

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ Ф. СКОРИНЫ»**

**Кафедра неврологии и нейрохирургии
с курсом медицинской реабилитации**

Кафедра оздоровительной лечебной физкультуры

В. Я. Латышева, О. А. Ковалева, И. И. Игнатенко

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

**Учебно-методическое пособие
для студентов медицинских вузов,
инструкторов лечебной физкультуры учреждений здравоохранения,
врачей-интернов**

Гомель
ГомГМУ
2011

УДК 616.85:616.833.17]-036.82:615.825(072)

ББК 56.125.8:52.522.2:53.541.1

Л 27

Рецензенты:

кандидат педагогических наук, доцент,
заведующая кафедрой физвоспитания и спорта

Г. В. Новик

кандидат медицинских наук, доцент,
декан лечебного факультета

В. А. Подоляко

Латышева, В. Я.

Л 72 Лечебная физкультура в восстановительном лечении невропатии лицевого нерва: учеб.-метод. пособие для студентов медицинских вузов, инструкторов лечебной физкультуры учреждений здравоохранения, врачей-интернов / В. Я. Латышева, О. А. Ковалева, И. И. Игнатенко; Гомельский государственный медицинский университет, Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины. — Гомель: учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2011. — 20 с.

ISBN 978-985-506-368-2

В учебно-методическом пособии представлены результаты личного опыта авторов с учетом отечественных и зарубежных публикаций.

Составлено с учетом типовой программы для студентов 4 курса учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет». Предназначено для студентов медицинских вузов, инструкторов лечебной физкультуры, врачей-интернов.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 28 июня 2011 г., протокол № 7.

УДК 616.85:616.833.17]-036.82:615.825(072)

ББК 56.125.8:52.522.2:53.541.1

ISBN 978-985-506-368-2

© Латышева В. Я., Ковалева О. А.,
Игнатенко И. И., 2011

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет»,
учреждение образования
«Гомельский государственный
университет им. Ф. Скорины», 2011

ВВЕДЕНИЕ

Одной из важных проблем неврологии, травматологии, косметологии является поражение лицевого нерва воспалительного, сосудистого, травматического, опухолевого генеза. Ситуацию усугубляет значительный косметический дефект мускулатуры лица, который влияет на психоэмоциональный статус пациента и ухудшает качество его жизни.

До настоящего времени имеется значительное число публикаций комплексного воздействия на пораженный лицевой нерв с применением лекарственных препаратов и лечебной физкультуры. Однако не всегда удается достичь желаемых результатов. Нередко после лечения у пациентов развиваются патологические синкинезии на стороне поражения лицевого нерва. Это требует дальнейшей разработки методов восстановительного лечения.

Цель работы: обоснование и внедрение лечебной физкультуры и массажа как комплексного метода восстановительного лечения пациентов с невропатией лицевого нерва.

Задачи лечебной физкультуры: улучшение кровообращения в области лица, особенно на стороне поражения, в области шеи и всей воротниковой зоны; восстановление нарушенной функции мимических мышц и правильного произношения, предупреждение развития контрактур и синкинезий.

Средства лечебной физкультуры применяют с первых дней заболевания и с успехом используют при остаточных явлениях и осложнениях.

В раннем периоде (1–10-й день болезни) используют лечение положением, массаж и лечебную гимнастику.

ТЕМА 1

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

1.1. Идиопатический паралич Белла.

1.2. Компрессионно-ишемическая мононевропатия: переохлаждение, спазм *vasa vasorum*, ишемический отек нерва, ущемление в костном канале.

1.3. Инфекции, поражающие мозговые оболочки и (или) черепные нервы, включая лицевой:

- вирусные: синдром Ханта, полирадикулоневрит Гийена-Барре, краниальная форма хронического или острого радикулополиневрита, моноклеоз;
- невирусные специфические (сифилис, туберкулез, дифтерия, столбняк);
- невирусные неспецифические (осложнения гнойного среднего отита).

1.4. Опухоли:

- мостомозжечкового угла (ММУ);
- моста (невринома, менингиома, глиома);
- основания черепа (остеосаркома, опухоль носоглотки, прорастающая в полость черепа, менингеальный карциноматоз, лимфолейкома, метастазы опухолей других органов);

- опухоли, эхинококк околоушной железы.

1.5. Травмы:

- ранения в области выхода нерва из черепа;
- операция при гнойном мастоидите, при гнойном среднем отите;
- перелом основания черепа;
- внутричерепная гематома;
- операция на околоушной железе;
- операция по поводу невриномы слухового нерва;
- родовая травма.

1.6. Инсульт в стволе головного мозга.

1.7. Стволовой энцефалит.

1.8. Тяжелая миастения.

1.9. В₁-авитаминоз.

1.10. Синдром Мелькерсона-Розенталя: рецидивирующее поражение лицевого нерва, хронический отек лица, губ, в половине случаев — складчатый язык.

1.11. Редкие формы невралгической амиотрофии с поражением лицевого нерва.

ТЕМА 2

КЛИНИКА ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Поражение лицевого нерва, осуществляющего иннервацию мимической мускулатуры лица, носит периферический либо центральный характер, что приводит, в большинстве случаев, к значительному физическому и косметическому дефекту.

VII пара (n. facialis) — смешанный, преимущественно двигательный нерв с различными попутчиками: *n. petrosus major* (большой каменистый нерв); веточка к мышце стремечка (*n. stapedi*) и участвует в образовании барабанной струны (*chorda tympani*). Ведущими симптомами поражения нерва является парез (паралич) лицевой мускулатуры на стороне поражения.

Методика исследования.

Пациента просят:

- наморщить лоб;
- нахмурить брови;
- закрыть глаза;
- надуть щеки;
- подуть на свечу;
- показать зубы;
- определить вкус на передних 2/3 языка;
- выявить гиперacusis.

Периферический паралич лицевого нерва возникает при поражении ствола или ядра и проявляется прозопарезом или прозоплегией:

- лицо на стороне поражения маскообразно;
- пациент не хмурит брови;
- пациент не морщит лоб;
- не закрывается глаз («заячий глаз», лагофthalm, симптом «заходящего солнца»);
- при попытке закрыть глаз глазное яблоко уходит под верхнее веко и видна склера (симптом Белла);
- на стороне поражения опущен угол рта, сглажена носогубная складка;
- невозможен свист;
- пациент не может подуть на свечу;
- несколько затруднена речь;
- во время еды пища попадает за щеку, которую пациент часто прикусывает;
- слезотечение или сухость глаза;
- затруднение при приеме пищи;
- утрачен или ослаблен надбровный рефлекс;
- вкус на передних 2/3 языка либо сохранен, либо расстроен (это зависит от уровня поражения нерва);
- симптомы поражения лицевого нерва могут сочетаться с глухотой, гиперacusией, расстройством слюноотделения;
- в отдаленном периоде могут развиваться контрактуры пораженных мышц: сужение глазной щели, усиление носогубной складки, перетягивание угла рта в больную сторону, иногда патологические синкинезии.

Центральный паралич (парез) лицевого нерва возникает при надъядерном повреждении двигательного нейрона и проявляется выпадением функции только нижних ветвей лицевого нерва. При этом наблюдается сглаженность носогубной складки, асимметрия оскала (опущение угла рта) на стороне, противоположной очагу поражения, невозможность надуть щеки, подуть на свечу, щека «парусит».

Клиника поражения лицевого нерва в зависимости от уровня поражения

Клиническая картина патологии лицевого нерва зависит от уровня его поражения.

При вовлечении в процесс центрального отдела лицевого нерва (*corticonuclearis*) — на противоположной стороне очага развивается парез мимической мускулатуры нижней части лица, смещение языка (поражение центрального нейрона XII нерва), который может сочетаться с поражением пирамидного пути и тогда возникает гемиплегия (гемипарез) на противоположной стороне.

При поражении ядра лицевого нерва возникает периферический паралич мимических мышц на стороне очага (с лагофthalmом, симптомом Белла, слезотечением), нередко сочетающийся со спастическим гемипарезом на противоположной стороне — альтернирующий синдром Мийяра-Гублера-Жюбле.

При вовлечении в процесс ядра VI пары, внутреннего колена лицевого нерва и пирамидного пути на основании варолиева моста возникает альтернирующий синдром Фовиля — парез мимической мускулатуры, слезотечение, сходящееся косоглазие (VI пара), парез взора в сторону очага и на противоположной стороне спастический гемипарез.

При поражении лицевого нерва в ММУ — парез мимической мускулатуры, сухость глаза, потеря слуха, вестибулярные расстройства и мозжечковые симптомы на стороне очага, иногда нарушаются функции тройничного и отводящего нерва.

При поражении лицевого нерва при входе в фаллопиев канал — паралич мимической мускулатуры сочетается с сухостью глаза, понижением слюноотделения, нарушением вкуса на передних 2/3 языка и гиперacusией, особенно низкого тона, что связано с нарушением иннервации мышцы стремени. При поражении лицевого нерва ниже отхождения *n. petrosus major*, выше барабанной струны наблюдается паралич мимической мускулатуры, который сочетается со слезотечением, уменьшением слюноотделения, гиперacusией и нарушением вкуса на передних 2/3 языка.

При поражении лицевого нерва в области канала ниже *n. stapedius* — паралич мимической мускулатуры сочетается со слезотечением и нарушением вкуса. При поражении лицевого нерва на уровне выхода через шилососцевидное отверстие (ниже *chorda tympani*) возникает только парез мимической мускулатуры.

Патологический процесс нередко распространяется не только на лицевой нерв, но и на ветви тройничного нерва. В этих случаях паралич мимической мускулатуры сопровождается мучительными болями в латеральной части лица и за ухом.

При раздражении нижней части передней центральной извилины (проекции лицевого нерва) возникает Джексонская эпилепсия — пароксизмы клонических судорог в лице на противоположной стороне.

При раздражении ядра в варолиевом мосту и корешка лицевого нерва возникают гиперкинезы в лице — тонико-клонические судороги лицевой мускулатуры (синдром Бриссо-Сикара), при двустороннем поражении — лицевая гемигипестезия, рецидивирующий отек, чаще верхней половины лица (синдром Мейжа).

При неадекватном лечении невропатии лицевого нерва появляется симптом Хвостека — сокращение пораженных лицевых мышц при постукивании молоточком перед ушной раковиной.

При плохом восстановлении функции мимической мускулатуры при невропатии лицевого нерва возникает ее контрактура с патологическими синкинезиями — сужением глазной щели при оскале зубов, подтягиванием угла рта при закрывании глаз на стороне очага, слезотечением из пораженного глаза при жевании (феномен «крокодиловых слез»).

ТЕМА 3

ЭЛЕКТРОДИАГНОСТИКА ПРИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Электродиагностика при невропатии лицевого нерва проводится только в конце 3-й недели от начала заболевания. На аппаратах «Нейро-пульс», «Амплипульс», «Рефтон-СМТ» исследуют электровозбудимость на переменный и выпрямленный импульсный ток (несущая частота — 2000 Гц, модулированная частота — 50 Гц), при этом выявляют количественные и качественные изменения — реакцию перерождения. При этом может определяться частичная реакция перерождения (ЧРП), полная реакция перерождения (ПРП), полная утрата возбудимости (ПУВ).

- ЧРП-А: легкое поражение — есть ответ с нерва и мышцы на оба тока большей силы, чем со здоровой стороны, но мышечный ответ изменен, сокращение вялое, замедленное. При грамотном подборе дальнейшего лечения прогноз благоприятный.

- ЧРП-Б: тяжелое поражение — ответ с нерва и мышцы только на гальванический ток. Признаки повышения электровозбудимости в области ветви нерва и круговой мышцы рта. Сокращения изменены, сила тока больше, чем на здоровой стороне. Катодзамыкательное сокращение (КЗС) меньше или равно анодзамыкательному сокращению (АЗС) (в норме $KЗС > АЗС$). На тетанизирующий ток ответа нет. Прогноз менее благоприятный, чем при типе А.

- ПРП: с нерва нет ответа ни на один из видов тока, с мышцы — только на гальванический ток большой силы. $KЗС < АЗС$. Сокращения червеобразны.

- ПУВ: с нерва и мышцы нет ответа ни на один вид тока.

Ранние признаки контрактуры:

- 1) количественное повышение возбудимости;
- 2) обобщение мышечных сокращений;
- 3) переход возбуждения со здоровой стороны на больную;
- 4) патологические синкинезии;
- 5) реакция перерождения с извращением полярной формулы: на гальванический ток возбудимость растет, на тетанизирующий — падает;
- 6) гальвано-тетанизирующая диссоциация.

Наличие 3-х из этих признаков говорит о признаках контрактуры.

При невропатии лицевого нерва контрактура развивается в 15–25 % случаев. При поражении лицевого нерва на уровне коленчатого узла контрактура развивается в 100 % случаев.

ТЕМА 4

ЛЕЧЕНИЕ ПРОЗОПЛЕГИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Лечение положением, массаж и кинезотерапия показаны при невропатиях инфекционной и сосудистой этиологии, после оперативного удаления невриномы слухового нерва с последующей компрессией лицевого нерва, после санации острого гнойного процесса в среднем ухе, вызвавшего невропатию лицевого нерва, при последствиях операции по поводу эпители-

Кинезотерапия показана с первых дней заболевания, а также при остаточных явлениях и осложнениях (контрактуры, синкинезии). Методика дифференцируется в соответствии с клиническими особенностями и течением процесса.

Методы кинезотерапии

Лечение положением. Методика включает сон на боку (на стороне поражения). В течение 10–15 мин 3–4 раза в день необходимо сидеть, склонив голову в сторону поражения, поддерживая ее тыльной стороной кисти (с опорой на локоть), подвязывание платка, подтягивая мышцы со здоровой стороны в сторону поражения (снизу вверх), стремясь при этом восстановить симметрию лица.

Лейкопластырная тракция. Для устранения асимметрии лица проводится лейкопластырное натяжение со здоровой стороны на больную. Фиксация лейкопластыря направлена против тяги мышц здоровой стороны и осуществляется прочной фиксацией другого свободного конца пластыря к специальному шлему-маске, изготавливаемому индивидуально для каждого пациента. При этом выполняются следующие условия: коррекция и гиперкоррекция мышц здоровой стороны осуществляется с определенной силой, чтобы мышцы-антагонисты паретичной стороны были достаточно свободны в своих действиях и не испытывали тяги мышц здоровой части лица; фиксация свободного конца пластыря к шлему должна быть жесткой (даже двукратной с подворотом), иначе здоровые мышцы не смогут удерживать в коррекции. Прикрепление свободного конца пластыря прямо к коже пораженной стороны неэффективно, так как здоровые мышцы в этом случае сразу же выйдут из-под контроля тяги и потянут кожу и подлежащие мышцы в свою сторону, вернув прежнюю асимметрию лица. Необходимо следить за участками кожи, к которым прикрепляется пластырь, предупреждая раздражение массажем и питательными кремами после сеанса лечения положением.

Процедура применяется для уменьшения глазной щели (лагофтальма), осуществляется одной или двумя узкими полосками лейкопластыря, который прикреплялся на коже века посередине глазной щели и мягко натягивают кнаружи — вверх, свободным концом, также прикрепляя к неподвижному шлему (рисунок 1).



Рисунок 1 — Методика наложения лейкопластырного натяжения лица на стороне невропатии лицевого нерва

Сила натяжения легко определяется до появления двоения при бинокулярном зрении. Однако, чем уже была глазная щель при натяжении, тем легче она смыкается при непроизвольном моргании. Таким естественным образом глаз увлажняется слезой, что предохраняет роговицу от высыхания и изъязвления, т. к. в этом случае лечение направлено не только на мышечный дефект, но и на сохранность роговицы, то в отличие от других случаев лечения положением оно применяется и в ночное время, когда особенно важно, чтобы глаз был

Во всех остальных случаях лечение положением проводят в дневное время, когда двигательные функции наиболее необходимы пациенту для выполнения бытовых, трудовых и лечебных мероприятий. Кроме того, лечение положением во время сна малоэффективно и утомительно. Лейкопластырное натяжение в первые сутки проводят дробно — по 30–60 мин 2–3 раза в день, преимущественно, во время активных мимических действий (при еде, разговоре, общении с родственниками и врачами). Затем время лечения увеличивается до 2–3 ч в день.

Массаж начинают с воротниковой области и шеи. После этого проводят массаж только здоровой части лица. Пациент садится с зеркалом в руках, а массажист располагается напротив него (массажист обязательно должен видеть все лицо пациента, а последний выполнять рекомендуемые во время процедуры упражнения, наблюдая за их точностью с помощью зеркала). Приемы массажа (поглаживание, растирание, легкое разминание, вибрация) проводят по очень щадящей методике. В противном случае может развиваться лицевая контрактура на стороне поражения или синки-

В вводной части процедуры проводится обучение расслаблению. Для наглядности на первой процедуре начинают с показа расслабления мышц руки. После этого предлагают в покое расслабить мышцы здоровой половины лица и для лучшего расслабления массируют ее, едва касаясь, прие-

мом непрерывистой вибрации ладонной поверхностью трех пальцев (II, III и IV) осторожно, последовательно охватывая лоб, щеку, подбородок. Направление движений от середины лба до околоушной области, от основания носа и верхней половины щек к углу нижней челюсти, от крыльев носа и нижней части щеки к подчелюстным лимфатическим узлам. Эти движения повторяют 1–2 раза только на здоровой стороне, а затем одновременно и на пораженной (очень осторожно). В первые дни массаж длится 5–7 мин, затем увеличивается до 15–17 мин.

При поражении лицевого нерва «ювелирное» использование реэдукации (обозначения мышцы) проводится со стороны слизистой оболочки ротовой полости и требует от инструктора знания расположения отдельных мышечных групп (особенно скуловой, трех отдельных волокон квадратной мышцы верхней губы, мышцы смеха, треугольной и щечной мышцы).

В дополнение к реэдукации мышц со стороны слизистой оболочки рта аналогично воздействуют на эти мышцы снаружи, через кожу, захватывая и те из них, которые можно массировать только снаружи — лобные, носовые, область верхнего и нижнего века, подбородочную, а также все мышцы шеи — спереди и сзади. Технически эти приемы массажа проводятся с небольшой интенсивностью, осторожно, без значительного смещения кожи лица, чтобы не увеличивать глубину и длину основных морщин и складок — носогубной, лобных, угла глаза и рта и т. д. Благоприятно и чередование в течение одного сеанса обычного массажа и реэдукации мышц со стороны слизистых оболочек и снаружи. Желательно, чтобы приемы реэдукации чередовались с активным дифференцированным напряжением этих мышц.

Лечебная гимнастика проводится в малых дозах и имеет сугубо избирательный характер. Основное внимание на первом этапе уделяется мышцам здоровой стороны. При этом проводится дозированное напряжение и расслабление отдельных мышц (например, скуловой, мышцы смеха) и мышечных групп (скуловой, щечной и круговой мышцы глаза). Показано изолированное напряжение (расслабление) тех мышечных групп, которые обеспечивают определенную мимику (улыбка, смех, внимание, печаль, плач и т. д.) или активно участвуют в артикуляции некоторых губных звуков (п, б, м, в, ф, у, о). Рекомендовано минимальное мышечное напряжение, особенно мышц, окружающих ротовую щель.

Все эти упражнения для мышц здоровой стороны имеют предварительный, тренировочный характер и направлены на подготовку к эффективным занятиям в основном периоде прозопареза или прозоплегии. Занятие гимнастикой продолжается 10–12 мин и повторяется 2 раза в течение дня.

Контрактура мимических мышц — наиболее частое осложнение невротии лицевого нерва — характеризуется патологическими синкинезиями, стойким напряжением паретичных мышц и клонико-тоническими или тикозными спазмами в отдельных мышечных группах.

Специальные упражнения в остром периоде прозопоплегии

В остром периоде прозопоплегии лечебная гимнастика проводится с привлечением различных синергических реакций: дыхательно-лицевых; жевательно-лицевых; язычно-лицевых; глоточно-лицевых; глазодвигательно-лицевых; брахио-фасциальных; имитационных синергий лица, глобальных синкинезий.

На первом этапе важно получить любую, пусть даже недифференцированную и генерализованную двигательную реакцию пораженных мышц лица. Там, где это возможно, голове пациента придается положение, обеспечивающее антигравитационные условия работы парализованных мышц. Иногда с целью дополнительной стимуляции остаточной двигательной активности проводится усиление проприоцептивных ощущений с кожных поверхностей над пораженными мышцами путем их легкого покалывания иглой, а также выполняется натяжение мимических мышц через палец, подставленный с внутренней стороны щеки или губы.

Примеры упражнений, основанных на дыхательно-лицевых синкинезиях:

- пациент закрывает пальцем здоровую половину носа и производит форсированное вдыхание воздуха ноздрей пораженной половины лица. При этом он изо всех сил пытается «играть» крыльями носа и напрягать носогубную складку;
- пациент втягивает воздух через сомкнутые зубы (как кит), одновременно он пытается растянуть губы «в ниточку», образовать «ямочки» на щеках, напрячь носогубную складку;
- затем быстро вдыхает и выдыхает носом, как бы принохивается, пытаясь шевелить крыльями носа;
- в последующем пытается выдохнуть воздух через вытянутые в трубочку губы, как при свисте;
- пациент попеременно во время вдоха через рот натягивает верхнюю губу на верхние резцы и нижнюю губу на нижние резцы.

Примеры упражнений, основанных на жевательно-лицевых синкинезиях:

- пациент смещает челюсть в сторону пораженной половины лица, одновременно пытаясь сомкнуть ипсилатеральную глазную щель и оскалить зубы;
- пациент делает прикус «на резцы» и одновременно пытается оскалить верхние зубы до клыков;
- пациент стремится опустить углы рта вниз;
- пациент выдвигает нижнюю челюсть вперед, одновременно пытаясь оттопырить нижнюю губу.

Примеры упражнений, основанных на язычно-лицевых синкинезиях:

- пациент прижимает кончик языка к твердому нёбу, одновременно пытаясь наморщить нос и сузить глазную щель;
- затем высовывает язык и поворачивает его в сторону пареза, пытаясь одновременно сузить глазную щель;

- упирает кончик языка в щеку на пораженной стороне, пытаясь напряжением *m. buccinator* адекватно противостоять этому давлению.

Пример упражнений, основанных на глоточно-лицевых синкинезиях:

- пациент делает повторные глотательные движения, как при проглатывании чего-либо горького, одновременно пытаясь прищурить глаза и напрячь носогубные складки.

Примеры упражнений, основанных на глазодвигательно-лицевых синкинезиях:

- закрывание глаза проводится в антигравитационном положении (лежа на спине). Пациента обучают закрывать глаз в два приема: сначала прикрывается верхнее веко, а когда объем его движения оказывается полностью исчерпанным, смыкается глаз за счет напряжения круговой мышцы глаза;

- поворачивая взор в ипсилатеральную сторону, пациент пытается сомкнуть глазную щель, а в положении сидя, отклоняя голову назад, одновременно пытается прикрыть верхнее веко (рефлекс кукольных глаз);

- в положении сидя, наклоняя голову вперед и поднимая глаза кверху, пациент пытается наморщить лоб;

- пациент пытается сузить глазную щель;

- пациент упирается обеими руками в поверхность стола, пытаясь изобразить на лице гримасу перенапряжения.

Упражнение, основанное на глобальных синкинезиях:

- лежа на спине, пациент приподнимает голову, пытаясь одновременно совершить определенные действия мышцами пораженной стороны лица: оттянуть угол рта в сторону, «насупить» брови, сомкнуть глазную щель и т. д. Методист оказывает адекватное сопротивление приподниманию головы пациента с помощью ладони, приложенной к его лбу.

ТЕМА 5

ЛЕЧЕНИЕ ПРОЗОПЛЕГИИ В ОСНОВНОМ ПЕРИОДЕ

В основном периоде (с 10–12-го дня от начала заболевания до 2–3 мес) начинается, как правило, спонтанное восстановление функции мышц, а также проводится активное лечение специальными физическими упражнениями и другими методами лечебной физкультуры (ЛФК).

Лечение положением. Продолжительность его увеличивается до 4–6 ч в день; чередуется с занятиями ЛФК и массажем. Увеличивается также степень натяжения лейкопластыря, достигая гиперкоррекции, со значительным смещением в больную сторону, чтобы добиться растяжения и, тем самым, ослабления силы здоровых мышц. Благодаря этому здоровые мышцы преобразуются из «соперников» для больных мышц в их «союзники».

В отдельных случаях лейкопластырное натяжение проводится в течение 8–10 ч.

Массаж в этом периоде выполняется разными приемами в зависимости от топографии поражения. Так, мышцы, иннервируемые первой ветвью

лицевого нерва (лобные мышцы, носовые, круговая мышца глаза), массируются обычным способом, описанным в руководствах по массажу. Это легкие и средние поглаживания, растирания, вибрация по точкам. Большинство усилий, направленных на мышцы лица, имеют, преимущественно, точечный характер, чтобы смещения кожи были незначительными и не растягивали кожу ослабленной половины лица.

Основной же массаж, который проводится изнутри рта, выполняет двойную функцию — реэдукации (обозначения мышцы) и сугубо массажную, усиливая кровообращение, трофику паретичных тканей и т. д. Все массажные движения изнутри рта сочетаются с лечебными упражнениями.

ТЕМА 6

ЛЕЧЕНИЕ ПРОЗОПЛЕГИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Лечебная гимнастика играет ведущую роль в восстановительном периоде. Все упражнения этого этапа можно разделить на несколько групп: дифференцированные напряжения отдельных паретичных мышц и мышечных групп: лобных, надбровных, круговой мышцы глаза (2 пучка), скуловой, мышцы смеха, квадратной мышцы верхней губы, треугольной, подбородочной, круговой мышцы рта (2 пучка); дозированные напряжения (расслабления) всех указанных мышц, т. е. тренировка их в поэтапном сокращении с возрастающей и убывающей силой (как по возрастающей в одном направлении, так и «вразбивку», как бы по ступенькам вверх-вниз и с «перескоками» в обе стороны); осознанное включение перечисленных мышц и мышечных групп в различные мимические ситуации — улыбку, смех, огорчение, удивление, раздражение и др.; использование дозированного напряжения во время артикуляции различных звуков, слогов, особенно губных, требующих участия различных мышечных групп.

Перечисленные упражнения выполняются перед зеркалом с участием инструктора ЛФК и обязательно повторяются пациентом (по укороченной программе) самостоятельно (2–3 раза в течение дня).

Рекомендуются также следующие специальные упражнения для мимических мышц.

Наморщить лоб, нахмурить брови, закрыть глаза (последовательность выполнения этого упражнения: посмотреть вниз; закрыть глаза, придерживая веко пальцами на стороне поражения и держать глаза закрытыми в течение минуты; открыть и закрыть глаза 3 раза подряд); улыбаться с закрытым ртом; прищуриться, опустить голову вниз, сделать вдох и в момент выдоха «фыркнуть» (вибрировать губами), пытаться свиснуть, расширять ноздри, поднять верхнюю губу, обнажив верхние зубы, опустить нижнюю губу, обнажив нижние зубы; улыбаться с открытым ртом; погасить зажженную спичку; набрать в рот воду, закрыть рот и полоскать, стараясь не

выливать воду; надуть щеки, перемещать воздух с одной половины рта на другую попеременно; высунуть язык и сделать его узким, открыв рот; двигать языком вперед-назад, вправо, влево, открыв рот; выпячивать вперед губы «трубочкой»; следить глазами за двигающимся по кругу пальцем; закрыть рот и втягивать щеки; опустить верхнюю губу на нижнюю; кончиком языка водить по деснам попеременно в обе стороны, прижимая язык с разной степенью усилия.

Упражнения для улучшения артикуляции:

- произносить буквы о, и, у;
- произносить буквы п, ф, в, подводя нижнюю губу под верхние зубы;
- произносить сочетание этих букв: ой, фу, фи и т. д.;
- произносить слова, содержащие эти буквы, по слогам (о-кош-ко, Фёк-ла, и-зюм, пу-фик, Вар-фо-ло-мей, и-вол-га и т. д.).

Перед каждым упражнением обязательно расслабляют мышцы, особенно на здоровой стороне. Следует добиваться выполнения симметричных движений. Для этого пациент должен активно ограничивать амплитуду движения на здоровой стороне, придерживая ее рукой. На стороне поражения упражнения осуществляются рукой пассивно, а при появлении минимальных активных движений — активно с помощью руки. По мере восстановления движений эти же упражнения выполняют с сопротивлением и повторяют 4–5 раз с паузами для отдыха. Упражнения для глаз выполняют 2–3 раза. Процедуры проводят 2–3 раза в день.

При лечении последствий невропатии лицевого нерва применяется специальный прием массажа — метод «реэдукации» (обозначение той или иной мышцы или группы мышц). Технически этот прием выполняется как продольное растирание и разминание брюшка мышцы в различных ее состояниях — расслабленном или в разной степени напряжения. Потряхивание, мелкоточечная вибрация, а также ее кратковременное чувствительное (на грани болевого) прижатие тоже относятся к приемам реэдукации.

Массаж и лечебную гимнастику назначают ежедневно в течение 2–3 недель. Длительность процедуры массажа лица 5–12 мин. При отсутствии эффекта лечебную гимнастику продолжают, а массаж прерывают на 8–10 дней, после чего назначают повторный курс массажа (20 процедур).

Если функция мимических мышц полностью не восстанавливается, методика должна быть направлена на ограничение мимики здоровой половины лица, что помогает маскировать и компенсировать дефект.

При осложнении заболевания и первом намеке на появление содружественных движений массаж должен быть весьма щадящим, физические упражнения временно исключают и очень осторожно возобновляют (на 3–5-й день) с целью подавления синкинезий.

ТЕМА 7

ЛЕЧЕНИЕ ПРОЗОПЛЕГИИ В РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

В резидуальном периоде (после 3 мес.) используют все виды ЛФК, применяемые в основном периоде, с акцентом на лечебную гимнастику, задачей которой является увеличение мышечной деятельности для воссоздания максимальной симметрии между здоровой и больной стороной лица. В этом же периоде увеличивается тренировка мышечных усилий при различных мимических ситуациях.

В резидуальном периоде наиболее часто проявляют себя контрактуры мимических мышц.

ТЕМА 8

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ КОНТРАКТУРЫ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ

При проведении лечебной гимнастики у пациентов с невропатией лицевого нерва особое внимание следует обратить на доклинические признаки контрактуры, т. к. упражнения могут ускорить и усилить их проявление. Основным прогностическим признаком возможного появления контрактуры служит длительность паралича мимических мышц: если в течение 4-х недель и более не началось спонтанное или направленное восстановление паретичных мышц или оно крайне незначительно, то вероятность развития контрактуры очень велика. В связи с этим, во время лечебной гимнастики на 2–4-й неделе заболевания (за 1–2. мес и более до появления клинических симптомов осложнения) при упражнениях, направленных на восстановление движений век и рта, контролируют 1–2 раза подряд их выполнение следующими приемами: при закрывании глаз слегка, не надавливая, прикладывают палец на стороне поражения вблизи угла рта (не касаясь губы); во время упражнения для рта прикладывают палец поочередно на верхнее и нижнее веко. При доклинических признаках контрактуры под пальцем ощущается быстро исчезающее легкое напряжение мышц, которое в этот период не ощущается пациентом и не выявляется при осмотре.

Обычную лечебную гимнастику для лица при доклинических признаках контрактуры следует отменить и применять, только лечение положением, обучение расслаблению мышц лица и массаж воротниковой области. При клинических симптомах контрактуры применяют лечебную гимнастику для мышц лица, лечение положением и массаж воротниковой зоны. Массаж лица сочетают в одной процедуре с лечебной гимнастикой.

В лечебной гимнастике мимические движения рекомендуется проводить одновременно для пораженной и здоровой половины лица с предварительным расслаблением всех мышц в покое.

Лечение положением то же, что и при обычном парезе мимических мышц. В качестве исключения при грубых контрактурах лейкопластырное натяжение используется в обратном направлении — с больной стороны на здоровую.

Во время лечебной гимнастики применяется легкий массаж лица с целью расслабления мышц пораженной стороны. На здоровой половине используют поглаживание, растирание, вибрацию, на стороне поражения — поглаживание, легкое растирание и вибрацию. Массаж лица без одновременной гимнастики не показан. Массаж воротниковой области применяют как самостоятельную процедуру с использованием всех приемов, исключая разминание.

В период восстановительного лечения обязательно выявлять наличие синкинезий. Например, обнаружение того факта, что при напряжении лобной мышцы сокращается мышца смеха и, наоборот; движение круговой мышцы рта вызывает сокращение круговой мышцы глаза, а напряжение круговой мышцы глаза — сокращение щечной мышцы и круговой мышцы рта.

Раннее использование упражнений на стороне поражения совместно с усилением мышц во время обучения прикладным навыкам (речь, еда) совместно с адекватным напряжением мышц здоровой стороны позволяет с достаточной степенью эффективности предупреждать, стабилизировать и устранять развитие патологических синкинезий.

Противосодружественные упражнения могут быть полупассивными и активными. При полупассивных упражнениях одна группа мышц плотно фиксируется рукой инструктора (или самого пациента), а синергичная группа совершает активные движения. Так, активное закрывание или прищуривание глаза должно сопровождаться фиксацией угла рта с этой же стороны, чтобы избежать их содружественного сближения. И, наоборот, — активное движение угла рта в сторону («улыбка») сопровождается фиксацией открытого глаза, чтобы не дать ему содружественно закрыться во время напряжения мышц ротовой щели. Активные движения отличаются от полупассивных только тем, что вместо фиксации рукой инструктора пациент сам совершает активные противоположные движения в этой группе мышц. При закрывании глаза он напрягает мышцы рта с противоположной стороны, уводя угол рта в здоровую сторону, а при движении угла рта активно «раскрывает» глаз. Другим активным приемом является дифференцированное расслабление одной из мышечных групп при одновременном активном напряжении синергичной группы — расслаблении мышц рта при закрывании глаза и наоборот.

ТЕМА 9

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА И МАССАЖ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

При хирургическом лечении повреждений лицевого нерва (пластические операции) занятия ЛФК делят на 3 периода: предоперационный, ранний послеоперационный, поздний послеоперационный.

В предоперационном периоде основной задачей является активное предупреждение асимметрии здоровой и пораженной сторон лица. Коррекция достигается лечением положением с помощью лейкопластырного натяжения и специальной гимнастикой для мышц здоровой половины лица (обучение дозированным напряжениям и расслаблениям).

В раннем послеоперационном периоде (от момента пластической операции до первых клинических признаков восстановления функций) продолжают, в основном, те же реабилитационные мероприятия, что и в остром периоде (лечение положением и специальная гимнастика, направленная, преимущественно, на дозированную тренировку мышц здоровой стороны лица). Занятия ЛФК дополняют рефлексорными упражнениями — статическим напряжением мышц языка и тренировкой форсированного глотания.

Напряжение мышц языка достигается следующим образом: пациенту предлагают «упереться» кончиком языка в линию сомкнутых зубов (2–3 напряжения), затем расслабиться и вновь «упереться» в десну — теперь выше зубов. После расслабления — упор в десну ниже зубов. Подобные серии напряжений (упор в середину, вверх, вниз) проделывают 3–4 раза в день по 5–8 раз в течение каждой серии.

Тренировка глотания осуществляется также сериями, по 3–4 глотка подряд. Можно сочетать обычное глотание с питьем жидкости, особенно если пациент жалуется на сухость во рту. Можно сочетать статические напряжения языка и глотание. После сочетанного упражнения необходим более длительный отдых (3–4 мин), чем после отдельных упражнений.

Показан массаж лица, особенно пораженной стороны.

Поздний послеоперационный период начинается с момента первых клинических проявлений прорастания нерва. Раньше других отмечается движение мышц смеха и одной из порций скуловой мышцы. Основной акцент делается на лечебную гимнастику. Продолжают статические упражнения для мышц языка и тренировку глотания, увеличивая число занятий до 5–6 раз в день и продолжительность их. До занятий и после них рекомендуется массаж пораженной половины лица. Особенно эффективен массаж изнутри рта.

По мере возрастания амплитуды произвольных движений включают упражнения в симметричном напряжении обеих сторон — здоровой и пораженной. Важный методический принцип — приравнивание силы и амплитуды сокращения мышц здоровой стороны к ограниченным пока возможностям мышц пораженной стороны, но не наоборот, т. к. паретичные мышцы даже при максимальном сокращении не могут уравниваться со здоровыми и обеспечивать симметрию лица. Это важнейшее правило справедливо для всех видов тренировок мимических мышц на разных этапах лечения.

Движения круговой мышцы глаза при невропатии лицевого нерва появляются гораздо позднее. Первое время они синергичны с сокращениями

мышц нижней и средней части лица. Эту синергию в течение 2–3 мес. следует всячески усиливать (совместными сокращениями всех мышц пораженной стороны), а после достижения достаточной амплитуды сокращения круговой мышцы глаза необходимо добиваться дифференцированного разделения этих сокращений. Достигается это определенной функцией мышц и переносом навыка раздельного сокращения мышц здоровой стороны на пораженную. В этом же периоде рекомендуется проводить лечение положением по описанной выше методике, однако продолжительность процедуры сокращается до 2–3-х ч через день.

ТЕМА 10

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

При поражении лицевого нерва пациенту рекомендуется:

- не переохлаждать лицо, шею, голову;
- до выздоровления в любую погоду следует обязательно носить платок или шапочку, шарф;
- в первые недели необходимо поддерживать больную сторону лица повязкой. Сложенный по диагонали платок накладывается на подбородок и завязывается узлом на темени. Под повязкой мышцы здоровой стороны следует слегка сместить вниз, а больной — поднять;
- разговаривать тихо и по возможности меньше. Разговаривая, здоровую сторону лица следует придерживать, несколько смещая ее вниз по направлению к обездвиженным мышцам;
- есть небольшими порциями, жевать медленно как на здоровой, так и на больной стороне;
- спать рекомендуется на боку на стороне повреждения, подложив руку под парализованную щеку, смещая ее несколько вверх, либо на спине, повязав на голову платок;
- полезно 2–3 раза в течение дня полежать на спине с закрытыми глазами (плохо закрывающееся веко прикрыть пальцами);
- в течение дня 3–4 раза сидеть по 10–15 мин, склонив голову в сторону поражения, поддерживая ее тыльной стороной кисти (с опорой на локоть).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Белая, Н. А.* Руководство по лечебному массажу / Н. А. Белая. — М.: Медицина, 2001. — 288 с.
2. *Боголюбов, В. М.* Медицинская реабилитация: в 3-х т. / В. М. Боголюбов. — М.: Пермь, 2007.
3. Виды реабилитации: физиотерапия, лечебная физкультура, массаж: учеб. пособие / Т. Ю. Быковская [и др.]; под общ. ред. Б. В. Карбухина. — Ростов н/Д: Феникс, 2010. — 557 с.
4. *Епифанов, В. А.* Лечебная физическая культура: справочник / В. А. Епифанов. — М.: Медицина, 1987. — 528 с.
5. *Епифанов, В. А.* Лечебная физкультура и массаж: учеб. для студентов мед. институтов / В. А. Епифанов. — М.: Медицина, 2004. — 553 с.
6. *Коган, О. А.* Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии / О. А. Коган, В. П. Найдин. — М.: Медицина, 1988. — 301 с.
7. *Латышева, В. Я.* Методика составления медицинской карты стационарного больного с заболеваниями, травмами нервной системы: учеб.-метод. пособие / В. Я. Латышева. — Гомель, 2005. — 29 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Тема 1. Этиологические факторы поражения лицевого нерва.....	3
Тема 2. Клиника поражения лицевого нерва.....	4
Тема 3. Электродиагностика при невропатии лицевого нерва.....	7
Тема 4. Лечение прозоплегии в остром периоде	8
Тема 5. Лечение прозоплегии в основном периоде	12
Тема 6. Лечение прозоплегии в восстановительном периоде	13
Тема 7. Лечение прозоплегии в резидуальном периоде.....	15
Тема 8. Предупреждение контрактуры мимических мышц	15
Тема 9. Лечебная физкультура и массаж в различные периоды хирургического лечения невропатии лицевого нерва	16
Тема 10. Особенности поведения пациентов при невропатии лицевого нерва.....	18
Список использованных источников	19

Учебное издание

Латышева Валентина Яковлевна
Ковалева Ольга Абрамовна
Игнатенко Ирина Ивановна

**ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА
В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ
НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА**

Учебно-методическое пособие
для студентов медицинских вузов,
инструкторов лечебной физкультуры
учреждений здравоохранения,
врачей-интернов

Редактор *О. В. Кухарева*
Компьютерная верстка *А. М. Елисеева*

Подписано в печать 02.09.2011.
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс».
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,27. Тираж 50 экз. Заказ 338.

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.