

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА МЕТОДАМИ НЕМЕДИКОМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Бектемирова С.Н.

Дагестанская государственная медицинская академия, Кафедра немедикаментозной терапии и усовершенствования врачей, г. Махачкала, Российская Федерация, S.Nukhadievna@mail.ru

Поражение лицевого (VII) нерва является одной из самых частых патологий периферической нервной системы. Клинические признаки, сопровождающие периферическую прозоплегию, зависят от уровня поражения лицевого нерва: сухость глаза, слезотечение, расстройство слуха и вкуса. Комплекс немедикаментозной терапии включал: лечебную гимнастику, рефлексотерапию, физиотерапию, мануальные воздействия (массаж и постизометрическая релаксация). После проведенного лечения методами немедикаментозной терапии: лечебной гимнастики, физиотерапии, иглорефлексотерапии и массажа, движение круговой мышцы глаза восстановилось на 6–7 сеанс, мышцы щеки на 8–9 сеанс, позже – движение круговой мышцы рта и подбородочной мышцы. К концу лечения больной может наморщить лоб, зажмурить глаза, несколько оттянуть угол рта. Выводы: Раннее применение рефлексотерапии, лечебной гимнастики, массажа, физиотерапии ускоряет выздоровление больных, сокращает сроки временной нетрудоспособности. Восстанавливает коррекцию, функции речи и жевания. Таким образом, в лечении больных с невропатией лицевого нерва и его осложнениями используется широкий спектр реабилитационных мероприятий, включающих медикаментозные и немедикаментозные методы, которые применимы и в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: реабилитация, больные, невропатия лицевого нерва, немедикаментозная терапия, рефлексотерапия.

MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH A NEUROPATHY OF A FACIAL NERVE BY METHODS OF NON-DRUG THERAPY

Bektemirova S.N.

Dagestan State medical Academy, Makhachkala, S.Nukhadievna@mail.ru

Damage of a facial nerve is one of the most frequent pathologies of peripheral nervous system. The clinical signs accompanying a peripheral paresis of mimic muscles depend on the level of damage of a facial nerve: dryness of an eye, dacryagogue, frustration of hearing and taste. The complex of non-drug therapy included: remedial gymnastics, reflexotherapy, physical therapy, manual influences (massage and post isometric relaxation). After the carried-out treatment by methods of non-drug therapy: remedial gymnastics, physical therapy, acupuncture and massage, the movement of a circular muscle of an eye was restored on 6–7 session, cheek muscles on 8–9 session, later - the movement of a circular muscle of a mouth and mentalis. By the end of treatment patient can wrinkle the forehead, narrow eyes, some delay angle of the mouth. Conclusions: Early application of reflexotherapy, remedial gymnastics, massage, physical therapy accelerates recovery of patients, reduces the period of temporary disability. Restores correction, functions of the speech and chewing. Thus, in the treatment of patients with facial nerve neuropathy and its complications using a wide range of rehabilitation actions including drug and non-drug methods that are applicable willows out-patient basis.

Keywords: rehabilitation, patients, facial neuritis, non-pharmacological therapy, reflexotherapy.

Поражение лицевого (VII) нерва является одной из самых частых патологий периферической нервной системы.

В большинстве случаев острой невропатии лицевого нерва (НЛН) причина остается неизвестной. В этих случаях используют термины «идиопатическая невропатия лицевого нерва» или «паралич Белла» (в честь английского невролога С. Bell, описавшего данное

заболевание в 1836 г.). Паралич Белла относится к частым неврологическим заболеваниям – в год регистрируются примерно 25 новых случаев на 100000 населения.

Переохлаждение, на которое часто указывают больные, может явиться пусковым моментом. К факторам, способствующим развитию невралгии лицевого нерва, относятся артериальная гипертензия, сахарный диабет.

Нередкой причиной поражения нерва бывает черепно-мозговая травма, как проникающая, так и закрытая.

Клинические признаки, сопровождающие периферическую прозоплегию, зависят от уровня поражения лицевого нерва: сухость глаза, слезотечение, расстройство слуха и вкуса.

Основным синдромом поражения лицевого нерва является *слабость мимической мускулатуры*.

Из-за пареза мимических мышц речь может становиться невнятной. Во время жевания больной иногда прикусывает щекой и десной, жидкая пища выливается из угла рта.

Цель исследования

Восстановление коррекции, функции жевания и речи при помощи немедикаментозных методов лечения.

Материалы и методы исследования

Исследования и клинические наблюдения больных проводились в отделении немедикаментозной терапии Республиканской клинической больницы (г. Махачкала).

Для решения поставленных задач обследовано 100 больных в остром периоде заболевания. Из них: мужчин – 55, женщин – 45. Возраст – 35–45 лет.

Клиническое обследование включало: изучение жалоб, анамнеза и объективных данных.

При осмотре отмечались степень пареза, нарушение чувствительности, слуха, вкуса, состояния секреции слезных желез.

Лабораторное обследование: общий анализ крови, мочи, глюкоза крови, коагулограмма, кровь на RW, ВИЧ, рентгенография черепа, МРТ головного мозга.

Результаты исследования

Начало реабилитации на 7–10 день от начала заболевания. Программы реабилитации включали лечение положением, лечебную гимнастику, рефлексотерапию, физиотерапию, мануальные воздействия (массаж и постизометрическая релаксация).

Лечебная гимнастика преследует следующие цели: улучшение кровообращения на пораженной половине лица, восстановление нарушенной функции мимических мышц, предотвращение контрактур и содружественных движений, воспитание осанки и оздоровление организма.

Использовали специальный комплекс упражнений по К.Г. Уманскому для мимических и жевательных мышц и артикулярную гимнастику.

Массаж при неврите лицевого нерва применяли для стимуляции проводимости, улучшения трофических процессов и укрепления мимической мускулатуры на пораженной стороне. Массаж при данном заболевании имеет и косметическое значение. Приступать к массажу следует при некотором сглаживании острых проявлений заболевания. Вначале массаж воротниковой зоны. Приемы массажа не должны быть грубыми, энергичный массаж допустим лишь в более позднем периоде, при формировании контрактур, и лишь при благоприятной реакции больного на данную процедуру. Массируя парализованную сторону, применяли преимущественно поглаживание, растирание, вибрацию, но не разминание.

Физиотерапия применялась через 7–10 дней от начала заболевания и являлась необходимым компонентом восстановительного лечения. Цель физиотерапии – усилить противовоспалительный, дегидратирующий эффект комплексной терапии, крово- и лимфообращение в области лица, способствовать улучшению проводимости лицевого нерва, восстановить функцию мимических мышц, предупредить развитие мышечной контрактуры.

Из физиотерапевтических процедур с первых дней заболевания применялось легкое тепло на пораженную половину лица (соллюкс), а спустя неделю – УВЧ на область большой «гусиной лапки».

Со 2–3 недели заболевания в курс лечения включали ультразвук, фонофорез гидрокортизона.

Через 2,5–3 недели после начала болезни при отсутствии признаков повышенной «электровозбудимости нерва» – лечение электростимуляцией и гальванизацией.

Рефлексотерапия применялась на разных этапах лечения больных невротией лицевого нерва в сочетании с другими немедикаментозными методами лечения. Высокая терапевтическая эффективность рефлексотерапии обусловлена ее положительным влиянием на основные патогенетические механизмы заболевания (расстройство микроциркуляции, ишемия, гипоксия нерва, нарушение тканевого метаболизма, отек), а также наличием других лечебных эффектов – миорелаксирующего, миотонизирующего, аналгетического, седативного и иммуномодулирующего. Существенным достоинством иглорефлексотерапии является возможность ее применения в остром периоде. Обычно иглорефлексотерапию начинают через 7–10 дней от начала заболевания.

Использовали точки БАТ, биологически активные точки – общеукрепляющие и специальные. Воздействие на точки БАТ в дистальных отделах конечностей и «здоровой» стороны лица проводилось по тормозному методу, на стороне поражения – по возбуждающему методу. После проведенного лечения методами немедикаментозной терапии

– движение круговой мышцы глаза восстановилось через 6–7 сеансов, в мышцах щеки 8–9, позже – круговой мышцы рта, подбородочной мышцы.

К концу лечения больной может наморщить лоб, зажмурить глаза, несколько оттянуть угол рта.

Выводы

Раннее применение рефлексотерапии, лечебной гимнастики, массажа, физиотерапии ускоряет выздоровление больных, сокращает сроки временной нетрудоспособности.

Восстанавливает коррекцию, функции речи и жевания.

Список литературы

1. Иваничев Г.А. Болезненные мышечные уплотнения. – Казань: Изд-во Казанского ун-та, 1990. – 157с.
2. Иваничев Г.А. Миофасциальная боль. – Казань, 2007. – 392 с.
3. Лувсан Г. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. – М.: Наука, 1990. – 576 с.
4. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: руководство для врачей. – М., 1989. – 464 с.
5. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. Т1. – М.: Медицина, 1978. – 472 с.
6. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии. – М.: Медицина, 1980. – 560 с.
7. Частная физиотерапия: учебное пособие /под ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: Медицина, 2005.
8. Юдельсон Я.Б., Иваничев Г.А. Вторичная контрактура мимических мышц. – Смоленск, 1994. – 138 с.
9. Яхно Н.Н., Штульмана Д.Р. Болезни нервной системы: руководство для врачей: в 2 т. 3 изд., перераб. и доп. Т. 1. – М.: Медицина, 2003. – 744 с.

Рецензенты:

Мугутдинов Т.М., д.м.н., профессор ФПК ДГМА, г. Махачкала;

Асиятилов А.Х., д.м.н., профессор, ГБОУ ВПО ДГМА, г. Махачкала.