69.
6. Лісевич І.І. Ефективність лікування невротії лицевого нерва у дітей та підлітків з урахуванням оцінки стану окисно-відновних процесів / І.І. Лісевич, М.І. Пітик // Міжнародний неврологічний журнал. – 2014. – №2. – С. 13-16.
7. Лісевич І.І. Оцінка вегетативної реактивності при невротії лицевого нерва у дітей та підлітків методом кардіоінтервалографії / І.І. Лісевич // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2011. – спец.вип.2. – С. 147.
8. Неврити лицевого нерва и их связь с вирусами герпеса / Е.П. Деконенко, И.Я. Леонтьева, И.Н. Мартыненко [та ін.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – Т.100, №6. – С.58-59.
9. Невротія лицевого нерва (етіологія, патогенез, клініка, діагностика, комплексне лікування з використанням методів рефлексотерапії): методичні рекомендації / [Н.К. Мурашко, Г.М. Чуприна, Т.П. Парнікоза та ін.]. – Київ, 2012. – 59 с.
10. Петрухин А.С. Неврология детского возраста / Петрухин А.С. – М.: Медицина. – 2004. – 783 с.
11. Пітик М.І. Динаміка показників ендотеліальної функції та маркери гіпоксії при невротії лицевого нерва у дітей в процесі лікування / М.І. Пітик, І.І. Лісевич // Лікарська справа. – 2013. – № 7. – С. 47-51.
12. Пітик М.І. Новий підхід до лікування невротії лицевого нерва у дітей / М.І.Пітик, І.І. Лісевич // Нейроnews. Психоневрологія та нейропсихіатрія. – 2009. – Приложение. – С.76.
13. Чуприна Г.М. Неврит лицевого нерва: сучасні погляди на етіологію, патогенез, лікування / Г.М.Чуприна, Є.Х. Бабич // Лікарська справа. – 1998. – №5. – С. 19-26.
14. Яблучанский Н.И. Вариабельность сердечного ритма / Н.Я. Яблучанский, А.В. Мартиненко. – Харків, 2010. – 131 с.
15. An investigation on prognostic diagnosis and therapeutic effect for peripheral facial nerve palsy / T. Suzuki, K. Suzuki, M.Oohata [and others] // Masui. – 2012. – Vol. 61 (3). – P. 299-306.
16. Bell's palsy in children: relationship between electroneurography findings and prognosis in comparison with adults / S.Baba, K.Kondo, K.Kanaya [and others] // Otol.Neurootol. – 2011. – Vol.32 (9). – P. 1554-8.

Надійшла до редакції 06.03.2015 р.