

## Острый гнойный средний отит: особенности развития осложнений в виде неврита лицевого нерва

З. Н. Ловпаче<sup>1</sup>✉

С. М. Чудопал<sup>2</sup>

Э. С. Улимбашева<sup>3</sup>

Т. М. Алиев<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х. М. Бербекова, Нальчик, Россия, [lovpache.zarema@mail.ru](mailto:lovpache.zarema@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0001-7984-6161>

<sup>2</sup> Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х. М. Бербекова, Нальчик, Россия, [chudopal55@mail.ru](mailto:chudopal55@mail.ru), <https://orcid.org/0009-0009-0546-4393>, SPIN: 1237-3708

<sup>3</sup> Республиканская клиническая больница, [emmanevrolog07@yandex.ru](mailto:emmanevrolog07@yandex.ru), <https://orcid.org/0009-0008-5818-5518>

<sup>4</sup> Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х. М. Бербекова, Нальчик, Россия, [tamik\\_aliev\\_98@mail.ru](mailto:tamik_aliev_98@mail.ru), <https://orcid.org/0009-0001-2052-1116>

### Резюме

**Введение.** Неврит лицевого нерва – редкое осложнение острого гнойного среднего отита, которое в дополнение к симптомам отита сопровождается дисфункцией мимических мышц, асимметрией лица, офтальмологическими нарушениями и др. Осложнение снижает качество жизни на 2–3 месяца, может иметь долгосрочные последствия и требует своевременной диагностики и лечения в условиях консолидации специалистов различного профиля. Течение и исходы заболевания зависят от агрессивности инфекционного агента, своевременной диагностики, адекватной антибактериальной и иной терапии, состояния иммунной системы пациента.

**Цель работы.** Обобщение и систематизация актуальных данных о патогенезе, клинических проявлениях, методах диагностики и лечения неврита лицевого нерва отогенного происхождения; представление клинического случая поражения лицевого нерва у взрослого пациента с острым гнойным средним отитом.

**Результаты.** Проведен всесторонний анализ существующих теорий патофизиологии неврита лицевого нерва отогенного происхождения, основных консервативных и хирургических подходов к лечению заболевания, а также описана роль немедикаментозной терапии. В статье также представлен клинический случай поражения лицевого нерва у взрослого пациента с острым гнойным средним отитом.

**Заключение.** Несмотря на редкость описанного осложнения, для достижения благоприятного исхода и предотвращения хронических неврологических последствий требуются своевременная диагностика и адекватное лечение. Усилия в отношении повышения качества лечения основного заболевания, разработка стратегий взаимодействия между различными специалистами в сочетании со строгим соблюдением лечебного режима пациентами со средним отитом могут привести к успеху в борьбе с невритом лицевого нерва отогенного генеза.

**Ключевые слова:** неврит лицевого нерва, острый отит, средний гнойный отит, осложнение отита

**Для цитирования:** Ловпаче З. Н., Чудопал С. М., Улимбашева Э. С., Алиев Т. М. Острый гнойный средний отит: особенности развития осложнений в виде неврита лицевого нерва. Лечащий Врач. 2025; 4 (28): 36–41. <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.4.005>

**Конфликт интересов.** Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

## Acute purulent otitis media: features of development of complications in the form of neuritis of the facial nerve

Zarema N. Lovpache<sup>1</sup>✉

Sergei M. Chudopal<sup>2</sup>

Emma S. Ulimbasheva<sup>3</sup>

Tamerlan M. Aliev<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Kabardino-Balkarian State University named after Kh. M. Berbekov, Nalchik, Russia, [lovpache.zarema@mail.ru](mailto:lovpache.zarema@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0001-7984-6161>

<sup>2</sup> Kabardino-Balkarian State University named after Kh. M. Berbekov, Nalchik, Russia, *chudopal55@mail.ru*, <https://orcid.org/0009-0009-0546-4393>, SPIN: 1237-3708

<sup>3</sup> Republican Clinical Hospital, *emmanevrolog07@yandex.ru*, <https://orcid.org/0009-0008-5818-5518>

<sup>4</sup> Kabardino-Balkarian State University named after Kh. M. Berbekov, Nalchik, Russia, *tamik\_aliev\_98@mail.ru*, <https://orcid.org/0009-0001-2052-1116>

## Abstract

**Background.** Neuritis of the facial nerve is a rare complication of acute purulent otitis media, which, in addition to the symptoms of otitis media, is accompanied by dysfunction of facial muscles, facial asymmetry, ophthalmological disorders, etc. Opinions regarding the pathophysiologic mechanisms of the complication include anatomic variations of the facial nerve, retrograde infection, exposure of the nerve to bacterial and viral toxins, and impaired blood supply to the nerve due to thrombosis or compression of the vessels feeding it. The complication reduces the quality of life by 2-3 months, can have long-term consequences and requires timely diagnosis and treatment in conditions of consolidation of specialists of various profiles. The course and outcomes of the disease depend on the aggressiveness of the infectious agent, timely diagnosis, adequate antibacterial and other therapy, and the state of the patient's immune system.

**Objective.** Generalization and systematization of current data on pathogenesis, clinical manifestations, diagnostic methods and treatment of facial nerve neuritis of otogenic origin; presentation of a clinical case of facial nerve lesion in an adult patient with acute purulent otitis media.

**Results.** A comprehensive analysis of the existing theories of the pathophysiology of facial neuritis of otogenic origin; the main conservative and surgical approaches to the treatment of the disease; and the role of non-drug therapy is described. The article also presents a clinical case of facial nerve damage in an adult patient with acute purulent otitis media.

**Conclusion.** Despite the rarity of the described complication, timely diagnosis and adequate treatment are required to achieve a favorable outcome and prevent chronic neurological consequences. Efforts to improve the quality of treatment of the underlying disease, the development of strategies for interaction between various specialists, combined with strict adherence to the treatment regimen by patients with otitis media can lead to success in the fight against facial nerve neuritis of otogenic genesis.

**Keywords:** neuritis of the facial nerve, acute otitis media, purulent otitis media, complication of otitis media

**For citation:** Lovpache Z. N., Chudopal S. M., Ulimbasheva E. S., Aliev T. M. Acute purulent otitis media: features of development of complications in the form of neuritis of the facial nerve. *Lechaschi Vrach.* 2025; 4 (28): 36-41. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.4.005>

**Conflict of interests.** Not declared.

Острый гнойный средний отит (ОГСО) — распространенное заболевание, при котором воспалительным процессом поражаются все три отдела среднего уха — барабанная полость, клетки сосцевидного отростка и слуховая труба. Конкретные эпидемиологические данные о мировой распространенности заболевания трудноопределимы, однако отмечается, что острый средний отит (ОСО) остается наиболее распространенным показанием к назначению антибактериальных препаратов у детей, а также что до 80% населения переносят по крайней мере однократную острую инфекцию среднего уха в течение жизни [1].

Наиболее распространенными возбудителями ОСО являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* и *Moraxella catarrhalis* [2]. Повсеместное применение пневмококковых вакцин позволило изменить эпидемиологию острого среднего отита — *H. influenzae* и *M. catarrhalis* стали встречаться чаще [1].

Развитие патологического процесса в слизистой оболочке полостей среднего уха клинически проявляется одним или несколькими характерными симптомами, такими как лихорадка, оталгия (или ощущение покалывания, подергивания за ухом), нарушениями слуха, равновесия или отореей [3]. При осмотре регистрируется наличие выпота из среднего уха, интенсивная эритема или умеренное/сильное вздутие барабанной перепонки. Кроме того, характерной особенностью ОГСО является внезапное начало с развитием выраженного болевого синдрома и признаков общей интоксикации [3, 4].

В течении острого среднего гнойного отита выделяют три стадии [4]:

1. Начальная, или доперфоративная, — наблюдается нарастающее воспаление, скопление гнойных масс в барабанной полости создает активное давление на барабанную перепонку.

2. Перфоративная — целостность барабанной мембраны нарушается под давлением гнойного экссудата, гной через повреждения выходит в наружный слуховой проход.

3. Репаративная — регистрируется снижение активности воспалительного процесса, перфоративное отверстие в барабанной перепонке самопроизвольно закрывается.

Осложнения ОГСО можно разделить на внечерепные и внутричерепные. В эпоху антибиотикотерапии оба вида осложнений встречаются редко. К осложнениям относятся менингит, абсцесс головного мозга, мастоидиты и парезы лицевого нерва. Отмечается, что в развитых странах такие отогенные осложнения, как абсцессы головного мозга и менингиты, встречаются особенно редко [1]. Несмотря на низкую распространенность, все осложнения ОГСО при отсутствии своевременной диагностики и адекватного лечения сопровождаются риском развития жизнеугрожающих состояний или длительным нарушением качества жизни [5].

Целью данного исследования были обобщение и систематизация актуальных данных о патогенезе, клинических проявлениях, методах диагностики и лечения неврита лицевого нерва отогенного происхождения; представление клинического случая поражения лицевого нерва у взрослого пациента с острым гнойным средним отитом.

## ПАТОФИЗИОЛОГИЯ НЕВРИТА ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ОСТРОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

Частота неврита лицевого нерва в различных исследованиях варьирует от 11,5 до 53,3 на 100 тысяч человек [6]. Поражение лицевого нерва может быть следствием и ОГСО, при этом частота осложнения с появлением антибиотикотерапии существенно снизилась — с 0,5–0,7% до 0,005% [7].

Неврит лицевого нерва сопровождается асимметрией лица, аномальными движениями мимической мускулатуры в виде улыбки, моргания или закрытия века; наблюдается онемение одной стороны лица, слюнотечение, нарушение восприятия вкуса, головная боль, слезотечение. Лагофталм сопровождается изъязвлением роговицы и может стать причиной необратимой потери зрения. Симптомы отогенного поражения лицевого нерва могут нарушать качество жизни пациента от 2–3 недель до 3–4 месяцев. При отсутствии своевременной диагностики и лечения наблюдаются долгосрочные последствия [7].

В зависимости от тяжести течения заболевания принято выделять несколько форм неврита:

1. Легкая: больной испытывает незначительные затруднения при мимических движениях, при этом повседневная активность полностью сохранена.

2. Умеренная: формируется легкая асимметрия лица, функции мимических мышц лица сохранены.

3. Среднетяжелая: пациенту трудно дается выражение мимических эмоций; наблюдаются лагофталм, слезотечение, сухость глазной поверхности; пациент испытывает боль в области уха или за ухом.

4. Тяжелая: формируется слабость или паралич лицевых мышц на одной стороне, заметная асимметрия лица; страдает функция жевания, затрудняется прием жидкости.

5. Полный паралич: наиболее тяжелая форма неврита, при которой полный контроль над мышцами лица утрачивается. Возникает сильная асимметрия, мимические движения прекращаются [8].

Этиология и патогенез данного осложнения ОГСО до конца не изучены, что сопровождается выдвижением различных гипотез относительно механизмов изменений физиологии лицевого нерва вслед за изменениями в микросреде среднего уха. Две трети случаев отогенного неврита лицевого нерва связывают с бактериями [9], однако описывается и важная роль возбудителей вирусного происхождения в развитии заболевания [10]. В условиях иммуносупрессии в качестве возбудителя встречаются атипичные бактерии, к примеру, такие как *Mycoplasma hominis*. Несмотря на то, что *M. hominis* редко провоцирует экстрагенитальные инфекции, у пациентов с ослабленным иммунитетом возбудитель может вызывать острый средний отит, осложненный параличом лицевого нерва [11].

Гипотезы, описывающие патогенез осложнения, чаще всего основаны на анатомических взаимодействиях лицевого нерва и слухового аппарата. Лицевой нерв выходит из ствола головного мозга в мостомозжечковом углу, а затем направляется в фаллопиев канал и входит в каменистую часть височной кости через внутренний слуховой проход. Далее, выходя через шилососцевидное отверстие, становится внечерепным лицевым нервом, который образует 5 конечных ветвей, отвечающих за двигательную функцию лица [9].

Считается, что на ранней стадии ОСО может вызвать ретроградное инфицирование с развитием воспаления в канале лицевого нерва. При этом обилие бактериальных токсинов может стать причиной периферической демиелинизации лицевого нерва. Кроме того, распространение инфекционного процесса на сосцевидный отросток также может сопровождаться воспалением или сдавливанием лицевого нерва [12]. Другие авторы акцентируют внимание на сдавливании и тромбозе микрососудов, питающих лицевой нерв, что провоцирует развитие неврита отогенного происхождения [9, 13].

## ДИАГНОСТИКА НЕВРИТА ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ СРЕДНЕМ ГНОЙНОМ ОТИТЕ

В ходе отоскопического обследования выявляются изменения барабанной перепонки в виде гиперемии или перфорации с выделением гнойного содержимого, иногда с примесью крови. Проверка слуха позволяет установить некоторое снижение слуха или кондуктивную тугоухость со стороны пораженного уха [14].

Стандартные лабораторные исследования включают общеклинический анализ крови, в котором нередко наблюдаются повышение скорости оседания эритроцитов и сдвиг лейкоцитарной формулы. Для уточнения возможного возбудителя исследуется мазок из пораженного уха путем посева и определения чувствительности к антибиотикам [15].

Для выявления разрывов в лицевом канале и диагностики мастоидита проводится компьютерная томография височной кости [14, 15].

Отмечается диагностическая ценность электронейрографии (ЭНГ) у пациентов с неблагоприятным функциональным исходом. При подтверждении 95%-й дегенерации с помощью ЭНГ, проведенной не более чем через 14 дней после появления симптомов неврита, требуется хирургическая декомпрессия канала лицевого нерва [14].

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОТОГЕННОГО НЕВРИТА ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Консервативное лечение неврита лицевого нерва включает пульс-терапию глюкокортикостероидами — ГКС (преднизолон/метилпреднизолон) с внутривенным введением высоких доз в первые дни и дальнейшим переходом на таблетированный прием. В ходе медикаментозного лечения применяются нейротропные (Церебролизин, Актовегин, пирацетам, пиритинол, Гинкго-билоба, глицин), ангиопротекторы (винпоцетин, Сермион, циннаризин), витамины группы В (тиамина бромид, пиридоксина гидрохлорид, цианокобаламин, фолиевая кислота). Возможна дегидратационная терапия (Диакارب, фуросемид, магния сульфат), а также использование карбамазепина при интенсивной лицевой боли. С 7–10 суток заболевания целесообразна стимулирующая терапия антихолинэстеразными препаратами (Прозерин, галантамин, Оксазил, Нейромидин) [16].

Учитывая высокую частоту офтальмологических клинических признаков заболевания, таких как лагофталм, дефект эпителия роговицы, гиперемия конъюнктивы, птоз, слезотечение, рекомендуется применение глазных капель или мази или наложение повязки на веко, в том числе с профилактической целью на ранней стадии неврита. Рекомендуется закапывание увлажняющих глазных капель (слезозамени-

телей) в течение дня, на ночь — закрывание глаза повязкой и накладывание мази. При сухости поверхности глаза применяется раствор метилцеллюлозы. В запущенных случаях возможно применение инвазивных процедур, таких как резекция леватора с тарзоррафией или инъекцией ботулотоксина типа А [5].

Хирургические процедуры включают миринготомию с установкой вентиляционной трубки или без нее (если барабанная перепонка не повреждена), мастоидэктомию или мастоидэктомию с декомпрессией лицевого нерва [8]. На ранних стадиях заболевания декомпрессия канала лицевого нерва не рекомендуется по причине риска повреждения воспаленного и хрупкого нерва [14]. Мастоидэктомия, как правило, проводится в условиях ухудшения клинической симптоматики и у пациентов с острым мастоидитом. Критерии отбора больных для проведения мастоидэктомии с декомпрессией лицевого нерва остаются нечеткими и зависят от опыта конкретного учреждения [8]. В работе Шамсидинова и др. отмечается, что при обследовании горизонтального отдела и области горизонтального участка фаллопиева канала в ходе срочного хирургического вмешательства на внутривисочном отделе причиной неврита при ОСО было сдавление отеком. При этом своевременное оперативное лечение с последующим применением консервативных методов, физиотерапии и массажа позволило достичь выздоровления у 100% пациентов [17].

В комплексном лечении отогенного неврита лицевого нерва используются немедикаментозные подходы, включая точечный массаж, лечебную физкультуру (ЛФК), физиотерапию, иглорефлексотерапию, тейпирование. Физиотерапия включает электрическое поле ультравысокой частоты, фонофорез гидрокортизона или Трилона Б, переменное магнитное поле, электростимуляцию, ультразвук, тепловое лечение, парафиновые, озокеритовые или грязевые аппликации [18]. Иглорефлексотерапия с точечным воздействием различных по силе, интенсивности и продолжительности раздражений позволяет оптимизировать реабилитацию поражения лицевого нерва, сокращает срок восстановления функций мимической мускулатуры, в особенности при раннем применении [19].

Необходимо отметить, что ранняя диагностика и назначение соответствующих антибиотиков и ГКС, строгое соблюдение режима лечения и реабилитационных мероприятий позволяют избежать хирургических вмешательств. Кроме того, длительное истечение гноя из уха должно послужить тревожным признаком неэффективности медикаментозного лечения, а также требует настороженности относительно осложнений ОСО, включая мастоидит или паралич лицевого нерва. Поздняя диагностика сопутствующего мастоидита или нерешительность в отношении оперативного вмешательства также могут привести к осложнениям [20].

У пожилых людей отмечается более высокая частота неполного выздоровления. При проведении ретроспективного анализа причин острого неврита лицевого нерва обнаружено, что средний отит служит этиологическим фактором поражения нерва наряду с травмами, злокачественными новообразованиями, параличом Белла, синдромом Рамсея — Ханта. При этом по мере увеличения возраста отмечалась тенденция к низкому уровню выздоровления у пожилых людей [21].

Представляем клинический случай развития неврита лицевого нерва у взрослого пациента с ОГСО.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Больной Б., 56 лет. Поступил в отделение оториноларингологии с жалобами на слезотечение, выраженный синдром в области левого уха в течение 10 дней. До поступления получал амбулаторное лечение у оториноларинголога без особой положительной динамики. Впоследствии у пациента развился заметный перекос лица и гнойное отделяемое из левого уха, в связи с чем был направлен в приемное отделение РКБ с предварительным диагнозом: «Острый гнойный отит, неврит лицевого нерва».

При осмотре: сознание ясное, контактен, адекватен. Зрачки D = S, фотореакции живые, содружественные. Лагофтальм слева, глазные щели D < S. Нистагма нет. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Асимметрия лица, сглажена левая носогубная складка. Язык — по средней линии. Глотание и фонация не нарушены. Сухожильные и периостальные рефлексы средней живости, D = S. Брюшные рефлексы в норме. Патологических рефлексов нет. Мышечная сила не снижена. Мышечный тонус в норме. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно с двух сторон.

После госпитализации в отделение оториноларингологии пациенту была проведена антромастотомия слева с использованием эндотрахеального наркоза. При стабилизации общего состояния пациент был переведен в неврологическое отделение РКБ для дальнейшего обследования и лечения.

В неврологическом отделении пациент получал следующее консервативное лечение:

- дексаметазон (16 мг) + магнелии сульфат (5,0) внутривенно капельно;
- пентоксифиллин (5,0) внутривенно капельно;
- витамин B<sub>12</sub> (500 мкг) внутримышечно;
- Прозерин (1,0) внутримышечно;
- омепразол (20 мг) внутрь.

Дополнительно был проведен курс ЛФК, иглорефлексотерапия, точечный массаж и тейпирование. Методика иглорефлексотерапии включала воздействие на здоровую половину лица с целью расслабления мышц и уменьшения перерастяжения мышц больной половины лица; одновременно с воздействием на точки здоровой стороны использовали 1-2 отдаленные точки, оказывающие нормализующее влияние на мышцы как больной, так и здоровой стороны; также применяли акупунктуру на больной половине лица, по возбуждающему методу с воздействием на точки в течение 1-5 минут. Иглорефлексотерапию дополняли обучением пациента лечебной мимической гимнастике для самостоятельного проведения в стационаре и после выписки.

Тейпирование лица проводили путем наклеивания ленты по массажным линиям в направлении от центра к периферии для создания правильного физиологического положения мышц. Далее растирали приклеенный тейп для активизации адгезивного слоя. Пациент носил тейп в течение двух часов, затем аппликации пропитывали косметическим маслом и аккуратно снимали, придерживая кожу.

Больной выписан через 12 дней, с частичным регрессом заболевания под наблюдение невролога по месту жительства





Рис. Пациент с невритом лицевого нерва отогенного происхождения (острый гнойный средний отит) [предоставлено авторами] / Patient with facial nerve neuritis of otogenic origin (acute purulent otitis media) [provided by the authors]

с рекомендациями продолжить прием антихолинэстеразных средств, миорелаксантов и ЛФК (рис.).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Неврит лицевого нерва отогенного генеза — редкое заболевание, которое сопровождается обширной клинической симптоматикой и значительно ухудшает качество жизни пациента. Мнения относительно патофизиологических механизмов осложнения охватывают анатомические вариации лицевого нерва, ретроградную инфекцию, воздействие на нерв бактериальных и вирусных токсинов, нарушения кровоснабжения нерва по причине тромбоза или сдавления питающих его сосудов. Течение и исходы заболевания зависят от агрессивности инфекционного агента, своевременной диагностики, адекватной антибактериальной и иной терапии, состояния иммунной системы пациента [9, 12, 13].

В научном пространстве заболевание описывается чаще в виде клинических случаев с последующим обсуждением методов лечения. Отмечается экстренный порядок лечения с привлечением врачей различного профиля — общей практики, оториноларингологов, неврологов [14, 15, 20]. Лечение первой линии является консервативным и основывается на применении антибиотиков (чаще бета-лактамов, таких как пенициллины или цефалоспорины) и кортикостероидов из-за их противовоспалительного и нейропротекторного действия. При этом мнения относительно целесообразности одновременного применения кортикостероидов с антибиотиками расходятся, что требует дальнейших исследований. Чаще всего консервативного лечения достаточно для полного выздоровления, решение о хирургическом вмешательстве принимается в зависимости от клинической симптоматики и результатов инструментальных исследований [8].

Описанный клинический случай демонстрирует редкое осложнение ОГСО, о котором должны быть осведомлены врачи первичного звена, поскольку для достижения благоприятного исхода и предотвращения хронических неврологических последствий требуются своевременная диагностика и адекватное лечение. Усилия в отношении повышения каче-

ства лечения основного заболевания, разработка стратегий взаимодействия между различными специалистами в сочетании со строгим соблюдением лечебного режима пациентами со средним отитом могут привести к успеху в борьбе с невритом лицевого нерва отогенного генеза. **ЛВ**

## Вклад авторов:

Концепция статьи — Ловпаче З. Н., Улимбашева Э. С.  
Концепция и дизайн исследования — Чудопал С. М., Алиев Т. М.  
Написание текста — Ловпаче З. Н., Улимбашева Э. С.  
Сбор и обработка материала — Улимбашева Э. С.  
Обзор литературы — Чудопал С. М.  
Анализ материала — Ловпаче З. Н., Чудопал С. М.  
Редактирование — Ловпаче З. Н.  
Утверждение окончательного варианта статьи — Ловпаче З. Н., Улимбашева Э. С., Чудопал С. М.

## Contribution of authors:

Concept of the article — Lovpache Z. N., Ulimbasheva E. S.  
Study concept and design — Chudopal S. M., Aliev T. M.  
Text development — Lovpache Z. N., Ulimbasheva E. S.  
Collection and processing of material — Ulimbasheva E. S.  
Literature review — Chudopal S. M.  
Material analysis — Lovpache Z. N., Chudopal S. M.  
Editing — Lovpache Z. N.  
Approval of the final version of the article — Lovpache Z. N., Ulimbasheva E. S., Chudopal S. M.

## Литература/References

1. Feghaly R. E., Nedved A., Katz S. E., Frost H. M. New insights into the treatment of acute otitis media. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2023; 21 (5): 523-534. DOI: 10.1080/14787210.2023.2206565.
2. Mather M. W., Drinnan M., Perry J. D., Powell S., Wilson J. A., Powell J. A systematic review and meta-analysis of antimicrobial resistance in paediatric acute otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2019; 123: 102-109.
3. Овчинников А. Ю., Егиян С. С. Наш опыт этиотропного лечения воспалительных заболеваний наружного и среднего уха. *Российская оториноларингология.* 2021. С. 115-124. Ovcinnikov A. Yu., Egian S. S. Our experience of etiotropic treatment of inflammatory diseases of the outer and middle ear. *Rossiiskaya otorinolaringologiya.* 2021. Pp.115-124. (In Russ.)
4. Зайцева О. В. Отоневрологические и неврологические последствия острых инфекционных ЛОР-заболеваний. *Лечащий Врач.* 2022; 12: 79-84. Zaitseva O. V. Otoneurological and neurological consequences of acute infectious ENT diseases. *Lechaschi Vrach.* 2022; 12: 79-84. (In Russ.)
5. Lee S., Lew H. Ophthalmologic Clinical Features of Facial Nerve Palsy Patients. *Korean J Ophthalmol.* 2019; 33 (1): 1-7. DOI: 10.3341/kjo.2018.0010.
6. Zhang Q., Zhu C., Liu J. Kinesitherapy for idiopathic facial palsy: a protocol of systematic review and meta-analysis *Medicine (Baltimore).* 2020; 99. P.0. DOI: 10.1097/MD.00000000000023902.
7. Jachak S., Raghuveer R. Physiotherapy in Bell's Palsy Secondary to Acute Otitis Media: A Case Report. *Cureus.* 2024; 16 (5): e60795. DOI: 10.7759/cureus.60795.
8. Fichera P., Bruschini L., Berrettini S., Capobianco S., Fiacchini G. Acute Otitis Media and Facial Paralysis in Children: A Systemic Review and Proposal of an Operative Algorithm. *Audiol Res.* 2023; 13 (6): 889-897. DOI: 10.3390/audiolres13060077.

9. Castellazzi M. L., Torretta S., Pietro G. M. D., Ciabatta A., Capaccio P., Caschera L., Marchisio P. Acute otitis media-related facial nerve palsy in a child: a case report and a literary review. *Ital J Pediatr.* 2023; 49 (1): 8. DOI: 10.1186/s13052-022-01405-4.
10. Vogelnik K., Matos A. Facial nerve palsy secondary to Epstein-Barr virus infection of the middle ear in pediatric population may be more common than we think. *Wien KlinWochenschr.* 2017; 129 (21-22): 844-847. DOI: 10.1007/s00508-017-1259-y.
11. Sadhar B., Ko-Keeney E., Fornelli R., Lipman S. Mycoplasma Hominis: A Rare Case of Acute Otitis Media and Facial Nerve Paralysis. *Ear Nose Throat J.* 2022; 30: 1455613221113814. DOI: 10.1177/01455613221113814.
12. Lorch M., Teach S. J. Facial nerve palsy: etiology and approach to diagnosis and treatment. *Pediatr Emerg Care.* 2010; 26 (10): 763-769. DOI: 10.1097/PEC.0b013e3181f3bd4a.
13. Jacobsson M., Nylén O., Tjellström A. Acute otitis media and facial palsy in children. *Acta Paediatr Scand.* 1990; 79 (1): 118-120. DOI: 10.1111/j.1651-2227.1990.tb11344.x.
14. Prasad S., Vishwas K. V., Pedaprolu S., Kavyashree R. Facial Nerve Paralysis in Acute Suppurative Otitis Media-Management. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017; 69 (1): 58-61. DOI: 10.1007/s12070-017-1051-3.
15. Patel N., Aiyer R. G. Our Experience in Facial Paralysis. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022; 74 (Suppl 3): 5235-5239. DOI: 10.1007/s12070-020-01905-x.
16. Сатимова Д. М., Курбанова Н. П., Олимова М. М. Неврит лицевого нерва. *Ta'lim innovatsiyasi va integratsiyasi.* 2023; 3 (11): 88-92. *Satimova D. M., Kurbanova N. P., Olimova M. M. Neuritis of the facial nerve. Ta'lim innovatsiyasi va integratsiyasi.* 2023; 3 (11): 88-92. (In Russ.)
17. Шамсидинов Б. Н., Мухторова П. Р., Ятимов Х. Р., Олимов Т. Х., Шайдоев С. С. Тактика хирургического лечения дисфункций лицевого нерва отогенного происхождения. *Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана.* 2017; 4 (24): 86-89. *Shamsidinov B. N., Mukhtorova P. R., Yatimov H. R., Olimov T. H., Shaidoev S. S. Tactics of surgical treatment of facial nerve dysfunctions of otogenic origin. Meditsinskii vestnik Nacionalnoi akademii nauk Tadjikistana.* 2017; 4 (24): 86-89. (In Russ.)
18. Бердыева Э. Б., Какаева А. Б. Медицинская реабилитация больных перенесших парез лицевого нерва. *Актуальные проблемы санаторно-курортного лечения.* 2020; (1): 247-251. *Berdyeva E. B., Kakaeva A. B. Medical rehabilitation of patients with facial nerve paresis. Aktualnye problemy sanatorno-kurortnogo lecheniya.* 2020; (1): 247-251. (In Russ.)
19. Цой Р. Т., Цой Т. Н. Лечение поражения лицевого нерва с применением иглорефлексотерапии и моксотерапии. *Журнал «Нейрохирургия и неврология Казахстана».* 2016; 1 (42): 14-18. *Tsoi R. T., Tsoi T. N. Treatment of facial nerve damage using acupuncture and moxotherapy. Zhurnal «Neirokhirurgiya i nevrologiya Kazakhstana».* 2016; 1 (42): 14-18. (In Russ.)
20. Tsai T. C., Yu P. M., Tang R. B., Wang H. K., Chang K. C. Otorrhea as a sign of medical treatment failure in acute otitis media: two cases with silent mastoiditis complicated with facial palsy. *Pediatr Neonatol.* 2013; 54 (5): 335-338. DOI: 10.1016/j.pedneo.2013.03.005.
21. Jeong D. Y., Kim H., Cho S. I. Clinical analysis of acute peripheral facial palsy in older adults. *J Laryngol Otol.* 2022; 136 (11): 1113-1117. DOI: 10.1017/S0022215121004412.

## Сведения об авторах:

**Ловпаче Зарема Нуриединовна**, к.м.н., доцент кафедры общей хирургии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х. М. Бербекова»; Россия, 360004, Нальчик, ул. Чернышевского, 173; [lovpache.zarema@mail.ru](mailto:lovpache.zarema@mail.ru)

**Чудопал Сергей Михайлович**, к.м.н., доцент кафедры неврологии, психиатрии и наркологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х. М. Бербекова»; Россия, 360004, Нальчик, ул. Чернышевского, 173; [chudopal55@mail.ru](mailto:chudopal55@mail.ru)

**Улимбашева Эмма Суфьяновна**, к.м.н., главный внештатный невролог Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики, ассистент кафедры неврологии, психиатрии и наркологии медицинской академии, заведующая неврологическим отделением, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики; Россия, 360004, Нальчик, ул. Ногмова, 91; [emmanevrolog07@yandex.ru](mailto:emmanevrolog07@yandex.ru)

**Тамерлан Ильясович Алиев**, клинический ординатор кафедры неврологии психиатрии и наркологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х. М. Бербекова»; Россия, 360004, Нальчик, ул. Чернышевского, 173; [tamik\\_aliev\\_98@mail.ru](mailto:tamik_aliev_98@mail.ru)

## Information about the authors:

**Zarema N. Lovpache**, *Cand. of Sci. (Med.)*, Associate Professor of General Surgery Department, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kabardino-Balkarian State University named after Kh. M. Berbekov; 173 Chernyshevsky str., Nalchik, 360004, Russia; [lovpache.zarema@mail.ru](mailto:lovpache.zarema@mail.ru)

**Sergei M. Chudopal**, *Cand. of Sci. (Med.)*, Associate Professor of the Department of Neurology, Psychiatry and Narcology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kabardino-Balkarian State University named after Kh. M. Berbekov; 173 Chernyshevsky str., Nalchik, 360004, Russia; [chudopal55@mail.ru](mailto:chudopal55@mail.ru)

**Emma S. Ulimbasheva**, *Cand. of Sci. (Med.)*, Chief Neurologist of the Ministry of Health of the Kabardino-Balkarian Republic, Assistant of the Department of Neurology, Psychiatry and Narcology of the Medical Academy, Head of the Neurology Department of the State Budgetary Healthcare Institution Republican clinical hospital of the Ministry of Health of the Kabardino-Balkarian Republic; 91 Nogmova str., Nalchik, 360004 Russia; [emmanevrolog07@yandex.ru](mailto:emmanevrolog07@yandex.ru)

**Tamerlan I. Aliev**, *Clinical Resident of the Department of Neurology, Psychiatry and Narcology*, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kabardino-Balkarian State University named after Kh. M. Berbekov; 173 Chernyshevsky str., Nalchik, 360004, Russia; [tamik\\_aliev\\_98@mail.ru](mailto:tamik_aliev_98@mail.ru)

Поступила/Received 02.11.2024

Поступила после рецензирования/Revised 17.12.2024

Принята в печать/Accepted 20.12.2024