

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА КОМОРБИДНОГО С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Рахматова Д.И.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ **Резюме,**

Целью исследования было оценить клинические и неврологические показатели при развитии контрактур лицевого нерва у больных с соматическими патологиями.

Материалы и методы: В работе авторами проведена оценка клинико-неврологических критерий формирования контрактур лицевого нерва на разных этапах заболевания у больных с коморбидными состояниями, для которой обследованы 50 ($100 \pm 0,0$ %) пациентов с НЛН, из них 22 ($44,0 \pm 7,0$ %) больных с НЛН без соматической патологии, 28 ($56,0 \pm 7,0$ %) пациентов, коморбидных с сахарным диабетом, гипертонической болезнью и рассеянным склерозом. В работе изучен психоэмоциональный фон больных, проведено анкетирование оценки качества жизни. Доказано, клиническое течение невропатии лицевого нерва усугубляется при наличии сопутствующей патологии. Осложнения НЛН с мимическим дефектом лица могут стать основной причиной развития психоэмоциональных изменений и снижения качества жизни пациента.

Ключевые слова: Невропатия лицевого нерва, сахарный диабет, Гипертоническая болезнь, рассеянный склероз, контрактура, патологические синкинезии, психологические тесты тревоги и депрессии, качество жизни.

СОМАТИК ПАТОЛОГИЯЛАР БИЛАН КОМОРБИД БЎЛГАН ЮЗ НЕРВИ НЕВРОПАТИЯСИНИНГ ЎЗИГА ХОС КЛИНИК КЕЧИШИ

Рахматова Д.И.

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ **Резюме,**

Илмий ишнинг мақсади соматик патологияси мавжуд бўлган беморларда юз нерви невропатиясининг контрактураси ривожланишига замин бўлувчи клиник ва неврологик кўрсаткичларни баҳолашдан иборат.

Материал ва методлар: Илмий ишда муаллифлар томонидан коморбид ҳолат мавжуд беморларда юз нерви невропатиясининг (ЮНН) турли босқичларида контрактура ривожланиши, унда кечадиган клиник ва неврологик мезонларни баҳолаш ўрганилган. Шу мақсадда 50 ($100 \pm 0,0$ %) нафар ЮНН мавжуд беморлар, шулардан 22 ($44,0 \pm 7,0$ %) нафарида соматик патологиясиз кечган ЮНН, 28 ($56,0 \pm 7,0$ %) нафар беморда эса қандли диабет, хафақон касаллиги ва тарқоқ склероз ЮНН билан коморбид бўлган ҳолат текширилган. Илмий ишда беморларнинг психоэмоционал ҳолати ва ҳаёт сифатини баҳолаш учун сўровнома ўтказилган. Текширувлар натижасига кўра, юз нерви невропатиясининг клиник кечиши йўлдош патологиялар билан бирга келганда оғирроқ ўтиши, ҳамда юзнинг нуқсонига сабаб бўлувчи ЮННнинг асоратлари беморларнинг психоэмоционал ўзгаришларига ва беморлар ҳаёт сифатининг пасайишига олиб келувчи муҳим омил бўлганлиги кузатилган.

Калит сўзлар: юз нерви невропатияси, қандли диабет, гипертония касаллиги, тарқоқ склероз, контрактура, ҳавотир ва депрессия психологик тестлари, ҳаёт сифати.

FEATURES OF CLINICAL COURSE OF COMORBID FACIAL NERVE NEUROPATHY WITH SOMATIC PATHOLOGY

Rakhmatova D.I.

Bukhara State Medical institute named after Abu Ali Ibn Sina.

✓ **Resume,**

The aim of the study was to evaluate clinical and neurological parameters in the development of facial nerve contractures in patients with somatic pathologies.

Materials and methods: In work authors research evaluated the clinical and neurological criteria for the formation of contractures of the facial nerve at different stages of the disease patients with comorbid conditions for which surveyed 50 (100 ± 0.0 %) of patients with facial palsy, 22 ($44,0 \pm 7,0$ %) patients with facial palsy without somatic pathology, 28 ($56,0 \pm 7,0$ %) patients comorbid with diabetes, hypertension and multiple sclerosis. The paper studied the psycho-emotional background of patients, conducted a questionnaire to assess the quality of life. Proven, the clinical course of facial nerve neuropathy is exacerbated by the presence of comorbidity, and complications of facial palsy, leading to defect of parties may be the main reason for the development of mental and emotional changes and reduce the quality of life of the patient.

Keywords: facial nerve Neuropathy, diabetes mellitus, hypertension, multiple sclerosis, contracture, pathological synkinesia, psychological tests of anxiety and depression, quality of life.

Актуальность

Лицо, являясь основной видимой частью тела, позволяет взаимодействовать с окружающим миром, передаёт чувства и эмоции через выражение. Главной характеристикой мимики является ее целостность и динамичность, что означает координацию всех движений мимических мышц лица, осуществляемый лицевым нервом, патология которого приводит к снижению функции иннервируемых мышц различной степени выраженности [7]. К сожалению, невропатия лицевого нерва занимает ведущее место в структуре всех краниальных моно невропатий [2,4,9]. Независимо от причины поражения лицевого нерва дебют одностороннего прозопареза приходится чаще на трудоспособный, социально активный возраст, когда персональная и общественная требовательность к внешнему виду наиболее важна. [3,10,12]. Асимметрия лица неблагоприятно отражается как на физическом, так и на психоэмоциональном состоянии человека, нередко, вызывая длительное нарушение трудоспособности и существенно снижает качество жизни, а косметический дефект лица формирует тревожно-депрессивный фон пациента [6].

Пик заболеваемости в основном приходится на средний возраст [5]. В 70% случаев течение и прогноз идиопатической НЛН благоприятны. Чаще наблюдаются легкие случаи с полным восстановлением мимических движений лица в течение 2-3 недель, нередко отмечаются средние по тяжести случаи, длящиеся около двух месяцев. [11,13]. Однако у 30% обратившихся восстановление бывает неполным, с формированием контрактур мимических мышц и развитием патологических синкинезий [14]. К факторам, predisposing развитию осложнений НЛН относятся рецидивы невропатий лицевого нерва, сахарный диабет (СД) [1], артериальная гипертензия (АГ), некоторые демиелинизирующие заболевания, возраст больных старше 60 лет [8].

НЛН у пациентов с коморбидным состоянием представляет сложную задачу для практического врача, особенно при лечении их на амбулаторном этапе. Высокая частота и трудность своевременной диагностики НЛН, разнообразие этиологических факторов, ведущих к формированию осложнений НЛН, сложность их восстановления при коморбидных состояниях послужили основанием для поиска новых возможностей оценки клинко-неврологических критериев данного заболевания у соматически ослабленных лиц.

Цель исследования. Оценить клинические и неврологические показатели при развитии контрактур лицевого нерва у больных с соматическими патологиями.

Материал и методы

В исследование включены 50 ($100 \pm 0,0 \%$) пациентов с НЛН, которые были разделены на две группы. В первую группу входили 22 ($44,0 \pm 7,0 \%$) больных с НЛН без соматической патологии, во вторую группу 28 ($56,0 \pm 7,0 \%$) пациентов с НЛН коморбидная с сахарным диабетом, гипертонической болезнью и рассеянным склерозом. Проведена клинко-неврологическая оценка изменений мимических мышц лица; изучен психоэмоциональный фон больных с НЛН с использованием функциональных госпитальных шкал тревоги и депрессии HADS I и HADS II и соматический скрининг. Проведено анкетирование оценки качества жизни по шкале SF-36 (Health Status Survey), которая представляет собой опросник для оценки качества жизни. В опроснике (всего 36 пунктов) сгруппированы 8 разделов, где критериями оценки явились - физическое функционирование, ролевая деятельность, болевой синдром, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьировали от 0 до 100 баллов, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формировали два показателя: душевное и физическое благополучие.

Результат и обсуждения

Были проанализированы заполненные пациентами обеих групп показатели тестов на тревогу и депрессию по госпитальной шкале HADS, где количество баллов по шкале HADS, превышающее 7, свидетельствовали о субклиническом уровне, а превышающее 14 о клиническом уровне тревоги или депрессии. Как видно из таблицы 1, оценка показателей тестов на тревожность и депрессию по госпитальной шкале HADS показала в первой группе тестируемых пациентов субклинически выраженную тревогу и отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии, во второй группе пациентов - отмечалась субклинически выраженная тревога, и клинически выраженная депрессия.

Таблица 1

Оценка уровня тревоги и депрессии по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS у пациентов с НЛН

Госпитальная шкала HADS	1-группа	2-группа		
	НЛН (n = 22)	НЛН + коморбидная патология (n = 28)		
		Рассеянный склероз (n = 5)	Сахарный диабет (n = 12)	Гипертоническая болезнь (n = 11)
HADS - I (уровень тревоги)	9,3	8,2	10,0	11,6
HADS - II (уровень депрессии)	7,1	10,8	12,2	11,9

Примечание: уровень депрессии и тревоги показаны в баллах

Следует отметить, что у пациентов с гипертонической болезнью уровень тревоги был относительно высоким (рисунок 1), чем при НЛН как самостоятельную нозологическую единицу, и НЛН сочетающаяся с рассеянным склерозом и сахарным диабетом. В отношении выявленной психоэмоциональной патологии, в виде депрессии у пациентов с сахарным

диабетом была выявлена клинически выраженная депрессия в отличие от других коморбидных с НЛН состояний, а при НЛН как самостоятельную нозологическую единицу (1-группа) достоверно значимой депрессии у обследованных пациентов не было выявлено (рисунок 2).

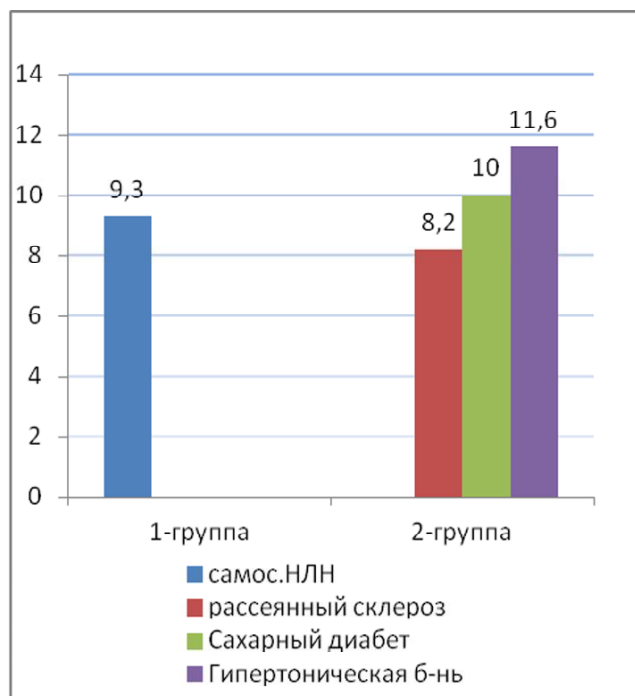


Рисунок 1
Оценка уровня тревоги (HADS I)

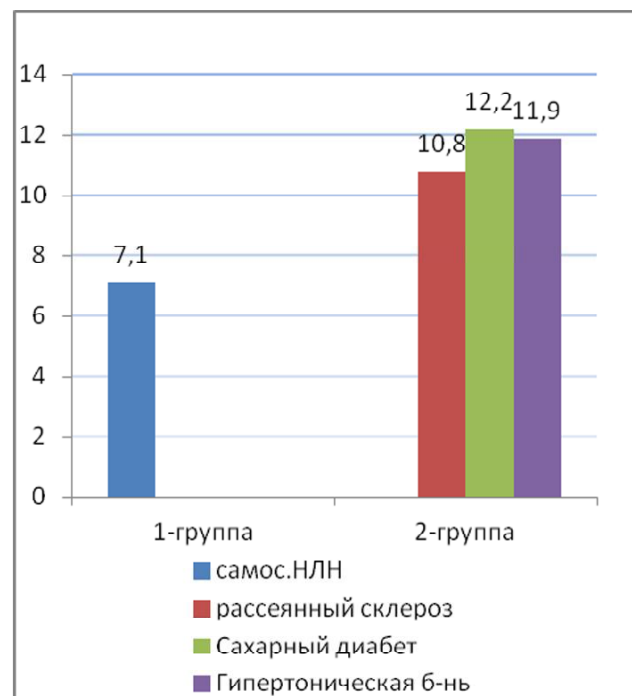


Рисунок 2
Оценка уровня депрессии (HADS II)

При использовании шкалы SF36 качества жизни, в соответствии с методикой проведения данного опросника вопросы были сгруппированы в два показателя: "физический компонент здоровья" (первые че-

тыре шкалы 1 - 4) и "психологический компонент здоровья" (4 - 8 шкалы). Результаты анализа душевного и физического благополучия пациентов обеих групп представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты анализа душевного и физического благополучия у больных с НЛН по шкале SF-36

Шкала SF-36	1-группа	2-группа		
	НЛН (n = 22)	НЛН + коморбидная патология (n = 28)		
		Рассеянный склероз (n = 5)	Сахарный диабет (n = 12)	Гипертоническая болезнь (n = 11)
Физический компонент Здоровья	45,3	37,1	39,3	36,8
Психологический компонент здоровья	52,4	39,2	41,4	40,2

Примечание: качество жизни по признаку душевного и физического благополучия показано в баллах

Из приведенной таблицы видно, что у пациентов с НЛН и коморбидной патологией показатели физического компонента здоровья и психологического компонента здоровья намного ниже, чем у пациентов, которые страдали с НЛН без сопутствующей патологии.

Для выявления факторов, влияющих на результаты оценки физического и психологического компонента здоровья, были проанализированы данные физического благополучия (по шкалам физического функционирования, ролевой деятельности, болевого син-

дрома, общего здоровья), а также данные душевного благополучия (по шкалам жизнеспособности, социального функционирования, эмоционального состо-

яния и психического здоровья). Результаты представлены в таблицах 3, 4.

Таблица 3

Оценка физического благополучия по шкале SF-36 у пациентов с НЛН

ШкалаSF-36	1-группа	2-группа		
	НЛН (n = 22)	НЛН + коморбидная патология (n = 28)		
		Рассеян-ный склероз (n = 5)	Сахарный диабет (n = 12)	Гипертони- ческая болезнь (n = 11)
Физическая активность	72,71	60,17	58,08	61,7
Ролевая деятельность	59,14	42,26	48,15	52,36
Болевой синдром	63,08	69,34	66,24	68,22
Общее здоровье	60,31	57,07	51,53	54,37

Как следует из результатов таблицы3,у пациентов с сопутствующей патологией показатели физического благополучия относительно низкие, чем при НЛН как самостоятельная нозологическая единица, кото-

рые могут повлиять неблагоприятно на показатели выздоровления пациента и формирования осложнений, как контрактур и патологических синкинезий.

Таблица 4

Оценка душевного благополучия по шкале SF-36 у пациентов с НЛН

ШкалаSF-36	1-группа	2-группа		
	НЛН (n = 22)	НЛН + коморбидная патология (n = 28)		
		Рассеянный склероз (n = 5)	Сахарный диабет (n = 12)	Гипертоническая болезнь (n = 11)
Жизнеспособность	64,28	58,44	56,78	61,67
Социальное функционирование	70,04	67,16	68,25	62,36
Эмоциональное состояние	80,48	72,54	70,34	71,12
Психическое здоровье	74,29	69,37	65,13	70,27

В таблице 4 обращает на себя внимание тот факт, что у пациентов параметры жизнеспособности, включающие общий жизненный тонус и умение справляться с бытовыми ситуациями были относительно низкими, чем остальные показатели душевного благополучия. Показатели эмоционального состояния наиболее высокие, чем другие показатели душевного благополучия. Следует отметить что, у пациентов с НЛН, сочетающаяся с коморбидной патологией показатели душевного благополучия относительно низкие, чем при НЛН без сопутствующей патологии, которые также могут повлиять на формирование осложнений НЛН.

Обращает на себя внимание тот факт, что у больных коморбидной с рассеянным склерозом, не отмечалась потеря вкуса и боль за ухом на стороне поражения, часто развивалась лицевая миокимия - постоянные подергивание мышц лица, которые, по-видимому, были связаны с поражением кортиконуклеарных путей. Следует отметить, что в данной группе парез лицевого нерва имел характер ремитирующего течения, при этом у 2 (22,2%) больных наблюдали эпизоды обострения пареза лицевого нерва.

Выводы

1) Осложнения НЛН в виде контрактур и синкинезий могут стать серьезной проблемой развития косметического дефекта у лиц трудоспособного возраста, за которым могут последовать патология психоэмоционального фона в виде клинически выраженной тревоги и депрессии, особенно у лиц коморбидных с соматической патологией.

2) Клиническое течение невропатии лицевого нерва усугубляется при наличии сахарного диабета, гипертонической болезни и рассеянного склероза, что по-видимому, связано с уже имеющимся психоэмоциональным дефектом на фоне соматической патологии у данных больных.

3) Осложнения НЛН приводящие к дефекту лица могут стать основной причиной развития психоэмоциональных изменений и снижения качества жизни пациентов.

4) Изменения психического статуса больных НЛН являются поводом для выбора препаратов с антидепрессантным эффектом в раннем восстановительном периоде, которые блокируют цепочку взаимо-отягивающих факторов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Завалишин И.А., Переседова А.В. Лицевая невропатия. //Рос стомат журн. 1. 2001; 1: 21-5. [Zavalishin I.A., Peresedova A.V. Litsevaуa nevropatiya. //Ros stomat jurnal 2001; 1: 21-5.(In Russ)]
2. Максимова М.Ю., Шаров М.Н., Домашенко М.А., Глебов М.В., Синева Н.А.,Водопьянов Н.П., Суанова Е.Т. Невропатия лицевого нерва. // Фарматека, 2011; 14: 227. [Maksimova M.Yu., Sharov M.N., Domashenko M.A., Glebov M.V., Sineva N.A.,Vodopyanov N.P., Suanova E.T. Nevropatiya litsevogo nerva. // Farmateka, 2011; 14: 227. (In Russ)]
3. Пирадов М.А., Червяков А.В., Савицкая Н.Г., Черникова Л.А., Кремнева Е.И. Новый шаг к персонализированной медицине. Навигационная система транскраниальной магнитной стимуляции NBSEximiaNexstim. // Анналы клинической и экспериментальной неврологии 2012; 3: 37-47. [Piradov M.A., Chervyakov A.V., Savitskaya N.G., Chernikova L.A., Kremneva E.I. Noviy shag k personifitsirovannoy meditsine. Navigatsionnaya sistema transkranialnoy magnitnoy stimulyasii NBS Eximia Nexstim. // Annali klinicheskoy i ekperimentalnoy nevrologii 2012; 3: 37-47. (In Russ)]
4. Суслина З.А., Максимова М.Ю., Синева Н.А. и др. Частная неврология. /Практика, 2012; 345. [Suslina Z.A., Maksimova M.Yu., Sineva N.A. i dr. Chastnaya nevrologiya. /Praktika, 2012; 345. (In Russ)]
5. Яхно Н.Н. Нервные болезни М. Медицина -2005; 465. [Yahno N.N. Nervnie bolezni M. Meditsina -2005; 465. (In Russ)]
6. Aoyagi M. Accuracy of the prognostic diagnosis in acute peripheral facial palsy. Nip J GakkaiKaiho 2005; 108: 1-7.
7. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. Peitersen E. ActaOtolaryngolSuppl. 2002; (549): 4-30.
8. Bell's palsy: a manifestation of prediabetes? Bosco D, Plastino M, Bosco F, Consoli A, Labate A, Pirritano D, Consoli D, Fava A. ActaNeurol Scand. 2011 Jan; 123(1):68-72
9. De Diego-Sastre JI, Prim-Espada MP, Fernandez-Garcia F. The epidemiology of Bell's palsy. RevNeurol. 2005; 41:287-90
10. Garcia R.M., Hadlock T.A., Klebuc M.J. et al. Contemporary solutions for the treatment of facial nerve paralysis // Plast Reconstr Surg. 2015. Vol. 135(6). P. 1025-1046. doi: 10.1097/PRS.0000000000001273.
11. Goroll AH, Mulley AG. Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient. 6th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Williams; 2009.
12. Lee D.H. Clinical efficacy of electroneurography in acute facial paralysis. //J Audiol Otol, 2016; 20: 8-12.
13. Patel D.K., Levin K.H. Bell palsy: Clinical examination and management. //Cleve Clin J Med, 2015; 82(7): 419-26.
14. Zalagh M. Contralateral facial nerve palsy following mandibular second molar removal: is there co-relation or just coincidence? / M. Zalagh // Pan. Afr. Med. J. - 2014; 18: 173.

Поступила 09.06. 2019