

РАЗДЕЛ 4

ОПЫТ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗА РУБЕЖОМ

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ПАРЕЗ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Бердыева Э.Б., Какаева А.Б.

Государственный медицинский университет Туркменистана

Моллакара одна из драгоценностей природы нашей страны. С давних времен люди пользуются этим уникальным источником здоровья. Чаще всего грязелечение используется при хронических воспалительных заболеваниях суставов и позвоночника, печени, почек, органов репродукции. Как правило, подход к назначению грязелечения был и остается эмпирическим. Литературные данные о лечении больных, перенесших периферический парез лицевого нерва, на различных курортах не многочисленны. Ранее научные сотрудники Туркменистана (в том числе неврологи и физиотерапевты) в ряде своих работ показали, что наружное применение моллакаринской грязи оказывает благоприятный эффект при лечении больных с некоторыми заболеваниями нервной системы и суставов.

Актуальность: За последние годы увеличилось количество больных, перенесших периферический парез лицевого нерва. Большое число работ посвящено лечению этих больных в остром периоде, а ликвидации остаточных явлений не уделяют должного внимания. Установлено, что парезу лицевого нерва подвергаются люди молодого и наиболее трудоспособного возраста, поэтому лечение этих больных имеет не только медицинское, но и социальное значение. Научные основы грязей – и водолечения были заложены туркменскими учеными еще в 60-е годы.

Цель работы: изучение резистентности применения моллакаринской грязи в сочетании с другими физическими методами лечения, больным с двигательными нарушениями в результате периферического пареза лицевого нерва.

Методы исследования: Изучение резистентности

применения моллакаринской грязи в сочетании с другими физическими методами лечения, больным с двигательными нарушениями в результате периферического пареза лицевого нерва. Все больные перенесли периферический парез лицевого нерва в виде неврита или невропатии, с последующим развитием двигательных нарушений мимической мускулатуры. По этиологическому фактору больные распределялись следующим образом: переохлаждение – 15, отит – 9, тонзиллит – 12. По давности перенесенного пареза лицевого нерва больные подразделялись: до 3-х месяцев – 20 человек, до 6ти месяцев – 26 и до 1го года 15 человек. Большинство больных в острый период находилось на лечении в терапевтического (15 человек) и остальные (46 человек) неврологического профиля стационарах. В острый период эти 15 больных, не смотря на то, что находились в других лечебных заведениях были консультированы невропатологом. Это обеспечило правильную постановку диагноза и необходимый объем специализированной помощи. Больные при поступлении жаловались: на асимметрию лица, ограничение выполнения мимических движений, в покое или при выполнении движений в мышцах лица наблюдались насильственные подергивание (синкинезия или контрактура), отмечались слезотечение или сухость глаза, головные боли различной длительности и интенсивности, которые нередко беспокоили во второй половине дня, изменение вкуса и звука. В неврологической картине: Периферический парез лицевого нерва на стороне очага, расстройство вкуса на передней 2/3 языка, уменьшение слюноотделения, объем движений в конечностях полный, сухожильные рефлексy вызывались D=S. По степени выраженности двигательных нарушений: легкий парез наблюдался у 39-и больных и грубый парез у 22-х. Из них у 17-и была патологическая синкинезия мышц лица (зажмуривание глаза сопровождается оскаливанием зубов, а попытка оскалить зубы вызывает зажимивание глаза на стороне поражения) и у 5-х контрактура пораженных мышц (сужение глазной щели и усиление носогубной складки на стороне поражения). Всем больным при проведении параклинических обследований кроме лабораторного исследования, делалась краниограмма, проводился осмотр окулиста и консультация психиатра. На

краниограмме у 27 больных наблюдалось усиление сосудистого рисунка и нерезкие признаки пальцевых вдавлений, а у остальных больных изменения не отмечались. При офтальмологическом исследовании у 21 больного выявлялись изменения сосудов глазного дна ангиодистонического характера, у 5-и побледнение сосков зрительного нерва, у 7-и – диабетическая ретинопатия. В психическом статусе у большинства больных наблюдались: ослабление внимания, неустойчивость активного внимания, снижение памяти и астенодепрессивная реакция. Психологическое наблюдение проводилось для подтверждения мнения Л.Г.Столяровой и Г.Р.Ткачевой, что для проведения реабилитационных мероприятий необходима сохранность психи. Невозможно проводить восстановительное лечение без настойчивого стремления больного преодолеть свой дефект. Мы придерживались того же мнения. Проводимое нами комплексное лечение включало: грязелечение, массаж, лечебная физкультура и сосудистая терапия (Кавинтон и Веносмил). Курс грязелечения состоял из 7-10 процедур моллакаринской грязью, которая использовалась с предварительным подогревом. Её постоянная температура 34 градуса, длительность процедуры вначале составляла 20 минут, далее увеличивали до 30-40 минут. Грязевые аппликации накладывались на пораженную сторону лица.

Результаты и их обсуждение. У большинства больных с легким парезом исчезла асимметрия лица за счет восстановления лицевой мускулатуры, у некоторых мышечная слабость сохранялась или асимметрия лица слегка выявлялась, только при мимических движениях. Одновременно у больных уменьшилась или исчезла головная боль, нормализовался сон и улучшилось настроение. Объективные (пульс, артериальное давление, температура тела) и субъективные (ЭКГ, РЭГ) данные не выявили каких-либо существенных изменений до и после лечения. Результаты оценивались по шкале «Критерия эффективности санаторно-курортного лечения». Со значительным улучшением выписано 23 человека, с улучшением – 35, без перемен – 3. Исследование нейромоторного аппарата методом электромиографии (ЭМГ) проведено было всем

наблюдаемым больным. До и после лечения регистрация биоэлектрической активности проводилась с симметричных мышц лица с помощью наложения накожных электродов. До начала лечения при различных функциональных состояниях найдено нарушение электрогенеза у всех больных. Так, повышение биоэлектрической активности исходного фона отмечалось у 32 из 61 обследуемого в мышцах больной стороны (у 12 – II а тип биоэлектрической активности в 40-80 мкВ, у 19 – II б в 70-150 мкВ, у 1 – III тип в виде групп залпов осцилляций). Повышение содружественной биоэлектрической активности наблюдалось у 41 больного (у 8 – I тип биоэлектрической активности в 50-110 мкВ, у 21 – II б в 30-130 мкВ и у 12 – II а в 40-80 мкВ). Во время максимального сокращения у 18 человек вместо нормального I типа биоэлектрической активности зафиксированно изменение качественного характера в обследуемых мышцах (у 4 больных-биоэлектрическое молчание – I у тип, у 4 редкие потенциалы – II а в 10-60 мкВ, у 6 урежение биопотенциалов до активности по типу – II б в 40-200 мкВ и у 4 – III тип). У остальных 43 обследуемых зафиксирован I тип биоэлектрической активности, но со снижением высоты биопотенциалов в приводящих мышцах от 100-2000 мкВ и в отводящих- 100-1500 мкВ по сравнению со здоровой стороной. Эти изменения на ЭМГ указывали на нарушение в иннервационных процессах на всех уровнях лицевого нерва. Качественные изменения при максимальной активности указывали на грубые нарушения мотонейронов и на преобладание явлений торможения тех нейронов, которые расположены вокруг очага поражения. У всех больных после лечения на ЭМГ отмечалось улучшение. Исходная биоэлектрическая активность нормализовалась у 25 человек. У 7 осталась повышенной у 2 больных II б 30-40 мкВ, у 5 – II а 40-70 мкВ. Повышение содружественной биоэлектрической активности снизилось у 19 больных, у 22 она осталась повышенной. У 1 определялся I тип биоэлектрической активности в 8 мкВ, у 12 II б в 10-60 мкВ, у 9 II а в 30-40 мкВ. При исследовании биоэлектрической активности при максимальном сокращении ни у одного больного не зафиксированно биоэлектрическое молчание и активность с редкими осцилляциями

по типу II а. У 5 больных определялось урежение биопотенциалов до биоэлектрической активности по типу II б и 30-100 мкВ. У остальных 55 человек отмечается I нормальный тип биоэлектрической активности с разницей по сравнению со здоровой стороной 50-600 мкВ. Данное исследование ЭМГ после проведенного лечения констатировало улучшение активности мотонейронов, по-видимому, вследствие снятия явлений торможения и других функциональных нарушений во временно нефункционирующих клетках, что подтверждалось отсутствием качественных нарушений, увеличением высоты биопотенциалов при максимальной биоэлектрической активности. Под влиянием комбинированного лечения происходила нормализация надсегментарной иннервации процессов торможения и возбуждения в тех образованиях, которые участвуют в управлении двигательных аксон, следствием чего являлось снижение возбудимости во время тонических напряжений и в состоянии покоя.

Выводы:

1. Данные электромиографии подтверждают благоприятное действие комплексного лечения и указывают на положительные сдвиги нейрофизиологических процессов разного уровня, участвующих в восстановлении нарушенных двигательных функций.

2. А так же, восстановительное лечение остаточных явлений пареза лицевого нерва примененным нами комплексом с включением моллакаринской грязи оказывает положительный эффект и может быть рекомендован для практического использования.

Литература:

1. Василенко А.М. 2013 г. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. Рефлексотерапия в формате восстановительной медицины.

2. Коган О.Г., Найдин В.Л., 1988 г. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии.

3. Иваничев Г.А. Казань 1992 г. Контрактура мимической мускулатуры.