

В. О. Коршняк

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

### КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ НЕВРОПАТІЇ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В РАННІЙ ТА ПІЗНІЙ ВІДНОВНИЙ ПЕРІОДИ

На підставі значного практичного досвіду розроблена комплексна терапія невропатії лицевого нерва в ранній та пізній відновний періоди. Використання розробленої тактики лікування дає можливість в максимально короткі терміни відновити функцію паретичних м'язів обличчя.

*Ключові слова:* невропатія лицевого нерва, голкорексфлексотерапія, електростимуляція.

Невропатія лицевого нерва (параліч Белла) посідає перше місце серед пошкоджень черепних нервів. Прийнято вважати, що ушкодження лицевого нерва є поліетіологічним захворюванням, тому вибір лікувальної тактики повинен бути диференційованим з урахуванням етіології та в залежності від періоду захворювання. Виділяють: 1) гострий період — 10—30 днів від початку захворювання; 2) пізній відновний період — 30—120 днів; 3) період формування стійких залишкових явищ — 4—6 місяців [3].

Лікування гострого невриту рекомендовано проводити в умовах стаціонару. Під нашим спостереженням перебували 72 хворих (за період з 1995 по 2011 рр.) віком від 27 до 65 років. З них 57 (79 ± 5)% жінок та 8 (11 ± 4)% чоловіків. Більшість з них надійшли в клініку на 4—7 день захворювання, 4 (6 ± 3)% хворих — після 2—3 місяців від початку захворювання (до цього вони проходили лікування в поліклініках за місцем проживання). Своє захворювання 39 (54 ± 6)% осіб пов'язувало з місцевим переохолодженням, ГРВЗ, 33 (46 ± 6)% пацієнтів не могли ні з чим його пов'язати. В 51 (71 ± 5)% хворих параліч Белла був з лівого боку, у 21 (29 ± 5)% з правого. Двоє вагітних відмовилися від лікування, аргументуючи відмову шкідливою дією препаратів на плід.

Всім хворим проводили блокади розчином лідокаїна 2 % — 1 мл та дексаметазона — 0,5 мл заушної ділянки. Сама методика проста і в той же час складна: після обробки шкіри защеленої ямки спиртом в кут, який утворений висхідною частиною нижньої щелепи та *m. sternocleidomastoideus* на рівні смочуваного відростка, а потім в напрямку шилоскоподібного отвору вводили голку, тобто, голка повинна бути направлена до середини, вперед та догори (в бік протилежного ока). Глибина введення 1,5—2 см. На даному етапі поршень шприца повільно витягуємо на себе — відсутність крові в середині шприца — свідчення правильного проведення маніпуляції (на даному етапі потрібно бути обережними, щоб запобігти пошкодження сонної артерії!). Тривалість введення блокадного комплексу до 1 хвилини. Побічних ефектів від проведених маніпуляцій не спостерігалось. Таких блокад перші п'ять днів ми робимо кожного дня, а потім через день. Всього 7—10 процедур [2]. Окрім того, в комплексному лікуванні застосовуємо антигістамінні препарати (супрастин, тавегіл), вводимо внутрішньовенно крапельно 200 мл 15 % розчину маніта. Через 30—50 хвилин робимо ін'єкцію 1 мл лазіксу внутрішньом'язово. В подальшому в гострому періоді для відновлення регіонарного кровотоку внутрішньовенно крапельно вводимо розчин тренталу (5 мл на 200 мл фізіологічного розчину), актовегіну 2,0 внутрішньом'язово перші 10—15 днів. Локально, інсуліновими шприцами

робимо ін'єкції плаценти-композитум — 2,2 мл та ангіо-ін'єль — 1,1 мл в біологічно активні точки. З по'явою перших ознак регресу захворювання в комплекс лікування додаємо введення (місцево) розчину нейромідина та нейробіона — всього 5—10 ін'єкцій та через 2 дні проводимо голковколуювання багатоголковим молоточком в зоні паретичних м'язів [6].

В більшості випадків відновлення функції паретичної мускулатури було досить успішним на відміну від хворих, які надійшли до стаціонару на 2—3 місяці від початку захворювання. Лікування в поліклінічних умовах (за даними наших спостережень) передбачає, чомусь, призначення в гострому періоді прозерину, що, на нашу думку, спричиняє формування локальних гіпертонусів мимічних м'язів, а це, в свою чергу, призводить до пост-паралітичних контрактур. На цьому фоні лікування стає тривалішим та не таким ефективним. Призначення антихолестеразних препаратів бажано в момент коли вже з'являються видимі рухи мимічних м'язів ушкодженого боку на фоні терапії, що проводиться. Тим паче, що наявність в арсеналі лікаря такого препарату як нейромідин удвічі прискорює відновлення рухових функцій. Окрім того, нейромідин, на відміну від прозерину, не призводить до розвитку контрактур [4].

Застосування рефлексотерапії є невід'ємною складовою при захворюванні лицевого нерва. Давньосхідна медицина відносить периферичний парез мимічних м'язів до синдрому шао-ян (меридіани трьох обігрівачів та жовчного міхура) пов'язаного з дією пошкоджуючої енергії холоду-вітру. Тому необхідно тонізувати ян-енергію, щоб усунути вплив холоду. Седатуємо для посилення ян-енергії  $E_{44}$  (ней-тін) для усунення холоду в меридіанах товстого кишечника та шлунку і  $VB_{43}$  (ся-сі) та  $TR_2$  (є-мень) седатуємо, усуваючи синдром холоду в меридіанах трьох обігрівачів та жовчного міхура. На боці парезу м'язів тонізуємо  $V_{10}$  (тянь-чжу) для покращання циркуляції енергії в ділянці обличчя. Також тонізуємо  $VB_{20}$  (фен-чі) — покращання циркуляції енергії в меридіанах трьох обігрівачів та жовчного міхура.

В перший тиждень захворювання ми використовуємо точки меридіанів протилежного боку (здорового), а вже з другого тижня вводимо голки внутрішньошкірно на короткий відрізок часу на боці парезу мимічних м'язів. Використовуємо точки  $V_{10}$  (тянь-чжу): тонізуємо на хворому боці та прогріваємо полинною цигаркою на здоровому боці. Потім прогріваємо точки  $VB_{20}$  (фен-чі),  $TR_{17}$  (і-фен) — голки залишаємо на 20 хвилин. В подальшому використовували локально точки  $E_7$  (ся-гуань),  $E_8$  (тоу-вей),  $GI_{20}$  (ін-сян),  $VB_2$  (тін-хуей),  $VB_{10}$  (фу-бай),  $IG_{18}$  (цюань-ляо). Окрім того, використовували точки загальної дії: тонізуємо та прогріваємо точки  $GI_4$  (хе-гу),  $GI_{11}$  (цюй-чі),  $E_{36}$  (цзу-сань-лі),  $VG_{11}$  (шень-дао).

На фоні появи рухів в ушкодженій половині, проводимо електростимуляцію, яка є патогенетично обґрунтованою та ефективною методикою [7]. Тривалість електростимуляції — близько 10—15 хвилин щоденно. Курс становить 10—12 днів. Як правило, електростимуляція є заключним акордом в лікуванні невропатії лицевого нерва. Вона відновлює провідність по нервових волокнах, покращує трофіку тканин та кровообігу.

Лікування хворих в пізній відновний період (II період) ми починаємо з класичної електродіагностики з метою встановлення ступеня порушення провідності нервів, відновлення часткової або повної реакції переродження, втрату електророзбуджуваності, що дає можливість визначити подальшу тактику лікування.

Усім пацієнтам застосовували дексаметазон місцево шляхом електрофорезу. При больовому синдромі, який може відігравати несприятливу роль в підтримці ангіоспазму, вводили 2 % розчин лідокаїну в ділянку шило-соскоподібного отвору [1]. В подальшому призначали голкорексфлексотерапію (2 варіант тонізуючого методу) [5], розчин церебралізіну 5,0 внутрішньом'язово № 15, нейробріон 3,0 внутрішньом'язово, дібазол 1,0 мл в БАТ, нейромідин 1,0 мл в ділянку чола та щоки, масаж обличчя.

В таблиці наведені результати лікування хворих невротатією лицевого нерва в ранній та пізній відновний періоди.

**Показники лікування хворих з невротатією лицевого нерва в ранній та пізній відновний періоди**

Період	Результати лікування			
	одужання	значне покращання	покращання	без змін
ранній	43 (63 ± 6)%	15 (22 ± 5)%	10 (15 ± 4)%	—
пізній		2 (3 ± 2)%	2 (3 ± 2)%	—

**В. А. Коршняк**

ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (г. Харків)

**Комплексная терапия невротатии лицевого нерва в ранний и поздний восстановительный периоды**

На основании значительного практического опыта разработана комплексная терапия невротатии лицевого нерва в ранний и поздний восстановительный периоды. Использование данной тактики лечения даёт возможность достичь в максимально короткий срок восстановления функции паретичных мышц лица.

*Ключевые слова:* невротатия лицевого нерва, иглорефлексотерапия, электростимуляция.

Як видно з таблиці, кращі результати одержані в ранній відновний період, коли лікування розпочато своєчасно. Правильно розроблена комплексна схема терапевтичних заходів з урахуванням усіх етіологічних факторів дає можливість максимально в короткі терміни (14—18 днів) покращити та відновити функцію паретичних м'язів обличчя та психологічний стан хворих.

**Список літератури**

1. Карлов, В. А. Неврология лица / В. А. Карлов. — М.: Медицина, 1991. — 288 с.
2. Лобзин, В. С. Туннельные компрессионно-ишемические невротатии // Лобзин В. С., Рахимджанов А. Р., Жулев Н. М. — Т.: Медицина, 1988 — 232 с.
3. Пітик, М. І. Невротатія лицевого нерва: особливості патогенезу, діагностики й лікування в дітей та підлітків / М. І. Пітик / Міжнародний неврологічний журнал. — 2009 — № 1 (23). — С. 85—90.
4. Коротнев, В. Н. Опыт применения нейромидина в комплексном лечении невротатий лицевого нерва / В. Н. Коротнев / Украинский медицинский альманах. — 2004. — Т. 7 — № 5. — С. 80—82.
5. Мачерет Е. Л. Рефлексотерапия в комплексном лечении заболеваний нервной системы / Мачерет Е. Л., Самосюк И. З., Лысенюк В. П. — К.: Здоров'я. — 1989. — 232 с.
6. Самосюк И. З. Акупунктура. Энциклопедия / И. З. Самосюк, В. П. Лысенюк. — М.: АСТ-Пресс, 1994. — С. 186—188.

Надійшла до редакції 15.06.2011 р.

**V. A. Korshnyak**

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)

**Complex therapy of facial nerve neuropathy in the early and late periods of restoring**

Based on the considerable experience it was developed the complex therapy of facial nerve neuropathy at the early and late periods of restoring. Such tactics of treatment makes it possible to restore function of paretic muscles of the face as soon as possible.

*Key words:* facial nerve neuropathy, acupuncture, electrostimulation.

УДК 616.853-07:577.1

**Е. В. Лекомцева**

ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (г. Харків)

**СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

На основании полученных клинико-неврологических и параклинических данных аргументированно обсуждается роль сосудистых факторов в патогенезе эпилепсии. Проведенное исследование показало, что у больных с фармакорезистентной эпилепсией в межприступном периоде имеют место выраженные церебральные гемодисциркуляторные нарушения венозного звена преимущественно в вертебробазиллярном бассейне, не сопровождающиеся значимыми изменениями реологических свойств крови.

*Ключевые слова:* церебральная гемодинамика, рекальцификация, толерантность к гепарину, протромбиновый индекс, фибриноген, фосфолипиды сыворотки крови, фармакорезистентная эпилепсия.

Проблема эпилепсии на протяжении последних десятилетий привлекает к себе все большее внимание клиницистов и ученых [1—3]. Одним из малоизученных звеньев патогенеза эпилепсии являются церебральные дисгемические расстройства, которые играют важную роль в развитии и становлении эпилептических припадков при сосудистых заболеваниях головного мозга, сопровождающихся хронической дисциркуляторной гипоксией нейронов и после перенесенных мозговых инсультов [4—8]. Это связано с тем, что расстройства церебральной гемодинамики чаще всего являются определенным звеном тех или иных патологических процессов, приводящих к разнообразным по характеру, локализации и выраженности нейробиохимическим изменениям в центральной нервной системе, способствующим эпилептизации нейронов.

© Лекомцева Е. В., 2011