

**КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ И ЦИФРОВОЕ
ПРОФИЛИРОВАНИЕ НЕВРОПАТИЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА КАК
ОСНОВА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Хайдаров Нодиржон Кадилович

*DSc, профессор кафедры “Неврология и народная медицина”
Ташкентского Государственного медицинского университета*

Арипова Мафтуна Хуррамовна

*PhD, доцент кафедры “Неврология и народная медицина”
Ташкентского Государственного медицинского университет
Ёкубова Фотима Зокиржон кизи, Абдураззокова Шахло Илхом
кизи*

*ординатор 1го года кафедры “Неврология и народная медицина”
Ташкентского Государственного медицинского университета*

Введение. Заболеваемость параличом Белла в популяционных исследованиях составляет от 11 до 40 случаев на 100 000 населения. Несмотря на высокую частоту спонтанного восстановления, у 15–20% пациентов сохраняются стойкий двигательный дефицит, синкинезии, контрактуры и депрессивные расстройства, снижающие качество жизни. Традиционные клинические шкалы (например, Хауса — Бракмана) дискретны, зависимы от субъективности наблюдателя и не улавливают минимальные изменения кинематики лица. Существующий разрыв между ранней медикаментозной терапией и длительным восстановительным периодом требует разработки интегративного подхода к ведению больных.

Цель исследования.

Обосновать модель персонализированного ведения пациентов с невропатиями лицевого нерва на основе комплексного сочетания

клинико-этиологического анализа, нейрофизиологических методов, компьютерного анализа мимики и оценки качества жизни.

Материалы и методы.

Проведен проблемный обзор клинических рекомендаций, систематических обзоров, наблюдательных и прогностических исследований из баз данных PubMed/MEDLINE, Cochrane Library, РИНЦ и открытых журнальных архивов Узбекистана.

Результаты.

Оптимальное прогностическое окно для стимуляционной электронейромиографии (ЭНМГ) — от 3-х суток до конца 3-й недели (период завершения валлеровского перерождения). Мигательный рефлекс и игольчатая ЭМИ расширяют прогноз на более поздних этапах. В когорте из 796 пациентов сохранность раннего ответа Р1 мигательного рефлекса повышала вероятность полного восстановления (I степень по Хаусу — Бракману) до 85,0% (против 57,6% при его отсутствии; $p < 0,05$).

Автоматический 2D/3D-анализ видеозаписей и фото воспроизводит клиническую динамику в 85% парных наблюдений и обладает высокой чувствительностью к малым изменениям движения. Однако отсутствие широкой внешней валидации алгоритмов требует их обязательной проверки на локальных выборках.

Подтверждена целесообразность дифференцированного применения ботулинотерапии и локальной физиотерапии. В группе с выраженным снижением М-ответа ($>90\%$ по двум ветвям) комбинация упражнений с ботулинотерапией обеспечивала благоприятный исход у 80% больных против 45% при изолированной ЛФК ($p = 0,023$).

Исследования в Узбекистане демонстрируют зависимость этиологического фенотипа от возраста (преобладание идиопатических форм у молодых и сосудистых/отогенных — у пожилых). При этом

наблюдается дефицит многоцентровых проспективных работ с применением единых цифровых и нейрофизиологических протоколов.

Заключение. Персонализация помощи при невропатиях лицевого нерва должна строиться не на однократной оценке тяжести пареза, а на поэтапном клинико-нейрофизиологическом мониторинге. Перспективным направлением является внедрение и валидация динамической модели, объединяющей клинический осмотр, ЭНМГ, объективную цифровую видеометрию мимики и дистанционное наблюдение.

