

УДК 616.85+616.833.17+618.2

DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.20.6.2024.1105>Шпак І.В.¹ , Железов Д.М.¹ , Ворохта Ю.М.² ¹Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна²Медичний інститут, Чорноморський національний університет імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

Випадок рецидиву нейропатії лівого лицевого нерва під час вагітності

For citation: International Neurological Journal (Ukraine).2024;20(6):292-296. doi: 10.22141/2224-0713.20.6.2024.1105

Резюме. Проведений аналіз особливостей розвитку гострої нейропатії лицевого нерва під час вагітності. Наведено клінічний випадок рецидиву нейропатії лівого лицевого нерва під час вагітності з повним регресом симптоматики після терапії. Рецидив паралічу Белла виник у вагітної 35 років. Поточна вагітність третя, під час другої вагітності у третьому триместрі виник легкий лівобічний прозопарез (I ст. за Хаусом — Бракманом). Одержувала терапію кортикостероїдами (преднізолон перорально), пологи у термін, повний регрес парезу після лікування. Паритет між вагітностями становив 2 роки. Під час поточної вагітності у терміні 37 тижнів виник виражений лівобічний прозопарез (IV ст. за Хаусом — Бракманом). Одержала бетаметазон у дозі 12 мг на добу впродовж 2 діб. Через тиждень індукція пологів окситоцином, народила хлопчика вагою 3765 г, довжина тіла 51 см. Оцінка стану новонародженого за шкалою Апгар на 1-й хвилині — 8 балів, на 5-й хвилині — 8 балів. У післяпологовому періоді проходила фізіотерапію, робила мімічну гімнастику. Виконане після пологів МРТ не мало вказівок на вазоневральний конфлікт та вогнищеві ураження. Досягнутий повний регрес симптоматики, що є достатньо рідкісним клінічним наслідком у таких пацієнток. Рецидиви паралічу Белла, як правило, зустрічаються у вагітних з коморбідним цукровим діабетом, ожирінням, інсулінорезистентністю та артеріальною гіпертензією. У нашому випадку виражений коморбідний фон був відсутній. У цьому клінічному випадку був застосований алгоритм, який використовується в акушерській практиці для профілактики дистрес-синдрому плода з призначенням бетаметазону впродовж 48 годин. Проаналізована роль взаємодії у форматі мультидисциплінарної команди при веденні вагітних з неврологічною патологією.

Ключові слова: рецидиви нейропатії лицевого нерва; вагітність; лікування; мультидисциплінарна команда; клінічний випадок

Наявність супутньої соматичної патології значно обтяжує перебіг вагітності, збільшуючи акушерські ризики [1, 2]. Це стосується й неврологічної патології [3]. Неврологічні захворювання під час вагітності стають все більш поширеними як результат збільшення частоти неврологічних захворювань серед жінок фертильного віку, а також тенденції до планування вагітності у більш зрілому віці, після досягнення жінкою певних кар'єрних цілей. Фізіологічні зміни під час вагітності, пологів і післяпологового періоду можуть впливати на перебіг хронічних неврологічних захворювань або

сприяти виникненню гострих неврологічних захворювань. У свою чергу, наявність неврологічної патології може вплинути на стан матері та плода як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі [3, 4].

Ризик розвитку нейропатій у вагітних є вищим, аніж у загальній популяції [3, 5]. Це стосується розвитку тунельних синдромів, мононейропатій, гострої запальної полірадикулонейропатії. Вагітні жінки знаходяться в групі ризику розвитку так званих перипартальних нейропатій латерального шкірного нерва стегна, малогомілкового та сідничного нервів, які можуть ушкоджу-



© 2024. The Authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, CC BY, which allows others to freely distribute the published article, with the obligatory reference to the authors of original works and original publication in this journal.

Для кореспонденції: Ворохта Юрій Миколайович, кандидат медичних наук, лікар-невролог, доцент, кафедра терапевтичних дисциплін, Медичний інститут, Чорноморський національний університет імені Петра Могили, вул. 68 Десантників, 10, м. Миколаїв, 54003, Україна; e-mail: yuri.vorokhta@gmail.com, vorokhta@mail.com; tel.: +380 (97) 270-12-12, +380 (48) 700-23-84
For correspondence: Yuri Vorokhta, PhD in Medicine, Neurologist, Associate Professor, Department of Therapeutic Disciplines, Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, 68 Desantnykiv st., 10, Mykolaiv, 54003, Ukraine; e-mail: yuri.vorokhta@gmail.com, vorokhta@mail.com; phone: +380 (97) 270-12-12, +380 (48) 700-23-84

Full list of authors' information is available at the end of the article.

ватися при змінах конфігурації тазового кільця під час пологів [3, 4, 6]. За деякими даними, тунельні синдроми у вагітних зустрічаються частіше, аніж у популяції, зокрема синдром карпального каналу [6, 7]. Нерідко нейропатії виступають у ролі предиктора ймовірного розвитку прееклампсії та інших ускладнень вагітності [8]. Це стосується, зокрема, ідіопатичної гострої нейропатії лицевого нерва, відомої як параліч Белла.

Щорічна захворюваність на параліч Белла становить від 11 до 40 випадків на 100 тис. населення [9]. Параліч Белла частіше зустрічається у жінок репродуктивного віку, ніж у чоловіків, і особливо часто — у вагітних у III триместрі та у породіль у післяпологовому періоді [3, 9, 10]. Причини цього феномена достеменно невідомі, обговорюється роль артеріальної гіпертензії, гестаційних набряків, вірусної інфекції і гіперкоагуляції [9–11]. У жінок з паралічем Белла в декілька разів частіше розвивається прееклампсія, що може бути свідченням спорідненості патогенезу обох патологічних станів [3, 8].

До патогенетичних чинників, які обумовлюють виникнення паралічу Белла на пізніх термінах вагітності, належать відносна імуносупресія, гіперкоагуляція, коливання рівня гормонів, що спричиняє затримку рідини та набряк м'яких тканин і може призвести до ішемії або стиснення лицевого нерва. Артеріальна гіпертензія та ожиріння також були визначені як важливі незалежні фактори ризику [12]. Слід зазначити, що у вагітних нерідко лікування паралічу Белла є менш ефективним, аніж у більшості випадків, коли захворювання виникає не на фоні вагітності. Несприятливими прогностичними факторами є рецидив під час наступної вагітності та двостороннє ураження лицевих нервів [3, 12, 13].

При виникненні параліча Белла у вагітної велике значення має взаємодія фахівців (акушера-гінеколога, невролога, отолога, реабілітолога тощо) у форматі міждисциплінарної команди [14].

Наводимо клінічний випадок рецидиву паралічу Белла у вагітної 35 років. ІМТ = 26,5 кг/м², інша супутня патологія відсутня. Поточна вагітність третя, під час другої вагітності у третьому триместрі виник легкий лівобічний прозопарез (I ст. за Хаусом — Бракманом). Одержувала терапію кортикостероїдами (преднізолон перорально), пологи у термін, повний регрес парезу після лікування. Паритет між вагітностями становив 2 роки. Під час поточної вагітності у терміні 37 тижнів виник виражений лівобічний прозопарез (IV ст. за Хаусом — Бракманом). Одержувала бетаметазон у дозі 12 мг на добу впродовж 2 діб. Через тиждень індукція пологів окситоцином, народила хлопчика вагою 3765 г, довжина тіла 51 см. Оцінка стану новонародженого за шкалою Апгар на 1-й хвилині — 8 балів, на 5-й хвилині — 8 балів. У післяпологовому періоді проходила фізіотерапію, робила мімичну гімнастику. Виконане після пологів МРТ не мало вказівок на вазоневральний конфлікт та вогнищеві ураження. Досягнутий повний регрес симптоматики, що є достатньо рідкісним клінічним наслідком у таких пацієнток.

Слід зазначити, що рецидиви паралічу Белла, як правило, зустрічаються у вагітних з коморбідним цу-

кровим діабетом, ожирінням, інсулінорезистентністю та артеріальною гіпертензією [13]. В цьому випадку виражений коморбідний фон був відсутній.

У багатьох випадках виникнення паралічу Белла пов'язано із загостреннями герпетичної інфекції, при якій вірус поширюється по аксону лицевого нерва, викликаючи його запалення із наступною демієлінізацією, що веде до рухових порушень [11, 15]. Гістопатологічні дані підтверджують механізм вірусної альтерації з максимальним пошкодженням нерва в ділянках кісткового лицевого каналу, найбільш чутливих до стиснення, пов'язаного з набряком [16]. Нейропатія лицевого нерва може бути пов'язана із HSV-1 інфекцією, оперізуючим герпесом (синдром Рамзея Ханта), вірусом Епштейна — Барр, цитомегаловірусом, вірусом Коксаки, вірусами грипу В, епідемічного паротиту і краснухи [11, 16, 17].

З іншого боку, існують докази на користь того, що параліч Белла є моновітричною автоімунною реакцією [11, 17]. Певну роль відіграє і генетична схильність [17, 18], а також хронічна ішемія лицевого нерва [11, 19]. Про важливість ішемізації свідчить нічний початок нейропатії і більш висока її частота у вагітних, хворих на діабет та інші захворювання, що супроводжуються ішемічними змінами мікроциркуляції [19].

Діагноз паралічу Белла у вагітної встановлює невролог. На його користь свідчить гострий початок, прогресуюче погіршення, дифузний параліч або парез мімичних м'язів, іноді у поєднанні з такими симптомами, як зміна смаку та слуху [17]. Диференційна діагностика повинна включати інші причини периферичного паралічу лицевого нерва, зокрема інфекції, як-от хвороба Лайма, синдром Рамзея Ханта (оперізувальний лишай), середній отит, ВІЛ, автоімунні розлади, синдром Шегрена та саркоїдоз, травма лицевого нерва, синдром Гієна — Барре або синдром Мелькерссона — Розенталя; пухлини уздовж лицевого нерва, включно з холестеатоמוю, невриномою, метастазами в кам'янисту верхівку або привушну залозу [19]. У деяких випадках необхідне застосування МРТ, особливо коли поряд з прозопарезом має місце ністагм, гіперакузія або зміни слуху, диплопія або інші прояви краніальних нейропатій, щоб виключити ураження мостомозочкового кута, кам'янистої частини скроневої кістки, привушної залози або стовбура мозку [20].

Серологічне дослідження на *Borrelia* або VZV може бути виконано, якщо є вказівки на перебування у лісистій місцевості або, відповідно, на контакт з інфекційними хворими чи перенесену вітряну віспу або оперізувальний герпес [21, 22]. Корисним може бути проведення дослідження ліквору з ПЛР-тестуванням на інфектанти [17, 19]. Транскраніальна каналікулярна магнітна стимуляція є допоміжним нейрофізіологічним тестом, який може допомогти диференціювати центральну та периферичну патологію [23].

Шкала тяжкості ураження лицевого нерва Хауса — Бракманна оцінює тяжкість паралічу лицевого нерва за шестибальною шкалою та є важливим інструментом для клінічної оцінки й прогнозування [24]. Електро-

нейрографія й електроміографія не є обов'язковими для діагностики паралічу Белла, але їх можна використовувати для прогнозування та прийняття рішень щодо декомпресії лицевого нерва. Пошкодження аксонів можна виявити на електронейрографії вже через 10–14 днів після появи симптомів. Зниження амплітуди менше за 90 % відповідає сприятливому прогнозу [25]. При тестуванні ЕМГ-генерація потенціалу з довільним скороченням в умовах паралічу обличчя та потенціалів реіннервації вказує на безперервність нерва та підвищену ймовірність одужання, тоді як рання патологічна спонтанна ЕМГ-активність через 10–14 днів після появи симптомів пов'язана із несприятливим прогнозом [26].

У лікуванні паралічу Белла надзвичайно важливою є рання пероральна терапія кортикостероїдами, яка має бути розпочата впродовж трьох днів після появи симптомів. Її використання може знизити ризик неповного відновлення функції лицевого нерва на 30–40 % і збільшити швидкість відновлення [17, 27]. Найбільш популярні схеми включають преднізолон по 25 мг двічі на добу протягом 10 днів або преднізолон по 60 мг на добу протягом 5 днів з наступним зниженням дози [27]. У клінічному випадку, наведеному вище, був застосований алгоритм, який використовується в акушерській практиці для профілактики дистрес-синдрому плода [28], з призначенням бетаметазону впродовж 48 годин. Введення цього препарату у малих дозах локально у зону «гусячої лапки», яке рекомендують деякі дослідники, є недостатньо обгрунтованим [29].

Незважаючи на те, що в етіології паралічу Белла важливу роль відіграє HSV-1, доцільність призначення противірусної терапії (ацикловір, валацикловір) є дискусійною [27]. При синдромі Рамзея — Ханта противірусна терапія, натомість, є обов'язковою [30]. Симптоматичне лікування лагофталму може включати штучні сльози, очну мазь декспантенол і нічний щиток для очей, що утримує вологу. Фізична терапія може бути корисною при синкінезії та при частковому паралічі для більш тяжких пацієнтів [27]. Хірургічне лікування з декомпресією лицевого нерва проводиться в окремих випадках [31]. Відновне лікування, фізіотерапевтичні та косметичні процедури для обличчя призначені для пацієнтів із недостатньою регенерацією нервів або вираженою залишковою слабкістю, зазвичай через 6–15 місяців після появи симптомів.

Прогноз паралічу Белла пов'язаний зі ступенем тяжкості, що визначається найчастіше за шкалою Хауса — Бракмана. Стадії I–II дають найкращі результати, III–IV можуть бути пов'язані з помірним неврологічним дефіцитом, а стадії V–VI вказують на поганий прогноз одужання. Без лікування 85 % пацієнтів мають часткове одужання через 3 тижні після появи симптомів, а 71 % — повне одужання, однак при зволіканні з початком терапії у вагітних наслідки значно гірші [25]. Кращий прогноз спостерігається при менш тяжкому ступені ураження та частковому одужанні впродовж перших трьох тижнів з моменту дебюту захворювання [17, 25]. Жінок, що під час ва-

гітності мали гостру нейропатію лицевого нерва, слід спостерігати протягом кількох місяців після пологів, щоб контролювати одужання та потенційну потребу в подальшому лікуванні залишкових симптомів, наслідків або рецидиву. Рецидив у вагітних є нечастим явищем, але спостерігається у 12 % пацієток при низькому паритеті [3, 12, 13].

Більшість авторів вважають, що у вагітних з паралічем Белла застосування таблетованого преднізолону та метилпреднізолону має переваги перед іншими глюкокортикоїдами [12, 13, 32, 33]. Слід зазначити, що застосовувати глюкокортикоїди при вагітності можна лише у третьому триместрі, але ж і переважна кількість випадків паралічу Белла зустрічається саме у третьому триместрі та післяпологовому періоді [3, 12]. Якщо є підозра на HSV-1 етіологію, може бути використаний ацикловір (категорія B) [34]. Слід контролювати артеріальний тиск, вагу та рівень цукру в крові під час лікування, особливо у жінок з гестаційним діабетом та артеріальною гіпертензією.

Прогноз для вагітних пацієток з паралічем Белла значно гірший, ніж у загальній популяції. Лише 55 % пацієток із вираженим прозопаезом адекватно одужують протягом 10 днів порівняно з 77–88 % невагітних пацієток [3, 10]. На наслідки лікування суттєво впливає зволікання з призначенням кортикостероїдів або відмова від їх призначення на користь альтернативних методів лікування [3, 13, 27].

При належному лікуванні гострої нейропатії лицевого нерва результати у вагітних наближаються до показників у загальній популяції. Запорука успіху — вчасний початок лікування та тісна взаємодія вузьких спеціалістів у форматі мультидисциплінарної команди.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

References

1. Brown CC, Adams CE, George KE, Moore JE. Associations Between Comorbidities and Severe Maternal Morbidity. *Obstet Gynecol.* 2020 Nov;136(5):892-901. doi: 10.1097/AOG.0000000000004057.
2. Austin J, Wirtz A, Garrett M, et al. Associations of cesarean sections with comorbidities within the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *J Perinat Med.* 2023 May 22;51(8):1025-1031. doi: 10.1515/jpm-2023-0005.
3. Gupta G, Rosen T, Al-Mufti F, et al., editors. *Neurological Disorders in Pregnancy: A Comprehensive Clinical Guide.* Cham: Springer; 2023. doi: 10.1007/978-3-031-36490-7.
4. Macri E, Greene-Chandos D. Neurological Emergencies During Pregnancy. *Neurol Clin.* 2021 May;39(2):649-670. doi: 10.1016/j.ncl.2021.02.008.
5. Rosier C, Camdessanché JP. Neuropathy and pregnancy: An overview. *Rev Neurol (Paris).* 2021 Mar;177(3):220-224. doi: 10.1016/j.neurol.2020.04.024.
6. Rowland C, Kane D, Eogan M. Postpartum femoral neuropathy: managing the next pregnancy. *BMJ Case Rep.* 2019 Dec 29;12(12):e232967. doi: 10.1136/bcr-2019-232967.
7. Bland JDP. Carpal tunnel syndrome in pregnancy. *Muscle*

- Nerve*. 2023 Oct;68(4):345-347. doi: 10.1002/mus.27957.
8. Zarifkar P, Hansen K, Crone C, Svenstrup K, Larsen VA, Karlsson WK. A Unique Constellation of Multiple Cranial Neuropathies in a Patient with Preeclampsia. *Case Rep Neurol*. 2022 May 30;14(2):256-260. doi: 10.1159/000524459.
 9. Rajangam J, Lakshmanan AP, Rao KU, et al. Bell Palsy: Facts and Current Research Perspectives. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2024;23(2):203-214. doi: 10.2174/1871527322666230321120618.
 10. Jones H, Hintze J, Slattery F, Gendre A. Bell's palsy in pregnancy: A scoping review of risk factors, treatment and outcomes. *Laryngoscope Investig Otolaryngol*. 2023 Aug 14;8(5):1376-1383. doi: 10.1002/lio2.1136.
 11. Zhang W, Xu L, Luo T, Wu F, Zhao B, Li X. The etiology of Bell's palsy: a review. *J Neurol*. 2020 Jul;267(7):1896-1905. doi: 10.1007/s00415-019-09282-4.
 12. Friebe-Hoffmann U, Bender HG, Koida G, Hoffmann TK. Mona Lisa Syndrome - Peripheral Facial Palsy and Pregnancy. *Z Obstetrics Neonatol*. 2005 Jan;209(Suppl 2):FV 3-1. German. doi: 10.1055/s-2005-923062.
 13. Evangelista V, Gooding MS, Pereira L. Bell's Palsy in Pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 2019 Nov;74(11):674-678. doi: 10.1097/OGX.0000000000000732.
 14. Eviston TJ, Croxson GR, Kennedy PG, Hadlock T, Krishnan AV. Bell's palsy: aetiology, clinical features and multidisciplinary care. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2015 Dec;86(12):1356-1361. doi: 10.1136/jnnp-2014-309563.
 15. Turriziani O, Falasca F, Maida P, et al. Early collection of saliva specimens from Bell's palsy patients: quantitative analysis of HHV-6, HSV-1, and VZV. *J Med Virol*. 2014 Oct;86(10):1752-1758. doi: 10.1002/jmv.23917.
 16. Patel DJ, Chaudhari K, Shrivastava D, Dave A. Bell's Palsy Unmasked: A Compelling Case Study of Facial Nerve Palsy During Pregnancy. *Cureus*. 2023 Dec 30;15(12):e51369. doi: 10.7759/cureus.51369.
 17. Bell-Lähmung KD. Bell's palsy: Pregnancy not a risk factor after all? *HNO Nachrichten*. 2023;53:14. German. doi: 10.1007/s00060-023-8583-9.
 18. O'Neill MJF. Facial Paresis, Hereditary Congenital, 1; HCFFP1. Available from: <https://www.omim.org/entry/601471>.
 19. Amerika WE, Koopman JP, Jacobs BC, de Bruijn SFTM. Bell's palsy: a broad differential diagnosis. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2023 Aug 9;167:D6837. Dutch.
 20. Wang Y, Tang W, Chai Y, Zhu W, Li X, Wang Z. Diagnostic value of dynamic contrast-enhanced MRI in Bell's palsy: initial experience. *Clin Radiol*. 2021 Mar;76(3):237.e9-237.e14. doi: 10.1016/j.crad.2020.10.001.
 21. Guez-Barber D, Swami SK, Harrison JB, McGuire JL. Differentiating Bell's Palsy From Lyme-Related Facial Palsy. *Pediatrics*. 2022 Jun 1;149(6):e2021053992. doi: 10.1542/peds.2021-053992.
 22. Freire de Castro R, Crema D, Neiva FC, Pinto RASR, Suzuki FA. Prevalence of herpes zoster virus reactivation in patients diagnosed with Bell's palsy. *J Laryngol Otol*. 2022 Oct;136(10):975-978. doi: 10.1017/S0022215121004631.
 23. Kleinveld VEA, Platzgummer S, Wanschitz J, Horlings CGC, Lscher WN. Transcranial Magnetic Stimulation in the Differential Diagnosis of Unilateral Peripheral Facial Nerve Palsy. *Brain Sci*. 2023 Apr 6;13(4):624. doi: 10.3390/brainsci13040624.
 24. Huang B, Zhou ZL, Wang LL, Zuo C, Lu Y, Chen Y. Electrical response grading versus House-Brackmann scale for evaluation of facial nerve injury after Bell's palsy: a comparative study. *J Integr Med*. 2014 Jul;12(4):367-371. doi: 10.1016/S2095-4964(14)60036-4.
 25. Escalante DA, Malka RE, Wilson AG, et al. Determining the Prognosis of Bell's Palsy Based on Severity at Presentation and Electro-neuronography. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022 Jan;166(1):151-157. doi: 10.1177/01945998211004169.
 26. Cui H, Zhong W, Zhu M, et al. Facial Electromyography Mapping in Healthy and Bell's Palsy Subjects: A High-Density Surface EMG Study. *Annu Int Conf IEEE Eng Med Biol Soc*. 2020 Jul;2020:3662-3665. doi: 10.1109/EMBC44109.2020.9175316.
 27. Madhok VB, Gagyor I, Daly F, et al. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Jul 18;7(7):CD001942. doi: 10.1002/14651858.CD001942.pub5.
 28. Roberts D, Brown J, Medley N, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Mar 21;3(3):CD004454. doi: 10.1002/14651858.CD004454.pub3.
 29. Choi SY, Kim JM, Jung J, et al. Review of Drug Therapy for Peripheral Facial Nerve Regeneration That Can Be Used in Actual Clinical Practice. *Biomedicines*. 2022 Jul 12;10(7):1678. doi: 10.3390/biomedicines10071678.
 30. Goswami Y, Gaurkar SS. Ramsay Hunt Syndrome: An Introduction, Signs and Symptoms, and Treatment. *Cureus*. 2023 Jan 12;15(1):e33688. doi: 10.7759/cureus.33688.
 31. Wang P, Xue Y, Gao L, Liu Q, Zhang W, Xia Y. Effects of Surgical Timing of Facial Nerve Decompression for Patients With Severe Bell's Palsy. *Altern Ther Health Med*. 2023 Mar;29(2):70-75.
 32. Dalrymple SN, Row JH, Gazewood J. Bell Palsy: Rapid Evidence Review. *Am Fam Physician*. 2023 Apr;107(4):415-420. Erratum in: *Am Fam Physician*. 2024 Feb;109(2):105.
 33. Leelawai S, Sathirapanya P, Suwanrath C. Bell's Palsy in Pregnancy: A Case Series. *Case Rep Neurol*. 2020 Nov 26;12(3):452-459. doi: 10.1159/000509682.
 34. Patel DJ, Chaudhari K, Shrivastava D, Dave A. Bell's Palsy Unmasked: A Compelling Case Study of Facial Nerve Palsy During Pregnancy. *Cureus*. 2023 Dec 30;15(12):e51369. doi: 10.7759/cureus.51369.

Отримано/Received 07.08.2024

Рецензовано/Revised 18.08.2024

Прийнято до друку/Accepted 27.08.2024

Information about authors

Ihor Shpak, MD, DSc, PhD, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine; e-mail: obgyn1@onmedu.edu.ua; <https://orcid.org/0000-0001-9239-5609>
Dmytro Zhelezov, MD, DSc, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine; e-mail: obgyn1@onmedu.edu.ua; <https://orcid.org/0000-0002-0071-2644>

Yurii Vorokhta, PhD in Medicine, Neurologist, Associate Professor, Department of Therapeutic Disciplines, Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine; e-mail: yuri.vorokhta@gmail.com, vorokhta@mail.com; phone: +380 (97) 270-12-12, +380 (48) 700-23-84; <https://orcid.org/0000-0002-8390-4261>

Conflicts of interests. Authors declare the absence of any conflicts of interests and own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of the manuscript.

I.V. Shpak¹, D.M. Zhelezov¹, Yu.M. Vorokhta²

¹*Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine*

²*Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine*

A case of recurrent left facial neuropathy during pregnancy

Abstract. An analysis of the features of acute facial neuropathy during pregnancy was carried out. The article considers a clinical case of recurrent left facial neuropathy during pregnancy with complete regression of symptoms after therapy. Recurrent Bell's palsy occurred in a 35-year-old woman during her third pregnancy. In the third trimester of the second pregnancy, she had a mild left-sided prosoparesis (grade 1 on the House-Brackmann scale). The patient received corticosteroid therapy (prednisone orally), gave birth on time, and the paresis completely regressed after treatment. Parity between pregnancies was 2 years. During the current pregnancy, at 37 weeks, the patient developed pronounced left-sided prosoparesis (grade 4 on the House-Brackmann scale). She received betamethasone at a dose of 12 mg per day for 2 days. A week later, after induction of labor with oxytocin, she gave birth to a boy weighing 3,765 g, body length was 51 cm. One-minute Apgar score was 8

points, five-minute Apgar score was 8 points. In the postpartum period, the patient underwent physical therapy and did mimic gymnastics. Magnetic resonance imaging performed after delivery revealed no signs of vasoneural conflict and focal lesions. Complete regression of symptoms was achieved, which is a rather rare clinical outcome in such patients. Recurrent Bell's palsy usually occurs in pregnant women with comorbid diabetes, obesity, insulin resistance, and hypertension. In this case, there was no pronounced comorbid background. The algorithm used in obstetric practice to prevent fetal distress syndrome with betamethasone administration for 48 hours was applied in our patient. The role of interaction in the format of a multidisciplinary team when managing pregnant women with neurological pathology is analyzed.

Keywords: recurrent facial neuropathy; pregnancy; treatment; multidisciplinary team; clinical case