

МАРШРУТИЗАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

Петриков С.С.^{1,2}, Шамалов Н.А.³, Завалий Л.Б.¹, Тыров И.А.⁴, Корягин А.Н.⁵, Фомкин А.Г.⁵, Куулар Д.В.⁶, Никулина Т.А.⁶, Андриянова Е.В.⁵

¹Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

²Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

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

⁴Департамент здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

⁵Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

⁶Московский центр инновационных технологий в здравоохранении, Москва, Россия

Резюме

Разнообразие и рассогласованность предлагаемых методов диагностики и лечения пациентов с невропатией лицевого нерва (НЛН) могут вызывать трудности у неврологов в ежедневной работе.

Цель исследования: проанализировать порядок маршрутизации пациентов с НЛН, объемы диагностических исследований и лечебной помощи применительно к реальной клинической практике в учреждениях здравоохранения г. Москвы.

Материал и методы. Анализ данных системы Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) амбулаторного и стационарного звена г. Москва по 7344 случаям первичного обращения пациентов с диагнозом НЛН за 2019–2021 гг.: группа 1 — идиопатическая НЛН ($n = 4265$), группа 2 — симптоматическая НЛН ($n = 3079$), с определением маршрутизации пациента, объема диагностики и лечения.

Результаты. В поликлиники пациенты группы 1 (61,6%) обращаются на 8-й [3; 20] день от дебюта симптомов, группы 2 — на 10-й день [3; 28,2]; в стационар госпитализируют 38,4% пациентов на 1-й [0; 3] из обеих групп. Клинический осмотр в системе ЕМИАС часто является фрагментарным, в основном указываются первичные проявления НЛН, такие как снижение силы мышц и лагофтальм. Лабораторная диагностика включает клинический анализ крови (8%), поиск вирусной или иной причины (в единичных случаях). Магнитно-резонансную томографию проводят в разных режимах и только в 1/4 случаев с контрастированием. Рекомендуют консультации оториноларинголога, офтальмолога; редко — врачей хирургических специальностей, специалиста ЛФК, психолога. Объем диагностических исследований при НЛН преобладает в стационаре. Перечень медикаментозной терапии варьирует от препаратов с доказательной базой до гомеопатических средств. В поликлинике 2/3 специалистов назначают преднизолон в соответствии с международными клиническими рекомендациями, в стационаре — половина специалистов, однако в каждом втором случае его назначение выходит за пределы «терапевтического окна» в связи с поздним обращением пациента. Наиболее часто применяют витамины группы В (32,5%), антихолинэстеразные средства (28,9%), тиоктовую кислоту (15,5%). Противовирусные препараты назначают 2% больным, мероприятия по уходу за глазом амбулаторно — менее 2%, в стационаре — 20%. Немедикаментозное лечение включает лечебную физкультуру (21,8%), физиолечение (14,2%) иглорефлексотерапию (6,4%), массаж лица (2,9%), пластичную коррекцию симметрии лица (1,9%).

Заключение. Выявлены различия в подходах к диагностике, лечению и маршрутизации больных с НЛН. Проблема может быть решена путем разработки российских клинических рекомендаций, в том числе единого протокола клинического осмотра и лабораторно-инструментальной диагностики.

Ключевые слова: невропатия лицевого нерва; паралич Белла; Единая медицинская информационно-аналитическая система; синкинезии.

Для цитирования: Петриков С.С., Шамалов Н.А., Завалий Л.Б., Тыров И.А., Корягин А.Н., Фомкин А.Г., Куулар Д.В., Никулина Т.А., Андриянова Е.В. Маршрутизация, диагностика и лечение взрослых пациентов с невропатией лицевого нерва в условиях мегаполиса. *Российский неврологический журнал*. 2023;28(5):40–51. DOI 10.30629/2658-7947-2023-28-5-40-51

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

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

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

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

Тыров И.А., <https://orcid.org/0000-0001-9337-624X>, e-mail: TyrovIA@zdrav.mos.ru

Корягин А.Н., <https://orcid.org/0000-0001-6708-5254>, e-mail: KoryaginAN@zdrav.mos.ru

Фомкин А.Г., <https://orcid.org/0000-0001-5275-2165>, e-mail: FomkinAG@zdrav.mos.ru

Куулар Д.В., <https://orcid.org/0000-0001-7929-9284>, e-mail: KuularDV@zdrav.mos.ru

Никулина Т.А., <https://orcid.org/0000-0001-5553-338X>, e-mail: NikulinaTA@zdrav.mos.ru

Андриянова Е.В., e-mail: andriyanova09@gmail.com

ROUTING, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ADULT PATIENTS WITH FACIAL NERVE NEUROPATHY IN THE METROPOLIS

Petrikov S.S.^{1,2}, Shamalov N.A.³, Zavaliy L.B.¹, Tyrov I.A.⁴, Koriagin A.N.⁵, Fomkin A.G.⁵, Kuular D.V.⁶, Nikulina T.A.⁶, Andriyanova E.V.⁵

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

²A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

³Institute of Cerebrovascular Pathology and Stroke, Moscow, Russia

⁴Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia

⁵Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Department of Healthcare, Moscow, Russia

⁶Moscow Center for Healthcare Innovations, Russia

Abstract

The diversity and inconsistency of the proposed tactics for diagnosing and treating patients with facial nerve neuropathy (FNN) can cause difficulties for neurologists in their daily routine work.

Aim. *To analyze the routing of patients with FNN, the clinical practice of diagnostic studies and medical care in polyclinics and hospitals in Moscow.*

Material and methods. *Analysis of data from the EMIAS system from polyclinics and hospitals in Moscow based on 7344 cases of primary treatment of patients with a diagnosis of FNN for 2019–2021: Gr1 — idiopathic (n = 4265), Gr2 — symptomatic (n = 3079), with the definition of patient routing, volume of diagnosis and treatment.*

Results. *Gr1 patients visit the polyclinic (61.6%) on 8th [3; 20] day from the onset of symptoms, Gr2 — on 10th [3; 28.2]; to the hospital (38.4%) — on 1st [0; 3]. Clinical examination is variable, mainly the primary manifestations of FNN are indicated by the method of describing the deficiency. Laboratory diagnostics includes a clinical blood test (8%), the search for a viral or other cause (in isolated cases). Magnetic resonance imaging is done in different regimes (even in Gr1), only in 1/4 of cases with contrast. Recommended consultations of an otorhinolaryngologist, an ophthalmologist, rarely — doctors of surgical specialties, an exercise therapy doctor, a psychologist. The volume of diagnostics is greater in the hospital (p < 0,001). The list of drug therapy varies from evidence-based drugs to homeopathic remedies. In the polyclinic, 2/3 of the specialists prescribe the dose of prednisolone in accordance with foreign clinical recommendations, in the hospital — 1/2 (x² = 4,83; p = 0.028). However, every second case goes beyond the “therapeutic window” due to the late visit of the patient. The most commonly used vitamins of group B (32.5%), anticholinesterase drugs (28.9%), thioctic acid (15.5%). Antiviral drugs were prescribed in 2% of cases, in the polyclinic eye care measures — less than 2%, in the hospital — 20%. Non-drug treatment includes physical therapy (21.8%), physiotherapy (14.2%), acupuncture (6.4%), facial massage (2.9%), tape correction (1.9%).*

Conclusions. *Differences in approaches to the diagnosis, treatment and routing of patients with FNN were found. The problem can be solved by creating Russian clinical guidelines, including a unified protocol for clinical examination, laboratory and instrumental diagnostics.*

Key words: facial nerve neuropathy; Bell’s palsy; Unified medical information and analytical system; lagophthalmos, synkinesis.

For citation: Petrikov S.S., Shamalov N.A., Zavaliy L.B., Tyrov I.A., Koriagin A.N., Fomkin A.G., Kuular D.V., Nikulina T.A., Andriyanova E.V. Routing, diagnosis and treatment of adult patients with facial nerve neuropathy in the metropolis. *Russian Neurological Journal (Rossijskij Nevrologicheskiy Zhurnal)*. 2023;28(5):40–51. (In Russian). DOI 10.30629/2658-7947-2023-28-5-40-51

For correspondence: Zavaliy Lesya 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

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

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

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

Tyrov I.A., <https://orcid.org/0000-0001-9337-624X>, e-mail: TyrovIA@zdrav.mos.ru

Koriagin A.N., <https://orcid.org/0000-0001-6708-5254>, e-mail: KoriaginAN@zdrav.mos.ru

Fomkin A.G., <https://orcid.org/0000-0001-5275-2165>, e-mail: FomkinAG@zdrav.mos.ru

Kuular D.V., <https://orcid.org/0000-0001-7929-9284>, e-mail: KuularDV@zdrav.mos.ru

Nikulina T.A., <https://orcid.org/0000-0001-5553-338X>, e-mail: NikulinaTA@zdrav.mos.ru

Andriyanova E.V., e-mail: andriyanova09@gmail.com

Received 27.01.2023

Accepted 08.06.2023

Сокращения: ГКС — глюкокортикостероиды; Gr1 — группа 1; Gr2 — группа 2; ЕМИАС — Единая медицинская информационная-аналитическая система; КР — клинические рекомендации;

ЛФК — лечебная физкультура; МКБ — Международная классификация болезней; МРТ — магнитно-резонансная томография; НЛН — невралгия лицевого нерва; Стандарт — «Стандарт специализированной

медицинской помощи при поражениях лицевого нерва».

Диагностика, лечение и реабилитация пациентов с невропатией лицевого нерва (НЛН) является важной медико-социальной проблемой [1, 2]. С каждым годом набирает популярность «доказательная медицина» — специалисты определяют тактику ведения пациента на основании современных научно обоснованных клинических рекомендаций (КР). В настоящее время российские КР по оказанию медицинской помощи пациентам с НЛН отсутствуют, а зарубежные КР не имеют юридической силы в РФ [3]. Действующим в России юридическим документом является «Стандарт специализированной медицинской помощи при поражениях лицевого нерва» (далее — Стандарт) (2012) [4, 5].

При лечении пациентов с идиопатической НЛН в соответствии с международными КР препаратом выбора является преднизолон, который назначают в «терапевтическом окне» (желательно, в первые три дня от дебюта симптомов), а, по данным некоторых авторов, лечение более эффективно при его назначении в первые сутки в дозе 1 мг/кг и в тяжелых случаях — 2 мг/кг [3]. Важен не сам факт назначения глюкокортикостероидов (ГКС), а именно — срок и доза. Ранее изданные КР допускают назначение фиксированной дозы преднизолона 60 мг [6]. Однако в Стандарте суточная доза составляет 30 мг, что в 2 раза ниже [4]. Вторым препаратом выбора является ацикловир/валацикловир, но перечень показаний для его применения не определен [3]. Ранее опубликованные КР предлагают назначение противовирусного препарата в случаях подтверждения герпетической инфекции или при прозоплегии [6]. Применение другой медикаментозной терапии при НЛН не предусмотрено, так как не имеет доказательной базы, однако Стандарт включает широкий перечень лекарственных препаратов [3]. Теряясь в противоречиях между вариантами, предлагаемыми различными источниками информации, некоторые врачи рекомендуют просто ждать спонтанного восстановления функции лицевого нерва, которое

при идиопатической НЛН наступает у 60–70% больных [7]. Тактика «наблюдения» сомнительна и неприменима в случаях симптоматических форм НЛН (в том числе, последствий травм, оперативного лечения объемных образований мостомозжечкового угла, косметологических манипуляциях и т.д.), когда восстановление функции лицевого нерва наступает значительно реже, а при полном его перерыве не наступает вообще, и требуется хирургическое вмешательство. Объем и порядок оказания медицинской помощи данной категории пациентов не регламентирован. Кроме того, в реальной клинической практике выявление случаев симптоматических форм НЛН может быть затруднительно с учетом кодирования заболеваний шифром Международной классификации болезней (МКБ) по основному диагнозу [8].

НЛН — не ургентная, но экстренная клиническая ситуация. Возникают вопросы по поводу маршрутизации пациента, который может обратиться как в поликлинику по месту жительства, так и в стационар. Организация амбулаторной медицинской помощи пациентам предполагает направление к профильному специалисту (неврологу) через терапевта/врача общей практики с последующей предварительной записью на прием. Срочный осмотр неврологом возможен при обращении в приемное отделение стационара по каналу скорой помощи или самотеком.

В сложившейся ситуации в связи с разнообразием предлагаемых тактик диагностики и лечения больных с идиопатической НЛН, а также отсутствием рекомендаций по ведению симптоматических форм, представляет интерес маршрутизация, диагностика и лечение пациента с НЛН разного генеза в реальной клинической практике.

Цель исследования: проанализировать порядок маршрутизации пациентов с НЛН, объемы диагностических исследований и лечебной помощи применительно к реальной клинической практике в учреждениях здравоохранения г. Москвы.

Материал и методы. Ретроспективное исследование по данным Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) амбулаторного и стационарного звена г. Москвы включало

Таблица 1

Клинические группы исследования

Группа	Код МКБ	Диагноз	Количество пациентов всего, n (%)	Поликлиника, n (%)	Стационар, n (%)
Группа 1	G51.0	Идиопатическая невропатия лицевого нерва	4265 (58,1)	2324 (51,4)	1941 (68,9)
Группа 2	G51.8	Другие уточненные причины поражения лицевого нерва	1843 (25,1)	1427 (31,5)	416 (14,8)
	G51.9	Поражение лицевого нерва неуточненного генеза	1236 (16,8)	776 (17,1)	460 (16,3)
Всего			7344 (100)	4527 (100)	2817 (100)

Table 1

Clinical groups

Group	ICD code	Diagnosis	Total number of patients, n (%)	Policlinic, n (%)	Hospital, n (%)
Group 1	G51.0	Bell's palsy	4265 (58.1)	2324 (51.4)	1941 (68.9)
Group 2	G51.8	Other specified causes of facial nerve damage	1843 (25.1)	1427 (31.5)	416 (14.8)
	G51.9	Unspecified facial nerve neuropathy	1236 (16.8)	776 (17.1)	460 (16.3)
Total			7344 (100)	4527 (100)	2817 (100)

Таблица 2

Общая характеристика групп исследования: гендерно-возрастная структура, маршрутизация, временные параметры

Показатель		Поликлиника		Стационар	
		Группа 1	Группа 2	Группа 1	Группа 2
Общее количество случаев первичного обращения ($n = 7334$, 100%), n (%)		2324 (31,7)	2203 (30)	1941 (26,5)	876 (11,9)
Пол и возраст ($n = 7334^*$)	мужчины, n (%)	1003 (43,2)	797 (56,7)	962 (49,6)	371 (42,4)
	возраст, лет	49 [33; 63]	47 [31; 61]	51 [28; 66]	53 [30; 69]
	женщины, n (%)	1321 (56,8)	1406 (43,3)	979 (50,4)	505 (57,6)
	возраст, лет	43 [30; 58]	39 [24; 57]	44 [29; 60]	43 [19; 60]
	Всего, n (%)	2324 (100)	2203 (100)	1941 (100)	876 (100)
Срок первичного обращения пациента от дебюта симптомов ($n = 3426^*$)	Me [C25; C75] день	8 [3; 20]	10 [3; 28]	1 [0; 3]	1 [0; 3]
	Всего, n	995	700	1200	531
Количество случаев обращения в «терапевтическом окне» ($n = 3726^*$)	1-е сутки, n (%)	153 (15,4)	76 (10,9)	673 (56)	297 (55)
	2-е сутки, n (%)	83 (8,3)	56 (8)	172 (14,3)	67 (12,6)
	3-и сутки, n (%)	78 (7,8)	61 (8,7)	102 (8,5)	51 (9,6)
	4–7-е сутки, n (%)	173 (17,4)	115 (16,4)	141 (11,8)	63 (11,9)
	8–14-е сутки, n (%)	72 (7,2)	64 (9,1)	65 (5,4)	26 (5)
	> 14 суток, n (%)	436 (43,8)	328 (46,9)	47 (4)	27 (5)
	Всего, n (%)	995 (100)	700 (100)	1442 (100)	589 (100)
Срок обращения к неврологу после терапевта ($n = 1213^*$)	до 3 дней, n (%)	154 (31,8)	213 (29,2)	–	–
	> 3 дней, n (%)	287 (59,3)	427 (58,6)	–	–
	> 2 мес., n (%)	43 (8,9)	89 (12,2)	–	–
	Всего, n (%)	484 (100)	729 (100)	–	–
Специалист, впервые установивший диагноз ($n = 4052^*$)	Невролог	1294 (63,5)	872 (43,3)	–	–
	Терапевт	709 (34,8)	1086 (53,9)	–	–
	Оториноларинголог	11 (0,5)	29 (1,4)	–	–
	Акушер-гинеколог	9 (0,4%)	11 (0,5%)	–	–
	Хирург	3 (0,1%)	9 (0,4%)	–	–
	Офтальмолог	5 (0,2%)	6 (0,3%)	–	–
	Эндокринолог	5 (0,2%)	1 (0%)	–	–
	Всего, n	2038	2014	–	–
Количество визитов и общий срок наблюдения ($n = 4527^*$)	Среднее количество визитов	2,5	2,2	1,1	1,1
	Общий срок наблюдения, Me [C25; C75] дней	11 [1; 51]	1 [1; 42]	8 [4; 10]	8 [5; 11]
	Всего, n	2324	2203	1941	876

Примечание: * — объем выборки; n — количество случаев, по которым есть анализируемые данные в системе ЕМИАС.

анализ случаев ($n = 7344$) первичного обращения взрослого населения (старше 18 лет) с диагнозом НЛН различного генеза (коды диагнозов МКБ — G51.0, G51.8, G51.9) за 2019–2021 гг. При первичном обращении пациента в поликлинику учитывали данные первичного осмотра с установлением соответствующего диагноза, при обращении в стационар — данные выписного эпикриза.

Выделены две клинические группы в зависимости от причины НЛН (табл. 1): группа 1 (Гр1) — идиопатическая НЛН — пациенты с параличом Белла (G51.0), $n = 4265$; группа 2 (Гр2) — пациенты с другими уточненными причинами поражения лицевого нерва (G 51.8) и пациенты с поражением лицевого нерва неуточненного генеза (G51.9), $n = 3079$. Выделены группы по первичному обращению пациента в поликлинику ($n = 4527$; 61,6%) или стационар ($n = 2817$; 38,4%).

Проведен анализ гендерно-возрастной структуры НЛН; уточнены маршрутизация пациента и профиль врача, впервые установившего диагноз; сроки первичного обращения больного за медицинской помощью от дебюта симптомов и первичного обращения к профильному специалисту, общий срок

наблюдения пациента с НЛН и количество его визитов в поликлинику по поводу данного заболевания; объемы диагностических исследований со сроком их проведения и наполненность клинического протокола неврологического осмотра, использование шкал [9–11]; объем консервативного лечения в зависимости от профиля специалиста. Для унификации полученных данных авторами были проведены кластеризация терминов и их синонимическое сжатие.

Статистическая обработка результатов выполнена с помощью программы IBM SPSS Statistics 23.00. Описательная статистика приведена в виде: абсолютных (n) и относительных величин (%), средних значений (\pm), медиан (Me), нижних [q1] и верхних [q3] квартилей. Проверку данных на нормальность распределения проводили по критерию Шапиро–Уилка. Для сравнения двух групп были применены непараметрические критерии сравнения: Манна–Уитни (U) и критерий χ^2 . За уровень статистической значимости принимали $p \leq 0,05$.

Результаты. Распределение пациентов по возрасту в группах G51.0 и G51.8–9 было бимодальным, пик приходился на 30–40 лет и 55–65 лет, медиана

Characteristics of clinical groups: gender and age structure, routing, timing

Parameter		Polyclinic		Hospital	
		Group 1	Group 2	Group r1	Group 2
Total number of first contact cases ($n = 7334$, 100%), n (%)		2324 (31.7)	2203 (30)	1941 (26.5)	876 (11.9)
Gender and age ($n = 7334^*$)	men, n (%)	1003 (43.2)	797 (56.7)	962 (49.6)	371 (42.4)
	age, years	49 [33; 63]	47 [31; 61]	51 [28; 66]	53 [30; 69]
	women, n (%)	1321 (56.8)	1406 (43.3)	979 (50.4)	505 (57.6)
	age, years	43 [30; 58]	39 [24; 57]	44 [29; 60]	43 [19; 60]
	Total, n (%)	2324 (100)	2203 (100)	1941 (100)	876 (100)
Time from the onset of symptoms to the patient's first visit ($n = 3426^*$)	Me [C25; C75] day	8 [3; 20]	10 [3; 28]	1 [0; 3]	1 [0; 3]
	Total, n	995	700	1200	531
Number of cases in the "therapeutic window" ($n = 3726^*$)	1 day, n (%)	153 (15.4)	76 (10.9)	673 (56)	297 (55)
	2 day, n (%)	83 (8.3)	56 (8)	172 (14.3)	67 (12.6)
	3 day, n (%)	78 (7.8)	61 (8.7)	102 (8.5)	51 (9.6)
	4–7 days, n (%)	173 (17.4)	115 (16.4)	141 (11.8)	63 (11.9)
	8–14 days, n (%)	72 (7.2)	64 (9.1)	65 (5.4)	26 (5)
	> 14 days, n (%)	436 (43.8)	328 (46.9)	47 (4)	27 (5)
	Total, n (%)	995 (100)	700 (100)	1442 (100)	589 (100)
Time to contact a neurologist after a therapist ($n = 1213^*$)	up to 3 days, n (%)	154 (31.8)	213 (29.2)	–	–
	> 3 days, n (%)	287 (59.3)	427 (58.6)	–	–
	> 2 months, n (%)	43 (8.9)	89 (12.2)	–	–
	Total, n (%)	484 (100)	729 (100)	–	–
The specialist who first made the diagnosis ($n = 4052^*$)	Neurologist	1294 (63.5)	872 (43.3)	–	–
	Therapist	709 (34.8)	1086 (53.9)	–	–
	Otorhinolaryngologist	11 (0.5)	29 (1.4)	–	–
	Gynecologist	9 (0.4)	11 (0.5)	–	–
	Surgeon	3 (0.1)	9 (0.4)	–	–
	Ophthalmologist	5 (0.2)	6 (0.3)	–	–
	Endocrinologist	5 (0.2)	1 (0)	–	–
	Total, n	2038	2014	–	–
Number of visits and total observation period ($n = 4527^*$)	Average number of visits	2.5	2.2	1.1	1.1
	Total observation period, Me [C25; C75] days	11 [1; 51]	1 [1; 42]	8 [4; 10]	8 [5; 11]
	Total, n	2324	2203	1941	846

Note: * — sample; n — number of cases for which data was found in the EMIAS system.

возраста составила 51 [36; 64] год (табл. 2), статистически достоверных различий в группах не выявлено. За медицинской помощью чаще обращались женщины ($\chi^2 = 47,89$, $p < 0,0001$).

Пациенты Гр1 обращались в поликлинику только на 8-й [3; 20] день от дебюта симптомов (табл. 2), поэтому в 31,6% ($n = 314$) случаях получили консультацию врача в «терапевтическом окне». После первичного обращения пациента к терапевту в трехдневный срок осмотрены неврологом 31,8% больных. В поликлинике впервые диагноз НЛН в большинстве случаев (63,5%) устанавливал невролог. Однако другие врачи также устанавливали диагноз и далее направляли к неврологу. В рейтинге лидировали терапевты (34,8% случаев). Среднее количество визитов в поликлинику к профильному специалисту по поводу данного заболевания составило 2,5, а общий срок наблюдения между первым и последним приемом — 11 [1; 51] дней.

Пациенты Гр2 обращались в поликлинику на 10-й [3; 28,2] день заболевания. После первичного обращения пациента к терапевту 29,2% больных попадали к неврологу в трехдневный срок, что статистически не отличалось от Гр1 ($\chi^2 = 0,931$, $p = 0,334$).

В Гр2 терапевты чаще первыми устанавливали диагноз ($n = 1086$; 53,9%) и направляли к профильному специалисту.

В стационар обратились 38,4% больных и сразу получили консультацию невролога, среди них более чем в 2 раза преобладали пациенты Гр1. Срок обращения в стационар был меньше в сравнении с поликлиникой — на 1-е [0; 3] сутки от дебюта симптомов в Гр1 ($U = 231340,5$; $p < 0,0001$) и на 1-е [0; 3] сутки в Гр2 ($U = 63496$; $p < 0,0001$).

По данным первичного осмотра невролога амбулаторного и стационарного звена (доступный объем выборки составил 3725 случаев) провели анализ наполненности клинического протокола — описание жалоб пациента, объективной оценки проявлений НЛН и ее осложнений, а также использование шкал оценки двигательной функции лицевого нерва (табл. 3). В большинстве случаев врачи регистрировали жалобы на наличие асимметрии лица (66,4%), лагофтальма (48,5%) с сухостью глаза (55,9%), а также отмечали слабость мимических мышц (14,8%). Болевой синдром беспокоил каждого третьего пациента с локализацией в заушной и височной областях, а также в области уха. Некоторые пациенты

Таблица 3

Наполненность клинического протокола невролога при осмотре пациента с невропатией лицевого нерва

Показатель	Группы больных, n (%)			
	Всего	Группа 1	Группа 2	
Объем выборки	3725	2460 (66)	1265 (34)	
Жалобы				
Асимметрия лица/перекос лица	2473 (66,4)	1794 (72,9)	679 (53,7)	
Снижение силы мышц/слабость мышц	527 (14,1)	368 (15)	159 (12,6)	
Отсутствие движений/мимики	25 (0,7)	15 (0,6)	10 (0,8)	
Нарушение вкуса	208 (5,6)	137 (5,6)	71 (5,6)	
Нарушение слуха (гиперакузия)	97 (2,6)	53 (2,2)	44 (3,5)	
Непроизвольные движения (синкинезии)	94 (2,5)	35 (1,4)	59 (4,7)	
Боль	1242 (33,3)	743 (30,2)	499 (39,4)	
Онемение	652 (17,5)	370 (15)	282 (22,3)	
Герпетические высыпания	19 (0,5)	14 (0,6)	5 (0,4)	
Осмотр глаза				
Лагофтальм	1807 (48,5)	1263 (51,3)	544 (43)	
Слезотечение	937 (25,2)	650 (26,4)	287 (22,7)	
Сухость глаза	2082 (55,9)	1284 (52,2)	798 (63,1)	
Клинический осмотр мышц лица				
Сила мимических мышц	Легкий прозопарез	31 (0,8)	19 (0,8)	12 (0,9)
	Умеренный прозопарез	42 (1,1)	25 (1)	17 (1,3)
	Глубокий прозопарез	12 (0,3)	6 (0,2)	6 (0,5)
	Степень пареза неизвестна	449 (12,1)	276 (11,2)	173 (13,7)
	Всего количество пациентов с прозопарезом	534 (14,3)	326 (13,3)	208 (16,4)
Описание нарушенного движения	Подвижность бровей	78 (2,1)	46 (1,9)	32 (2,5)
	Наморщивание	3 (0,1)	3 (0,1)	0 (0)
	Сглаженность носогубной складки	1504 (40,4)	941 (38,3)	563 (44,5)
	Опущение угла рта	205 (5,5)	108 (4,4)	97 (7,7)
Тонус мышц	Снижение	156 (4,2)	97 (3,9)	59 (4,7)
	Повышение	33 (0,9)	17 (0,7)	16 (1,3)
	Контрактура	17 (0,5)	10 (0,4)	7 (0,6)
Непроизвольные движения в лице	Синкинезии	505 (13,6)	285 (11,6)	220 (17,4)
	Постпаралитический гемиспазм	17 (0,5)	0 (0)	17 (1,3)
Атрофия мышц	46 (1,2)	29 (1,2)	17 (1,3)	
Шкалы				
Шкала House–Brackmann ^x	9 (0,2)	8 (0,3)	1 (0,1)	
Шкала Facial Nerve Grading System 2.0	1 (0)	1 (0)	0 (0)	
Шкала Sunnybrook ^x	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Примечание: ^x — манипуляция/исследование входит в зарубежные клинические рекомендации, процент указан от количества пациентов в группе.

предъявляли жалобы на «онемение половины лица» ($n = 652, 17,5\%$).

В разделе объективного осмотра в рейтинге наиболее значимых проявлений НЛН на первом месте регистрировали лагофтальм и его осложнения (каждый второй специалист отмечал наличие у пациента сухости глаза). На втором месте проявлений НЛН — снижение силы мышц. Оценку двигательной функции мимических мышц неврологи регистрировали путем описания выявленного нарушения (табл. 3), но наблюдалась вариативность терминов. Врачи в основном описывали визуальное изменение нарушенного движения (сглаженность складок, нарушение подвижности), реже использовали неврологические термины. При объективном осмотре врачи выявляли синкинезию ($n = 505$), но без уточнения ее вида и характеристик. Изменение тонуса мышц регистрировали преимущественно в виде его снижения, о повышении указывали реже. Шкалы для

пациента с НЛН профильные специалисты использовали в единичных случаях (табл. 3), а именно шкалу House–Brackmann — в 9 случаях, и ее усовершенствованную версию Facial Nerve Grading System 2.0 (система оценки лицевого нерва 2.0) — в одном случае, шкала Sunnybrook, наиболее полно отражающая характеристики НЛН, осталась без внимания практикующих врачей [11–13].

Объем лабораторной и инструментальной диагностики оценивали отдельно на уровне поликлиники и стационара в двух группах, учитывая сроки проведения исследований (табл. 4). Лабораторные исследования принимали во внимание при их назначении не позднее 30 дней с момента первичного осмотра. В назначениях лидировали клинический анализ крови (8%), исследование гормонов щитовидной железы (4,3%) и гликированного гемоглобина (3,1%). Поиск вирусной или иной причины проводили в единичных случаях. Инструментальная

Examination by a neurologist of a patient with facial nerve neuropathy

Parameter	Clinical groups, n (%)			
	Total	Group 1	Group 2	
Sample	3725	2460 (66)	1265 (34)	
Complaints				
Facial asymmetry	2473 (66.4)	1794 (72.9)	679 (53.7)	
Decreased muscle strength	527 (14.1)	368 (15)	159 (12.6)	
No movement	25 (0.7)	15 (0.6)	10 (0.8)	
Taste disturbance	208 (5.6)	137 (5.6)	71 (5.6)	
Hyperacusis	97 (2.6)	53 (2.2)	44 (3.5)	
Involuntary movements (syncinesis)	94 (2.5)	35 (1.4)	59 (4.7)	
Pain	1242 (33.3)	743 (30.2)	499 (39.4)	
Numbness	652 (17.5)	370 (15)	282 (22.3)	
Herpetic rashes	19 (0.5)	14 (0.6)	5 (0.4)	
Eye examination				
Lagophthalmos	1807 (48.5)	1263 (51.3)	544 (43)	
Tearing	937 (25.2)	650 (26.4)	287 (22.7)	
Dry eyes	2082 (55.9)	1284 (52.2)	798 (63.1)	
Clinical examination of facial muscles				
Strength of facial muscles	Mild prosoparesis	31 (0.8)	19 (0.8)	12 (0.9)
	Moderate prosoparesis	42 (1.1)	25 (1)	17 (1.3)
	Deep prosoparesis	12 (0.3)	6 (0.2)	6 (0.5)
	The degree of paresis is unknown	449 (12.1)	276 (11.2)	173 (13.7)
	Total number of patients with prosoparesis	534 (14.3)	326 (13.3)	208 (16.4)
Description of the impaired movement	Eyebrow mobility	78 (2.1)	46 (1.9)	32 (2.5)
	Wrinkling	3 (0.1)	3 (0.1)	0 (0)
	Smoothness of the nasolabial fold	1504 (40.4)	941 (38.3)	563 (44.5)
	Drooping corner of the mouth	205 (5.5)	108 (4.4)	97 (7.7)
Muscle tone	Decrease	156 (4.2)	97 (3.9)	59 (4.7)
	Increase	33 (0.9)	17 (0.7)	16 (1.3)
	Contracture	17 (0.5)	10 (0.4)	7 (0.6)
Involuntary movements in the face	Synkinesis	505 (13.6)	285 (11.6)	220 (17.4)
	Postparalytic hemispasm	17 (0.5)	0 (0)	17 (1.3)
Atrophy	46 (1.2)	29 (1.2)	17 (1.3)	
Scales				
House-Brackmann Grading System ^x	9 (0.2)	8 (0.3)	1 (0.1)	
Facial Nerve Grading System 2.0	1 (0)	1 (0)	0 (0)	
Sunnybrook Grading System ^x	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Note: ^x — manipulation is included in foreign clinical recommendations, percentage is based on the number of patients in the group.

диагностика включала магнитно-резонансную томографию (МРТ), которую чаще проводили на уровне стационара ($\chi^2 = 16,66, p < 0,0001$), но варианты протокола различались даже у пациентов с идиопатической НЛН (Гр1). В основном специалисты назначали МРТ головного мозга в стандартных режимах, введение контраста рекомендовали каждому четвертому пациенту, а мостомозжечковый угол исследовали в единичных случаях.

Консультации других специалистов на уровне стационара пациенты получали приблизительно в 5 раз чаще в сравнении с поликлиникой ($\chi^2 = 6,77, p = 0,009$). Наиболее востребованы были консультации оториноларинголога — в Гр1 19,2% больных против 3,6%, в Гр2 16,3% против 3%, а также офтальмолога — в Гр1 8,7% против 2,9%, в Гр2 9% против 1,7%. Консультации врачей хирургических специальностей в поликлинике пациенты получали в 0,1–0,5% случаев, в стационаре в 6,5–8,1%.

Помощь психолога или психотерапевта оказана только 1% пациентов из всей выборки, в большей степени за счет консультаций в стационарах. Осмотр врача по лечебной физкультуре (ЛФК) зарегистрирован в 0,3% случаях в общей выборке ($n = 7344$), а физиотерапевта — 15,1% случаев в общей выборке (на уровне стационара достигала 21%).

Объем консервативного лечения пациента с НЛН оценивали на уровне поликлиники и стационара. Перечень медикаментозной терапии варьировал от препаратов с доказательной базой до гомеопатических средств.

Проведен анализ назначения преднизолона и дексаметазона (ГКС) неврологом поликлиники и стационара при идиопатической НЛН (Гр1) (табл. 5). Данные об используемой дозе препарата мы получили только в 228 случаях. Составлены подгруппы в зависимости от дозы ГКС и срока их назначения: в первые 3 дня от дебюта симптомов (желательное

Таблица 4

Объем лабораторно-инструментальной диагностики и консультации профильных специалистов при невралгии лицевого нерва (n = 7344)

Показатель	Всего, n (%)	Поликлиника, n (%)		Стационар, n (%)	
		Группа 1	Группа 2	Группа 1	Группа 2
Лабораторные исследования					
Объем выборки, n	5358	1684	1518	1493	663
Клинический анализ крови* ^x	430 (8,0)	163 (9,7)	143 (9,4)	83 (5,6)	41 (6,2)
Биохимический анализ крови*	47 (0,9)	16 (1)	16 (1,1)	9 (0,6)	6 (0,9)
Гликированный гемоглобин A1c	164 (3,1)	58 (3,4)	53 (3,5)	38 (2,5)	15 (2,3)
Вирус простого герпеса 1,2 ^x	4 (0,1)	2 (0,1)	2 (0,1)	0 (0)	0 (0)
Инструментальные исследования					
Объем выборки, n	6559	2106	2051	1680	722
МРТ головного мозга* ^x , n	874 (13,33)	193 (9,16)	86 (4,19)	325 (19,35)	270 (37,40)
– в том числе с контрастированием	192	40	17	66	55
– в том числе исследование мостомозжечкового угла	26	9	5	8	4
Консультации специалистов					
Объем выборки, n	7344	2324	2203	1941	876
Оториноларинголог* ^x	666 (9,1)	83 (3,6)	67 (3)	373 (19,2)	143 (16,3)
Офтальмолог* ^x	354 (4,8)	68 (2,9)	38 (1,7)	169 (8,7)	79 (9)
Эндокринолог	179 (2,4)	35 (1,5)	19 (0,9)	93 (4,8)	32 (3,7)
Врач по лечебной физкультуре* ^x	25 (0,3)	2 (0,1)	4 (0,2)	11 (0,6)	8 (0,9)
Физиотерапевт* ^x	1107 (15,1)	330 (14,2)	180 (8,2)	414 (21,3)	183 (20,9)
Психолог/психотерапевт	74 (1)	19 (0,8)	14 (0,6)	18 (0,9)	23 (2,6)
Нейрохирург* ^x	40 (0,5)	12 (0,5)	11 (0,5)	11 (0,6)	6 (0,7)
Челюстно-лицевой хирург	223 (3)	2 (0,1)	6 (0,3)	158 (8,1)	57 (6,5)
Пластический хирург	5 (0,1)	2 (0,1)	0 (0)	2 (0,1)	1 (0,1)
Всего консультаций, n	2673	553	339	1249	532

Примечание: * — манипуляция/исследование входит в «Стандарт специализированной медицинской помощи при поражениях лицевого нерва» или ^x в зарубежные клинические рекомендации; * — процент указан от количества пациентов в группе.

Table 4

Laboratory and instrumental diagnostics and consultations with specialized specialists for the facial nerve neuropathy (n = 7344)

Parameter	Total, n (%)	Policlinic, n (%)		Hospital, n (%)	
		Group 1	Group r2	Group 1	Group 2
Laboratory diagnostic					
Sample, n	5358	1684	1518	1493	663
Clinical blood test* ^x	430 (8.0)	163 (9.7)	143 (9.4)	83 (5.6)	41 (6.2)
Blood chemistry*	47 (0.9)	16 (1)	16 (1.1)	9 (0.6)	6 (0.9)
Glycated hemoglobin A1c	164 (3.1)	58 (3.4)	53 (3.5)	38 (2.5)	15 (2.3)
Herpes simplex virus 1, 2 ^x	4 (0.1)	2 (0.1)	2 (0.1)	0 (0)	0 (0)
Instrumental diagnostic					
Sample, n	6559	2106	2051	1680	722
MRI of the brain* ^x , n	874 (13.33)	193 (9.16)	86 (4.19)	325 (19.35)	270 (37.40)
– including with contrasting	192	40	17	66	55
– including study of the cerebellopontine angle	26	9	5	8	4
Specialists consultations					
Sample, n	7344	2324	2203	1941	876
Otorhinolaryngologist* ^x	666 (9.1)	83 (3.6)	67 (3)	373 (19.2)	143 (16.3)
Ophthalmologist* ^x	354 (4.8)	68 (2.9)	38 (1.7)	169 (8.7)	79 (9)
Endocrinologist	179 (2.4)	35 (1.5)	19 (0.9)	93 (4.8)	32 (3.7)
Physical therapy doctor* ^x	25 (0.3)	2 (0.1)	4 (0.2)	11 (0.6)	8 (0.9)
Physiotherapist* ^x	1107 (15.1)	330 (14.2)	180 (8.2)	414 (21.3)	183 (20.9)
Psychologist/psychotherapist	74 (1)	19 (0.8)	14 (0.6)	18 (0.9)	23 (2.6)
Neurosurgeon* ^x	40 (0.5)	12 (0.5)	11 (0.5)	11 (0.6)	6 (0.7)
Maxillofacial surgeon	223 (3)	2 (0.1)	6 (0.3)	158 (8.1)	57 (6.5)
Plastic surgeon	5 (0.1)	2 (0.1)	0 (0)	2 (0.1)	1 (0.1)
Total, n	2673	553	339	1249	532

Note: * — manipulation is included in the “Standard of specialized medical care for lesions of the facial nerve” or ^x in foreign clinical recommendations; * — percentage is based on the number of patients in the group.

Назначение неврологами глюкокортикостероидов при идиопатической невралгии лицевого нерва (G51.0) ($n = 228$)

Препарат	Суточная доза	Срок назначения препарата от дебюта симптомов, n (%)		
		Поликлиника		Стационар
		≤ 3 сут	> 3 сут	
Преднизолон	30 мг	6 (6,7)	8 (7,9)	13 (35,1)
	60 мг	23 (25,6)	18 (17,8)	7 (18,9)
	1 мг/кг	16 (17,8)	26 (25,7)	2 (5,4)
	2 мг/кг	21 (23,3)	25 (24,8)	9 (24,3)
Дексаметазон	4 мг	24 (26,7)	24 (23,8)	6 (16,2)
Всего количество пациентов, n		90	101	37

Table 5

Prescription of glucocorticosteroids by neurologists for Bell's palsy (G51.0) ($n = 228$)

Drug	Daily dose	Time of drug prescription from the onset of symptoms, n (%)		
		Policlinic		Hospital
		≤ 3 days	> 3 days	
Prednisolone	30 mg	6 (6.7)	8 (7.9)	13 (35.1)
	60 mg	23 (25.6)	18 (17.8)	7 (18.9)
	1 mg/kg	16 (17.8)	26 (25.7)	2 (5.4)
	2 mg/kg	21 (23.3)	25 (24.8)	9 (24.3)
Dexamethasone	4 mg	24 (26.7)	24 (23.8)	6 (16.2)
Total number of patients, n		90	101	37

«терапевтическое окно») и позже. На поликлиническом уровне 2/3 специалистов назначали дозу преднизолона в соответствии с международными КР, а в стационаре 1/2 специалистов ($\chi^2 = 4,83, p = 0,028$), однако каждый второй случай назначения ГКС выходил за пределы «терапевтического окна» (табл. 5). Противовирусный препарат назначен в 86 случаях, при этом герпетические высыпания в осмотрах описаны у 19 человек, анализ на герпес-инфекцию выполнен у 4, а оценить связь выраженности двигательного расстройства с назначением противовирусного препарата не представляется возможным (табл. 2).

Объем медикаментозной терапии был больше у пациентов Gr1, первично обратившихся в поликлинику к неврологу. В данной группе широко применяемыми препаратами являлись витамины группы В ($n = 420$; 32,5%), ипидакрин/прозерин (антихолинэстеразные средства) ($n = 375$; 28,9%), пентоксифиллин ($n = 190$; 14,7%) и тиоктовая кислота ($n = 201$; 15,5%). Зарегистрировано большое количество назначений антигипоксантов, сосудистых, метаболических препаратов, нейропротекторов и ноотропов. При обращении в стационар медикаментозное лечение проводили теми же препаратами, однако объем терапии был существенно меньше, что, возможно, связано с отсутствием детальной информации в выписных эпикризах о назначаемых в стационаре препаратах. При симптоме лагофтальма рекомендации по медикаментозной профилактике развития язв роговицы глаза на амбулаторном этапе не превышали 2% случаев, в стационаре — 20%.

Соотношение объема медикаментозного лечения к немедикаментозному составило в поликлинике 4:1, а в стационаре — 2,3:1. На поликлиническом этапе неврологи каждому пятому пациенту рекомендовали выполнение ЛФК мимических мышц,

терапевты — каждому десятому, но на консультацию к врачу ЛФК направляли в единичных случаях (0,1%). Вместе с тем в 330 случаях (14,2%) неврологи рекомендовали лечение у физиотерапевта. Самыми популярными методами немедикаментозного лечения являлись иглорефлексотерапия (6,4%), массаж лица (2,9%), пластырная коррекция симметрии лица (кинезиотейпирование) (1,9%), аппаратные процедуры (0,7%).

Обсуждение. Впервые проведено крупное исследование маршрутизации, диагностики и лечения взрослых пациентов с НЛН в условиях мегаполиса, которое продемонстрировало ряд значимых проблем, требующих решения.

За полных три года выявлено 7334 новых случая НЛН различного генеза. Из них зарегистрировано 4265 больных с идиопатической формой. Учитывая ранее проведенные исследования, восстановление при идиопатической НЛН (Gr1) наступает примерно в 70% случаев [7]. Соответственно, не менее тысячи пациентов остались с последствиями НЛН в виде деформации лица. Кроме того, за три года в г. Москве выявлено 3069 больных с симптоматическими формами НЛН, для которых не характерно спонтанное восстановление, поэтому они особенно нуждаются в своевременном лечении, в том числе хирургическом. Высокая заболеваемость НЛН определяет потребность в создании регистра пациентов с двигательными расстройствами в области лица с целью их выявления, учета, наблюдения, возможности предложить современную хирургическую помощь.

Остро развившаяся асимметрия лица — экстренная клиническая ситуация, требующая срочного осмотра профильным специалистом для проведения дифференциального диагноза и своевременного лечения. По данным проведенного исследования,

за медицинской помощью в поликлинику в «терапевтическом окне» обращается не более 1/3 пациентов с любыми формами НЛН, что говорит о низкой информированности населения о необходимости экстренного обращения к врачу при появлении асимметрии лица, требуется санитарно-просветительская работа.

Профильным специалистом по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с НЛН в РФ традиционно выступает невролог [4], патология является узнаваемой среди непрофильных специалистов, что подтвердили полученные данные. Однако после терапевта к неврологу в течение 3 сут попадает только каждый третий больной.

В стационар в дебюте симптомов обратились только 38,4% пациентов и сразу получили консультацию профильного специалиста, что является наиболее эффективным и оптимальным маршрутом, данный вариант можно предложить в качестве «стандарта практики».

Срок обращения важен для назначения терапии ГКС. По данным КР желательнее назначить препарат в первые 3 сут от дебюта симптомов — «терапевтическое окно» [3]. По данным исследования, 2/3 врачей назначают препарат выбора (преднизолон) в дозе, соответствующей КР, но каждый второй случай назначения ГКС зарегистрирован позднее 3-х суток заболевания, что может быть связано с поздним обращением больного.

Исследование выявило большую вариабельность объема диагностических исследований у пациентов с НЛН. Клинический осмотр различался по структуре и наполненности протокола, используемой терминологии в описании двигательного дефицита. При осмотре пациента с двигательными расстройствами в области лица важно делать акцент не только на проявлениях НЛН, но в большей степени необходимо учитывать именно осложнения. По данным ранее проведенных исследований, повышение тонуса мышц условно здоровой стороны наблюдают у 66,7% пациентов уже на 7-й день от дебюта симптомов НЛН, что ограничивает возможности дальнейшей реабилитации, а в хроническом периоде тонус мышц повышается и на пораженной стороне, приводит к их укорочению, контрактурам, вызывает боль и т.д. [12]. Синкинезии развиваются у каждого второго пациента с неполным восстановлением после НЛН, а ряд авторов считает, что у всех [13]. Таким образом, необходима разработка единого пошагового протокола клинической оценки мимических мышц с описанием в том числе осложнений.

При НЛН общемировой практикой является стандартизация осмотра путем количественной оценки неврологического дефицита по шкалам [9–11]. По нашим данным, московские врачи их используют в единичных случаях. С одной стороны, шкалы помогают унифицировать осмотр и выявить группы тяжелых пациентов, требующих наблюдения и лечения, в том числе хирургического. С другой стороны, предлагаемые шкалы не в полной мере отражают клиническую ситуацию, не прошли валидацию в РФ.

Таким образом, необходима разработка единого клинического инструмента диагностики, отвечающего потребностям, с конвертированием данных из качественных в количественные.

Исследование показало небольшой объем лабораторно-инструментальной диагностики на амбулаторном этапе. Наиболее важным в диагностике пациентов с НЛН является, во-первых, исключение причины НЛН, а во-вторых, оценка степени повреждения нерва и определение прогноза его восстановления [14–16]. Остаются вопросы по срокам проведения МРТ, показаниям, а также самим протоколам. Для оценки степени повреждения нерва и, соответственно, определения прогноза восстановления его функции проводят электрофизиологию, а именно стимуляционную электронейромиографию и игольчатую миографию. Получить данные в настоящем исследовании не представилось возможным, требуется доработка и систематизация инструментальных данных в системе.

НЛН — мультидисциплинарная проблема и требует привлечения врачей других специальностей. По данным проведенного исследования, к оториноларингологу направлен один больной из 30 в поликлинике и один из 5 в стационаре, а в зарубежных КР именно оториноларинголог является профильным специалистом при НЛН и для него предусмотрены определенные манипуляции (например, тимпанометрия) [3]. У каждого второго пациента врачи регистрируют лагофтальм с сухостью глаза, однако, редко направляют к офтальмологу или дают рекомендации, что может быть связано с отсутствием единого алгоритма диагностики и лечения лагофтальма. Лагофтальм — является значимой медицинской проблемой, поскольку нарушение слезообмена и сухость приводят к быстрому развитию осложнений со стороны глаза до потери зрения [17]. Таким образом, целесообразно разработать универсальные рекомендации для профилактики развития язв роговицы у пациентов с НЛН и неосложненным лагофтальмом, а также сформулировать четкий перечень показаний для направления к офтальмологу.

Современная медицина может предложить хирургическое лечение на всех этапах НЛН, и техники операций постоянно совершенствуются. В остром периоде при неблагоприятном прогнозе восстановления при консервативном ведении возможно проведение декомпрессивных операций в сроки до 18–24 мес. — реиннервирующих, а затем — пластических [18–20]. Кроме того, развившиеся синкинезии (осложнение НЛН) также могут лечиться хирургическим методом, например селективной невротомией [21]. На амбулаторном этапе специалисты направляли пациента на консультацию к врачам хирургической специальности только в единичных случаях. Обосновано создание алгоритма для неврологов по методам хирургического лечения с указанием показаний, сроков, а также контактов специалистов и учреждений (маршрутизация).

КР необходимы как для эффективности лечения и безопасности пациента, так и для юридической

защиты врача. Отсутствие единого подхода и многообразии предлагаемых тактик приводит к разногласиям и юридической незащищенности даже самого «читающего» врача. Например, в современных КР преднизолон рекомендован в дозе, более чем в 2 раза превышающей рекомендованную суточную дозу российским Стандартом [3, 4]. Данное исследование показало, что в реальной клинической практике 2/3 российских специалистов превышают дозу (пользуются зарубежными КР). Известно, что ГКС могут вызывать серьезные осложнения и лечение эффективными дозами препарата в случае развития осложнений по российскому законодательству будет поводом привлечения врача к ответственности. Важной проблемой является приверженность российского пациента к полипрогазии и парентеральным способам введения препарата, поэтому врач вынужден назначать «дополнительную терапию» препаратами с недостаточной доказательной базой в виде инъекций и инфузий.

В последние годы значительные изменения произошли в системе организации медицинской реабилитации взрослых — сформулированы общие принципы мультидисциплинарного подхода и установлен ориентир приверженности к КР [22]. Однако российских и зарубежных КР по реабилитации больных с НЛН пока нет, порядок и объем реабилитации пациентов с НЛН не регламентирован. Систематические обзоры демонстрируют эффективность и безопасность методов физической реабилитации, а также неблагоприятные последствия «грубых упражнений» [23, 24], но протоколы методик не представлены. Отдельные российские исследования предлагают подходы к реабилитации при некоторых видах двигательных расстройств в области лица [25]. Однако необходим единый подход к проблеме, алгоритм действий, конкретные протоколы. В реальной клинической практике неврологи самостоятельно рекомендуют ЛФК в разных вариантах. Возникает потребность в разработке как методических рекомендаций для врачей, так и программы восстановительного обучения для пациента для его активного участия в процессе терапии, правильности выполнения рекомендаций, ведь основные принципы и навыки реабилитации пациент должен активно и осознанно реализовывать в домашних условиях. В реальной клинической практике пациент в большей степени является не активным участником процесса, а пассивным, поскольку проходит лечение у физиотерапевта с использованием различных процедур, укрепившихся со временем, но не имеющих научной доказательной базы.

Изменения в области лица вызывают различные психологические проблемы вплоть до суицидальных мыслей, таких пациентов необходимо выявлять [1–2]. Однако, на консультацию к психологу/психиатру врачи направляют в единичных случаях, поскольку данный вид помощи не предусмотрен для пациентов с НЛН.

Исследование показало идентичность тактик ведения пациентов с идиопатическими

и симптоматическими формами НЛН, что объяснимо схожестью саногенетических механизмов восстановления функции лицевого нерва после воздействия различных факторов. Однако при симптоматических формах несколько смещены сроки медицинской помощи, а также объем диагностики и лечения.

Ограничения исследования. Исследование проведено в новой информационной среде, большого опыта подобной выгрузки данных нет, имелась проблема пропущенных данных. Возможны некоторые неточности, что компенсируется большим объемом выборки. Объемы выборок рассчитаны как общее количество пациентов, для которых были найдены соответствующие признаки, удовлетворяющие условиям конкретного расчета.

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».

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование выполнено без финансовой поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Hamlet C., Williamson H., Hotton M., Rumsey N. Your face freezes and so does your life: A qualitative exploration of adults' psychosocial experiences of living with acquired facial palsy. *Br J Health Psychol.* 2021;26(3):977–994. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12515>
2. Hotton M., Huggons E., Hamlet C., Shore D., Johnson D., Norris J.H. et al. The psychosocial impact of facial palsy: A systematic review. *Br J Health Psychol.* 2020;25(3):695–727. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12440>
3. 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>
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 N 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 N 1497n "On approval of the standard of specialized medical care for lesions of the facial nerve". Moscow, 2013. (In Russ.)]. URL: <https://minzdrav.gov-murman.ru/documents/standarty-meditsinskoy-pomoshchi/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoshchi-/bolezni-nervnoy-sistemy-g00-g99-1497.pdf> [Accessed July 13, 2023]
5. Завалий Л.Б., Рамазанов Г.Р., Калантарова М.В., Рахманина А.А., Синкин М.В., Шамалов Н.А., Петриков С.С. Диагностика невропатии лицевого нерва в клинической практике: результаты опроса российских неврологов. *Российский неврологический журнал.* 2023;28(2):15–24. [Zavaliy L.B., Ramazanov G.R., Kalantarova M.V., Rakhmanina A.A., Sinkin M.V., Shamalov N.A., Petrikov S.S. Diagnosis of patients with facial neuropathy by practicing neurologists: online survey. *Russian neurological journal. (Rossijskij Nevrologicheskij Zhurnal).* 2023;28(2):15–24. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.30629/2658-7947-2023-28-2-15-24>
6. de Almeida J.R., Guyatt G.H., Sud S., Dorion J., Hill M.D., Kolber M.R. et al. Bell Palsy Working Group, Canadian Society of Otolaryngology — Head and Neck Surgery and Canadian Neurological Sciences Federation. Management of Bell

- palsy: clinical practice guideline. *CMAJ*. 2014;186(12):917–922. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131801>
7. 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.
 8. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). [Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney 10-go peresmotra (МКБ-10). (In Russ.)] URL: <https://mkb-10.com/> [Accessed July 13, 2023]
 9. House J.W., Brackmann D.E. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1985;93(2):146–147. <https://doi.org/10.1177/019459988509300202>
 10. Vrabec J.T., Backous D.D., Djalilian H.R., Gidley P.W., Leonetti J.P., Marzo S.J. et al. Facial Nerve Disorders Committee. Facial Nerve Grading System 2.0. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;140(4):445–450. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2008.12.031>
 11. Cabrol C., Elarouti L., Montava A.L., Jarze S., Mancini J., Lavieille J.P. et al. Sunnybrook Facial Grading System: Intra-rater and Inter-rater Variabilities. *Otol Neurotol*. 2021;42(7):1089–1094. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000003140>
 12. Завалий Л.Б., Рамазанов Г.Р., Чехонацкая К.И., Синкин М.В., Селиверстова Е.Г., Семенов Л.Л. 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 L.B., Ramazanov G.R., Chekhonatskaya K.I., Sinkin M.V., Seliverstova E.G., Semenov L.L. 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*. (Rossijskij Nevrologicheskij Zhurnal). 2022;27(1):69–79. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.30629/2658-7947-2022-27-1-69-79>
 13. Чехонацкая К.И., Завалий Л.Б., Рамазанов Г.Р., Синкин М.В., Салихов К.С., Петриков С.С. Современный взгляд на проблему синкинзий у пациентов с невропатией лицевого нерва. *Российский неврологический журнал*. 2022;27(5):14–22. [Chekhonatskaya K.I., Zavaliy L.B., Ramazanov G.R., Sinkin M.V., Salikhov K.S., Petrikov S.S. Synkinesis in patients with neuropathy of the facial nerve. *Russian neurological journal*. (Rossijskij Nevrologicheskij Zhurnal). 2022;27(5):14–22. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.30629/2658-7947-2022-27-5-14-22>
 14. Zimmermann J., Jesse S., Kassubek J., Pinkhardt E., Ludolph A.C. Differential diagnosis of peripheral facial nerve palsy: a retrospective clinical, MRI and CSF-based study. *J Neurol*. 2019;266(10):2488–2494. <https://doi.org/10.1007/s00415-019-09387-w>
 15. Савицкая Н.Г., Супонева Н.А., Остафийчук А.В., Янкевич Д.С. Возможности электромиографии в прогнозировании восстановления при идиопатической нейропатии лицевого нерва. *Нервно-мышечные болезни*. 2012;(4):36–43. [Savitskaya N.G., Suponeva N.A., Ostafeichuk A.V., Yankevich D.S. Electroneuromyographic parameters as prognostic criteria in facial nerve palsy outcome. *Neuromuscular Diseases (Nervno-myshechnye bolezni)*. 2012;(4):36–43. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17650/2222-8721-2012-0-4-36-42>
 16. 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. URL: <http://facta.junis.ni.ac.rs/mab/mab200501/mab200501-10.pdf> [Accessed July 13, 2023].
 17. Fu L., Patel B.C. Lagophthalmos. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing 2022.
 18. Касаткин Д.С., Синкин М.В., Завалий Л.Б., Гринь А.А., Петриков С.С. 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 D.S., Sinkin M.V., Zavaliy L.B., Grin' A.A., Petrikov S.S. Clinico-diagnostic and pathophysiological grounds of conservative and early surgical treatment methods of Bell palsy in the acute period. *Russian neurological journal (Rossijskij Nevrologicheskij Zhurnal)*. 2021;26(2):4–10. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.30629/2658-7947-2021-26-2-4-10>
 19. Неробеев А.И., Висайтова З.Ю., Сомова М.М., Салихов К.М. Поражения лицевого нерва: о чем врач должен рассказать пациенту. *Вестник Эстетической Медицины*. 2013;12(4):12–20. [Nerobeev A.I., Visaitova Z.Yu., Somova M.M., Salikhov K.M. Facial nerve damage: what should a doctor tell a patient. *Aesthetic Medicine Bulletin (Vestnik Esteticheskoy Meditsiny)*. 2013;12(4):12–20. (In Russ.)].
 20. Kannan R.Y., Hills A., Shelley M.J., 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>
 21. Azizzadeh B., Frisenda J.L. 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>
 22. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. N 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых». Москва, 2020. [Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 31 iyulya 2020 g. N 788n «Ob utverzhdenii Poryadka organizatsii meditsinskoy rehabilitatsii vzroslykh». Moscow, 2020. (In Russ.)]. URL: http://pravo-med.ru/upload/iblock/bcb/prikaz_minzdrava_rf_31_07_2020_n_788n.pdf [Accessed July 13, 2023].
 23. van Landingham S.W., Diels J., Lucarelli M.J. Physical therapy for facial nerve palsy: applications for the physician. *Curr Opin Ophthalmol*. 2018;29(5):469–475. <https://doi.org/10.1097/ICU.0000000000000503>
 24. Khan A.J., Szczepura A., Palmer S., Bark C., Neville C., Thomson D. et al. Physical therapy for facial nerve paralysis (Bell's palsy): An updated and extended systematic review of the evidence for facial exercise therapy. *Clin Rehabil*. 2022;36(11):1424–1449. <https://doi.org/10.1177/02692155221110727>
 25. Римкевичус А.А., Люкманов Р.Х., Шалиманова Е.В., Шихкеримов Р.К., Гнедовская Е.В., Супонева Н.А. Первый опыт применения ботулинического токсина типа А при центральном прозопарезе. *Фарматека*. 2022;29(3):83–90. [Rimkevichus A.A., Lyukmanov R.Kh., Shalimanova E.V., Shikhkerimov R.K., Gnedovskaya E.V., Suponeva N.A. First experience with botulinum toxin type A in central prosoparesis. *Farmateka*. 2022;29(3):83–90. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.18565/pharmateka.2022.3.83-90>