

## К ВОПРОСУ О МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В РЕЗУЛЬТАТЕ РОДОВОЙ ТРАВМЫ

© И.А. Крюкова<sup>1</sup>, Г.А. Икоева<sup>1, 2</sup>, Э.И. Сайдашева<sup>1, 3</sup>, А.Г. Баиндурашвили<sup>1, 2</sup>, Ю.В. Степанова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург;

<sup>2</sup> ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России, Санкт-Петербург;

<sup>3</sup> СПбГБУЗ «Детская городская больница № 1», Санкт-Петербург

Статья поступила в редакцию: 11.06.2018

Статья принята к печати: 04.09.2018

---

**Актуальность.** Из всех черепных нервов лицевой нерв наиболее подвержен травмированию в родах. Проблема медицинской помощи детям первых месяцев жизни при родовой травме лицевого нерва является актуальной и дискуссионной. Согласно литературным данным объем рекомендуемых лечебно-диагностических мероприятий варьирует, а их эффективность не всегда доказана.

**Цель.** На обсуждение выносятся разработанный нами протокол медицинской помощи новорожденным и детям первых месяцев жизни с родовой травмой лицевого нерва.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные отечественной и зарубежной литературы, посвященной проблеме родовой травмы лицевого нерва.

**Результаты.** Показана необходимость мультидисциплинарного подхода к пациентам с родовой травмой лицевого нерва с участием невролога, офтальмолога, отоларинголога, сурдолога, челюстно-лицевого хирурга, генетика, специалиста по восстановительной медицине, лечебной физкультуре и физиотерапии, микрохирурга. Определены ключевые направления медицинской помощи в первые месяцы жизни: профилактика развития офтальмологических осложнений; тщательная топическая и этиологическая дифференциальная диагностика; динамическое наблюдение с целью своевременного решения вопроса о необходимости проведения хирургического лечения.

**Заключение.** Использование предложенного протокола в клинической практике необходимо для формирования четкого понимания врачами разных специальностей вопросов этиологии, патогенеза, особенностей течения заболевания, дифференциальной диагностики и приоритетного лечения с целью повышения качества оказываемой помощи.

**Ключевые слова:** паралич лицевого нерва; родовая травма лицевого нерва; новорожденные; родовая травма; синдром Мебиуса; врожденный паралич лицевого нерва.

---

**Materials and methods.** We analyzed domestic and foreign literature dedicated to facial nerve birth trauma.

**Results.** The results showed the necessity of a multidisciplinary approach for patients with facial nerve birth trauma involving neurologists, ophthalmologists, otolaryngologists, audiologists, maxillofacial surgeons, geneticists, doctors for rehabilitation medicine, and microsurgeons. Key directions of medical assistance during the first months of life include the prevention of the development of ophthalmologic complications; topical and etiological differential diagnosis; and dynamic observation to timely resolve whether surgical treatment is necessary.

**Conclusion.** The integration of developed protocols in clinical practice is essential for understanding the etiology, pathogenesis, natural history, differential diagnostics, and prior treatment by medical doctors of different specialties to improve the quantity of medical assistance.

**Keywords:** facial nerve palsy; birth injury to facial nerve; newborn; birth trauma; Mobius syndrome; congenital facial palsy.

Родовая травма лицевого нерва (ЛН) наблюдается приблизительно с частотой 0,3–1 на 1000 живорождений с большим распространением у крупных новорожденных [1–3]. Проявляется периферическим парезом мимических мышц различной степени тяжести (от малозаметного до грубого), чаще односторонним [2, 4–6]. По данным литературы, преобладают повреждения в месте выхода нерва из шилососцевидного отверстия или его конечных ветвей впереди от наружного слухового прохода [4–9]. При давлении на край нижней челюсти может травмироваться краевая нижнечелюстная ветвь ЛН с развитием пареза только нижних (периоральных) мимических мышц. Сохранность функции лобной и глазничной ветвей ЛН в этих случаях создает ложное впечатление о центральном происхождении пареза [9, 10].

Дифференциальный диагноз выявленной асимметрии лица у новорожденных проводят с другими причинами: родовой травмой лицевого отдела черепа (например, перелом нижней челюсти), внутричерепной патологией (кровоизлияния, опухоли и др.), врожденными пороками развития (ВПР) (ЛН и его ядер, височной кости, лицевого отдела черепа, мимических мышц), нервно-мышечными заболеваниями, врожденными инфекциями, генетическими синдромами [1, 2, 4, 11–21].

В 90 % случаев наступает спонтанное восстановление функции мимических мышц в течение первых месяцев жизни. Преобладают повреждения ЛН по типу нейропраксии, не требующие специального лечения. Вопрос о необходимости хирургического лечения рассматривают при отсутствии выздоровления к 2 месяцам жизни [2–5, 8, 9, 22].

Дети с родовой травмой ЛН требуют мультидисциплинарного подхода с участием невролога, офтальмолога, отоларинголога, сурдолога, челюстно-лицевого хирурга, генетика, специалиста по восстановительной медицине, лечебной физкультуре и физиотерапии, при необходимости микрохирурга. Ключевыми направлениями медицинской помощи в первые месяцы жизни являются профилактика развития офтальмологических ослож-

нений, тщательная топическая и этиологическая дифференциальная диагностика, динамическое наблюдение с целью своевременного решения вопроса о необходимости проведения хирургического лечения [4, 23].

## МКБ-10 R11.3 Поражение лицевого нерва при родовой травме

### Причины

1. Повреждение нерва в месте выхода из шилососцевидного отверстия или его конечных ветвей в околоушной или щечной области (сдавление костными выступами таза матери, плечом плода, акушерскими щипцами, при лицевом предлежании плода).
2. Травма нерва в костном канале височной кости (перелом височной кости).

### Патоморфология

Повреждение нерва или его ветвей различной степени тяжести: сдавление, отек, ишемия, кровоизлияния в нерв и периневрально, растяжение, надрыв или полный разрыв.

Патоморфологические варианты повреждения ЛН: нейропраксия (целостность нерва не нарушена, преходящий блок проведения импульса, полностью обратимое состояние); аксонотмезис (нарушена целостность аксона, оболочка сохранена, возможно полное спонтанное восстановление); нейротмезис (повреждение аксона и оболочки, спонтанное восстановление невозможно).

### Клинические проявления

1. Односторонний периферический парез/паралич мимических мышц различной степени тяжести (шкала House-Brackmann, табл. 1).
2. В зависимости от уровня повреждения ЛН:
  - полный парез мимических мышц (верхних и нижних) — при повреждении ЛН до разделения на конечные ветви;

Таблица 1

Шкала тяжести пареза мимической мускулатуры (по House J.W. и Brackmann D.E., 1985)

Степень тяжести	Лицо в покое	Движения		
		лоб	глазная щель	рот
I (норма)	Симметричное	Норма	Норма	Норма
II (легкая): парез выявляют при тщательном осмотре	Симметричное	Умеренно снижены	Полное смыкание при минимальном усилии	Легкая асимметрия
III (умеренная): заметный парез	Симметричное	Минимальные	Полное смыкание при максимальном усилии	Легкая асимметрия при максимальном усилии
IV (средне-тяжелая): очевидный парез	Симметричное	Отсутствуют	Неполное смыкание	Асимметрия при максимальном усилии
V (тяжелая): едва заметные движения	Асимметрия	Отсутствуют	Не закрывается	Минимальные
VI (полный паралич)	Асимметрия	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют

- частичный (только верхних или нижних мимических мышц) — при повреждении отдельных конечных ветвей ЛН.
- 3. Асимметрия лица (особенно заметна при крике новорожденного).
- 4. Возможны отечность, экхимозы, следы от ложек щипцов спереди от слухового прохода, в области щеки, нижней челюсти.
- 5. При переломе височной кости — отечность, гематома мягких тканей, болезненность при пальпации в области височной кости, гемотимпанум, оторрея.
- 6. 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, гримасах — неравномерность складок на лбу, неполное смыкание глазной щели, угол рта перетягивается в здоровую сторону;
- надбровный и корнеальный рефлекс ослаблены.
- 7. При частичном повреждении ЛН (нижних ветвей ЛН в околоушной или щечной области):
  - верхняя мимическая мускулатура не страдает (полное смыкание глазной щели, лоб наморщивается);
  - парез нижней мимической мускулатуры;
  - в покое — сглажена носогубная складка, угол рта опущен;
  - поисковый рефлекс угнетен;
  - при кормлении — подтекание молока из пораженного угла рта;
  - при крике, гримасах — угол рта перетягивается в здоровую сторону.

### Дифференциальный диагноз

Ключевым звеном оказания медицинской помощи новорожденным и детям первых месяцев жизни с подозрением на родовую травму ЛН является тщательная топическая и этиологическая дифференциальная диагностика выявленной асимметрии лица (табл. 2).

Таблица 2

Дифференциальный диагноз родовой травмы лицевого нерва

Патология	Характерные признаки
Центральный парез мимических мышц (надъядерное повреждение — нижние отделы прецентральной извилины, внутренняя капсула, ствол)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• односторонний парез нижних мимических мышц: сглаженность носогубной складки, перекося рта при плаче в здоровую сторону;</li> <li>• сохранность функции верхних мимических мышц (<i>m. frontalis</i>, <i>m. orbicularis oculi</i>);</li> <li>• усилен надбровный рефлекс;</li> <li>• ± гомолатерально: XII пара черепных нервов (ЧН) (отклонение языка в сторону пареза ЛН), спастический парез руки или гемипарез</li> </ul>

Окончание табл. 2

Патология	Характерные признаки
Повреждение ядер ЛН в области моста (инфаркт, кровоизлияние, опухоль и др.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>альтернирующий синдром Мийяра – Гублера: на стороне повреждения периферический парез мимических мышц (ядро ЛН) + на противоположной стороне спастический гемипарез (пирамидный путь);</li> <li>альтернирующий синдром Фовилля: на стороне повреждения периферический парез мимических мышц (ядро ЛН) и парез наружной мышцы глаза (ядро отводящего нерва, сходящееся косоглазие) + на противоположной стороне спастический гемипарез (пирамидный путь)</li> </ul>
Повреждение внутричерепной части ЛН в области мосто-мозжечкового угла (субтенториальное кровоизлияние, опухоль)	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ симптомы дисфункции соседствующих ЧН: тройничного (снижение роговичного рефлекса, непараллельность расположения верхней и нижней челюсти), отводящего (сходящееся косоглазие), слухового, подъязычного (отклонение языка в сторону)</li> </ul>
Изолированная аплазия/гипоплазия ЛН	<ul style="list-style-type: none"> <li>перинатальный анамнез не отягощен (нормальные роды, некрупный плод);</li> <li>полный односторонний парез мимических мышц, в остальном неврологический статус без особенностей;</li> <li>необратимость (отсутствие тенденции к восстановлению);</li> <li>± аномалии органа слуха;</li> <li>МРТ — аплазия/гипоплазия ЛН</li> </ul>
Изолированная дисплазия ядер ЛН	<ul style="list-style-type: none"> <li>полный односторонний/двусторонний парез мимических мышц без тенденции к восстановлению</li> </ul>
Симптом Мебиуса	<ul style="list-style-type: none"> <li>гипоплазия ядер VII пары ЧН (билатеральный/унилатеральный парез мимических мышц);</li> <li>± VI (сходящееся косоглазие), XII ЧН;</li> <li>отсутствие тенденции к восстановлению</li> </ul>
Генетически обусловленный паралич ЛН	<ul style="list-style-type: none"> <li>хромосомные микроделеции;</li> <li>изолированный унилатеральный/билатеральный парез мимических мышц без тенденции к восстановлению</li> </ul>
Односторонняя гипоплазия мышц, опускающих угол рта и нижнюю губу ( <i>m. depressor anguli oris, m. depressor labii inferioris</i> ) (в англоязычной лит. <i>congenital unilateral lower lip palsy, neonatal asymmetric cying facies</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>в покое лицо симметричное или одностороннее сужение нижней губы;</li> <li>асимметрия нижней губы при улыбке и плаче: на пораженной стороне нижняя губа, угол рта не опускаются (остаются горизонтально расположенными);</li> <li>слух не страдает;</li> <li>перинатальный анамнез, физический и неврологический статус без особенностей;</li> <li>МРТ височных костей в пределах нормы;</li> <li>ЭхоКГ (риск ВПР сердца)</li> </ul>
Синдром 1–2-й жаберных дуг	<ul style="list-style-type: none"> <li>гемифациальная микросомия, синдром Гольденхара, окуло-аурикуло-вертебральная дисплазия;</li> <li>недоразвитие (чаще одностороннее) тканей лица, формирующихся из 1–2-й жаберных дуг (нижней и верхней челюсти, скуловой кости, мышц лица) → асимметрия лица (от малозаметной до грубой);</li> <li>ВПР органа слуха (ушных раковин, наружных слуховых проходов, среднего уха, околоушные свищи и др.);</li> <li>± другие ВПР: органа зрения, расщелина губы и нёба, сердца, почек, костной системы, шейного отдела позвоночника;</li> <li>в 25 % случаев — умственная отсталость</li> </ul>
Кардиофациальный синдром	<ul style="list-style-type: none"> <li>синдром Di George, делеция хромосомы 22q11.2;</li> <li>лицевой дизморфизм;</li> <li>ВПР (сердца и др.);</li> <li>иммунодефицит (гипоплазия тимуса);</li> <li>гипокальциемия и гипомagneмия</li> </ul>
Перелом нижней челюсти	<ul style="list-style-type: none"> <li>отек мягких тканей, подкожная гематома челюстно-лицевой области;</li> <li>возможны отпечатки от ложек щипцов на боковых участках лица;</li> <li>асимметрия лица, смещение подбородка;</li> <li>плач во время сосания, отказ от груди;</li> <li>ограничение открывания рта;</li> <li>боль при пальпации кпереди от козелка ушной раковины</li> </ul>

Примечание: ЛН — лицевой нерв; ЧН — черепные нервы; ВПР — врожденные пороки развития.

**Возможные осложнения**

1. Роговично-конъюнктивальный ксероз (синдром «сухого глаза»).
2. Конъюнктивит, кератит (при присоединении вторичной инфекции).
3. При тяжелом парезе — контрактуры и синкинезии паретичных мышц.

**Медицинская тактика****в условиях родильного дома**

1. Анализ интранатального анамнеза (крупный плод/узкий таз, затяжные роды, лицевое/тазовое предлежание, акушерские щипцы).
2. Фото- и видеодокументирование пареза мимических мышц (в состоянии покоя, при плаче, во сне).
3. Психологическая и информационная поддержка матери: беседа о наиболее вероятной обратимости пареза (в 90 % случаев при травматической невропатии наступает полное восстановление в течение первых недель — месяцев жизни); о необходимости профилактического лечения переднего сегмента глаза при неполном смыкании глазной щели.
4. Осмотр невролога (при наличии в штате родильного дома) (дифференциальная диагностика пареза — центральный/периферический; травматический/врожденный).
5. Транскраниально-чрезродничковая ультрасонография (зоны интереса — мост, мосто-мозжечковый угол на стороне поражения, структуры задней черепной ямки, намет мозжечка, лобно-теменная зона) [24, 25].
6. Консультация офтальмолога при невозможности полного смыкания глазной щели (очно/заочно).
7. Аудиоскрининг.
8. Обеспечение консультации отоларинголога (по показаниям, исключение гемотимпанума).
9. Эхо-КГ (при наличии специалиста в штате родильного дома).
10. Клинический анализ крови, С-реактивный белок.
11. Обследование на TORCH-инфекции (по показаниям).
12. Найти наилучший способ прикладывания ребенка к груди или кормление сцеженным грудным молоком.
13. При полном парезе — избегать резких звуков, охранительный режим.

14. При невозможности полного смыкания глазной щели (во время сна, при плаче) — неонатолог незамедлительно начинает комплексную профилактику:

- воспалительных заболеваний переднего сегмента глаза — антисептик («Витабакт»\*), инстилляций препарата по 1 капле 2–3 раза в сутки в течение 5 дней; при необходимости — повторный курс;
  - роговично-конъюнктивального ксероза — кератопротекторы («Корнерегель») и/или лекарственные препараты искусственной слезы («Офтагель»\*\*, «Хилабак»\*\* и др.), инстилляций препарата по 1–2 капле 4–6 раз в сутки до полного восстановления смыкания века\*\*\*.
15. При развитии конъюнктивита: антисептик («Витабакт»\*), инстилляций препарата по 1 капле 4 раза в сутки в течение 7 дней.
  16. При развитии кератита (диагноз устанавливается офтальмологом): антибактериальные препараты — макролиды («Азидроп»\*), инстилляций препарата по 1 капле 2 раза в сутки в течение 3 дней в сочетании с кератопротекторами («Корнерегель»\*\*), инстилляций по 1 капле 2 раза в сутки до исчезновения симптомов заболевания\*\*\*.
  17. Маршрутизация новорожденных с травматической невропатией ЛН определяется общим состоянием ребенка, степенью тяжести пареза мимических мышц, сопутствующей патологией, данными обследования.
  18. Выписка из родильного дома по месту жительства возможна, если в неврологическом статусе изолированный не тяжелый парез мимических мышц + удовлетворительный соматический статус, нормальный анализ крови, отсутствие патологии по данным ультразвукового исследования (головного мозга, сердца) и аудиометрии, отсутствие признаков перелома височной кости и нижней челюсти, офтальмоинфекции.
  19. Рекомендации при выписке ребенка из родильного дома:
    - наблюдение невролога, специалиста по лечебной физкультуре и физиотерапии;
    - при неполном смыкании глазной щели: наблюдение офтальмолога (осмотр в ближайшее время после выписки), продолжать профилактику роговично-конъюнктивального ксероза — кератопротекторы («Корнерегель») и/или лекарственные препараты искусственной слезы

*Примечание:* \* лекарственные препараты, разрешенные к применению с рождения (согласно инструкции); \*\* лекарственные препараты, не имеющие возрастных ограничений для применения (согласно инструкции); \*\*\* при необходимости закапывания нескольких лекарственных средств в конъюнктивальную полость препараты должны применяться по отдельности с интервалом не менее 15 минут.

- («Офтагель»\*\*, «Хилабак»\*\* и др.), инстилля-  
ции препарата по 1–2 капли 4–6 раз в сутки\*\*\*;  
эти мероприятия проводят до тех пор, пока  
не станет возможным произвольное закрытие  
глаза и не восстановится мигательный рефлекс;
- не рекомендуется наложение повязки на глаз  
в дневное или ночное время суток (!);
  - осмотр отоларинголога, сурдолога;
  - лечебная физкультура с 7-го дня жизни — ми-  
мическая гимнастика, основанная на рефлекс-  
сах новорожденных (вызывание ладонно-ро-  
тового, хоботкового, поискового рефлексов по  
5 минут перед кормлением до 10 раз в день,  
сосательного рефлекса с помощью пустышки),  
зрительный и речевой контакт с ребенком —  
стимуляция ротового внимания;
  - при отсутствии восстановления функции ми-  
мических мышц в течение первых месяцев  
жизни — электронейромиография ЛН, кон-  
сультация челюстно-лицевого хирурга и ми-  
крохирурга.
20. В остальных случаях перевод ребенка в отде-  
ление патологии новорожденных.

### Медицинская тактика в условиях стационара

1. Анамнез (крупный плод/узкий таз, затяжные  
роды, лицевое/тазовое предлежание, акушер-  
ские щипцы, наличие отечности и экхимозов  
в области височной кости, кпереди от наруж-  
ного слухового прохода в первые дни жизни).
2. Фото- и видеодокументирование пареза мими-  
ческих мышц (в состоянии покоя, при плаче,  
во сне), сравнение с ранним неонатальным пе-  
риодом.
3. Наблюдение невролога (дифференциальная  
диагностика пареза — центральный/перифе-  
рический; травматический/врожденный).
4. Наблюдение офтальмолога (при невозможности  
полного смыкания глазной щели во сне,  
при плаче).
5. Консультация отоларинголога, отоскопия (ис-  
ключение гемотимпанума).
6. Аудиометрия.
7. Консультация сурдолога.
8. Консультация нейрохирурга (по показаниям,  
при переломе височной кости и пр.).
9. Консультация челюстно-лицевого хирурга.
10. Консультация генетика (по показаниям).
11. Клинический анализ крови.
12. Обследование на врожденные инфекции (по  
показаниям).
13. Транскраниально-чрезродничковая ультрасо-  
нография.
14. Ультразвуковое исследование сердца.
15. Ультразвуковое исследование околоушной  
зоны (по показаниям).
16. Магнитно-резонансная томография головного  
мозга (по показаниям).
17. Рентгенография височных костей (при подо-  
зрении на перелом височной кости).
18. Мультиспиральная компьютерная томография  
височной кости (при подозрении на перелом  
височной кости или ВПР фаллопиева канала).
19. Магнитно-резонансная томография лицевых  
нервов (по показаниям).
20. Найти наилучший способ прикладывания ре-  
бенка к груди или кормление сцеженным груд-  
ным молоком.
21. Сон на боку — на стороне поражения.
22. При полном парезе — избегать резких звуков,  
охранительный режим.
23. При невозможности полного смыкания глаз-  
ной щели — незамедлительно начинается или  
продолжается комплексная профилактика:
  - воспалительных заболеваний переднего сег-  
мента глаза — антисептик («Витабакт»\*), ин-  
стилляции препарата по 1 капле 2–3 раза  
в сутки в течение 5 дней; при необходимости — повторный курс;
  - роговично-конъюнктивального ксероза — ке-  
ратопротекторы («Корнерегель») и/или ле-  
карственные препараты искусственной слезы  
(«Офтагель»\*\*, «Хилабак»\*\* и др.), инстилля-  
ции по 1–2 капли 4–6 раз в сутки до полного  
восстановления смыкания века \*\*\*;
  - не рекомендуется — наложение повязки на  
глаз в дневное или ночное время суток (!).
24. При развитии конъюнктивита: антисептик  
(«Витабакт»\*), инстилляции препарата по  
1 капле 4 раза в сутки в течение 7 дней.
25. При развитии кератита: антибактериальные  
препараты — макролиды («Азидроп»\*), ин-  
стилляции препарата по 1 капле 2 раза в сут-  
ки в течение 3 дней в сочетании с кератопротек-  
торами («Корнерегель» \*\*), инстилляции по  
1 капле 2 раза в сутки до исчезновения сим-  
птомов заболевания\*\*\*.
26. Лечебная физкультура с 7-го дня жизни — ми-  
мическая гимнастика, основанная на рефлекс-  
сах новорожденных (вызывание ладонно-ро-  
тового, хоботкового, поискового рефлексов по  
5 минут перед кормлением до 10 раз в день,  
сосательного рефлекса с помощью пустышки),  
зрительный и речевой контакт с ребенком —  
стимуляция ротового внимания.
27. Массаж (начинать со здоровой стороны, на  
больной стороне со 2-й недели — поглажи-  
вание; с 1 месяца — дифференцированный,  
точечный).

28. Физиотерапия (вспомогательное значение, эффективность не доказана): УВЧ, УФО, фотохромотерапия, магнитотерапия; с 1 месяца — тепловые процедуры (сухое тепло, парафиновые или озокеритовые аппликации), электрофорез с прозеринном, лидазой.
29. Медикаментозная терапия (эффективность и безопасность в неонатальном периоде не доказана): противоотечные и сосудистые препараты, витамины группы В (цианокобаламин\*\*).
30. При отсутствии восстановления функции мимических мышц в течение 1–2 месяцев жизни — электронейромиография лицевых нервов и консультация микрохирурга.

### Медицинская тактика

#### в амбулаторно-поликлинических условиях

1. Анамнез (крупный плод/узкий таз, затяжные роды, лицевое/тазовое предлежание, акушерские щипцы, наличие отечности и экхимозов в области височной кости, кпереди от наружного слухового прохода в первые дни жизни).
2. Фото- и видеодокументирование пареза мимических мышц в динамике (в состоянии покоя, сна, при плаче).
3. Наблюдение невролога (дифференциальная диагностика пареза — центральный/периферический; травматический/врожденный).
4. Наблюдение офтальмолога (при невозможности полного смыкания глазной щели).
5. Консультация отоларинголога, сурдолога.
6. Консультация челюстно-лицевого хирурга.
7. Консультация генетика (по показаниям).
8. Клинический анализ крови.
9. Обследование на врожденные инфекции (по показаниям).
10. Транскраниально-чрезродничковая ультрасонография.
11. Ультразвуковое исследование сердца.
12. Ультразвуковое исследование околоушной зоны (по показаниям).
13. При неполном смыкании глазной щели (при крике и во сне):
  - профилактика воспалительных заболеваний переднего сегмента глаза — антисептик («Витабакт»\*), инстилляцией препарата по 1 капле 2 раза в сутки в течение 5 дней; при необходимости — повторный курс;
  - профилактика роговично-конъюнктивального ксероза — кератопротекторы («Корнерегель») и/или лекарственные препараты искусственной слезы («Офтагель»\*\*, «Хилабак»\*\* и др.), инстилляцией препарата по 1–2 капли 4–6 раз
- в сутки до полного восстановления смыкания век\*\*\*;
- при развитии конъюнктивита: антисептик («Витабакт»\*), инстилляцией препарата по 1 капле 4 раза в сутки в течение 7 дней;
- при развитии кератита: антибактериальные препараты — макролиды («Азидроп»\*), инстилляцией препарата по 1 капле 2 раза в сутки в течение 3 дней в сочетании с кератопротекторами («Корнерегель»\*\*), инстилляцией по 1 капле 2 раза в сутки до исчезновения симптомов заболевания\*\*\*;
- не рекомендуется наложение повязки на глаз в дневное или ночное время суток (!).
14. Наблюдение специалистом по восстановительной медицине, лечебной физкультуре и физиотерапии.
15. Сон на боку — на стороне поражения.
16. Лечебная физкультура с 7-го дня жизни — мимическая гимнастика, основанная на рефлексах новорожденных (вызывание ладонно-ротового, хоботкового, поискового рефлексов по 5 минут перед кормлением до 10 раз в день, сосательного рефлекса с помощью пустышки), зрительный и речевой контакт с ребенком — стимуляция ротового внимания.
17. Массаж (начинать со здоровой стороны, на больной стороне со 2-й недели — поглаживание; с 1 месяца — дифференцированный, точечный).
18. Физиотерапия (вспомогательное значение, эффективность не доказана): УВЧ, УФО, фотохромотерапия, магнитотерапия; с 1 месяца — тепловые процедуры (сухое тепло, парафиновые или озокеритовые аппликации), электрофорез с прозеринном, лидазой.
19. Медикаментозная терапия (эффективность и безопасность не доказана): противоотечные и сосудистые препараты, витамины группы В (цианокобаламин\*\*).
20. При отсутствии восстановления функции мимических мышц в течение первых месяцев жизни: электронейромиография лицевых нервов, консультация микрохирурга, при необходимости — МРТ лицевых нервов, мультиспиральная компьютерная томография височной кости (при подозрении на ВПР фаллопиева канала).

### Дополнительная информация

**Источник финансирования.** Работа выполнена в рамках НИР ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России и ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

#### Вклад авторов

*И.А. Крюкова* — сбор информации, обработка материала, написание базового текста статьи.

*Г.А. Икоева* — сбор информации, обработка материала, редактирование текста статьи, посвященного неврологическим аспектам родовой травмы лицевого нерва.

*Э.И. Сайдашева* — сбор информации, обработка материала, написание текста статьи, посвященного офтальмологическим аспектам родовой травмы лицевого нерва, редактирование базового текста статьи.

*А.Г. Баиндурашвили* — концепция и дизайн научной работы, этапное и заключительное редактирование текста статьи.

*Ю.В. Степанова* — сбор информации и редактирование базового текста статьи, посвященного дифференциальной диагностике и медицинской тактике при родовой травме лицевого нерва.

#### Список литературы

1. Гузева В.И., Артемьева С.Б., Авакян Г.Н. Федеральное руководство по детской неврологии / Под ред. В.И. Гузевой. – М.: Специальное издательство медицинских книг; 2016. [Guzeva VI, Artem'eva SB, Avakyan GN. Federal'noe rukovodstvo po detskoj nevrologii. Ed by V.I. Guzeva. Moscow: Spetsial'noe izdatel'stvo meditsinskikh knig; 2016. (In Russ.)]
2. Айкарди Ж. Заболевания нервной системы у детей. Т. 2. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. [Aicardi J. Diseases of the Nervous System in Childhood. Moscow: BINOM. Laboratoriya znaniy; 2013. (In Russ.)]
3. Harrison DH. Treatment of infants with facial palsy. *Arch Dis Child.* 1994;71(3):277-280.
4. Fetal and Neonatal Neurology and Neurosurgery. Ed by M.I. Levene, F.A. Chervenak. London: Springer; 2009.
5. Volpe JJ. Neurology of the newborn. Philadelphia: Sanders Elsevier; 2008.
6. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1985;93(2):146-147. doi: 10.1177/019459988509300202.
7. Власюк В.В. Родовая травма и перинатальные нарушения мозгового кровообращения. – СПб.: Нестор-История, 2009. [Vlasyuk VV. Rodovaya travma i perinatal'nye narusheniya mozgovogo krovoobrazhcheniya. Saint Petersburg: Nestor-Istoriya; 2009. (In Russ.)]
8. Murki S, Dhanraj G, Sharma D. Traumatic facial nerve palsy in newborn: A benign condition. *J Clin Neonatol.* 2015;4(3):213. doi: 10.4103/2249-4847.154135.
9. Duval M, Daniel SJ. Facial nerve palsy in neonates secondary to forceps use. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;135(7):634-636. doi: 10.1001/archoto.2009.69.
10. Мументалер М., Маттле Х. Неврология. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. [Mumentaler M, Matlle H. Nevrologiya. Moscow: MEDpress-inform; 2011. (In Russ.)]
11. Водолацкий М.П., Водолацкий В.М. Повреждения челюстно-лицевой области при родах и их последствия. – Ставрополь: СГМА, 2009. [Vodolatskiy MP, Vodolatskiy VM. Povrezhdeniya chelyustno-litsevoy oblasti pri rodakh i ikh posledstviya. Stavropol': SGMA; 2009. (In Russ.)]
12. Gayler GG. An "epidemic" of congenital facial paresis and heart disease. *Pediatrics.* 1967;40(4):666-668.
13. Nelson B, Eng GD. Congenital hypoplasia of the depressor angulioris muscle: Differentiation from congenital facial palsy. *J Pediatr.* 1972;81(1):16-20. doi: 10.1016/s0022-3476(72)80367-6.
14. Kobayashi T. Congenital Unilateral Lower Lip Palsy. *Acta Otolaryngol.* 2009;88(1-6):303-309. doi: 10.3109/00016487909137173.
15. Jervis PN, Bull PD. Congenital facial nerve agenesis. *J Laryngol Otol.* 2006;115(01). doi: 10.1258/0022215011906795.
16. Sapin SO, Miller AA, Bass HN. Neonatal asymmetric crying facies: a new look at an old problem. *Clin Pediatr (Phila).* 2005;44(2):109-119. doi: 10.1177/000992280504400202.
17. Al Tawil, Saleem N, adri H, et al. Traumatic facial nerve palsy in newborns: is it always iatrogenic? *Am J Perinatol.* 2010;27(9):711-713. doi: 10.1055/s-0030-1253097.
18. Ozmen OA, Ozgen B, Ozmen S, Sennaroglu L. Congenital facial paralysis: Facial nerve hypoplasia. *Int Adv Otol.* 2010;6(2):282-284.
19. Pasick C, McDonald-McGinn DM, Simbolon C, et al. Asymmetric crying facies in the 22q11.2 deletion syndrome: implications for future screening. *Clin Pediatr (Phila).* 2013;52(12):1144-1148. doi: 10.1177/0009922813506606.
20. Sannagowdara, Harmelink M, Inglese C, Maheshwari M. Congenital unilateral facial nerve hypoplasia and parotid gland agenesis. *Neurology.* 2015;84(14 Supp.):P2.105.
21. Shimada Dias M, Nakamura, Sasaki T, et al. A case of congenital unilateral facial nerve aplasia. *Acta Otolaryngologica Case Reports.* 2016;1(1):102-105. doi: 10.1080/23772484.2016.1247648.
22. Falco NA, Eriksson E. Facial nerve palsy in the newborn: incidence and outcome. *Plast Reconstr Surg.* 1990;85(1):1-4.
23. Сайдашева Э.И. Средства, используемые для лечения заболеваний органа зрения у новорожденных // Формуляр лекарственных средств (детский многопрофильный стационар): Методические рекомендации. Вып. VI / Под ред. А.К. Хаджидиса. – СПб.:

- Изд-во СПбГЭУ, 2015. – С. 145–149. [Saydasheva EI. Sredstva, ispol'zuemye dlya lecheniya zabollevaniy organa zreniya u novorozhdennykh. In: Formul'yar lekarstvennykh sredstv (detskiy mnogoprofil'nyy statsionar). Ed by A. K. Khadzhdidis. Metodicheskie rekomendatsii. Issue VI. Saint Petersburg: Izdatel'stvo SPbGEU; 2015. P. 145-149. (In Russ.)]
24. Иова А.С., Гармашов Ю.А., Андрущенко Н.В., Паутницкая Т.С. Ультрасонография в неврологии (новые возможности и перспективы). Ультрасонографический атлас. – СПб.: Петроградский и К°, 1997. [Iova AS, Garmashov YA, Andrushchenko NV, Pautnitskaya TS. Ul'trasonografiya v neyropedii (novye vozmozhnosti i perspektivy). Ul'trasonograficheskiy atlas. Saint Petersburg: Petrogradskiy i K°; 1997. (In Russ.)]
25. Иова А.С., Крюкова И.А., Гармашов Ю.А., Крюков Е.Ю. Транскраниальная ультрасонография (краткий и расширенный протокол): Учебное пособие. – СПб.: Премиум Пресс, 2012. [Iova AS, Kryukova IA, Garmashov YA, Kryukov EY. Transkraniial'naya ul'trasonografiya (kratkiy i rasshirennyy protokol). Uchebnoe posobie. Saint Petersburg: Premium Press; 2012. (In Russ.)]

### Сведения об авторах

**Ирина Александровна Крюкова** — канд. мед. наук, невролог, доцент кафедры детской травматологии и ортопедии ГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: i\_krukova@mail.ru.

**Галина Александровна Икоева** — канд. мед. наук, невролог, доцент кафедры детской невропатологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России; заведующая отделением двигательной реабилитации ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: ikoeva@inbox.ru.

**Эльвира Ирековна Сайдашева** — д-р мед. наук, доцент, офтальмолог, профессор кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: esaidasheva@mail.ru.

**Алексей Георгиевич Баиндурашвили** — д-р мед. наук, профессор, академик РАН, заслуженный врач РФ, директор ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России; заведующий кафедрой детской травматологии и ортопедии ГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8123-6944>. E-mail: turner01@mail.ru.

**Юлия Владимировна Степанова** — канд. мед. наук, доцент, заведующая отделением детской челюстно-лицевой хирургии ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России, Санкт-Петербург. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7064-3069>. E-mail: turner8ord@gmail.com.

**Irina A. Kriukova** — MD, PhD, Neurologist, Assistant Professor of the Chair of Pediatric Traumatology and Orthopedics of North-Western State Medical University n.a. I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia. E-mail: i\_krukova@mail.ru.

**Galina A. Ikoeva** — MD, PhD, Neurologist, Assistant Professor of the Chair of Pediatric Neurology and Neurosurgery of North-Western State Medical University n.a. I.I. Mechnikov. Chief of the Department of Motor Rehabilitation. The Turner Scientific and Research Institute for Children's Orthopedics, Saint Petersburg, Russia. E-mail: ikoeva@inbox.ru.

**Elvira I. Saidasheva** — MD, PhD, Ophthalmologist, Professor of the Chair of Ophthalmology of North-Western State Medical University n.a. I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia. E-mail: esaidasheva@mail.ru.

**Alexei G. Baindurashvili** — MD, PhD, Professor, Member of RAS, Honored Doctor of the Russian Federation, Director of The Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics; Head of the Chair of Pediatric Traumatology and Orthopedics of North-Western State Medical University n.a. I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8123-6944>. E-mail: turner01@mail.ru.

**Yulia V. Stepanova** — MD, PhD, Chief of the Department of Maxillofacial Surgery. The Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics, Saint Petersburg, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7064-3069>. E-mail: turner8ord@gmail.com.