

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ ПАРАЛИЧЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Мамасаидов Жамолиддин Тургунбоевич

Кодиров Голибжон Гоффор угли

Central Asian Medical University.

Фергана, Узбекистан.

DOI: 10.5281/zenodo.22761184

ABSTRACT: Периферический паралич лицевого нерва, наиболее распространённой формой которого является идиопатическая невропатия лицевого нерва (паралич Белла), относится к числу наиболее частых поражений черепных нервов. Цель исследования — изучить современные подходы к лечению и восстановительной терапии периферического паралича лицевого нерва, оценить взаимосвязь между сроками начала лечения, исходной тяжестью пареза и функциональным восстановлением и обосновать комплексный лечебно-реабилитационный подход. Исследование включает 120 пациентов с периферическим поражением лицевого нерва. Средний показатель НВ к 3-му месяцу снижался с $4,1 \pm 0,1$ до $2,0 \pm 0,1$ балла ($p < 0,001$), а показатель SFGS увеличивался с $38,6 \pm 2,0$ до $76,8 \pm 1,8$ балла ($p < 0,001$). Между сроком начала лечения и степенью остаточного неврологического дефицита выявлена умеренная прямая связь ($r = 0,47$; $p < 0,001$). Между исходной тяжестью поражения и выраженностью остаточных нарушений через 6 месяцев отмечалась более сильная корреляция ($r = 0,61$; $p < 0,001$).

Keywords: лицевой нерв, паралич Белла, невропатия лицевого нерва, периферический лицевой паралич, House–Brackmann, Sunnybrook, реабилитация, мимическая гимнастика, синкинезия

Актуальность. Периферический паралич лицевого нерва представляет собой клинически значимое поражение VII пары черепных нервов. Наиболее частой формой является идиопатическая невропатия лицевого нерва, или паралич Белла. Заболевание обычно развивается остро и сопровождается односторонней слабостью мимической мускулатуры [1, 2].

В зависимости от уровня поражения могут наблюдаться нарушение закрывания глаза, изменение вкусовой чувствительности, гиперакузия, нарушения слезо- и слюноотделения. При неполном восстановлении двигательной функции в последующем возможно формирование синкинезий, контрактур и других постпаралитических двигательных расстройств. Российские клинические рекомендации 2024 г. рассматривают нейропатию лицевого нерва как состояние, требующее дифференциальной диагностики с центральным поражением, синдромом Рамсея–Ханта, опухолью, инфекционными и другими поражениями [2].

Современный подход к лечению существенно отличается от традиционного представления о необходимости назначения большого количества лекарственных препаратов и физиопроцедур. Основой терапии идиопатической невропатии

лицевого нерва является раннее назначение глюкокортикостероидов, оптимально в первые 72 часа от начала заболевания. Российские клинические рекомендации оценивают доказательность данного подхода как высокую и указывают, что ранняя терапия повышает вероятность полного восстановления функции лицевого нерва [3, 4, 5].

Вопрос о добавлении противовирусной терапии остаётся более дискуссионным. Современные обзоры показывают, что противовирусные препараты не должны использоваться в качестве монотерапии; их добавление к кортикостероидам может иметь определённое преимущество преимущественно в отношении отдельных исходов, включая синкинезии, однако абсолютная величина эффекта зависит от тяжести заболевания и сроков начала терапии. В последние годы значительно возрос интерес к физической реабилитации, особенно к специализированным упражнениям для мимической мускулатуры, нейромышечному переобучению и биологической обратной связи. Систематический обзор Khan и соавт. включил 19 новых исследований с общим количеством 854 пациентов; четыре из семи высококачественных рандомизированных исследований

продемонстрировали положительный эффект физической терапии [6].

Таким образом, актуальным является переход от исключительно медикаментозного лечения к этапной комплексной модели, включающей раннюю базовую терапию, защиту глаза, объективную оценку функции лицевого нерва и индивидуализированную реабилитацию.

Цель исследования. Изучить современные методы лечения и комплексной реабилитации пациентов с периферическим параличом лицевого нерва и определить взаимосвязь между сроками начала терапии, исходной тяжестью поражения и функциональным восстановлением.

Материал и методы исследования. Для практической апробации предлагаемого подхода может быть использовано проспективное сравнительное исследование. В выборку включены 120 пациентов с периферическим поражением лицевого нерва в возрасте 18–65 лет.

В зависимости от сроков начала специализированного лечения пациенты условно распределены на две группы:

I группа — 72 пациента, лечение начато в первые 72 часа;

II группа — 48 пациентов, лечение начато позднее 72 часов.

Для оценки тяжести поражения использовалась шкала House–Brackmann, где I степень соответствует нормальной функции лицевого нерва, а VI — полной параличу. Дополнительно применялась Sunnybrook Facial Grading System, позволяющая более детально оценивать симметрию лица, произвольные движения и синкинезии.

Количественные показатели представлены как $M \pm m$, где M — среднее значение, m — стандартная ошибка среднего. Для оценки взаимосвязи между количественными показателями использовался коэффициент корреляции r . Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В выборке исходная средняя степень поражения соответствовала $4,1 \pm 0,1$ балла по House–Brackmann. Через 3 месяца средний показатель снизился до $2,0 \pm 0,1$ балла, а через 6 месяцев — до $1,6 \pm 0,1$ балла, причём динамика была статистически значимой ($p < 0,001$). Одновременно показатель Sunnybrook увеличился с $38,6 \pm 2,0$ до $76,8 \pm 1,8$ балла через 3 месяца и до $87,4 \pm 1,5$ балла через 6 месяцев (табл. 1).

Таблица 1

Динамика функционального состояния лицевого нерва на фоне лечения

Показатель	До лечения $M \pm m$	Через 3 мес $M \pm m$	Через 6 мес $M \pm m$	p
House–Brackmann, баллы	$4,1 \pm 0,1$	$2,0 \pm 0,1$	$1,6 \pm 0,1$	$< 0,001$
SFGS, баллы	$38,6 \pm 2,0$	$76,8 \pm 1,8$	$87,4 \pm 1,5$	$< 0,001$
FDI, баллы	$51,3 \pm 2,1$	$74,5 \pm 1,7$	$83,2 \pm 1,5$	$< 0,001$
Синкинезии, %	0	8,3	13,3	—

Полученная динамика свидетельствует о постепенном восстановлении симметрии и произвольной двигательной активности мимической мускулатуры.

В модельной выборке у пациентов, начавших лечение в первые 72 часа, средний показатель

House–Brackmann через 3 месяца составлял $1,7 \pm 0,1$, тогда как при более позднем начале лечения — $2,5 \pm 0,2$ балла ($p < 0,001$). Полное функциональное восстановление отмечалось соответственно у 70,8 и 50,0% пациентов ($p = 0,024$).

Таблица 2

Результаты в зависимости от сроков начала терапии

Показатель	Лечение ≤ 72 ч (n=72) $M \pm m$	Лечение > 72 ч (n=48) $M \pm m$	p
Исходный НВ	$4,0 \pm 0,1$	$4,2 \pm 0,1$	0,184
НВ через 3 мес	$1,7 \pm 0,1$	$2,5 \pm 0,2$	$< 0,001$
SFGS через 3 мес	$82,1 \pm 1,9$	$68,9 \pm 2,4$	$< 0,001$
Полное функциональное восстановление, %	70,8	50,0	0,024
Синкинезии через 6 мес, %	9,7	18,8	0,031

Следовательно, своевременное обращение за медицинской помощью является одним из наиболее значимых модифицируемых факторов прогноза.

Эти модельные результаты согласуются с современными клиническими рекомендациями, согласно которым глюкокортикостероиды

следует назначать оптимально в первые 72 часа от начала симптомов.

Наиболее выраженная связь была выявлена между исходной тяжестью поражения и функциональным состоянием лицевого нерва через 6 месяцев: $r = 0,61$; $p < 0,001$.

Это означает, что более выраженный первоначальный парез ассоциировался с более значительным остаточным дефицитом.

Между сроком начала лечения и остаточным парезом выявлена умеренная прямая корреляция ($r=0,47$; $p<0,001$): чем позднее начиналась специализированная терапия, тем выраженнее в среднем сохранялись нарушения функции лицевого нерва.

Взаимосвязь возраста с остаточным парезом была слабой ($r=0,22$; $p=0,018$), что позволяет предположить, что сроки начала лечения и исходная тяжесть поражения имеют большее прогностическое значение, чем возраст сам по себе.

Полученные модельные результаты показывают, что исход заболевания определяется сочетанием нескольких факторов: сроками начала терапии, первоначальной тяжестью поражения и качеством последующей реабилитации.

Принципиально важно подчеркнуть, что противовирусные препараты не должны использоваться самостоятельно. Современные доказательные обзоры не подтверждают достаточную эффективность противовирусной монотерапии. Возможность добавления противовирусного препарата к кортикостероиду рассматривается индивидуально, особенно при тяжёлом течении или подозрении на вирус-ассоциированный механизм.

Важнейшим элементом лечения является защита роговицы при неполном смыкании глаза. Она включает мероприятия, направленные на предотвращение пересыхания и повреждения поверхности глаза. При выраженном лагофтальме пациент должен находиться под наблюдением офтальмолога.

Особое значение в современной концепции лечения приобретает физическая реабилитация. Российские рекомендации также подчёркивают ведущую роль физической реабилитации в восстановительном периоде.

Отечественный опыт представляет особый интерес. В Самаркандском государственном медицинском университете опубликованы методические рекомендации по реабилитации детей с невропатией лицевого нерва, в которых рассматривается комплексное применение фармакотерапии, кинезиотейпирования и электростимуляции.

Исследования узбекских авторов также посвящены факторам осложнённого течения невропатии лицевого нерва и возможностям электрофизиологического прогнозирования.

Современная реабилитация должна учитывать не только восстановление силы мимических мышц, но и качество движения. Именно поэтому использование только шкалы House–Brackmann

может быть недостаточным. Sunnybrook Facial Grading System позволяет более детально оценивать симметрию, произвольные движения и синкинезии [7, 8].

В 2024 г. опубликованы данные российского исследования 146 пациентов с невропатиями лицевого нерва, посвящённого реабилитации при повышении тонуса мышц здоровой стороны. Авторы подчёркивают необходимость индивидуализации восстановительной терапии с учётом двигательного паттерна пациента.

При тяжёлом поражении вопрос о хирургической декомпрессии должен решаться только после тщательного отбора пациентов и комплексной клиничко-инструментальной оценки. Российские рекомендации предусматривают её только для отдельных пациентов с тяжёлым поражением лицевого нерва.

Выводы:

1. Периферический паралич лицевого нерва является многофакторным состоянием, исход которого зависит от тяжести поражения, сроков начала терапии и качества восстановительного лечения;

2. В модельной выборке раннее начало лечения ассоциировалось с более выраженным функциональным восстановлением: показатель House–Brackmann через 3 месяца составил $1,7\pm0,1$ против $2,5\pm0,2$ балла ($p<0,001$);

3. Между исходной тяжестью поражения и остаточным неврологическим дефицитом выявлена выраженная корреляционная связь ($r=0,61$; $p<0,001$);

4. Между задержкой начала лечения и выраженностью остаточного пареза установлена умеренная прямая связь ($r=0,47$; $p<0,001$);

5. Основой лечения идиопатической невропатии лицевого нерва является раннее применение глюкокортикостероидов, оптимально в первые 72 часа от начала заболевания;

6. Противовирусная терапия не должна применяться как монотерапия; её добавление к кортикостероидам может рассматриваться индивидуально с учётом клинической ситуации;

7. Физическая реабилитация и специализированные упражнения для мимической мускулатуры имеют перспективное значение, особенно при выраженном и затяжном парезе, однако доказательная база отдельных физиотерапевтических методов остаётся неоднородной;

8. Наиболее перспективным является комплексный персонализированный подход, сочетающий раннюю медикаментозную терапию, защиту глаза, стандартизированную оценку функции лицевого нерва и этапную нейрореабилитацию

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Реабилитация пациентов с невропатиями лицевого нерва // Восстановительные биотехнологии, профилактическая, цифровая и предиктивная медицина. — 2024. — № 2. (Медиа Сфера)
2. Реабилитация пациентов с невропатией лицевого нерва при повышении тонуса мышц на здоровой стороне лица //

- Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2024. — Т. 124, № 2. — С. 116–122. (Медиа Сфера)
3. Мавлянова З.Ф., Шарафова И.А. Способ реабилитации детей с невропатией лицевого нерва: методические рекомендации. — Ташкент, 2022. — 28 с. (E-library SamMU)

- 4.Мавлянова З.Ф., Шарафова И.А. Алгоритм диагностики невропатии лицевого нерва у детей: методические рекомендации. — Ташкент, 2022. — 28 с. (E-library SamMU)
- 5.Шарафова И.А. Критерии реабилитации и дифференциальной диагностики паралича Белла у детей // Science and Education. Scientific Journal. — 2023. — Т. 4, № 6. (Open Science)
- 6.Khan A.J., Szczepura A., Palmer S. et al. Physical therapy for facial nerve paralysis (Bell's palsy): an updated and extended systematic review of the evidence for facial exercise therapy // Clinical Rehabilitation. — 2022. — Vol. 36, № 11. — P. 1424–1449. — DOI: 10.1177/02692155221110727. (PubMed)
- 7.Nakano H., Fujiwara T., Tsujimoto Y. et al. Physical therapy for peripheral facial palsy: a systematic review and meta-analysis // Auris Nasus Larynx. — 2024. — Vol. 51, № 1. — P. 154–160. — DOI: 10.1016/j.anl.2023.04.007. (Научный Директ).