

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА: РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА РОССИЙСКИХ НЕВРОЛОГОВ

Л.Б. Завалий¹, М.В. Синкин¹, М.В. Калантарова^{1,2}, А.А. Рахманина¹, Г.Р. Рамазанов¹, Н.А. Шамалов³, С.С. Петриков¹

¹Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

²Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия

³Институт цереброваскулярной патологии и инсульта ФМБА России, Москва, Россия

Резюме

Введение. Лечение пациентов с идиопатической невропатией лицевого нерва (НЛН) является предметом дискуссий в связи с отсутствием единого протокола и многообразием предлагаемых тактик.

Цель. Анализ клинической практики врачей-неврологов в лечении пациентов с НЛН.

Материал и методы. Проведен анонимный онлайн-опрос неврологов, считающих себя сторонниками доказательной медицины ($n = 139$, стаж работы — 5 [3; 10] лет), включающий 10 вопросов. Проведен анализ способов лечения пациентов с НЛН. Сравнили, какой был стаж специалистов, кто назначал определенный препарат и кто не назначал. Описательная статистика приведена в виде абсолютных (n) и относительных величин (%), медиан (Me), нижних [q1] и верхних [q3] квартилей.

Результаты. В изученной выборке при НЛН все врачи рекомендуют глюкокортикостероиды, из них почти 2/3 допускают применение только в первые 3 дня заболевания. Противовирусные препараты назначают 91,4% ($n = 127$) специалистов, основным показанием считают наличие характерных герпетических высыпаний при визуальном осмотре ($n = 104$; 74,8%), реже — положительный анализ на герпес-инфекцию ($n = 23$; 16,5%) или прозоплегию ($n = 16$; 11,5%). Антихолинэстеразные средства назначают 38,1% ($n = 53$) неврологов, их стаж работы больше — 7 [5; 13] против 5 [2; 9,75], $p = 0,035$. Более половины ($n = 81$; 58,3%) врачей не рекомендуют лекарственные средства дополнительной медикаментозной терапии. Ботулинотерапию рассматривают в практике лечения НЛН 59% ($n = 82$) врачей. При принятии решения направления на хирургическое лечение наиболее важной врачи считали проблему плохой осведомленности о видах операций ($n = 83$; 59,7%), также отсутствие четких показаний к оперативному лечению ($n = 62$; 44,6%).

Заключение. Исследование выявило разброс мнений среди специалистов, считающих себя сторонниками доказательной медицины, что, вероятно, связано с рассогласованностью в нормативных документах. Это диктует потребность в разработке российских клинических рекомендаций по невропатии лицевого нерва.

Ключевые слова: невропатия лицевого нерва.

Для цитирования: Завалий Л.Б., Синкин М.В., Калантарова М.В., Рахманина А.А., Рамазанов Г.Р., Шамалов Н.А., Петриков С.С. Клиническая практика лечения невропатии лицевого нерва: результаты опроса российских неврологов. *Российский неврологический журнал*. 2023;28(3):28–35. DOI 10.30629/2658-7947-2023-28-3-28-35

Для корреспонденции: Завалий Леся Богдановна, e-mail: ZavaliyLB@sklif.mos.ru

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование выполнено без финансовой поддержки.

Информация об авторах

Завалий Л.Б., <https://orcid.org/0000-0002-8572-7094>, e-mail: ZavaliyLB@sklif.mos.ru

Синкин М.В., <https://orcid.org/0000-0001-5026-0060>

Калантарова М.В., <https://orcid.org/0000-0002-5509-7052>

Рахманина А.А., <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>

Рамазанов Г.Р., <https://orcid.org/0000-0001-6824-4114>

Шамалов Н.А., <https://orcid.org/0000-0001-6250-0762>

Петриков С.С., <https://orcid.org/0000-0003-1141-2919>

TREATMENT OF PATIENTS WITH FACIAL NEUROPATHY BY PRACTICING NEUROLOGISTS: ONLINE SURVEY

L.B. Zavaliy¹, M.V. Sinkin¹, M.V. Kalantarova^{1,2}, A.A. Rakhmanina¹, G.R. Ramazanov¹, N.A. Shamalov³, S.S. Petrikov¹

¹N.V. Sklifosovskii Research Institute of Emergency Medical Care, Moscow, Russia

²Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

³Institute of Cerebrovascular Pathology and Stroke, Moscow, Russia

Abstract

Treatment of patients with facial neuropathy (FN) is a big scientific problem. There is no single protocol and patient management tactics are different. We have conducted an analysis of clinical practice in the treatment of patients with FN.

Material and methods. *An anonymous online survey of neurologists positioning themselves as supporters of evidence-based medicine was conducted ($n = 139$, work experience — 5 [3; 10] years). It included 10 questions. The analysis of methods of treatment was carried out. We compared the experience of specialists, who prescribed a certain*

drug, and who did not prescribe it. Descriptive statistics are given in the form of: absolute (*n*) and relative values (%), medians (*Me*), lower [*q1*] and upper [*q3*] quartiles.

Results. In the studied sample with FN, all doctors recommend glucocorticosteroids, of which almost 2/3 allow use only in the first 3 days of the disease. Antiviral drugs are prescribed by 91.4% (*n* = 127) of specialists, the main indication is the presence of herpetic infection in visual examination (*n* = 104; 74.8%), less often a positive test for herpes infection (*n* = 23; 16.5%) or prosopoplegia (*n* = 16; 11.5%). Anticholinesterase agents are prescribed by 38.1% (*n* = 53) of neurologists, their work experience is greater — 7 [5; 13] versus 5 [2; 9.75], *p* = 0.035. More than half (*n* = 81; 58.3%) of doctors do not recommend medications for additional drug therapy. Botulinum therapy is considered in the clinical practice of treatment of FN by 59% (*n* = 82) of doctors, regardless of work experience (*p* = 0.697), however, we observed a large variability of opinions according to the indications for use. When deciding on referral for surgical treatment, the most important doctors considered the problem of poor awareness of the types of operations (*n* = 83; 59.7%), as well as the lack of clear indications for surgical treatment (*n* = 62; 44.6%).

Conclusion. The study revealed a diversity of opinions even among specialists who position themselves as supporters of evidence-based medicine. There is a great need to develop Russian clinical guidelines for facial nerve neuropathy.

Key words: Bell's palsy; facial neuropathy; neuropathy of the facial nerve.

For citation: Zavaliy L.B., Sinkin M.V., Kalantarova M.V., Rakhmanina A.A., Ramazanov G.R., Shamalov N.A., Petrikov S.S. Treatment of patients with facial neuropathy by practicing neurologists: online survey. *Russian Neurological Journal (Rossijskij Nevrologicheskij Zhurnal)*. 2023;28(3):28–35. (In Russian). DOI 10.30629/2658-7947-2023-28-3-28-35

For correspondence: Zavaliy L.B., e-mail: ZavaliyLB@sklif.mos.ru

Conflict of interest. The authors declare there is no conflict of interest.

Acknowledgements. The study had no sponsorship.

Information about authors

Zavaliy L.B., <https://orcid.org/0000-0002-8572-7094>, e-mail: ZavaliyLB@sklif.mos.ru

Sinkin M.V., <https://orcid.org/0000-0001-5026-0060>

Kalantarova M.V., <https://orcid.org/0000-0002-5509-7052>

Rakhmanina A.A., <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>

Ramazanov G.R., <https://orcid.org/0000-0001-6824-4114>

Shamalov N.A., <https://orcid.org/0000-0001-6250-0762>

Petrikov S.S., <https://orcid.org/0000-0003-1141-2919>

Received 22.03.2023

Accepted 22.04.2023

Сокращения: АХЭС — антихолинэстеразные средства; БТА — ботулинический токсин типа А; ГКС — глюкокортикостероиды; КР — клинические рекомендации; НЛН — невропатия лицевого нерва; РФ — Российская Федерация.

Введение. Лечение пациентов с идиопатической невропатией лицевого нерва (НЛН) остается предметом дискуссий. С одной стороны, современная медицина становится «доказательной», при выборе тактики ведения больного врачи придерживаются клинических рекомендаций (КР). С другой стороны, по ряду заболеваний российские КР отсутствуют, а зарубежные не имеют юридической силы на территории Российской Федерации (РФ). Данная проблема затронула НЛН, поскольку в РФ по данной патологии разработан только «Стандарт специализированной медицинской помощи при поражениях лицевого нерва» (далее — «Стандарт») [1].

Зарубежные КР относительно лечения НЛН предлагают терапию глюкокортикостероидами (ГКС) (преднизолон/метилпреднизолон) в максимально ранние сроки (предпочтительно в течение 72 ч) в дозе 1 мг/кг массы тела пациента в сутки течение 7–10 дней, а при тяжелых формах — 2 мг/кг; совместно с противовирусными препаратами (ацикловир или валацикловир); а также профилактику

офтальмологических осложнений лагофтальма (ксератитов, язв роговицы) [2]. Российский «Стандарт» рекомендует назначение преднизолона в суточной дозе 30 мг, что в 2 и более раза ниже в сравнении с зарубежными КР (учитывая массу тела пациента от 60 кг) или назначение дексаметазона 4 мг. В соответствии с законодательством РФ в случае развития осложнений терапии ГКС, связанных с превышением дозы, действия врача могут быть признаны неправомерными. С учетом таких несоответствий и возможных последствий некоторые врачи рекомендуют ждать спонтанного восстановления лицевого нерва, которое наступает в 60–70% случаев [3].

Применение противовирусной терапии также вызывает вопросы. В соответствии с последними КР ацикловир (валацикловир) назначается совместно с ГКС [2]. В более ранних версиях КР указано, что противовирусную терапию необходимо назначить только в случае подтвержденной герпес-инфекции или при наличии пlegии мышц [4]. «Стандарт» данную группу препаратов не включает. Однако в нем определен список других лекарственных препаратов, таких как витамины группы В, тиоктовая кислота, антихолинэстеразные средства (АХЭС), пентоксифиллин, глицин и др. [1]. Наиболее спорным является применение АХЭС с учетом не только их влияния на улучшение сократительной способности

мышц, но и на появление патологических синкинезий) [5].

Одним из современных методов лечения НЛН является ботулинотерапия [6]. Назначение инъекций ботулинического токсина типа А (БТА) возможно начиная с острого периода с целью коррекции гипертонуса мышц здоровой стороны лица и восстановления симметрии, что создает условия для быстрого восстановления пораженной стороны [7, 8]. Ботулинотерапия более распространена в хроническом периоде, причем в большей степени с целью лечения уже развившихся синкинезий [9]. Несмотря на большое количество исследований, метод пока не включен в КР или «Стандарт», не сформулированы показания и единый протокол введения препарата, что ограничивает возможность его применения.

Хирургическое лечение применяют на разных сроках НЛН. На сроке первых 2 нед. (а по данным некоторых исследований — до 3 мес.) при электромиографических предикторах неблагоприятного прогноза восстановления [10, 11] возможно проведение декомпрессивных операций (механическое высвобождение нерва в его канале), на сроке до 18–24 мес. — реиннервирующих (восстановление иннервации мышц посредством других нервов), а далее — пластических (функциональная транспозиция мышц) [12–14]. На сроке 3–9 мес. от дебюта симптомов НЛН развиваются осложнения — синкинезии, которые при неэффективности консервативного лечения не ранее чем через год также можно лечить хирургическим путем [15]. Однако, отсутствует единый общепринятый протокол по показаниям, срокам и маршрутизации пациента. Зарубежные КР рассматривают только возможность хирургической декомпрессии в остром периоде НЛН [2]. «Стандарт» вообще не предлагает возможность оперативного лечения. Лечение наиболее эффективно при мультидисциплинарном подходе, правильной маршрутизации пациента [16, 17].

В сложившейся ситуации представляет интерес анализ опыта практической работы российских неврологов в лечении пациентов с НЛН.

Цель исследования: анализ клинической практики в лечении пациентов с НЛН.

Материалы и методы: исследование проводили среди участников закрытого чата телеграм-канала, который представляет собой профессиональное интернет-сообщество, объединяющее неврологов, считающих себя сторонниками доказательной медицины¹, на момент проведения опроса, включавшего 1252 участника (август–сентябрь 2022 г.) [18]. Этот метод был обусловлен удобством площадки,

строгой модерацией доступа участников (отбора только врачей, допуск в группу после прохождения тестов на знание практик доказательной медицины и собеседования с модератором), активным участием одного из авторов (Л.Б. Завалий) в обсуждениях. По согласованию с администратором канала практикующим врачам предложили анонимно пройти онлайн-опрос, включавший вопросы с возможностью выбора одного или нескольких вариантов ответа и/или указанием своего. Вопросы включали информацию о назначении ГКС (препарат, доза, сроки), противовирусных препаратов, АХЭС, дополнительной терапии, инъекций БТА. Неврологов просили ответить, какие мероприятия они рекомендуют при наличии лагофталма у пациента с НЛН и с какими трудностями сталкиваются при направлении пациента с НЛН на хирургическое лечение. Важным вопросом был стаж работы врача по специальности (опыт).

В исследовании приняли участие 139 неврологов с медианой стажа работы по специальности — 5 [3; 10] лет (от 6 мес. до 30 лет). Мы сравнили, какой был стаж специалистов, кто назначал определенный препарат и кто не назначал.

Статистическая обработка результатов опроса была выполнена с помощью программы IBM SPSS Statistics 23.00. Описательная статистика приведена в виде: абсолютных (n) и относительных величин (%), медиан (Me), нижних [q_1] и верхних [q_3] квартилей. Проверку данных на нормальность распределения проводили по критерию Шапиро–Уилка. Для сравнения двух групп были применены непараметрические критерии сравнения: Манна–Уитни (U) и хи-квадрат (χ^2). За уровень значимости статистических различий принимали $p \leq 0,05$.

Результаты. В представленной выборке при идиопатической НЛН все врачи назначали ГКС, однако выявлены различия в сроке их назначения и дозе. Так, около 2/3 врачей допускали применение ГКС только в первые 3 дня заболевания, 1/3 — в первые 2 нед., а 6,5% — на любом сроке (табл. 1), независимо от стажа работы.

Препаратом выбора 98,6% ($n = 137$) врачей считали преднизолон, при этом рекомендовали дозу из расчета 1 мг/кг массы тела пациента в сутки ($n = 83$; 60,6% случаев) и/или фиксированную дозу 60 мг ($n = 66$; 48,2%) (табл. 2). В единичных случаях назначали фиксированную дозу преднизолона 30 мг ($n = 4$; 2,9%) или дексаметазона 4 мг и более ($n = 7$; 5%). Дексаметазон назначали врачи со стажем работы 5 [3; 6,5] лет. Молодые врачи с опытом работы около года ($n = 22$) применяли только преднизолон в дозе 1 мг/кг массы тела пациента в сутки ($n = 15$; 68,2%) и/или фиксированную дозу 60 мг ($n = 10$; 45,5%).

Противовирусные препараты рекомендовали 91,4% ($n = 127$) неврологов (табл. 1), показанием к назначению считали наличие характерных герпетических высыпаний при визуальном осмотре ($n = 104$; 74,8%), реже — положительный анализ на герпес-инфекцию ($n = 23$; 16,5%) или прозоплегию

¹ Доказательная медицина (англ. evidence-based medicine) — подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных вмешательств принимаются, исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются оценке, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах пациентов. Отличием доказательной медицины от традиционной является использование достоверных научных доказательств эффективности лекарств и медицинских манипуляций.

Таблица 1

Разнообразие подходов к лечению невралгии лицевого нерва ($n = 139$)

Вид лечения	Ответ невролога	<i>n</i>	(%)
Глюкокортикостероиды	Не назначаю	0	0
	Назначаю только в первые 3 дня заболевания	83	59,7
	Назначаю только в первые 2 нед. заболевания	47	33,8
	Назначаю на любом сроке заболевания	9	6,5
Противовирусные препараты	Не назначаю	12	8,6
	Назначаю, если при визуальном осмотре определяются характерные герпетические высыпания	104	74,8
	Назначаю, если у пациента положительный анализ на герпес-инфекцию	23	16,5
	Назначаю, если у пациента прозопплегия	16	11,5
	Всегда назначаю	13	9,4
Антихолинэстеразные средства	Не назначаю	86	61,9
	Назначаю в первые 2 нед. заболевания	6	43,1
	Назначаю спустя 2 нед. при отсутствии улучшения	39	28
	Назначаю на любом сроке заболевания	8	5,8
Другая медикаментозная терапия	Не назначаю	81	58,3
	Назначаю	58	41,7
Ботулинический токсин типа А	Не назначаю	57	41
	Рекомендую в остром периоде в мышцы здоровой стороны	11	7,9
	В хроническом периоде в мышцы здоровой стороны при сохраняющейся прозопплегии	33	23,7
	В хроническом периоде в мимические мышцы с пораженной стороны при развитии синкинезий	42	30,2
	В хроническом периоде в мимические мышцы с двух сторон при развитии синкинезий	26	18,7
	Для закрытия века при лагофтальме	15	10,8
Профилактика развития осложнений лагофтальма	Не даю дополнительных рекомендаций	2	1,4
	Направляю к офтальмологу	70	50,4
	Самостоятельно даю рекомендации при неосложненном лагофтальме	48	34,5
	Во всех случаях лагофтальма даю рекомендации	32	23
	Назначаю в пораженный глаз закапывать искусственную слезу	93	66,9
	Назначаю декспантенол	33	23,7
	Рекомендую носить очки	27	19,4
	Рекомендую заклеивать глаз на ночь	78	56,1
	Рекомендую заклеивать глаз постоянно	5	3,6

Таблица 2

Рейтинг наиболее часто назначаемых препаратов при невралгии лицевого нерва

	Препарат	<i>n</i>	(%)
Преднизолон	30 мг в сутки	4	2,9
	60 мг в сутки	66	48,2
	1 мг/кг массы тела пациента в сутки	83	60,6
	2 мг/кг массы тела пациента в сутки	5	3,6
	Всего	137	100
Дексаметазон	4 мг в сутки	4	57,1
	Другая доза	3	42,9
	Всего	7	100
Антихолинэстеразные средства	Прозерин	13	24,5
	Ипидакрин	51	96,2
	Всего	53	100
Другие препараты	Витамины группы В в комплексе	40	78,4
	Тиоктовая кислота	28	54,9
	Пентоксифиллин	19	37,3
	Никотиновая кислота	6	11,8
	Витамин В ₁₂	3	5,9
	Депротенинизированный гемодериват крови телят	3	5,9
	Комплексный препарат (янтарная кислота, инозин, никотинамид, рибофлавин)	2	3,9
	Этилметилгидроксипиридина сукцинат	1	1,9
	Полипептиды коры головного мозга скота	1	1,9
	Цитиколин	0	0
	Комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи	0	0
	Всего	51	100

Примечание: процент по каждому препарату указан от показателя «всего», который соответствует 100%.

Table 1

Variety of approaches to the treatment of facial neuropathy ($n = 139$)

Type of treatment	Neurologist's answer	<i>n</i>	(%)
Glucocorticosteroids	Don't prescribe	0	0
	Prescribe only in the first three days of disease	83	59.7
	Prescribe only in the first two weeks of disease	47	33.8
	Prescribe at any time of disease	9	6.5
Antiviral drugs	Don't prescribe	12	8.6
	Prescribe if the visual examination determines the characteristic herpetic eruptions	104	74.8
	Prescribe if the patient has positive test for herpes infection	23	16.5
	Prescribe if the patient has prosopoplegia	16	11.5
	Prescribe at any time	13	9.4
Anticholinesterase agents	Don't prescribe	86	61.9
	Prescribe only in the first two weeks of disease	6	43.1
	Prescribe only after two weeks if there is no improvement	39	28
	Prescribe at any time of disease	8	5.8
Other medical therapy	Don't prescribe	81	58.3
	Prescribe	58	41.7
Botulinum toxin type A	Don't prescribe	57	41
	Recommend in the acute period to the healthy side muscles	11	7.9
	In the chronic period to the healthy side muscles if prosopoplegia continues	33	23.7
	In the chronic period to the mimic muscles from the affected side if synkinesis develops	42	30.2
	In the chronic period to the mimic muscles from two sides if synkinesis develops	26	18.7
	To close eyelid if there is lagophthalmos	15	10.8
Prevention of the lagophthalmos complications development	Don't give additional recommendations	2	1.4
	Send to ophthalmologist	70	50.4
	Independently give recommendations if there is lagophthalmos without complications	48	34.5
	Give recommendations if there is lagophthalmos of any type	32	23
	Prescribe to drip artificial tear in affected eye	93	66.9
	Prescribe dexpanthenol	33	23.7
	Prescribe to wear glasses	27	19.4
	Prescribe to seal an eye for night	78	56.1
	Prescribe to seal an eye for all time	5	3.6

Table 2

Rating of the most prescribed treatment with the facial neuropathy

	Medication	<i>n</i>	(%)
Prednisolone	30 mg per day	4	2.9
	60 mg per day	66	48.2
	1 mg/kg bw/day	83	60.6
	2 mg/kg bw/day	5	3.6
	All	137	100
Dexamethasone	4 mg per day	4	57.1
	Another dose	3	42.9
	All	7	100
Anticholinesterase agents	Neostigmine	13	24.5
	Ipidacrine	51	96.2
	All	53	100
Other medical therapy	B vitamins in complex	40	78.4
	Thioctic acid	28	54.9
	Pentoxifylline	19	37.3
	Nicotinic acid	6	11.8
	Vitamin B ₁₂	3	5.9
	Deproteinized hemoderivat of calves' blood	3	5.9
	Complex medicinal (succinic acid, inosine, nicotinamide, riboflavin)	2	3.9
	Ethylmethylhydroxypyridine succinate	1	1.9
	Polypeptides of the cattle cortex	1	1.9
	Citicoline	0	0
	Peptide complex got from the pig's brain	0	0
	All	51	100

Note: percent in each drug is listed from the indicator of "all", that corresponds to 100%.

Таблица 3

Трудности при направлении пациента с невропатией лицевого нерва на хирургическое лечение

Причина	n	(%)
Отсутствуют единые показания к хирургическому лечению	62	44,6
Не определены сроки, в которые необходимо ставить вопрос об операции	61	49,3
Отсутствует понимание профиля специалиста: нейрохирург, челюстно-лицевой хирург, пластический хирург	42	30,2
Отсутствует понимание профильного учреждения для проведения хирургического лечения	64	46
Плохая осведомленность о возможностях хирургического лечения, видах операций — декомпрессивные, реиннервирующие, пластические	83	59,7

Table 3

Difficulties across referring patients with facial neuropathy to the surgical treatment

Reason	n	(%)
There are no common indications to the surgical treatment	62	44.6
Terms to raise the question about the operation are not determined	61	49.3
There is no understanding of the specialist's profile: neurosurgeon, maxillofacial surgeon, plastic surgeon	42	30.2
There is no understanding what specialized institution is needed for surgical treatment	64	46
Lack of the correct knowledge about opportunities of surgical treatment, types of the operations — decompressive, reinnervate, plastic	83	59.7

($n = 16$; 11,5%), а 9,4% ($n = 13$) врачей во всех случаях НЛН назначали противовирусный препарат.

АХЭС при НЛН назначали 38,1% ($n = 53$) неврологов, из них 2/3 считали, что применение данной группы возможно только после 2 нед. от дебюта симптомов при отсутствии положительной динамики (см. табл. 1). В случаях назначения препарата (табл. 2) врачи предпочитают таблетированные формы (3/4), инъекции прозерина используют гораздо реже (1/4). АХЭС склонны назначать специалисты с большим стажем работы — 7 [5; 13] против 5 [2; 9,75], $p = 0,035$. Из анализа комментариев к опросу видно, что отсутствуют общие для всех врачей критерии для принятия решения о назначении АХЭС.

Из дополнительной медикаментозной терапии в рейтинге лидировали витамины группы В ($n = 40$; 78,4%), тиоктовая кислота ($n = 28$; 54,9%) и пентоксифиллин ($n = 19$; 37,3%) (см. табл. 2). Более половины врачей ($n = 81$; 58,3%) не рекомендовали лекарственные средства, не включенные в КР (см. табл. 1). Стаж врачей, рекомендовавших дополнительную терапию, был больше — 7 [3; 13,75] против 5 [2; 9], $p = 0,014$.

При наличии лагофталма в 50,4% ($n = 70$) случаев неврологи направляли пациента к офтальмологу и/или в 85,7% ($n = 119$) самостоятельно давали рекомендации по профилактике развития язв роговицы, такие как закапывать в пораженный глаз искусственную слезу ($n = 93$; 66,9%), закладывать декспантенол

($n = 33$; 23,7%), носить очки ($n = 27$; 19,4%), заклеивать глаз на ночь ($n = 78$; 56,1%) или постоянно ($n = 5$; 3,6%) (см. табл. 1). Только в единичных случаях ($n = 2$; 1,4%) врачи не считали необходимым давать дополнительные рекомендации. Рекомендации не зависели от стажа работы специалиста.

Ботулинотерапию рассматривали в клинической практике лечения НЛН 59% ($n = 82$) врачей (см. табл. 1), независимо от стажа работы ($p = 0,697$), однако мы наблюдали большую рассогласованность мнений по поводу показаний к применению. Если в остром периоде рекомендации по коррекции гипертонуса мышц условно здоровой стороны лица давали 13% ($n = 11$ из 82) врачей, то в хроническом периоде — уже 40,2% ($n = 33$ из 82). Большинство врачей ($n = 78$; 95,1%) сошлись во мнении, что показанием к ботулинотерапии являются развившиеся синкинезии, и предлагали временную химическую денервацию мышц вовлеченной стороны ($n = 42$: 53,8%) и/или с двух сторон ($n = 26$; 33,3%). Каждый пятый врач, приверженный к ботулинотерапии, рекомендовал данным способом коррекцию лагофталма.

Мы попросили выделить основные трудности, с которыми сталкиваются неврологи при направлении пациента с НЛН на хирургическое лечение. Наиболее важной врачи считали причину их плохой осведомленности о видах операций — декомпрессивные, реиннервирующие, пластические ($n = 83$; 59,7%). Также ограничивает направление к специалистам хирургического профиля отсутствие четких критериев (показаний) к оперативному лечению ($n = 62$; 44,6%), сроков ($n = 61$; 49,3%), маршрутизации ($n = 64$; 46%) и профильности проблемы ($n = 42$; 30,2%). Трудности при направлении пациента с НЛН на хирургическое лечение не зависели от стажа специалиста. И только в двух случаях врачи сообщили, что разбираются в вопросе хирургического лечения пациентов с НЛН (1,4%).

Обсуждение. Нами впервые проведено исследование подходов практикующих неврологов, считающих себя сторонниками доказательной медицины, к лечению пациентов с идиопатической НЛН.

Большинство врачей назначают преднизолон в соответствии с зарубежными КР, то есть превышая дозу преднизолона, допустимую «Стандартом» в 2 раза и более. Таким образом, врачи находятся в зоне риска юридической ответственности при развитии осложнений терапии.

Не регламентирован подход к противовирусной терапии. Несмотря на то что в среднем 9 из 10 врачей назначают пациентам ацикловир (валацикловир), большинство из них считает, что основным показанием является наличие характерных герпетических высыпаний при визуальном осмотре (74,8%) и только в 11,5% случаев прозолепия. Это требует уточнений показаний к назначению данных препаратов. АХЭС не назначают более 60% неврологов. Мы получили важные комментарии от специалистов, что «приходится назначать, так как есть в протоколах». Вероятно, они подразумевают «Стандарт», который требует пересмотра. Около 60% врачей не назначают

дополнительной лекарственной терапии или рекомендуют ее по показаниям при сопутствующей патологии. В комментариях неврологи сообщали, что порой просто вынуждены назначать лекарственные препараты, не имеющие доказательной базы, когда настаивает пациент. Данный факт способствует ситуации правовой неопределенности при оценке качества оказания медицинской помощи и создает предпосылки для как обоснованных, так и необоснованных попыток привлечения как врача, так и медицинской организации к различным видам правовой ответственности при недостижении желаемых пациентом результатов лечения.

Ботулинотерапия при НЛН остается предметом дискуссии. Около 60% врачей применяют данный метод, а показания к его применению не сформулированы. Значительная часть врачей рассматривают инъекции БТА в хроническом периоде для лечения синкинезий. Однако большое значение имеет и другое осложнение НЛН — гипертонус мимических мышц. Известно, что он формируется с острого периода заболевания — у 66,7% пациентов уже на 7-й день от дебюта симптомов НЛН, что резко ограничивает возможности реабилитации [17]. В хроническом периоде НЛН гипертонус мимических мышц приводит к их укорочению, контрактурам и препятствует нарастанию силы мышц.

Абсолютное большинство неврологов при наличии у пациента лагофтальма самостоятельно дают различные рекомендации по профилактике осложнений — кератитов, язв роговицы. Однако в данном вопросе также наблюдали несовпадение мнений. С одной стороны, в соответствии со «Стандартом», каждый пациент с НЛН должен быть осмотрен офтальмологом [1], с другой, КР допускают самостоятельное проведение неврологом профилактических мероприятий [2]. Но остается нерешенным вопрос, при каком варианте лагофтальма (осложненном или неосложненном) и в каком объеме невролог может самостоятельно давать рекомендации. Таким образом, необходима разработка рекомендаций по профилактике развития осложнений лагофтальма, алгоритма работы с неосложненным или осложненным вариантом.

Хирургическая помощь пациентам с НЛН практически не регламентирована. Основные трудности и ограничения связаны с низкой информированностью врачей по этому вопросу. У специалистов есть потребность в алгоритме направления пациента к профильному специалисту по оперативному лечению НЛН (виды операций, показания, сроки, маршрутизация, специальность).

Все вышеуказанное диктует потребность в разработке российских КР, а также методических пособий с протоколами и алгоритмами как для врачей, так и для пациентов.

Ограничение исследования: исследование проведено в наиболее доступной авторами информационной среде, в которой более свободно ориентируются люди молодого возраста (участники телеграм-канала), большинство из которых изначально вступили

в группу для получения информации и обмена опытом в практике доказательной неврологии. Таким образом, полученные данные не могут быть экстраполированы на всех специалистов — неврологов РФ.

Заключение. Наше исследование выявило разброс мнений даже среди специалистов, считающих себя сторонниками доказательной медицины, что, вероятно, связано с рассогласованностью в нормативных документах. Имеется потребность в разработке российских КР и пересмотре «Стандарта». Первоочередными вопросами являются определение дозы преднизолона и продолжительности его применения; включение противовирусных препаратов в схему лечения; определение единой тактики ведения осложненного и неосложненного лагофтальма; возможность назначения и показания к применению ботулинотерапии; алгоритм хирургического лечения пациентов с НЛН.

Благодарности. Коллектив авторов выражает благодарность Жетишеву Рустаму Рашидовичу — врачу-неврологу, к.м.н., заведующему отделением неврологии ГБУЗ ГП 166 ДЗМ, эксперту аккредитационной подкомиссии по специальности «Неврология», автору и основателю профессионального интернет-сообщества доказательной медицины по направлению неврология (группы, канала, блога) NEUROLOGY CONCILIUM, а также врачам, которые прошли опрос и дали честную обратную связь по своей клинической практике.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа не имела финансирования.

Этическая экспертиза. Протокол исследования №8-21 от 22.09.21 локального комитета по биомедицинской этике ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы».

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 № 1497н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при поражениях лицевого нерва». Москва, 2013. [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of December 24, 2012 № 1497n "On approval of the standard of specialized medical care for lesions of the facial nerve". Moscow; 2013. (In Russ.)].
2. Fieux M, Franco-Vidal V, Devic P, Bricaire F, Charpiot A, Darrouzet V et al. French society of ENT (SFORL) guidelines. Management of acute Bell's palsy. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2020;137(6):483–488. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2020.06.004>
3. Peitersen E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol Suppl.* 2002;(549):4–30.
4. de Almeida JR, Guyatt GH, Sud S, Dorion J, Hill MD, Kolber MR et al. Management of Bell palsy: clinical practice guideline. *CMAJ.* 2014;186(12):917–922. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131801>
5. Шаров МН, Степанченко ОА, Суслина ЗА. Современный опыт применения антихолинэстеразных препаратов в неврологии. *Лечащий врач.* 2008;5:91–94. [Sharov MN, Stepanchenko OA, Syslina ZA. Modern experience in the use of

- anticholinesterase drugs in neurology. *Therapist*. 2008;5:91–94. (In Russ.).
6. Завалий ЛБ, Петриков СС, Рамазанов ГР, Чехонацкая КИ. Ботулинотерапия при невропатии лицевого нерва. *Российский неврологический журнал*. 2020;25(1):23–28. [Zavaliy LB, Petrikov SS, Ramazanov GR, Chekhonatskaya KI. Botulinum Therapy in Facial Nerve Neuropathy. *Russian neurological journal*. 2020;25(1):23–28. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.30629/2658-7947-2020-25-1-23-28>
7. Акулов МА, Орлова ОР, Орлова АС. Коррекция функции мимической мускулатуры после поражения лицевого нерва в остром и отдаленном периодах. *РМЖ. Русский медицинский журнал*. 2016;14:902–906. [Akulov MA, Orlova OR, Orlova AS. Correction of mimic muscles function after facial nerve lesions in acute and follow-up periods. *RMJ. Russian medical journal*. 2016;(14):902–906. (In Russ.)].
8. Римкевичус АА, Люкманов РХ, Шалиманова ЕВ, Шихкеримов РК, Гнедовская ЕВ, Супонева НА. Первый опыт применения ботулинического токсина типа А при центральном прозопапарезе. *Фарматека*. 2022;29(3):83–90. [Rimkevichus AA, Lyukmanov RK, Shalimanova EV, Shikhkerimov RK, Gnedovskaya EV, Suponeva NA. First experience with botulinum toxin type A in central prosoparesis. *Farmateka*. 2022;29(3):83–90. (In Russ.)]. <https://dx.doi.org/10.18565/pharmateka.2022.3.83-90>
9. Саксонова ЕВ, Орлова ОР, Куренков АЛ. Функциональная асимметрия нейро-моторного аппарата лица при невропатии лицевого нерва и ее коррекция ботулотоксином типа А. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013;113(10):29–35. [Saxonova EV, Orlova OR, Kurenkov AL. The functional combination of the neuromotor apparatus of the face in neuropathy of the facial nerve and correction with botulinum toxin type A. *Journal of Neurology and psychiatry S.S. Korsakova*. 2013;113(10):29–35. (In Russ.)].
10. Савицкая НГ, Супонева НА, Остафийчук АВ, Янкевич ДС. Возможности электромиографии в прогнозировании восстановления при идиопатической нейропатии лицевого нерва. *Нервно-мышечные болезни*. 2012;(4):36–42. [Savitskaya NG, Suponeva NA, Ostafichuk AV, Yankevich DS. Electroneuromyographic parameters as prognostic criteria in facial nerve palsy outcome. *Neuromuscular Dis*. 2012;(4):36–42. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17650/2222-8721-2012-0-4-36-42>
11. Djordjevic G, Djuric S. Early Prognostic Value of Electrophysiological Tests in Bell's palsy — Estimating the Duration of Clinical Recovery. *Facta Universitatis. Series: Medicine and Biology*. 2005;12(1):47–54. Available at: <http://facta.junis.ni.ac.rs/mab/mab200501/mab200501-10.pdf> [Accessed March 07, 2023].
12. Касаткин ДС, Синкин МВ, Завалий ЛБ, Гринь АА, Петриков СС. Клинико-диагностическое и патофизиологическое обоснование консервативного и раннего хирургического методов лечения паралича Белла в остром периоде. *Российский неврологический журнал*. 2021;26(2):4–10. [Kasatkin DS, Sinkin MV, Zavaliy LB, Grin' AA, Petrikov SS. Clinico-diagnostic and pathophysiological grounds of conservative and early surgical treatment methods of Bell palsy in the acute period. *Russian neurological journal*. 2021;26(2):4–10. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.30629/2658-7947-2021-26-2-4-10>
13. Неробеев АИ, Зухрабова ГМ, Салихов КС, Висаитова ЗЮ. Выбор метода невропластики для повышения результатов динамической коррекции паралитического лагофталма. *Голова и шея. Российский журнал*. 2021;9(2 Прил.): Материалы IX международного междисциплинарного конгресса по заболеваниям органов головы и шеи (Москва, 24–26 мая 2021г.):149–150. [Nerobeev AI, Zukhrabova GM, Salikhov KS, Visaitova ZYu. The choice of neuroplasty method to improve the results of dynamic correction of paralytic lagophthalmos. *Head and neck. Russian Journal*. 2021;9(2 Suppl.): Proceedings of the IX International Interdisciplinary Congress on Diseases of the Head and Neck Organs (Moscow, May 24–26, 2021):149–150. (In Russ.)]. URL: https://hnj.science/wp-content/uploads/2021/05/2021_pril.pdf [Дата обращения 07 марта 2023 г.].
14. Kannan RY, Hills A, Shelley MJ, Bisase B, Kapoor K, Norris P, Nduka C. Immediate compared with late repair of extracranial branches of the facial nerve: a comparative study. *Br. J. Oral. Maxillofac. Surg*. 2020;58(2):163–169. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2019.11.004>
15. Azizzadeh B, Frisenda JL. Surgical Management of Postparalysis Facial Palsy and Synkinesis. *Otolaryngol Clin North Am*. 2018;51(6):1169–1178. <http://doi.org/10.1016/j.otc.2018.07.012>
16. Завалий ЛБ, Петриков СС, Рамазанов ГР, Касаткин ДС, Чехонацкая КИ. Современные подходы к лечению и реабилитации пациентов с невропатией лицевого нерва. *Вестник восстановительной медицины*. 2020;96(2):59–67. [Zavaliy LB, Petrikov SS, Ramazanov GR, Kasatkin DS, Chekhonatskaya KI. Modern approaches to the treatment and rehabilitation of patients with facial nerve neuropathy. *Bulletin of Rehabilitation Medicine/Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny*. 2020;96(2):59–67. (In Russ.)].
17. Завалий ЛБ, Рамазанов ГР, Чехонацкая КИ, Синкин МВ, Селиверстова ЕГ, Семенов ЛЛ и др. Комплексный подход к диагностике, лечению и реабилитации пациентов с невропатией лицевого нерва в разные периоды заболевания. *Российский неврологический журнал*. 2022;27(1):69–79. [Zavaliy LB, Ramazanov GR, Chekhonatskaya KI, Sinkin MV, Seliverstova EG, Semenov LL et al. Comprehensive approach to the diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with facial nerve neuropathy at different periods of the disease. *Russian neurological journal*. 2022;27(1):69–79. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.30629/2658-7947-2022-27-1-69-79>
18. Neurology Concilium. Telegram. Available at: <https://t.me/NEUROLOGYCONCILIUM> [Accessed March 07, 2023].