

- Литвинова Л.Я. Срединные и боковые кисты и свищи шеи (клиника, диагностика и лечение): Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.04. – М., 1994. – 127 с.
- Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – К.: Червона Рута – Турс, 2002. – Т. 3. – 358 с.
- Насыров В.А. Гигантская боковая киста шеи // Здоровоохранение Киргизии, янв. - февр.– 1989. – Фрунзе. – С. 59-60.
- Неупокоев Н.И., Тельпнер А.М. Клинико-морфологическая характеристика боковых кист и свищей шеи // Клиническая медицина. – 1984. – Т. 62, № 4. – С. 89-92.

### Реферат

#### КЛИНИКО-ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРАНХИОГЕННЫХ КИСТ ШЕИ

Дёмина Е.Ю., Ткаченко П.И.

Ключевые слова: бранхиогенная киста шеи, диагностика, иммуногистохимическое исследование.

В работе изучены особенности клинического течения и локального иммунитета бранхиогенной кисты боковой области шеи методом их морфологической и иммуногистохимической идентификации. Установлено, что характерные особенности структурно-гистохимического строения стенок позволяют установить критерии их дифференциальной диагностики.

### Summary

#### CLINICAL AND IMMUNOGISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF BRANCHIAL CYST OF THE NECK

Demina Ye.Yu., Tkatchenko P.I.

Key words: branchial cyst of the neck, diagnosis, immunogistochemical investigation.

The paper represents the characteristics of clinical course and local immunity of branchial cysts of the lateral area on the neck by means of their morphological and immunogistochemical identification. It has been found out the peculiarities of structural and gistochemical composition of the walls allow to determine the criteria of their differential diagnostics.

### УДК 616.833.17-002

#### ВЕГЕТАТИВНО-СУДИННІ ТА СЕНСОРНО-АЛЬГІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ПЕРИФЕРІЙНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

*Іваницька О.С., Рибалов О.В.*

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*В статті доводиться необхідність комплексного підходу до обстеження хворих із ПУЛН. Автори наводять результати клінічних та електрофізіологічних досліджень, що вказують на значне місце вегетативно-судинних та сенсорно-альгічних розладів, які супроводжують порушення функціонального стану м'язів. Забезпечення ефективного лікування можливо лише за умови його спрямування на всі ланки патологічного процесу.*

Ключові слова: периферійні ураження лицевого нерва, лицеві вегетативно-судинні та сенсорно-альгічні розлади.

Важливою та актуальною проблемою сучасної хірургічної стоматології та неврології продовжує залишатись проблема лікування периферійних уражень лицевого нерва (ПУЛН) як травматичного, так і нетравматичного походження. В сучасних умовах все більше число дослідників схиляються до думки, що набуті периферійні ураження лицевого нерва є найпоширенішим нейростоматологічним захворюванням [1, 2, 3, 4]. Висока частота цих уражень, а також різноманітність та тяжкість їх клінічних проявів можуть бути пояснені досить суттєвими анатомічними та функціональними особливостями лицевого нерва. З'ясування їх має важливе значення не тільки для розуміння етіології та патогенезу ПУЛН, але й для топічної діагностики та визначення оптимальних шляхів їх лікування.

Розглядаючи ці особливості, дослідники, перед усім, звертають увагу на те, що лицевий нерв є змішаним. Головним чином він представлений руховими волокнами, які в основному йдуть до мимічних м'язів, що забезпечує цьому нерву домінуючу роль у здійсненні миміки та мимічного оформлення мовлення, а також його участь у процесі артикуляції [5]. До його складу входять також парасимпатичні секреторні воло-

кна до слинних, слізних, носових та піднебінних залоз, чутливі (смакові) волокна від передніх 2/3 язика та волокна, які проводять чутливі імпульси від обмеженої ділянки шкіри зовнішнього слухового проходу, барабанної перетинки і барабанної порожнини. Значний інтерес викликають роботи, в яких звертається увага на здатність волокон лицевого нерва забезпечувати також глибоку чутливість м'язів обличчя та брати участь в іннервації судин мозку та обличчя [6, 7, 8, 9, 10, 11]. І все ж проблема судинних порушень та розладів чутливості, пов'язаних із ПУЛН, ще не отримала належної розробки та потребує подальшого дослідження.

**Метою нашого дослідження** є оптимізація лікування хворих із ПУЛН в стадії залишкових явищ на основі комплексного підходу до з'ясування особливостей клінічного перебігу захворювання, серед яких значне місце посідають вегетативно-судинні та сенсорно-альгічні порушення.

#### Матеріали та методи дослідження.

В основу нашого дослідження були покладені результати обстеження 82 хворих із порушеннями функцій лицевого нерва периферійного гене-

зу у стадії залишкових явищ. З метою отримання якомога більш точної та повної інформації про тяжкість ураження лицевого нерва здійснювали оцінку вираженості функціональних порушень м'язів лица за Ф.М. Фарбером, вивчення судинних та сенсорних розладів, а також аналіз геодинаміки головного мозку на основі реоенцефалографії (РЕГ), проведеної на апараті „REGINA-2000“ [6].

#### **Результати власних досліджень.**

Всі 82 хворих, що перебували під нашим спостереженням, у якості основної скарги вказували на різного ступеня «слабкість» мимічної мускулатури однієї половини обличчя, в наслідок якої виникали косметичний дефект, нечіткість мовлення та утруднення при вживанні їжі. Крім того, 7 пацієнтів (8,5%) скаржились також на помірне відчуття «стягування» в уражених м'язах, що посилювалось при емоційному напруженні та місцевому переохолодженні. Поряд зі скаргами на рухові порушення 39 хворих (47,6%) звертали увагу на оніміння та відчуття „бігання мурашок“ у ділянці губ та щоки на боці ураження лицевого нерва, 22 пацієнта (26,8%) скаржились на наявність болу на паретичному боці, переважно у ділянці вуха, щоки, за соскоподібним відростком, рідше – потилиці та скроні.

У деяких хворих рухові та чутливі порушення поєднувались з іншими симптомами захворювання, що були обумовлені рівнем переважного ураження лицевого нерва. Так, пацієнти скаржились на слюзотечу, сухість ока, зниження або спотворення смакових відчуттів, порушення слуху.

Враховуючи те, що під нашим спостереженням знаходились хворі з хронічним перебігом ПУЛН, важливе значення для більш точної діагностики та прогнозу розвитку захворювання мало встановлення навіть тих симптомів захворювання, які були усунуті в ході попереднього лікування. Так, переважна більшість (78,2%) пацієнтів із ПУЛН нетравматичного ґенезу звертала увагу на наявність больового синдрому в процесі розвитку захворювання. Як правило, болі передували розвитку розладу функцій мимічних м'язів, але в ряді випадків вони виникали на фоні вже існуючого парезу або паралічу. Частіше болі були постійними, тупими, давлючими, рідше – гострими, стріляючими. Больові відчуття тривали від декількох днів до декількох тижнів або місяців, після чого зникали. Однак, у 22 пацієнтів (26,8%) больовий синдром зберігався і на час нашого обстеження, що можна розглядати як несприятливий прогностичний показник.

У всіх пацієнтів переважаючим симптомом були різного ступеня вираженості порушення функції мимічних м'язів половини лица, що відповідала боку ураження лицевого нерва. У 71 хворого (86,6%) спостерігалась асиметрія обличчя у стані спокою за рахунок більш низького розташування брови, розширення очної щілини, згла-

дженості носо-губної борозни, опущення кута рота на ураженому боці. Ці розлади були особливо помітними при активних рухах м'язів обличчя, які у 63 пацієнтів (76,8%) були значно зменшені, а у решти 8 (9,8%) – майже неможливі. Зовнішній вигляд 7 пацієнтів (8,5%) був характерним для ВКММ: звуження очної щілини, поглиблення носо-губної борозни, наявність синкінезій, найчастіше, повіко-губних та губно-пальпальних на боці ураження лицевого нерва. Обсяг мимічних рухів на ураженій половині обличчя у цих пацієнтів теж був обмежений. У решти хворих спостерігалась як у стані спокою, так і при активних рухах слабкість лише тієї частини мимічних м'язів, які іннервуються крайовою (2 особи (2,4%), виличною (1 особа (1,2%) або щічною (1 особа (1,2%) гілкою лицевого нерва.

На основі візуальної оцінки асиметрії обличчя у стані спокою та за допомогою тестів за шкалою Фарбера нами було встановлено у 25 пацієнтів (30,5%) – помірний, у 49 (59,7%) – виражений, у 8 (9,8%) – тяжкий парез мимічних м'язів лица.

Огляд обличчя хворих виявив у 33 (40,2%) з них ін'єцювання кон'юнктиви, а у 30 (36,6%) також нерівномірність кольору та зниження температури шкірних покривів щоки на боці ураження лицевого нерва, що вказувало на наявність у них вегетативно-судинних порушень. У 39 хворих (47,6%) були відмічені також явища гіпестезії, гіперестезії та парестезії на паретичному боці. У 22 пацієнтів (26,8%) нами була зафіксована болісність при надавлюванні на соскоподібний відросток, защелепну ямку, попереду козелка вуха, при збиранні шкіри обличчя у складку. Крім цього, у 7 хворих (8,5%) при проведенні кінестетичної пальпації обличчя на боці ураження лицевого нерва були виявлені локальні гіпертонуси у вигляді болісних при надавлюванні та розтягненні ущільнень розміром від 2 мм до 1 см, найбільш грубі з яких локалізувались у мускулатурі щоки.

На наявність у пацієнтів із ПУЛН вегетативно-судинних порушень вказували і виявлені під час стоматологічного обстеження набряклість та нерівномірність кольору слизової оболонки порожнини рота на боці прозопарезу у 31 особи (37,8%).

Поділяючи точку зору більшості дослідників про те, що провідною ланкою у патологічному процесі розвитку ПУЛН є порушення кровообігу, ми великого значення надавали дослідженням, спрямованим на їх виявлення, зокрема вивченню церебральної геодинаміки. РЕГ-дослідження, проведені 77 пацієнтам із ПУЛН встановили, що у 21 хворого (27,3%) РЕГ-криві, отримані на F-M відведенні обох півкуль головного мозку, за формою були нормальними або наближались до норми. Варто зауважити, що такий тип РЕГ-кривої переважав у пацієнтів із помірним парезом мимічних м'язів (14 пацієнтів 18,2%).

Гіпертонічний тип РЕГ обох півкуль головного мозку, що проявлявся зниженням амплітуди,

зміною форми хвилі частіше у вигляді „плато“ або розщеплення її, подовженням анакротичної фази, зменшенням вираженості дикротичного зубця і зміщенням його до вершини, було зареєстровано у 18 пацієнтів (23,4%). Крім того, підвищений судинний тонус на боці ураження лицевого нерва спостерігався ще у 16 пацієнтів (20,8%) при нормальному (12 пацієнтів (15,6%) чи гіпотонічному (4 пацієнти (5,2%) на „здоровому“.

У 9 хворих (11,7%) були зафіксовані ознаки двостороннього зниження судинного тону, про що свідчило збільшення амплітуди та загострення вершини РЕГ, скорочення тривалості анакротичної фази, збільшення дикротичного зубця та його зміщення вниз до основи кривої, поглиблення інцизури. Крім того, гіпотонічний тип кривої на „ураженому“ боці спостерігався у 13 пацієнтів (16,9%) при нормальному (8 хворих (10,4%) та гіпертонічному (5 хворих (6,5%) на „здоровому“.

РЕГ-дослідження на О-М відведенні встановили, що отримані таким чином реоенцефалограми 18 хворих (23,4%), відповідали віковій нормі або наближались до неї. Як і у випадку РЕГ-досліджень на F-M відведенні, нормальні або наближені до норми РЕГ-криві були отримані переважно у пацієнтів з помірним парезом мімічних м'язів (14 осіб 18,2%).

Двостороннє підвищення судинного тону було відмічено у 19 хворих (24,7%). Крім того, у 16 пацієнтів (20,8%) ознаки підвищеного судинного тону на паретичному боці поєднувались із но-

рмальним у 12 хворих (16,9%) та зниженим – у 4 осіб (5,2%) на „здоровому“ боці.

Двобічна гіпотонія була характерна для 11 пацієнтів (14,3%). Крім того, з 13 пацієнтів (16,9%), на реограмах яких виявлені ознаки низького судинного тону на боці ураження лицевого нерва, нормотонію на „здоровому“ боці було зафіксовано у 7 пацієнтів (9,1%), а гіпертонічний тип РЕГ спостерігався у 6 пацієнтів (7,8%).

При РЕГ-дослідженнях на F-M та О-М відведеннях окрім ознак, характерних для порушень артеріальної системи кровообігу, у більшості хворих виявлялись також і ознаки порушення венозного кровотоку у вигляді зниження венозного тону та утрудненого венозного відтоку.

При аналізі основних кількісних параметрів реоенцефалограм на обох відведеннях хворих із ПУЛН та показниками норми було виявлено, що різниця між ними за кількістю показників із достовірними відмінностями та рівнем цих відмінностей була тим суттєвішою, чим більш вираженою була у пацієнтів дисфункція м'язів лица. Так, між хворими з помірним прозопапарезом та особами контрольної групи були зафіксовані достовірні відмінності лише за показником РІ. При вираженому парезі м'язів були виявлені достовірні відмінності за такими показниками, як РІ,  $\alpha$ ,  $\alpha/T$ , КА. Різниця між ДКІ та ДСІ на обох відведеннях хоча і відмічалась, але була недостовірною. При тяжкому прозопапарезі наявними були достовірні відмінності за всіма основними РЕГ-показниками (табл. 1).

Таблиця 1

Показники реоенцефалографії пацієнтів із різним ступенем прозопапарезу до лікування

Показник	F-M відведення		О-М відведення	
	„Уражений“ бік	„Здоровий“ бік	„Уражений“ бік	„Здоровий“ бік
Помірний прозопапарез (n=25)				
РІ, Ом	0,131±0,005*	0,139±0,006	0,080±0,002*	0,087±0,004
$\alpha$ , с	0,147±0,007	0,145±0,004	0,159±0,008	0,154±0,006
$\alpha/T$ , %	16,58±0,42	15,62±0,53	17,31±0,44	15,78±0,48
ДКІ, %	54,31±2,53	53,12±2,15	54,35±2,28	53,77±2,13
ДСІ, %	63,53±2,49	62,17±2,18	67,66±2,44	65,27±2,35
КА, %	18,68±1,70		22,08±3,14	
Виразений прозопапарез (n=44)				
РІ, Ом	0,129±0,004*	0,135±0,002	0,079±0,003*	0,085±0,005
$\alpha$ , с	0,158±0,006*	0,147±0,003	0,171±0,007*	0,154±0,008
$\alpha/T$ , %	17,41±0,52*	15,73±0,65	17,65±0,45*	16,21±0,53
ДКІ, %	56,24±2,51	53,42±2,15	56,33±2,21	53,82±2,29
ДСІ, %	67,73±3,38	67,54±2,12	70,16±2,49	67,27±2,85
КА, %	21,25±2,11*		27,23±3,18*	
Тяжкий прозопапарез (n=8)				
РІ, Ом	0,125±0,007*	0,132±0,005	0,071±0,003*	0,084±0,008
$\alpha$ , с	0,175±0,005*	0,169±0,004	0,182±0,003*	0,166±0,007
$\alpha/T$ , %	21,46±1,22*	17,61±1,10	19,53±0,94*	17,18±0,73
ДКІ, %	59,24±2,51*	58,11±2,15	59,35±2,21*	56,82±2,22
ДСІ, %	71,32±2,02*	68,49±2,25	73,39±2,49*	72,27±2,85
КА, %	26,83±1,95*		31,25±2,74*	

Примітка. \* –  $p < 0,05$  між показниками „ураженого“ боку хворих із ПУЛН та показниками норми.

Отже, практично у всіх хворих із ПУЛН на реоенцефалограмах обох досліджуваних басейнів були виявлені ознаки гемодинамічних порушень у системі церебральних судин, особливо на боці прозопопарезу, що, на нашу думку, можуть бути пояснені патологічним процесом у лицевому нерві.

Таким чином, комплексний підхід до обстеження хворих із ПУЛН дозволяє найбільш повно представити клінічну картину цього захворювання, звернути увагу не лише на викликані ним порушення функціонального стану мимічних м'язів, але й встановити різноманітні прояви вегетативно-судинних та сенсорно-альгічних розладів. Лише такий підхід може забезпечити розробку адекватних шляхів лікування цієї недуги.

### Література

1. Грицай Н.М., Кобзиста Н.О. Нейростоматологія. К.: Здоров'я, 2001. 144 с.
2. Завалишин І.А., Переседова А.В. Лицевая невралгия // Российский стоматологический журнал. – 2001. – №1. – С. 21-25.
3. Пузин М.Н., Разинкин О.П., Рушанов М.И. Невропатия лицевого нерва // Журн. невропат. и псих. им. С.С. Корсакова. – 1991. – Т.91, №5. – С.112-115.
4. Чуприна Г.М., Бабич Є.Х. Неврит лицевого нерва: сучасні погляди на етіологію, патогенез, лікування // Лікарська справа. – 1998. – №5. – С. 19-26.
5. Алиферова В.Ф. Патология черепных нервов. – К.: Здоров'я. – 1990. – 192 с.
6. Фарбер М.А., Фарбер Ф.М. Невропатии лицевого нерва. – Алма-Ата: Галым, 1991. – 168 с.
7. Бобин В.В. Лицевой нерв человека и некоторых животных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Харьков, 1966. – 22 с.
8. Изменения чувствительности у больных с невритами лицевого нерва в результате лечения / Ю.В. Кукушкин, А.А. Сальников, А.Н. Качура, О.И. Степанов // Клиническая медицина. – 1985. – №9. – С. 56-59.
9. Лицевые вегетативные и трофические нарушения / В.А. Карлов, И.К. Теблов, О.Н. Савицкая, Л.М. Гринберг, Р.С. Мегдятов // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1979. – Т. LXXIX. – вып. 4. – С.416-420.
10. Неврология лица / Под ред. В.А. Карлова. – М.: Медицина, 1991. – 288 с.
11. Вегетативно-сосудистые расстройства при невралгиях и методы патогенетической терапии / В.С. Лобзин, Н.М. Жулев, В.Д. Косачев и др. // Журн. невропат. и псих. им. С.С. Корсакова. – 1992. – Т. 92, №5. – С.32-35.

### Реферат

#### ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТЫЕ СОСУДИСТЫЕ И СЕНСОРНО-АЛЬГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Иваницкая Е.С., Рыбалов О.В.

**Ключевые слова:** периферические поражения лицевого нерва, лицевые вегетативно-сосудистые и сенсорно-альгические нарушения.

В статье доказывается необходимость комплексного подхода к обследованию пациентов с ПУЛН. Авторы приводят результаты клинических и электрофизиологических исследований, указывающие на значительное место вегетативно-сосудистых и сенсорно-альгических расстройств, которые сопровождают нарушения функционального состояния мимических мышц. Обеспечение эффективного лечения возможно при условии его направленности на все звенья патогенеза.

### Summary

#### VEGETOVASCULAR AND SENSORIALGIC DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC PERIPHERIC IMPAIRMENTS OF FACIAL NERVE.

Ivanitskaya Ye.S., Rybalov O.V.

**Key words:** peripheric impairment of facial nerve, facial vegetovascular and aensorialgic disorders.

The paper emphasis on the necessity of complex approach to the examination of patients with peripheric impairments of facial nerve. The authors represents the findings of clinical and electrophysiological studies pointing out the importance of vegetovascular and sensorialgic disorders associated with impairment of functional condition of mimic muscles. The positive result of therapy is possible on conditions that the therapy directs to all the components of pathogenesis.