

УДК 616.833.17-002-053.2-08

Р.Т. Цой<sup>1</sup>, Т.Н. Цой<sup>2</sup>Казахский Медицинский Университет Непрерывного Образования, г. Алматы, Казахстан<sup>1</sup>Частный кабинет доктора «Цой», г. Шымкент, Казахстан<sup>2</sup>

## ЛЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И МОКСОТЕРАПИИ

Актуальным вопросом в неврологии остается нейропатия лицевого нерва, обусловленная значительной распространенностью, особенностями клинического течения и его последствиями. Целью данного исследования явилось изучение эффективности комплексного лечения иглорефлексотерапии и моксотерапии в сочетании с лекарственными препаратами при поражении лицевого нерва.

**Материалы и методы.** Пролечено 288 амбулаторных карт пациентов частного кабинета доктора «Цой», г. Шымкент, в период с 2008 по 2015 гг. Установлено, что предложенная схема лечения дает возможность оптимизировать реабилитацию поражения лицевого нерва на основе восстановления функций пораженной мимической мускулатуры в 99,7% случаев.

**Вывод.** Раннее применение акупунктуры (в течение 90 дней) показало наилучшие результаты в виде восстановления двигательного дефицита мимической мускулатуры.

**Ключевые слова:** поражение лицевого нерва, паралич Белла, иглорефлексотерапия, моксотерапия, реабилитация

Болезни нервной системы являются значимой медико-социальной проблемой [3, 11]. Цитируя выдающегося немецкого ученого, Г. Лихтенберга «Самая занимательная для нас поверхность на земле – это человеческое лицо». Именно движения мышц лица (мимика) отражают наши эмоции. Мимические выражения несут более 70% информации, т.е. лицо человека способно сказать больше, чем произнесенные им слова. Парез мимической мускулатуры вследствие поражения лицевого нерва у взрослых занимает первое место среди поражений черепных нервов [6]. Нейропатия лицевого нерва (НЛН) является актуальной проблемой в неврологии, которая определяется частотой возникающих осложнений [5] и отсутствием достаточно эффективного лечения. Распространенность нейропатии лицевого нерва составляет 20-45 случаев на 100 000 населения [5] в возрасте от 15 – 60 лет [4, 6, 7] в равной пропорции среди мужчин и женщин. По данным Holland et al., 2004, у 1 из 60 человек наблюдалась НЛН в течение жизни [14].

В ходе исследования были выделены основные причины, способствующие поражению лицевого нерва: воспаление, травма, компрессия, острое нарушение мозгового кровообращения и опухоли [6]. К пусковым механизмам относятся переохлаждение, повышение артериального давления, воспалительные заболевания уха и горла. Нередкой причиной поражения нерва в стоматологической практике бывает анестезия нижнего альвеолярного нерва [Т. GIVENS. Mt.D., 1936]. Риск возникновения НЛН у беременных женщин в третьем семестре в 3 раза выше по сравнению с общей популяцией [4, 9].

Клиническая картина поражения лицевого нерва хорошо известна и зависит от уровня повреждения и от степени нарушения проводимости:

1. При надъядерных поражениях tractus cortico-bulbaris – поражена нижняя (оральная) мускулатура, гемипарез/плегия на противоположной стороне очага.

2. При поражении нерва в мостомозжечковом углу (последствия удаления опухоли) при входе во внутреннее слуховое отверстие височной кости наблюдается прозоплегия, нарушение вкуса на передних 2/3 языка и сухость глаза. Необходимо учитывать одновременное поражение VI (сходящееся косоглазие, диплопия) и VIII пар ч.м.н. (глухота).

3. При поражении ствола нерва в лицевом канале до колена – прозоплегия, сухость глаза, гипераккузия, расстройство вкуса и слюноотделения.

4. При поражении нерва в костном канале ниже отделения большого каменистого нерва – прозоплегия, усиленное слезотечение, гипераккузия, расстройство вкуса и слюноотделения.

5. При поражении нерва в костном канале ниже отхождения стременного нерва и выше барабанной струны – прозоплегия, расстройство вкуса и слюноотделения, усиленное слезотечение.

6. При поражении нерва в костном канале ниже отхождения барабанной струны или после выхода из шилососцевидного отверстия – прозоплегия, слезотечение.

Ведущим симптомом поражения лицевого нерва, в 80% случаев, является слабость мимической мускулатуры (паралич Белла) соответствующей половины лица [7].

Для лечения НЛН применяются различные методы лечения, включая медикаментозное лечение и физиотерапию: электрическое поле УВЧ, переменное магнитное поле, электростимуляция, ультразвук, тепловое лечение, лечебная физкультура [1].

Прогноз болезни благоприятный, однако, восстановление функции лицевого нерва наступает в 40-



60 % случаев, поэтому продолжается поиск эффективных схем лечения нейропатии лицевого нерва.

Эффективным признанным методом лечения нейропатии лицевого нерва является иглорефлексотерапия, которая имеет минимум противопоказаний и не имеет побочных явлений [2]. Метод иглоукалывания заключается в воздействии на организм с лечебной целью различных по силе, интенсивности и продолжительности раздражений, наносимых в определенные точечные участки, расположенные в области кожной поверхности головы, лица, туловища и конечностей, посредством специальных акупунктурных игл [12]. Данный метод улучшает качество жизни за счет воздействия на центральную и периферическую нервную систему, нейрогуморальную, эндокринную и иммунную [2] системы.

Целью данного исследования является изучение эффективности комплексного лечения иглорефлексотерапии и моксотерапии в сочетании с лекарственными препаратами при поражении лицевого нерва.

### Материалы и методы

Проанализировано 288 амбулаторных карт пациентов ( $n=288$ ) в возрасте от 16 до 65 лет с поражением лицевого нерва, проходивших курс лечения в частном кабинете доктора «Цой» г. Шымкент, Казахстан в период с 2008 по 2015 года. Количественное соотношение подростков в возрасте от 14-16 лет составляло 43 пациента, женщин среднего возраста 45 лет – 144 и мужчин 40 лет – 101. Длительность заболевания до лечения составляла от 2 дней до 2 лет. Диагностика пациентов включала сбор клинико-неврологических и лабораторно – инструментальных данных (МРТ головного мозга). Выяснялись провоцирующие факторы, предшествующие травмы, соматические и неврологические заболевания, отолотическая патология. Степень достоверности рассчитывалась по Критерию Стьюдента ( $t$ ).

В соответствии со степенью дисфункции лицевого нерва по шкале Хаус-Браакмана, пациенты были распределены на четыре группы: III степень обследованных составляла 55 (19, 10 %) пациентов, IV группа – 68 (23, 61%), V группа – 73 (25, 35%), VI группа – 92 (31,94%) соответственно.

Пациенты были распределены на две группы. Количество в основной и контрольной группах составляло 144 пациента. В основной группе применялась иглорефлексотерапия и фармакотерапия. В контрольной группе только фармакотерапия. Для лечения иглорефлексотерапией были использованы локальные точки меридиана желудка (сы-бай, цзюй-ляо, ди-цан, цзя-чэ), мочевого пузыря (цин-мин, цуань-чжу), желчного пузыря (тун-цзы-ляо, вань-гу, ян-бай) и отдаленные точки меридиана желудка (цзу-сан-ли) и толстого кишечника (хэ-гу, цюй-чи). На больной стороне – возбуждающий метод, на здоровой стороне – тормозной. Время экспозиции игл составляло 15-20 минут. Параллельно в индивидуальном порядке назначался массаж, и

лечебная гимнастика лица от начала заболевания в обеих группах. Проводился массаж больной стороны лица. Массаж в области паретичных мышц – методика (вибрация, массажирование пальчиком). Длительность одной процедуры составляет 5 мин [2]. Курс иглорефлексотерапии составлял 12 сеансов. Количество проводимых курсов иглорефлексотерапии подбиралось каждому пациенту индивидуально, исходя из степени тяжести поражения лицевого нерва.

Пациентам в обеих группах III – IV степенью дисфункции лицевого нерва назначался 1 курс иглорефлексотерапии; с V – 1-2 курса и с VI степенью дисфункции – 2-3 курса. Пациентам основной группы от начала заболевания проводилась фармакотерапия: препаратом с действующим веществом тиоктовая кислота 1 флакон 50 мл 1,2% раствора в течение 10 дней; препаратом с действующим активным веществом – ипидакрина гидрохлорида моногидрат 5 мг по 1 мл в/м 1 раз в сутки на протяжении 10 дней. С дальнейшим приемом внутрь данных препаратов в течение 30 суток (III, IV, V степени). Пациентам из VI группы добавили в лечение пиримидиновые нуклеотиды – цитидин-5-монофосфат (ЦМФ) и уридин-5-трифосфат (УТФ), которые являются необходимыми компонентами миелиновой оболочки нервных клеток обеспечивающие демиелинизацию нервных волокон, регенерацию аксонов и миелиновой оболочки по 2 капсулы 2 раза в день на протяжении 30 дней. Пациентам контрольной группы проводилась базисная фармакотерапия (гормоны, фуросемид, витамины B и т.д.). После проведения второго курса иглорефлексотерапии, пациентам с VI степенью дисфункции лицевого нерва, а также пациентам при стойких парезах мимических мышц после 3 курса иглорефлексотерапии применялась моксотерапия – курсом 7 дней на каждую точку по три конуса.

### Результаты и обсуждения

Таким образом, в предлагаемую схему комплексного лечения поражения лицевого нерва вошли препараты, влияющие на несколько звеньев патогенеза, базовыми из которых явились препараты тиоктовой кислоты и ипидакрина гидрохлорида моногидрата в сочетании с иглорефлексотерапией, улучшающие нервно-мышечную проводимость, восстанавливающие миелиновую оболочку без применения противовоспалительной (гормональной, НПВП и т.д.) и противоотечной (фуросемид) терапии.

Нами было выявлено, что ведущей причиной поражения лицевого нерва были следующие причины – переохлаждение, ОРВИ, длительное гормональное лечение 84,03% (242), тогда как последствия ОНМК (гипертоническая болезнь) составила – 14,24% (41), послеоперационные последствия опухолей (невринома мостомозжечкового угла) – 1,04% (3), воспаление уха и горла (многолетнее длительное заболевание) – 0,69% (2).

Таблица 1

Причины поражения лицевого нерва



Касательно уровня поражения, по результатам нашего исследования, на первом месте встречаются поражения лицевого нерва в костном канале ниже отхождения барабанной струны или после выхода из шилососцевидного отверстия у 88 (30,57%) пациентов. На втором месте встречается поражение нерва в костном канале ниже отхождения стременного нерва и выше барабанной струны у 63 (21,86%) пациентов. В то время как на третьем месте – надъядерное повреждение нерва у 46 (15,97%) пациентов; на четвертом месте поражение нерва в костном канале ниже отделения большого каменистого нерва у 41 (14,24%) пациента; на пятом месте встречаются поражения ствола нерва в лицевом канале до колена – 35 (12,15%), на шестом месте – поражение лицевого нерва в мостомозжечковом углу при входе во внутреннее слуховое отверстие височной кости у 15 (5,21%) пациентов.

Необходимо отметить выявленную нами временную обращаемость пациентов в центр лечения от момента поражения лицевого нерва:

110 (38,19%) пациентов – обратились на втором-третьем дне заболевания после переохлаждения;

102 (35,42%) пациента – обратились на пятом-шестом дне заболевания после переохлаждения;

41 (14,24%) пациент – обратились спустя 10 дней от начала заболевания с последствиями ОНМК (гипертоническая болезнь);

30 (10,42%) пациентов – обратились по истечению 30 дней, после длительного гормонального лечения.

2 (0,69%) пациента – обратились спустя 6 месяцев после оперированной невриномы в мосто – мозжечковом углу;

3 (1,04%) пациента – обратились спустя 2 года после полученного амбулаторно – стационарного лечения.

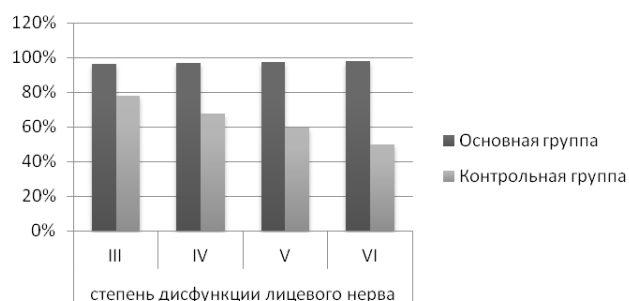
Таким образом, пациенты основной группы с III и IV степенью дисфункции лицевого нерва показали результат полного выздоровления в 96,43% (27) и 97,06% (33) случаев, пройдя 1 курс иглорефлексотерапии (12 дней). В то время как пациенты из контрольной группы показали 77,77% (21) и 67,65% (23) восстановления. Пациенты основной группы с V степенью дисфункции лицевого нерва показа-

ли результат полного восстановления в 97,22% (35) случаев, тогда как контрольной группы в 59,46% (22) случаях. Пациенты основной группы с VI степенью дисфункцией показали результат полного выздоровления в 97,83% (45) случаях, однако после лечения моксотерапией эффективность была достигнута в 99,7% (53) случаях. Пациенты контрольной группы с VI степенью дисфункцией показали полное выздоровление в 50% (23) случаев, постановка моксотерапии не проводилась.

Суммируя вышеизложенное можно сделать вывод, что на эффективность лечения немаловажную роль оказывает раннее начало курса иглорефлексотерапии, отсутствие предшествующей гормональной терапии. Данное исследование является доказательством эффективного лечения поражения лицевого нерва путем применения двух лучших методик лечения в Восточной медицине – иглорефлексотерапии и моксотерапии, в Западной медицине – препаратов, главным образом, влияющих на патогенетические звенья заболевания. Необходимо отметить, что у пациентов с предшествующей гормональной терапией была необходимость увеличить количество курсов иглорефлексотерапии от 3 до 4.

Таблица 2

Результаты восстановления дисфункции лицевого нерва после проведенного лечения в основной и контрольной группах



P ≤ 0,05

Таблица 3

Соотношение мужчин, женщин и подростков в структуре заболеваемости нейропатии лицевого нерва



## Выводы

Иглоукальвание является важной частью комплексного лечения поражения лицевого нерва [13]. Предложенная схема лечения дает возможность оптимизировать реабилитацию поражения лицевого нерва на основе восстановления функций пораженной мимической мускулатуры.

Раннее применение акупунктуры (в течение 90 дней) показало наилучшие результаты в виде вос-



становления двигательного дефицита мимической мускулатуры. При небольшой давности невротии лицевого нерва, в III-IV группах, 1 курс рефлексотерапии показал быстрое восстановление утраченных функций мимических мышц лица.

При более длительной форме невротии лицевого нерва с тяжелым поражением V, VI степеня-

ми дисфункции лицевого нерва (шкала Хаус-Бракмана) после 3 месяцев с момента заболевания количество курсов лечения иглорефлексотерапией может увеличиваться до 2-3 с частичным восстановлением функций лицевого нерва. Однако полное восстановление нерва было достигнуто с применением моксиотерапии.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Комплексное лечение больных с невропатией лицевого нерва/Воронеж, гос.мед.акад.; Сост. С.П.Маркин. – М.: ИД Медпрактика – М. – 2005, 32 с.
2. Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной медицины. – Московские учебники и Картолитография, 2000. – 408 с. – ISBN 978-5-7853-0107-5.
3. Baugh R.F. Clinical practice guideline: Bell's palsy / R.F. Baugh // *Otolaryngol Head Neck Surg.* – 2013. – №149 (3 Suppl). – P. 1-27.
4. Bell's palsy: a manifestation of prediabetes? Bosco D, Plastino M, Bosco F, Consoli A, Labate A, Pirritano D, Consoli D, Fava A. *Acta Neurol Scand.* 2011 Jan; 123(1):68-72.
5. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. Peitersen E. *Acta Otolaryngol Suppl.* 2002; (549):4-30.
6. De Diego-Sastre JI, Prim-Espada MP, Fernandez-Garcia F. The epidemiology of Bell's palsy. *Rev Neurol.* 2005; 41:287-90.
7. Goroll AH, Mulley AG. Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient. 6th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Williams; 2009.
8. Holland NJ, Weiner GM. Recent developments in Bell's palsy. [Review] *BMJ.* 2004;329(7465):553-57.
9. Idiopathic facial paralysis, pregnancy, and the menstrual cycle. Hilsinger RL Jr, Adour KK, Doty HE. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1975 Jul-Aug; 84(4 Pt 1):433-42.
10. Prescott CA. Idiopathic facial nerve palsy (the effect of treatment with steroids) *J Laryngol Otol.* 1988; 102:403-7.
11. Zalagh M. Contralateral facial nerve palsy following mandibular second molar removal: is there co-relation or just coincidence? / M. Zalagh // *Pan. Afr. Med. J.* – 2014. – № 18. – P. 173.
12. Тыкочинская Э.Д. Основы иглорефлексотерапии. Москва. «Медицина», 1979. – 344с.
13. Evidence based acupuncture practice recommendations for peripheral facial paralysis. Zheng H, Li Y, Chen M. *Am J Chin Med.* 2009; 37(1):35-43.
14. Acupuncture for sequelae of Bell's palsy: a randomized controlled trial protocol. Hyo-Jung Kwon, Jong-In Kim, Myeong Soo Lee, Jun-Yong Choi, Sungkeel Kang, Jie-Yoon Chung, Young-Jin Kim, Seung-Hoon Lee, Sanghoon Lee, Dongwoo Nam, Yong-Suk Kim, Jae-Dong Lee and Do-Young Choi *Trials* 2011 12:71. Published on: 9 March 2011
15. Acupuncture for dry eye: a multicentre randomised controlled trial with active comparison intervention (artificial tear drop) using a mixed method approach protocol  
Tae-Hun Kim, Jung Won Kang, Kun Hyung Kim, Kyung-Won Kang, Mi-Suk Shin, So-Young Jung, Ae-Ran Kim, Hee-Jung Jung, Seung-Deok Lee, Jin-Bong Choi and Sun-Mi Choi Email author. *Trials* 2010.11:107. DOI: 10.1186/1745-6215-11-107
16. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2010 Oct-Dec;22(4):70-3. Acupuncture treatment of facial palsy. Bokhari SZ1, Zahid SS.
17. Zhongguo Zhen Jiu. 2013 Dec;33(12):1085-7. [Impacts on the curative effect of peripheral facial paralysis treated with acupuncture and moxibustion at different times]. [Article in Chinese] Feng L, Ma WZ.
18. Zhongguo Zhen Jiu. 2011 Jul;31(7):587-90. [Observation on therapeutic effect of acupuncture on spontaneous facial paralysis in acute stage]. [Article in Chinese] Zhong RF1, Huang SX.
19. Evid Based Complement Alternat Med. 2014; 2014: 765068. Published online 2014 Nov 27. doi: 10.1155/2014/765068. PMID: PMC4265683. Neurobiological Mechanisms of Acupuncture 2014  
Lijun Bai, Richard E. Harris, Jian Kong, Lixing Lao, Vitaly Napadow and Baixiao Zhao.
20. Evidence-Based Integrative Medicine. Chinese Journal of Integrative Medicine. January 2012, Volume 18, Issue 1, pp 48-55. Acupuncture for Bell's palsy: A systematic review and meta-analysis  
Jong-In Kim, Myeong Soo Lee, Tae-Young Choi, Hyangsook Lee, Hyo-Jung Kwon



### ТҮЙІНДЕМЕ

*Р.Т. Цой<sup>1</sup>, Т.Н. Цой<sup>2</sup>*

*Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті, Алматы қ., Қазақстан<sup>1</sup>  
«Цой» жеке кабинеті, Шымкент қ., Қазақстан<sup>2</sup>*

## **БЕТ НЕРВІ ЗАҚЫМДАЛУЫН ИНЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ЖӘНЕ МОКСОТЕРАПИЯМЕН ЕМДЕУ**

Неврологияда бет жүйке жүйесінің нейропатиясы клиникалық ағымы және оның зардаптарының ерекшеліктері, көп таралымдылығына себепші болғандықтан өзекті мәселе болып отыр. Бұл зерттеудің мақсаты бет жүйке жүйесінің зақымдануы кезіндегі дәрілік препараттармен үйлестіріп инерефлексотерапия және моксотерапиямен кешенді емдеу болып табылады.

**Материалдар мен әдістер.** 2008 және 2015 жылдар аралығында Шымкент қаласындағы Доктор «Цой» жеке кабинетінде 288 пациенттің

амбулаторлық картасы зерттелді. 99,7 % жағдайда мимикалық бұлшықеттердің зақымдану функциясын қайта қалпына келтіру негізінде бет жүйке жүйесінің зақымдануының реабилитациясын оңтайландыруға мүмкіндік беретіні анықталды.

**Қорытынды.** Акупунктураны ерте қолдану (90 күн ішінде) мимикалық бұлшықеттер дефицитінің қалпына келуі түрінде өте жақсы нәтижелер көрсетті.

**Негізгі сөздер:** Бет жүйке жүйесінің зақымдануы, Белла сал ауруы, инерефлексотерапиясы, моксотерапия, оңалту.

### SUMMARY

*R.T. Tsoy<sup>1</sup>, T.N. Tsoy<sup>2</sup>*

*Kazakh Medical University of Continuing Education, Almaty, Kazakhstan<sup>1</sup>  
Private practice by Doctor «Tsoy», Shymkent, Kazakhstan<sup>2</sup>*

## **TREATMENT OF THE FACIAL NERVE LESION BY MEANS OF ACUPUNCTURE AND MOXIBUSTION**

The aim was to study the efficacy of combined treatment (acupuncture and moxibustion) in the facial nerve lesion.

**Materials and methods.** 288 patients were treated in the private clinic of doctor Tsoy, in Shymkent, between 2008 and 2015. It was found that

the combined treatment optimized the rehabilitation of facial nerve injury in 99.7% of cases.

**Conclusion.** Early use of acupuncture (within 90 days) showed the best results in the form of recovery of the motor deficit of mimic muscles.

**Key words:** The facial nerve lesion, Bell's palsy, acupuncture, moxibustion, rehabilitation.