

*В.Е. Гречко, А.В. Степанченко, Л.Г. Турбина, С.Ю. Семенова*

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОПАТИЯМИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

*Кафедра нервных болезней стоматологического факультета (зав. — проф. В.Е. ГРЕЧКО)  
Московского медицинского стоматологического института им. Н.А. Семашко*

**Р е ф е р а т.** У 58 больных с периферическим поражением лицевой мускулатуры (прозопарез — у 30, контрактуры мимических мышц — у 28) в раннем и позднем восстановительном периодах проводились различные реабилитационные мероприятия: медикаментозная терапия, нейропсихореабилитационная по типу «нейромоторного перевоспитания», включающая саморегуляцию функций мимических мышц при помощи ЭМГ-ОС, обучение пациентов самостоятельному проведению постизометрической релаксации пораженных мышц. Анализ эффективности лечения больных в раннем и позднем восстановительном периодах показал определенную эффективность методов реабилитации.

*В.Е. Гречко, А.В. Степанченко, Л.Г. Турбина, С.Ю. Семенова*

### БИТ НЕРВЫ НЕВРОПАТИЯСЫ БЕЛӘН АВЫРУЧЫЛАРНЫ РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУНЕНҢ ЗАМАНЧА ЫСУЛЛАРЫ

Бит мускулатураның периферик өлешендә үзгәрешләре булган 58 авыруда (башлангыч һәм соңгы периодьнда) төрле реабилитацион чаралар уздырылган: дару белән дәвалау, нейропсихореабилитация, һ.б. Бу авыруларны дәвалауда кулланылган чараларның файдалы булуы турында әйтелгән.

*V.E. Grechko, A.V. Stepanchenko, L.G. Turbina, S.Yu. Semenova*

### CURRENT REHABILITATION ASPECTS IN PATIENTS WITH FACIAL NERVE NEUROPATHY

In 58 patients with peripheral injury of face musculature (proso paresis — 30, contracture of facial muscles — 28) at early and late recovery stages various rehabilitation measures were carried out: drug therapy, neuropsychorehabilitation through «neuromotor re-training» including self-regulation of facial muscle functions with the help of electromyography, patient training for independent carrying out postisometric relaxation of injured muscles. Therapy effectiveness analysis in patients at early and late recovery stages definitely pointed out the effectiveness of rehabilitation methods.

**Н**европатии лицевого нерва до настоящего времени остаются одной из актуальных проблем неврологии, причем актуальность проблемы определяется частотой возникающих при этой патологии осложнений и отсутствием достаточно эффективного лечения. Частота невропатий лицевого нерва составляет в европейских странах 20, а в Японии 30 на 100 тыс. населения; не удается выявить ни сезонных, ни половых различий [8]. Частота различного рода осложнений при невропатиях составляет 25–30% [7].

В числе наиболее распространенных осложнений — парезы мимической мускула-

туры различной степени выраженности, контрактуры мимических мышц с патологическими синкинезиями и дискинезиями, аберрантные синдромы и др. Эти состояния отличаются хроническим течением и плохо поддаются лечению. Существующие методы лечения невропатий лицевого нерва оказываются малоэффективными. Поэтому все усилия врачи направляют на то, чтобы больной приспособился к своему дефекту и стала возможной аутокоррекция.

Реабилитационные мероприятия при этом заболевании играют важную роль. Они включают последовательную лечебную программу с учетом стадии заболевания, выраженности прозопареза, наличия синкинезий и дискинезий (миокиний), аберрантных синдромов.

Понимая под термином «медицинская реабилитация» комплекс лечебных, педагогических (обучающих), психологических, социальных мероприятий, сменяющих друг друга в зависимости от стадии заболевания, мы в течение ряда лет занимались разработкой вопросов реабилитации при невропатиях лицевого нерва.

Целью нашего исследования было создание индивидуальных программ нейропсихореабилитации больных с невропатиями лицевого нерва. Для оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий использовались методы комплексного определения динамики клинических проявлений невропатии с применением бальной шкалы выраженности пареза по Я.С.Балабану, миографических изменений по Л.О.Бадалян, И.А.Скворцову [3], фазы заболевания по В.С.Лобзину [4], психологического тестирования с использованием зрительно-аналоговой шкалы тревоги Хорнблоу и Кидсона [6].

Под нашим наблюдением находилось 58 больных в возрасте от 15 до 76 лет (мужчин — 21, женщин — 37): до 30 лет — 14, 31–40 лет — 12, 41–50 лет — 11, 51–60 лет — 10, 61–70 лет — 8, старше 70 лет — 3 больных. По этиологии заболевание всех больных определено как идиопатическая невропатия (простудный паралич Белла). В раннем восстановительном периоде (10–30 дней от начала заболевания) было 30 больных, в позднем (30 дней — 6 мес) — 15, в периоде стойких остаточных явлений (более 6 мес) — 13. По степени тяжести заболевания выделили 3 группы больных: с невропатиями легкой

степени выраженности, средней степени и с тяжелыми невротиями (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Распределение больных в зависимости от давности и степени тяжести заболевания

Степень клинических проявлений	Периоды заболевания		
	ранний восстановительный	поздний восстановительный	период остаточных явлений
Легкая	12	7	6
Средняя	15	6	5
Тяжелая	3	2	2
Итого	30	15	13

Тяжесть клинических проявлений прозопа-рез классифицировалась по 5-балльной системе, предложенной Я.С.Балабаном.

К группе с легкими невротиями отнесе-ны больные со слабостью мышц 3–4 балла.

Прозопарез 4 балла: больной может зажмурить глаз, нахмурить и поднять бровь, наморщить лоб, но с меньшей силой, чем на здоровой стороне; при оскаливании видны 4–5 зубов, рот едва заметно перетягивается на здоровую сторону; больной надувает щеку, но с меньшей силой, чем с противоположной стороны. При электронейромиографическом исследовании латентное время М-ответа 4,5–5,0 мс.

Прозопарез 3 балла: больной может зажмурить глаз, однако ресницы выступают больше, чем на здоровой стороне (симптом ресниц); может сдвинуть к центру и поднять бровь, наморщить лоб, но в меньшей степени и с меньшей силой, чем на здоровой стороне; при этом он не может преодолеть сопротивление исследующего. При оскаливании видны 3–4 зуба; больной плохо складывает губы для свиста и с трудом может свистнуть; надувает щеку, но не преодолевает сопротивление исследующего. При электронейромиографии латентное время М-ответа 5,0–5,5 мс.

Заболевание средней степени тяжести — прозопа-рез 2 балла: при оскаливании видны 2–3 зуба; надувание щеки слабое; свистеть больной не может; закрывает глаз не полностью — видна полоска склеры 1–2 мм (симптом Белла); слегка морщит лоб; незначительные движения при попытке нахму-рить брови. Латентное время М-ответа 5,5–6,0 мс.

Тяжелые невротии оценены в 1–0 бал-лов.

Прозопарез 1 балл: больной глаз не закрывает — видна полоса склеры 3–5 мм

(симптом Белла); не может нахмурить и поднять бровь, надуть щеки, свистеть; при оскаливании на пораженной стороне видны 1–2 зуба. Латентное время М-ответа более 6 мс.

Прозопарез 0 баллов: полный паралич мимической мускулатуры — больной не закрывает глаз (полоса склеры более 5 мм); не может нахмурить и поднять бровь, не может оскалить зубы; движения угла рта на пораженной стороне нет; не может сложить губы для свиста; рот резко перекошен на здоровую сторону. При стимуляционной электронейромиографии М-ответ отсутству-ет.

В раннем восстановительном периоде заболевания проводилась терапия, направ-ленная на уменьшение отека, улучшение проводимости по нерву, восстановление регионарного кровообращения. Использо-валась схема лечения, разработанная сотруд-никами кафедры: низкомолекулярный дек-стран (реополиглюкин) 500 мл; сорбитол или маннитол 10 мл; трентал или агапури-н 10 мл капельно. Применяли также кортикостерои-ды из расчета 0,5 мг на 1 кг веса в течение 2 нед.

Из немедикаментозных средств лечения в остром периоде заболевания, по нашим данным, наиболее эффективны лечебная гимнастика, гипербарическая оксигенация (ГБО), иглорефлексотерапия (ИРТ), а в позднем восстановительном периоде — лазеро-магнитная терапия (ЛМТ), постизомет-рическая релаксация (ПИР).

Т а б л и ц а 2

Результаты лечения больных в остром периоде невротий

Степень выраженности клинических проявлений	Количество больных (абс., %)	ЭМГ (латентное время)
До лечения:		
легкая	12 (40)	4,5–5,0 мс
средняя	15 (50)	5,5–6,0 мс
тяжелая	3 (10)	Более 6,0 мс
После лечения:		
легкая	25 (83,3)	4,3–4,5 мс
средняя	3 (10,0)	5,0–5,8 мс
тяжелая	2 (6,7)	Более 6,0 мс

Как видно из табл. 2, лучший эффект от-мечен в группе больных с легкой и средней степенью поражения. Полное восстановление функций мимической мускулатуры наблюда-лось у 47 из 58 пациентов. В течение 6 мес у части больных сформировались различные осложнения: у 2 больных сохранилась тотальная прозоплегия с полным отсутствием движений в половине лица без признаков контрактуры, у 9 отмечались остаточные

явления в виде слабости мимических мышц и контрактур разной степени выраженности.

Для определения степени тяжести контрактуры использовалась классификация по G.A. Waterman [9] с учетом роли гипертонусов мимической мускулатуры по Г.А.Иваничеву [2].

Легкая степень контрактуры: асимметрия лица незаметна в покое, минимальные произвольные усилия незначительно выявляют асимметрию лица, синкинезии слабо выражены. Жалобы больных сводятся к периодическому ощущению натянутости лица, боли в лице обычно неинтенсивные.

Средняя степень контрактуры: асимметрия лица выявляется в покое, минимальные произвольные усилия резко искажают лицо, синкинезии выражены. Жалобы на неприятные ощущения типа стягивания в лице, особенно во время разговора, на холоде.

Тяжелая степень контрактуры: все симптомы вторичной контрактуры мимических мышц грубо выражены, выявляются спонтанные гиперкинезы лицевой мускулатуры. Помимо типичных, присоединяются жалобы больных на эмоциональные расстройства, невротические и депрессивные реакции.

С учетом роли гипертонусов степень тяжести контрактуры оценивалась следующим образом: при легкой степени пальпируются гипертонусы в какой-либо одной мышце, спонтанных болей нет, выявляется слабая болезненность при растяжении пораженной мышцы; при средней степени гипертонусы определяются в нескольких мышцах, расположенных по соседству, боль выявляется в покое, растяжение значительно ее усиливает; при тяжелой степени гипертонусы определяются во всех мышечных группах, резко болезненные в покое.

Наиболее трудным и ответственным в психонейрореабилитации больных с невротическим лицевого нерва оказался резидуальный период заболевания. Данное обстоятельство обусловлено тем, что возможности восстановления функции нерва в этом периоде практически исчерпаны.

Группа больных с полным отсутствием эффекта восстановления подлежит, по нашему мнению, косметическому оперативному вмешательству и параллельно рациональной психотерапии.

Группа больных с эффектом частичного восстановления (легкий дефект мимических мышц, сочетающийся с контрактурой) подлежит нейропсихореабилитации по индивидуальной программе аутопсихокоррекции.

С учетом современных представлений о механизмах формирования контрактуры больным назначались препараты, воздействующие на сегментарный и супрасегментарный уровни системы лицевого нерва: карбамазепин 300 мг в сут, баклофен 200–300 мг в сут, препараты, улучшающие кровоснабжение мышц (например, никотиновая кислота). На фоне медикаментозной терапии проводилось

лечение с использованием электромиографической обратной связи (ЭМГ-ОС) [4, 5].

Тренировку методом ЭМГ-ОС осуществляли с помощью электромиографа М-440. Основная цель лечения заключалась в стимуляции активного участия больного в контроле своей мышечной активности. ЭМГ-ОС применялась как для тренировки ослабленных паретичных мышц, так и для расслабления спастичных мышц. При этом одновременно использовались 4 канала электромиографа: первые 2 канала для того, чтобы больной мог сравнить величину произвольной мышечной активности тренируемой и здоровой мышц, 3-й и 4-й каналы использовались для контроля за релаксацией мышц, принимающих участие в патологических синкинезиях.

Методика тренировки ЭМГ-ОС заключалась в следующем: больному на двигательные точки тренируемых мышц (лобной, круговых мышц глаза и рта) симметрично с двух сторон накладывались стандартные биполярные отводящие электроды площадью 0,5 см<sup>2</sup> с межэлектродным расстоянием 1,5 см. Показатели электрической активности этих мышц при двигательных реакциях предъявляли больному на экране электромиографа в виде биоэлектрических потенциалов различной амплитуды. Осуществлялась запись произвольных движений мышц лба, глаз, рта, образного представления о выполнении движений.

Во время сеанса ЭМГ-ОС с больным проводилась психотерапевтическая беседа. Параллельно назначался курс лазеротерапии (область гипертонусов в мимических мышцах). После уменьшения выраженности мышечных уплотнений, что обычно происходит после 3–5 процедур лазерно-магнитной терапии, дополнительно назначалась постизометрическая релаксация мимических мышц по методике Г.А.Иваничева [2]. Особенность реабилитации в фазе стойких остаточных явлений заключается в активном вовлечении пациента в процесс восстановительного лечения. Активизация осуществляется благодаря методике ЭМГ-ОС и обучению больных приемам постизометрической релаксации мимических мышц под контролем ЭМГ.

Курс лечения начинается методом ЭМГ-ОС, на фоне которой осуществляется ЛМТ мышечных гипертонусов и рациональная психотерапия; на 5–7-м сеансе ЛМТ, когда выраженность гипертонусов мышц уменьшается, начинается проведение ПИР; последующие 5–7 дней проводится комплекс терапии, включающий ЭМГ-ОС, ЛМТ и ПИР; по истечении 5 дней проведения ПИР врачом начинается обучение больного самостоятельному проведению ПИР. Ему объясняют основные приемы ПИР, смысл их проведения. Больной проводит ПИР самостоятельно под контролем врача до получения эффекта полного расслабления мышц. Таким образом, индивиду-

альная программа психореабилитации больных рассчитана на 14 дней. В течение всего цикла лечения проводятся сеансы с ЭМГ-ОС, на фоне которых осуществляется АМТ мышечных гипертонусов и ПИР мимических мышц по Г.А.Иваничеву.

Во время периода реабилитации проводится рациональная психотерапия, направленная на психологическую адаптацию больного к своему косметическому дефекту.

Анализ динамики клинической картины и данных ЭМГ показал, что более чем у 60% больных, лечившихся по предложенной нами методике, достигнут эффект реабилитации: контрактуры мимических мышц тяжелой степени трансформировались в средние, а средней степени — в легкие (табл. 3).

Т а б л и ц а 3

Результаты лечения больных с контрактурами мимических мышц

Степень выраженности контрактур	Количество больных (абс., %)
До лечения :	
легкая	13 (46,4)
средняя	11 (39,3)
тяжелая	4 (14,3)
После лечения :	
легкая	22 (78,6)
средняя	4 (14,3)
тяжелая	2 (7,1)

Анализ результатов нейропсихореабилитации больных с невropатиями лицевого нерва в различные сроки от начала заболевания показал следующее. В результате проведения реабилитационных мероприятий отмечено улучшение у 56 из 58 лечившихся больных. Оно выразилось в уменьшении явлений пареза мимических мышц (95%), мышечных контрактур (78%), уменьшении асимметрии лица, изменении психологии больных, их лучшей психологической адаптации к дефекту.

Исследования показали, что в остром периоде восстановление идет за счет улучшения проводимости импульса по нерву. Оно, судя по ЭМГ (латентное время), оказывается незначительным. В периоде остаточных явлений восстановление идет за счет

улучшения кровоснабжения мимических мышц, снижения возбудимости мышечных рецепторов, что ведет к уменьшению мышечных контрактур, способствует самостоятельной коррекции дефекта больным, использованию больным оптимального режима деятельности мимических мышц, психологической адаптации больного к имеющемуся дефекту.

Таким образом, исследования подтверждают, что в остром периоде невropатии лицевого нерва восстановление идет благодаря нормализации проводимости по нерву, а в периоде формирования стойких остаточных явлений (после 6 мес) за счет развития компенсаторных механизмов. Для их активизации в число нейропсихореабилитационных мероприятий следует включать назначение медикаментозных средств, направленных на улучшение проводимости нерва, снижение мышечного тонуса, нормализацию кровообращения в мышцах, в сочетании с тренировкой методом ЭМГ-ОС, обучение больных приемам ПИР мимических мышц, создание оптимального режима деятельности мимических мышц и психологической адаптации больного к своему дефекту.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Антропова М.И., Котенева В.М. Неврит лицевого нерва (современное комплексное лечение). — М., 1985.
2. Иваничев Г.А. Контрактура мимической мускулатуры. — Казань, 1992.
3. Багалян А.О., Скворцов И.А. Клиническая электромиография: Руководство для врачей. — М., 1986.
4. Лобзин В.С., Цацкина Н.Д. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1985. — Т. 85, № 4. — С. 528—531.
5. Лобзин В.С., Сметанкин А.А., Цацкина Н.Д., Яшин Н.С. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1989. — № 10. — С. 58—62.
6. Хорнблоу Э. Применение зрительно-аналоговой шкалы для оценки тревоги (Стресс и тревога в спорте): Пер. с англ. — М., 1983. — С. 165—173.
7. Юдельсон Я.Б. Патогенез вторичной контрактуры мимических мышц: (Обзор) // Журн. невропатол. и психиатр. — 1980. — № 4. — С. 526—530.
8. Ianagihara N. Etiology and pathophysiology of Bells Palsy ann Otol Rhinol. — 1988. — Vol. 97. — P. 3—27.
9. Waterman C.A. Facial paralysis, a study of three hundred and thirty-five cases n J. Nerw. Ment. Dis. — 1909. — Vol. 36, № 2. — P. 65—76.

Поступила 08.09.94

