



# МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

24.06.2010

НАКАЗ

м. Київ

№ 497

Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності "Рефлексотерапія"

На виконання п.4 Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 13.06.07 № 815, та з метою поліпшення якості надання медичної допомоги дорослому населенню,

## НАКАЗУЮ:

1. Затвердити клінічні протоколи надання медичної допомоги зі спеціальності «Рефлексотерапія», що додаються:

1.1 хворим з вертеброгенними ураженнями нервової системи;  
1.2 хворим на неврапатію лицевого нерву та вторинну контрактуру м'язів м'язів (лицевий геміспазм).

2. Міністру охорони здоров'я АР Крим, начальникам управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, керівникам закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління МОЗ:

2.1 забезпечити впровадження клінічних протоколів надання медичної допомоги, затверджених цим наказом, у підпорядкованих закладах охорони здоров'я;

2.2 забезпечити розробку та впровадження в підпорядкованих закладах охорони здоров'я локальних протоколів медичної допомоги відповідно до клінічних протоколів надання медичної допомоги, затверджених цим наказом.

Юр.упр.

3. Контроль за виконанням наказу покласти на заступника Міністра  
відного В.Г.

Міністр



З.М. Митинк

### Клінічний протокол

надання медичної допомоги зі спеціальності «Рефлексотерапія» хворим з  
вертеброгенними ураженнями нервової системи

#### Вступ

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі:

РГ – рефлексотерапія;

ТА – точка акупунктури;

АР – аурикулярна точка;

МХЧ – мей-хуа-чжєнь;

Цзю – прогірвання, припікання;

ЕМ – екстраордннарний меридіан

#### A.1 Паспортна частина

##### A.1.1 Діагноз.

Вертеброгенні ураження нервової системи

##### A.1.2 Коли стану або захворювання (МКХ 10 та інших класифікацій) Код МКХ-10: M54

M54.0 Паникуліт, що уражає ділянку ший та сшнни

M54.1 Радиклопатія

M54.2 Цервікалія

M54.3 Ішіалгія

M54.4 Люмбаго з ішіалгією

M54.5 Біль у нижній ділянці сшнни

M54.6 Біль у грудному відділі хребта

M54.8 Інші дорсалгії

M54.9 Дорсалгія, не уточнена

Клінічні класифікації захворювань периферійної нервової системи  
І.П. Антонова (1984, 1985) та Я.Ю. Попелянського (1989) (див. додаток №1)

##### A.1.3 Для кого призначений протокол (потенційні користувачі) Лікарі-рефлексотерапевти

##### A.1.4 Мета протоколу

Відновлення порушених функцій людини, поліпшення якості життя,  
профілактика загострень патології.

##### A.1.5 Дата складання протоколу 10.09.09

Юр.упр.

Юр.упр.



A.1.6 Дата перегляду протоколу (пов'язана з переглядом КН, СМД, змінами ресурсного забезпечення)  
Перегляд протоколу може здійснюватися позапланово у відповідності з переглядом КН, СМД, змінами ресурсного забезпечення.

Наступний перегляд та удосконалення протоколу згідно з чинними вимогами - протягом року від його затвердження (2010-1011).

В подальшому планується перегляд удосконаленого протоколу кожні 2 роки.

A.1.7 Список та контактна інформація осіб, які брали участь в розробці протоколу.

Матчерет С.І. – президент Української асоціації акупунктури та лазеротерапії, д.м.н., Член-кор. АМНУ, професор, зав. кафедри неврології і рефлексотерапії НМАПО імені П.Л.Шулика; Коваленко О.Є. – головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Рефлексотерапія», д.м.н., професор кафедри неврології і РТ НМАПО імені П.Л.Шулика; доценти кафедри неврології і РТ НМАПО імені П.Л.Шулика, к.м.н. – Чулрина Г.М., Ханченко Н.В., Нарнікоза Т.П. (044-483-17-56)  
Рецензенти: Морозова О.Г. – д.м.н., професор, зав. кафедри рефлексотерапії ХМАПО.

#### Протокол розглянутий і затверджений:

ЗІЗМС –  
МОЗ –

A.2 Загальна частина

Найчастішою з причин виникнення захворювань, периферійної нервової системи є визнання остеохондроз. Остеохондроз – це прогресуюче захворювання, при якому внаслідок дегенеративно-дистрофічних змін в міжхребцевих дисках з реактивними змінами тіл суміжних хребців порушується гармонійне співвідношення між механічними факторами, що впливають, й можливостями організму до протидії їм. Визнано, що в основі патогенезу остеохондрозу хребта грає роль зв'язок між особливостями функціонування опорно-рухового апарату в умовах постійного впливу гравітаційного поля, з одного боку, і протіканням біологічних процесів, станом адаптаційних механізмів кістково-хрящової тканини хребта й організму в цілому. Таким чином, основними чинниками розвитку дегенеративно-дистрофічних змін хребта є обміни, інволюційні, травматичні, ендокринні, аутоімунні, генетичні, гіпооксичні фактори.

В формуванні неврологічних проявів остеохондрозу визначну роль грає зрушення міжхребцевих отворів внаслідок дегенеративних змін міжхребцевих дисків, які сплюснюються та сприяють зменшенню суглобних відростків; вин'ячування гриз дисків або остеофітів, судинний застій та асептичне запалення коринця нерву. В залежності від характеру впливу остеофітів або гриз дисків на оточуючі тканини вирізняють рефлекторні та компресійні (коринцеві та коринцево-судинні) синдроми.

Рефлекторно піддається тиску м'язів хребта, що спочатку є компенсаторною реакцією організму, а в подальшому – волищем патологічних

Юр. упр.

імпульсів, що формують відчуття вертеброгенного болю, сирис розвитку дегенеративних змін. Імпульси, які переключуються в нервових центрах, дістаються м'язів, судин та сполучної тканини, а також внутрішніх органів. Рефлекторні синдроми, більш ранні, поділяються на м'язово-тонічні, нейродистрофічні (вегетативно-трофічні), вегетативно-вісцеральні.

Компресійні (коринцеві та коринцево-судинні) синдроми зумовлені тисканням, напругою, дислокацією, коринця та його судин, синаптогенезу та його оболочок завдяки гризевим випинанням, кістковим розростанням, підвивікам, реактивному набряку, венозному застою тощо. До компресійних належать радикулопатії, радикулолошемії, мієлопатії.

В Україні застосовується клінічна класифікація захворювань периферійної нервової системи, яка ґрунтується на Міжнародній класифікації хвороб Десятого перегляду і побудована за анатомічним принципом (І.П. Антонюк, 1987). Вона містить 5 розділів, що включають всю різноманітність уражень периферійної нервової системи. Вертеброгенні ураження нервової системи належать до I розділу класифікації.

Таким чином, неврологічні прояви остеохондрозу хребта – це прояв складних порушень в організмі людини (на біохімічному, анатомічному, фізіологічному та функціональному рівнях).

#### Клініко-діагностична програма

1. Клініко-неврологічне, вертебро-неврологічне обстеження з елементами ортопедичної діагностики
2. Клінічні аналізи крові та сечі, біохімічні, імунологічні дослідження
3. Рентгенологічне обстеження хребта
4. Магнітно-резонансна томографія хребта
5. Консультації лікарів-спеціалістів (рефлексотерапевта, реіматолога, ортопеда, уролога, гінеколога та ін.)
6. Рефлексотерапевтичне обстеження (загальноклінічна оцінка та оцінка мікроциркуляторних зон, нульсу, бажано – електропунктурна діагностика).

#### Лікувальна програма

До лікувальної програми клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України № 487 від 7.08.2007, додається курс рефлексотерапії (РТ). У неважких випадках РТ може проводитися як монотерапія.

Лікування неврологічних проявів остеохондрозу шийного відділу хребта:

- М 54.0 Панікуліт, що уражує ділянку ший та спини
- М 54.1 Радикулопатія
- М 54.2 Цервікалія

За згаданою клінічною класифікацією - цервікалії, цервікокраїкалії (зальонийний симпатичний синдром), цервікобрахіалгія з м'язово-тонічними, вегетативно-судинними, нейролігнострофічними проявами (синдром: підсечкість, спікондильоз та ін.).

Юр. упр.



Місцеві ТА: задньопищійні, комірцевої зони, передньої поверхні шиї, над-підключичні - V<sub>10</sub>, V<sub>20</sub>, E<sub>12</sub>, R<sub>20</sub>, R<sub>27</sub>, E<sub>11-14</sub>, J<sub>22</sub>

Специфічні точки: IG<sub>3</sub>, GI<sub>10</sub>, TR<sub>3</sub>, GI<sub>18</sub>

Аурикулярні: AP<sub>37</sub>, 41, 55, 52, 53, 66, 67

В комплекс включають подразнення голчастим молоточком m.sternocleidomastoideus, паравертбральної та комірцевої зони.

**Церіартроз плечового суглобу** проявляється дистрофічними змінами періартикулярних тканин, що викликають внаслідок остеохондрозу шийного відділу хребта. Проявляється болем в плечовому суглобі з іррадіацією в шию та руку. В разі недостатнього лікування хвороба закінчується анкілозом суглобу.

В лікуванні плечового церіартрозу крім вищезгаданого впливу на шию та шийнокомірцеву зону акцент робиться на зону патологічно зміненого суглобу.

В цьому випадку РТ-вплив здійснюють в зоні суглобу (в місцеві ТА): Р<sub>1</sub>, І<sub>2</sub>, І<sub>10</sub>, GI<sub>15</sub>, GI<sub>16</sub>, TR<sub>14</sub>, TR<sub>15</sub> і в больові точки, а також точки вище й нижче суглобу (GI<sub>10</sub>, IG<sub>8</sub>, IG<sub>7</sub>, TR<sub>10</sub> та ін.), застосовуючи метод "милого уколу".

Дистальні точки: V<sub>67</sub>, E<sub>26</sub>, E<sub>45</sub>, IG<sub>8</sub>, IG<sub>8</sub>, F<sub>3</sub>, TR<sub>10</sub>, TR<sub>10</sub>, RP<sub>2</sub>, GI<sub>2</sub>, P<sub>7</sub>, V<sub>64,65</sub>, R<sub>9</sub> та ін.

ТА специфічної дії: TR<sub>5</sub>, V<sub>11</sub>, V<sub>60</sub>

Аурикулярні: AP<sub>37</sub>, 41, 55, 61, 65, 66, 67

Доцільно застосувати седатацию ТА на стороні болі, в тому числі групою - ІЮ янських ручних меридіанів TR<sub>8</sub> (сань-ян-лю), а топізувати симетрично на здоровій стороні.

Додатково (залежно від конкретного клінічного випадку) - вакуум-кровопускання ("кроваві банки") в зоні суглобу, лідо, вакуум-масаж.

**Цервікокраніалгія** - задньопищійний симпатичний синдром, синдром хребцевого нерву, шиїна мігрень та ін.

Клінічно виражається болем в шийно-потиличній області з іррадіацією в області очей, в основі чола полегшає подразнення перинаскулярного артегіального сінситіния хребцевої артерії з ймовірним змінням діаметру судини.

Біль пронокується поворотами голови та розгинанням шиї, маскульсучий, ниючий характер. Пальпаторно визначаються больові точки: "точки хребцевої артерії", орбітальна Гринштейна, темпоральна Бірбайра, надавшовання на які може спровокувати приступ краніалгії. Спостерігається пілініцева атомлюваність.

Нерідко приступи "шийної мігрені" супроводжуються неностійними вестибулокохлеарними порушеннями у вигляді короткочасних головокружіннь, шуму та "закладеності" у вухах.

Іноді ця патологія протікає із скороминучими зоровими порушеннями: потемніння в очах, фотонісія, нечіткість бачення, миготливі скотоми в поєднанні

Юр. Упр.

**Цервікалія:** біль та обмеження рухів в шийному відділі, обумовлені остеохондрозом міжхребцевих дисків C<sub>v-v</sub> та C<sub>v-vi</sub>.

Дистальні ТА: IG<sub>3</sub>, GI<sub>2</sub>, TR<sub>8</sub> та ін.

Місцеві точки: задньої поверхні шиї: V<sub>10</sub>, V<sub>11</sub>, VB<sub>20</sub>, VB<sub>21</sub>, VB<sub>12</sub>, TR<sub>15</sub>, TR<sub>10</sub>, T<sub>11</sub>, T<sub>15</sub>, IG<sub>15</sub>, передньої: IG<sub>16</sub>, IG<sub>17</sub>, E<sub>19</sub>, E<sub>10</sub>, J<sub>23</sub>.

Специфічні точки: IG<sub>14</sub>, IG<sub>3</sub>, V<sub>60</sub>, V<sub>60</sub>.

Аурикулярні точки: AP<sub>37</sub>, 55

На стороні болі ТА слід седатувати, на протилежній - топізувати. Доцільно є поверхнева голкопункція, мей-хуа-чжень паравертбральних та шийно-комірцевої областей.

**Цервікобрахіалгія:** з м'язово-тонічним, істативно-судинним і з нейродистрофічними проявами; виникає внаслідок дегенеративно-дистрофічних змін міжхребцевих дисків нижньо-шийного відділу: C<sub>v-vi</sub>, C<sub>v-vii</sub>. C<sub>vii</sub> - D<sub>1</sub>. Супроводжується патологічними змінами м'язово-фіброзних тканин (нейроостеофіброз), що викликає місцевий та відображений біль.

В злітній стадії - тканини болочі, але без вогнищевих ущільнень, (може мати зворотній розвиток).

В тригерній стадії крім болі з'являються місцеві ущільнення як результат органічних змін структури м'язів. Може поглиблюватися в разі ураження симпатичної частини ВНС - симпаталгічний синдром, що супроводжується болем некучого, розриваючого характеру.

Дистальні точки: GI<sub>4</sub>, GI<sub>2</sub>, IG<sub>3</sub>, TR<sub>5</sub>, TR<sub>6</sub>, TR<sub>8</sub> та ін.

Місцеві точки: шийно-потиличній та комірцевої зони: V<sub>10</sub>, V<sub>11</sub>, VB<sub>20</sub>, VB<sub>21</sub>, TR<sub>14</sub>, TR<sub>15</sub>, TR<sub>10</sub>, T<sub>13</sub>, T<sub>14</sub>, T<sub>15</sub>, T<sub>16</sub>, IG<sub>10</sub>, IG<sub>12</sub>, IG<sub>13</sub>, IG<sub>16</sub>, IG<sub>15</sub>, IG<sub>17</sub>, точки руки (в залежності від переважання больового синдрому - GI<sub>14</sub>, IG<sub>15</sub>, TR<sub>8</sub>, IG<sub>10</sub>, 9, 1, 2, TR<sub>7</sub>, TR<sub>7</sub> та ін.

Доцільно седатувати групою ІЮ пункт янських ручних меридіанів TR<sub>8</sub> (сань-ян-лю) на стороні болі, топізувати на здоровій стороні.

Специфічні ТА: VB<sub>20</sub>, V<sub>10</sub>, IG<sub>18</sub>, IG<sub>3</sub>

Аурикулярні точки: AP<sub>41</sub>, 29, 34, 37, 55

В комплекс включити голкопункції, мей-хуа-чжень, вакуум-масаж, кровопускання в зонах ущільнень, прогірнання полішними сигарами.

**Синдром нервного драбничастого м'язу.** Подразнення коріння C<sub>5</sub>-C<sub>7</sub> та симпатичних волокон внаслідок остеохондрозу хребта викликають спазм, ущільнення цього м'язу з вторинного компресією судинно-нервового пучка (a.subclavia, v. subclavia, пучок плечового сінситіния з коріння C<sub>8</sub> - th 1). Проявляється у вигляді болі в шиї та по ліктьовому краю руки, а при поглибленні патології з'являється гіпотрофія м'язів кисті з ознаками недостатності кровообігу в руці.

Дистальні ТА згідно ланам Ріоторакі АТ: IG<sub>8</sub>, C<sub>5</sub>, GI<sub>2-3</sub>, TR<sub>10</sub>, V<sub>62</sub> та ін. - седатация, при гіпотрофії: IG<sub>3</sub>, TR<sub>3</sub>, P<sub>9</sub> та ін. - тонізація.

Юр. Упр.



Специфічні ТА: V<sub>40</sub>, T<sub>4</sub>, V<sub>50</sub>, V<sub>62</sub>, IG<sub>13</sub>, T<sub>14</sub>, MC<sub>7</sub>,  
Аурикулярні: AP<sub>30</sub>, S<sub>2</sub>, S<sub>4</sub>, S<sub>5</sub>, S<sub>7</sub>, S<sub>8</sub>, S<sub>9</sub>, S<sub>10</sub>, S<sub>11</sub>, S<sub>12</sub>, S<sub>13</sub>, S<sub>14</sub>, S<sub>15</sub>, S<sub>16</sub>, S<sub>17</sub>, S<sub>18</sub>, S<sub>19</sub>, S<sub>20</sub>, S<sub>21</sub>, S<sub>22</sub>, S<sub>23</sub>, S<sub>24</sub>, S<sub>25</sub>, S<sub>26</sub>, S<sub>27</sub>, S<sub>28</sub>, S<sub>29</sub>, S<sub>30</sub>, S<sub>31</sub>, S<sub>32</sub>, S<sub>33</sub>, S<sub>34</sub>, S<sub>35</sub>, S<sub>36</sub>, S<sub>37</sub>, S<sub>38</sub>, S<sub>39</sub>, S<sub>40</sub>, S<sub>41</sub>, S<sub>42</sub>, S<sub>43</sub>, S<sub>44</sub>, S<sub>45</sub>, S<sub>46</sub>, S<sub>47</sub>, S<sub>48</sub>, S<sub>49</sub>, S<sub>50</sub>, S<sub>51</sub>, S<sub>52</sub>, S<sub>53</sub>, S<sub>54</sub>, S<sub>55</sub>, S<sub>56</sub>, S<sub>57</sub>, S<sub>58</sub>, S<sub>59</sub>, S<sub>60</sub>, S<sub>61</sub>, S<sub>62</sub>, S<sub>63</sub>, S<sub>64</sub>, S<sub>65</sub>, S<sub>66</sub>, S<sub>67</sub>, S<sub>68</sub>, S<sub>69</sub>, S<sub>70</sub>, S<sub>71</sub>, S<sub>72</sub>, S<sub>73</sub>, S<sub>74</sub>, S<sub>75</sub>, S<sub>76</sub>, S<sub>77</sub>, S<sub>78</sub>, S<sub>79</sub>, S<sub>80</sub>, S<sub>81</sub>, S<sub>82</sub>, S<sub>83</sub>, S<sub>84</sub>, S<sub>85</sub>, S<sub>86</sub>, S<sub>87</sub>, S<sub>88</sub>, S<sub>89</sub>, S<sub>90</sub>, S<sub>91</sub>, S<sub>92</sub>, S<sub>93</sub>, S<sub>94</sub>, S<sub>95</sub>, S<sub>96</sub>, S<sub>97</sub>, S<sub>98</sub>, S<sub>99</sub>, S<sub>100</sub>.

та значним болем позаду очних яблук без будь-яких об'єктивних симптомів порушення зору.  
Означені порушення функції хребцевої артерії нерідко поєднуються з нейрорефлекторними та нейродистрофічними синдромами.

Без вживання адекватних лікувальних заходів функціональна (дистонічна) стація переходить в ішемічну, яка клінічно виражається синдромом вертебро-базиллярної недостатності.

Відбір ТА залежить від переважання того чи іншого синдрому.

В такому разі доцільне використання скстраординарних (судорожних) меридіанів (EM): якщо біль переважас на С<sub>III</sub>, використовуються EM - чул-май (RP<sub>1</sub>, MC<sub>6</sub>), VB<sub>38</sub>, TR<sub>10</sub>, P<sub>7</sub>, RP<sub>2</sub>, CL<sub>23</sub>, E<sub>43</sub> та ін.

- Місцеві: при потиличній локалізації болі: V<sub>10</sub>, VB<sub>70</sub>, VB<sub>17</sub>, VB<sub>12</sub>, T<sub>13</sub>, T<sub>16</sub>, T<sub>11</sub>.  
- потилично-аурикулярна ірадіація: T<sub>16</sub>, T<sub>19</sub>, VB<sub>75</sub>;  
- лобно-орбітальна: E<sub>8</sub>, T<sub>26</sub>, T<sub>11</sub>, T<sub>7</sub>, T<sub>23</sub>, VB<sub>14</sub>, V<sub>2</sub>, TR<sub>215</sub>;  
- скронева: TR<sub>23</sub>, TR<sub>30</sub>, VB<sub>7</sub>, VB<sub>8</sub>, VB<sub>14</sub>;  
- при офтальмічних розладах: VB<sub>14</sub>, T<sub>23</sub>, T<sub>20</sub>, VB<sub>19</sub>, VB<sub>20</sub>, T<sub>16</sub>, T<sub>17</sub>

Крім ТА корисно використовувати больові точки.

Специфічні ТА: ІС<sub>7</sub> - при алгіях в шиї та потилиці, V<sub>40</sub>, V<sub>40</sub>, VB<sub>20</sub>, VB<sub>70</sub>, V<sub>10</sub>

Аурикулярні: AP<sub>28</sub>, 29, 37, 51, 55

Для поліпшення венозного відтоку ефектний вакуум - масаж шиї (в комірцевій зоні та надпліччя, вакуум-кровопускання в цій зоні, голкозапалання, подращення голчастим молоточком.

Лікування неврологічних проявів остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта.

M54.3 Шия шийні

M54.4 Ломбаго з ішіалгією

M54.5 Біль у нижній ділянці спини

Рефлекторні больові та м'язово-тонічні синдроми з'являються під впливом переважання, незручної пози, переохолодження і клінічно проявляються гострим болем у попереку, що виникає зменська (ломба "простаїя") або менш виразним, що зростає повільно (ломбалгія). Якщо біль поперекової зони ірадіює в ногу або в дві, це синдром ломбошіялгії. Визначеність внаслідок фізичних перевантажень, змінені положення тіла, каші та ін. Основним патологічним фактором болі є іритация вегетативних волок хребцевого сегменту, що викликає тонічну напругу довгих м'язів спини з'являється обмеження рухів в поперековому відділі та захисна анталгічна по Інальгаторно визначається болочість остистих відростків та міжосних зв'язок крижово-клубових зчлусувань.

Дистальні точки: V<sub>6</sub>, R<sub>1</sub>, VB<sub>38</sub>, VB<sub>40</sub>, IG<sub>3</sub>, V<sub>62</sub>

Місцеві ТА: V<sub>31-34</sub>, V<sub>35</sub>, V<sub>26</sub>, V<sub>34</sub>, VB<sub>20</sub>, T<sub>4</sub>, V<sub>23</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>2</sub>, V<sub>26</sub>, больові місцеві точки.

ЮР. УЛР

До корпоральних точок застосовується I та II гальміні методи. При односторонньому болі доцільно тонізувати симетричні точки протилежного боку, в тому числі груповий ло-пункт живих поглиблених меридіанів - VB<sub>38</sub>. На стороні болі ТА седатуються.

Крім голкоконовання доцільно вживати на вказані ТА електроніктуру, низькоінтенсивним лазерним випромінюванням. Вибір способів впливу залежить від клінічних особливостей випадку. В комплексне лікування слід включати голкоапликацію, вакуум-терапію, сольоні та «криваві» банки.

### Нейродистрофічні вертеброгенні захворювання.

У разі відсутності адекватної терапії функціональні рефлекторні синдроми прогресують, згодом у відповідних уражених корінням метамерах розвиваються нейродистрофічні зміни (остеофіброз, періартроз, коксартроз, нейроостеофіброз клубово-крижового суглобу, або самого хребта, що супроводжується місцевою больовою реакцією та обмеженістю рухів). В тканинах виникають грубі органічні зміни, виразність яких залежить від стадії захворювання. Змінюється структура суглобової сумки і суглобової поверхні у вигляді витончення або розростання фіброзних тканин внаслідок порушення трофічної функції нервової системи, патологічної імунології з певного коріння. Згідно досліджень Я.Ю.Понделіського (1983), лазером патологічних імунологічних змін може бути не тільки структура хребта, але й будь-який інший орган з порушеною функцією, а також мікро- й макротравами в відповідній частині тіла. В цьому випадку реалізація патологічного впливу настає, в першу чергу, через симпатичний ланцюжок.

Тоніка уражень: патологія коріння L<sub>4</sub> може викликати остеоартроз колінного суглобу, L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub> - кульшового суглобу, L<sub>5</sub> - гомілкоостопного суглобу. Гривоні вини зчлусування диску L<sub>4</sub> - L<sub>5</sub> призводять до коксартрозу або остеофіброзу крижово-клубового зчлусування. Патологічна імунологія з коріння S<sub>1</sub> викликає біль у плечі з поступовим формуванням шпор.

В лікуванні нейродистрофічних змін доцільним є застосування фармакопунктури в ТА, больові або дистрофічно змінені точки, а також нервові акупунктура, при якій товстою акупунктурною голкою подразнюють нервові остистих відростків хребта.

Можуть використовуватися різні варіанти РТ (лазеропунктура, електроніктура та ін.).

Принциповість вибору точок зберігається: рецитура виходить з того, що в енергетичному дисбалансі переважно знаходяться меридіани V, VB, E.

Дистальні точки: при загостренні больового синдрому (I<sub>5-10</sub> голкало), RP<sub>4</sub> (скаліна), V<sub>64</sub> (голова), R<sub>5</sub> (скаліна), (VB<sub>40</sub> голкало) I<sub>5</sub> (скаліна); при підострому протіканні: V<sub>67</sub>, IG<sub>3</sub>, TR<sub>34</sub>, та ін. VB<sub>39</sub> - седатувати зі сторони болі, тонізувати на протилежній.

ЮР. УЛР



Місцеві ТА: метод "малого укою" для колінного суглобу - E<sub>36</sub>, E<sub>34</sub>, E<sub>25</sub> або R<sub>30</sub>, F<sub>8</sub>, RP<sub>10</sub>, RP<sub>11</sub> для гомілково-стопного: F<sub>3</sub>, F<sub>5</sub>, F<sub>7</sub>, V<sub>39</sub>, V<sub>38</sub>, V<sub>41</sub>, V<sub>40</sub>, E<sub>41</sub>, E<sub>42</sub>, E<sub>43</sub> або При коксартрозі: V<sub>30</sub> (з прогіриванням голки), V<sub>31</sub>, V<sub>32</sub> та ін.

Специфічні ТА: V<sub>11</sub> - вплив на кісткову систему, IG<sub>18</sub> - на сухожильно-м'язові канали, T<sub>4</sub> (V<sub>23</sub>(3)) - вплив на надниркові залози для нормалізації обміну речовин, підвищення імунітету (за рекомендацією R.Morgan) (з сірвал, 1983) MS<sub>7</sub>, E<sub>46</sub> при м'язових контрактурах.

J.NiBojet (1974) визначає деяку специфічність ТА для зняття болю в колінних суглобах: E<sub>45</sub> - при болю в наколіннику, V<sub>39</sub>, V<sub>57</sub> - при іррадіації болю в поперекову зону; F<sub>8</sub>, V<sub>54</sub>, R<sub>11</sub> - при обмеженості згиначя, V<sub>33</sub> - понертання, біль з набриком - E<sub>35</sub>, E<sub>45</sub>, з контрактурою - F<sub>8</sub>, F<sub>3</sub>, E<sub>36</sub>; зі слабкістю в колінному суглобі - R<sub>46</sub>, R<sub>3</sub> (тонізувати), біль при ходьбі - V<sub>33</sub>, RP<sub>9</sub> та ін.

Крім того, доцільним є використання місцевих ТА поперекового відділу. Це при остеохондрозі, як правило, мають місце дистрофічні зміни V<sub>28</sub>, V<sub>23</sub>, V<sub>7</sub>, V<sub>15</sub>, V<sub>36</sub>, V<sub>31</sub>, V<sub>4</sub>, V<sub>54</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, вакууммасаж поперекової зони, фармакопунктура в поперековій та суглобових областях.

Аурикулярні: AP<sub>40</sub>, 41, 42, 43, 44 та додатково: при остеохондрозі гомілко-стопного суглобу: AP<sub>48</sub>, 48, 46, 47; колінного суглобу: AP<sub>10</sub>, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100.

### Лікування корінцевих синдромів. Попереково-крижовий радикуліт.

Найчастіше в межах хребта уражується частина коріння, яка проходить від нерва Ніжкоггі. В епіуральній клітковині його можуть стиснути дорсолатеральні зв'язки міжхребцевих дисків, кісткові розростання, рубці в оболонковій та епіуральній тканинах, цухлимні тиски. Позаду в епіуральній простір може відявлятися гісттрофована жовта зв'язка, потовщена дужка хребця або деформований суглобовий відросток. Ситуації погіршується при звуженні міжхребцевих отворів та каналу хребця. Патогенетичними ланками захворювання є асептичне запалення та набряк коріння.

Подразнення коріння супроводжується стрілюючим болем та гіпалгезією в зоні відповідного дерматому і сингтомами випадіння у відповідному міотомі (гіпотрофія, гіпотонія, гіперрефлексія, слабкість).

Грижа диска L<sub>4-5</sub> впливає і на конус спинного мозку. Початок корінцевого синдрому проявляється болем та випадінням чутливості в відповідних дерматоммах, найчастіше по шкірі внутрішнього відділу стегна. В разі падінності серединних гриж рано з'являється синдром ураження кінського хвоста. При прогресуванні процесу з'являється слабкість, гіпотрофія та гіпотонія чотириохилоного м'язу стегна, зниження або випадіння колінного рефлексу із порушенням чутливості в дерматомі L<sub>3</sub>, L<sub>4</sub>.

Тоніка уражень корінців L<sub>1</sub> - L<sub>5</sub> переважно відповідає ходу інських пошних меридіанів (RP<sub>8</sub>, F<sub>7</sub>), що об'єднує використання IX ТА при больовому синдромі ніжкової області - RP<sub>8</sub> голце.

При ураженні коріння L<sub>4</sub> локально використовують точки меридіану шлунку, який переважно відповідає ходу цього меридіану.

В клініці найчастіше зустрічається ураження корінця S<sub>1</sub>, рідше - L<sub>5</sub>, ще рідше L<sub>4</sub>. В цьому разі, як правило, визначається монорадікулярний синдром. Корінцевий синдром, як відомо, супроводжується порушеннями в чутливій, моторній та рефлекторній сферах, паявними є вегетативно-судинні розлади.

Частим є ураження декількох корінців (L<sub>4</sub>, L<sub>5</sub> -S<sub>1</sub>), які формують сідничний нерв, що є основою формування попереково-крижового радикуліту, який згідно концепціям древнього Сходу є результатом енергетичного порушення меридіану січового міхура (V).

Вибір точок за ходом меридіану сечового міхура (V) в нижній його частині майже повністю співпадає з ходом сідничного нерву.

Дистальні точки: виходячи, в першу чергу з дисбалансу V/R.

V<sub>61</sub> (сезаніє) - K<sub>4</sub> (співвідношення) "У-сін" - седататія V<sub>38</sub>, (V<sub>40</sub>, "рунове ло" - V<sub>39</sub> (сезаніє) - з більшової сторони, тонізація - злорона сторона).

Місцеві ТА: Точки попереку: T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, V<sub>24</sub>-V<sub>30</sub>, V<sub>31</sub>-V<sub>34</sub>, V<sub>53</sub>, V<sub>54</sub>, V<sub>31</sub> Точки за ходом корінців, що постраждали: V<sub>31</sub>, V<sub>40</sub>, V<sub>57</sub>, V<sub>58</sub>, V<sub>60</sub>, V<sub>62</sub>, V<sub>64</sub>, V<sub>65</sub>, V<sub>39</sub>, V<sub>38</sub>, V<sub>37</sub>, V<sub>36</sub>, V<sub>35</sub>, E<sub>15</sub>, E<sub>14</sub> та ін.

Використовується I та II варіанти гальмінного методу.

Специфічні ТА: V<sub>40</sub>, V<sub>11</sub>, IG<sub>18</sub>, V<sub>39</sub>

Аурикулярні AP: 40, 41, 52, 53, 54, 48, 49, 50, 55, 11

Додатково: голкопункція, вакуум-РТ, «сольова» банка на зону виходу сідничного нерву, полісегментарна електронпунктура на паранервобранні зони та зони іншних кілків.

### Тривалість та особливості лікування в спеціалізованому стаціонарі

A. У легких випадках стаціонарне лікування не показане (лікування амбулаторно) - у випадках легких проявів м'язово-тонічних, нейро-дистрофічних та корінцевих синдромів з помірним больовим синдромом та руховими обмеженнями, або з виразним корінцевим больовим синдромом, який швидко регресує під впливом лікування.

Рекомендована класична акупунктура, голкопункція, лазеропунктура, прогіривання, вакуум масаж тощо.

Б. У випадках середньої важкості - 2 тижні та додатково амбулаторно (до 15-20 сеансів РТ всього). У випадках проявів м'язово-тонічних, нейро-дистрофічних та корінцевих синдромів з помірним больовим синдромом та руховими обмеженнями, або з виразним корінцевим больовим синдромом, який швидко регресує під впливом лікування.

Рекомендована класична акупунктура по I-II гальмінному методу, електро-лазеропунктура, фармакопунктура, голкопункція, прогіривання, вакуум-гіривання, «сольова банка», «кривані банки», полісегментарна електронпунктура на паранервобранні зони тощо.

В. У важких випадках - до 2-2,5 тижнів з наступним отриманням сеансів РТ амбулаторно, можливо через 1-3 дні (до 20-25 сеансів всього).

Вирази нейро-дистрофічні синдроми з контрактурами та суттєвими руховими обмеженнями, а також корінцеві синдроми з виразним і стійким



більшого синдрому та руховими обмеженнями, що повільно регресують під впливом лікування.

Рекомендована класична акупунктура по І-ІІ гальміаному методу в поєднанні з тонізуванням ТА, електро-, лазеропунктура, фармакопунктура, голкоакупункція, прогірівання, вакуум-терапія, «сольова балка», «криваві балки», полісегментарна електронпунктура на паравертебральній зоні та зони шийної кішкової мей-хуа-чжень тощо (залежно від особливостей конкретного випадку).

#### Характер кінцевого очікуваного результату лікування

Зменшення або зникнення больового синдрому, корінцевих симптомів, збільшення обсягу рухів в ураженому відділі хребта. Покращення самопочуття. Клінічне одужання або суттєве поліпшення стану хворого.

#### Умови, в яких повинна надаватися медична допомога

У легких випадках або в реабілітаційний період після важких станів – амбулаторно в умовах кабінету рефлексотерапії; а за наявності надмірного, тривалого стійкого больового синдрому рефлексотерапевтична допомога повинна надаватися у неврологічних або спеціалізованих вертебро-неврологічних відділеннях стаціонарів у комплексі зі стандартним лікуванням згідно діючого протоколу, затвердженого наказом МОЗ України № 487 від 7.08.2007, з урахуванням того, що вертеброгенні алгії мають поліфакторну етіологію.

#### Трипалітет лікування

Трипалітет лікування залежить від ступеню вираженості і характеру больового синдрому. Термін перебування у спеціалізованому стаціонарі повинен бути максимально коротким до досягнення мети стану активної терапії. При лікуванні в амбулаторних умовах лікування повинно проводитись на протязі всього періоду тимчасової непрацездатності.

#### Можливі побічні дії та ускладнення

Індивідуальна вегетативна реакція на голкоколонування або електронпунктуру (дуже рідко). Можливі невеликі локальні підшкірні крововибливи (синці) у разі пошкодження тілочок поверхневих вен, які не загрожують стану здоров'я пацієнта.

Рекоменданий щодня подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Рекомендований повторний курс рефлексотерапії для профілактики повторних загострень через певний інтервал часу і кількість сеансів залежно від індивідуального стану хворого особливостей перебігу захворювання тощо (приблизно через 1-3 місяці, в середньому – 10-12 сеансів).

#### Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

#### Профілактика. Вимоги до режиму праці, відпочинку

Обмеження фізичних перевантажень, переохолоджень. Комплісовані заходи, спрямовані на зміцнення м'язової системи шийи та шиї (ДФК, заняття у тренажерному залі, плавання та інше). Рациональне працевлаштування з урахуванням особливостей роботи (вертеброгенних алгій з тривалим перебігом, частими епізодами болу. Корисні застосування стрічкових голкоакупункторів в домашніх умовах, точковий самомасаж.

#### А.4 Ресурсне забезпечення виконання протоколу

А.4.1., А.4.2. Вимоги для установ, які надають первинну та вторинну допомогу медичну допомогу

##### А.4.1.1 кваліфікації персоналу та вимоги до них

Наявність лікаря-рефлексотерапевта (спеціаліста), медичної сестри згідно Наказу МОЗ України №318 від 29.12.1994 «Про удосконалення рефлексотерапевтичної служби в Україні»

##### А.4.1.2 матеріально-технічне забезпечення

Наявність кабінету рефлексотерапії, обладнаному згідно наказу МОЗ України №318 від 29.12.1994 «Про удосконалення рефлексотерапевтичної служби в Україні»

#### Б. Бібліографія (акцентовані КН, СМД, чинні накази МОЗ України тощо)

Наказ МОЗ України №318 від 29.12.1994. «Про удосконалення рефлексотерапевтичної служби в Україні».

#### В. Додатки

##### Додаток № 1. Клінічна класифікація

За класифікацією захворювань периферійної нервової системи І.І. Антонова (1984, 1985) та за Міжнародною класифікацією хвороб Десятого перегляду (МКХ 10) вертеброгенні ураження шийного риння виглядають наступним чином:

І.1. рефлексорні синдроми (цервікалія – М 54.2, цервікокралгія – цервікогенний симпатичний синдром – М 53.0, цервікобрахіалгія з м'язовими спазмами, або вегетативно-судинними, або нейроцистотрофічними проявами – М 53.1);

І.2. корінцеві синдроми (дискогенне ураження – радікуліт – корінці (накази, яких саме) – М 50.1);

І.3. корінцево-судинні синдроми (радікулоішемія) М50.0+; G49.2\*.

Я.Ю. Нонеліський (1989) поділяє вертеброгенні синдроми за патогенезом на:

1. Компресійні (спінальні, корінцеві, судинні),

2. рефлексорні (судинні, м'язово-тонічні, пейродистрофічні).

За клінічними проявами:

І.1 (цервікалія) (цервікалія – М 54.2; первікоспінлопериартроз – М 43.5);

І.2 (цервікокралгія (синдром нижнього косого м'яза голови – М 53.0; синдром хребтової артерії – задньовишній симпатичний синдром – М 53.0);

ІІ.1 (цервікобрахіалгія – М 53.1



Додаток № 2. Визначення, які використовуються у протоколі Акупунктура, голкоакупункція, вакуум-масаж, «сольова» банка на зону виходу «спінного перу», полісегментарна електродунктура, цзію (прогрівання, припикання), мей-хуа-чжень.

#### Додаток № 3. Нам'ятка для пацієнтів

Пацієнт повинен знати, що РГ є високоефективною лікувально-профілактичною системою, яка при правильному виконанні не має побічних ефектів, може застосовуватись як в комплексі з медикаментозним лікуванням, так і окремо (залежно від складності клінічного випадку), є беззастережним вибором щодо лікування людей з полівалентною алергією. Рефлексотерапевтичну допомогу надає лікар, який отримав спеціалізацію за фахом «рефлексотерапія» і має відповідний сертифікат. Деякі рефлексотерапевтичні маніпуляції може виконувати сам пацієнт за умови навчання його лікарем-рефлексотерапевтом (точковий масаж, МХД, голкоакупункція, цзію).

#### Перелік рекомендованої літератури

1. Коваленко О.С., Мачерет С.Л. Вакуум-терапія в комплексному лікуванні вертебро-базиллярних порушень при пийному остеохондрозі. 36. наук. праць співробітників КМАПО. – Київ, 2001. – Вип.10, кп.3. – С.89-94.
2. Коваленко О.С. Рефлексотерапія аурікулярна терапія цервікоптероброзних вертебро-базиллярних розладів. // Експериментальна та клінічна фізіологія та біохімія, №4. – Львів, 2004. – С. 80-85.
3. Коваленко О.С. Основні напрямки рефлексотерапевтичного лікування периконвертебральної вертебрально-базиллярної недостатності. М-ли акупо-практ. конф. з міжар.участю „Рефлексотерапія із нетрадиційної медицини на сучасному етапі”. – Київ, жовтень, 2004. – С. 52-54.
4. Коркушко А.О., Мачерет Е.Л. Механізм действия лазерного излучения на соматическую мембрану нейронов // Врачебное дело, 1982. – № 7. – С. 94-97.
5. Котеленко В.М. Пейрорфлаторные конценции лечебного действия влоукалывания (акупунктуры) // Рефлексология. – № 1, 2003. – С. 17-24.
6. Мачерет Е.Л., Коркушко А.О. Основи Традиційної Китайської медицини в рефлексотерапії. – К.: ДІА. – 2005. – 400 с.
7. Мачерет С.Л., Коваленко О.С., Чуприна Г.М., Навчання сімейного лікаря основам рефлексотерапії – шлях до оптимальної профілактично-лікувального напрямку в медицині // Сімейна медицина. – № 3, 2008. – С. 125.
8. Мачерет Е.Л., Поканевич В.В., Коркушко А.О. Эффективность рефлексотерапии в лечении больных // Информативное письмо. – К.: РЦІМІ МЗ України, 1992. – 2 с.
9. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З. Руководство по рефлексотерапии. – К.: Вилла інкола, 1989. – 479 с.
10. Мачерет С.Л., Коваленко О.С., Коркушко О.О. Основи вакуумної рефлексотерапії. – К.: «Нідава», 2002. – 124 с.

Юр.упр.

12

11. Мачерет Е.Л., Поканевич В.В. Рефлексотерапія ХХІ века // Матеріалы науково-практичної конференції з міжнародною участю «Рефлексотерапія України: досвід і перспективи» – К.: Віпол. – 2009. – С. 3-5.
12. Мачерет С.Л., Коваленко О.С., Коркушко О.О., Чуприна Г.М., Ханен І.В. Наукове обґрунтування лікувального впливу методів рефлексотерапії Сімейна медицина. – №3, 2006. – С. 98-101.
13. Парникоза Г.П., Коваленко О.Е., Чуприна Г.Н., Бабич Е.Х., Сулик Р.І. Рефлексотерапія міґрені. Збірник матеріалів ІІ-го з'їзду рефлексотерапевтів України. – Київ, 28-29 вересня 2007р. – С. 266-267.
14. Wang Xue-tai. From meridians research to traditional medicine modernization World Journal of acupuncture-moxibustion. – 2008. – Vol. 18, №2. – P. 51-54.
15. Rong Pei-jiang, Li Liang. Relationship between internal organ (viscera) and acupoints toward meridian theory // World Journal of acupuncture-moxibustion. – 2008. – Vol. 18, № 2. – P. 44-50.

В.о. директора Департаменту розвитку медичної допомоги

М.К. Хобзей

Юр.упр.

13



### Клінічний протокол

надання медичної допомоги зі спеціальності «Рефлексотерапія» хворим на ісприятію лицевого нерва та вторинну контрактуру м'язів м'язів (лицевий геміспазм)

### Вступ

**Перелік скорочень, що використовуються в протоколі:**

- ПШН – неврит лицевого нерва;
- ЛПН – лицевої нерв;
- ПММ – парез мимічних м'язів;
- РТ – рефлексотерапія;
- ІРТ – виборче рефлексотерапія;
- ТА – точка акупунктури;
- АР – аурикулярна точка;
- МХЧ – мей-хуа-чжень;
- Ібіо – прогрівання, прип'якання;
- ЕМ – екстраордиінарний меридіан;
- ТКМ – традиційна китайська медицина.

### A.1 Насиортна частина

#### A.1.1 Діагноз

Невропатія лицевого нерва

#### A.1.2 Коли стану або захворювання (МКХ-10 та інших класифікацій)

Код МКХ-10: G51.0; G51.1; G51.2; G51.3; G51.4; G51.5; G51.6; G51.7; G51.8; G51.9

Код МКХ-10: G51.3 вторинна контрактура мимічних м'язів (лицевий геміспазм)

#### A.1.3 Для кого призначений протокол (потенційні користувачі)

Лікарі-рефлексотерапевти

#### A.1.4 Мета протоколу

Відновлення порушених функцій людини, зокрема відновлення функції мимічних м'язів, поліпшення якості життя, профілактика загострень патології

#### A.1.5 Дата складання протоколу

10.09.09

Юр. упр.

A.1.6 Дата перегляду протоколу (пов'язана з переглядом КН, СМД змінами ресурсного забезпечення)

Перегляд протоколу може здійснюватися послідовно у відповідності з переглядом КП, СМД, змінами ресурсного забезпечення.

Наступний перегляд та удосконалення протоколу згідно з чинним законодавством – протягом року від його затвердження (2010-2011).

В подальшому планується перегляд удосконаленого протоколу кожні роки.

A.1.7 Синонік та контактна інформація осіб, які брали участь в розробці протоколу.

Мацрета С.Л. – президент Української асоціації акупунктури та лазеротерапії д.м.н., Член-кор. АМНУ, професор, зав. кафедри неурології і рефлексотерапії НМАЛО імені П.Л. Шулика; Коваленко О.С. – головний позитивний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Рефлексотерапія», д.м.н., професор кафедри неурології і РТ НМАЛО імені П.Л. Шулика, доцент кафедри неурології і РТ НМАЛО імені П.Л. Шулика, к.м.н. – Чурипа Г.М. Ханенко П.В., Парнікоза Т.П. (044-483-17-56)

Рецензенти: Морозова О.І. – д.м.н., професор, зав. кафедрою рефлексотерапії ХМАЛО.

Протокол розглянутий і затверджений:

ЗЦЗМС –

МОЗ –

### A.2 Загальна частина

**Визначення:** Невропатія лицевого нерва – поліетіологічне ураження лицевого нерва, що викликає переважно компресійно-ішемічні зміни в ділянці нерва, яка проходить через фаллопієвий канал в піраміді скроньової кістки, проявляється гостро або підгостро ознаками ураження лицевого нерва, такими як парез або параліч мимічних м'язів.

**Етіологія.** Невропатії лицевого нерва (далі - ПШН) виликають внаслідок дві багатьох причин: переохолодження, інфекцій, судинних захворювань, алергічних реакцій, травм, інтоксикацій. Певна роль у виникненні ПШН належить спадково-генетичним факторам. Серед інших причин ПШН слід вказати закриті черепно-мозкові травми, новоутворення скроньової кістки, згрозенні ушкодження.

ПШН частіше виникають в молодому віці, при цьому на вік до 39 років припадає 65 – 69% хворих. В більш старших вікових групах ПШН можуть бути наслідком розвитку артеріальної гіпертензії, атеросклерозу мозкових судин (5,7-7%), пухрового діабету (1%), психотравми (4%). Значний відсоток ПШН (20 – 22%) належить нез'ясованій етіології. В більшості випадків переохолодження, загостренні захворювання не приводять до розвитку запального процесу в нерві, а спричиняють порушення регіонарного кровообігу, яке призводить до ішемії нерва, його набряку, стиснення у фаллопієвому каналі.

Юр. упр.



**Етіологія.** Основні теорії патогенезу ІЛН – ішемічна, інфекційна, лімфогенна та теорія спадкової передумовленості. За сучасними уявленнями єсть найбільш визнаною – ішемічна теорія – ІЛН полягає у тому, що під впливом різних чинників випикає спазм судин, які приймають участь у кровообігу ІЛН, що призводить до ішемії нерва. Довготривала ішемія сприяє подальшому погіршенню мікроциркуляції, набряку нерва, стисненню його у вузькому лужі фаллопієвого каналу, що викликає порушення провідності нервового імпульсу, виникнення вторинних судинних розладів, можливо, до некрозу та фіброзу нерва. Ураження ІЛН найчастіше відбувається у шийному відділі фаллопієвого каналу, нижче відходження барабанної струни, що пов'язано з найгіршими умовами кровообігу нерва на цій ділянці, а також із найбільшою вузькістю фаллопієвого каналу та потовщенням епінеуральної оболонки. Але в багатьох випадках ліцевий нерв може бути ураженим і вище відходження барабанної струни. Ряд досліджень свідчить, що звуження фаллопієвого каналу сприяє більш важкому перебігу ІЛН та виникненню рецидивів захворювання.

Однією з причин, які сприяють спазму судин, що живлять ліцевий нерв, є розлад вегетативної регуляції судин внаслідок порушення сегментарних та підсегментарних вегетативних структур. Так, причиною звуження артерій стовбура ліцевого нерва є порушення функцій вегетативних структур кранио-церикального відділу, зокрема симпатичного каротидного сплетіння, про що свідчать знайдені у багатьох хворих з ІЛН різні прояви розладів вегетативної регуляції, пов'язані з патологією шийних симпатичних структур. Спазм судин приводить до алкоєчного набряку нерва, стисненню його у фаллопієвому каналі, виникненню вторинних ішемічних розладів. Щодо ролі у патогенезі ІЛН відрізняють аутоімуні та алергічні реакції внаслідок зниження напруженості пептицифічного імунітету у хворих з ІЛН та зміни клітинного та гуморального імунітету при ураженні ліцевого нерва інфекційної етіології.

**Клініка ІЛН.** Основним синдромом ураження ІЛН є слабкість мимічної мускулатури (прозорарез або прозопазія) на всій інфілартеральній половині обличчя (включенням є над'ядерні ураження). У разі гострої ІЛН слабкість виникає раптово і зростає протягом декількох годин, інколи 1 – 2 діб. Обличчя стає асиметричним, шкірні складки на боці ураження згладжуються, кут рота опущено. Хворий не може підняти брову, наморщити лоб, надати щок, синхнути. При вищерахованих зубів ротова щілина перетягується в здоровий бік. При спробі закрити очі, повіки на боці ураження ІЛН не змикаються, очі яблуко захищається некривитим і відхиляється вгору і назовні (симптом Вейля), при цьому через некривити очу щілину видно лише білу смужку склери (лагофтальм). Внаслідок ширезу мимічних м'язів, як правило, порушується чіткість мови, під час жування хворий може прикусувати шок, їжа може застрівати між щок та яном. Мас місце збільшення надбрівного та ротищого рефлексів з боку ураження ІЛН.

**Ускладнення ІЛН.** Найбільш частим ускладненням ІЛН буває якого стазу є вторинна контрактура мимічних м'язів (лицевий геміспазм – Код МКХ-10: G51.3), яка виникає у 16 – 32% усіх випадків. Клінічна картина контрактури

мимічних м'язів (КММ) характеризується наявністю парезу м'язів обличчя і, вочолома, їх спазму (спазмопарезу). Також мають місце інші суб'єктивні симптоми (нервнише відчуття "стягування", біль, синкінезі з ураженого боку обличчя, вегетативні, емоційні розлади).

### Клініко-діагностична програма

1. Клініко-неврологічне обстеження.
2. Клінічні аналізи крові та сечі, біохімічні дослідження.
3. Магнітно-резонансна томографія голови.
4. Консультативні лікарів-спеціалістів (невролога, рефлексотерапевта, акуліста).
5. Рефлексотерапевтичне обстеження (загальноклінічна оцінка та оцінка мікроакунітурних зон, пульсу, бажано – електропунктурна діагностика).

### Лікувальна програма

До лікувальної програми неврологічного клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України, додається курс рефлексотерапії. У певних випадках і у людей з полівалентною алергією РТ може проводитися як монотерапія.

### Застосування голкорексотерапії для лікування ІЛН

Для ліпну використувується переважно точки акунітури (ІА) меріаніа Янмін («Шуанка» і «Тонстої книжки») і Шаоян («Жовчного міхура» і «Грехо обітривачів»).

Основні ІА для ліпну: TR<sub>1</sub>, VB<sub>14</sub>, PC<sub>5</sub>, IG<sub>18</sub>, E<sub>7,14</sub>, GI<sub>4,20</sub>.

Додаткові ІА: VB<sub>20</sub> (головний біль), V<sub>2</sub>, TR<sub>2</sub> (утруднення при зведенні брів і наморщиванні лоба), V<sub>1,2</sub>, VB<sub>1</sub>, PC<sub>6</sub>, TR<sub>2,3</sub> (неповне змикання очної щілини), I<sub>2</sub> (неможливість вищиривання зубів), T<sub>3</sub> (відхилення носо-губної складки), VB<sub>13</sub>, IR<sub>3</sub> (загерилість і біль у носкоподібній ділянці), VB<sub>2</sub> (гіперакція).

**Методика проведення голкорексотерапії (ГРТ) у гострий період ІЛН:**

1) Вплив на віддалені та регіонарні ІА з обох боків за II варіантом впливеного методу (середній ступень стимуляції), а також аурикулярні ІА з метою нормалізації вегетативної регуляції, біосекричної активності мозку, мозкової гемодинаміки (зокрема, венозного відтоку), які часто страждають у разі ІЛН (за ланями РЕГ, EEG), а також з метою рефлекторного впливу на мимічні м'язи як ураженої, так і "здорової" сторони обличчя.

Віддалені ІА: GI<sub>1</sub>, GI<sub>11</sub>, GI<sub>16</sub>, E<sub>36</sub>, E<sub>42</sub>, TR<sub>3</sub>, VB<sub>29</sub>, 41.

Регіонарні ІА: TR<sub>17</sub>, VB<sub>13, 20</sub>, I<sub>15</sub>, 16.

Ірмігтка: вплив на ІА TR<sub>17</sub> з боку ПММ доцільно проводити не більше, ніж 3-4 рази на курс.

Аурикулярні: AP<sub>1, 9, 13, 34, 35</sub> та ін.

2) Вплив на ІА "здорової" сторони та середньої лінії обличчя з метою розслаблення перетягнутих мимічних м'язів, чим досягається зменшення



перерозташування м'язів обличчя з боку ураження ЛН і зменшення перекосу обличчя у "здорової" сторони.

Поряд з розслабленням м'язів, вплив на ТА "здорової" половини обличчя, завдяки міжсегментарним зв'язкам трикутного та лицевого нервів, викликає певну рефлекторну відновлювальну реакцію з боку ураженого ЛН і м'язів, що він іннервує.

Вплив на ТА "здорової" половини обличчя проходиться по II варіанту гальмівного методу з експозицією 15-20 хв. (середній ступінь стимуляції), а на IА середньої лінії – 8-10 хв.

Закінчай, на "здорової" стороні обличчя впливають на 2-3 ТА (краще у прохолодних мімічних м'язів, що є найбільше перебудженими, зокрема слід впливати на ТА Е<sub>3,4</sub>, ІС<sub>18</sub>, VВ<sub>3</sub>, 1-2 ТА середньої лінії обличчя Т<sub>24, 26</sub>, РС<sub>3</sub>, J<sub>24</sub>).

Допільним є вплив на ТА, що показані у разі ураження м'язово-сухожильних меридіанів: ІС<sub>18</sub> (є точкою загальної дії у разі ураження всіх м'язово-сухожильних меридіанів), Е<sub>2</sub> (застосовується у разі переважного ураження групи Я<sub>4</sub>-ручних м'язово-сухожильних меридіанів), VВ<sub>1</sub> (застосовується у разі переважного ураження групи Я<sub>6</sub>-пожних м'язово-сухожильних меридіанів).

Означені ТА застосовують спочатку зі "здорової" сторони обличчя, а починаючи з 13-15-го дня захворювання – із боку ураження ЛН.

3) Вплив на ТА ураженої половини обличчя проводиться, починаючи з 13-15-го дня від початку гострої НЛП по II варіанту збуджувального методу (слабкий ступінь стимуляції), з експозицією 5-6 хв. і глибиною введення голки 5-7 мм.

Ця один сеанс використовують 4-6 ТА, вибір яких проводиться з урахуванням ступеню парезу різних груп мімічних м'язів.

Під час процедури, коли голки знаходяться в ТА, доцільно рекомендувати хворому виконувати деякі мімічні рухи, навіть тоді, коли з ураженого боку рухи повністю відсутні (кіркова стимуляція).

Поряд з голкорексотеерапією у гострій стадії НЛП доцільно застосовувати лазеропунктуру, полісегментарну електропунктуру (на інтравертебральній лінійці), поверхневу багатоголчасту акукупунктуру (на шийно-комірцеву зону) та метод китайських оздоровчих куль.

Методика проведення голкорексотеерапії у підгострій стадії НЛП. У разі затримки відновлення функції ЛН (період 1-1,5 міс. від початку захворювання умовно визначається як підгострій) тактика лікування відрізняється від пізнього у гострому періоді: по-перше, тим, що зменшується ризик небезпечки виникнення контрактури мімічних м'язів за умов впливу на IА обличчя з боку ПММ, по-друге, уповільнення відновлення функції ЛН вимагає більш активної стимуляції таких ТА.

Тому, при складанні акукупунктурних репетитів впливають на віддалені, референтні ТА, точки "здорової" половини обличчя та середньої лінії обличчя за тією ж самою методикою, що і у разі гострої НЛП, а для впливу на ТА обличчя з боку ПММ вибирають децю іншу тактику.

Так, метод впливу на ці ТА здійснюється тим самим (II варіант збуджувального методу з легким ступенем стимуляції), але експозиція впливу

на одну ТА децю збільшується (до 7-8 хв.), дозволяється проводити легкі маніпуляції з голками (підкручування, пунктування, вібрація), застосовується метод зонального введення голок.

У разі застосування на обличчі з боку ПММ методу зонального (абсолютно зонального) введення довгої голки (60-75 мм), що проходить під шкірою, у товщі мімічних м'язів із однієї ТА у іншу, слід використовувати (у залежності від переважання затримки відновлення у тих чи інших групах мімічних м'язів) такі напрямки введення:

- з ТА Е<sub>4</sub> до Е<sub>6</sub>;
- з ТА Е<sub>7</sub> до І<sub>6</sub>;
- з IА VВ<sub>1,4</sub> до РС<sub>6</sub>;
- з IА РС<sub>6</sub> до V<sub>2</sub> та ін.

У разі застосування цього методу голки залишаються у тканинах тієї частини 3-5 хв., проводиться легке підкручування голок – до появи "легких передбачених відчуттів", можливе короточасне проведення методу прогрівання (прасування *цзю*) пал зоною, де знаходиться голка. Дозволяється застосовувати за один сеанс лише одну зону, під час курсу лікування метод застосовується не більше 3-4-х разів.

Методика голкорексотеерапії у разі затримки відновлення функції ЛН у підгострій стадії: у разі парезу з відсутністю рухливості нижньої повіки доцільно акупунктурувати чотири голки з різних країв орбіти, одночасно, використовуючи точки: VВ<sub>14</sub>, РС<sub>6</sub>, Е<sub>1, 4</sub>, VВ<sub>1</sub>, TR<sub>3</sub>, V<sub>1</sub>, з. У момент маніпуляції голками (надустріч одна одній – проводиться вібрація, пунктування), що розташовані у ТА з двох протилежних кінців орбіти, хворого просить закривати та відкривати очі (кіркова стимуляція).

У разі уповільнення відновлення функції м'язів, що наморщують ніс, з уповільненим прищипом ліють на ТА СІ<sub>19, 20</sub>, Е<sub>2, 3</sub>, ІС<sub>18</sub>, а для прискорення відновлення рухів повіки та кута рота – Е<sub>2, 3, 4, 6, 7</sub>, VВ<sub>3</sub>, ІС<sub>18</sub>, СІ<sub>19</sub>, 20, Т<sub>26</sub>.

Для виправлення парезу м'язів в ділянці рота та щок доцільно виконати рухи підкріпного м'яза ший, що досягають послабленням напруження його крайових волокон в місцях їх основної фіксації – біля підборіддя та поталу соскоподібного відростка (це досягається впливом по гальмівному методу з експозицією 15-20 хв. у ТА J<sub>24</sub>, TR<sub>17</sub> та ІС<sub>17</sub>). Після чого проводять голкаколювання по II варіанту збуджувального методу в IА Е<sub>2, 3, 6, 7</sub>, СІ<sub>19</sub>, і просить хворого одночасно з проведенням маніпуляції голкою намагатися рухати щогою, напружуючи грудно-ключично-соскоподібний м'яз (злегка нахиливши голову у протилежній від ПММ бік).

У разі значної затримки відновлення функції ЛН (у терміні 1,5-6 міс. від початку захворювання) слід застосовувати також такі віддалені ТА: К<sub>1</sub>, РР<sub>1</sub>, І<sub>7</sub>, МС<sub>6</sub>, а також точки "співчуття" – V<sub>13</sub>, 14, 18, 20, 22, 23, що здатні активувати симпатичний відділ ВНС, дефіцит впливів якого має місце у цьому випадку.

Методика голкорексотеерапії у разі вторинної контрактури м'язів м'язів (код МКХ-10: G51.3): тактика лікування залежить від ступеня вираженості контрактури і від ступеня відновлення функції ЛН. Якщо має місце значний залишковий парез м'язів, а прояви контрактури мало виражені і обумовлюються переважно спінкпіозами, слід застосовувати таку методику:



основі на ураженій стороні обличчя розташовують у вигляді великого трикутника або ромба, через 5-7 хв. у ньому будують малий трикутник, у 1-А якого проводять більш короткий (3-4 хв.) і більш різкий вплив. Також обов'язково застосовувати віддалені та регіонарні 1-А і 1-А "здорової" сторони обличчя. Для поліпшення рухів носо-губної складки і зменшення проявів асиметрії обличчя застосовується вплив на підкірний м'яз шиї по винесеннісній методикі.

За умов вираженої контрактури: голки вводять у симетричні 1-А як "здорової", так і ураженої сторін обличчя по гальмівному методу, причому на "здоровій" стороні застосовується II варіант гальмівного методу з експозицією 10-15 хв., а на ураженій – також II варіант гальмівного методу, але з більш тривалою експозицією (20-25 хв.). По мірі розслаблення м'язів експозиція на ураженій стороні зменшується до 10-15 хв. На віддалені та регіонарні 1-А віднімаємо за II варіантом гальмівного методу. Перевангу слід віддавати таким 1-А: С<sub>1</sub>, С<sub>2</sub>, С<sub>3</sub> – точки специфічного впливу у разі гіперкінезів, слизнів, контрактур; VВ<sub>3</sub> – точка специфічного впливу у разі ураження м'язів та судоживків; VВ<sub>31</sub> – точка регуляції психосоматичного стану, вегетативного та м'язового тонусу.

Поряд із класичним голкоколюванням, для збільшення ефективності лікування контрактури м'язів, доцільно застосовувати також лазеропунктуру, електростимуляцію, крайоніопунктуру, точковий масаж, які визначаються в кожному клінічному випадку індивідуально.

#### Характер кінцевого очікуваного результату лікування.

Цілею або частково відновлення функції м'язів

Умови, в яких повинна надаватися медична допомога

У легких випадках або в реабілітаційний період після важких станів – амбулаторно в умовах кабінету рефлексотерапії; а за наявності важкого ураження рефлексотерапевтична допомога повинна надаватися у неврологічних відділеннях стаціонарів у комплексі зі стандартним лікуванням згідно літочного неврологічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України; з урахуванням того, що перит лицевого нерву має поліфакторну етіологію.

#### Тривалість лікування

Тривалість лікування залежить від ступеню виразності і характеру патологічного процесу. Термін перебування у спеціалізованому стаціонарі повинен бути максимально коротким до досягнення мети етапу активної терапії. Для лікування в амбулаторних умовах лікування повинно проводитись на протязі всього періоду тимчасової іспрацездатності

#### Можливі побічні дії та ускладнення

Індивідуальна вегетативна реакція па голкоколювання або електростимуляції (дуже рідко). Можливі невеликі локальні підкірні

Юр. Упр.

хривавили (смагати) після вакуум-РТ; у разі пошкодження гілочно-поверхневих всн. що не загрожує стану здоров'я пацієнта.

Рекомендовані ціло подальшого наання медичної допомоги та реабілітації  
Рекомендований повторний курс рефлексотерапії для профілактики повторних загострень через певний інтервал часу і кількість сеансів залежно від індивідуального стану хворого, особливостей перебігу захворювання тощ (приблизно через 1-3 місяці, в середньому – 10-12 сеансів).

#### Вимоги до дістичних призначень та обмежень

Збалансоване харчування

#### Профілактика. Вимоги до режиму праці, відпочинку

Усунення причин, що призводять до розвитку вторинної контрактури м'язів

Обмеження психічних та фізичних навантажень, переохолоджень.

#### А.4 Ресурсне забезпечення виконання протоколу

А.4.1., А.4.2. Вимоги для установ, які надають первинну та вторинну допомогу медичну допомогу

А.4.1.1. Кадрові ресурси (перелік персоналу та вимоги до них)

Наявність лікаря-рефлексотерапевта (спеціаліста), медичної сестри згідно Наказу МОЗ України №318 від 29.12.1994 «Про удосконалення рефлексотерапевтичної служби в Україні»

А.4.1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Наявність кабінету рефлексотерапії, обладнаному згідно Наказу МОЗ України №318 від 29.12.1994 «Про удосконалення рефлексотерапевтичної служби в Україні»

Н. Зібліографія (включено КЦ, СМД, чинні накази МОЗ України тощо)

Наказ МОЗ України №318 від 29.12.1994. «Про удосконалення рефлексотерапевтичної служби в Україні».

#### В. Додатки

#### Додаток № 2. Визначення, які використовуються у протоколі

Ісприт лицевого нерву, лицевої пера, парез м'язів, вакуум масаж, голко-рефлексотерапія, акупунктура, голкоанлікація, цію (прогрівання прилікашля).



### Додаток № 3. Пам'ятка для пацієнтів

Пацієнт повинен знати, що РТ є високоефективним лікувально-профілактичною системою, яка при правильному виконанні не має побічних ефектів, може виконуватися як в комплексі з медикаментозним лікуванням, так і окремо (залежно від складності клінічного випадку), є безпечним вибором лікування людей з полівалентною алергією. Рефлексотерапевтичну допомогу надає лікар, який отримав спеціалізацію за фахом «рефлексотерапія» і має відповідний сертифікат. Деякі рефлексотерапевтичні маніпуляції може виконувати сам пацієнт за умови навчання його лікарем-рефлексотерапевтом (точковий масаж, МХД, голкоапликація, цзію).

### Перелік рекомендованої літератури

1. Коркушко А.О., Мачерет Е.Л. Механізм действия лазерного излучения на соматическую мембрану нейрона // Врачебное дело, 1982. - № 7. - С. 94 - 97.
2. Корчемний В.О., Монсенко Л.Ю., Коваленко О.Е. Рефлексотерапия в лечении невритов лицевого нерва. - Петришині методи діагностики та лікування: Матеріали ІІІ наук.-практ. конф. - К., 1999. - С. 78 - 79.
3. Котенева В.М. Нейрорефлекторные концепции лечебного действия иглокалывания (акупунктуры) // Рефлексология. - № 1, 2003. - С. 17-24.
4. Мачерет Е.Л., Коркушко А.О. Основы Традиционной Китайской медицины в рефлексотерапии. - К.: ДІА. - 2005. - 400 с.
5. Мачерет Е.Л., Коваленко О.Е., Чуприна Г.М., Навчання сімейного лікаря основам рефлексотерапії - шлях до оптимізації профілактично-лікувального напрямку в медицині // Сімейна медицина. - № 3, 2008. - С. 125.
6. Мачерет Е.Л., Показевич В.В., Коркушко А.О. Эффективность рефлексотерапии в лечении больных // Информационное письмо. - К.: РЦНМІ МЗ України, 1992. - 2 с.
7. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З. Руководство по рефлексотерапии. - К.: Випуск школа, 1989. - 479 с.
8. Мачерет Е.Л., Коваленко О.Е., Коркушко О.О. Основы вакуумной рефлексотерапии. - К.: «Нічлава», 2002. - 124 с.
9. Мачерет Е.Л., Коваленко О.Е., Коркушко О.О., Чуприна Г.М., Хапенко Н.В. Наукове обґрунтування лікувального впливу методів рефлексотерапії. // Сімейна медицина. - №3, 2006. - С. 98-101.
10. Чуприна Г.М. Комплексне лікування невриту лицьового нерву методами рефлексотерапії. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Київ, 2001. - 18 с.
11. Wang Xue-tai. From meridians research to traditional medicine modernization // World Journal of acupuncture-moxibustion. - 2008. - Vol. 18, №2. - P. 51-54.
12. Rong Pei-jing, Li Liang. Relationship between internal organ (viscera) and acupoints toward meridian theory // World Journal of acupuncture-moxibustion. - 2008. - Vol. 18, № 2. - P. 44-50.

В.о. директора Департаменту  
розвитку медичної допомоги

М.К. Хобасй

Р. УНР.