

Г. О. Андреева

НОВАЯ МЕТОДИКА ИГЛОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

По данным ВОЗ, паралич Белла — наиболее распространенный вид мононевропатий, который занимает второе место по частоте среди заболеваний периферической нервной системы. Заболеваемость колеблется в пределах от 8 до 240 на 100 000 населения в разных странах мира.

Заболевание является полиэтиологичным, причем тот или иной этиологический фактор вызывает ишемию ствола лицевого нерва, сопровождающуюся увеличением проницаемости стенки капилляров, отеком ткани внутри канала, нарушением оттока крови и лимфы, что приводит к его повреждению [1].

Несмотря на обилие медикаментозных и немедикаментозных методов, лечение невропатии лицевого нерва остается на сегодняшний день актуальной задачей.

Материалы и методы. Нами было проведено обследование и лечение 43 больных в возрасте от 18 до 63 лет с невропатией лицевого нерва в острой, подострой и хронической стадии. Длительность заболевания у больных группы исследования в острой стадии составляла от 1 до 19 дней, в подострой — от 31 до 83, в хронической стадии — дольше 90 дней. Для комплексной оценки больных нами использовались данные клинического, неврологического, электронейромиографического (ЭНМГ) обследования, с целью исключения органического поражения всем больным проводилось МРТ исследование головного мозга. Отбор пациентов осуществлялся в соответствии с показаниями к рефлексотерапии. Критериями исключения являлись травмы, опухоли, стволовой инсульт.

С первых дней заболевания больным назначалась общепринятая медикаментозная терапия с использованием противовоспалительных, сосудистых препаратов, витаминов группы В, антиоксидантов, а также физиотерапия, лечебная физкультура [2, 3]. Через неделю от начала заболевания больным назначался курс иглорефлексотерапии, массаж воротниковой зоны, точечный массаж лица [4].

Процедуры иглотерапии проводились ежедневно, курс лечения состоял из 10–12 процедур. Подбор точек составлялся индивидуально, в зависимости от степени поражения разных ветвей лицевого нерва на основании клинической картины и данных ЭНМГ.

В острый период заболевания достаточно эффективной была общепринятая методика воздействия на точки здоровой половины лица тормозным методом, на точки больной половины лица стимулирующим методом и применение точек общего действия [5].

При затянувшемся течении заболевания велика вероятность развития осложнений. По данным литературы, через 3–4 месяца от начала заболевания контрактуры мимических мышц наблюдаются у 20–30% больных [6]. С точки зрения классической теории иглорефлексотерапии при хронических заболеваниях в патологический процесс

вовлекаются и так называемые чудесные меридианы. Воздействие на них запускает в организме нейрогуморальные и нейроэндокринные процессы саногенеза [7]. Целесообразным считается применение чудесных меридианов в подострой и хронической стадиях заболевания с целью повышения качества лечения, а также предупреждения развития осложнений в виде синкинезий и контрактур мимических мышц. В лечении невралгии лицевого нерва рекомендуется воздействие на чудесные меридианы Жэнь-май, Ду-май [8, 9]. По нашему опыту, наиболее эффективным является применение чудесных меридианов Ян-цзяо-май и Жэнь-май [10]. При воздействии на Ян-цзяо-май проводили укалывание точек: Шэнь-май VII(V)-62 на правой стороне у женщин, на левой — у мужчин, Хоу-си VI(IG)-3 на левой стороне у женщин, на правой — у мужчин; Цин-мин VII(V)-1, Чэн-ци III(E)-1, Цзюй-ляо III(E)-3, Ди-цан III(E)-4, Жэнь-ин III(E)-9, Фэн-чи XI(VB)-20, Нао-шу VI(IG)-10 — наиболее чувствительные точки на больной стороне. При воздействии на Жэнь-май проводили укалывание точек: Ле-цзюе I(P)-7 на правой стороне у женщин, на левой — у мужчин; Чжао-хай VIII(R)-6 на левой стороне у женщин, на правой — у мужчин; Тянь-ту XIV(J)-22, Лян-цюань XIV(J)-23, Чэн-цянь XIV(J)-24, Чэн-ци III(E)-1 — с двух сторон. На последующих процедурах проводили укалывание точек каналов желудка, тонкой кишки, мочевого пузыря, тройного обогревателя, толстой кишки, так как траектории этих каналов расположены на лице.

В хронической стадии, при лечении уже развившихся контрактур и синкинезий мышц лица, необходимо воздействовать на точки больной половины лица нейтральным методом, на симметричные точки здоровой половины лица — тормозным методом. Также нами было отмечено, что при контрактурах мимических мышц эффективным является применение прогревания (мокса) точек больной половины лица в комплексе с иглоукалыванием точек общего действия.

Многие пациенты жаловались на ощущение «стянутости», скованности больной половины лица. При тщательной пальпации лица нами выявлялись участки подкожных уплотнений в области щеки, нижней челюсти, околоушной области площадью до нескольких сантиметров, что, вероятно, было связано с нарушением локальной микроциркуляции. С целью коррекции этих нарушений нами была разработана методика многоигольчатого подкожного воздействия (рисунок). Методика заключается в следующем: в область уплотнений по периметру и в центр подкожно, на глубину 1–2 мм, вводится



Акупунктурная методика многоигольчатого подкожного воздействия

большое количество игл (до 50). Экспозиция составляет 30–40 минут, затем иглы захватываются все вместе и одновременно извлекаются. Извлечение игл часто сопровождается локальным кратковременным кровотечением. В таком случае мы рекомендуем дождаться свертывания крови и затем обработать кожу 70%-ным раствором спирта. После применения методики многоигольчатого подкожного воздействия пациенты отмечали значительное уменьшение ощущений скованности и улучшение движений мышц лица. Методика многоигольчатого подкожного воздействия может применяться на раз-

ных стадиях заболевания, она эффективна даже в отдаленном периоде, что может быть продемонстрировано на клиническом примере.

Пациент Н., 39 лет, находился на лечении в клинике нервных болезней Военно-медицинской академии с 9.12.08 г. по 23.12.08 г. с диагнозом острая компрессионно-ишемическая невропатия лицевого нерва слева, последствия невропатии лицевого нерва справа в виде контрактуры мимических мышц, веко-губной синкинезии.

Поступил на лечение с жалобами на асимметрию лица за счет сглаженности левой носогубной складки и опущения угла рта слева, онемение и болезненность в левой околоушной области, постоянное слезотечение из левого глаза, сухость во рту.

Анамнез заболевания: шесть дней назад (3.12.08 г.) после переохлаждения появилось онемение в области правой ушной области, через день отметил онемение и болезненность в области левой околоушной области, асимметрию лица. Со слов пациента, около 12 лет назад после гриппа перенес невропатию лицевого нерва справа, по поводу чего находился на стационарном лечении в течение месяца, выписан с незначительной положительной динамикой (частичное восстановление функции пораженного нерва, синкинезии мышц правой половины лица), в последующем лечения не проводилось.

При неврологическом осмотре при поступлении выявлена болезненность при пальпации левого сосцевидного отростка и в области левой околоушной области. Отмечается асимметрия лица за счет сглаженности левой носогубной складки и опущения угла рта слева. Умеренно выраженный парез мимических мышц слева (выраженнее *m. orbicularis oculi*). Слезотечение из левого глаза. Симптом «крокодиловых слез» справа. Справа и слева на лбу не образуются складки при попытке наморщить лоб. Невозможность сплунуть. Отсутствие надбровного рефлекса слева и справа. Отсутствие корнеального рефлекса с двух сторон. Невозможность надуть щеку «пузырем» больше справа. Симптом «ресниц» с двух сторон. Сухость во рту. Контрактура мимических мышц справа. Веко-губная синкинезия справа.

ЭНМГ от 12.12.2008 г.: ЭНМГ признаки выраженной смешанной невропатии (преимущественно аксонопатии) левого лицевого нерва (*pars orbicularis oculi*, *pars orbicularis oris* > *pars nasalis*) — 55%, легкой аксонопатии, преимущественно *pars orbicularis oris*, правого лицевого нерва.

С первых суток больному проводилась противовоспалительная (преднизолон 90 мг/сут, диклофенак 200 мг/сут), сосудистая (ксантинола никотинат, сульфат магния, трентал), нейропротективная (церебро, глиатилин) терапия, венотоники (детралекс), витаминотерапия (витамины группы В), физиотерапевтическое лечение (лечебный массаж лица и шейно-воротниковой зоны, фонофорез с эуфиллином на левую и правую половину лица, УВЧ левой половины лица), лечебная гимнастика для мимической мускулатуры и БОС по ЭМГ, иглотерапия.

Процедуры иглотерапии проводились ежедневно, начиная с 8-го дня от начала заболевания. На первых двух процедурах проводилось воздействие на точки конечностей. После второй процедуры пациент отметил улучшение движений левой половины лица, уменьшение слезотечения из левого глаза, отсутствие болей в левой заушной области. На третьей процедуре оказывалось воздействие на точки лица слева, на четвертой процедуре — на точки конечностей. После четвертой процедуры престало беспокоить онемение левой половины лица, движение мышц левой половины лица восстановилось, пациент стал предъявлять жалобы на скованность правой половины лица. На пятой процедуре проводилось иглоукальвание точек правой половины лица и была применена методика многоигольчатого подкожного воздействия (на область лица). После процедуры пациент отметил уменьшение скованности, улучшение движения мышц

правой половины лица. На шестой — десятой процедурах проводилось иглоукальвание точек правой половины лица и конечностей в сочетании с методикой многоиглового подкожного воздействия (на область лица). После проведения курса иглотерапии пациент отмечал восстановление движений мышц левой половины лица, уменьшение скованности мышц правой половины лица, уменьшение синкинезий правой половины лица.

Через 8 дней от начала заболевания отмечалась положительная динамика в виде: значительного уменьшения болезненности при пальпации левого сосцевидного отростка и левой околоушной области; появления левой носогубной складки, возможности оскалить рот слева; отсутствия слезотечения из левого глаза; появления складок при попытке наморщить лоб слева (справа на лбу не образуются складки при попытке наморщить лоб); оживления надбровного рефлекса слева, появления корнеального рефлекса слева; отсутствия сухости во рту. Сохранялись: симптом «ресниц» справа, незначительный симптом «ресниц» слева. Справа без динамики оставались: симптом «крокодиловых слез»; контрактура мимических мышц; веко-губная синкинезия. Через 21 день от начала заболевания при неврологическом осмотре отмечалось значительное улучшение в виде: отсутствия болезненности при пальпации левого сосцевидного отростка и в области левой околоушной области. Полностью восстановилась работа мимических мышц слева, наблюдались: появление складок при попытке наморщить лоб, появление левой носогубной складки, возможность оскалить рот слева, отсутствие симптома «ресниц». Восстановились надбровный и корнеальный рефлексы слева. Справа сохранялись последствия невротии лицевого нерва 12-летней давности в виде: симптома «крокодиловых слез», симптома «ресниц», отсутствия корнеального и надбровного рефлексов, веко-губной синкинезии. Контрактура мимических мышц справа сохранялась, но стала менее выраженной.

ЭНМГ от 09.02.2009 г.: ЭНМГ признаки легкой смешанной невротии (аксоно- и миелінопатии) *pars orbicularis oris* (5%), *pars nasalis* (15%) левого лицевого нерва, легкой аксонопатии *pars orbicularis oris* > *pars nasalis*, *orbicularis oculi* правого лицевого нерва. В сравнении с ЭНМГ от 12.12.08 г. — отчетливая положительная динамика в виде увеличения амплитуды М-ответа при стимуляции левого лицевого нерва (40%), при стимуляции *pars orbicularis oris* правого лицевого нерва (10%).

Таким образом, на фоне проводимого лечения у больного отмечалось улучшение общего самочувствия, восстановление функции лицевого нерва слева (острая стадия заболевания), а также улучшение функции лицевого нерва справа (хроническая стадия заболевания, давность около 12 лет).

Результаты и обсуждение. Хорошие результаты лечения отмечались у 69,8% больных, удовлетворительные — у 25,5%, без динамики — 4,7%. Отсутствие динамики отмечалось у больных с хроническим течением заболевания, что объясняется длительностью вегетативно-сосудистых и трофических расстройств, а также зачастую недостаточным адекватным лечением на более ранних этапах. У больных с хорошими и удовлетворительными результатами лечения наблюдалось уменьшение степени пареза, восстановление надбровного рефлекса на большой стороне лица, восстановление движений мимических мышц, что подтверждалось данными неврологического осмотра и инструментального исследования. При анализе данных ЭНМГ было выявлено значительное снижение амплитуды М-ответа у больных с выраженной степенью поражения лицевого нерва и умеренное снижение амплитуды М-ответа у больных с легкой и умеренной степенью. У всех больных отмечалось удлинение латентности М-ответа. После курса лечения отмечалось достоверное уменьшение длительности латентного периода,

увеличение скорости проведения импульса, увеличение амплитуды и нормализация формы М-ответа, что свидетельствовало о процессах ремиелинизации нерва и улучшении аксонального тока (таблица).

Показатели ЭНМГ до и после лечения

Показатель	До лечения	После лечения
Латентность (ms)		
Orbicularis oculi	3,52 + 0,24	3,06 + 0,29
Nasalis	3,48 + 0,27	2,94 + 0,25
Orbicularis oris	4,27 + 0,19	3,76 + 0,24
Амплитуда М-ответа (mV)		
Легкая и умеренная степень поражения		
Orbicularis oculi	1,44 + 0,13	1,97 + 0,35
Nasalis	1,4 + 0,15	1,95 + 0,25
Orbicularis oris	1,59 + 0,24	2,01 + 0,25
Амплитуда М-ответа (mV)		
Выраженная степень поражения		
Orbicularis oculi	0,85 + 0,14	1,27 + 0,17
Nasalis	0,68 + 0,1	1,1 + 0,32
Orbicularis oris	0,73 + 0,14	1,23 + 0,28

Примечание. Достоверность различия между показателями до и после лечения $p < 0,05$.

Применение иглотерапии в комплексном лечении невропатии лицевого нерва позволяет улучшить результаты, добиться выраженного уменьшения пареза мышц лица, а в острой стадии и полного восстановления движений мимических мышц в короткие сроки. Полученные результаты позволяют рекомендовать разные методики иглотерапии на разных стадиях лечения невропатии лицевого нерва. В острой стадии заболевания достаточно эффективной является общепринятая методика стимулирующего воздействия на точки больной половины лица тонизирующим способом, на точки здоровой половины — нейтральным. При подостром и хроническом течении необходимо включать в рецептуру воздействие на чудесные меридианы Жэнь-май, Ду-май, Ян-цзяо-май. Нами разработана и опробована методика многоигольчатого подкожного воздействия, показана клиническая эффективность данной методики на разных стадиях невропатии лицевого нерва. Мы рекомендуем применять многоигольчатое подкожное воздействие как для профилактики осложнений на ранних этапах заболевания, так и для лечения контрактур и синкинезий в отдаленном периоде.

Литература

1. Невропатия лицевого нерва // Частная неврология: Учебное пособие / Под ред. М. М. Одинака. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. С. 110–114.
2. Комплексное лечение больных с невропатией лицевого и невралгией тройничного нервов. Методические рекомендации / Сост. С. П. Маркин. М.: ИД Медпрактика, 2005. 32 с.
3. Hato N., Yamada H., Kohno H. et al. Valacyclovir and prednisolone treatment for Bell's palsy: a multicenter, randomized, placebo-controlled study. *Otol Neurotol*. 2007. Vol. 28 (3). P. 408–13. [abstract].

4. *Gilden D. H.* Clinical practice. Bell's Palsy // *N Engl. J. Med.* 2004. Vol. 351 (13). P. 1323–1331.
5. *Самосюк И. З., Лысенюк В. П.* Акупунктура // *Медицинская энциклопедия.* М.: АСТ-ПРЕСС КНИГА, 2004. С. 438–443.
6. *Иванова Н. Е., Жарова Е. Н., Бондаренко А. Б.* Опыт лечения больного с невралгией лицевого нерва в отдаленной стадии. «Поленовские чтения»: тезисы Всероссийской научно-практической конференции / Под ред. В. П. Берснева. СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2007. С. 88.
7. *Табеева Д. М.* Биологические основы иглотерапии // *Руководство по иглорефлексотерапии: Учеб. пособие.* 2-е изд., испр. и доп. М., 2006. С. 217–224.
8. *Акупунктура: Практическое руководство / Ханс-Ульрих Хекер, Анжелика Стивлинг, Элвар Т. Пеке, Йорг Кастнер / Пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 656 с.*
9. *Ross J.* Acupuncture point combinations: The key to clinical success / Jeremy Ross; foreword by Dan Bensky. Edinburgh; New York: Churchill Livingstone, 1995. 476 p.
10. *Андреева Г. О.* Иглоотерапия в лечении невралгии лицевого нерва (паралича Белла). IX Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении». Материалы конференции 21–22 апреля 2009 года. Приложение 1 (25) (часть II). СПб., 2009. С. 647.

Статья поступила в редакцию 20 октября 2010 г.