

## НЕВРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Кафедра военно-полевой терапии военно-медицинского факультета  
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,  
ГУ «Центральная военно-врачебная комиссия Вооруженных Сил Республики Беларусь»<sup>2</sup>,  
ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр  
Вооруженных Сил Республики Беларусь»<sup>3</sup>

---

В данной статье представлены общие сведения о клинических проявлениях, современных подходах к диагностике и лечению пациентов с невропатией лицевого нерва (НЛН). Авторами сделан акцент на медико-социальную значимость и актуальность проблемы у лиц трудоспособного возраста, в том числе военнослужащих. А также представлены результаты собственного исследования по вопросу оказания медицинской помощи военнослужащим, госпитализированным в Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь» (432 ГВКМЦ) по поводу НЛН. Проведен анализ клинико-диагностических возможностей, тактики лечения, профилактики возможных осложнений, решение экспертных вопросов у данной категории пациентов в условиях 432 ГВКМЦ.

**Ключевые слова:** невропатия лицевого нерва, диагностика, лечение.

E. V. Titkova, A. N. Yanul, I. Y. Taranko, A. A. Gorbarchuk, V. N. Ryltsov, S. V. Yeshenko

## NEUROPATHY OF THE FACIAL NERVE IN MILITARY SERVANTS: CLINICAL ASPECTS OF MEDICAL ASSISTANCE

This article provides general information about the clinical manifestations, current approaches to the diagnosis and treatment of patients with facial neuropathy (NLN). The authors focus on the medico-social significance and relevance of the problem among people of working age, including military personnel. And also presented the results of their own research on the provision of medical care to servicemen hospitalized in 432 "The Main Military Clinical Medical Center of the Armed Forces of the Republic of Belarus" (432 GVKMTS) regarding the NLN. The analysis of clinical and diagnostic capabilities, tactics of treatment, prevention of possible complications, the solution of expert issues in this category of patients in the conditions of 432 GVKMTS.

**Key words:** neuropathy of facial nerve, diagnostics, treatment.

---

**Невропатия лицевого нерва** – заболевание периферической нервной системы, характеризующееся преимущественно односторонним парезом и/или параличом мимических и других мышц, иннервируемых лицевым нервом. Поражение лицевого нерва является в настоящее время актуальной проблемой у пациентов с патологией периферической нервной системы.

По данным ВОЗ, этот синдром традиционно занимает второе место в структуре заболеваний периферической нервной системы и первое по частоте возникновения поражений черепных нервов. Различий по частоте локализации между право- и левосторонним поражением не отмечается. Мужчины и женщины страдают с одинаковой частотой [2, 8].

У пациентов трудоспособного возраста наиболее часто возникает идиопатический паралич НЛН (от 60% до 90% всех пациентов), в остальных случаях его причиной являются травмы, воспалительные заболевания среднего уха, последствия оперативных вмешательств и т. д. [1, 5].

НЛН может иметь различную этиологию. Окончательно причины ее возникновения не установлены, в связи с чем в 75% случаев заболевания этиологию определить невозможно и рассматривают как идиопатическую невропатию – паралич Белла. По мнению большинства исследователей, НЛН этиологически связана с инфекционными факторами (вирусной инфекцией), в том числе с вирусом простого герпеса типа I.

Провоцирующими факторами могут быть переохлаждение области шеи, щеки и уха, особенно под воздействием сквозняка или кондиционера, травма, и поэтому воспаление лицевого нерва часто возникает в холодную, ветреную погоду на фоне нервных и эмоциональных стрессов. Первичная профилактика не разработана [2, 9].

НЛН возможна в любых возрастных группах, но пик заболеваемости приходится на 17–45 лет, то есть трудоспособный и социально активный возраст, когда наиболее значимы требования к внешнему виду, а последствия пареза мимической мускулатуры и ассиметрии лица у пациента обуславливают развитие функциональных, эстетических и психологических нарушений.

В связи с возможностью развития осложнений НЛН и формирования контрактуры пораженных мышц лица, необходимо своевременно выявить субъективные и объективные ранние симптомы НЛН: парестезии и онемение кожи лица, слезотечение, асимметрию лица при приеме пищи, нечеткость произношения согласных букв, асимметрию носогубных складок и опущение угла рта на пораженной стороне лица, невозможность «надувания» щеки (симптом паруса) и смыкания век на стороне прозопагеа («lagophthalmus – «заячий глаз») и др.

Типичная клиника лицевой невропатии не вызывает сомнений в постановке диагноза. Однако для исключения вторичного характера заболевания необходимо проведение инструментального обследования (нейровизуализация головного мозга, визуализация сосцевидного отростка и пирамиды височной кости, электронейромиография, УЗИ околоушной железы, отоскопия, аудиограмма, анализ спинно-мозговой жидкости, выполнение ряда лабораторных анализов: серологические пробы на ряд инфекционных агентов, и др. В редких случаях может также наблюдаться вовлечение VIII пары черепных нервов: головокружение, звон в ухе, снижение слуха.

В случае симптоматической НЛН отогенной этиологии (наличие в анамнезе заболеваний ЛОР-органов, выде-

ления из наружного слухового прохода, снижение слуха) необходима консультация оториноларинголога, при подозрении на Лайм-боррелиоз или другое инфекционное заболевание показана консультация инфекциониста с проведением лабораторно-серологической диагностики и других обследований.

Для скрининговой клинической оценки степени поражения лицевого нерва в рутинной практике используется **шкала House – Brackmann**, отражающая 4 степени тяжести прозопагеа [2].

После верификации диагноза НЛН необходимо незамедлительное назначение патогенетической терапии в соответствии с утвержденными клиническими протоколами, направленное в первую очередь на снятие отека, улучшение микроциркуляции в стволе нерва, проведение противовоспалительной и стимулирующей терапии [4].

Основной метод лечения – консервативный с применением медикаментозной терапии (глюкокортикоиды для системного применения, противовирусные и антибактериальные средства, периферические вазодилататоры, нейрорепротекторы, витамины группы «В», антихолинэстеразные средства (по завершению острой стадии заболевания) и др.), а также немедикаментозные методы (ЛФК: гимнастика мимических мышц; массаж; ФТА; ГБО; иглорефлексо-терапия – со второй недели и др. При неполном закрытии и сухости глазного яблока рекомендуется в связи с опасностью изъязвления роговицы применение увлажняющих глазных капель в течение дня, на ночь – закрывание глаза повязкой.

В большинстве случаев (90% и более случаев идиопатической НЛН) достаточно данного консервативного терапевтического комплексного лечения, однако в некоторых случаях с целью коррекции косметического дефекта применяются хирургические методы лечения (экстракраниальная реинервация (нейропластика), пластические операции на коже, мышцах и сухожилиях лица с целью уменьшения косметического дефекта и замещения функции парализованных мышц и др.).

Кроме того, оперативное лечение может быть показано при отогенной лицевой невропатии (при остром или хроническом среднем отите либо при патологии других смежных структур), его проводят в условиях ЛОР-отделения.

Следует также отметить, что некоторые проявления постпаралитического синдрома НЛН (миокимии, моторно-вегетативные и моторные синкинезии, мимические контрактуры, орофациальный болевой синдром) могут эффективно корректироваться в соответствии с медицинскими показаниями терапией ботулотоксином (ботулинический токсин типа А) [10].

Сложность и длительность процесса восстановления функциональной активности мимической мускулатуры, несвоевременность обращения за медицинской помощью или неадекватная диагностика и терапия являются основной причиной инвалидизации и социальной дезадаптации данной группы пациентов [2, 4].

Таким образом, ранняя диагностика и своевременно назначенная адекватная терапия НЛН сохраняют свою актуальность и медико-социальную значимость этой категории пациентов, в том числе у военнослужащих срочной военной службы.

Следует отметить, что медицинское освидетельствование граждан при призыве на срочную военную службу и военнослужащих, у которых выявлена НЛН, проводится

при определившемся врачебно-экспертном исходе (состоянии, при котором дальнейшее лечение не повлияет на категорию годности к военной службе) в соответствии со статьей 26 Расписания болезней и Требований к состоянию здоровья граждан (далее – Расписание болезней), утвержденным постановлением МО и МЗ РБ от 20.12.2010 № 51/170 [7].

В случае безуспешного лечения тяжелых форм НЛН граждане при призыве на срочную военную службу и военнослужащие всех категорий по пункту «а» статьи 26 Расписания болезней признаются негодными к военной службе с исключением с воинского учета.

В случае умеренной дисфункции лицевого нерва, требующей длительного лечения в стационарных условиях (в течение 2–3 месяцев в год) граждане при призыве на срочную военную службу и военнослужащие всех категорий по пункту «б» статьи 26 Расписания болезней признаются негодными к военной службе в мирное время, ограниченно годными к военной службе в военное время. В отдельных случаях для офицеров и прапорщиков этим же пунктом предусмотрена индивидуальная оценка категории годности к военной службе позволяющая сохранить их на военной службе, определив категорию годности в формулировке «годен к службе вне строя в мирное время».

При редко рецидивирующих (1 раз в год) НЛН с незначительным нарушением функции граждане при призыве на срочную военную службу и военнослужащие, проходящие срочную военную службу по пункту «в» статьи 26 Расписания болезней признаются негодными к военной службе в мирное время, ограниченно годными к военной службе в военное время. Военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, признаются годными к военной службе с незначительными ограничениями.

В случае выявления остаточных явлений НЛН, не нарушающих функцию и имеющих тенденцию к восстановлению, граждане при призыве на срочную военную службу и военнослужащие, проходящие срочную военную службу по пункту «г» статьи 26 Расписания болезней признаются годными к военной службе с незначительными ограничениями. Военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, признаются годными к военной службе.

С учетом вышеизложенного, вопросы диагностики, клинических проявлений и лечения НЛН являются важными и значимыми в практической работе врачей разных специальностей, а также врачей-специалистов призывных комиссий для определения категории годности призывников к срочной военной службе, военнослужащих срочной военной службы и проходящих службу по контракту.

В виду актуальности проблемы был проведен анализ оказания медицинской помощи военнослужащим, находив-

шимся на стационарном лечении в 432 ГВКМЦ с диагнозом НЛН (G 51), с оценкой обоснованности проведенных лечебно-диагностических мероприятий данной категории пациентов.

**Цель работы:** провести клинко-диагностическое сопоставление данных диагностики и оказания медицинской помощи военнослужащим, госпитализированным в 432 ГВКМЦ по поводу НЛН, осуществить анализ эффективности лечения и выявить проблемные вопросы ее оказания.

### Материал и методы

Объектом исследования были военнослужащие срочной военной службы, службы по контракту, военнообязанные запаса (далее – военнослужащие), госпитализированные с установленным диагнозом идиопатической и/или симптоматической (отогенной) невралгии лицевого нерва, исключены случаи синдрома НЛН на фоне демиелинизирующих заболеваний нервной системы, а также травматического и паранеопластического генеза.

Изучены анамнестические сведения, клинические проявления, результаты клинко-инструментальных обследований у 36 военнослужащих с НЛН, находившихся на лечении в 432 ГВКМЦ в 2015–2017 гг., а также результаты экспертной оценки у 20 пациентов. Анализ и оценка уровня организации специализированной помощи данной категории пациентов проводились на основании клинических протоколов диагностики и лечения пациентов с патологией нервной системы. Для оценки степени выраженности прозопагеа применялась шкала House – Brackmann.

### Результаты и обсуждение

На основании анализа оказания медицинской помощи 36 пациентам с НЛН, находившихся на лечении в 432 ГВКМЦ, установлено следующее:

1. Средний возраст военнослужащих составил 29 лет (женщины  $n = 3$  (8%) – 35 лет, мужчин  $n = 33$  (92%) – 28 лет) (рис. 1).

2. Госпитализированы по направлению скорой медицинской помощи 2 пациента, медицинской роты – 2, амбулаторного центра 432 ГВКМЦ – 17, медицинского пункта воинской части – 15 (рис. 2).

3. Средняя длительность госпитализации пациентов с НЛН составила 13 койко-дней.

4. Диагностированы следующие клинические варианты НЛН: идиопатическая невралгия лицевого нерва (паралич Белла) – у 94% ( $n = 34$ ), отогенная невралгия – у 6% ( $n = 2$ ) пациентов.

5. Выявлены провоцирующие (триггерные) факторы манифестации НЛН: общее и локальное переохлаждение в 82% ( $n = 30$ ), перенесенные ОРВИ в 12% ( $n = 4$ ), психоэмоциональный стресс в 6% ( $n = 2$ ) случаев (рис. 3).

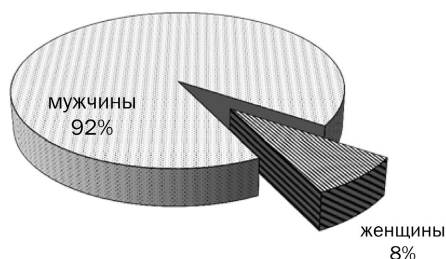


Рис. 1. Структура госпитализированных пациентов по гендерному признаку

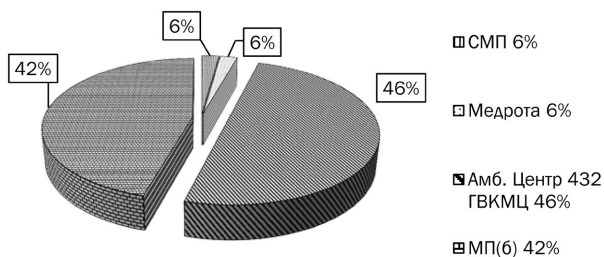


Рис. 2. Удельный вес подразделений и военных организаций здравоохранения, направивших на госпитализацию военнослужащих с НЛН

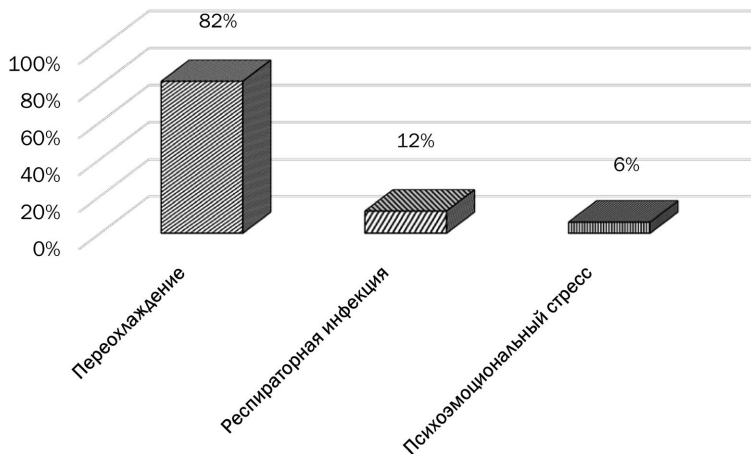


Рис. 3. Триггерные факторы манифестации НЛН

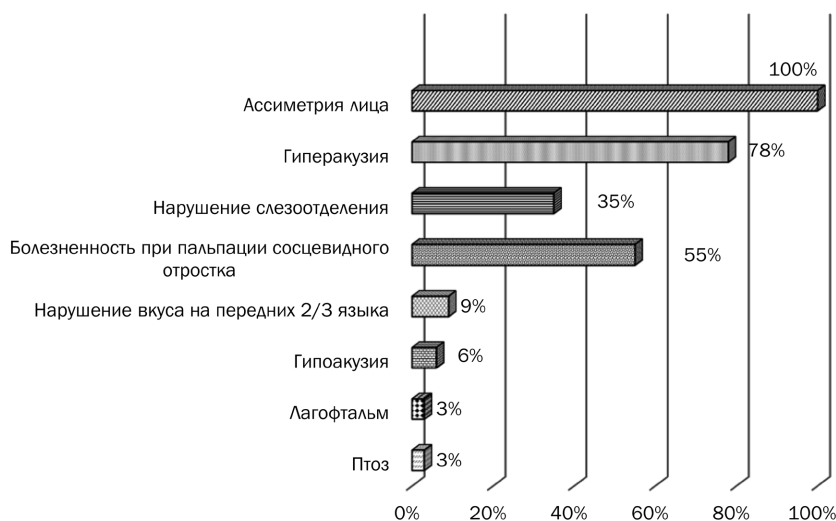


Рис. 4. Клинические проявления НЛН

6. В неврологическом статусе были установлены следующие клинические проявления: асимметрия лица у 100%, гиперакузия у 78%, нарушение слезоотделения у 35%, болезненность при пальпации сосцевидного отростка (при манифестации процесса) у 55%, дисгевзия у 9%, гипоакузия у 6%, лагофталм у 3%, птоз у 3% пациентов (рис. 4).

7. Для диагностики НЛН применялись следующие клинико-инструментальные методы: ЭНМГ у 27% (n = 9), рентгенография по Стенверсу у 89% (n = 32) пауиентов, рентгенография по Шулеру – 3% (n = 1), КТ – 6% (n = 2), МРТ – 3% (n = 1) (рис. 5).

8. По результатам оценки динамики функциональных нарушений, степени регресса неврологического дефицита по шкале House-Brackmann было установлено: при поступлении в стационар у 8% пациентов легкая дисфункция, у 56% умеренная дисфункция, у 28% умеренно-тяжелая дисфункция, у 8% тяжелая дисфункция; при выписке у 81% норма, у 17% легкая дисфункция, у 2% умеренная дисфункция (рис. 6).

9. Применялись следующие методы лечения:

Медикаментозная терапия: глюкокортикоиды для системного применения (ГСП) у 94% пациентов, противовирусные средства у 72%, антибактериальные средства у 36%, периферические вазодилататоры у 91%, нейропротекторы у 94%, витамины группы «В» у 85%.

Немедикаментозные методы: ЛФК и массаж у 100%, УВЧ на заушную область у 30%, ГБО у 82%.

10. В соответствии с заключениями военно-врачебной комиссии неврологического профиля 1 военнослужащий (офицер) в соответствии с пунктом «в» статьи 26 графы III Расписания болезней был признан **Годен к военной службе с незначительными ограничениями**, 6 военнослужащих срочной военной службы в соответствии со статьей 28 графы II Расписания болезней были признаны **Временно негодными к военной службе** сроком на 15 суток, 13 военнослужащих контрактной службы в соответствии со статьей 28 графы III Расписания болезней были признаны **Временно негодными к военной службе** сроком на 15 суток. В зависимости от этиологии, приведшей к НЛН, применяются также соответствующие статьи Расписания болезней. По окончании лечения НЛН в стационарных

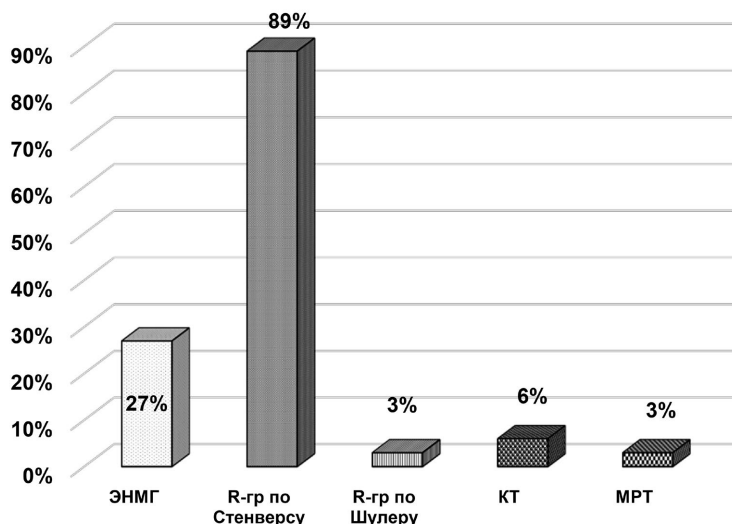


Рис. 5. Клинико-инструментальные методы диагностики

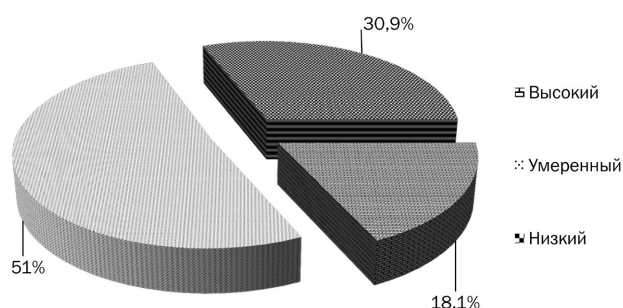


Рис. 6. Оценка степени функциональных нарушений при поступлении в стационар и при выписке

условиях, когда для завершения лечения необходимо некоторое время, на основании статьи 28 Расписания болезней гражданам при призыве на срочную военную службу может быть предоставлена отсрочка от призыва, а военнослужащие контрактной службы могут быть признаны нуждающимися в предоставлении отпуска по болезни или нуждающимися в освобождении (полном или частичном) от исполнения служебных обязанностей.

11. ГСП терапия была проведена у 94% (n = 34), в том числе в энтеральной форме у 82% (n = 30).

12. Несвоевременная госпитализация пациентов с НЛН была у 10 пациентов (30%).

13. Число пациентов с рецидивирующими НЛН – 4 (12%).

Таким образом, полученные в результате исследования данные свидетельствуют о том, что ранняя диагностика и своевременная госпитализация военнослужащих с НЛН обеспечивает проведение необходимого объема обследований, адекватных терапевтических мероприятий для достижения хорошего терапевтического эффекта и благоприятного прогноза. По результатам данного исследования опубликованы 3 статьи, 1 тезис, акт о внедрении результатов научных исследований «Алгоритм диагностики и оказания помощи у военнослужащих с невропатией лицевого нерва» в учебный процесс кафедры военно-полевой терапии ВМедФа в УО «БГМУ».

На основании анализа оказания медицинской помощи военнослужащим, находившимся на стационарном лечении в 432 ГВКМЦ с диагнозом НЛН (G 51), и проведения клинико-диагностического сопоставления, сформулированы следующие выводы:

- Оказание медицинской помощи и решение экспертных вопросов военнослужащим с НЛН, находившимся на лечении в 432 ГВКМЦ, осуществляется в установленном порядке с быстрым регрессом прозопареза в 97% случаев; формирование контрактуры наблюдалось лишь в одном случае (3% – при НЛН отогенного генеза).

- Своевременная госпитализация была в 70% случаев, отсроченная – у 10 пациентов (30%) – в том числе по причине позднего обращения, отказа двух пациентов от ранней госпитализации (6%).

- Наиболее значимыми провоцирующими факторами НЛН у военнослужащих были: общее и локальное переохлаждение (82%), перенесенные ОРВИ (12%), психоэмоциональный стресс (6%).

- Адекватная терапия ГСП проведена у 32 военнослужащих (сразу после установления диагноза), в том числе в энтеральной форме у 30 военнослужащих (82%), не проведена у 6%.

- Целесообразно применение оценочных шкал для установления степени выраженности и регресса прозопареза (шкала House – Brackmann и др.).

Для первичной профилактики развития неврита лицевого нерва необходимо своевременное адекватное лечение воспалительных и инфекционных заболеваний уха и носоглотки, предупреждение травм и локальных переохлаждений области лица, шеи.

## Литература

1. Галицкая О. С., Грибова Н. П. Клинико-этиологические особенности нейропатии лицевого нерва у детей // ВММТ. 2009. № 2. С. 80–81.
2. Гусев Е. И. Неврология и нейрохирургия / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова В. И. – М.: ГЭОТАР. – Медиа, 2007. – С. 219.

3. Зенков Л. Р. Функциональная диагностика нервных болезней / Л. Р. Зенков, М. А. Ронкин // Москва, 2002, С. 230–245.

4. Клинический протокол диагностики и лечения пациентов с заболеваниями нервной системы, утвержденный постановлениями Минздрава Республики Беларусь от 19.05.2005 № 274 и от 18.01.2018 № 8.

5. Красавина Д. А. Лечение ботулотоксином пациентов с параличом лицевого нерва // «РМЖ» №24 от 28.11.2017. С. 1767–1770.

6. Попелянский Я. Ю. Болезни периферической нервной системы // Москва, 1989. С. 116.

7. Постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.12.2010 № 51/170.

8. Скоромец А. А. Нервные болезни: учебное пособие / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. – М.: МЕД-пресс-информ, 2013 г. – С. 284–286.

9. Штульман Д. Р. Неврология. Справочник практического врача / Д. Р. Штульман О. С. Левин. – М.: МЕДпресс-информ, 2007 – С. 116.

10. Siu A. et al. Association of cerebellopontine angle atypical teratoid/rhabdoid tumors with acute facial nerve palsy in infants: Report of 3 cases // J. of Neurosurgery: Pediatrics. 2014. Vol. 13 (1). P. 29–32.