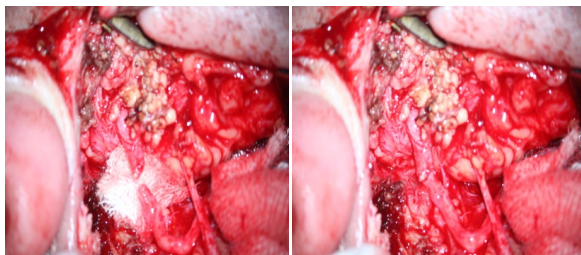
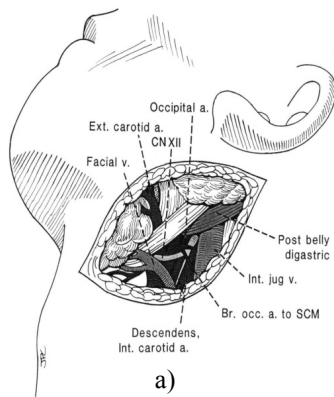


Хірургічна техніка

Вперше XII-VII анастомоз був виконаний Korte у 1901 р. по типу «кінець-в-бік» [18]. Пізніше Valance виконав модифікацію цієї методики до того вигляду, в якому вона застосовується сьогодні [22]. Сутність методики залишилась незмінною до сьогоднішнього дня. Виконувався завушний розріз шкіри, який був продовжений до межі верхньої і нижніх 2/3 грудиноключично-соскоподібного м'яза (рис. 1). Виконувалась ідентифікація дистальної частини ЛН у ділянці мастоїдальної порції каналу лицевого нерва або у ділянці шило-соскоподібного отвору, після цього грудиноключично-соскоподібний м'яз відводився назад, в ділянці судинно-нервового пучка виконувалась ідентифікація під'язикового нерва під заднім брюшком *m. digastricus* (рис. 2) і виконувалось пересічення 12 нерва якомога дистальніше в частині його петлі.



б)

Рис. 1:

- а) схематичне зображення техніки накладання XII-VII анастомозу;
б) фото ділянки.

Потім виконувалась адаптація країв нервів і зшивання кінець-в-кінець шляхом накладання 3-4 швів 8-0 монофіламент

Пролен на периневрій. Після гемостазу рана пошарово зашивалась. Всі пацієнти знаходились під спостереженням лікаря-фізіотерапевта і отримували курс ЛФК і масаж м'язів обличчя за однаковою програмою.

Результати

Відповідно до шкали Хауза-Брекмана, через 12 міс. після виконання операції XII-VII анастомозу за класичною методикою пацієнти розподілились таким чином: I ступінь функції лицевого нерва не мав жоден хворий, II ступінь – 1 (3,22%), III – 14 (45,16%), IV – 10 (32,25%), V – 3 (9,67%) і VI – 2 (6,45%).

Іншою частиною суб'єктивного обстеження хворих було визначення термінів появи перших рухів та строків відновлення симетрії обличчя у спокої (якщо вона досягалась). Так, у переважній більшості хворих (24 (77,41%)) поява перших рухів відмічалась через 9-10 міс. після хірургічного втручання, у інших перші рухи з'являлись через 1 рік після операції. Поява перших рухів локалізувалась у ділянці кругового м'яза ока. Відносно повну симетрію обличчя було досягнуто майже у половині пацієнтів (15 осіб (48,1%)), в середньому через 14-15 міс. після накладання під'язиково-лицевого анастомозу.

Вивчення функції лицевого нерва за допомогою електроміографічного дослідження виконувалось у повному обсязі і складалось з реєстрації М-відповіді на 4 м'язах обличчя: *m. frontalis*, *m. orbicularis oculi*, *m. orbicularis oris* та *m. mentalis*. Показник М-відповіді не має індивідуальної норми і оцінюється по відношенню до здорової сторони у % її функції, а в абсолютному значенні виражається у мілівольтах. Оцінка даних показників виконувалась через 3; 6 та 12 міс. після виконання хірургічного втручання. Так, через 3 міс. середнє значення М-відповіді з лобного м'язу після виконання XII-VII анастомозу складало 15,8%; через 6 міс. – 26,5%; через 12 міс. – 29,23%. Середнє значення показника М-відповіді в ділянці кругового м'язу ока через 3 міс. становило 21,23%; через 6 міс. – 37,84%; через 12 міс. – 43,61% від показника здорової сторони (табл. 2).

Середні значення показників М-відповіді після накладання XII-VII анастомозу у різні строки після хірургічного втручання

М'яз	М-відповідь, %		
	строки проведення ЕМГ-дослідження після виконання XII-VII анастомозу		
	через 3 міс.	через 6 міс.	через 12 міс.
m. frontalis	15,8	26,5	29,23
	$\sigma=2,51$; $m=0,71$	$\sigma=3,77$; $m=1,29$	$\sigma=2,62$; $m=1,22$
m. orbicularis oculi	21,23	37,84	43,61
	$\sigma=2,29$; $m=1,37$	$\sigma=2,64$; $m=1,52$	$\sigma=3,26$; $m=1,46$
m. orbicularis oris	16,19	30,42	33,7
	$\sigma=1,75$; $m=0,69$	$\sigma=2,10$; $m=1,33$	$\sigma=2,62$; $m=1,01$
m. mentalis	12,95	24,04	27,25
	$\sigma=1,62$; $m=0,96$	$\sigma=2,56$; $m=0,86$	$\sigma=2,08$; $m=0,56$

Примітки: М – середнє значення М-відповіді; σ – середньоквадратичне відхилення; m – середня помилка відповідного значення М.

При реєстрації М-відповіді з кругового м'яза рота були отримані такі результати: середнє значення показника через 3 міс. після виконання анастомозу склало 16,19%; через 6 міс. – 30,42%; через 12 міс. – 33,7% від показника здорової сторони обличчя. Значення середньоквадратичного відхилення становило, відповідно, 1,75; 2,10; 2,48. При підрахунку значень М-відповіді, зареєстрованої з m. mentalis, отримано такі показники середнього значення М-відповіді: через 3 міс. – 12,95%; через 6 міс. – 24,04% і через 12 міс. – 27,25% від здорової сторони. Значення середньоквадратичного відхилення становили, відповідно, 1,62; 4,12; і 4,08, а середня помилка відповідного значення складала 0,96; 0,86; і 0,56.

Обговорення

Хірургічне лікування захворювань скроневої кістки пов'язане з ризиком травмування або повного пересічення ЛН. Основне місце серед захворювань, які найчастіше викликають ураження лицевого нерва, є пухлини мосто-мозочкового кута (ММК) та піраміди скроневої кістки [6, 10, 12, 16, 17, 22, 23]. Так, майже у половини хворих з пухлинами ММК очікується розвиток ураження ЛН [23]. Особливе значення при наявності

і видаленні пухлин цієї ділянки є те, що ідентифікація проксимальної частини ЛН у місці її проникнення у стовбур мозку дуже часто є неможливою. Цей факт створює умови для пошуку нерва-донора для постачання моторних волокон до м'язів, які були інервовані ЛН. Найчастіше в практиці використовуються під'язиковий та додатковий нерви. Таким чином, абсолютними умовами і показаннями для проведення XII-VII анастомозу є недоступність проксимальної частини ЛН, наявність дистальної частини ЛН, задовільна функція XII пари черепно-мозкових нервів (ЧМН) на протилежному боці, а також наявність мімічних м'язів у ділянці майбутньої ре-іннервації у вітальному стані. Слід зазначити, що бажаним є збереження функції інших черепних нервів (IX та X пар), які беруть участь в регуляції акта ковтання. Окрім того, мімічні м'язи на боці ураження ЛН повинні знаходитись не у стадії атрофії, що регламентується часом від початку паралічу ЛН і ЕМГ дослідженням м'язів обличчя. Відносно часового регламенту – більшість авторів зазначає необхідність якомога раннього виконання XII-VII анастомозу, і обмежують термін його виконання 12 міс. від початку УЛН [6-8, 10, 13, 22].

Процедури відновлення в основному були виконані на протязі першого року після початку паралічу ЛН. Але м'язова атрофія, денерваційний фіброз і нейрональна дегенерація зазвичай починались раніше. Вибір часу для виконання XII-VII анастомозу повинен бути зроблений до моменту початку втрати життєздатності лицьової мускулатури і фіброзу дистальної частини ЛН. Однак в світовій літературі не має точного визначення відносно часу накладання анастомозу. Так, Clayton зі співавторами доповів про успіх відтермінованого анастомозу (через 1 рік від початку паралічу), який не відрізнявся статистично від невідкладного відновлення ЛН [10]. Kunihiro та співавтори показали, що XII-VII анастомоз повинен бути виконаний не пізніше 3 міс. від початку паралічу [19]. Сумарний аналіз досліджень демонструє, що дуже важливо виконувати операції по відновленню пошкодженого ЛН не пізніше 12 міс. після початку паралічу ЛН, а також що ранній анастомоз забезпечує краще відновлення. З іншого боку, потрібно зауважити, що є публікації, які доводять, що навіть у дуже давнених випадках існує шанс на відновлення функції [22].

Накопичені дані продемонстрували, що не визначено певний термін, після якого XII-VII анастомоз буде неефективним. Однак узагальнені результати аналізу літературних джерел, за виключенням декількох випадків, вказують, що у пацієнтів з тривалим лицьовим паралічем, тяжкою м'язовою атрофією і нейрональним фіброзом взагалі не буде такої ж хорошої функції лицьового нерва, як у тих осіб, яким було виконане раннє відновлення ЛН [23-25]. Так, Matsunaga та співавтори у гістологічному дослідженні зразків лицьового нерва, отриманих від 10 пацієнтів, що перенесли XII-VII анастомоз після видалення пухлин ММК, продемонстрували, що регенерація лицьового нерва була найліпшою у групі з раннім виконанням анастомозу [21].

Успіх під'язиково-лицьового анастомозу

За даними багатьох авторів, через 12 міс. після накладання XII-VII анастомозу спостерігався такий розподіл за ступенем від-

новлення функції: II ступінь – 3,3-10,6% випадків; III ступінь – 50,8-60,3 %; IV ступінь – 28,9-32,7%; V ступінь – 6,3 % і найгірші результати – VI ступінь – 1,4%. Авторами також було відмічено, що у пацієнтів з невриномою лицьового нерва і вогнепальними пораненнями результати були гіршими, ніж у пацієнтів з акустичною невриномою [1-3, 5, 6, 14-20].

Слід відмітити, що оцінювання функції лицьового нерва майже у всіх дослідженнях виконувалось за допомогою шкали Хауза-Брекмана, а також за допомогою ЕМГ-дослідження м'язів обличчя. Найчастіше оцінка виконувалась через 12 міс. від моменту накладання XII-VII анастомозу.

На думку багатьох авторів, збільшення амплітуди М-відповіді, збільшення об'єму повторної невротизації м'язів, більш рання поява компонентів мигального рефлексу свідчить про активні процеси відновлення ЛН і добрий прогноз стосовно повноти відновлення його функції [1, 3, 4, 9, 20].

Серед недоліків, які пов'язані з виконанням XII-VII анастомозу, є порушення функції під'язикового нерва і геміатрофія язика, яка, в свою чергу, є причиною порушення мови, ковтання, погіршення якості життя у частини пацієнтів [13, 19-25]. Тобто, існує необхідність у поліпшенні і модифікації існуючої методики для збереження або поновлення функції XII пари черепно-мозкових нервів.

Оцінюючи представлені вище результати з погляду ефективності відновлення функції ЛН після проведення XII-VII анастомозу, стає очевидним, що існує великий часовий проміжок від моменту операції до початку відновлення функції ЛН. Таким чином, одним із завдань при накладанні XII-VII анастомозу є збереження функції м'язів за рахунок різних реабілітаційних методик. На нашу думку, одним з можливих напрямків є використання ФЕС у декілька сеансів на протязі післяопераційного періоду у таких пацієнтів.

Висновки

Використання під'язиково-лицьового анастомозу забезпечує відновлення функції

лицевого нерва в середньому не більш ніж у 48,38% пацієнтів до III ст. за шкалою Хауза-Брекмана.

Основним показанням для проведення даної операції є недоступність проксимальної частини ЛН при повному порушенні його функції.

Очікуване відновлення функції спостерігається через 10-12 місяців від моменту накладання анастомозу.

Використання під'язикового нерва у якості донора обумовлює однобічну атрофію язика і, як наслідок, – порушення мови або ковтання у частини пацієнтів

Література

1. Гехт Б.М., Касаткина Л.Ф., Самойлов М.М., Санадзе А.Г. Электромиография в диагностике нервно-мышечных заболеваний. – Таганрог: Изд-во ТРТУ, 1997. – 370 с.
2. Гребенюк В.И., Чуприна Ю.В. Хирургическое лечение параличей лицевых мышц. – Л.: Медицина. – 1964.
3. Кардаш А.М. Реабилитация больных с повреждением лицевого нерва // Архив клинической и экспериментальной медицины. 2003. – Т. 12, №1. – С. 84-86.
4. Команцев В.Н., Заболотных В.А. Методические основы клинической электронейромиографии: Руководство для врачей. – СПб: Лань, 2001. – 349 с.
5. Кузанов И.Е., Калантаров А.М. Способы восстановления мимики лица при параличе лицевого нерва // Анналы хирургии. – 2002. – №5. – С. 46-50.
6. Ширшов И.А. Лечение травматического повреждения лицевого нерва: протоколы заседания Московского общества нейрохирургов // Нейрохирургия: научно-практический журнал. – 2006. – №1. – С. 61
7. Шкороботун В.О., Абизов Р.А., Шкоба Я.В. Особливості хірургічного лікування парезу лицевого нерва, зумовленого хронічним гнійним середнім отитом. Матеріали III з'їзду нейрохірургів України. – 2003.
8. Bento RF, de Brito RV. Gunshot wounds to the facial nerve. Otol Neurotol 2004;25:1009-13.
9. Brudny J, Hammerschlag PE, Cohen NL, Ransohoff J. Electromyographic rehabilitation of facial function and introduction of a facial paralysis grading scale for hypoglossal-facial nerve anastomosis. Laryngoscope 1988;98:405-10.
10. Clayton MI, Rivron RP, Hanson DR, Fenwick JD. Evaluation of recent experience in hypoglossal-facial nerve anastomosis in the treatment of facial palsy. J Laryngol Otol 1989;103: 63-5.
11. Chang CGS, Shen ALY. Hypoglossofacial anastomosis for facial palsy after resection of acoustic neuroma. Surg Neurol 1984;21:282-6.
12. Darrouzet V, Martel J, Enee V, Bebear JP, Guerin J. Vestibular schwannoma surgery outcomes: our multidisciplinary experience in 400 cases over 17 years. Laryngoscope 2004;114: 681-8.
13. Gavron JP, Clemis JD. Hypoglossal-facial nerve anastomosis: a review of forty cases caused by facial nerve injuries in the posterior fossa. Laryngoscope 1984;94:1447-50.
14. Hammerschlag PE, Brudny J, Cusumano R, Cohen NL. Hypoglossal-facial nerve anastomosis and electromyographic feedback rehabilitation. Laryngoscope 1987;97:705-9.
15. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. Otolaryngol Head Neck Surg 1985;93:146-7.
16. Kaylie DM, Gilbert E, Horgan MA, Delashaw JB, Mc-Menomey SO. Acoustic neuroma surgery outcomes. Otol Neurotol 2001;22:686-9.
17. Kim CS, Chang SO, Oh SH, Ahn SH, Hwang CH, Lee HJ. Management of infratemporal facial nerve schwannoma. Otol Neurotol 2003;24:312-6.
18. Körte W. Ein Fall von Nervenpfropfung des Nervus facialis auf den Nervus hypoglossus. Dtsch Med Wochenschr 1903; 29: 293-295
19. Kunihiro T, Kanzaki J, O-Uchi T. Hypoglossal-facial nerve anastomosis. Clinical observation. Acta Otolaryngol Sup-pi (Stockh) 1991(suppl 487):80-4.
20. Manni JJ, Beurskens CHG, van de Velde C, Stokroos RJ. Reanimation of the paralyzed face by indirect hypoglossal-facial nerve anastomosis. Am J Surg 2001;182:268-73.
21. Matsunaga T, Kanzaki J, O-Uchi T, et al. Functional and histological evaluation of the facial nerve in patients who have undergone hypoglossal-facial anastomosis after removal of cerebellopontine angle tumors. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec 1995;57:153-60.
22. May M, Sobol SM, Mester SJ. Hypoglossal-facial nerve interpositional-jump graft for facial reanimation without tongue atrophy. Otolaryngol Head Neck Surg 1991;104:818-25.
23. Samii M, Matthies C. Indication, technique and results of facial nerve reconstruction. Acta Neurochir (Wien) 1994;130: 125-39.
24. Sood S, Anthony R, Homer JJ, Van Hille P, Fenwick JD. Hypoglossal-facial nerve anastomosis:

assessment of clinical results and patient benefit for facial nerve palsy following acoustic neuroma excision. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2000;25:219-26.

References

1. Gekht BM, Kasatkina LF, Samoilov MM, Sanadze AG. Electromyography in the diagnosis of nerve-and-muscle diseases. *Taganrog*. 1997:370 p. Russian.
2. Grebenyuk VI, Chupryna YuV. Surgical treatment of paralysis of facial muscles. *Leninograd:Medicine*;1964. Russian.
3. Kardash A.M. Rehabilitation of patients with damage to the facial nerve. *Archive of clinical and experimental medicine*. 2003;12(1):84-6. Russian.
4. Komantov VN, Zabolotnykh VA. Methodical bases of clinical electroneuromyography: A guide for physicians. *St. Petersburg: Lan*. 2001:349 p. Russian.
5. Kuzanov IE, Kalantarov AM. Methods of restoring mimic muscles function after paralysis of facial nerve. *Annals of surgery*. 2002;5:46-50. Russian.
6. Shirshov IA. Treatment of traumatic damage to the facial nerve: the proceedings of the Moscow Society of Neurosurgeons. *Neurosurgery: a scientific and practical journal*. 2006;1:61. Russian.
7. Shkorobotun VA, Abyzov RA, Shkoba YaV. Features of surgical treatment of paresis of the facial nerve, caused by chronic purulent otitis media. *Materials of the III Congress of Neurosurgeons of Ukraine*. 2003.
8. Bento RF, de Brito RV. Gunshot wounds to the facial nerve. *Otol Neurotol* 2004;25:1009-13.
9. Brudny J, Hammerschlag PE, Cohen NL, Ransohoff J. Electromyographic rehabilitation of facial function and introduction of a facial paralysis grading scale for hypoglossal-facial nerve anastomosis. *Laryngoscope* 1988;98:405-10.
10. Clayton MI, Rivron RP, Hanson DR, Fenwick JD. Evaluation of recent experience in hypoglossal-facial nerve anastomosis in the treatment of facial palsy. *J Laryngol Otol* 1989;103: 63-5.
11. Chang CGS, Shen ALY. Hypoglossofacial anastomosis for facial palsy after resection of acoustic neuroma. *Surg Neurol* 1984;21:282-6.
12. Darrouzet V, Martel J, Enee V, Bebear JP, Guerin J. Vestibular schwannoma surgery outcomes: our multidisciplinary experience in 400 cases over 17 years. *Laryngoscope* 2004;114: 681-8.
13. Gavron JP, Clemis JD. Hypoglossal-facial nerve anastomosis: a review of forty cases caused by facial nerve injuries in the posterior fossa. *Laryngoscope* 1984;94:1447-50.
14. Hammerschlag PE, Brudny J, Cusumano R, Cohen NL. Hypoglossal-facial nerve anastomosis and electromyographic feedback rehabilitation. *Laryngoscope* 1987;97:705-9.
15. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1985;93:146-7.
16. Kaylie DM, Gilbert E, Horgan MA, Delashaw JB, Mc-Menomey SO. Acoustic neuroma surgery outcomes. *Otol Neurotol* 2001;22:686-9.
17. Kim CS, Chang SO, Oh SH, Ahn SH, Hwang CH, Lee HJ. Management of infratemporal facial nerve schwannoma. *Otol Neurotol* 2003;24:312-6.
18. Körte W. Ein Fall von Nervenpflropfung des Nervus facialis auf den Nervus hypoglossus. *Dtsch Med Wochenschr* 1903; 29: 293-295
19. Kunihiro T, Kanzaki J, O-Uchi T. Hypoglossal-facial nerve anastomosis. Clinical observation. *Acta Otolaryngol Sup-pi (Stockh)* 1991(suppl 487):80-4.
20. Manni JJ, Beurskens CHG, van de Velde C, Stokroos RJ. Reanimation of the paralyzed face by indirect hypoglossal-facial nerve anastomosis. *Am J Surg* 2001;182:268-73.
21. Matsunaga T, Kanzaki J, O-Uchi T, et al. Functional and histological evaluation of the facial nerve in patients who have undergone hypoglossal-facial nerve anastomosis after removal of cerebellopontine angle tumors. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1995;57:153-60.
22. May M, Sobol SM, Mester SJ. Hypoglossal-facial nerve interpositional-jump graft for facial reanimation without tongue atrophy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1991;104:818-25.
23. Samii M, Matthies C. Indication, technique and results of facial nerve reconstruction. *Acta Neurochir (Wien)* 1994;130: 125-39.
24. Sood S, Anthony R, Homer JJ, Van Hille P, Fenwick JD. Hypoglossal-facial nerve anastomosis: assessment of clinical results and patient benefit for facial nerve palsy following acoustic neuroma excision. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2000;25:219-26.
25. Pensak ML, Jackson CG, Glasscock ME III, Gulya AJ. Facial reanimation with the VII-XII anastomosis: analysis of the functional and psychologic results. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1986;94:305-10.

Надійшла до редакції 18.01.2017

© А.Л. Бобров, 2017

ПОДЪЯЗЫЧНО-ЛИЦЕВОЙ АНАСТОМОЗ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Бобров А.Л. (Киев)

А н н о т а ц и я

Нарушение функции лицевого нерва (ЛН) – одно из патологических состояний, которое в виде осложнений может встречаться при выполнении хирургических вмешательств в области среднего уха и основания черепа. Для восстановления функции ЛН при его полном пересечении и при отсутствии его проксимальной части одной из самых эффективных методик является подъязычно-лицевой анастомоз. В работе представлена ретроспективная оценка эффективности XII-VII анастомоза у пациентов с поражением лицевого нерва различной этиологии.

Материалы и методы: В течение 2010-2015 гг. в отделении микрохирургии уха и отонейрохирургии ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Колумийченко НАМН Украины» было обследовано 36 пациентов с поражением ЛН различной этиологии, которым был произведен анастомоз XII-VII пары черепно-мозговых нервов. Пациенты были классифицированы по шкале Хауза-Брекмана [15] и обследованы электрофизиологически – им была проведена электромиография мимических мышц лица до и после операции (через 3; 6 и 12 мес.).

Результаты: в соответствии со шкалой Хауза-Брекмана, через 12 мес. после выполнения операции XII-VII анастомоза по классической методике I-ю степень функции лицевого нерва не имел ни один больной, II степень зафиксирована у 1 пациента (3,22%), III – у 14 (45,16%), IV – у 10 (32,25%), V – у 3 (9,67%) и VI – 2 (6,45%).

Выводы: Использование подъязычно-лицевого анастомоза обеспечивает восстановление функции лицевого нерва до III-й степени по шкале Хауза-Брекмана в среднем не более чем у 48,38% пациентов. Основным показанием для проведения данной операции является недоступность проксимальной части лицевого нерва при полном нарушении его функции. Ожидаемое восстановление функции наблюдается через 10-12 месяцев с момента наложения анастомоза.

Ключевые слова: лицевой нерв, дисфункция, электромиография, подъязычно-лицевой анастомоз, результаты.

HYPOGLOSSAL-FACIAL ANASTOMOSIS IN PATIENTS WITH FACIAL PARALYSIS OF DIFFERENT ETIOLOGY

Bobrov AL

State institution «O.S. Kolomyichenko Institute of Otolaryngology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine»; e-mail: amtc@kndio.kiev.ua

Abstract

Facial nerve paralysis is a disease which can occur as complication after the middle ear and skull base surgery. Hypoglossal-facial anastomosis is one of “gold standard” type of surgical intervention for restoration of facial function. In this study we present the analysis of hypoglossal-facial anastomosis efficiency in patients with facial paralysis of different etiology.

Material and methods: 36 patients with facial paralysis different etiology were undergone the 12-7 anastomosis in department of microsurgery of ear and otoneurology State Institution «O.S. Kolomyichenko institute of otolaryngology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine” from 2010 to 2015 years. Patients were estimated by House-Brackman scale and electrophysiologically by EMG of mimic muscles before and after the surgery.

Results: The patients were divided regarding to different rate of facial function after 12 months after 12-7 anastomosis by House-Brackman scale. I grade of facial function wasn't found in any patient, 1 patient had II grade (3,22%), III – 14 (45,16%), IV – 10 (32,25%), V – 3 (9,67%) i VI – 2 (6,45%).

Conclusion: With application of hypoglossal-facial anastomosis we achieved good facial function (III grade by House-Brackman scale) in no more than 48,38% patients. One of important indication for hypoglossal-facial anastomosis is absence of proximal stump of facial nerve. Time of recovery is 12 months after the surgery.

Key words: facial nerve dysfunction, electromyography, sublingually-facial anastomosis, results.