

Мартинэ - Кушелевского оказалось, что после лечебно-оздоровительных мероприятий у лиц исследуемой группы прирост пульса уменьшился, а прирост пульсового артериального давления (ПАД) увеличился. В контрольной же группе после лечебно-оздоровительных мероприятий прирост пульса возрос, а прирост ПАД уменьшился. Полученные данные свидетельствуют о формировании более экономичного и рационального ответа сердечно-сосудистой системы в ответ на физическую нагрузку после проведения лечебно-оздоровительных мероприятий у девушек исследуемой группы. Уровень физического здоровья после оздоровления был оценен как средний у 18% девушек исследуемой группы, как низкий и ниже среднего у 14% и 68% (до оздоровления - 5%, 59% и 36 % соответственно). Показатели в контрольной группе несколько ухудшились и составили: 73% - низкий уровень физического здоровья, 27% - ниже среднего, по сравнению с 64% и 36% соответственно.

т. Подводя итоги, необходимо подчеркнуть ряд моментов.

1. Для большинства девушек из СМГ характерен достаточно низкий уровень физического развития, функционального состояния кардиореспираторной системы, физического здоровья.

2. В учебный процесс по физическому воспитанию лиц из СМГ необходимо включать лечебно-оздоровительные мероприятия с целью патогенетического воздействия.

3. Предложенная программа лечебно-оздоровительных мероприятий для девушек 15 - 17 лет из СМГ с СВД является достаточно эффективной, о чем свидетельствует улучшение показателей физического и эмоционального состояния в большей степени у пациентов исследуемой группы по сравнению с контрольной. Это дает возможность предложить ее для использования в лечении и профилактике СВД.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕВРИТА ЛИЦЕВОГО НЕРВА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

В.И. Приходько канд. мед. наук, доцент; Лукашенко М.В.
(Белорусский государственный университет физической культуры)

Неврит лицевого нерва составляет 2 - 3% от всех воспалительных заболеваний периферической нервной системы.

По данным ВОЗ, неврит лицевого нерва является самым распространенным видом мононеврита, встречающимся практически с одинаковой частотой (13 - 24 на 100 тысяч населения) в разных странах мира. У большинства больных 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.

Неврит лицевого нерва практически не приводит к инвалидности (в Республике Беларусь 1 больной в год), однако сохраняющийся пожизненно косметический дефект оказывает на больного психотравматическое действие, отражается на ряде критериев жизнедеятельности (общение, обучение) и значительно снижает качество жизни. ЛФК наряду с медикаментозным лечением является одним из ведущих методов компенсаторной терапии больных с периферическим параличом лицевого нерва. Однако зачастую сами больные и врачи не придают большого значения методам ЛФК при лечении этого заболевания. Поиск единой тактики при проведении консервативной терапии неврита лицевого нерва сохраняет свою актуальность до настоящего времени. Единых подходов к назначению ЛФК и массажа в лечении не существует: одни применяют массаж лица, другие - категорически отрицают его.

Целью нашего исследования является изучение влияния комплекса лечебно-восстановительных мероприятий при лечении неврита лицевого нерва на стационарном этапе лечения.

Под наблюдением находилось восемь больных, находящихся на лечении во 2-й клинической больнице. Средний возраст составлял 34±1 лет. Умеренный парез был обнаружен у шести больных (75%), тяжелая степень пареза у 2 больных (25%).

При обследовании больных применялись следующие методы:

- анкетирование,
- тест «САН» (самочувствие - активность - настроение),
- измерение гибкости в шейном отделе позвоночника,
- измерение силы мимических мышц,
- / спирометрия,
- / исследование вкусовой чувствительности,
- / методы математической статистики.

После первоначального обследования всем больным был предложен комплекс лечебно-восстановительных мероприятий, который включал последовательно выполняемые разделы:

- 1) ОРУ для верхнего плечевого пояса и мышц шеи в сочетании с элементарными мимическими упражнениями, не требующих зрительного контроля (длительность 10-15 мин);
- 2) массаж шейно-воротниковой зоны (5-15 мин);
- 3) мимическая гимнастика (10 - 15 мин). Подбор и дозировка упражнений проводились с учетом нарушений движений и силы определенных мышц;
- 4) массаж шейно-воротниковой зоны и здоровой половины лица (5 - 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 до начала занятий у 1/3 больных полностью нарушена функция мимических мышц, а у остальных - имеется частичное нарушение силы и тонуса мимической мускулатуры на пораженной половине лица. Средний оценочный балл по анкете составил 10,75 баллов (из 32 максимально возможных). После проведения лечебно-восстановительного комплекса средний балл по анкете составил 19,75 балла.

Нами также оценено эмоциональное состояние пациентов с помощью теста «САН». Установлено, что перед проведением лечебно-оздоровительных мероприятий самочувствие, активность и настроение больных находились на достаточно низком уровне и в среднем составляли 3,5 у.е. (из возможных 10). Однако после окончания проведения лечебных мероприятий у всех больных практически в 2 раза улучшилось самочувствие, выросла активность и поднялось настроение (в среднем показатели теста «САН» составили 6,6 у.е.). Это свидетельствует об улучшении их психоэмоционального состояния.

Мы изучили состояние гибкости в шейном отделе позвоночника.

После проведения лечебно-восстановительных мероприятий разница при наклоне головы назад выросла на 28%, что свидетельствует об увеличении гибкости в шейном отделе позвоночника, это также позволяет косвенно судить об улучшении лимфотока и кровотока по магистральным сосудам

При исследовании вкусовой чувствительности на передних 2/3 языка, установлено, что при поступлении больных в стационар она была нарушена у 87,5% обследуемых. К моменту выписки вкусовая чувствительность восстановилась у всех пациентов.

Нами проведено измерение силы мимических мышц. Сила мышц (затылочно-лобной, круговой мышцы глаза, большой и малой скуловых мышц и мышцы, поднимающей верхнюю губу) измерялась при помощи сконструированного прибора, что позволило оценить ее изменение на пораженной и здоровой половинах лица до и после лечебно-восстановительных мероприятий.

В основе 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 снижена в 2-5 раз. При повторном проведении динамометрии, после окончания лечебно-оздоровительного комплекса, установлена положительная динамика - сила мимических мышц лица на пораженной половине увеличилась примерно в 2 раза по сравнению со значениями, полученными до начала предложенных мероприятий. Данные представлены в таблице.

Показатели спирометрии нами использовались для косвенной оценки силы и тонуса круговой мышцы рта, мышцы поднимающей угол рта, щечной мышцы на пораженной заболеванием половине лица, так как при нарушении функции этих мышц не возможен хороший «захват» насадки спирометра и наблюдается «парушение» щеки. При первоначальном исследовании средние показатели жизненной емкости легких (ЖЕЛ) составили: у обследованных мужчин - 3625 мл, у женщин - 2575 мл, что ниже нормативных величин и скорее всего связано со снижением силы мимических мышц участвующих в этом движении. Вторичное измерение ЖЕЛ, после курса лечебно-восстановительных мероприятий, выявило ее прирост, который в среднем составил у мужчин 26%, а у женщин - 28% от первоначальных значений.

Т а б л и ц а

Показатели динамометрии мимических мышц до и после проведения лечебно-восстановительных мероприятий (ЛВМ)

Мимические мышцы	Сила мышц		
	Здоровая половина лица	Пораженная половина лица	
		До проведения ЛВМ	После проведения ЛВМ
Затылочно-лобная	25,2±3,5г	6,64д-5,6 г	12,7±6,8г
Круговая мышца глаза	39,95±5,3г	16,4±7г	20,8±9,7г
Большая и малая скуловые мышцы	42,05J-6,22г	9,14*5, 8г	20,6±10,9г
Мышца, поднимающая верхнюю губу	23,7±3,8г	5,8±4,45г	13,7±7, 2 г

Выводы. Проведенное нами комплексное исследование, прежде всего, отчетливо показало необходимость оценки, главным образом, двигательных расстройств в реабилитационном процессе у больных невритом лицевого нерва. Определение показателей силы мышц мимической мускулатуры, объема активных движений позволяет дать количественную оценку степени выраженности пареза, отражает степень тяжести патологического процесса и позволяет индивидуально дозировать физические нагрузки, а также определить степень восстановления функций после перенесенного заболевания.

Нами установлено, что примененный комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий с использованием средств ЛФК и массажа дает достаточно высокий терапевтический эффект. Об этом свидетельствует увеличение силы мышц мимической мускулатуры, улучшение показателей спирометрии, гибкости в шейном отделе позвоночника, восстановление вкусовой чувствительности на передних 2/3 языка за достаточно короткий период времени (2 недели).