

Приложение к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от 26 августа 2025 года №

715-
02

Клинические рекомендации

«Нейропатия лицевого нерва у детей»

Коды по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10): G51.0 \ G51.1 \ G51.2 \ G51.3 \ G51.4 \ G51.8 \ G51.9 \ P11.3 \ Q87.0

Возрастная категория: дети

Год утверждения: 2025 (пересмотр каждые 5 лет)

Оглавление

Список сокращений.....	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация.....	6
1.1 Определение.....	6
1.2 Этиология и патогенез	6
1.3 Эпидемиология	6
1.4 Кодирование по МКБ-10.....	6
1.5 Классификация.....	6
1.6 Клиническая картина.....	8
2. Диагностика	13
2.1 Жалобы и анамнез	13
2.2 Физикальное обследование	14
2.3 Лабораторная диагностика	15
2.4 Инструментальная диагностика.....	16
2.5 Иная диагностика.....	17
3. Лечение.....	19
3.1 Консервативное лечение	19
3.2 Хирургическое лечение.....	21
3.3 Иное лечение.....	21
4. Реабилитация	21
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	22
6. Организация медицинской помощи	23
Критерии оценки качества медицинской помощи	24
Список литературы	25
Приложение А1. Состав рабочей группы	27
Приложение А2. Справочные материалы, включая соответствующие показания к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата	28

Приложение Б. Алгоритмы действий врача	30
Приложение В. Информация для пациента	31

Список сокращений.

ГКС - глюкокортикостероиды

ДНК - дезоксирибонуклеиновая кислота

ИФА - иммуноферментный анализ

ЛН - лицевой нерв

МКБ -10 - международная классификация болезней десятого пересмотра

МРТ - магнитно-резонансная томография

НЛН - невралгия лицевого нерва

НПВС - нестероидные противовоспалительные средства

ОРЗ - острое респираторное заболевание

ПЦР - полимеразная цепная реакция

СКТ - спиральная компьютерная томография

ТТГ- тиреотропный гормон

ЦСЖ - цереброспинальная жидкость

ЧЛО - челюстно-лицевая область

ЭНМГ - электронейромиография

IgG - иммуноглобулин класса G

IgM - иммуноглобулин класса M

Термины и определения.

Адиadoхокинез – утрата способности совершать действия, требующие последовательных сокращений мышц, агонистов и антогонистов.

Дисгевзия - расстройство, искажение вкусового восприятия.

Лицевая контрактура – патологическое сокращения мышц, которое может привести к стойкой асимметрии лица и ограничению подвижности.

Паралич Белла – идиопатическая форма нейропатии лицевого нерва, проявляющаяся односторонним парезом мимических мышц.

Родовая травма лицевого нерва – периферическое повреждение VII пары черепно-мозговых нервов, возникающее во время родов.

Содружественные синкинезии – произвольные или избыточные движения, воспроизводящиеся одновременно с произвольными движениями и с включением других мышечных групп.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Нейропатия лицевого нерва – характеризуется периферическим поражением VII пары черепно-мозговых нервов (лицевого нерва), локализованным ниже уровня двигательного ядра лицевого нерва.

1.2 Этиология и патогенез

Нейропатия лицевого нерва – это полиэтиологическое заболевание. В патогенезе нейропатии лицевого нерва преобладают ишемический, сосудистый, воспалительный, токсический, аутоиммунный факторы. Паралич Белла в настоящее время рассматривается как туннельный синдром, обусловленный компрессией ишемизированного и отечного нерва в узком фаллопиевом канале. Условия для компрессии лицевого нерва наиболее благоприятны в его нижнем отделе, где на уровне шилососцевидного отверстия эпинеуральная оболочка утолщена и очень упруга [1].

Непосредственным пусковым механизмом сосудистых нарушений и ишемии нерва могут служить переохлаждение, инфекции, аутоиммунные заболевания, гормональные и метаболические расстройства, болевой фактор, травма.

1.3 Эпидемиология

Среди поражений лицевого нерва примерно $\frac{3}{4}$ приходится на паралич Белла. Заболеваемость параличом Белла 2, 7 на 100 000 на первом десятилетии жизни и 10, 1 на 100 000 на втором десятилетии.

Родовая травма лицевого нерва наблюдается приблизительно с частотой 0,3–1 на 1000 живорождений с большим распространением у крупных новорожденных, согласно статистике в Российской Федерации [16].

1.4 Кодирование по МКБ-10

G51.0 Паралич Белла

G51.1 Воспаление узла коленца

G51.2 Синдром Россолимо-Мелькерсона

G51.3 Клонический гемифасциальный спазм

G51.4 Лицевая миоким

G51.8 Другие поражения лицевого нерва

G51.9 Поражение лицевого нерва, неуточненное

P11.3 Поражение лицевого нерва при родовой травме

Q87.0 Синдром Мебиуса

1.5 Классификация

I. Невропатии лицевого нерва разделяются на:

1. первичные (идиопатические);
2. вторичные (симптоматические).

II. Характер течения:

1. острое;
2. подострое;
3. хроническое:
 - прогрессирующее;
 - стабильное (затяжное);
 - рецидивирующее.

III. Стадия (в случае рецидивирующего течения):

1. обострения;
2. регресса;
3. ремиссии.

IV. Клинико-анатомическая классификация нейропатии лицевого нерва по выраженности дисфункции согласно критериям шкалы House – Brackmann:

1. Лёгкая дисфункция: легкая слабость, выявляемая при детальном обследовании, могут отмечаться незначительные синкинезии, симметричное лицо в покое, обычное выражение, лоб - незначительные умеренные движения, глаз - полностью закрывается с усилием, рот - незначительная асимметрия скрытая.

2. Умеренная дисфункция: очевидная, но не выраженная асимметрия, выявляемая, но не выраженная синкинезия, лоб - незначительные умеренные движения, глаз - полностью закрывается с усилием, рот - легкая слабость при максимальном усилии.

3. Среднетяжёлая дисфункция: очевидная слабость или выраженная асимметрия, лоб - движения отсутствуют, глаз - не полностью закрывается, рот - асимметрия при максимальном усилии.

4. Тяжёлая дисфункция: едва заметные движения лицевой мускулатуры, в покое асимметричное лицо, лоб - отсутствуют движения, глаз - не полностью закрывается.

5. Тотальный паралич мимической мускулатуры: движения отсутствуют.

Пример клинического диагноза:

Острая идиопатическая нейропатия лицевого нерва справа III степени (House - Brackmann). G51.0 (МКБ -10).

Острая вторичная посттравматическая нейропатия лицевого нерва слева V степени (House - Brackmann). G51.8 (МКБ-10).

1.6 Клиническая картина.

В большинстве случаев в течение нескольких часов (реже 1–3 дней) развивается односторонний парез всех мимических мышц. Часто слабость выявляется утром при пробуждении. Общее самочувствие остается удовлетворительным [1]. Первые клинические проявления могут проявляться болью или парестезией за ушной раковиной или на лице на одной стороне, но обычно они умеренные или отсутствуют [1].

Клиническое проявление поражения зависит от уровня повреждения лицевого нерва. При поражении дистального отдела нерва в области шилососцевидного отверстия возникает паралич мимических мышц по периферическому типу [12]. В результате пареза пациент не может поднять бровь, зажмурить глаз, надуть щеку, при оскаливании зубов ротовая щель перетягивается в здоровую сторону. При зажмуривании веки не смыкаются, а в результате того, что глазное яблоко отводится кверху (вследствие физиологической синкинезии - феномен Белла), видна полоска склеры («заячий глаз» или симптом Негро). В случае легкого пареза круговой мышцы глаза, при сильном зажмуривании, ресницы не полностью «прячутся» в глазную щель (симптом ресниц) [4]. При попытке крепко зажмурить глаза из положения с опущенными веками здоровый глаз закрывается, а на пораженной стороне верхнее веко стремительно поднимается вверх (симптом Дююи-Дютана). Нарушается процесс пережевывания пищи: твердая часть пищи западает в складку слизистой оболочки в преддверии полости рта, жидкая часть вытекает через опущенный угол рта на пораженной половине лица [13].

Поражение лицевого нерва в лицевом канале проявляется параличом мимических мышц по периферическому типу на стороне очага, к которому присоединяются: агевзия на передних 2/3 языка, если в процесс вовлечена барабанная струна; гиперакузия, так как барабанная перепонка не натягивается и звуковые волны производят ее колебания в большем объеме, чем в норме; сухость глаза в связи с поражением большого каменистого нерва; уменьшение слюноотделения, что обусловлено вовлечением в процесс эфферентных секреторных волокон [12].

Поражение лицевого нерва в мостомозжечковом углу приводит к парезу мимических мышц по периферическому типу на стороне очага и снижению надбровного рефлекса в сочетании с гипоакузией или анакузией на этой же стороне. Может появиться шум в ухе. Нарушается вкус на передних 2/3 языка. При прогрессировании процесса присоединяется ассоциированная гипестезия на половине лица, особенно в зоне иннервации II-III ветвями тройничного нерва; соответственно снижается роговичный рефлекс. Определяется спонтанный горизонтальный асимметричный нистагм. Могут присоединиться диплопия и легкое сходящееся косоглазие. Мозжечковые симптомы

(интенционный тремор, адиадохокинез, дисметрия) тоже выявляются на стороне очага. Такая клиническая картина может развиваться при опухоли, кистозном арахноидите. Причинами кистозного арахноидита в этих случаях бывают закрытые черепно-мозговые травмы, переломы костей основания черепа, отогенные воспалительные очаги и общие инфекции [12].

Процессы в области *porus acusticus internus* (наружное слуховое отверстие) вызывают паралич мышц по периферическому типу в сочетании с глухотой на стороне очага, так как поражается и слуховой нерв, может возникать шум в ухе на стороне поражения [12].

Поражения ядер лицевого нерва проявляется альтернирующими синдромами. Синдром Мийяра-Гюблера: периферический паралич мимических мышц на стороне очага, на противоположной стороне определяется гемипарез или гемиплегия по центральному типу, ассоциированная гемианестезия [12].

Синдром Бриссо-Сикара: вследствие раздражения ядра лицевого нерва появляются гемиспазм мимических мышц на стороне очага и проводниковые нерезко выраженные расстройства на противоположной стороне. При углублении процесса данный синдром может перейти в синдром Мийяра-Гюблера.

Синдром Фовиля: на стороне очага происходит поражение ядер отводящего и лицевого нервов, что сопровождается сходящимся косоглазием и периферическим параличом мимических мышц, на противоположной стороне наблюдаются спастический гемипарез или гемипелгия [12].

В клинической картине выделяют следующие временные периоды течения невропатии лицевого нерва:

- 1) острый (до 10 дней, чаще 3–72 часа);
- 2) ранний восстановительный (10–30 дней);
- 3) поздний восстановительный (1 мес.);
- 4) период остаточных явлений (более 6 мес.) — синкинезии, слабость лицевой мускулатуры, контрактуры, блефароспазм, симптом крокодиловых слез (синдром Фрея) [8].

Осложнениями НЛН являются: конъюнктивит, кератит и язва роговицы.

Степень выраженности прозопареза определяется шкалой House - Brackman (табл. 1). [11].

Таблица 1.

Шкала оценки лицевой мускулатуры House - Brackman

Степень	Функция	Характеристика
I	Норма	Нормальная функция лицевых мышц
II	Легкая дисфункция	В целом: легкая слабость, выявляемая при детальном обследовании, могут быть незначительные синкинезии. В покое: симметричное, обычное выражение Движения: Лоб: умеренно снижены, но хорошая функция Глаз: полностью закрывается с минимальным усилием Рот: легкая асимметрия
III	Умеренная дисфункция	В целом: очевидная, но не выраженная разница между двумя сторонами; достойная внимания, но не тяжелая синкинезия, контрактура и/или гемифасциальный спазм. Движения: Лоб: незначительные движения Глаз: полностью прикрывается с усилием Рот: легкая слабость при максимальном усилии.
IV	Умеренно-тяжелая дисфункция	В целом: очевидная слабость и/или выраженная асимметрия В покое: нормальная симметрия и выражение Движения: Лоб: неподвижен Глаз: неполное прикрытие Рот: асимметрия, с максимальным усилием
V	Тяжелая дисфункция	В целом: только едва заметные движения В покое: асимметрия Движения: Лоб: неподвижен Глаз: не закрывается Рот: легкое движение
VI	Полный паралич	Нет движений

Одним из главных прогностических критериев осложнений при невропатии лицевого нерва служит тяжесть и длительность паралича мимической мускулатуры. Если в течение четырех и более недель не началось спонтанного или индуцированного лечением восстановления или оно крайне незначительно, то вероятность развития контрактур или синкинезий очень велика и составляет 28–37% [8].

Неблагоприятные прогностические факторы невропатии лицевого нерва [8]: тяжелая степень прозопареза, лицевые боли, высокий уровень поражения, гиперакузия, нарушение слезо- и слюноотделения, дисгевзия, рецидивы прозопареза и семейная предрасположенность, позднее начало терапии (после 3 дней), отсутствие акустического стапедияльного рефлекса, выявляемый при тимпанометрии, электрофизиологические признаки денервации.

Клинические этапы формирования контрактур:

Ранний признак начинающейся контрактуры – это повышение механической возбудимости мимических мышц, больной отмечает «стягивание» мышцы при переохлаждении, эмоциональном и физическом напряжении. Пациент отмечает незаметные на глаз пульсирующие подергивания отдельных мышечных пучков, на пораженной половине лица. Эти пульсации легко определяются приложенным пальцем. Возникает симптом Дюшена (спазмирование щечной мышцы при ее массажировании). Мышца утолщена и уплотнена на ощупь, что четко определяется при пальпации. Затем тоническое напряжение определяется и в других мышцах, определяются синкинезии и гиперкинезы, мышцы становятся ригидными, больные ощущают их скованность [12].

Обнаруживаются следующие признаки контрактуры: глазная щель становится уже; носогубная складка в покое выражена отчетливее; наблюдаются спонтанные гиперкинезы в виде мелких фасцикулярных подергиваний подбородка или век. Объем мимических движений на стороне поражения ограничен в связи с парезом мышц. Наблюдается парадоксальное слезотечение во время еды и отсутствие слезы при плаче на стороне поражения. Формируются и проявляются синкинезии.

В процессе реиннервации мышц может появиться и другой крайне нежелательный феномен патологические синкинезии:

1. векогубная (при закрывании глаза поднимается угол рта на той же стороне);
2. веколобная (при закрывании глаза наморщивается лоб);
3. векоплатизмовая (при зажмуривании глаза сокращается подкожная мышца шеи);
4. векоушная (при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина);
5. синкинезия Гюйе (при зажмуривании крыло носа приподнимается вверх и кнаружи);
6. губно-пальпебральная (сужение глазной щели при раздувании щек, при вытягивании губ в трубочку, во время еды);
7. лобно-губная (непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба);

8. симптом крокодиловых слез (слезотечение из глаза на пораженной стороне при жевании или даже при перемещениях нижней челюсти). Этот феномен является образцом патологической моторно-висцеральной синкинезии.

9. Благоприятный исход отмечается примерно в 80% случаев, значительные остаточные явления — в 5–8% случаев. Рецидивирующее течение наблюдается в 7–9 случаев [1].

При родовой травме лицевого нерва развивается односторонний паралич ЛН разной степени тяжести согласно шкале House-Brackman чаще у крупных младенцев. Повреждение нерва во время родовой деятельности вызвано давлением крестцовым мысом материнского таза на лицевой нерв дистальнее его выхода из шилососцевидного отверстия. Паралич вследствие наложения акушерских щипцов встречается редко.

Полный парез мимических мышц (верхних и нижних) — при повреждении ЛН: до разделения на конечные ветви; асимметрия лица (особенно заметна при крике новорожденного).

У новорожденного визуализируется отечность лица, экхимозы, следы от ложек щипцов спереди от слухового прохода, в области щеки, нижней челюсти. При полном повреждении ЛН (в области шилососцевидного отверстия, до разделения на конечные ветви): в покое — сглаженность складок лба, назолабиальной складки, глазная щель более широкая, глаз полностью не закрывается, угол рта опущен; поисковый и сосательный рефлекс ослаблен; при кормлении — вытекание молока из пораженного угла рта; при крике/grimасах — неравномерность складок на лбу, неполное смыкание глазной щели, угол рта перетягивается в здоровую сторону; надбровный и корнеальный рефлекс ослаблены.

При частичном повреждении ЛН (нижних ветвей ЛН в околоушной или щечной области): парез только нижней мимической мускулатуры, проявляющийся в покое сглаженностью носогубной складки, опущением угла рта; угнетением поискового рефлекса; при кормлении — подтеканием молока из пораженного угла рта; при крике и grimасах — угол рта перетягивается в здоровую сторону.

Верхняя мимическая мускулатура в таких случаях не страдает, так как круговая мышца глаза чаще всего остается сохранной по той причине, что волокна, идущие вверх после выхода из канала, не подвергаются компрессии в области околоушной слюнной железы. В клинике сохраняется полное смыкание глазной щели, лоб наморщивается.

Синдром Мебиуса — это врожденное сочетанное недоразвитие ядер V, VI, IX, XII пар черепных нервов, носящее преимущественно двусторонний характер. Проявляется с рождения отсутствием мимики, неполным закрытием глаз, нарушением сосания, глотания, артикуляции. В большинстве случаев сочетается с аномалиями лицевого черепа,

конечностей. Генетическая детерминированность, неблагоприятные антенатальные условия потенцируют различные нарушения, задержку формирования ядер и корешков черепно-мозговых нервов на уровне ствола головного мозга. В первую очередь страдают лицевой и отводящий нервы. Из-за нарушения иннервации мимической мускулатуры лица возникает амимия. Зачастую синдром Мебиуса включает недоразвитие прочих расположенных в стволе черепных нервов. Гипоплазия языкоглоточного, блуждающего, подъязычного нервов приводит к расстройству сосания, глотания, голосообразования, артикуляции. При недоразвитии VIII пары выявляется тугоухость, V пары — отсутствие чувствительности кожи лица. Первыми клиническими проявлениями синдрома становятся амимия лица, косоглазие, расстройство сосания, глотания. Обращает на себя внимание отсутствие мимики у новорождённого. Характерен внешний вид ребёнка: лицо неподвижное, уголки рта опущены, рот приоткрыт, наблюдается лагофтальм (неполное смыкание век). Отсутствуют плач, улыбка, слезотечение. Синдром Мебиуса часто сочетается с иными врождёнными пороками различных структур головы: расщелиной твёрдого нёба, микрогнатией, аномалиями зубных рядов, дисплазией ушных раковин, микрофтальмом, У 50% больных имеются врожденные аномалии конечностей: синдактилия, полидактилия, косолапость, деформации стоп. Часто встречается синдром Поланда: аплазия большой грудной мышцы, молочной железы и соска, дисплазия рёбер, брахидактилия. Задержка интеллектуального развития встречается в 10-27%. Описаны редкие случаи семейного синдрома Мебиуса.

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

Жалобы:

См. раздел «клиническая картина».

Анамнез:

Воздействие физических, химических, биологических факторов (травма, переохлаждение, вирусно-бактериальные заболевания, укус иксодовых клещей).

Наличие наследственной предрасположенности аномалии развития челюстно-лицевой области (ЧЛО).

Мальформация развития головного и спинного мозга (Арнольда-Киари).

Генетические заболеваний (дистрофии, миопатии, врожденные или неонатальные миастенические синдромы).

Аутоиммунные демиелинизирующие заболевания (атипичные формы синдрома Гийена-Барре, Миллера – Фишера, рассеянный склероз).

Фоновые заболевания (гипотиреоз, сахарный диабет, онкологическая патология).

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендована оценка силы мимической мускулатуры по шкале Hause-Brasman, физикальный осмотр врачом-педиатром/врачом общей практики/врачом-инфекционистом с целью активного выявления клинических симптомов основного заболевания [10].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: наличие общепаразитарного синдрома, клиники острого инфекционного процесса может потребовать назначение дополнительного обследования для уточнения генеза заболевания. Оценивают возможную причину развития НЛН (травматическую/отогенную). К развитию неврита лицевого нерва предрасполагают перенесенная инфекция, стресс, переохлаждение, погода с резким перепадом температуры, иммунодефицит, сахарный диабет, артериальная гипертензия. Проводят осмотр на наличие везикул в области наружного слухового прохода, что позволит уточнить этиологию заболевания (например, поражение лицевого нерва вирусом *varicella zoster*).

- Рекомендуется пациентам при неврите лицевого нерва проведение осмотра врачом-неврологом, используя шкалу Hause-Brasman для оценки степени поражения лицевого нерва [10].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарий: оценивают остроту развития слабости мышц половины лица (акцент делается на скорости нарастания клинической симптоматики в течение <72 часов), слабость мимических мышц (невозможность поднять бровь, полностью закрыть веки, надуть щеки, нарушение артикуляции, приема пищи).

- Рекомендуется всем пациентам с нейропатией лицевого нерва при внешнем осмотре оценить уровень поражения лицевого нерва [10].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарий: необходимо исключить центральный прозопарез (поражение кортунклеарных путей), например, вследствие инсульта или объемного образования головного мозга. При центральном прозопарезе наблюдается парез только нижней половины лица, отсутствие пареза мышц верхней половине лица и сохранностью надбровного рефлекса. Обязательным является исследование функции других черепных

нервов и исключение очагового неврологического дефицита. Наличие нарушения вкуса на передних 2/3 языка указывает на поражение лицевого нерва выше отхождения барабанной струны), причем слабости мышц лица могут предшествовать боль в области уха на стороне пареза. Повышение восприятия звуков указывает о поражении лицевого нерва выше отхождения стремени нерва. Данные клинические симптомы основаны на субъективных ощущениях пациента. Снижение слуха и вестибулярные расстройства указывают о патологическом процессе в области мостомозжечкового угла или в области внутреннего слухового прохода с поражением лицевого и вестибулокохлеарного нервов (например, невринома преддверно-улиткового нерва, опухоли и арахноидиты в области мостомозжечкового угла). Определяется на основании субъективных жалоб пациента, инструментально подтверждают с помощью аудиометрии. Слабость мышц конечностей, противоположных стороне прозопареза, говорят о патологическом очаге варолиева моста с развитием альтернирующих синдромов Мийяра-Гюблера или Фовиля (например, при рассеянном склерозе, стволом инсульте).

2.3 Лабораторная диагностика

Диагностический алгоритм включает следующие лабораторные исследования, с целью дифференциальной диагностики.

- Рекомендовано провести общеклинический анализ крови [10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: для выявления признаков неспецифического воспаления в общеклиническом анализе крови. Выявления соотношения «нейтрофилы/лимфоциты», можно только предположить вирусную или бактериальную природу заболевания.

- Рекомендовано провести общеклинический анализ мочи [10].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: рекомендовано проведение общего анализа мочи для контроля функции органов мочевыделительной системы.

- Рекомендовано при подозрении на атипичные формы Гийена-Барре провести анализ на антитела к гликолипидам ганглиозиду GM-1 и GQ1b при подозрении на демиелинизирующее заболевание [10].

Уровень убедительности рекомендаций - нет данных (уровень достоверности доказательств - нет данных).

Комментарий: атипичные формы Гиена-Барре (антитела к гликолипидам ганглиозиду GM-1 и GQ1b) определяются в плазме крови у 60 – 70% больных в острой фазе заболевания.

- Рекомендуется детям с НЛН с наличием общеинфекционного синдрома, высыпаний на коже и слизистых для идентификации возбудителя и дифференциальной диагностики исследование крови методом ПЦР ДНК вируса простого герпеса, ДНК вируса герпеса VI типа, определение ДНК вируса Эпштейн-Бар[10].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 3).

Комментарий: с целью дифференциальной диагностики неспецифического типа воспаления с воспалением, вызванным идентифицированным вирусом.

- Рекомендовано при подозрении на боррелиозную этиологию заболевания проводить серологические исследования: определения антител (класса М и G) к боррелии [10].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: пациентам с параличом Белла рекомендовано проведение серологической диагностики болезни Лайма. Повышение уровней IgM и IgG к Borrelia, а также нарастание титра IgG-антител в парных сыворотках (через 20-30 дней) указывает на наличие болезни Лайма. Отрицательный результат ИФА на ранних стадиях заболевания не является доказательством отсутствия инфекции. Специфические иммуноглобулины к антигенам боррелий начинают определяться у пациентов на 3–6-й неделе после появления клинических признаков заболевания. IgM начинают обнаруживаться на 2–4-й неделе после начала инфекции. При раннем боррелиозе важно исследовать парные сыворотки, полученные от пациентов с интервалом в 20-30 дней.

- Рекомендовано при подозрении на гипотиреоз определение ТТГ крови, Т4 [10].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: с целью дифференциальной диагностики с гипотиреозом.

2.4 Инструментальная диагностика

- Рекомендовано проведение электронейромиографии (ЭНМГ) при IV-VI степени поражения лицевого нерва по шкале House – Brackman [10].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).

Комментарий: стимуляционная ЭНМГ позволяет оценить динамику течения заболевания, определить стадию и степень денервационного процесса в мимических мышцах, а также оценить эффективность реиннервации.

- Рекомендовано проведение магнитно-резонансной томография (МРТ) головного мозга по показаниям с контрастированием. Показаниями являются сочетание клиники периферического поражения VII пары лицевого нерва со снижением слуха, наличие вестибулярных расстройств, наличие альтернирующих синдромов, а также наличие клинических признаков центрального прозопареза, склонность к рецидивированию ЛН и прогредиентное течение пареза ЛН [10].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств - 3).

Комментарий: с целью визуализации сосцевидного отростка и пирамиды височных костей, что позволяет исключить остеомиелит и опухоль. Визуализация вещества головного мозга при двустороннем параличе лицевого нерва – опухоль ствола мозга. При МРТ с контрастированием у пациентов с невралгией лицевого нерва можно выявить накопление контраста в дистальных (интраканаликулярном и лабиринтном) сегментах нерва и области коленчатого ганглия [4].

- Рекомендовано проведение компьютерной томографии головного мозга (КТ) при отсутствии возможности проведения МРТ головного и спинного мозга при подозрении на объемные образования, сосудистую патологию, а также при подозрении на патологию костей основания черепа [10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: проводят КТ головного мозга с целью визуализации сосцевидного отростка и пирамиды височных костей, что позволяет исключить остеомиелит или опухоль указанных областей.

- Рекомендовано проведение с подозрением на травматический генез НЛН проведение рентгенографии костей черепа в острый период заболевания [10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств- 5).

2.5 Иная диагностика

Консультации специалистов:

- Рекомендована консультация окулиста [10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств- 5).

Комментарий: с целью профилактики развития осложнений: конъюнктивита, кератита и язвы роговицы.

- Рекомендована консультация отоларинголога.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: с целью исключения отогенного генеза НЛН

- Рекомендовано проведение импедансометрии.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

Комментарий: при жалобе на снижение слуха и с целью верификации топического уровня поражения.

- Рекомендована консультация стоматолога, челюстно-лицевого хирурга.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: с целью исключения одонтогенного генеза неврита лицевого нерва.

- Рекомендована консультация инфекциониста.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: с целью диагностики вирусно-бактериальной этиологии НЛН, а также назначения этиотропной терапии по показаниям.

- Рекомендована консультация нейрохирурга [10] .

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: при отсутствии признаков реиннервации мышцы лица через 3 месяца после дебюта консультация нейрохирурга, при подозрении на объемное образование головного мозга и при мальформациях головного мозга.

- Рекомендована консультация генетика.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: при подозрении на нейромышечные заболевания, генетические заболевания.

- Рекомендована консультация эндокринолога.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: при подозрении на эндокринную патологию либо с целью коррекции лечения фонового заболевания: сахарный диабет, гиперпаратиреоз, гипотиреоз.

- Рекомендована консультация физиотерапевта, иглорефлексотерапевта.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: с целью определения этапности физиотерапевтического и рефлексотерапевтического лечения.

3. Лечение

3.1 Консервативное лечение

Терапевтическая тактика невралгии лицевого нерва зависит от этиологии и периода заболевания.

Основная цель лечебных мероприятий в острый период направлена на купирование отека, улучшение микроциркуляции, ремиелинизацию.

- Рекомендуется полупостельный режим в остром периоде заболевания [10].

Уровень убедительности С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: сроки полупостельного режима при легком течении 3-5 дней и 5-10 дней – при средней степени тяжести. Специальной диеты по основному заболеванию не требуется (общий стол). Коррекция питания должна осуществляться с учетом наличия/отсутствия сопутствующей патологии и сохранности акта глотания.

- Рекомендовано проводить лечение пациентов с нейропатией лицевого нерва в условиях стационара со степенью поражения лицевого нерва >III степени по шкале House-Brackman с целью проведения дифференциальной диагностики заболевания и оказания специализированной помощи [10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: рекомендуется динамическое наблюдение врача-невролога всех пациентов с нейропатией лицевого нерва с целью оценки неврологического статуса и своевременного выявления поражений нервной системы.

- Рекомендовано назначение глюкокортикостероидов (ГКС) [14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: назначение ГКС в течение первых 72 часов от начала развития клиники НЛН показано пациентам по следующим показаниям: со среднетяжелой и тяжелой степенью (IV-VI степени по шкале House-Brackman) поражения лицевого нерва.

Преднизалон в дозировке 1мг/кг не более 60 мг в сутки, в течение 10 дней, с быстрой отменой в течение недели. Применение ГКС при НЛН способствует снижению и воспалительной реакции лицевого нерва, что уменьшает вероятность его повреждения за счет компрессионной ишемии. Применение ГКС способствует снижению риска развития осложнений (моторных синкинезий и контрактур) [14]. Наиболее эффективно назначение ГКС в течение первых 72 часов, затем эффективность снижается, возможно назначение по показаниям при IV-VI степени прозопареза по шкале House-Brackman [14].

- Рекомендовано назначение диуретических средств с дегидратационной целью для декомпрессии нерва, в острый период [10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: при невозможности проведения терапии ГСК с дегидратирующей целью для декомпрессии нерва применяется фуросемид раствор для инъекций 1%-2,0 мл: <1 года: 0,1 мл/кг/сутки; 1-3 года: 1 мл/сутки; 4-15 лет: 2 мл/сутки внутривенно или внутримышечно. Длительность терапии до 7 дней.

- Рекомендовано назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) с обезболивающей и противовоспалительной целью [10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: рекомендовано применение ибупрофена из расчета 30 мг/кг/сутки максимально с противовоспалительной и обезболивающей целью 5-7 дней.

- Рекомендуется назначение ноотропных препаратов с 3-5-го дня от момента дебюта НЛН.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: ноотропные средства назначаются в возрастных дозировках с острого периода заболевания курсами по показаниям с целью стимуляции регенерации тканей, устранения последствий ишемического повреждения нерва.

- Рекомендуется применение ингибиторов холинэстеразы (ипидакрин).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: с 7-10-го дня с целью улучшения нейромышечной передачи по нервным волокнам применяется ипидакрин (нейромидин, ипигрикс) раствор для инъекций 5 мг/1,0 мл или 15 мг/1,0 мл из расчета: <12 месяцев: 0,1-0,2 мл 0,5% раствора; 1-2 года: 0,2-0,3 мл 0,5% раствора; 2-5 лет: 0,3-0,6 мл 0,5% раствора; 5-8 лет: 0,5-1,0 мл 0,5% раствора;

9-12 лет: 0,5-0,8 мл 1,5% раствора; >12 лет: 1 мл 1,5% раствора * 1 раз в сутки внутримышечно. Курс 15-20 дней. Так же целью применения ипидакрина является предупреждения развития постпаралитической контрактуры [15].

- Рекомендовано назначение комплекса витаминов группы В с 3-5 дня болезни [10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

*Комментарий: с целью улучшения нейрометаболизма применяется В-комплекс (мильгамма) из расчета: 5-8 лет: 0,5-1 мл; 8-15 лет: 1-2 мл *1 раз в сутки внутримышечно. Или рекомендовано чередовать внутримышечное введение раствора для инъекций тиамина (В1), пиридоксина (В6) и цианкобаламина (В12). Рекомендованные дозы у детей: Тиамин: 0-6 месяцев – 0,3 мл; 6-12 месяцев – 0,5 мл; >12 месяцев – 1,0 мл * 1 раз в день глубоко внутримышечно; Пиридоксин 0-6 месяцев – 0,3 мл; 6-12 месяцев – 0,5 мл; >12 месяцев – 1,0 мл * 1 раз в день глубоко внутримышечно; Цианкобаламин: 0-6 месяцев – 0,1 мл; 6-36 месяцев – 0,2 мл; 4-7 лет – 0,4 мл; >8 лет – 0,4-1,0 мл * 1 раз в день глубоко внутримышечно. Курс 10 дней.*

3.2 Хирургическое лечение

Консультация детского нейрохирурга показана при необходимости декомпрессии нерва или при его травматическом повреждении. При выраженных асимметриях и двигательных дефектах (лагофталм, свисающая нижняя губа и т.д.) показана консультация нейрохирурга или пластического хирурга с целью ревизии лицевого нерва, или пластических операций.

3.3 Иное лечение.

В острый период рекомендована иглорефлексотерапия (1-10 дней). На 5-7 день показан массаж шейно-воротниковой зоны. После 10 дней рекомендован дифференцированный массаж мимических мышц. На пораженной стороне рекомендовано использовать тонирующую методику, на здоровой – расслабляющую. По назначению физиотерапевта магнитотерапия, лазеротерапия, парафиновые аппликации на пораженную половину лица и воротниковую зону. С целью минимизирования косметического дефекта проводят тейпирование или лейкопластырное армирование на пораженной стороне.

4. Реабилитация

Реабилитация при поражении лицевого нерва.

В основном периоде (с 10-до 12го дня) назначают: лечение положением (спать на боку на стороне поражения).

Лечебная гимнастика. Рекомендуемая методика для пациентов.

1. Поднять брови вверх.
2. Наморщить брови.
3. Закрыть глаза.
4. Улыбаться с закрытым ртом.
5. Щуриться.
6. Поднять верхнюю губу.
7. Свистеть.
8. Расширить ноздри.
9. Поднять верхнюю губу, обнажив верхние зубы.
10. Опустить нижнюю губу, обнажив нижние губы.
11. Улыбаться с открытым ртом.
12. Погасить зажжённую свечу.
13. Надуть щеки.
14. Перемещать воздух с одной половины рта на другую попеременно.
15. Опустить углы рта вниз при закрытом рте.
16. Высунуть язык и сделать его узким.
17. Открыв рот, двигать языком вперед-назад.
18. Открыв рот -двигать языком вправо-влево.
19. Выпячивать вперед губы «трубочкой».

Упражнения для улучшения артикуляции.

1. Произносить буквы 0, и, у;
2. Произносить буквы п, ф, в;
3. Произносить сочетание этих букв; ой, фу, фи;
4. Произносить слова, содержащие эти буквы по слогам.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

Профилактика заключается в избегании переохлаждений, ОРЗ, санации очагов хронической инфекций, своевременное лечение инфекционных заболеваний. Рекомендуется избегать стресса, переохлаждения, резких перепадов температуры, компенсировать фоновые заболевания. Неспецифические меры включают в себя повышение иммунной реактивности организма путем использования немедикаментозных (закаливание, занятия спортом) и медикаментозных методов (применение различных иммуномодуляторов при наличии иммунодефицитных состояний, при наличии показаний – витаминотерапия).

Диспансерное наблюдение. Осмотр невролога — 1 раз в 3 мес. Оценивают эффективность и переносимость лечения, степень восстановления движений. При отсутствии положительной динамики в течение 3 месяцев необходимо углубленное обследование (включая МРТ головного мозга) для исключения других заболеваний, также оно показано при появлении любых новых неврологических симптомов. Продолжительность наблюдения определяют в индивидуальном порядке (обычно 12–18 месяцев).

6. Организация медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- 1) прозопарез >III степени по шкале Хаус-Брэкманна;
- 2) атипичная клиническая картина идиопатической НЛН - наличие кроме прозопареза снижения слуха, вестибулярных расстройств, альтернирующих синдромов, клинических признаков центрального прозопареза.

Показания к выписке пациента из медицинской организации

Положительная динамика на фоне терапии в виде уменьшения проявлений прозопареза.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии качества	Да	Нет
Этап постановки диагноза		
Выполнен осмотр и консультация врачом-педиатром/врачом общей практики/врачом-неврологом.	Да	-
Выполнен осмотр врачом-неврологом всех пациентов с НЛН.	Да	-
Выполнено исследование общего(клинического)анализа крови, развернутого в рамках исследований общеклинического минимума.	Да	-
Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови с определением ДНК или РНК предполагаемых этиологических агентов в крови методом ПЦР при подозрении на вирусную этиологию невропатии лицевого нерва.	Да	-
Выполнено серологическое исследование: определение суммарных антител (класса М и G) при подозрении на неврит лицевого нерва боррелиозной этиологии.	Да	-
Выполнена электронейромиография при наличии показаний.	Да	-
Выполнена нейровизуализация (МРТ либо СКТ) головного мозга при нетипичной картине в сочетании с очаговой симптоматикой.	Да	-
Выполнен осмотр и консультации врача-физиотерапевта, иглорефлексотерапевта.	Да	-
Этап лечения		
Назначены диуретические средства в первые 72 часа.	Да	-
Назначены противовирусные препараты при подтверждении вирусной этиологии.	Да	-
Назначены антибактериальные препараты при подтверждении боррелиозной этиологии.	Да	-
Назначены глюкокортикостероидные препараты по показаниям.	Да	-
Назначены нестероидные противовоспалительные препараты по показаниям.	Да	-
Назначен комплекс витаминов группы В с 3-5 дня НЛН.	Да	-
Назначены ноотропные средства с 3-5го дня НЛН.	Да	-
Назначены антихолинэстеразные препараты с 7-10 дня заболевания.	Да	-
Проведена протекция роговицы у пациентов с лагофталмом (протекцию назначает врач - окулист).	Да	-
Проведен массаж парализованной мускулатуры и пассивная гимнастика в периоде ранней реконвалесценции.	Да	-

Список литературы

1. Айкарди Ж., Заболевания нервной системы у детей. / Пер. с англ. / Под ред. А.А. Скоромца. — М.: Бином и Издательство Панфилова, 2013. — 568 с.
2. Шток В.Н., Левин О.С. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы. — М.: Медицинское информационное агенство, 2010. — 520 с.
3. Бразис П.У., Топическая диагностика в клинической неврологии. / Пер. с англ. / Под ред. О.С. Левина. — М.: Мед-пресс-информ, 2009. — 736 с.
4. Левин О.С., Штульман Д.Р. Неврология: Справочник практического врача 7-е изд. — М.: Медпресс-информ, 2011. — 1024 с.
5. Мументалер М., Маттле Х. Неврология. / Пер. с нем. / Под ред. О.С. Левина. — 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 920 с.
6. Симпозиум: «Невропатия лицевого нерва и прозопарезы у детей». // Международный неврологический журнал. — 2011. — №7 (45).
7. Евтушенко С.К., Морозова Т.М., Прохорова Л.М. Рецидивирующая семейная невропатия лицевого нерва у девочки 9 лет. // Междунар. неврол. журнал. — 2010. — № 3(33). — с. 58–60.
8. Морозова О.Г., Здыбский В.И., Ярошевский А.А. Опыт лечения невропатии лицевого нерва с применением препарата актовегин драже. // Междунар. неврол. журнал. — 2008. — № 2(18). — с. 123–127.
9. Маркин С.П., Комплексное лечение больных с невропатией лицевого и невралгией тройничного нервов // ИД Медпрактика-М.
10. Проект Клинические рекомендации невропатии лицевого нерва у детей. //Федеральное государственное бюджетное учреждение детский научно-клинический центр инфекционных болезней федерального медико-биологического агентства. – Санкт-Петербург, 2023.
11. House J.W., Brackmann D.E., Facial nerve grading system. Otolaryngol Head Neck Surg.1985/ с. 93.
12. Алиферова В.Ф., Патология черепных нервов –издательство 'Здоровья ' 1990/с. 55.
13. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с нейрогенными заболеваниями челюстно-лицевой области» - Постановление Министерства Здравоохранения Белоруссии от 02.05.2023.
14. Madhok V.B., Corticosteroids for Bell's palsy / Cochrane Database Syst. Rev.2016.

15. Скрипченко Н.В., Невропатии лицевого нерва: клинические особенности и возможности улучшения исходов //Детские инфекции. – 2008.
16. Гузеева В.И., Федеральное руководство по детской неврологии -Социальное издательство медицинских книг //Москва 2016.

Состав рабочей группы

Председатель:

Дорофеева Наталья Григорьевна, главный внештатный детский невролог МЗ ПМР, первая квалификационная категория, ОАО «Тираспольская физиотерапевтическая поликлиника».

Члены:

Бурлака Анна Анатольевна, врач-невролог второй квалификационной категории, ГУ «Бендерский Центр Матери и Ребенка».

Рудукан Анастасия Александровна, врач-невролог, ГУП «Медицинский центр «ТираМед».

Сорокан Ирина Александровна, врач-невролог, заведующая республиканским неврологическим отделением, ГУ «Бендерский центр матери и ребенка».

Приглашенные специалисты:

Моисеева Ольга Григорьевна, врач-невролог первой категории, ООО «Медицинский центр «Медин».

Шульга Елена Андреевна, врач-невролог, ООО «Медицинский центр «Медин».

Андрienко Полина Александровна, врач-невролог, заведующая психоневрологическим отделением реабилитации детей-инвалидов ГУ «БЦМиР».

Эксперт:

Экспертизу проекта клинической рекомендации провел эксперт по клиническому направлению (специальности) «Детская неврология» **Янпольская Елена Павловна** – врач-невролог высшей квалификационной категории, ГУП «Медицинский центр «ТираМед».

У персонального состава рабочей группы и участников конфликт интересов отсутствует.

Справочные материалы, включая соответствующие показания к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата

Данная клиническая рекомендация разработана с учетом международных стандартов, а также на основании следующих нормативно-правовых актов Приднестровской Молдавской Республики:

1. Закона Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (САЗ 97-1).

2. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 14 апреля 2025 года № 108 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи на 2025 год».

3. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 13 июня 2005 года № 288 «О совершенствовании организации амбулаторно-поликлинической службы в лечебно-профилактических учреждениях республики».

4. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 1 ноября 2022 года № 894 «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств для медицинского применения» (регистрационный № 11398 от 25 ноября 2022 года) (САЗ 22-46).

5. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 14 декабря 2022 года № 1051 «Об утверждении Классификации и критериев, используемых при осуществлении врачебной экспертизы жизнеспособности граждан Приднестровской Молдавской Республики государственным учреждением «Республиканским консилиумом врачебной экспертизы жизнеспособности» и его филиалами» (регистрационный № 11503 от 31 января 2023 года) (САЗ 23-5).

6. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 18 мая 2010 года № 210 «О порядке оказания медицинской помощи в неврологическом, отоларингологическом и нефрологическом отделениях ГУ «Бендерский центр матери и ребенка».

7. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 17 февраля 2021 года № 143 «Об утверждении Порядка направления на оказание консультативного приема узкими специалистами и диагностики детям субъектами частной медицинской деятельности, а также государственными организациями,

осуществляющими медицинскую деятельность на основании лицензии» (регистрационный № 10066 от 15 марта 2021 года) (САЗ 21-11).

8. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 26 июля 2018 года № 396 «О совершенствовании организации оказания скорой медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики» (регистрационный № 8455 от 5 октября 2018 года) (САЗ 18-40).

9. Международная классификация болезней трав и состояний, влияющих на здоровье (МКБ-10) (<https://mkb-10.com/>).

10. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 9 октября 2019 года № 722 «О порядке проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в государственных лечебно-профилактических учреждениях» (САЗ 19-47).

12. Государственный регистр лекарственных средств Приднестровской Молдавской Республики (<https://registr.guckomfp.idknet.com/>).

Актуализация данной клинической рекомендации будет проводиться в сроки согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 мая 2021 года № 363 «Об утверждении Порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи» (регистрационный № 10285 от 3 июня 2021 года) (САЗ 21-22).

Алгоритмы действий врача



Информация для пациента

Паралич Белла — это внезапная слабость и паралич мышц с одной стороны лица в связи с поражением лицевого нерва. Лицевой нерв управляет мимическими мышцами, слюнными и слезными железами, передает в мозг информацию о вкусе, воспринятую передними 2/3 языка, и управляет мышцей среднего уха.

Причины: бактериально-вирусная инфекция, травма, наличие фонового заболевания, аномалии развития челюстно-лицевой области, переохлаждение, колебание температурного режима.

При параличе Белла первым симптомом может быть боль за ухом. Слабость лицевых мышц наступает внезапно, обычно в течение нескольких часов. У разных больных слабость варьируется от незначительной до полного обездвиживания лицевой мускулатуры. Слабость нарастает в течение 48–72 часов. Поражение затрагивает половину лица.

Отмечается сложность наморщить лоб, моргнуть или состроить гримасу на пораженной части лица. Большинству больных кажется, что их лицо онемело или отяжелело, даже несмотря на то, что чувствительность при этом заболевании не страдает. Возможна сухость во рту и сухость глаза.

Возможно отсутствие ощущения вкуса передней частью языка. Со стороны пораженной части лица пациент может воспринимать звуки громкими (усиление восприятия звуков называется гиперacusия).

Мышцы лица могут непроизвольно сокращаться. Со временем могут развиваться стойкие укорочения мышц (контрактуры), вызывающих асимметрию лица.

При первых симптомах заболевания необходимо обратиться за медицинской помощью. Придерживаться рекомендаций лечащего врача.

Состав экспертной группы по проведению экспертизы проектов клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи:

Председатель экспертной группы: Малиёв Вячеслав Владимирович - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный врач государственного учреждения «Региональная станция скорой медицинской помощи г. Бендеры»;

Заместитель председателя экспертной группы: Окушко Ростислав Владимирович - кандидат медицинских наук, доцент, директор государственного образовательного учреждения среднего профессионального образования «Приднестровский государственный медицинский колледж имени Л.А. Тарасевича»;

Члены экспертной группы:

1. Кравцова Алина Геннадьевна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии, акушерства и гинекологии медицинского факультета государственного образовательного учреждения «Приднестровской государственный университет имени Т.Г. Шевченко», врач-педиатр, неонатолог;

2. Гарбузняк Анастасия Андреевна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, кандидат биологических наук, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с циклом инфекционных заболеваний медицинского факультета государственного образовательного учреждения «Приднестровской государственный университет имени Т.Г. Шевченко», врач-инфекционист;

3. Лягу Александра Александровна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, врач-эндокринолог консультативной поликлиники государственного учреждения «Бендерская центральная городская больница»;

4. Коваленко Татьяна Николаевна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, врач-невролог (кабинета электромиографии) государственного учреждения «Республиканская клиническая больница»;

5. Гурецкая Кристина Леонидовна - заведующая отделением общей врачебной практики поликлиники № 5 государственного учреждения «Тираспольский клинический центр амбулаторно-поликлинической помощи», врач общей врачебной практики.

Секретари экспертной группы:

1. Гурецкая Елена Валентиновна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;

2. Кошелева Наталья Игоревна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики.