



Обзор

# Ятрогенное повреждение лицевого нерва в процессе хирургического лечения пациентов с заболеваниями головы и шеи: оценка объема вмешательства и сопряженных рисков

Д.С. Терских✉, В.И. Польшина

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

✉batstiler@mail.ru

## Аннотация

**Введение.** Область головы и шеи имеет специфическую анатомию в связи с наличием мимической мускулатуры, обеспечивающей активную мимику. Очевидно, что потеря эмоциональной экспрессии является крайне неприятным осложнением как для пациента, так и для хирурга. Частота возникновения ятрогенных повреждений только в хирургии ротовой полости варьируется от 2 до 25%. В челюстно-лицевой хирургии в многочисленных вмешательствах производится активное воздействие на ствол и ветви лицевого нерва, что может вызвать потерю или снижение мимической активности лицевых мышц. В омолаживающей хирургии лица в связи с популяризацией методов глубоких подтяжек лица, включающих диссекцию под SMAS-слоем, хирург при несоблюдении техники может напрямую контактировать с ветвями лицевого нерва, что повышает риски послеоперационных осложнений, истинное количество которых остается под вопросом. Наша задача проанализировать литературу, разобрать риски хирургической травмы лицевого нерва при самых распространенных операциях и патологиях челюстно-лицевой области.

**Цель.** Провести обзор научных данных, с целью оценки хирургических манипуляций, сопряженных с повышенным риском повреждения ветвей лицевого нерва.

**Материалы и методы.** Поиск научных работ проводился в базах данных PubMed, Google Scholar и eLibrary. Поиск проводился по ключевым словам: «лицевой нерв», «facial nerve», «injured nerves at surgery», «ятрогенные травмы лицевого нерва», «реабилитация лицевого нерва», «частота травмирования лицевого нерва». В обзор включены 32 исследования.

**Результаты.** Ятрогенные повреждения лицевого нерва представляют собой серьезную проблему для пациента, поскольку вызванная парезом дисфункция мимической мускулатуры способна приводить к социальной дезадаптации. Существующий в наше время ряд хирургических манипуляций, приводящих к ятрогенному повреждению лицевого нерва, весьма обширный. Изучение литературных данных позволило выявить, что к ятрогенным повреждениям в значительной части приводят хирургические операции на околоушной железе, отоларингологические операции и хирургическая подтяжка лица посредством SMAS-лифтинга. Обобщение данных по сравнению методики хирургической операции и практической деятельности врача-хирурга установило равное количество факторов, способствующих развитию ятрогенных повреждений лицевого нерва. Оценка способов реабилитации выявила необходимость разработок общих алгоритмов и важность комплексного подхода.

**Ключевые слова:** лицевой нерв, ятрогенные повреждения лицевого нерва.

**Для цитирования:** Терских Д.С., Польшина В.И. Ятрогенное повреждение лицевого нерва в процессе хирургического лечения пациентов с заболеваниями головы и шеи: оценка объема вмешательства и сопряженных рисков. *Клинический разбор в общей медицине*. 2025; 6 (12): 65–70. DOI: 10.47407/kr2025.6.12.00733

Review

## Iatrogenic injury of the facial nerve during surgical treatment of head and neck diseases: assessment of surgical extent and associated risks

Dmitry S. Terskikh✉, Victoria I. Polshina

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

✉batstiler@mail.ru

## Abstract

**Introduction.** The head and neck region possesses a unique anatomical structure due to the presence of facial musculature responsible for expressive facial movements. The loss of emotional expression represents a highly distressing complication for both the patient and the surgeon. The reported incidence of iatrogenic injuries in oral surgery alone ranges from 2 to 25%. In maxillofacial surgery, many procedures involve manipulation of the trunk and branches of the facial nerve, which may result in partial or complete dysfunction of the facial muscles. In facial rejuvenation surgery, the increasing popularity of deep facelift techniques involving sub-SMAS dissection exposes the surgeon to direct contact with the branches of the facial nerve, thereby elevating the risk of postoperative complications, the true incidence of which remains uncertain. The aim of this study was to analyze the available literature to assess the risks of surgical trauma to the facial nerve in the most common maxillofacial operations and pathologies.

**Aim.** To review and evaluate current scientific evidence regarding surgical procedures associated with an increased risk of injury to the branches of the facial nerve.

**Materials and methods.** A systematic literature search was performed using the PubMed, Google Scholar, and eLibrary databases. The following keywords were used: “facial nerve”, “injured nerves at surgery”, “iatrogenic facial nerve injuries”, “facial nerve rehabilitation” and “facial nerve injury rate”. Thirty-two studies were included in this review.

**Results.** Iatrogenic injury to the facial nerve represents a significant clinical and psychosocial problem, as paresis-induced dysfunction of the facial muscles often leads to social maladaptation. A wide spectrum of contemporary surgical procedures may result in iatrogenic facial nerve damage. Analysis of the reviewed literature demonstrated that the majority of such injuries occur during parotid gland surgery, otologic procedures, and facial rejuvenation surgeries involving SMAS lifting. Comparative evaluation of surgical techniques and clinical practices revealed an equal distribution of factors contributing to iatrogenic facial nerve injury. Furthermore, the assessment of rehabilitation approaches underscored the necessity of developing standardized management algorithms and emphasized the importance of a multidisciplinary and comprehensive approach to patient recovery.

**Keywords:** facial nerve, iatrogenic injury, facial nerve trauma.

**For citation:** Terskikh D.S., Polshina V.I. Iatrogenic injury of the facial nerve during surgical treatment of head and neck diseases: assessment of surgical extent and associated risks. *Clinical review for general practice*. 2025; 6 (12): 65–70 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2025.6.12.00733

## Введение

Понимание сложного анатомического хода лицевого нерва, архитектоники его ветвей и топографии имеет важное значение для клинической и диагностической оценки, а также для профилактики хирургических осложнений, связанных с повреждением данного черепного нерва.

Лицевой нерв (*nervus facialis*) – седьмой черепной нерв, состоящий из общего чувствительного, специально чувствительного и парасимпатического компонентов [1]. По В.Н. Николенко и соавт. [2], общепринятым считают выделение пяти основных групп ветвей: краевой и шейной, височной, щечной, скуловой. В то же время многие авторы в своих исследованиях предоставляют данные проведенных диагностических и лечебных мероприятий с описанием трех ветвей: верхней, средней и нижней [2]. Лицевой нерв выходит из латеральной части мосто-мозжечковой борозды и входит в височную кость через внутренний слуховой проход. В лицевом канале от нерва происходит разветвление, осуществляющее иннервацию слезной железы, языка, желез слизистых оболочек неба и полости рта. После выхода из височной кости лицевой нерв образует так называемую большую гусиную лапку – околорушное сплетение, иннервирующее различные мимические мышцы. Оно содержит двигательные, общие, специальные, бронхиогенные и вегетативные компоненты [3]. В фаллопиевом канале лицевой нерв сопровождает промежуточный нерв, представляющий собой чувствительные и вегетативные (парасимпатические) нервные волокна. Из-за близкого расположения лицевого и преддверно-улиткового нервов их долго считали одним нервом, в этом случае промежуточный нерв рассматривался как связующая ветвь между ними.

Лицо является неотъемлемым компонентом психического и социального функционирования человека, выполняющее важные социальные функции. Нарушение лицевого нерва может оказывать весомое влияние на психоэмоциональное состояние пациента [4]. Имеются многочисленные данные о том, что пациенты с заболеваниями лица неврологической природы испытывают различные эмоциональные проблемы, такие как беспокойство, социальная тревога, депрессия. По разным оценкам, около 30–40% пациентов имеют клинически значимые показатели тревоги, до 70% отмечают выраженные показатели по шкале депрессии [4].

Широкий спектр патологий, включая врожденные, травматические, инфекционные, оториноларингологические, челюстно-лицевые, метаболические и опухоле-

вые состояния, может поражать лицевой нерв по ходу его пути и приводить к слабости или параличу мимической мускулатуры. По данным [5], число лиц с поражением лицевого нерва постоянно растет. В странах Европы частота указанных поражений составляет 20 случаев, а в Японии – 30 случаев на 100 тыс. населения.

Клиническая картина традиционно характеризуется симптомами функциональной недостаточности мимической мускулатуры: асимметрией лица, нарушением выражения эмоций, артикуляции и речи, невозможностью полностью закрыть глаз со слезоточивостью или сухостью глаза с формированием язв роговицы, несостоятельностью носовых клапанов, возможны нарушения вкуса. Позже могут присоединиться синкинезии, болевой синдром и т.д. Таким образом, заболевание имеет множество проявлений от эстетических неудобств до тяжелых гнойных осложнений с потерей функции зрения, которые ухудшают качество жизни и приводят пациента к социальной дезадаптации и изоляции вследствие утраты социально-активного статуса.

По течению заболевания выделяют острую стадию продолжительностью до двух недель, подострую – до четырех недель, хроническую – более 4 нед [6].

Второе место в поражении лицевого нерва занимают повреждения в ходе хирургических вмешательств. Ятрогенное повреждение лицевого нерва во время операции – осложнение, вызывающее множество трудностей и оказывающее огромное психологическое давление на пациентов. Возникновение ятрогенных повреждений, с одной стороны, обусловлено сложностью топографической анатомии лицевого нерва, с другой – необходимостью повторных вмешательств, обусловленных частотой роста новообразований уха и основания черепа. Несмотря на прогресс в хирургических методах и оборудовании, а также использовании различных методов диагностики лицевого нерва, частота хирургического повреждения все еще велика.

Суммарная доля ятрогенных поражений лицевого нерва, развившихся в результате хирургического лечения той или иной патологии челюстно-лицевой области и шеи, в значительной мере превышает 50% [7].

В работе М.Н. Нохман и соавт. [8] было проведено исследование, с целью определить частоту и факторы риска возникновения ятрогенных повреждений лицевого нерва. Результаты установили наибольший процент развития ятрогенных осложнений лицевого нерва у пациентов после эндопротезирования височно-нижнечелюстного сустава, мастоидэктомии и паротидэктомии. Основной рекомендацией авторов являлась де-

тальная диагностика лицевого нерва и раннее направление на обследование пациентов.

По данным E. Sharp и соавт. [7] отоларингологические операции способствуют значительному числу ятрогенных повреждений лицевого нерва и одной из наиболее распространенных операций, вызывающих эти осложнения, является мастоидэктомия. Частота повреждений при тимпаномастоидэктомии составляет от 0,6 до 3,7% при первичных операциях и примерно вдвое выше (от 4 до 10%) при повторных вмешательствах.

Применительно к ятрогенным причинам повреждения лицевого нерва также выделяют хирургию околоушной железы и хирургические эстетические операции лица. Опухоли околоушных слюнных желез составляют около 3% всех опухолей головы и шеи и около 80% всех опухолей слюнных желез [9]. Методы лечения опухолей циклически изменялись от малоинвазивных к радикальным, а затем наоборот.

Возможность рецидива и злокачественной трансформации некоторых опухолей создает сложности, которые вынуждают челюстно-лицевых хирургов делать выбор в пользу радикальных методик лечения. При проведении радикальных операций нередко возникает ряд осложнений: повреждение лицевого нерва, развитие синдрома Л. Фрей, асимметрии лица, образование слюнных свищей, сиалоцеле и гипестезии кожи послеоперационной области. Актуальной темой являются хирургические риски пациентов с онкологией, поскольку необходимость соблюдения краев резекции опухоли может угрожать безопасности лицевого нерва [9]. Ключевым вопросом является грань между радикальным удалением новообразования и сохранением интактности лицевого нерва.

В пластической хирургии лица в связи с популярностью методов глубоких подтяжек лица, включающих диссекцию под SMAS-слоем, хирург при несоблюдении техники может напрямую контактировать с ветвями лицевого нерва. Здесь травма лицевого нерва в зависимости от методики встречается до 2% от общего количества операций [10]. Однако не все ятрогенные повреждения поддаются подсчету и включению в статистику, что является существенной проблемой.

Цели исследования – провести обзор научных источников, освещающих вопросы ятрогенных повреждений лицевого нерва.

Задачи исследования: проанализировать литературу, разобрать риски при самых распространенных операциях и патологиях челюстно-лицевой области, рассмотреть методики реабилитации данных пациентов.

## Материалы и методы

Был произведен анализ научных публикаций отечественных и зарубежных авторов в базах данных PubMed, Google Scholar и eLibrary. Были использованы следующие комбинации ключевых слов и их аналоги на английском языке: «лицевой нерв», «facial nerve», «injured nerves at surgery», «ятрогенные травмы лицевого нерва», «реабилитация лицевого нерва», «частота

травмирования лицевого нерва». В результате поиска найдены 44 521 статья.

Статьи исключались по следующим критериям: дублирование, несоответствие темы, несоответствие критериям включения, а также на основании оценки названий, аннотаций и полного текста.

## Результаты

**Ятрогенное повреждение лицевого нерва.** Существует ряд хирургических манипуляций, способствующих ятрогенному повреждению лицевого нерва. Данные хирургические операции отличаются патологическим состоянием и установленным диагнозом, методом выполнения разреза кожи, диссекцией ткани, необходимостью соблюдения краев резекции опухоли. К плохим прогностическим факторам, даже с учетом анатомической целостности, относят: наличие до операции пареза мимических мышц, а также размеры опухоли более 3 см. С целью изучить хирургические результаты и прогностические факторы, влияющие на сохранение лицевого нерва у пациентов, перенесших операцию по удалению опухолей мостомозжечкового угла, Д.Н. Ходжиметовым и соавт. [11] был проведен ретроспективный анализ. Результаты установили, что меньший размер опухоли был ассоциирован с лучшими показателями сохранения лицевого нерва.

Лицевой нерв часто повреждается также при хирургических вмешательствах на шее, челюстно-лицевых операциях, при операциях на околоушной слюнной железе, что связано с особенностью расположения желез в толще ткани.

Наиболее частой причиной являются операции на околоушной железе (364 случая, 49,5%), а наименее частой – артериальная эмболия (3 случая, 0,4%). Заболевание чаще встречается у женщин, чем у мужчин, и у взрослых чаще, чем у молодых. Наиболее часто повреждается экстрактемпоральная часть (199 случаев, 27%) и ветвь нижней челюсти (160 случаев, 21,7%) [12].

На основании изложенного остановимся на некоторых тонкостях работы с лицевым нервом и рассмотрим подробнее особенности проведения хирургических операций.

**Отоларингологические операции.** М.Н. Нохман и соавт. [8] сообщили, что 17% всех послеоперационных параличей лицевого нерва были вызваны отоларингологическими операциями. В частности, 82% повреждений лицевого нерва в отоларингологии были вызваны операциями на сосцевидном отростке. Некоторые авторы сообщают, что частота повреждения лицевого нерва при первичных отоларингологических процедурах достигает 1 и 4% [13]. Но при повторных процедурах сообщалось, что они более чем вдвое превышают первичные операции, составляя 4–10 и 0,6–3,7% соответственно.

В исследовании К. Casano и соавт. [14] оценивается роль мониторинга лицевого нерва на интраоперационном этапе отоларингологических операций, также проводится оценка возможных преимуществ, таких как сохранение целостности лицевого нерва. Помимо потенциальной

защиты целостности лицевого нерва, данное исследование выявило дополнительные преимущества мониторинга лицевого нерва, включая предупреждение о движении пациента во время анестезии, подтверждение анатомического расположения лицевого нерва, сокращение времени операции. Аналогичные данные были получены в работе L.R.L. Mangia и соавт. [15].

**Мастоидэктомия.** Ятрогенное повреждение было наиболее распространенной категорией (n=13,81%), при этом паротидэктомия в связи с первичным злокачественным новообразованием околоушной железы была наиболее распространенной операцией (n=7,44%) [16].

**Операции на околоушной железе.** Одной из важнейших задач оперативных вмешательств области околоушной слюнной железы является минимизация повреждения лицевого нерва или его ветвей, что обуславливает необходимость совершенствования существующих и разработку новых методов вмешательств на околоушной слюнной железе. Железа характеризуется сложным топографо-анатомическим взаиморасположением с лицевым нервом.

Во время оперативного вмешательства на околоушно-жевательной области при необходимости выделения лицевого нерва традиционно используются две основные методики: антеградное и ретроградное выделение нерва. Антеградная методика подразумевает выделение ствола лицевого нерва в месте его выхода из шило-сосцевидного отверстия и постепенное препарирование в направлении к периферии. При ретроградной методике первоначально выделяются периферические ветви, а при необходимости продолжают выделение до выхода на ствол нерва.

В. O`Regan [17] показал, что при использовании ретроградной методики временная нейропатия лицевого нерва развивается чаще, чем при антеградной, но восстановление функции нерва идет быстрее. Постоянная нейропатия, по данным различных авторов, встречается от 2,5 до 5% при антеградной методике. Частота постоянной нейропатии у В. O`Regan составляет 1% при ретроградном доступе к нерву [17].

Целью исследования К. Khazaeni и соавт. [18] была оценка состояния лицевого нерва, а также пери- и послеоперационных осложнений при антеградном и ретроградном методах. Как показывают полученные результаты, ретроградная диссекция сопровождалась более выраженным интраоперационным кровотечением и более длительной госпитализацией. По-видимому, при ретроградной диссекции кожного лоскута происходит более обширное рассечение, что приводит к более выраженному кровотечению при данном доступе.

В настоящее время среди авторов нет единого мнения о наиболее оптимальной методике выделения лицевого нерва в ходе операции на околоушной железе, хотя в последнее десятилетие проводился ряд исследований в этом направлении.

**Хирургическая подтяжка лица.** Многими авторами [19, 20] признано, что наиболее эффективное устране-

ние изменений в средней и нижней трети лица достигается различными видами SMAS-лифтинга. Техники для SMAS-лифтинга весьма активно модифицируют с целью обеспечения профилактики хирургических осложнений. Однако даже с учетом получаемых данных об эффективности и отсутствии серьезных осложнений, следует учитывать особенность SMAS [21].

Точная анатомическая структура, лежащая в основе термина «поверхностная мышечно-апоневротическая система» (SMAS), до сих пор недостаточно изучена. L. Minelli и соавт. [22] отмечают, что в большинстве литературы SMAS рассматривается как поверхностная фасция лица, каудально переходящая в поверхностную шейную фасцию (платизму), располагается под кожей и образует непрерывный фасциальный слой, покрывающий голову и шею.

Интересным являются данные, полученные А.Р. Trussler и соавт. [10]. Авторами рассматривается височная ветвь лицевого нерва, проходящая через скуловую дугу и ее анатомическое значение при технике SMAS-лифтинга. Височная ветвь лицевого нерва была идентифицирована в каждом срезе ткани, а ориентирами ее фасциальных границ являлись эпидермис и надкостница. Височная ветвь проходила под отдельной фасциальной плоскостью – околоушно-височной фасцией, которая располагалась глубже SMAS по мере продвижения к скуловой дуге.

SMAS-лифтинг подразумевает воздействие на поверхностную мышечно-апоневротическую систему (поверхностную фасцию лица). Хотя большинство ветвей лицевого нерва на щеке проходят глубже глубокой фасции, есть участки, где ветви лицевого нерва располагаются более поверхностно и их легко задеть при выполнении диссекции. Эти опасные зоны находятся в местах перехода от одного жирового слоя к другому. Для них характерно наличие ветвей нерва в плоскости под SMAS между поверхностной и глубокой фасциями. Таким образом, важно учитывать плоскость диссекции при расслоении участка в пределах опасной зоны для предотвращения травмы ветви лицевого нерва.

С целью анализа исследований для сравнения методов SMAS-подтяжки лица, их результатов и частоты осложнений Н. Mortada и соавт. [23] было проведено исследование. Данные показали, что частота осложнений варьировалась в зависимости от используемой техники и лоскута SMAS. Наиболее частыми осложнениями были временное повреждение лицевого нерва (0,85%) и некроз кожи (0,41%).

В своей работе F.D.E.S. Rocha и соавт. [24] советуют обращать внимание на мельчайшие детали при проведении диссекции, рекомендуется: гидродиссекция, поскольку она облегчает выделение подлежащих тканей и позволяет избежать ненужных рассечений, что снижает риск непреднамеренных повреждений и образования гематом; эндоскопическая подслизистая диссекция; работа с диссекторами Трепса.

**Обобщение данных по сравнению хирургической методики и работы хирурга.** Было показано, что различ-

ные факторы являются причиной увеличения вероятности повреждения нерва.

Одним из них является недостаточный опыт хирурга в оценке пути прохождения лицевого нерва у пациента [7]. Для снижения травматизма были предложены такие методы, как визуализация до операции, использование различных ориентиров во время операции для поиска нерва, интраоперационный мониторинг нерва, а также детальное обследование и наблюдение после операции. В случае повреждения лицевого нерва, если хирург распознает повреждение во время операции, реконструкция выполняется немедленно; если повреждение обнаружено после операции, обследование и восстановление нерва часто проводятся в самые ранние сроки. Распространенные методы лечения повреждений нерва включают декомпрессию нерва, анастомоз «конец в конец», трансплантацию большого ушного нерва и трансплантацию лицевого и подъязычного нервов [7].

Другие авторы обращают внимание: на отсутствие единой методики проведения хирургических операций, многообразии в анатомическом строении лицевого нерва, отсутствие единой методики диагностики лицевого нерва и его методов визуализации. Строение лицевого нерва отличается не только у разных людей, но и всегда отличается у одного человека с правой и левой стороны лица, что усложняет проведение хирургических операций. С другой стороны, подобное отличие в анатомическом строении предоставляет хорошую возможность к восстановлению в случае повреждения, так как лицевой нерв характеризуется большим количеством и разнообразием анастомозов между ветвями.

Во время оперативного вмешательства по поводу атрезии слухового прохода Н. Goldsztein и соавт. [25] были определены предоперационные и интраоперационные анатомические варианты ветвления лицевого нерва, связанные с высоким риском развития осложнений. Было установлено, что лицевой нерв имел разное расположение в 39% случаев (наиболее распространенным местом был барабанный сегмент – 57%) и не идентифицировался в 1% случаев. Контакт лицевого нерва со стременем был обнаружен в 11% случаев. Несмотря на возможность предоперационной визуализации, лицевой нерв остается в зоне риска. Поэтому авторы отмечают необходимость должного уровня знаний со стороны хирургов о более высокой частоте аномалий лицевого нерва и его анатомических особенностях.

Как отмечают А. Kalaucıođlu и соавт. [26], патологические изменения, опухоли и анатомические вариации лицевого нерва затрудняют проведение операций на височной артерии и лицевом нерве. Наиболее распространенным типом деления ствола лицевого нерва была бифуркация, за которой следовала трифуркация. Длина основного ствола лицевого нерва во всех исследованных случаях составила  $11,59 \pm 2,80$  мм.

Таким образом, анализ литературы показывает возможность развития ятрогенного осложнения лицевого нерва как со стороны хирургической методики, так и со стороны практической деятельности хирурга, что уси-

ливает необходимость новых разработок и дальнейших исследований.

К одной из мер профилактики в предотвращении развития осложнений лицевого нерва после операций относят важность определенных анатомических ориентиров для идентификации лицевого нерва и определения безопасных зон при хирургических доступах в области околоушной и щечной области.

Стоит также отметить описанное Э.Д. Аскеровым и соавт. изобретение для улучшения доступа к околоушной слюнной железе. По заранее выполненной мультиспиральной компьютерной томографии с помощью программного обеспечения изготавливают стереолитографический шаблон зеркально относительно здорового уха. В ходе операции шаблон припасовывают к области отсутствующей ушной раковины и выполняют разметку кожи, отступив на 3–4 мм кнаружи относительно нижнего, переднего и заднего краев шаблона. Проведенные исследования показали эффективность использования изобретения.

**Реабилитация.** Анализ литературных данных установил отсутствие единых протоколов реабилитации повреждений лицевого нерва. Также были выявлены основные критерии, которые важно учитывать при выборе метода реабилитации. Основным аспектом является степень нарушения проводимости лицевого нерва. При частичном нарушении проводимости осуществляется консервативная терапия, включающая в себя медикаментозную терапию, лечебную гимнастику, массаж, физиотерапевтическое лечение, тейпирование, логокоррекцию. Для устранения стойких поражений структур лицевого нерва и неэффективности реабилитационного лечения в течение 3–6 мес проводится хирургическое лечение: шов нерва; транспозиция ветвей лицевого нерва; миофасциальная пластика; реиннервация лицевого нерва добавочным, подъязычным нервами; пластические операции, корректирующие косметический дефект. Эффект лечения определялся на основании двух параметров, характеризующих состояние пациентов до и после лечения – степени тяжести поражения лицевого нерва по HBS (Система Хауса–Браакмана) и амплитуде моторных ответов при исследовании методом стимуляционной электронной миографии. В практике для определения степени повреждений, а также регенерации лицевого нерва используют классификацию S. Sunderland (1978 г.).

Необходимо отметить важность психологической реабилитации. В российской практике пациентов с данной категорией заболеваний редко направляют на консультацию к психологу, что отчасти обусловлено отсутствием единого стандарта реабилитации. За рубежом ситуация обстоит несколько иначе.

**Обсуждение результатов.** Изучение литературных данных позволило выявить, что важным этапом в профилактике возникновения ятрогенных поражений лицевого нерва является понимание архитектоники фасциальных пространств лица и опасных зон, где лицевой нерв расположен поверхностно.

Двухмерные ветвления краевой ветви нижней челюсти и шейной ветви лицевого нерва вариабельны, что затрудняет определение точного местоположения нерва при диссекции в пределах щеки и шеи.

**Стратегии оптимизации.** К основной стратегии оптимизации показателей ятрогенных поражений лицевого нерва, на наш взгляд, следует отнести необходимость разработок общих алгоритмов и важность комплексного подхода.

Важным является вопрос точной визуализации лицевого нерва. Одной из фундаментальных целей хирургических операций является сохранение функции нерва для сведения к минимуму нарушений проводимости нерва у пациента. В случаях травмы, опухолевой инвазии или инфекции визуализация нерва с использованием вышеуказанных критериев может быть еще более сложной задачей.

**Выводы.** Ятрогенные повреждения лицевого нерва представляют собой серьезную проблему, способную в дальнейшем негативно повлиять на функциональный и психологический статус пациентов. Пациенты с ятрогенными повреждениями лицевого нерва чаще всего испытывают различные эмоциональные проблемы, такие как беспокойство, социальная тревога, депрессия. Сильное ухудшение общего состояния пациентов обусловлено вариабельностью клинической картины повреждения лицевого нерва.

Существующий в наше время ряд хирургических манипуляций, приводящий к ятрогенному повреждению лицевого нерва, весьма обширный. Изучение литера-

турных данных позволило выявить, что к ятрогенным повреждениям в значительной части приводят хирургические операции на околоушной железе, отоларингологические операции и хирургическая подтяжка лица посредством SMAS-лифтинга. Весомые осложнения также развиваются при рецидиве и злокачественной трансформации некоторых опухолей.

Обобщение данных по сравнению методики хирургической операции и практической деятельности врача-хирурга установило равное количество факторов, способствующих развитию ятрогенных повреждений лицевого нерва. Оценка способов реабилитации выявила необходимость разработок общих алгоритмов и важность комплексного подхода.

## Заключение

Таким образом, есть данные о необходимости дальнейших разработок в вопросе улучшения баланса между необходимым объемом оперативного вмешательства и риском ятрогенной травмы лицевого нерва. Актуальным направлением в вопросе профилактики ятрогенного повреждения является важность определенных анатомических ориентиров для идентификации лицевого нерва и определения безопасных зон при хирургических доступах.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Терских Дмитрий Сергеевич** – врач-ординатор каф. онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: batstiler@mail.ru

**Польшина Виктория Ивановна** – канд. мед. наук, доц. кафедры онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: polshina\_v\_i@staff.sechenov.ru; ORCID: 0000-0001-5750-2093; Scopus Author ID: 57223397595; eLibrary Author ID: 971887; SPIN-код: 267-6574

Поступила в редакцию: 26.10.2025

Поступила после рецензирования: 05.11.2025

Принята к публикации: 06.11.2025

## INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Dmitry S. Terskikh** – Medical Resident, Clinic of Oncology, Reconstructive Surgery and Radiology, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: batstiler@mail.ru

**Victoria I. Polshina** – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: polshina\_v\_i@staff.sechenov.ru; ORCID: 0000-0001-5750-2093; Scopus Author ID: 57223397595; eLibrary Author ID: 971887; SPIN-код: 267-6574

Received: 26.10.2025

Revised: 05.11.2025

Accepted: 06.11.2025