



УКРАЇНА

(19) UA (11) 78490 (13) C2  
(51) МПК (2006)  
A61B 5/01  
A61K 31/573 (2007.01)  
A61P 21/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВІНАХІД

### (54) СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ЛИЦЬОВОГО ПАРАЛІЧУ

1

(21) 2002118971  
(22) 12.11.2002  
(24) 10.04.2007  
(46) 10.04.2007, Бюл. № 4, 2007 р.  
(72) Курако Юрій Львович, Горанський Юрій Іванович, Стоянов Олександр Миколайович, Варбанець Олена Іванівна  
(73) Одеський державний медичний університет  
(56) Компендиум 2000/2001 - лекарственные препараты / Под ред. В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. - К.: МОРИОН, 2000. - Л-236.  
Карлов В.А. Неврология лица. - М.: Медицина., 1991. - С. 74-76.  
(57) 1. Спосіб прогнозування лицьового паралічу шляхом термометрії, який **відрізняється** тим, що вимірюють різницю шкірної температури у симетричних точках мімічних м'язів і при відсутності термоасиметрії або коли різниця температур дорі-

2

вноє 0,6 °С, або при появі вогнищ посиленого інфрачервоного випромінювання на боці ураження з поширенням їх у динаміці та підвищенням температури на 1,0 °С і більше визначають прогностичне сприятливе (термопозитивне) відновлення рухового дефекту; при термоасиметрії більш 0,6 °С з тотальною або стійкою гіпотермією з ураженого боку обличчя визначають прогностичне несприятливе (термонегативне) відновлення рухових функцій лицьового нерва.

2. Спосіб лікування лицьового паралічу шляхом застосування протизапальної медикаментозної терапії, який **відрізняється** тим, що додатково при термонегативному відновленні рухового дефекту в осередки виходу нерва із стиломастоїдального отвору або гусачої лапки вводять 1-2 мл дипростану 1 раз в 10 днів до клінічного поліпшення або відновлення функції лицьового нерва.

Винахід відноситься до медицини, зокрема до неврології. Відомий спосіб тепловізійної діагностики невротії лицьового нерва шляхом вимірювання різниці шкірної температури в симетричних точках мімічних м'язів [1].

Недоліком способу є неможливість прогнозувати вихід хвороби у вигляді відновлення рухового дефекта на боці ураження, що необхідно для вибору тактики лікування; не враховується термографічний ступінь тяжкості захворювання, ефективність лікування.

Найбільше близьким до запропонованого технічного рішення є спосіб лікування невротії лицьового нерва шляхом прийому стероїдних гормонів в гострому періоді до 1200 мг в преднізолоновому еквіваленті [2].

Вадою цього способу є вживання великих доз стероїдних гормонів, можливість розвитку синдрому відміни - гострої надниркової недостатності, протипоказання до стероїдної терапії, крім того при внутрішньовенному введенні препарату здійснюється загальний вплив на організм, який викликає побічні явища та загострення хвороби, для

запобігання котрих необхідно на протязі всього лікування стежити за деякими параклінічними показниками та проводити корегуючу терапію.

В основу винаходу поставлена задача підвищення ефективності лікування лицьового паралічу з урахуванням прогноза шляхом визначення термоасиметрії або термопозитивної тепловізійної картини, та, в залежності від цього, призначення адекватного медикаментозного лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно винаходу в перші дні невротії лицьового нерва вимірюють різницю шкірної температури у симетричних точках мімічних м'язів і при відсутності термоасиметрії, або коли різниця температур дорівнює 0,6°С, появі вогнищ посиленого інфрачервоного випромінювання на боці ураження з поширенням їх у динаміці та підвищенням температури на 1,0°С і більше визначають прогностичне благоприємне (термопозитивне) відновлення рухового дефекта; при термоасиметрії більш 0,6°С з тотальною або стійкою гіпотермією з ураженого боку обличчя констатують прогностичне неблагоприємне (термонегативне) відновлення рухових функцій

(13) C2

(11) 78490

(19) UA

лицьового нерва, а також тим що при термонегативному відновленні рухового дефекту вводять діпроспан в осередки вихода нерва з стіломастоїдального отвору або гусячої лапки, причому при термоасиметрії 0,6-0,8°C ін'єкцію проводять 1 раз в 10 днів, а третє та четверте введення препарату 1 раз у 2 неділі, крім того при термоасиметрії понад 0,8°C вводять 2 мл препарату 1 раз в 10 днів.

Приклади конкретного виконання способу.

Хворий С., 38 років. Діагностовано гострий неврит лицьового нерва з правого боку. На термограмі обличчя, де клінічно спостерігався парез мимічних м'язів інфрачервоне випромінювання (ІВ) було знижено на 0,6°C, на другий день лікування (дегідротуючими, десенсибілізуючими, вегетотропними препаратами, антиоксидантами, засобами, які полегшують мікроциркуляцію та інш.) відмічено появу осередка посилення температури в зоні правої носо-губної складки (термоасиметрія склала 0,4°C).

Хворий продовжував лікування без застосування глюкокортикоїдів. На п'яту добу ІВ шкіри на боці ураження було вище на 0,2°C в порівнянні з лівим боком, у подальшому температура підвищилася до 0,6°C. Повне відновлення функції мимічних м'язів відмічено на 12 добу лікування.

Хвора А., 53 роки. Діагноз: Невропатія лицьового нерва з лівого боку. Клінічно - гостро розвинутий грубий парез лицьової мускулатури з боку ураження. При надходженні до стаціонару була зареєстровано тотальна гіпотермія зліва на 0,8°C. Поряд з традиційною терапією в осередок стіломастоїдального отвору глибоко було введено 1 мл діпроспана, потім ще 1 мл - на 10 день, наступні п'ять ін'єкцій 1 раз у 10 днів. На протязі першої декади зберігалася стійка термоасиметрія, після

третьої ін'єкції різниця температур склала 0,4°C, на 15 добу в м'язах лобу та орбіти з'явилася рухова активність. Повне відновлювання функції лицьової мускулатури відбулося на 45 день лікування, термоасиметрія була відсутня.

В 32 спостереженнях з суттєвим відновлюванням рухового дефекта тепловізія картина починала змінюватися за 3-6 днів до появи рухів мимічних м'язів, гіпотермію на боці паралічу змінювали зони підвищеної температури, які співпадали з топографією м'язів, в котрих потім з'являлась моторна функція. Чим вище ІВ, тим скоріше відбувалось відновлення. Після виписки у 41,7% хворих температура на боці ураження повністю нормалізувалась, у 33,3% - залишалась навіть підвищеною на 0,4-0,9°C (в середньому  $0,85 \pm 0,06^\circ\text{C}$ ). У випадках, коли не відбувалось клінічного відновлювання рухових функцій залишалось стійке зниження температури шкіри на боці ураження.

Таким чином, у порівнянні з прототипом заявлений спосіб дозволяє визначити термонегативний і термопозитивний прогноз подальшого перебігу гострого періоду лицьового паралічу, провести адекватне лікування, при якому значно знижено, або відсутнє дозування глюкокортикоїдів, відсутні загальні і побічні їх ефекти за рахунок місцевого введення діпроспана, зберігається анальгетична і антинабрякова дії, знімається рефлекторний ангіоспазм, а легке всмоктування препарату прискорює ці ефекти, при цьому пролонгована дія препарату знижує травматизацію тканин при ін'єкції.

Джерела інформації:

1. Карлов В.А. Неврология лица. - М.: Медицина, 1991. - С. 74-76.
2. Яковлев Н.А., Слюсарь Т.А. Невропатия лицевого нерва. - М., 1995. - С. 54.