

<b>ГБУ РД «Городская клиническая больница»</b>		
<b>Вид документа</b>	<b>Клинический протокол</b>	
<b>ГБУ РД «ГКБ»</b>	<b>Версия</b>	№ 1
	<b>Запись в Едином реестре документации</b>	№ 239
	<b>Экземпляр</b>	№ __
	<b>Введен в действие</b>	01.11.21г.
<b>Конфиденциально</b>	<b>Срок действия</b>	3 года
<b>Название документа</b>	<i>Клинический протокол «при поражениях лицевого нерва»  Коды МКБ (G51.0)  Возрастная группа - взрослые  Год утверждения - 2021</i>	

Утверждено приказом № \_\_  
от «01» ноября 2021 г.

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	Заведующий отделением неврологии № 1 Заведующий отделением неврологии № 2	Мамайханов Г. Г. Альбориева Э. А.		
Согласовано:	Главный врач	Малаев Х. М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л. Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адильханов Б. Г.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Аабдулмеджидов Х. М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудов Ф. Б.		

## **I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

В подавляющем большинстве случаев острой невралгии причина остается неизвестной (идиопатическая невралгия или паралич Белла). Предполагают, что она связана с вирусной инфекцией, особенно с вирусом простого герпеса. Важными патогенетическими факторами являются отек, ишемия и компрессия нерва в узком костном канале. Провоцирующим фактором может служить переохлаждение. К факторам, способствующим развитию невралгии лицевого нерва относятся артериальная гипертензия, сахарный диабет, беременность. Относительно нередкой причиной поражения нерва бывает черепно-мозговая травма, средний отит, паротит, в стоматологической практике при обезболивании нижнего альвеолярного нерва и др.

## ***2. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний):***

**I. По тяжести:**

Легкая форма.	1. Лег-
Средней тяжести.	2.
Тяжелая форма.	3.

**II. Период:**

Острый период.	1.
Восстановительный период.	2.
Период остаточных явлений.	3.

## ***3. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний):***

Клиническая картина поражения лицевого нерва в основном характеризуется остро развившимся параличом или парезом мимической мускулатуры. Крайне редко встречается двустороннее поражение нерва. В начале заболевания могут появляться легкие или умеренные боли и парестезии в области уха и сосцевидного отростка. Обычно боли возникают одновременно или за 1–2 дня до развития двигательных расстройств. Боли характерны для поражения лицевого нерва до отхождения барабанной струны. Реже боли возникают спустя 2–5 дней после развития паралича мимической мускулатуры и держатся 1–2 нед. Особенно сильные боли отмечаются при поражении лицевого нерва на уровне расположения узла колленца. Клиническая картина невралгии лицевого нерва зависит от уровня поражения. При поражении ядра VII черепного нерва, возникающем при понтийной форме полиомиелита, у больных развиваются лишь явления пареза или паралича мимической мускулатуры. При поражении корешка лицевого нерва в области выхода его из мозгового ствола клиническая картина невралгии VII нерва сочетается с симптомами поражения VIII черепного нерва. Поражение лицевого нерва в костном канале до отхождения большого каменистого нерва, кроме паралича мимической мускулатуры, приводит к уменьшению слезоотделения вплоть до сухости глаза (ксерофтальмия) и сопровождается снижением надбровного и корнеального рефлексов, расстройством вкуса, слюноотделения, гиперакузией. Поражение этого нерва до отхождения стременного нерва дает ту же симптоматику, но вместо сухости

глаза повышается слезоотделение; если лицевой нерв поражается дистальнее отхождения стременного нерва, то гиперак узия не наблюдается. В случаях, когда лицевой нерв поражается в месте выхода из шилососцевидного отверстия, преобладают двигательные расстройства.

## **II. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.**

### **1. Жалобы и анамнез:**

У асимметрию лица, слабость мышц лица, невозможность поднять бровь, зажмурить глаз, надуть щеку. В анамнезе выясняется, что явилось причиной - переохлаждение, травма, инфекция или на фоне полного здоровья, или с рождения в результате родовой травмы.

### **2. Физикальное обследование:**

Неврологический статус со стороны черепно-мозговых нервов - односторонний парез мимических мышц. Отмечается слабость мимических мышц - больной не может поднять бровь на пораженной стороне, нахмурить ее, наморщить нос, плотно зажмурить глаз - положительный симптом "ресниц", надуть щеку, вытянуть губы трубочкой, свистнуть; тонус мышц на пораженной стороне снижен, щека "парусит"; изменение ширины глазных щелей; при оскаливании зубов ротовая щель перетягивается в здоровую сторону. Из-за паралича круговых мышц глаз веки не смыкаются (лагофтальм - заячий глаз), пища застревает между щекой и десной, слеза может стекать по щеке, утрачивается вкус на передних 2/3 языка на стороне поражения, отмечается обострение слуха на той же стороне (гиперакузия). Иногда из-за отека охватывающий коленчатый узел, выключаются волокна, контролирующие слезную железу, что приводит к прекращению слезоотделения (синдром "сухого глаза"), чреватый возникновением кератита из-за лагофтальма.

### **3. Лабораторные диагностические исследования:**

Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови. Так же:

- У пациентов, страдающих сахарным диабетом, оценкестепени его компенсации путем исследования уровня гликированного гемоглобина является целесообразной ввиду необходимости назначения больным высоких доз глюкокортикоидов [16](уровень доказательности, 4).
- Аналогично, определение в общем анализе крови повышенного соотношения «нейтрофилы/лимфоциты» свидетельствует о неблагоприятном прогнозе восстановления [17] (уровень доказательности 4).
- Пациентам с параличом Белла рекомендовано проведение серологической диагностики ВИЧ-инфекции [18] (уровень доказательности 4), а также болезни Лайма [1,19] (уровень доказательности 4).
- Всем пациентам с параличом Белла рекомендовано исследование общего анализа крови и гликемии натощак. У пациентов, страдающих сахарным диабетом, целесообразно дополнительно исследовать уровень гликированного гемоглобина (Мнение экспертов).
- Всем пациентам с параличом Белла рекомендовано проведение серологической диагностики болезни Лайма. В отдельных случаях должна проводиться диагностика ВИЧ-инфекции и герпес-вирусной инфекции (вируса ветряной оспы и вируса простого герпеса) (Мнение экспертов).

#### **4. Инструментальные диагностические исследования:**

1. Электромиография (ЭМГ) - в первые дни болезни регистрируется редуцированная низкоамплитудная активность, амплитуда снижается в 2,5-3 раза. К 10-15 дню длительность потенциалов увеличивается на 50-60%, определяются гигантские потенциалы, полифазные составляют 30-35%.

Для оценки функционального состояния нерва применяется стимуляционная ЭМГ, исследуется скорость распространения возбуждения по двигательным волокнам периферического нерва. При поражении периферических нервов любой этиологии скорость проведения импульсов снижается. ЭМГ позволяет определить денервационные изменения - потенциалы фибрилляции и скорость проведения импульса, оценить эффект от лечения.

2. Рентгенография черепа по Стенверсу и Майеру с визуализацией сосцевидного отростка и пирамиды височной кости позволяет исключить остеомиелит и опухоль.

3. УЗДГ сосудов головного мозга.

4. КТ или МРТ по показаниям - при двустороннем параличе исключает опухоль ствола мозга.

5. Электродиагностика - реакция перерождения полная, частичная при отсутствии восстановления.

**5. Морфологическое исследование:** не проводят.

### **III. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.**

**Тактика лечения:** в первую очередь направлена на снятие отека и восстановление микроциркуляции в стволе мозга.

**Цель лечения:** улучшение двигательной активности, профилактика контрактур.

#### **Немедикаментозное лечение:**

1. Массаж точечный.
2. ЛФК начинают со второй недели, упражнение перед зеркалом.
3. Физиолечение.
4. Иглорефлексотерапия.
5. Лазеропунктура.

#### **Медикаментозное лечение:**

**Гормональная терапия:** преднизолон (1 мг/кг/сут. внутрь, 6-8 дней с быстрой последующей отменой в течение 3-5 дней). Преимущество других схем применения кортикостероидов, в частности - в/в введение высоких доз метилпреднизолон (250-1000 мг в/в 2 раза в день, в течение 3-5 дней) не доказаны. Условием эффективности кортикостероидов является их как можно более раннее назначение (не позже 14-го дня, когда поражение нерва становится необратимым).

**Противовирусная терапия:** учитывая предполагаемую роль вируса простого герпеса, предложено применять на ранней стадии в комбинации с кортикостероидами ацикловир (400 мг внутрь, 5 раз в день, в течение 7-10 дней). Альтернативой ацикловиру могут служить фамцикловир и валацикловир. Указанные противовирусные препараты показаны и при синдроме Рамсея Ханта, в этом случае их используют в более высоких дозах.

**Нейропротекторы:** церебролизин, актовегин, пирацетам, пиритинол, гинкго-билоба, глицин.

В связи с опасностью изъязвления роговицы, при неполном закрытии и сухости глаза рекомендуется закапывание увлажняющих глазных капель в течение дня, на ночь - закрывание глаза повязкой и накладывание специальной глазной мази. При

сухости глаза - раствор метилцеллюлозы.

При лицевых болях - карбамазепин 5 мг/кг веса в сутки в 2 приема, в течение 10 дней.

#### **IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации:**

- Установлено, что электротерапия приводит к укорочению мышечных волокон и препятствует благоприятному восстановлению [45] (уровень доказательности 4), в связи с чем ее назначение пациентам с параличом Белла не рекомендовано.
- В соответствии с американским руководством 2013 г. эффективность иглорефлексотерапии (ИРТ) у пациентов с параличом Белла без сопутствующего медикаментозного лечения является не доказанной [6] (уровень доказательности 4).
- У пациентов с тяжелой нейропатией лицевого нерва или с наличием факторов, препятствующих благоприятному восстановлению, рекомендовано проведение реабилитационного лечения (Мнение экспертов).
- Проведение электротерапии и форсированных физических упражнений у пациентов с параличом Белла является противопоказанным (Мнение экспертов)
- Проведение ИРТ у пациентов с параличом Белла не рекомендовано (Класс С)

#### **V. Дополнительные методы диагностики, лечения:**

Методы	Наименование, кратность	Нормативный документ
Физиотерапевтические методы	Электрофорез лекарственными препаратами №10	Клинический протокол МЗ РФ «Поражение лицевого нерва» от 2020 года.
Клиническая лабораторная диагностика	Дополнительных нет	Стандарт специализированной медицинской помощи при поражениях лицевого нерва (приказ МЗ РФ №1497н от 24.12.2012г.)
Цитологические, гистологические методы диагностики	Не показаны	Стандарт специализированной медицинской помощи при поражениях лицевого нерва (приказ МЗ РФ №1497н от 24.12.2012г.)
Иглорефлексотерапия	Проводится в сочетании с основной терапией	Клинический протокол МЗ РФ «Поражение лицевого нерва» от 2020 года.
Гирудотерапия	Не показаны	Стандарт специализированной медицинской помощи при поражениях лицевого нерва (приказ МЗ РФ №1497н от 24.12.2012г.)
Экстракорпоральные методы	Не показаны	Стандарт специализированной

		медицинской помощи при поражениях лицевого нерва (приказ МЗ РФ №1497н от 24.12.2012г.)
Методы традиционной китайской медицины	Не показаны	Стандарт специализированной медицинской помощи при поражениях лицевого нерва (приказ МЗ РФ №1497н от 24.12.2012г.)
Методы остеопатии	Не показаны	Стандарт специализированной медицинской помощи при поражениях лицевого нерва (приказ МЗ РФ №1497н от 24.12.2012г.)

**VI. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии:** порядок информирования не требуется

**VII. Показания для госпитализации:**

Показания для экстренной госпитализации: парестезии, асимметрия лица, нарушение функции мимической мускулатуры, изменение вкуса на языке, слезотечение или сухость глаза с одной стороны, гиперакузия и вегетативные нарушения.

**VIII. Критерии оценки качества медицинской помощи**

**1. Прием (осмотр, консультация) врача- невролога первичный:**

К (частота предоставления)	Критерии качества	Выполнение	Уровень достоверности доказательств (при наличии)	Уровень убедительности рекомендаций (при наличии)
К 1	1. Осмотр врача - невролога первичный. 2. Осмотр врача - отоларинголога первичный. 3. Осмотр врача - офтальмолога первичный.	19 1 1		
К 0.9	1. Осмотр врача - терапевта первичный.	1		
К 0.8				
К 0.7				
К 0.6				
К 0.5	1. Осмотр врача — нейрохирурга первичный.	1		

	2. Осмотр врача — стоматолога первичный.	1		
--	--	---	--	--

## 2. Лабораторные методы исследования:

К (частота предоставления)	Критерии качества	Выполнение	Уровень достоверности доказательств (при наличии)	Уровень убедительности рекомендаций (при наличии)
К 1	1. Общий (клинический) анализ крови развернутый 2. Анализ крови биохимический бщетерапевтический. 3. Анализ мочи общий 4. Проведение реакции Вассермана (RW) 5. Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови 6. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови 7. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV в крови 8. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1 1 1 1 1 1 1 1		
К 0.9				
К 0.8				
К 0.7				
К 0.6				
К 0.5				

## 3. Инструментальные методы исследования:

К (частота предоставления)	Критерии качества	Выполнение	Уровень достоверности доказательств (при наличии)	Уровень убедительности рекомендаций (при наличии)

К 1	1. Электрокардиограмма 2. МРТ головного мозга 3. Рентгенография легких	1 1 1		
К 0.9				
К 0.8				
К 0.7				
К 0.6				
К 0.5	Рентгенография ячеек решетчатой кости	1		

#### **4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения:**

К (частота предоста вления)	Наименование лекарственного препарата	Выполн ение	Уровень достовернос ти доказательст в (при наличии)	Уровень убедительн ости рекомендац ий (при наличии)
К 1	1. Пентоксифиллин 2. Преднизолон 3. Дексаметазон 4. Глицин			
К 0.9	1. Омепразол 2. Пиридоксальфосфот 3. Цианокобаламин			
К 0.8	1. Ипидакрин 2. Мильгамма			
К 0.7	1. Галантамин			
К 0.6				
К 0.5	1. Ибупрофен			

#### **IX. Регламентирующие документы:**

<p>Нозологическая форма (<i>Рассеянный склероз</i>) Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1541н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при эпилепсии" (Зарегистрировано в Минюсте России 05.03.2013 N 27456)</p>
---



Диагностика, лечение	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1497н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при поражениях лицевого нерва" (Зарегистрировано в Минюсте России 19.02.2013 N 27180)	РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК) Версия: Архив - Клинические протоколы МЗ РК - 2010 (Приказ №239)	Руководство по ведению пациентов с острой нейропатией лицевого нерва (2020)

#### **Х. Информация для пациента (кратко о заболевании).**

Невропатия лицевого нерва — паралич мимических мышц одной половины лица. Возникает вследствие травм, расстройства кровообращения, обменных процессов, интоксикации, воспаления. В пораженных мышцах развивается слабость, мимические движения затруднены или полностью невозможны, появляется асимметрия лица. Прогноз зависит от локализации невропатии и наличия сопутствующих патологий. При раннем, грамотно подобранном лечении в 75% пациент выздоравливает.

Чтобы предупредить невропатию важно придерживаться общих правил:

- избегать травм, переохлаждений;
- предохранять глаза от повреждений;
- своевременно диагностировать и лечить воспаления и инфекции уха, носоглотки;
- при хронических патологиях состоять на учете у врача, контролировать динамику развития болезни.

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при мононевропатиях, поражения нервных корешков и сплетений (коды по МКБ-10: G50; G51; G52; G54; G56; G57; G58; G59)**

N п/ п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови	Да/Нет
3.	Выполнено электронейромиографическое исследование (при поражении тройничного нерва и/или корешков и сплетений и/или мононевропатии верхней и/или нижней конечности)	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом и/или врачом-оториноларингологом (при краниальных невропатиях)	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и/или компьютерная томография головы и/или рентгенография черепа (при краниальных невропатиях)	Да/Нет
6.	Выполнена магнитно-резонансная томография пораженной области и/или спинного мозга на уровне поражения (при поражении корешков и сплетений и/или мононевропатии верхней и/или нижней конечности)	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы антихолинэстеразные и/или группы системные глюкокортикостероиды и/или противосудорожные (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

8.	Проведена консультация врачом-нейрохирургом при неэффективности консервативной терапии	Да/Нет
----	--	--------

**ЧЕК-ЛИСТ ПРОВЕРКИ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПРИ МОНОНЕВРОПАТИЯХ, ПОРАЖЕНИЯ  
НЕРВНЫХ КОРЕШКОВ И СПЛЕТЕНИЙ  
Коды МКБ (G50, G51, G52, G54, G55, G56, G57, G58, G59)**

№	N истории болезни:	ФИО	Возраст:	Да - 1 Нет - 0
1.	<b>Титульный лист.</b> 1. Дата поступления, время поступления; 2. Дата выписки, время выписки; 3. Указание температуры при поступлении; 4. Указание непереносимости лекарственных средств; 5. Указание номера истории болезни; 6. Выставление клинического, заключительного диагноза, при поступлении, с указанием даты, кода заболевания; 7. Указание вида транспортировки больного; 8. Вес, рост больного.			
2.	<b>Оформление 2-й страницы титульного листа</b> 1. Отметка о выдаче л/н с указанием номера и с подписи нетрудоспособного; 2. Указание исхода заболевания; 4. Подписи заведующего, лечащего врача.			
3.	<b>Лист назначений</b> 1. Подпись пациента, лечащего врача, палатной медсестры на листе назначений; 2. Дата назначения препаратов, с датой отмены препаратов, с указанием дозировки и формы, с указанием пути введения препарата; 3. Указание даты назначения, даты выполнения диагностических назначений; 4. Указание лечебного стола.			
4.	Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар.			
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый.			
6.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови.			
7.	Выполнено электронейромиографическое исследование (при поражении тройничного нерва и/или корешков и сплетений и/или мононевропатии верхней и/или нижней конечности).			
8.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом и/или врачом-оториноларингологом (при краниальных невропатиях).			
9.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и/или компьютерная томография головы и/или рентгенография черепа (при краниальных невропатиях).			
10.	Выполнена магнитно-резонансная томография пораженной области и/или спинного мозга на уровне поражения (при поражении корешков и сплетений и/или мононевропатии верхней и/или нижней конечности).			



