

УДК: 611.831.7(616-053.5)

**БОЛАЛАРДА ЮЗ НЕРВИ НЕЙРОПАТИЯСИННИГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ
ЎТКАЗИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ АСПЕКТЛАРИ**



Шарафова Инобат Ахмеджановна

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ
НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ**

Шарафова Инобат Ахмеджановна

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

**MODERN ASPECTS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND REHABILITATION OF FACIAL
NERVE NEUROPATHY IN CHILDREN**

Sharafova Inobat Akhmedjanovna

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: elvie111986@mail.ru

Аннотация. Юз мушакларининг парези (прозопарез) болаларда юз нервининг заарарлиниши туфайли периферик асаб тизими касалликлари таркибидаги биринчи ўринни эгаллади ва ўғил ва қиз болалар ўртасида тенг нисбатда 10 минг болага 5-7 кишини ташкил этади. Шунинг учун бу патологияни ўрганилиши долзарб масала деб ҳисобланади. Мақолада болаларда юз нерви тузилишининг анатомик хусусияти батафсил баён этилган бўлиб, болаларда юз нерви заарарланишининг ривожланиши омиллари ва патогенези синчиклаб ўрганилган. Ушибу касалликнинг топик диагностикаси учун фойдаланишида қулай жадвал тақдим этилган. Мақолада ушибу патологиянинг келиб чиқишнининг нафақат марказий, балки периферик заарарланишининг дифференциал ташхислашига ҳам муҳим аҳамият берилади. Мақоланинг яқунида болаларда юз нерви нейропатиясини реабилитациясида замонавий усуслари ҳақида ҳам маълумотлар келтирилган.

Калим сўзлар: юз неврити, болалар, хусусият, фалаж, дифференциал ташхислаш, реабилитация.

Abstract. Paresis of the facial muscles (prosoparesis) due to the defeat of the facial nerve in children takes the first place in the structure of diseases of the peripheral nervous system and is 5-7 people per 10 thousand children, in equal proportions among boys and girls. That is why the study of this pathology is considered very relevant. The article describes in detail the anatomical feature of the structure of the facial nerve in children, scrupulously studied the factors and pathogenesis of the development of facial nerve damage in children. An easy-to-use table of topical diagnostics of this disease is provided. Important importance is given in the article to the differential diagnosis of both the Central lesion and the peripheral Genesis of this pathology. In conclusion, data on modern methods of rehabilitation of facial nerve neuropathy in children are presented.

Keywords: facial neuritis, children, features, structure paralysis, differential diagnosis, rehabilitation.

Болаларда юз нервининг шикастланиши туфайли келиб чиқадиган юз мушаклари парези (прозопарез) периферик асаб тизими касалликлари таркибига кирувчи хасталиклар ичida етакчи ўринни эгаллади. Болаларда юз нервининг нейропатия (ЮНН) частотаси хар 10 минг болага ўртача 5-7 кишини ташкил қилади, бунда ўғил ва қиз болалар ўртасида тенг нисбатда [10].

«Юз нервининг нейропатияси/неврит» атамаси маълум ёки аниқланмаган этиологияга

эга бўлган бошқа шаклларга мурожаат қилиш учун ишлатилади (ВОЗ коди: G51.8- юздаги бошқа нервларнинг шикастланиши ва G51.9-юз нервларнинг ноаниқ этиологияли шикастланиши. Юз нервининг шикастланишида тизза тугунининг яллигланиши (G51.1) ва Мелкерссон-Россолимо синдроми (G51.2) учун ўз кодига эга [6, 7]. Шундай қилиб, Беллнинг идиопатик фалажи бундан истисно ташхис ҳисобланади. Прозопарезнинг бошқа барча этиологик омиллари шу жумладан: травматик, юқумли, туғма,

метаболик, иммунологик, аутоиммун, неопластик бундан мустасно. Юз нервини шикастланишига олиб келадиган бир қатор анатомик хусусиятлар мавжуд: 1) филогенетик жихатдан, асаб энг ёш ва энг заиф краинал нервлардан биридир; 2) асаб толалари тор сүяк каналда мураккаб йўналишга эга бўлиб, диаметри 70%ни эгаллайди; 3) тор сүяк тубида асосий томирлар бирламчи ва иккиламчи ишемияга олиб келадиган томирларга ўхшайди. Сўнгги пайтларда клиницистлар ЮНН полиэтиологик, аммо монопатогенетик касаллик эканлигига ишончлари комил. ЮНН патогенези (ишемик, кон томир, яллигланиш, токсик, иммунитет, вирусли) каби кўплаб назарияларга қарамай, Белл фалажи хозирги вақтда тор фаллопий канал найда компрессия туфайли ишемияланган ва шишган нервларнинг сиқилиши туфайли туннел синдроми деб хисобланади. Юз нервининг компрессияси, яъни сиқилиши учун энг қулай жой унинг пастки қисмида, бу ерда эпиневрал мембрана калин ва қаттик бўлади [11].

Қон томир касалликлари ва асаб ишемиясини ривожланишидаги бевосита қўзгатувчи механизм бўлиб кўйидагилар хизмат қилиши мумкин: гипотермия, инфекция, аутоиммун касалликлар, гормонал ва метаболик касалликлар, оғрик омили. Болаларда ЮНН

1-жадвал. Юз нерви шикастланишининг локализацияси, симптомлари ва прозопарез билан боғлиқ аломатлар.

Шикастланиш жойи	Тилнинг олдинги 2/3 қисмида дисгевзия	Эшитишнинг бузилиши	Кўз ёш чиқишининг бузилиши	Сўлак ажралишининг бузилиши	Кош усти ва корнеал рефлекслар	Бош мия бошқа нервларининг шикастланиши	Спастик гемипарезнинг мавжудлиги
Супрануклеар йўллар	йўқ	йўқ	йўқ	йўқ	кўпинча юкори	тил ости	прозопарез томонда
Мия томиридаги мотор ядроси	йўқ	Гиперакузия бўлиши мумкин	йўқ	йўқ	кучиз	Узоклаштирувчи Мийара-Гюблера ёки Фовилля синдроми	бўлиши мумкин
ЮН нинг кўприк ва ички эшитиш йўлидаги	дисгевзия	Гипакузия анакезия	қуруқлашган	камайган	кучиз	эшитиш, чиқариш, уч шохли, кўприк - мияча йўллари	бўлиши мумкин
Тиззасимон тутун соҳаси	дисгевзия	гиперакузия	қуруқлашган	камайган	кучиз ёки йўқ	йўқ	йўқ
Юз нерви поясидан катта тошсимон нервгача	дисгевзия	гиперакузия	қуруқлашган	камайган	кучиз ёки йўқ	йўқ	йўқ
ЮН танаси катта тошсимон нерв ўтканидан ва узанги нервдан олдин	дисгевзия	гиперакузия	кўз ёш оқиши	камайган	кучиз ёки йўқ	йўқ	йўқ
ЮН танаси узанги нерв ва ногора нерв орасида	дисгевзия	йўқ	кўз ёш оқиши	камайган	кучиз ёки йўқ	йўқ	йўқ
ЮН танаси ногора сатридан дистал қисмида	йўқ	йўқ	кўз ёш оқиши	йўқ	кучиз ёки йўқ	йўқ	йўқ

интенсив ўсиш жараёнлари ва асаб толалари миелинацияси фонида ривожланади, бу кечиши ва прогнозини белгилайди. Бир томондан, болаларнинг ёши ЮН функциясини тикланишида энг қулай пайт хисобланади. Бошқа томондан, холатларнинг 10-20 фоизида уч шохли нерв ва соғлом юз томонининг нервлари хам касалликка жалб килинади, болаларнинг 60 фоизида кўриш қобилияти текширилганда, кўз нервлари бўйлаб харакатланиш икки томонлама бузилиш белгилари аниқланади. Ушбу маълумотлар ЮНН нинг тақрорий ривожланиш хавфини олиб келади ва баъзида ушбу патологияни краинал демеилинация қилувчи полиневропатия ёки тарқалган склероз дебютида клиник жихатдан ажратилган синдром деб хисоблаш мумкин [2, 3]. ЮН шикастланишида клиник аломатлар зарар етказишнинг топографик жойлашиши билан белгиланадиган прозопарез ва унга ҳамроҳ бўлган йўлдош белгиларидан иборат бўлади (жадв. 1).

ЮННнинг кўйидаги даражалари фарқланади:

- 1) Енгил - прозопарез, кўз ёши оқиши;
- 2) Ўрта оғир - прозопарез, дисгевзия, гиперакузия, куруқ кўз, оғрик;
- 3) Оғир- прозоплегия ва бошқа йўлдош симптомлар.

локализацияси, симптомлари ва прозопарез билан боғлиқ аломатлар.

2-жадвал. Прозопарез ривожланишининг даражаси House - Brackmann шкаласи бўйича аниқланади.

Босқичлари	Функция	Изоҳ
1	Норма	Барча шохларнинг нормал функцияси
2	Енгил дисфункция	A. енгил холсизлик, чуқур текширувларда маълум бўлади, кўримсиз синкенезиялар кўриниши мумкин. Б. тинч холатда юз симметрик кўринишда, оддий юз кўриниш. В. Ҳаракат: 1) пешонада: кўримсиз кам ҳаракатлар; 2) кўзда: уринишлар билан қаттик ёпилади; 3) оғизда: енгил асимметрия.
3	Ўрта дисфункция	A. кўринарли, лекин асимметрия юз нуқсонисиз. Кўринмас синкенизиялар аниқланади. Б. Ҳаракат: 1) пешонада: кўримсиз ҳаракатларнинг мавжудлиги; 2) кўзда: ҳаракат билан охиригача ёпилади; 3) оғизда: максимал уринишда енгил кучсизлик.
4	Ўрта-оғир дисфункция	A. кўринарли ёки асимметрия юз нуқсони билан. Б. Ҳаракат: 1) пешонада: йўқ, 2) кўзда: тўлиқ ёпилмайди; 3) оғизда: максимал уринишда асимметрия.
5	Оғир дисфункция	A. Юз мушакларининг кўримсиз ҳаракати. Б. Тинч холатда юзнинг асимметрияси. В. Ҳаракат: 1) пешонада: йўқ, 2) кўзда: тўлиқ ёпилмайди;
6	Тотал паралич	Ҳаракатнинг йўклиги

Симптомларнинг регрессияси, тўлиқ тикланишгача, ижобий ривожланиш 4-6 хафта ичida содир бўлади. Бошқа холларда тузалиш қисман 3-6 ойдан кейин бўлади. Қониқарли натижа қаририб 80% ҳолларда, сезиларли қолдиқ 5-8% ҳолларда кўзатилади. 7-9% ҳолларда рецидив кўзатилади [3, 4].

Кўйидаги жадвалда юз нервларининг шикастланиши ва прозопарезга йўлдош бўлган аломатлар келтирилган (1-жадвал).

ЮНН билан асоратларнинг асосий прогностик белгиларидан бири, бу юз мушаклари фалажининг оғир кечиши ва давомийлигидir. Агар ўз-ўзидан ёки даволаниш натижасида тикланиш тўрт ёки ундан кўп ҳафта ичida бошланмаса ёки у жуда сезиларсиз бўлса, унда контрактура ёки синкенезия ривожланиш эҳтимоли катта 28-37% ни ташкил қиласи [4, 5, 7] (2-жадвал).

Юз мимик мушакларининг контрактураси ЮННнинг триггер босқичидан дастлабки босқичдан клиник белгиларига кўра факат миқдорий жиҳатдан фарқ қиласи. Аммо касалликнинг дастлабки кунларида тез-тез учрайдиган оғриқлардан фарқли улароқ, мушакларнинг ўзи ҳам пальпация пайтида оғрикли бўлади. Бемор кўзига кўринмайдиган айрим мушакларнинг пульсацияланувчи ҳаракатларини, юзнинг таъсирланган ярмида тортилиш ҳиссини сезади [4, 5, 9].

Ушбу холат бармоқни устига қўйиш билан ҳам осонгина аниқланади. Кўпинча контрактура Белл фалажининг тўлиқ тикланмаганлиги туфайли пайдо бўлади. Касалликнинг чуқурлаштирилган холатларида, bemорни текширганда, унинг касал томони эмас, балки соғлом томони фалажланган, деган таассурот пайдо бўлади. Контрактуранинг кўйидаги белгилари аниқланади: кўз ёриғи тораяди; тинч холатда бурунлаб учбуручаги янада аниқроқ кўринади; иягидаги ёки қовоқларида кичик фастикуляр пирпирашлар шаклида ўз-ўзидан пайдо бўлган гиперкинезия кўзатилади. Юз мушакларининг механик кўзғалувчанлиги кескин ошади. Юзнинг жароҳатланган ярмида тортишиш хисси пайдо бўлади, айниқса ҳаяжонда, совуқда, жисмоний, ақлий ва руҳий стресс пайтида кучаяди. Массаж пайтида ёноқ соғлом томонга қараганда қалинроқ эканлиги аниқ сезилади. Контрактурага учраган хар қандай юз мушакларида триггер нуқталарини аниқлаш мумкин. Улар қаттиқлашган бўлиб, босилганда ва тортилганда оғрикли. Мушакларнинг реиннервация жараёнинда яна бир жуда нохуш ҳодиса-патологик синкенезия пайдо бўлиши мумкин: қовоқ-лаб; қовоқ – пешона; қовоқ-платизм; қовоқ-кулок; Гюйе синкенезияси; лаб-палпебрал; пешона-лаб; тимсоҳ кўз ёшларининг аломати. Ушбу феномен патологик мото-висцерал синкенезиянинг яққол намунасиdir [5, 6].

Прозопарезнинг дифференциал диагностикаси. Бир томонлама прозопарез: 1. Беллнинг идиопатик фалажи. 2. ЮНН нинг оиласив шакллари. 3. Мелкерсон-Россолимо-Розенталь синдроми (MPPC): аутосом-доминант тури; 9Р11 генларнинг тўлиқ пенетрацияланмаганлиги билан. Қайталанувчи ЮНН юзнинг, лабларнинг ва тананинг бошқа қисмларининг такрорланадиган характерли шишиши, хейлит ва тилнинг букилиши билан ифодаланади. Прозоплегия бир ёки икки томонлама бўлади; Зааралган томон рецидивдан рецидивга ўтиши мумкин. MPPСнинг тўлиқ бўлмаган турли хил вариандаги беморлар учраши мумкин. Болаларда MPPC ташхиси учун алгоритмдан фойдаланиш таклиф этилади, унга кўйидагилар киради: классик симптомлар мажмуси триадасининг таркибий қисмлари, фациал дисморфия, неврологик етишмовчилик белгилари, вегетатив ва соматик касалликлар, аутоаллергиянинг намоён бўлиши ва гетероген тайёргарлик. 4. Юқумли касалликлар билан зарарланиш: Herpes simplex – бу энг кўп учрайдиган сабаб; боррелиоз, ОИВ инфекцияси; полиомиелит; сифилис ва сил касаллиги; саркоидоз ва бошқа гранулематоз касалликлар. Рамзей-Хант синдроми - оралиқ асаб ганглионинг герпетик шикастланиши (кулокда, оғиз шиллик каватида ўзига хос тошмалар ва оғриқ, баъзан VIII асабни хам ўз ичига олади). 5. Ўрта қулоқ касалликлари: отитлар ва кам ҳолларда ўрта қулоқ ўсмалари, масалан, гломуус ўсмаси. Ушбу касалликлар туфайли ЮННда доимо эшитиш қобилиягининг йўқолиши ва тегишли рентгенологик топилмалар билан келади. 6. Тарқалган склероз, клиник жиҳатдан изоляция қилинган синдром. 7. Дисметаболик касалликлар намоиши мононейропати, полинейропатиянинг ёки кўплаб полиневропатияларда, диабет касаллигига, гипотиреоз, уремия, порфирия, артериал гипертензия ҳолатларида тасвирланади. 8. Жароҳатлар: чакка суяқ пирамидасининг синиши ва кириб борадиган жароҳатлар, ятроген жароҳатлар, туғилишдаги жароҳатлар. Бош мия травмалари БМТ, айникса чакка суяқ пирамидасининг синиши билан, бу кўп ҳолларда юз ва вестибулокохлеар нервларнинг шикастланишига олиб келади. 9. Неопластик ва катта хажмли ўсмалар (хавфли ва хавфсиз): невринома, гемангиома, холестатома, менингиома, метастазлар, сўлак бези ўсмаси, арахноидит киста. 10. Альтернатив синдромлар (бош мия ўқининг ўсимтлари ва томирларининг шикастланишлари билан). 11. Сирингобульбия. 12. Бош мия суклари касалликлари 13. Түфма нуқсон синдромлар: Мебиус синдроми, юрак қонтомир синдроми, мотонейрон касаллиги,

остеопетроз, окулоаурикуловертелбал синдроми [8, 9].

Болаларда мимик мушакларнинг икки томонлама заифлиги. Барча прозопарезларнинг 0,3-2 % да болаларда юз мушакларининг икки томонлама заифлиги бир вақтнинг ўзида ёки кетма-кет ривожланади ва ҳар доим кўйидаги диагностик текширув учун сабаб бўлиб хизмат килади: 1. ўткир яллигланиши демиелинацияланувчи полиневропатия (Гийен - Барре ва Миллер Фишшер варианatlari). 2. Идиопатик краинал полиневропатия. 3. Сурункали яллигланиши демиелинацияланувчи полиневропатия. 4. Мелкерсон-Россолимо-Розенталь синдроми (MPPC). 5. Тарқоқ склероз. 6. Hyperostosis cranialis interna: аутосом-доминант ирсий касаллиги. 7. Краинал нервларнинг юқумли касалликлар билан заарланиши (мононуклеоз, герпетик инфекция, боррелиоз, ОИВ-инфекцияси). 8. Тизимли касалликлар 9. Сирингобульбия 10. Холестеатома 11. Мотонейрон касаллиги. 12. Миастения. 13. Миопатиялар [4, 5].

Юз мушакларнинг рецидивланувчи заифлиги: 1. Юз нервининг идиопатик нейропатияси (шу жумладан наслий). 2. Мелькерссона - Россолимо - Розенталя синдроми. 3. Миастения.

ЮНН нинг терапевтик тактикаси касалликнинг этиологияси ва кечишига боғлиқ: 1) ўткир (10 кунгача, одатда 3-7 соат); 2) эрта тикланиш (10-30 кун); 3) кеч тикланиш (1 ой); 4) қолдик асоратлар даври (6 ойдан ортиқ) - синкенезия, юз мушакларининг заифлиги, контрактура, блефароспазм, тимсоҳ кўз ёшлари синдроми (Фрей синдроми). Ўткир даврдаги терапевтик тадбирларнинг асосий мақсади шишларни қайтариш, микроциркуляцияни ва ремиелинизацияни яхшилашга қаратилган [3, 4, 5].

Беллнинг идиопатик фалажини даволаш ва реабилитацияси. Қоидага кўра, касалликнинг биринчи кунидан бошлаб яллигланишга қарши, оғриксилантирувчи ва дегидратацияланувчи таъсирга эга УВЧ электр майдон қўлланилади, даволаш курси 8-10 муолажалардан иборат ёки нейронга ўхшаш биполяр пулсли оқим билан электростимуляция килинади. Юз мушакларининг парези учун кинезиотерапия реабилитация тамоилларига асосан даволаш (кинезиотерапия), даволовчи жисмоний тарбия ва массаж киради. Прозопарез бошланишининг 3 кунидан массаж буюрилади. Биологик қайталанувчи алоқалар билан машқлар функциялар натижаларнинг яхшиланишига ва синкенезия частотасининг пасайишига олиб келади деган тахминлар ҳам йўқ эмас. Антихолинэстераза препаратларини қўллаш шу

жумладан электрофорез билан бирга 60-75% ҳолатларда юз мимик мушакларининг иккиламчи контрактурасига ва спазморезга олиб келиши мумкин. Кинезиологик терапиянинг танлаш усули мушакларининг постизометрик релаксацияси (МПИР) хисобланади. Ушбу техниканинг моҳияти биринчи 5-7 секундда қисқа муддатли изометрик ишларнинг ўзгариши ва кейинги 6-10 секундда пассив мушаклар кучланишидир.

Адабиётлар:

1. Камилова Р. Т. и др. Сравнительная оценка показателей силовых индексов ведущей руки и спины среди детей Узбекистана, занимающихся различными группами видов спорта //Спортивная медицина: наука и практика. – 2017. – Т. 7. – №. 2. – С. 61-69.
2. Камилова Р. Т. и др. Влияние систематических занятий спортом на функциональное состояние юных спортсменов //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2016. – №. 4.
3. 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).
4. 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.
5. 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.
6. Пітик М.І. Невропатія лицового нерва: особливості патогенезу, діагностики й лікування в дітей та підлітків // Междунар. неврол. журнал. - 2009. - № 1(23). - С. 85-90.
7. De Ru J.A., Braunius W.W., Van Benthem P.P., Busschers W.B., Hordijk G.J. Grading facial nerve function: why a new grading system, the MoReSS,

should be proposed // Otol. Neurotol. - 2006. - 27. - 1030-1036.

8. Gilden D.H. Clinical practice. Bell's Palsy // N. Engl. J. Med. - 2004 Sep. - 23. - 351(13). - 1323-31.
9. Holland N.J., Weiner G.M. Recent developments in Bell's palsy // BMJ. - 2004 Sep. 4. - 329(7465). - 553-7.
10. 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.
11. Seok J.I., Lee D.K., Kim K.J. The usefulness of clinical findings in localizing lesions in Bell's palsy: comparison with MRI // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. - 2008. - 79. - 418-420.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ

Шарафова И.А.

Аннотация. Парез мимической мускулатуры (прозопарез) вследствие поражения лицевого нерва у детей занимает первое место в структуре заболеваний периферической нервной системы и составляет 5–7 человек на 10 тыс. детей, в равной пропорции среди мальчиков и девочек. Именно поэтому изучение данной патологии считается весьма актуальной. В статье подробно описана анатомическая особенность строения лицевого нерва у детей, скрупулезно изучены факторы и патогенез развития поражения лицевого нерва у детей. Приведена удобная в применении таблица топической диагностики данного заболевания. Немаловажное значение придано в статье дифференциальной диагностике как центрального поражения, так и периферического генеза данной патологии. В заключение приведены данные о современных методах реабилитации нейропатии лицевого нерва у детей.

Ключевые слова: лицевой неврит, дети, особенности, паралич, дифференциальная диагностика, реабилитация.