

Клинический случай инфекционного мононуклеоза, осложненный невротацией лицевого нерва

ШВЕЦ Т. Е., ГАШИНА Е. А., ЛОБОВА Е. Ф.

ФГОУ ВО Омский государственный медицинский университет Минздрава России, Омск, Россия

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) — актуальная проблема педиатрической практики, имеющая тенденцию к росту заболеваемости в РФ и других странах. Вовлечение в иммунное воспаление печени при инфекционном мононуклеозе, сопровождающееся её увеличением, появлением желтухи и повышением активности трансаминаз, встречается с частотой 17–90% случаев и зависит от тяжести ИМ, в то время как нейроинфекции Эпштейна-Барр-вирусной этиологии, осложняющие ИМ, встречаются не более, чем у 5% пациентов. В данной статье представлен клинический случай инфекционного мононуклеоза с поражением печени и возникновением раннего осложнения — невротации правого лицевого нерва у ребенка 15 лет.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, вирус Эпштейна-Барр, поражение печени, невротация лицевого нерва

Clinical case of infectious mononucleosis with facial neuropathy

Shvets T. E., Gashina E. A., Lobova E. F.

Omsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Omsk, Russia

Infectious mononucleosis is a current problem of pediatric practice, which tends to increase the incidence in the Russian Federation and other countries. Liver dysfunction of varying severity in infectious mononucleosis occur with a frequency of 17–90% of cases while Epstein-Barr neuroinfections of viral etiology occur in no more than 5% of patients. This article presents a clinical case of infectious mononucleosis with liver damage and right facial neuropathy in a 15-year-old child.

Keywords: infectious mononucleosis, Epstein-Barr virus, liver damage, facial neuropathy

Для цитирования: Шве́ц Т.Е., Гаши́на Е.А., Лобова Е.Ф. Клинический случай инфекционного мононуклеоза, осложненный невротацией лицевого нерва. *Детские инфекции*. 2024; 23(3):69-72. doi.org/10.22627/2072-8107-2024-23-3-69-72

For citation: Shvets T.E., Gashina E.A., Lobova E.F. Clinical case of infectious mononucleosis with facial neuropathy. *Detskie Infektsii=Children's Infections*. 2024; 23(3):69-72. doi.org/10.22627/2072-8107-2024-23-3-69-72

Информация об авторах:

Швец Татьяна Евгеньевна (Shvets T.), к.м.н., доцент кафедры детских инфекционных болезней, Омский государственный медицинский университет; tshvets@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0008-7748-9007>

Гашина Елена Александровна (Gashina E.), к.м.н., доцент, доцент кафедры детских инфекционных болезней, Омский государственный медицинский университет; l.gashina@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4800-5092>

Лобова Елена Федоровна (Lobova E.), к.м.н., доцент, доцент кафедры детских инфекционных болезней, Омский государственный медицинский университет; lobova-lf@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4315-5120>

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) — актуальная проблема педиатрической практики, имеющая тенденцию к росту заболеваемости в РФ и других странах [1, 2, 3]. Этиологически заболевание связано с различными возбудителями, наиболее типичным среди них является вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ). Большинство случаев первичной ВЭБ-инфекции является субклиническими или стертыми. В случае развития ИМ, тяжесть болезни определяется выраженностью общеинфекционных проявлений, нарушением функции пораженных органов, гематологическими сдвигами и развитием осложнений. Частота вовлечения в иммунное воспаление печени при ИМ, сопровождающееся её увеличением, появлением желтухи и повышением активности трансаминаз, по данным одних авторов колеблется от 17–до 50% [2, 3, 4, 5], другие указывают распространенность поражения до 80–90% случаев [6, 7]. Патогенез поражения печени при ИМ не до конца ясен. Механизм повреждения гепатоцитов и эндотелиальных клеток печени не вызывается прямым действием ВЭБ, так как отсутствует значимая взаимосвязь между уровнем ДНК вируса в крови пациентов и тяжестью цитолиза гепатоцитов [6]. В результате действия медиаторов воспаления инфицированными ВЭБ CD8⁺ Т-лимфоцитами, в клетках печени происходят отек, вакуолизация, некроз с лимфоцитарной и моноцитарной инфильтрацией [4, 6]. Также отмечено ингибирование антиоксидантных механизмов по-

средством выработки аутоантител к гепатоцитам [4]. Степень поражения печени при ВЭБ-ИМ вариабельна от легкого самокупирующегося цитолитического синдрома [4, 5] до редких случаев молниеносного гепатита с острой печеночной недостаточностью, как одной из причин смерти и показаний для трансплантации печени [6]. Из-за более сильных иммунных реакций тяжелое поражение печени более характерно для детей старшего возраста [5, 8], особенно девочек [6]. Если вовлечение в иммунное воспаление печени типично для ИМ, то поражение нервной системы (НС) при ВЭБ-инфекции наблюдается не чаще, чем в 1–5% случаев [9, 10]. Это может происходить одновременно с типичными проявлениями болезни и в периоде реконвалесценции заболевания [10, 11]. Патогенез поражения связан с прямым действием вируса на астроциты и нейроны, с нарушением кровоснабжения структур НС или опосредованной антителами постинфекционной воспалительной реакцией с последующей демиелинизацией [6, 10, 12]. Клинические формы поражения НС ВЭБ-этиологии представлены энцефалитами, менингитами, поперечным миелитом, моно- и полиневропатиями [6, 10]. Хотя невротация лицевого нерва (НЛН) составляет по данным ФГБУ НИИДИ ФМБА России до 76% мононевропатий детского возраста [13], вирус Эпштейна-Барр или не упоминается в числе возможных причин прозопареза [14–16] или указан нечастым этиологическим

Таблица 1. Динамика биохимических показателей крови пациентки А.
Table 1. Dynamics of biochemical blood parameters of patient A

Дата (день болезни) / показатель Date (day of illness) / indicator	Протеин, г/л Protein, g/l	Альбумин, г/л Albumin, g/l	Билирубин общий, мкмоль/л Total bilirubin, mcmol/l	Билирубин прямой, мкмоль/л Direct bilirubin, mcmol/l	АЛТ, ед/л ALT, u/l	АСТ, ед/л AST, u/l
Нормальные значения normal value	63–85	35–50	до 17,1 below 17.1	до 5,1 below 5.1	5–40	5–40
31.03.23 (6-й день болезни) (6th day of illness)	73	42	43	17	159	246
4.04.23 (10-й день болезни) (10th day of illness)	62	34	42	16	144	163
11.04.23 (17-й день болезни) (17th day of illness)	60	34	60	32	156	201
13.04.23 (19-й день болезни) (19th day of illness)	76	34	52	37	168	176
17.04.23 (23-й день болезни) (23rd day of illness)	81	38	36	24	127	118
24.04.23 (30-й день болезни) (30th day of illness)	77	41	10	—	103	47

фактором [10, 17–20], что может быть связано с редким обследованием на данный вирус [19]. Описаны лишь немногочисленные случаи ВЭБ-ассоциированной невралгии лицевого нерва у детей [20].

Мы представляем клинический случай тяжелой формы ИМ, ассоциированного с вирусом Эпштейна-Барр, с невралгией лицевого нерва у девочки 15 лет. Получено информированное согласие.

Клиническое наблюдение. Пациентка А., 15 лет, наблюдалась в инфекционном стационаре БУЗОО «Городская детская клиническая больница №3» г. Омска с 30 марта 2023 года по 26 апреля 2023 года (26 койко-дней). Доставлена в стационар бригадой скорой помощи на 5 сутки болезни с жалобами на повышение температуры тела до 39°C, слабость, недомогание, нарушение носового дыхания. Контакт с инфекционными больными отрицался, в школе карантин не зарегистрирован. В течение последнего месяца за пределы Омской области не выезжала. До настоящего заболевания соматически здорова, вакцинирована по возрасту, аллергологический, парентеральный и семейный анамнез — без отягощения.

Из анамнеза болезни выяснено, что заболела 26.03.23, когда обратили внимание на слабость, недомогание, отечность лица. До третьего дня болезни перечисленные симптомы сохранялись, температура тела держалась на нормальных цифрах. На третий день заболевания зарегистрирован подъем температуры до 39°C, появились боли в правом подреберье. До пятого дня болезни положительной динамики не было, что яви-

лось поводом для осмотра участкового педиатра и направления на госпитализацию.

На момент поступления в стационар (пятый день болезни): состояние средней тяжести за счет общеинфекционных проявлений, температура тела — 38,8°C, частота дыхания — 21 в мин, сатурация — 100%, частота сердечных сокращений 98 в минуту, АД — 115/75 мм рт. ст. Лицо одутловатое. Носовое дыхание было затруднено, без отделяемого из носовых ходов. Пальпировались единичные подчелюстные, а также передние и заднешейные лимфатические узлы с обеих сторон, множественные, в виде «пакетов», эластичные, безболезненные, размером до 15 мм. При осмотре ротоглотки слизистая ярко гиперемирована, миндалины увеличены, в лакунах рыхлый налет желтоватого цвета. В последующем при бактериологическом исследовании мазка с поверхности миндалин был обнаружен обильный рост *S. aureus*. Печень при пальпации выступала из-под края реберной дуги на 0,5 см по среднеключичной линии (СКЛ), селезенка не пальпировалась. В анализе периферической крови регистрировался лимфоцитоз за счет атипичных мононуклеаров (лейкоциты — $9,1 \times 10^9/\text{л}$: лимфоцитов — 33%, атипичных мононуклеаров — 41%). Госпитализирована с диагнозом: Инфекционный мононуклеоз.

В динамике на седьмой день болезни (третий день госпитализации) у девочки на фоне сохранения общеинфекционных проявлений и лимфопролиферативного синдрома появились иктеричность кожи, склер и слизистых полости рта. Размеры печени увеличились до +1,5 см по СКЛ. Наблюдалось потемнение мочи («цвета пива»).

В биохимическом анализе крови выявлены гипербилирубинемия с увеличением прямой фракции, гиперферментемия: АЛТ увеличена в четыре раза, АСТ — в шесть раз (табл. 1). Исследование крови методом ИФА не выявило у пациентки маркеров вирусных гепатитов А, В и С: HBsAg, anti-HCV суммарные, anti-HAV IgM — отрицательно (Лаборатория «Инвитро», Омск). До десятого дня болезни отмечалось нарастание лимфопролиферативного синдрома: дышала через рот, подчелюстные лимфоузлы увеличились до 2 см, шейные сохранялись множественными, размеры выросли максимально до 2,5 см, стал пальпироваться подбородочный лимфоузел 1,5 см в диаметре. Увеличились размеры печени (+2,5 см по СКЛ) и стала пальпироваться селезенка на 1,5 см из-под края реберной дуги. В анализе периферической крови на 10-й день болезниросло количество лейкоцитов ($20 \times 10^9/\text{л}$) сохранялся лимфоцитоз (35%) и атипичные мононуклеары (40%). По данным абдоминального УЗИ размеры паренхиматозных органов продолжали увеличиваться до двадцатого дня болезни (косовертикальный размер печени нарастал от 131 до 170 мм, размер селезенки — от 119 x 40 мм до 151 x 58 мм на шестой и 20-й день болезни соответственно), было обнаружено увеличение размеров мезентериальных лимфатических узлов.

Фебрильная лихорадка сохранялась до 16-го дня болезни, субфебрильная температура и налеты на миндалинах — еще трое суток. С 20-го дня болезни начали постепенно уменьшаться размеры лимфатических узлов и стало улучшаться носовое дыхание. С 25-го дня болезни перестала пальпироваться селезенка. Интенсивность желтухи постепенно уменьшалась. Для установления этиологии инфекционного мононуклеоза проведено исследование крови методом ИФА (Лаборатория «Инвитро», Омск): IgM к ЦМВ — отрицательно, IgG к ЦМВ — 208,0 АЕ/мл; IgM к капсидному антигену ВЭБ — 13,5 АЕ/мл; IgG к капсидному антигену ВЭБ — отрицательно, что установило ВЭБ-этиологию ИМ на фоне латентной цитомегаловирусной инфекции. По мере стихания основных проявлений инфекционного мононуклеоза на 23-й день болезни (19-й день стационарного лечения) девочка стала жаловаться на боли в правой половине лица, на следующий день появилась асимметрия лица и слезотечение из правого глаза. Объективно: слезостояние в ОД, жидкость каплями выливалась из рта. Подвиж-

ность брови, крыла носа и угла рта справа была снижена, правая носогубная складка сглажена и симптом «паруса» правой щеки. Веки смыкались при асимметричном зажмуривании с положительным симптомом ресниц справа. Осмотрена неврологом, диагностирована невралгия правого лицевого нерва, как позднее осложнение ИМ ЭВБ-этиологии на 23 день болезни.

В лечении пациентка получала дезинтоксикационную антибактериальную, патогенетическую и симптоматическую терапию. На фоне проводимого лечения уменьшались изменения функциональных проб печени: нормализовался уровень общего билирубина, прямой билирубин не определялся, уменьшилась гиперферментемия до 2,5 норм (табл. 1). Функция мимических мышц правой половины лица постепенно стала восстанавливаться. На 27-й день госпитализации (31-й день болезни) пациентка была выписана из стационара с улучшением. На момент выписки сохранялась субиктеричность склер, носовое дыхание нормализовалось. Шейные лимфатические лимфоузлы сохранялись множественными, но уменьшились до 0,5—1 см в диаметре. Пальпаторно гепато-лиенальный синдром не выявлялся, но сохранялся по данным УЗИ (косовертикальный размер печени — 135 мм, селезенка — 125 x 47 мм). Прекратились слезотечение и слезостояние в ОД, выливание жидкости из рта. Увеличился объем движений мимической мускулатуры справа без полного восстановления, уменьшилась сглаженность носогубной складки и выраженность симптома ресниц справа, щека стала менее «парусной». В периферической крови нормализовалось количество лейкоцитов, сохранялся лимфоцитоз (лейкоциты — $5,3 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцитов — 77%). Девочка выписана под наблюдение педиатра и невролога поликлиники с рекомендациями.

Особенностью этого клинического случая явилось развитие невралгии правого лицевого нерва как позднего осложнения острой первичной ВЭБ-инфекции у ребенка подросткового возраста на фоне персистирующей цитомегаловирусной инфекции. Таким образом, в данном клиническом примере, ИМ ВЭБ-этиологии на фоне персистирующей ЦМВ-инфекции протекал не только с поражением печени, но и осложнился невралгией лицевого нерва на 23 день болезни и потребовал длительного стационарного лечения и дальнейшей реабилитации.

Список литературы:

1. Соломай Т.В. Динамика заболеваемости и территориальное распространение инфекционного мононуклеоза. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2019; 63(4):186–192. <https://doi.org/10.18821/0044-197X-2019-63-4-186-192>
2. Liu M, Wang X, Zhang L, Feng G, Zeng Y, Wang R, Xie Z. Epidemiological characteristics and disease burden of infectious mononucleosis in hospitalized children in China: A nationwide retrospective study. *Viral Sin*. 2022 Oct; 37(5):637–645. <https://doi.org/10.1016/j.virs.2022.07.007>
3. Куликова М. М., Соломай Т. В., Семенов Т. А. Клинико-лабораторные особенности первичной острой и реактивации хронической Эпштейна-Барр вирусной инфекции у детей (систематический обзор и метаанализ). *Детские инфекции*. 2022; 21(1):49–55. <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2022-21-1-49-55>

References:

1. Solomaj T.V. Dynamics of morbidity and territorial spread of infectious mononucleosis. *Zdravooxranenie Rossijskoj Federacii*. 2019; 63(4):186–192. (In Russ.) <https://doi.org/10.18821/0044-197X-2019-63-4-186-192>
2. Liu M, Wang X, Zhang L, Feng G, Zeng Y, Wang R, Xie Z. Epidemiological characteristics and disease burden of infectious mononucleosis in hospitalized children in China: A nationwide retrospective study. *Viral Sin*. 2022 Oct; 37(5):637–645. <https://doi.org/10.1016/j.virs.2022.07.007>
3. Kulikova M.M., Solomaj T.V., Semenenko T.A. Clinical and laboratory differences between primary acute and reactivation of chronic Epstein-Barr viral infection in children (systematic review and meta-analysis). *Detskie Infektsii=Children's Infections*. 2022; 21(1):49–55. (In Russ.) <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2022-21-1-49-55>

4. Rutkowska M, Pokorska-Śpiewak M. Epstein Barr Virus Hepatitis-A Mild Clinical Symptom or a Threat? *Vaccines (Basel)*. 2023 Jun 19; 11(6):1119. <https://doi.org/10.3390/vaccines11061119>
5. Бобровицкая А.И., Дубовая А.В., Лепихова Л.П., Захарова Л.А., Кара-чаева Е.С. Некоторые клинико-патогенетические аспекты первичной формы Эпштейна-Барр вирусной инфекции у детей. *Военная и тактиче-ская медицина, медицина неотложных состояний*. 2022; 2(5):42–56. <https://doi.org/10.55359/2782-3296.2022.81.55.006>
6. Zhang C, Cui S, Mao G, Li G. Clinical Characteristics and the Risk Factors of Hepatic Injury in 221 Children With Infectious Mononucleosis. *Front Pedi-atr*. 2022 Jan 12; 9:809005. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.809005>
7. Leonardsson, H., Hreinsson, J. P., Löve, A., & Björnsson, E. S. Hepatitis due to Epstein-Barr virus and cytomegalovirus: clinical features and outcomes. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2017; 52(8):893–897. <https://doi.org/10.1080/00365521.2017.1319972>
8. Rostgaard K, Balfour HH Jr, Jarrett R, Erikstrup C, Pedersen O, Ullum H, Nielsen LP, Voldstedlund M, Hjalgrim H. Primary Epstein-Barr virus infection with and without infectious mononucleosis. *PLoS One*. 2019 Dec 17; 14(12):e0226436. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226436>
9. Mazur-Melewska K, Breńska I, Jończyk-Potoczna K, et al. Neurologic Complications Caused by Epstein-Barr Virus in Pediatric Patients. *Journal of Child Neurology*. 2016; 31(6):700–708. <https://doi.org/10.1177/0883073815613563>
10. Tselis, AC. Chapter 13: Epstein-Barr virus infections of the nervous system. En: *Handbook of Clinical Neurology*. 2014; 123:285–305.
11. Patel P. Neurological Complications Diseases of Epstein-Barr virus. 2022; *J Clin Infect Dis Pract*, 7:149. <https://doi.org/10.4172/2476-213X.1000149>
12. Soldan SS, Lieberman PM. Epstein-Barr Virus Infection in the Development of Neurological Disorders. *Drug Discov Today Dis Models*. 2020; 32(Pt A):35–52. <https://doi.org/10.1016/j.ddmod.2020.01.001>
13. Скрипченко Н.В., Лобзин Ю.В., Иванова Г.П., Команцев В.Н., Алексеева Л.А., Иванова М.В., Вильниц А.А., Горелик Е.Ю., Скрипченко Е.Ю. Нейроинфекции у детей. *Детские инфекции*. 2014; 13(1):8–18. <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2014-13-1-8-18>
14. Karalok ZS, Taskin BD, Ozturk Z, Gurkas E, Koc TB, Guven A. Childhood peripheral facial palsy. *Childs Nerv Syst*. 2018 May; 34(5):911–917. <https://doi.org/10.1007/s00381-018-3742-9>
15. Özkale Y, Erol I, Saygi S, et al. Overview of pediatric peripheral facial nerve paralysis. *J Child Neurol*. 2014; 30(2):193–99.
16. Wohrer D, Moulding T, Titomanlio L, Lenglar L. Acute Facial Nerve Palsy in Children: Gold Standard Management. *Children (Basel)*. 2022 Feb 17; 9(2): 273. <https://doi.org/10.3390/children9020273>
17. Ирикова М.А., Скрипченко Е.Ю., Войтенков В.Б., Марченко Н.В., Скрип-ченко Н.В., Голева О.В., Петров И.Б. Клинико-этиологические особен-ности невралгии лицевого нерва у детей и их роль в прогнозировании исходов заболевания. *Журнал инфектологии*. 2023; 15(3):3943. <https://doi.org/10.22625/2072-6732-2023-15-3-39-43>
18. Bilge, S., Mert, G.G., Hergüner, M.Ö. et al. Peripheral facial nerve palsy in children: clinical manifestations, treatment and prognosis. *Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg*. 2022; 58:152. <https://doi.org/10.1186/s41983-022-00596-1>
19. Vogelник K, Matos A. Facial nerve palsy secondary to Epstein-Barr virus in-fection of the middle ear in pediatric population may be more common than we think. *Wien Klin Wochenschr*. 2017 Nov; 129(21–22):844–847. <https://doi.org/10.1007/s00508-017-1259-y>
20. Álvarez-Argüelles ME, Rojo-Alba S, Rodríguez Pérez M, Abreu-Salinas F, de Lucio Delgado A, Melón García S. Infant Facial Paralysis Associated with Epstein-Barr Virus Infection. *Am J Case Rep*. 2019 Aug 17; 20:1216–1219. <https://doi.org/10.12659/AJCR.917318>
4. Rutkowska M, Pokorska-Śpiewak M. Epstein Barr Virus Hepatitis-A Mild Clinical Symptom or a Threat? *Vaccines (Basel)*. 2023 Jun 19; 11(6):1119. <https://doi.org/10.3390/vaccines11061119>
5. Bobroviczaya A.I., Dubovaya A.V., Lepixova L.P., Zaxarova L.A., Karachaeva E.S. Some clinical and pathogenetic aspects of the primary form of Epstein-Barr viral infection in children *Voennaya i Takticheskaya Medicina, Medicina Neotlozhny`x Sostoyanij*. 2022; 2(5):42–56. (In Russ.) <https://doi.org/10.55359/2782-3296.2022.81.55.006>
6. Zhang C, Cui S, Mao G, Li G. Clinical Characteristics and the Risk Factors of Hepatic Injury in 221 Children With Infectious Mononucleosis. *Front Pediatr*. 2022 Jan 12; 9:809005. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.809005>
7. Leonardsson, H., Hreinsson, J. P., Löve, A., & Björnsson, E. S. Hepatitis due to Epstein-Barr virus and cytomegalovirus: clinical features and outcomes. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2017; 52(8):893–897. <https://doi.org/10.1080/00365521.2017.1319972>
8. Rostgaard K, Balfour HH Jr, Jarrett R, Erikstrup C, Pedersen O, Ullum H, Nielsen LP, Voldstedlund M, Hjalgrim H. Primary Epstein-Barr virus infection with and without infectious mononucleosis. *PLoS One*. 2019 Dec 17; 14(12):e0226436. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226436>
9. Mazur-Melewska K, Breńska I, Jończyk-Potoczna K, et al. Neurologic Complications Caused by Epstein-Barr Virus in Pediatric Patients. *Journal of Child Neurology*. 2016; 31(6):700–708. <https://doi.org/10.1177/0883073815613563>
10. Tselis, AC. Chapter 13: Epstein-Barr virus infections of the nervous system. En: *Handbook of Clinical Neurology*. 2014; 123:285–305.
11. Patel P. Neurological Complications Diseases of Epstein-Barr virus. 2022; *J Clin Infect Dis Pract*, 7:149. <https://doi.org/10.4172/2476-213X.1000149>
12. Soldan SS, Lieberman PM. Epstein-Barr Virus Infection in the Development of Neurological Disorders. *Drug Discov Today Dis Models*. 2020; 32(Pt A): 35–52. <https://doi.org/10.1016/j.ddmod.2020.01.001>
13. Skripchenko N.V., Lobzin V.V., Ivanova G.P., Komantsev V.N., Alekseeva L.A., Ivanova M.V., Vilnits A.A., Gorelik E.Yu., Skripchenko E.Yu. Neuroinfectious diseases in children. *Detskie Infektsii=Children's Infections*. 2014; 13(1):8–18. (In Russ.) <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2014-13-1-8-18>
14. Karalok ZS, Taskin BD, Ozturk Z, Gurkas E, Koc TB, Guven A. Childhood peripheral facial palsy. *Childs Nerv Syst*. 2018 May; 34(5):911–917. <https://doi.org/10.1007/s00381-018-3742-9>
15. Özkale Y, Erol I, Saygi S, et al. Overview of pediatric peripheral facial nerve paralysis. *J Child Neurol*. 2014; 30(2):193–99.
16. Wohrer D, Moulding T, Titomanlio L, Lenglar L. Acute Facial Nerve Palsy in Children: Gold Standard Management. *Children (Basel)*. 2022 Feb 17; 9(2):273. <https://doi.org/10.3390/children9020273>
17. Irikova M.A., Skripchenko E.Yu., Voitenkov V.B., Marchenko N.V., Skrip-chenko N.V., Goleva O.V., Petrov I.B. Clinical and etiological features of peadiatric facial neuropathy and their role in predicting outcomes. *Journal Infectology*. 2023; 15(3):39–43. (In Russ.) <https://doi.org/10.22625/2072-6732-2023-15-3-39-43>
18. Bilge, S., Mert, G.G., Hergüner, M.Ö. et al. Peripheral facial nerve palsy in children: clinical manifestations, treatment and prognosis. *Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg*. 2022; 58:152. <https://doi.org/10.1186/s41983-022-00596-1>
19. Vogelник K, Matos A. Facial nerve palsy secondary to Epstein-Barr virus in-fection of the middle ear in pediatric population may be more common than we think. *Wien Klin Wochenschr*. 2017 Nov; 129(21–22):844–847. <https://doi.org/10.1007/s00508-017-1259-y>
20. Álvarez-Argüelles ME, Rojo-Alba S, Rodríguez Pérez M, Abreu-Salinas F, de Lucio Delgado A, Melón García S. Infant Facial Paralysis Associated with Epstein-Barr Virus Infection. *Am J Case Rep*. 2019 Aug 17; 20:1216–1219. <https://doi.org/10.12659/AJCR.917318>

Статья поступила 21.02.24

Конфликт интересов: Авторы подтвердили отсутствие конфликта интересов, финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest: The authors confirmed the absence conflict of interest, financial support, which should be reported