

4. Рыбин И.А. // Здоровоохранение. – 2000. – №3. – С. 12–14.
5. Фищенко В.Я., Лазарев И.А., Рой И.В. Кинезотерапия поясничного остеохондроза // Библиотечка практикующего врача. – «Мед-книга», Киев, 2007. – 96 с.
6. Ходарев, С.В. Принципы и методы лечения больных с вертеброневрологической патологией: Учебное пособие / С.В. Ходарев. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 608 с.
7. <http://partner.enraf-nonius.org>.

МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО И ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНОГО НЕРВОВ

Хованская Г.Н., Пирогова Л.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Патология периферической нервной системы занимает одно из первых мест, как по распространенности, так и по количеству дней нетрудоспособности. Периферические невропатии черепных нервов очень часто встречаются в повседневной практике.

Проведены реабилитационные мероприятия у 67 пациентов в возрасте от 29 до 75 лет, из них 44 – с невропатией лицевого нерва, 23 – с глазодвигательными нарушениями по разработанному нами методу медицинской реабилитации. Метод медицинской реабилитации включает методику массажа, лечебной физической культуры и лечения положением с применением щадящих тейпов и методику физиопунктуры. Для комплексной оценки реабилитационных мероприятий все пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от применения различных методик (традиционной и разработанной нами): 34 пациента – 2-ая (основная) группа, 23 – 1-ая (контрольная).

Динамика мимического дефицита при лицевой невропатии до и после реабилитации оценивалась по модифицированной нами шкале Ф. М. Фарбера (1984 г.) по степеням и баллам. Использовалась 4-х степенная оценка нарушения приспособительной активности: тяжелая степень поражения, степень выраженного пареза, умеренного пареза, легкая степень. С

целью оценки степени выраженности нарушенных функций, а также для оценки качества проведенной реабилитации мы определяли функциональный класс (ФК) в соответствии с методическими рекомендациями «Оценка жизнедеятельности и эффективности реабилитации». Кроме того, для определения наличия и степени выраженности глазодвигательных нарушений проводилась комплексная оценка субъективной симптоматики, оценка объективного статуса – объем движений каждого глаза в отдельности и совместно в различных направлениях, реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию, прямая и содружественная реакция, реоэнцефалограмма.

В результате исследований изучены особенности воздействия и установлена клиническая эффективность высокочастотной терапии (миллиметровая резонансная терапия), лазерной и магнитолазерной пунктуры, массажа и кинезотерапии и их сочетание на динамику двигательных нарушений у пациентов с невралгией лицевого и глазодвигательных нервов. Разработана методика комплексного применения физиопунктуры. На основании полученных результатов разработан алгоритм медицинской реабилитации при проведении физической реабилитации.

Сравнительный анализ клинических и функциональных показателей позволил установить, что применение разработанной нами методики дает возможность получить устойчивый лечебный эффект у пациентов с невралгией лицевого и глазодвигательных нервов.

Об эффективности медицинской реабилитации пациентов с глазодвигательными нарушениями судили по увеличению ширины глазной щели и подвижности глазного яблока (измеряли на периметре в градусах по методу С.С.Головина). Для динамического наблюдения использовали метод Гиршберга. По С.С.Головину средние показатели подвижности глазного яблока составляют: кверху - 37°, книзу - 53°, кнутри - 46°, кнаружи - 43,5°.

Анализ результатов лечения показал, что при восстановлении функции III черепного нерва раньше начинает восстанавливаться функция мышцы, поднимающей верхнее веко. Несколько позже, с отставанием на 5-7 дней, восстанавливается функция внутренней прямой мышцы глазного яблока. Полное восстановление отмечено у 62,5% пациентов с сосудистой патологией в основной группе и у

45,1% пациентов контрольной группы. У пациентов, перенесших ЧМТ, полное восстановление наблюдалось соответственно в 85,5 и 32,3% случаев соответственно.

Восстановление функции нижней и особенно верхней прямых мышц глазного яблока происходит крайне медленно и редко бывает полным. Частичное восстановление подвижности книзу в объеме 10-15° получено у 67,8% пациентов с сосудистой патологией в основной группе и у 58,8% пациентов контрольной группы. Несмотря на повторные курсы лечения, через 6-8 мес восстановление отсутствовало у 22,3% пациентов основной группы и у 36,3% - контрольной. Полное восстановление функции нижней прямой мышцы глазного яблока наблюдалось соответственно у 12,9 и у 5,4% пациентов.

У пациентов с ЧМТ полное восстановление подвижности глазного яблока книзу отмечено у 73,7% пациентов основной группы и у 30,3% контрольной. Динамика отсутствовала соответственно у 3,1 и 16,6% пациентов. У остальных пациентов появились минимальные движения глазного яблока книзу в объеме 15-20°. Функция верхней прямой мышцы полностью восстановилась лишь у 8,5% пациентов с сосудистой патологией (основная группа). В контрольной группе случаев полного восстановления не было. Частичное восстановление подвижности глазного яблока кверху в объеме 5-10° наблюдалось у 68,1% пациентов основной и у 51,4% пациентов контрольной группы. Динамика отсутствовала соответственно у 20,1 и 48,2% пациентов.

Полное восстановление подвижности глазного яблока кверху наблюдалось у 56,5% пациентов с ЧМТ основной и у 16,4% пациентов контрольной группы. Частичное восстановление подвижности в объеме 10-15° отмечено у 37,5 и у 66,7% пациентов соответственно. Динамика отсутствовала у 6% пациентов основной и у 16,9% пациентов контрольной группы. Восстановление функции VI черепного нерва при изолированном его поражении происходит быстрее и лучше, чем при сочетанном поражении III, IV, VI нервов. У пациентов, перенесших ЧМТ, в основной группе мы наблюдали полное восстановление функции наружной прямой мышцы глазного яблока в 34,5% случаев, а в контрольной группе - в 20,2%. Частичное восстановление подвижности кнаружи в объеме 25-30° отмечено у 46,2 и у 49% пациентов соответственно.

Динамика восстановления отсутствовала у 19,3% пациентов основной и у 30,8% пациентов контрольной группы.

У пациентов с сочетанным поражением III, IV и VI черепных нервов полное восстановление функции VI нерва наблюдалось только в 12% случаев. У остальных пациентов динамика отсутствовала.

Клинические наблюдения и функциональные исследования показали, что у получавших адаптированную нами методику пациентам с ЛН (2-я группа) улучшение на 1 ФК наблюдалось на 3-4 день при средней степени тяжести, на 4-5 день при тяжелой степени тяжести.

В данной группе при оценке выраженности клинических симптомов, преобладали пациенты со средней и тяжелой степенью тяжести (табл. 1.).

Таблица 1 - Сравнительная оценка показателей степени поражения у пациентов ЛН при комплексном применении методики физиотерапевтического воздействия

Степень поражения	До лечения (%)	После лечения (%)
Тяжелый парез	50,1	4,2
Выраженный парез	24,8	5,2
Умеренный парез	15,7	19,8
Легкий парез	9,4	58,7
Практическое выздоровление	0	12,1

Динамическое наблюдение в процессе применения методики выявило достоверное увеличение практически всех изученных показателей (табл.2.), особенно это четко видно по сравнению с 1-ой группой, где проводилось традиционное восстановительное лечение.

При оценке эффективности восстановительного лечения с определением ФК было установлено, что применение методики в течение 10 дней способствует более быстрому восстановлению нарушенных в результате болезни функций мимических мышц лица. Состояние периферической гемодинамики по данным РЭГ у пациентов ЛН при проведении МРТ имело положительную динамику ($p < 0,05$) к улучшению регионарного кровообращения сосудов головного мозга, проявляющееся в увеличении РИ в 1,3 раза, снижении тонуса региональных артерий в 1,2 раза,

улучшении венозного оттока в 1,5 раза, уменьшении КАС.

Применение метода положительно влияло на субъективные ощущения и объективные признаки пациентов: в течение 1 -3 процедур приводило к уменьшению ощущения «тяжести», «онемения» пораженной половины лица у 52,3% пациентов, уменьшению лагофталма, увеличению объема движений мимических мышц верхней половины лица на стороне поражения у 65,2% пациентов.

Таблица 2 - Степень выраженности нарушенных функций у пациентов ЛН до и после применения метода

ФК	До лечения (%)	После лечения (%)
0	0	40,3
1	10,1	25,1
2	15,4	19,2
3	20,3	10,3
4	54,2	5,5

Оценивая эффективность лечения МРТ мы установили (табл. 3.), что практическое выздоровление наступило у 8-ми пациентов (40,1%), значительное улучшение у 5-ти пациентов (25,2%), улучшение у 4-х пациентов (20,3%), незначительное улучшение у 2-х (9,4%), и эффект отсутствовал в течение 2-х недель у 1-го пациента.

Динамическое наблюдение в процессе применения метода выявило достоверное увеличение практически всех изученных показателей. При оценке эффективности восстановительного лечения с определением ФК было установлено, что применение методики в течение 8-10 дней способствует более быстрому восстановлению нарушенных в результате болезни функций.

Так, у пациентов с лицевой невропатией через 12 дней от начала лечения мимика восстанавливалась до $78,23 \pm 7,12\%$. практическое выздоровление наступило в 40,1% случаев, значительное улучшение - 25,2%, улучшение - 20,3%, незначительное улучшение в 9,4% случаев. Выздоровление и значительное улучшение во 2 группе пациентов с невропатией глазодвигательных нервов составило 38,8% (в 1 группе - 12,2%), улучшение - в 61,2% случаев (в 1 группе 75,5%), без изменения - нет (1 гр. - 12,3%).

Таблица 3 - Эффективность проводимой методики у пациентов ЛН

Показатели	1 группа (n = 22)		2 группа (n = 20)	
	n	%	n	%
Практическое выздоровление	5	22,7	8	40,1
Значительное улучшение	5	22,7	5	25,2
Улучшение	4	18,2	4	20,3
Незначительное улучшение	5	22,7	2	9,4
Отсутствие эффекта	3	13,7	1	5,0

Сравнительный анализ клинических и функциональных показателей позволил установить, что применение разработанного нами метода дает возможность получить более устойчивый лечебный эффект по сравнению с контрольной группой. Эффективность проведенной реабилитации в баллах при этом составляет $48,8 \pm 5,32$.

Таким образом, применение предложенного метода медицинской реабилитации пациентов с невропатией лицевого и глазодвигательных нервов способствует более быстрому восстановлению трудоспособности, сокращению длительности лечения, более рациональному использованию коечного фонда, врачебных кадров и медицинской техники.

**ОЦЕНКА ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ В АСПЕКТЕ
ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ
«МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ»**

Чапко И.Я., Стахейко Н.В., Фрид О.Н., Перкова В.Е.

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,
пос. Городище, Республика Беларусь

Актуальность: апробация «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ) в практической реабилитации пациентов вызывает определенные затруднения в связи с размытостью и неопределенностью некоторых терминов и понятий. В частности,