

УДК 615.825

Цяк Ірина, ст. 4 курсу факультету здоров'я, фізичної культури і спорту;
науковий керівник – к. с.-г. н., доцент Таргоній П. М. (Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне).

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З НЕВРОПАТІЄЮ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

***Анотація.** У статті досліджено засоби фізичної реабілітації хворих з невропатією лицевого нерва. Охарактеризовано етіологію, перші ознаки прояву та симптоми невропатії лицевого нерва. Доведено ефективність застосування комплексної програми відновного лікування із застосуванням лікувальної фізичної культури, лікувального масажу, фізіотерапевтичних процедур.*

***Ключові слова:** невропатія, лицевий нерв, фізична реабілітація.*

***Аннотация.** В статье исследованы средства физической реабилитации больных с невропатией лицевого нерва. Охарактеризованы этиология, первые признаки проявления и симптомы невропатии лицевого нерва. Доказана эффективность применения комплексной программы восстановительного лечения с применением лечебной физической культуры, лечебного массажа, физиотерапевтических процедур.*

***Ключевые слова:** невропатия, лицевой нерв, физическая реабилитация.*

***Annotation.** In the article the means of physical rehabilitation for patients with facial nerve neuropathy are investigated. The etiology, manifestation of the first signs and symptoms of facial nerve neuropathy are characterized. The efficiency of the use of complex restorative treatment with therapeutic physical training, massage therapy, physiotherapy are proved.*

***Key words:** nevropathy, facial nerve, physical rehabilitation, therapeutic physical training, physiotherapy, therapeutic massage, acupuncture.*

Невропатія лицьового нерва (НЛП) посідає друге місце у структурі патології периферичної нервової системи у дорослих. У дітей невропатія лицьового нерва є найбільш частотним захворюванням черепно-мозкових нервів, що виникає гостро та посідає перше місце серед захворювань периферичної нервової системи. Уперше захворювання описано у 1836 році Ч. Беллом (за прізвиськом ученого захворювання отримало назву параліч Белла). Проблема захворювань периферичної нервової системи завжди була дуже актуальною.

У різних регіонах світу захворюваність на периферичний параліч лицьового нерва на 100000 населення складає 16–25 випадків. Хворіють люди різного віку, але частіше молодшого. Це захворювання призводить до тривалої тимчасової непрацездатності.

Хвороба виникає, коли порушені функції органу, фізіологічних систем або всього організму, або ж втрачена їх взаємна погодженість. В результаті хвороби порушується рівновага між організмом і навколишнім середовищем. До того ж, косметичний дефект, який виникає при цьому захворюванні, особливо при недостатньому відновленні функції мімічної мускулатури, приносить хворим страждання і переживання.

Питання лікування периферичних паралічів лицьового нерва недостатньо досліджено. У багатьох хворих лікування є неефективним. За даними різних авторів (Х. Н. Абасова, Л. В. Белякова, Ю. Л. Горбульова), одужання і значне поліпшення настає тільки у 60–75 % хворих. У кожного 4–5-го пацієнта розвивається контрактура мімічних м'язів.

Мета нашої статті – дослідження комплексної програми фізичної реабілітації з включенням у неї методів традиційної і нетрадиційної медицини для хворих з невротією лицьового нерва.

Невротія лицьового нерва – це захворювання при якому відбуваються функціональні порушення або зміни патологічного характеру в периферичному нерві 7 пари. За дослідженням літературних джерел виділяють низку основних етіологічних факторів, які сприяють розвитку невротії: травматичні ушкодження, раніше перенесені операції на обличчі, вроджена патологія у вигляді вузькості каналу лицьового нерва, наявність новоутворень, аневризма артерій, інфекційні захворювання, інтоксикації, перенесений інсульт, наявність абсцесів, цукровий діабет, застосування хіміотерапії, аутоімунні захворювання.

Невротія лицьового нерва у дітей і дорослих травматичного характеру виникає внаслідок пошкодження кісток основи черепа. Важливе значення має і те, що спровокувати невротію можуть оперативні втручання на соскоподібному відростку або привушній залозі. Лицевий нерв можна легко пошкодити при здійсненні різних пластичних операцій. Що ж стосується інфекційної етіології, то вона пов'язана з вірусними захворюваннями. Велике значення має вірус герпесу. Крім того, пошкодження лицьового нерва у дітей і дорослих може розвинути як ускладнення іншого захворювання, наприклад паротиту, ВІЛ-інфекції, отиту, мезотімпаніта.

У дорослих і дітей пошкодження лицьового нерва може виникати при наявності провокуючих чинників. По-перше, це може бути переохолодження. По-друге, патологія лицьового нерва у ряді випадків виникає при тривалому використанні деяких лікарських препаратів. По-третє, фактором ризику є обтяжена спадковість. Якщо патологія лицьового нерва була у батьків або

інших близьких родичів, то діти мають більш високий ризик захворіти. По-четверте, важливе значення має зниження імунних сил організму.

Діагностування будь-якої форми невропатії проводиться лікарем-неврологом. Перш за все, збирається детальний анамнез, аналізуються його дані, і на їх підставі ставиться передбачуваний діагноз.

Для точного встановлення діагнозу проводиться диференціація його від інших видів невропатії, лікар призначає проведення додаткових діагностичних методів: комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію, електронейромографію. Також, для визначення наявності або відсутності порушень миміки і руху мимічних м'язів лікар-невропатолог просить хворого виконати такі дії: закрити очі; закрити переміно спочатку одне, а потім інше око; підняти брову; покрити носом; надути щокви; перевірити смакову чутливість 1/2 язика.

Хвороба в основному характеризується гостро розвинутим парезом або паралічем мимічної мускулатури особи на стороні ураженого нерва. Максимальний ступінь перебігу цього захворювання настає впродовж перших двох діб. Обличчя хворого стає асиметричним, рот перекошується в здорову сторону, носогубна складка на боці ураження значно згладжується, кут рота на цій стороні опускається. Хворий не може підняти брови вгору, наморщити лоб, виконуючи це лише на здоровій половині обличчя. При оскалюванні зубів ще помітнішим стає перетягування кута рота в здорову сторону. На паралізованій стороні око не закривається (лагофтальм), при спробі його закрити очне яблуко підвертається вгору. Можливі слюзовотеча або сухість ока (ксерофтальмія), розлади смаку, слиновиділення і слуху. Зазвичай порушення чутливості при цьому захворюванні не виявляються.

Лікування невропатії лицевого нерва включає комплекс заходів, що впливають на патогенез і причину захворювання. Насамперед призначається протизапальна та протинабрякова терапія, спазмолітичні і судинорозширювальні засоби, вітаміни, при больовому синдромі анальгетики. Різка асиметрія обличчя, що утворилася, потребує негайної й чітко спрямованої корекції. Вона досягається двома методичними прийомами: лікуванням положення за допомогою лейкопластирного натягу та спеціальною гімнастикою для м'язів здорової половини обличчя. Лейкопластир накладається на активні точки здорового боку обличчя (ділянка квадратного м'яза верхньої губи, колового м'яза рота) і з досить сильним натягом, спрямованим до хворого боку. Він прикріплюється до спеціального шолома-маски або післяопераційної пов'язки, до її бічних лямок. Окремо розглядається лікування положенням для колового м'яза ока з ураженого боку. Тут накладається лейкопластир на зразок «гусячої лапки» на середину верхньої та нижньої повіки і натягається назовні й трохи вгору. При цьому очна щілина значно звужується, що забезпечує під час кліпання майже повне змикання верхньої та нижньої повік, нормалізує слюзовиділення, оберігає рогівку

від висихання й ураження. Поряд з цим лікуванням широко використовують засоби фізичної реабілітації, а саме: фізіотерапію, ЛФК, лікувальний масаж, акупунктуру або голковколівання. Успіх лікування залежить від своєчасного звернення до лікаря.

Із фізіотерапевтичних методів при лікуванні невропатії лицевого нерва використовують такі: електростимуляція уражених м'язів точковим електродом; високоінтенсивна магнітотерапія; карбоксипунктура (рефлексотерапія); фонофорез лікарських препаратів; лазеротерапія інфрачервоним випромінюванням; електрофорез лікарських препаратів.

Електростимуляція струмами низької частоти й інтенсивності дає змогу «пробудити» пасивні м'язи, запобігає їх атрофії та покращує нервово-м'язову передачу. Магнітотерапія усуває набряк і запалення, повертаючи нормальну іннервацію м'язам обличчя. Карбоксипунктура (введення медичного вуглекислого газу) в активні точки покращує місцевий кровообіг, трофіку тканин. Фонофорез і лазеротерапія мають протизапальний та імуностимулюючий ефекти. Електрофорез ліків за допомогою напівмаски Бергоньє дозволяє досягти позитивної динаміки в лікуванні.

ЛФК проводиться на всіх етапах лікування невропатії лицевого нерва. Гімнастика в першому періоді лікування так само, як і в основному, спрямовується на м'язи здорового боку – проводиться навчання активного розслаблення м'язів, дозованого напруження основних мимічних м'язів.

У другому періоді доповненням до попередніх вправ є потреба статичного напруження м'язів язика та тренування ковтання. Напруження язика досягається так: хворий одержує інструкцію «упертися» кінчиком язика в лінію зімкнутих зубів (3 секунди напруження), потім розслабитися й знову «упертися» в ясна – тепер вище зубів. Після розслаблення – робиться упор в ясна нижче зубів. Подібні серії напруження (упор у середину, вгору, вниз) робляться 3–4 рази на день по 5–8 разів впродовж кожної серії. Ковтання здійснюється також серіями, по 3–4 ковтки поспіль. Можна поєднувати звичайне ковтання з питтям рідини, особливо, якщо хворий скаржиться на сухість у роті. Можливі й поєднані рухи – статичне напруження язика й одночасне ковтання. Після подібної поєднаної вправи потрібен триваліший відпочинок (3–4 хв), аніж після окремих вправ. У цьому періоді можна рекомендувати різні види загальнозміцнювального лікування – вітамінотерапію й масаж комірцевої зони.

Третій період починається з моменту перших проявів рухів м'язів сміху й одного з виличних м'язів. Тепер основний акцент потрібно робити на лікувальну гімнастику. Продовжуються статичні вправи для м'язів язика й ковтання, однак істотно збільшується кількість занять – 5–6 разів на день, і тривалість цих занять. До занять і після них рекомендується масаж ураженої половини обличчя. Особливо важливим є масаж усередині рота.

У міру зростання амплітуди довільних рухів додаються вправи для симетричного напруження обох боків – здорового й ураженого. Рухи колового м'яза ока додаються набагато пізніше. Після досягнення достатньої амплітуди скорочення колового м'яза ока потрібно домагатися диференційованого поділу цих скорочень. Це досягається певною функцією м'язів і перенесенням навички роздільного скорочення м'язів із здорового боку на уражений. У цьому ж періоді рекомендується проводити лікування положенням за відомою методикою, однак час скорочується до 2–3 годин через день.

Для одержання задовільних результатів додатково застосовується масаж, акупунктура або голковколівання, які нормалізують циркуляцію крові. При цьому збільшується чутливість нервових закінчень, прискорюється відновлення функцій лицьових нервів.

Так як лицьовий нерв виходить із черепа через шилососкоподібний отвір, входить у привушну залозу на 1 см донизу від зовнішнього слухового проходу і іннервує всі м'язи обличчя (крім жувальних), м'язи зовнішнього вуха і потиличне черевце потилично-лобового м'яза, то за допомогою лікувального масажу необхідно здійснювати вплив на рефлексогенні зони шкіри голови, шиї, вушних раковин. А також, варто призначити масаж м'язів здорового боку особи і хворих м'язів. Положення хворого під час масажу: сидячи в кріслі з опорою голови на підголовник, при максимальному розслабленні м'язів тулуба і рук.

Масаж волосистої частини голови необхідно здійснювати погладженням і розтиранням граблеобразно і долонею. Водночас потрібно робити погладження і розтирання потиличного черевця потилично-лобового м'яза і м'язів задньої поверхні шиї. Масаж грудинно-ключично-соскоподібних м'язів слід робити поглаженням, розтиранням та розминанням. Також потрібно застосовувати вібраційне погладження голови і шиї та биття кінцями пальців. Масаж скроневих областей і вушних раковин виконується погладженням, розтиранням та розминання вушних раковин. Масаж м'язів здорового боку особи в області чола, навколо очниці, губ, щік та шиї здійснюється погладженням; розтиранням; натисканням та пощипуванням; неперервчастою вібрацією та поплескуванням долонною поверхнею пальців. Масаж зони виходу лицевого нерва у шилососцевидному отворі ураженої сторони потрібно здійснювати погладженням, розтиранням, неперервною вібрацією кінцем середнього пальця, постукуванням пальцем. Масаж хворих м'язів обличчя слід робити ніжним площинним погладженням, розминкою, натисканням і пощипуванням, биттям кінцями пальців. Масаж проводиться після парафінової аплікації або теплої компресу, одночасно з заняттями лікувальною гімнастикою. Тривалість процедур: 5–12 хв. Курс лікування 12–15 процедур, щодня або через день.

Голкорексфлексотерапія або акупунктура проводиться підготовленим лікарем. Голковколвання знімає біль в області шиї та голови, а також спазми паралізованих мімічних м'язів. Курс лікування триває 14–15 днів з щоденними дозованими 15-хвилинними сеансами. При цьому голки вводяться симетрично в акупунктурні точки хворої і здорової половини обличчя.

В період залишкових явищ (після 3 місяців від початку захворювання) продовжуються використовуватися всі види ЛФК, що застосовуються в основний період. При цьому робиться акцент на лікувальну гімнастику, завданням якої є збільшення м'язової діяльності для відтворення максимальної симетрії між неураженою та ураженою сторонами особи. У цей же період збільшується тренування м'язових зусиль при різних мімічних ситуаціях.

При своєчасному лікуванні через 2–4 тижні парез лицьової мускулатури може повністю ліквідуватися. У низці випадків хвороба приймає затяжний перебіг але прогноз в основному сприятливий. Повне одужання настає приблизно у 75 % хворих. Після 3-місячного паралічу шанси на відновлення значно зменшуються, а при отогенних і травматичних невритах відновлення може взагалі не статися. У хворих з невropатією лицьового нерва, що перенесли два і більше рецидивів, одужання взагалі не наступає. При рецидивуючій невropатії лицьового нерва спостерігається вищий рівень порушення нерва, що і пояснює більш виражену клінічну симптоматику, тривалий і менш сприятливий перебіг захворювання. На підставі спостережень незалежно від рівня порушення нерва (нижній відрізок фаллопієва каналу, поблизу шилососкоvidного отвору, вищий за барабанну струну) рецидив невropатії, як правило, супроводжується важкою клінічною картиною і гіршим результатом захворювання. Однією з особливостей рецидивуючої невropатії лицьового нерва є те, що у багатьох хворих розвиваються контрактура мімічних м'язів, синкинезії, тіки.

Профілактика невropатії має своєю метою нормалізацію порушених обмінних процесів всередині організму. Так само в профілактику входить своєчасне виявлення і лікування будь-яких системних або інфекційних захворювань. В процесі лікування ортопедичних захворювань важливо проводити стимуляцію м'язів.

Як вторинна профілактика, для запобігання рецидивів невropатії пацієнтам призначається періодичне санаторно-курортне лікування, де застосовуються такі методи профілактичного лікування: психотерапія, магнітотерапія, голкорексфлексотерапія, лікувальна фізкультура, світлолікування, лазерне лікування, аромафитотерапія.

Отже, проведений аналіз та узагальнення інформації зі спеціальної літератури засвідчують про необхідність застосування засобів фізичної реабілітації для хворих з невropатією лицьового нерва. Важливе місце серед засобів фізичної реабілітації, які використовуються для лікування хвори з такими захворюваннями є фізіотерапія, ЛФК, лікувальний масаж,

акупунктура або голковколювання. Застосування засобів фізичної реабілітації в комплексній реабілітації є ефективним, і повинно використовуватися в практиці реабілітологів, які працюють із пацієнтами з невротією лицевого нерва.

1. Мухін В. М. Фізична реабілітація : Підручник / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2000. – 360 с.
2. Ярош В. М. Нервові хвороби / В. М. Ярош. – К., 1992.
3. Марченко О. К. Физическая реабилитация неврологических больных / О. К. Марченко. – К. : Олимпийская литература, 1999. – 56 с.
4. Карлов В. А. Неврология лица. – М. : Медицина, 1991. – 288 с.
5. Peitersen E. Bell's palsy : the spontaneous course of 2.500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies // Acta Otolaryngol. – Suppl. – 2002. – Vol. 549. – P. 4–30.
6. Сорокин Р. М. Методы лечения и реабилитации больных невротией лицевого нерва / Сорокин Р. М. // Рефлексотерапия. – 2004. – № 4. – С. 36–43.
7. Гречко В. Е. Современные аспекты реабилитации больных с невротиями лицевого нерва / В. Е. Гречко, А. В. Степанченко, Л. Г. Турбина, С. Ю. Семенова // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. – 1994. – Т. 26. – С. 45–48.