

## **НЕВРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: КЛЮЧЕВЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ**

*<sup>1</sup>Титкова Е.В., <sup>2</sup>Таранько И.Ю., <sup>3</sup>Загашвили И.В.*

*<sup>1</sup>Военно-медицинского факультета в УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь*

*<sup>2</sup>«72 объединённый учебный центр подготовки прапорщиков и младших специалистов», г. Борисов, Республика Беларусь*

*<sup>3</sup>Консультативно-диагностическая поликлиника Федерального государственного казенного учреждения «442 военный клинический госпиталь» МО РФ, г. Санкт-Петербург*

**Актуальность.** Невропатия лицевого нерва (НЛН) – заболевание периферической нервной системы, характеризующееся преимущественно односторонним парезом и/или параличом мимических и других мышц, иннервируемых лицевым нервом. По данным ВОЗ, поражение лицевого нерва занимает второе место среди заболеваний периферической нервной системы и первое – среди поражений черепных нервов. Общая заболеваемость НЛН составляет 20 – 25 случаев на 100 000 населения в год, а у лиц, страдающих артериальной гипертензией, сахарным диабетом (приблизительно в 4 раза выше). Пик заболеваемости приходится на 17 – 45 лет, то есть трудоспособный и социально-активный возраст, когда последствия пареза мимической мускулатуры могут вызвать функциональные, эстетические и психологические нарушения [1, 2, 5].

Типичная картина НЛН не вызывает сомнений в постановке диагноза. Для скрининговой клинической оценки степени поражения лицевого нерва, в том числе и в динамике лечения, в рутинной практике рекомендована шкала House-Brackmann, отражающая 4 степени тяжести прозопареза [1].

В связи с возможностью развития осложнений НЛН и формирования контрактуры пораженных мышц лица, необходимо своевременно выявить субъективные и объективные ранние симптомы НЛН у пациентов и незамедлительно назначить средства патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с утвержденными клиническими протоколами и нормативно-правовыми актами Минздрава и Минобороны Республики Беларусь [3, 4].

Таким образом, ранняя диагностика и своевременно назначенная адекватная терапия НЛН определяют медико-социальную значимость проблемы НЛН у пациентов, в том числе у военнослужащих срочной военной службы.

В виду актуальности проблемы, был проведен анализ оказания медицинской помощи военнослужащим с НЛН в многопрофильном лечебном учреждении – ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр Вооруженных сил Республики Беларусь» (432 ГВКМЦ).

**Цель.** Провести клинико-диагностическое сопоставление данных диагностики и оказания медицинской помощи военнослужащим госпитализированным в 432 ГВКМЦ по поводу НЛН с оценкой обоснованности и эффективности проведенных лечебно-диагностических мероприятий этой категории пациентов.

**Материал и методы.** Объектом исследования были 36 военнослужащих срочной службы, службы по контракту, военнообязанные запаса (далее – военнослужащие), госпитализированные с установленным диагнозом идиопатической (G 51) и симптоматической (отогенной) невропатии лицевого нерва»; исключены случаи синдрома НЛН на фоне демиелинизирующих заболеваний нервной системы, а также травматического и паранеопластического генеза. Анализ и оценка уровня организации специализированной помощи этой категории пациентов проводились на основании клинических протоколов диагностики и лечения пациентов с патологией нервной системы. Для оценки степени выраженности прозопареза применялась шкала House — Brackmann.

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

Медиана возраста 36 пациентов с НЛН составила 29 лет, из них 35 лет у женщин (8%), 28 лет у мужчин (92%). Госпитализированы по направлению медицинской роты – 2 военнослужащих, скорой медицинской помощи – 2, амбулаторного центра 432-го ГВКМЦ – 17, медицинского пункта части – 15.

Средняя длительность госпитализации пациентов с НЛН составила 13 койко-дней. Диагностированы следующие клинические формы НЛН: идиопатическая невропатия лицевого нерва (паралич Белла) – 94% (n=34), отогенная невропатия – 6% (n=2). Число пациентов с рецидивирующей НЛН – 4 (12%). Выявлены наиболее значимые провоцирующие факторы (триггеры) при манифестации НЛН: общее и локальное переохлаждение – в 82% (n=30), перенесенные ОРВИ – в 12% (n=4), психоэмоциональный стресс – в 6% (n=2).

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

Для объективизации степени функциональных нарушений и динамики регресса неврологического дефицита использовалась шкала House-Brackmann и было установлено: в период госпитализации у 8% военнослужащих – легкая дисфункция, у 56% – умеренная, у 36% – умеренно-тяжелая и тяжелая; при выписке у 81% – норма, у 17% – легкая дисфункция, у 2% – умеренная.

Применялись следующие методы медикаментозной и немедикаментозной терапии: глюкокортикоиды для системного применения (ГСП) – 94%, противовирусные средства – 72%, антибактериальные средства – 36%, периферические вазодилататоры – 91%, нейропротекторы – 94%, витамины группы «В» – 85%; а также ЛФК, массаж (100%), ГБО (82%) и др.

В 97% случаев был достигнут хороший результат лечения с быстрым регрессом прозопареза; а формирование контрактуры лицевых мышц – в одном случае (3%) при НЛН отогенного генеза.

На основании заключений военно-врачебной экспертизы 20 военнослужащих были признаны временно не годными к воинской службе сроком на 15 суток, 1 (контрактура) – признан негодным к службе в мирное время в соответствии с установленными требованиями [4].

### **Выводы.**

1. Оказание медицинской помощи и решение экспертных вопросов военнослужащим с НЛН, госпитализированным в 432 ГВКМЦ, осуществляется в установленном порядке с регрессом прозопареза в 97% случаев; формирование контрактуры наблюдалось лишь в одном случае (3%).

2. Своевременная госпитализация была в 70% случаев, отсроченная – 30% (10) военнослужащих (в том числе по причине позднего обращения (4%), отказа двух пациентов от ранней госпитализации (6%).

3. Наиболее значимыми провоцирующими факторами НЛН у военнослужащих были: общее и локальное переохлаждение (82%) и перенесенные ОРИ (12%).

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

5. Для объективизации степени выраженности и регресса прозопареза целесообразно применение оценочной шкалы House — Brackmann.

6. Для первичной профилактики развития НЛН и возможных рецидивов заболевания, необходимо своевременное адекватное лечение воспалительных и инфекционных заболеваний уха и носоглотки, предупреждение травм и локальных переохлаждений области лица, шеи.

#### **Литература**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия/ Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова В.И. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007– с.219

2. Левин О.С. Неврология. Справочник практического врача / О.С. Левин. Д.Р. Штульман– М.: МЕДпресс-информ, 2018 – с.880

3. Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечения пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)»: постановление Министерства здравоохранения РБ от 08 января 2018 г., № 8 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Национальный центр правовой информации Республики Беларусь. – Минск, 2020.

4. Об утверждении инструкции об определении требований к состоянию здоровья граждан, связанных с воинской обязанностью: постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03 января 2020 г., № 1/1 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Национальный центр правовой информации Республики Беларусь. – Минск, 2020.

5. Скоромец А. А. Нервные болезни: учебное пособие / А. А.Скоромец, А.П.Скоромец, Т.А.Скоромец. – М.: МЕД-пресс-информ, 2017 г. – с.568