

ДИНАМОМЕТРИЯ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ В ЛФК ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРИТА ЛИЦЕВОГО НЕРВА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

В. И. Приходько к. м. н., доцент; М. В. Лукашенко
(Белорусский государственный университет физической культуры)

Неврит лицевого нерва (или прозоплегия), проявляющийся преимущественно парезами или параличами мимической мускулатуры, встречается наиболее часто среди поражений других черепных нервов, за исключением лишь глазодвигательных. По данным сводной статистики неврит лицевого нерва составляет 2-3% от всех воспалительных заболеваний периферической нервной системы. Хотя у большинства прогноз благоприятен: около 70% пациентов выздоравливают в срок до 2-х месяцев, однако заболевание характеризуется длительной нетрудоспособностью и высокой частотой развития осложнений: чаще в виде рецидива болезни или постневрестической контрактуры мимических мышц. Несмотря на существующие международные стандарты лечения этого заболевания и его регрессирующий тип, эффективность лечения не всегда удовлетворяет больного и врача. В связи с этим возникает вопрос о необходимости разработки критериев индивидуального дифференцированного подхода к выбору лечебно-восстановительных мероприятий из того арсенала, который обычно используется.

Целью нашего исследования является изучение возможности применения динамометрии как средства контроля эффективности лечебно-восстановительных мероприятий при лечении неврита лицевого нерва на стационарном этапе лечения.

Под наблюдением находилось тринадцать больных, находящихся на лечении во 2-й клинической больнице. Средний возраст больных составил $34 \pm 10,9$ года, из них средний возраст у женщин составил $32 \pm 2,45$ года и у мужчин $36 \pm 16,25$. Давность заболевания к моменту поступления в стационар в среднем составляла 6 дней. При оценке степени тяжести средняя степень пареза (умеренный парез) была обнаружена у девяти больных (69,2%), у четырех (30,8%) - тяжелая степень (выраженный прозопарез).

При обследовании больных применялись следующие методы: а) анкетирование: «Определение клинического состояния больного»; б) измерение гибкости в шейном отделе позвоночника; в) сила мимических мышц; г) спирометрия; д) методы математической статистики.

После первоначального обследования все пациенты были разделены на две группы: контрольная, численностью 5 человек, и исследуемая - 8 человек.

Пациентам первой группы (контрольной) проводилось применяемое во 2-ой клинической больнице восстановительное лечение, которое включало: 1. медикаментозное лечение; 2. физиопроцедуры; 3. ЛФК (мимическая гимнастика, один раз в день, длительностью 15-20 мин.).

Во второй группе больных (исследуемая группа) в дополнение к указанным мероприятиям применялся разработанный нами лечебно-восстановительный комплекс, включающий 1.Лечебную гимнастику (ЛГ), которая проводилась два раза в день по 25-45 мин. ЛГ включала следующие последовательно выполняемые разделы: а) комплекс упражнений, состоящий из ОРУ для верхнего плечевого пояса и мышц шеи в сочетании с элементарными мимическими упражнениями, не требующих зрительного контроля (длительностью 5-10 мин); б) массаж шейно-воротниковой зоны (5-10 мин); в) мимическая гимнастика (10-15 мин). Подбор и дозировка упражнений проводились с учетом нарушений движений и силы определенных мышц; г) массаж шейно-воротниковой зоны и здоровой половины лица (5-10 мин). 2.Мимическая гимнастика, которая выполнялась больным самостоятельно. Предлагались элементарные упражнения, не требующие контроля и помощи инструктора (2-3 раза в день по 10-15 мин).

Занятия лечебной гимнастикой проводились ежедневно 2 раза в день и самостоятельно, по желанию, в палатах перед зеркалом.

Все больные опрошены по анкете "Определение клинического состояния" с целью оценки степени нарушения функции мимических мышц. По данным анкет установлено, что у 1/3 обследованных нами больных полностью нарушена функция мимических мышц на пораженной половине лица, а у остальных - имеется частичное нарушение функций мимической мускулатуры. Средний балл по анкете у всех пациентов исследуемой группы составляет $10,75 \pm 3,7$ баллов (из 32-х максимально возможных), в контрольной группе - $9,8 \pm 4,35$. После проведения лечебно-восстановительного комплекса средний балл по анкете составлял $19,75 \pm 3,73$, у лиц контрольной группы - $16,47 \pm 4,67$. Таким образом, прирост количества баллов по анкете в исследуемой группе составил 83,7%, что значительно больше по сравнению с лицами контрольной группы - 68%.

Гибкость в шейном отделе позвоночника позволяет косвенно судить о состоянии лимфотока и кровотока по магистральным сосудам. Проведенное исследование гибкости шейного отдела позвоночника до применения лечебно-восстановительного комплекса дало следующие показатели: разность между двумя исходными положениями (ИП №1 - рост по стойке «смирно» и ИП №2 - по стойке «смирно» голову максимально назад) у лиц исследуемой группы в среднем составлял $17,25 \pm 1,24$ см., у пациентов контрольной группы - $15,89 \pm 2,17$ см. Тоже обследование после проведения комплекса, позволило выявить увеличение гибкости в большей степени у лиц исследуемой группы, по сравнению с контрольной: разность составила $22,13 \pm 2,06$ см и $16,4 \pm 1,27$ см соответственно.

Нами проведено измерение силы мимических мышц, что позволило сравнить силу мышц пораженной половины лица с силой здоровой половины до и после проведения лечебно-восстановительного комплекса, а также

индивидуально дозировать физическую нагрузку для пораженных мимических мышц во время лечения.

Измерение силы мимических мышц (затылочно-лобной, круговой мышцы глаза, большой и малой скуловых мышц и мышцы поднимающей верхнюю губу) проводили при помощи модифицированного динамометра. В основе данного измерительного прибора лежит проградуированная шкала, к которой прикреплена тонкая стальная пружина, позволяющая, в каждый момент сокращения, отразить на шкале силу даже едва заметного сокращения мышцы.

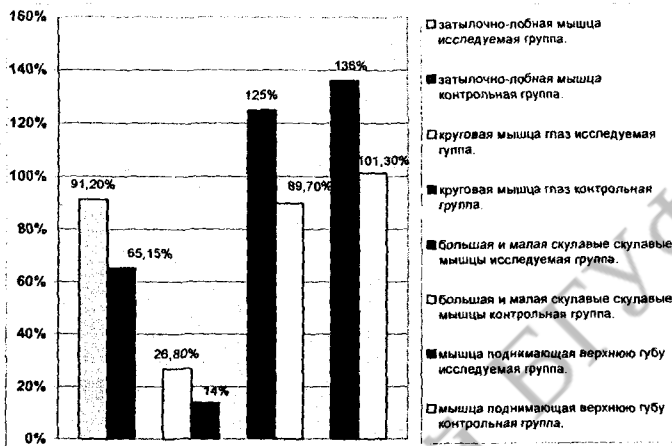
Первоначальное измерение показало, что сила мышц на пораженной стороне лица по сравнению со здоровой в среднем снижена в 2-5 раз. При повторном проведении динамометрии, после окончания лечебно-оздоровительного комплекса, установлена положительная динамика - сила мимических мышц лица в исследуемой группе увеличилась примерно в 2 раза, в контрольной - в 1,3, по сравнению со значениями, полученными до начала предложенного лечебно-восстановительного комплекса, (см. табл.) Динамика показателей динамометрии мимической мускулатуры у пациентов 2-х групп после проведения лечебно-восстановительных мероприятий представлена на рис., из которого видно, что процент прироста силы мышц значительно больше у больных исследуемой группы по сравнению с лицами контрольной группы.

Таблица.

Показатели динамометрии мимических мышц до и после проведения лечебно-восстановительных мероприятий.

Мимические мышцы	Сила мышц				
	Здоровая половина лица	Пораженная половина лица			
		До проведения		После проведения	
		Исследуемая группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	Контрольная группа
Затылочно-лобная	25,2± 3,5	6,64± 5,6	6,6± 5,4	12,7±6,8	10,9±6,4
Круговая мышца глаза	39,95± 5,3	16,4±7	14,3± 7,9	20,8± 9,7	16,3±9,6
Большая и малая скуловые	42,05± 6,2	9,14±5,8	9,96±4,5	20,6± 10,9	18,9± 12,8
Мышца, поднимающая верхнюю губу	23,7± 3,8	5,8± 4,45	7,6± 2,5	13,7±7,2	15,3±5,8

Рис. : Динамика показателей динамометрии мимической мускулатуры у лиц исследуемой и контрольной групп после лечебно-восстановительных мероприятий.



Измерение жизненной емкости легких (ЖЕЛ) позволило косвенно оценить и проследить восстановление силы и тонуса круговой мышцы рта, мышцы поднимающей угол рта и щечной мышцы на пораженной половине лица. При нарушении функции этих мышц не возможен хороший захват насадки спирометра и возникает «парушение» щеки.

Первоначальное исследование ЖЕЛ у больных двух групп выявило показатели находящиеся ниже уровня нормативных величин. Скорее всего, их снижение связано с уменьшением силы мимических мышц участвующих в этом движении. Повторное проведение исследования показателей ЖЕЛ, после проведения лечебно-восстановительных мероприятий, показало их увеличение у всех пациентов, однако, отмечена тенденция несколько большего прироста у больных исследуемой группы. Так у мужчин исследуемой группы он составил 26%, у женщин - 28%. У обследованных мужчин и женщин контрольной группы - 20% и 22% соответственно.

Выводы: Установлено, что примененный комплекс лечебно-восстановительных мероприятий с использованием средств ЛФК и массажа дает достаточно высокий терапевтический эффект. Об этом свидетельствует увеличение силы мышц мимической мускулатуры, улучшение показателей спирометрии, гибкости позвоночника, в большей степени у пациентов исследуемой группы по сравнению с контрольной.

Проведенное нами комплексное исследование, прежде всего, отчетливо показало необходимость качественной оценки, главным образом, двигательных расстройств при организации реабилитационного процесса у

больных невритом лицевого нерва. Это позволяет судить о динамике изменения нервно-мышечного аппарата лица, степени восстановления функции; формализовать оценку степени тяжести неврита; разрабатывать и назначать оптимальные физические нагрузки для восстановительного лечения данных групп больных.

Репозиторий БГУФК