

G.V. Lyhatska

Comparative Characteristics of the Clinical and Biochemical Indices in Patients Suffering from Chronic Gastroduodenitis, Ulcer Disease, and Reactive Hepatitis with Osteodeficiency

Summary. During last years it has been discovered, that gastritis, duodenitis, and ulcer disease, often combined with reactive hepatitis, make up about 70 % of the total number of digestive diseases. This leads to metabolic disorders and occurrence of osteoporosis. The aim of the research was to conduct the comparative description of clinical and biochemical indices of the endogenous intoxication in patients with chronic gastroduodenitis, ulcer of duodenum, and nonspecific reactive hepatitis with osteodeficiency. The study involved 67 patients with this pathology. To verify the diagnosis, except the generally accepted clinical-and-laboratory and instrumental examinations, there have been determined indicators of endogenous intoxication by the method N.I. Gabrielian by direct spectrophotometry at a wavelength 254 nm and 280 nm. All the patients' lumbar spine bone mineral density has been using determined by the two-photon X-ray densitometry using the ap-

paratus (Lunar, USA). Osteoporosis has been diagnosed when mineral density indices changed from normal values to more than - 2,5 SD; osteopenia - from - 1 to -2,5 SD. There has been revealed expressive pain, dyspeptic and astenic syndromes, increased bilirubin level, transaminases in serum ($p < 0,05$), and endotoxemia. According to the densitometry indices all patients with chronic gastroduodenitis and ulcer disease in the acute phase with the affected liver have been divided into the following groups: 1 - patients with normal mineral density; 2 - with osteopenia; 3 - with osteoporosis. There have been investigated bone mineral density deviations, which revealed the development of osteoporosis and osteopenia. It has been found out that with the increase in osteodeficiency the indices of endogenous intoxication are more higher, than those in normal bone structure.

Key words: *gastroduodenitis, ulcer disease, liver, osteodeficiency, endogenous intoxication.*

Надійшла 26.06.2013 року.

УДК 616-08+616.85+616.833.17+613.95

Ліскевич І.І.

Оцінка клінічної ефективності лікування невротії лицевого нерва у дітей з використанням середників антиоксидантного та вегетостабілізуючого впливу

Кафедра неврології (зав. каф. – доц. В.А.Гриб) Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Наведені дані про клінічний перебіг невротії лицевого нерва у 122 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні для дітей з органічним ураженням центральної нервової системи, порушенням функції опорно-рухового апарату. Проаналізовано ступінь тяжкості дисфункції лицевого нерва за шкалою House-Brackmann, прояви вегетативних змін за клінічним опитувальником, темпи відновлення функції системи «лицевий нерв – мімічні м'язи». Встановлено, що у дітей, які в комплексному лікуванні отримували тіотриазолін, спостерігалось скорочення термінів стаціонарного лікування, зниження частоти затяжного перебігу захворювання та розвитку контрактури мімічних м'язів.

Ключові слова: *невротія лицевого нерва, клінічний перебіг, шкала House-Brackmann, тіотриазолін.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Проблема підвищення ефективності лікування невротії лицевого нерва у дітей залишається актуальною, оскільки ця патологія є найбільш частою серед гострих уражень черепно-мозкових нервів [1] та посідає перше місце серед захворювань периферичної нервової системи. Невротія лицевого нерва у дітей найчастіше розвивається на фоні переохолодження, загальної інфекції або ж виникає ураження лицевого нерва неуточненого генезу [7, 9, 10]. Провідними ланками патогенезу захворювання є первинна ішемія – набряк – компресія – вторинна ішемія. Наслідком тривалої і вираженої компресії нерва є демієлінізація та вторинна дегенерація нервових волокон [3, 10]. Лікувальна тактика має бути диференційованою залежно від періоду захворювання: гострий, ранній відновлюваний (10-30 днів від початку захворювання), пізній відновлюваний (30 днів – 6 місяців), період стійких резидуальних змін (понад 6 місяців) [8], а також від початку лікування. В гострому періоді терапія спрямована в основному на усунення набряку нерва і, таким чином, його компресії в каналі та включає сечогінні, нестероїдні протизапальні середники та кортикостероїди, препарати, що впливають на судинну ланку запалення та покращують мікроциркуляцію. У комплексній терапії все ширшого застосування набувають лікарські засоби з антиоксидантною дією. Виходячи з цього в схему комплексного терапії невротії лицевого нерва нами було введено вітчизняний

препарат тіотриазолін, який має комплексну протиішемічну, антиоксидантну, імуномодулюючу та протизапальну дію, має виражені саногенні властивості [6]. Комплексний механізм дії зумовлений наявністю в його структурі тіогрупи, що забезпечує відновлення активних форми кисню, блокує їх утворення, інтенсифікує гліколітичні шляхи продукції АТФ, активує лактатдегідрогеназну реакцію, внаслідок якої рівень лактату, що викликає явища набряку і ацидозу, знижується. Препарат широко використовується в кардіології, офтальмології [4, 11, 12]. В неврологічній практиці він знайшов застосування при черепно-мозкових травмах в якості нейропротектора [12]. Таким чином, фармакологічні властивості препарату, зокрема протиішемічна, антиоксидантна, саногенна дії, а також його низька токсичність дозволяють обґрунтувати можливість його застосування в лікуванні невротії лицевого нерва у дітей.

Метою роботи було вивчення клінічної ефективності лікування невротії лицевого нерва з використанням препарату тіотриазоліну.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 122 дітей з гострою невротією 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.

У 55 (45,08%) хворих основною причиною захворювання було переохолодження. У 9 (7,38%) хворих невротія лицевого нерва виникла після перенесеного простудного захворювання або на його тлі, у 3 (2,46%) дітей – після перенесеної ЛОР- чи стоматологічної патології (отиту, гаймориту, пульпіту). У 55 (45,08 %) хворих етіологічний чинник з'ясувати не вдалося.

Всім пацієнтам проведено клініко-неврологічне обстеження із встановленням ступеня дисфункції системи «лицевий нерв – мімічні м'язи» за шкалою House-Brackmann, обстеження функції вегетативної нервової системи з використанням «Опитувальника для виявлення ознак вегетативних змін» [2], розрахунку індексу Кердо (ІК) та стандартні обстеження, передбачені Додатком до Наказу МОЗ №502 від 28.12.2002 «Тимчасові нормативи надання медичної допомоги» за напрямком дитяча неврологія та Додатком до Наказу МОЗ №226 від 27.07.1998.

Таблиця 1. Результати виявлення ознак вегетативних порушень у хворих з невродатією лицевого нерва

| Суб'єктивні ознаки | Ступінь дисфункції ЛН за шкалою House-Brackmann | | |
|--|---|--------------|-------------|
| | III (n=12) | IV (n=97) | V (n=13) |
| Поблідіння/почервоніння при хвилюванні | 5 | 45 | 7 |
| Онїміння або похолодання пальців кистей, стоп | 9 | 85 | 11 |
| Зміна кольору (блідість, почервоніння, синюшність) пальців кистей, стоп | 9 | 75 | 11 |
| Гіпергідроз | 9 | 76 | 11 |
| Відчуття серцебиття, «завмирання», «зупинки серця» | | 33 | 7 |
| Відчуття затрудненого дихання: відчуття нестачі повітря, почастішання дихання | | 3 | |
| Порушення функції шлунково-кишкового тракту: схильність до закріпів, проносів, метеоризм, болі | 9 | 85 | 11 |
| Синкопе/ліпотимічні стани | | 3 | 4 |
| Приступоподібні головні болі | | 40 | 7 |
| Зниження працездатності, швидка втомлюваність | 3 | 80 | 4 |
| Порушення сну | 9 | 76 | 11 |

За тяжкістю ураження системи «лицевий нерв – мімічні м'язи» у 12 (9,8%) дітей мала місце помірна дисфункція лицевого нерва – III ступінь за шкалою House-Brackmann, у 97 (79,5%) дітей – дисфункція середньої тяжкості – IV ступінь за шкалою House-Brackmann, у 13 (10,7%) дітей – тяжка дисфункція – V ступінь за шкалою House-Brackmann.

Окрім асиметрії обличчя, 7 хворих (5,74%) скаржилися на біль у вусі чи привушній ділянці, 2 (1,64%) – на набряк половини обличчя до появи асиметрії, 13 (10,7%) – на порушення смаку, 1 (0,82%) – на посипування повіки на ураженій стороні, стільки ж на порушення смаку в поєднанні з посипуванням повіки, ще 1 (0,82%) – на порушення смаку, слуху та посипування повіки.

Окрім прозопапарезу, за додатковими симптомами було визначено рівень ураження лицевого нерва: у 107 (87,7%) хворих відмічалось ураження лицевого нерва на виході з каналу, що відповідає даним літератури [3, 5], оскільки в нижньому відділі каналу, де на рівні шиლოსкоподібного отвору найбільш потовщений та еластичний епіневрій, умови для компресії особливо сприятливі; у 15 (12,3%) дітей – внутрішньоканальне ураження, в тому числі у 14 (11,48%) з них – до відходження барабанної струни та у 1 (0,82%) – до відходження стремінного нерва.

За способом лікуванням хворі були розподілені на 4 групи. 30 хворих I групи отримували традиційне лікування, яке згідно з Додатком до Наказу МОЗ №502 від 28.12.2002 «Тимчасові нормативи надання медичної допомоги» за напрямком дитяча неврологія, включає протизапальну, дегідратаційну, десенсибілізуючу, вітамінотерапію, біостимулятори, транквілізатори, анальгетики, ЛФК, масаж, фізіотерапевтичні методики. Схеми лікування включали дексаметазон у формі дом'язових ін'єкцій з розрахунку 0,5 мг/кг/добу протягом 5 днів, діакарб та аспаркам всередину протягом 5 днів, нікотинову кислоту та актовегін протягом 10 днів дом'язово з 6-го дня, нейровітан всередину з 10-го дня, нейромідин всередину з 14-го дня, УВЧ на заушну ділянку з 1-го по 5-й день, фонофорез з гідрокортизоновою маззю з 6-го по 15-й день, масаж м'язів обличчя з 14-го дня, ЛФК. 31 хворий II групи отримували традиційну терапію та вітчизняний препарат тіотриазолін у формі 2,5% розчину внутрішньом'язово протягом 10 днів, по 1 мл дітям віком до 11 років та по 2 мл дітям віком 12-17 років, з 11 по 28 день – перорально по 5 таблеток двічі на день дітям віком до 11 років та по 1 таблетці двічі на день дітям віком 12-17 років. 31 хворий III групи отримували традиційну терапію та нуклео ЦМФ форте перорально по 1 капсулі двічі на добу протягом 20 днів, 30 хворих IV групи в комплексному лікуванні отримували препарати тіотриазолін та нуклео ЦМФ форте.

Результати дослідження та їх обговорення

У всіх обстежених згідно з використаним опитувальником оцінка вегетативних змін показала наступне: кількість балів коливалася від 27 до 41 балу, середнє значення становило

Таблиця 2. Динаміка вегетативних порушень у процесі лікування

| Бал за «Опитувальником...» | Групи лікування | | | |
|----------------------------|------------------|-------------------|------------------|-----------------|
| | I | II | III | IV |
| До лікування | 33,86±0,89 | 34,40±0,73 | 34,62±0,94 | 35,56±0,64 |
| Після лікування | 26,04±0,77*/**/∆ | 22,47±0,49*/**/## | 26,97±0,73*/##/∧ | 23,15±0,61*/^/∆ |

Примітка: * - $p \leq 0,05$ при порівнянні даних до та після лікування; ** - $p \leq 0,05$ при порівнянні I та II групи після лікування; # - $p \leq 0,05$ при порівнянні II та III групи після лікування; ^ - $p \leq 0,05$ при порівнянні III та IV групи після лікування; ∆ - $p \leq 0,05$ при порівнянні I та IV групи після лікування

до 34,6±0,41, що на 38,4% вище від нормативного значення та свідчить про розвиток вегетативної дисфункції. Характер та частота скарг вегетативного спектру представлені у таблиці 1.

За «Опитувальником для виявлення ознак вегетативних змін» у всіх обстежених на 10-й день лікування зменшувалися прояви вегетативної дисфункції, проте мали місце відмінності у групах лікування: у I групі кількість балів зменшилася на 23,1% і становила 26,04±0,77, у II групі – на 34,68% і складала 22,47±0,49, у III групі – на 22,14%, становила 26,97±0,73, у IV групі – на 34,9% та становила 23,15±0,61 (табл. 2).

За оцінкою вегетативного ІК у 88,98% хворих з невродатією лицевого нерва встановлено симпатикотонію, у 2,54% – парасимпатикотонію. У 8,48% обстежених ІК відповідав межах норми, в тому числі у 1,69% випадків мав позитивні значення, а в 6,79% – негативні значення, що можна розцінювати як ейтонію зі схильністю до симпатикотонії та ейтонію зі схильністю до ваготонії відповідно.

Також при повторному обстеженні у більшості обстежених знижувався ІК, проте лише у 12,7% випадків він досягав нормативних значень. Так, у I групі у 86,7% пацієнтів ІК знижувався як при симпатикотонії, так і у 1 із випадків парасимпатикотонії, у 3,3% ІК знижувався до норми. У 10% пацієнтів ІК зростав, в тому числі у 6,7% – зростала симпатикотонія, у 3,3% – парасимпатикотонія. У всіх пацієнтів II групи ІК знижувався, з них – у 13,3% випадків досягав нормативних значень, 76,7% знижувався рівень симпатикотонії, у 6,7% рівень ІК знижувався, залишаючись у межах ейтонії з тенденцією до парасимпатикотонії, у 3,3% – у межах ейтонії з тенденцією до симпатикотонії. У III групі ІК знижувався у 62,1% пацієнтів, зростав у 37,9% випадків, в тому числі у 27,6% зростав рівень симпатикотонії, у 6,9% – парасимпатикотонії, у 3,4% ІК зростав, проте залишався в межах ейтонії зі схильністю до парасимпатикотонії. У IV групі ІК знижувався у 93,1% пацієнтів, з них у 51,7% знижувався рівень симпатикотонії, у 34,5% досягав нормативних значень, у 6,9% ІК знижувався, залишаючись в межах ейтонії зі схильністю до парасимпатикотонії. У 6,9% пацієнтів ІК зростав, з них у 3,45% зростала симпатикотонія, у 3,45% – ІК зростав, проте залишався в межах ейтонії зі схильністю до парасимпатикотонії. В цілому, зниження ІК було достовірним у II та IV групах обстежених.

Глибина прозопапарезу в результаті проведеного лікування зменшувалася у всіх обстежених, проте ступінь та швидкість відновлення функції мімічних м'язів відрізнялася у групах лікування. У таблиці 3 наведені основні результати лікування у групах порівняння.

У I групі середній термін стаціонарного лікування становив 19,7±1,18 днів. 40% хворих були виписані з одужанням. У 60% хворих з неповним одужанням була зроблена перерва у стаціонарному лікуванні тривалістю 2 тижні. Серед них у 72,2% хворих ступінь дисфункції мімічних м'язів за шкалою House-Brackmann на момент виписки відповідав II ступеню, у 16,7% – III ступеню, у 11,1% – IV ступеню. При контрольному огляді через 2 тижні констатовано повне відновлення функції мімічних м'язів ще у 43,3% хворих I групи. У 16,6% пацієнтів цієї групи перебіг захворювання набув затяжного

Таблиця 3. Порівняльна оцінка клінічної ефективності лікування невротії лицевого нерва у групах досліджуваних хворих

| | Групи лікування | | | |
|---|-----------------|------------|------------|------------|
| | I | II | III | IV |
| Тривалість стаціонарного лікування | 19,7±1,18 | 13,45±0,69 | 20,77±1,15 | 14,40±1,03 |
| Повне одужання за час стаціонарного лікування | 40% | 61,3% | 48,4% | 63,3% |
| Затяжний перебіг захворювання | 16,6% | - | 19,35% | 3,4% |
| Постневритична контрактура | 6,6% | - | 6,45% | - |

характеру, було проведено повторні курси лікування. Надалі у 6,6% хворих сформувалася постневритична контрактура мімічних м'язів.

У II групі середній термін стаціонарного лікування склав 13,45±0,69 днів. 61,3% хворих були виписані з одужанням, у 38,7% випадків стаціонарне лікування було припинене для перерви тривалістю 2 тижні, ступінь дисфункції мімічних м'язів за шкалою House-Brackmann на момент виписки відповідав II ступеню. На контрольному огляді після вказаного терміну перерви встановлено повне відновлення функції мімічних м'язів у всіх хворих.

У III групі середній термін стаціонарного лікування становив 20,77±1,15 днів. 48,4% хворих були виписані з одужанням, у 51,6% випадків стаціонарне лікування було припинене для перерви. Серед хворих, виписаних для перерви в лікуванні, у 56,3% ступінь дисфункції мімічних м'язів на момент виписки відповідав II ступеню за шкалою House-Brackmann, у 31,3% – III ступеню, у 12,5% – IV ступеню. Серед виписаних з покращенням у 37,5% хворих функція мімічних м'язів відновилася повністю через 2 тижні після виписки, у 25% – через місяць. У 19,35% пацієнтів цієї групи перебіг захворювання набув затяжного характеру, було проведено повторні курси лікування. Надалі у 6,45% хворих сформувалася постневритична контрактура мімічних м'язів.

У IV групі 63,3% хворих були виписані з одужанням, у 36,7% випадків стаціонарне лікування було припинене для перерви, ступінь дисфункції мімічних м'язів на момент виписки відповідав II ступеню за шкалою House-Brackmann. Середній термін стаціонарного лікування в цій групі становив 14,40±1,03 днів. У 20% хворих функція мімічних м'язів відновилася повністю через 2 тижні після виписки, у 13,3% – через місяць. У 1 пацієнта цієї групи (3,4%) перебіг захворювання набув затяжного характеру, було проведено повторний курс лікування, після якого функція мімічних м'язів відновилася повністю.

Висновки

Включення в комплексне лікування невротії лицевого нерва препарату тиотриазоліну дозволяє підвищити ефективність лікування, що виявляється як у зменшенні глибини ураження системи «лицевий нерв – мімічні м'язи», так і в активації саногенних процесів, нормалізації її вегетативної регуляції.

Перспектива подальших досліджень полягає у поглибленому дослідженні ролі порушень вегетативної регуляції в механізмах дисфункції системи «лицевий нерв – мімічні м'язи».

Література

1. Bell's palsy treatment with acyclovir and prednisone compared with prednisone alone: a double-blind, randomized, controlled trial / Adour K.K., Ruboyanians J.M., Von Doersten P.G., Byl F.M., Trent C.S., Quesenberry CP Jr [et al.] // *Ann Otol Rhinol Laryngol.* – May 1996. – №105(5). – p. 71-8.

2. Вегетативные расстройства / Под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицина, 1998. – 740 с.

3. Губенко В.П. Диференційоване застосування електростимуляції в комплексному лікуванні хворих на невротію лицевого нерва / В.П. Губенко // Український бальнеологічний журнал – 2004. – №1. – С.22-26.

4. Дзюба О.М. Церебропротекторна ефективність тиотриазоліну в комбінації з ацелізіном при ішемічному інсульті / О.М. Дзюба, О.Ю. Бирик // Інформ. листок про нововведення в системі охорони здоров'я №35. – Луганський центр науково-практичної та економічної інформації – 2000. – 4 с.

5. Карлов В.А. Неврология лица / В.А. Карлов – М.: Медицина.–1991.–288 с.

6. Козловский В.И. Новый цитопротектор тиотриазолин / В.И. Козловский, Н.Ю. Коневалова, С.П. Козловская // Вестник фармации. – №4(38). – 2007. – С.55-58.

7. Линьков В.И. Травматические и нетравматические заболевания лицевого нерва – современное состояние проблемы / В.И. Линьков, И.В. Пошивалов // Российская оториноларингология. – 2009. – №3(40). – С.113-139

8. Лобзин В.С. Факторы развития невротий и невритов лицевого нерва / В.С. Лобзин, Н.Д. Цацкина, Т.Г. Сидорова // Современ. медицина. 1988. -№2. - С. 19-23.

9. Петрухин А.С. Неврология детского возраста / А.С. Петрухин – М.: Медицина. – 2004. – 783 с.

10. Пітик М.І. Невротія лицевого нерва: особливості патогенезу, діагностики і лікування у дітей та підлітків / М.І.Пітик, І.І. Ліскевич // Міжнародний неврологічний журнал. – 2009. – №1 (23). – С. 85-90.

11. Пітик М.І. Використання тиотриазоліну в лікуванні дітей та підлітків, хворих на епілепсію / М.І. Пітик, Д.Ю. Дельва // Галицький лікарський вісник. – 2007. –Т.14, №3. – С. 56-59.

12. Результаты клинического применения антиоксиданта тиотриазолин в комплексном лечении больных с тяжелой черепно-мозговой травмой / Л.А. Дзяк, Н.А.Зорин, Е.А. Анин, Д.А. Середа [и др.] // «Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки і практики»: Зб. наук. ст. – Запоріжжя, 2002. – Вип.8. – С. 146-152.

Ліскевич І.І.

Оценка клинической эффективности лечения невротии лицевого нерва у детей с использованием средств антиоксидантного и вегетостабилизирующего влияния

Резюме. Приведенные данные о клиническом течении невротии лицевого нерва в 122 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении для детей с органическим поражением центральной нервной системы, нарушением функции опорно-двигательного аппарата. Проанализирована степень тяжести дисфункции лицевого нерва по шкале House-Brackmann, проявления вегетативных изменений по клиническому вопроснику, темпы восстановления функции системы «лицевой нерв - мимические мышцы». Установлено, что у детей, которые в комплексном лечении получали тиотриазолин, отмечалось сокращение сроков стационарного лечения, снижение частоты затяжного течения заболевания и развития контрактуры мимических мышц.

Ключевые слова: невротия лицевого нерва, клиническое течение, шкала House-Brackmann, тиотриазолин.

I.I. Liskevych

Evaluation of Clinical Efficacy of Facial Nerve Neuropathy Treatment in Children Using the Antioxidant and Vegetal Stabilizing Influence

Summary. The data on the clinical course of the facial nerve neuropathy in 122 patients, who were hospitalized in the department for children with organic lesions of the central nervous system and dysfunction of the musculoskeletal system are provided. There has been analyzed the severity degree of the facial nerve dysfunction according to the House-Brackmann scale, manifestations of autonomic changes according to the clinical survey, the rate of the recovery of function "facial nerve - facial muscles" system. It has been found out that children, who received thiotriazolin, had shorter period of hospitalization, lower frequency of protracted course of disease and the development of facial muscle contraction.

Keywords: facial nerve neuropathy, clinical course, the scale of House-Brackmann, thiotriazolin.

Надійшла 10.06.2013 року.