

// Am. J. Psychiatry. – 2006. – Vol. 163. – P.969-978.

10. Fish consumption and depression: the Northern Finland 1966 birth cohort study / M. Timonen [et al.] // J. Affect Disord. – 2004. – Vol. 82. – P.447–452.

11. Rees, A.M. The role of omega-3 fatty acids as a treatment for depression in the perinatal period / A.M. Rees, M.P. Austin, G. Parker // Aust. NZ. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 39. – P.274–280.

12. Logan, A.C. Neurobehavioural aspects of omega-3 fatty acids: possible mechanisms and therapeutic value in major depression / A.C. Logan [et al.] // Altern. Med. Rev. – 2003. – Vol. 8. – P.410–425.

13. Lin, P.Y. A meta-analytic review of double-blind, placebo-controlled trials of antidepressant efficacy of omega-3 fatty acids / P.Y.Lin, K.P. Su // J. of Clinical Psychiatry. – 2007. – Vol. 68, № 7. – P.1056–1061.

14. Kamphuis M. H. Depression and cardiovascular mortality: a role for n-3 fatty acids? / M.H Kamphuis [et al.] // American Journal of Clinical Nutrition. – 2006. – Vol. 84, № 6. – P.1513–1517.

15. Frasure-Smith, N. Major depression is associated with lower omega-3 fatty acid levels in patients with recent acute coronary syndromes / N. Frasure-Smith [et al.] // Biological Psychiatry. – 2004. – Vol. 55, №9. – P.891-896.

16 Severus, W. E. Effects of omega-3 polyunsaturated fatty acids on depression / W.E Severus [et al.] // Herz. – 2006. – Vol. 3. – P.69-74.

17. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review / Ingvar Bjelland [et al.] // J/ of Psychosomatic Reseach. -2002. – Vol. 52(2). – P.69-77.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ НЕВРОПАТИЯМИ И НЕВРАЛГИЯМИ ЧЕРЕПНЫХ 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. Невропатии черепных нервов 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 различного рода осложнений при невропатиях составляет 25-30%.

В числе наиболее распространенных осложнений - парезы мимической мускулатуры 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.

Патология функции глазодвигательного нерва и обусловленные этим глазодвигательные нарушения (ГДН) также является весьма актуальной проблемой. Этиологические факторы, вызывающие поражение глазодвигательных нервов, многообразны. Эти же факторы определяют патогенез: наблюдаются ишемия (при сосудистых заболеваниях), сдавление (при опухолях, аневризмах), инфекционно-аллергические изменения (при гриппозных, энтеровирусных и др.), токсическое поражение – миелінопатия, аксонопатия. Клиническая картина также в значительной степени зависит от этиологического фактора. Прогнозировать степень восстановления функций глазодвигательных нервов сложно. Обзор литературы по данному вопросу показал, что в настоящее время кроме медикаментозного лечения применяют некоторые виды физиотерапевтического лечения, иглорефлексотерапию, хирургическое лечение. Однако результаты лечения не всегда удовлетворяют врача и больного.

Одним из симптомов, нарушающих качество жизни больных с патологией черепных нервов, является головная боль. Среди болевых синдромов, обусловленных поражением черепных нервов, основное место принадлежит патологии тройничного нерва, что приводит к длительной временной нетрудоспособности и ухудшает качество жизни. Общими принципами лечения невралгии тройничного нерва являются

устранение причин боли, блокирование рецепторных зон и сенсорных проводников, блокада синаптической передачи. Применяются антидепрессанты, транквилизаторы, физиотерапевтическое лечение, акупунктура, хирургические методы лечения.

Несмотря на относительную изученность медицинской реабилитации при невропатиях лицевого и глазодвигательного нервов, невралгии тройничного нерва, практический врач оказывается в затруднительном положении при необходимости выбора адекватных немедикаментозных средств. Более активное и эффективное использование кинезотерапии, лечения положением с помощью щадящих тейпов, массажа, физиотерапевтических методов в комплексном лечении и реабилитации больных с различными заболеваниями является важной медико-социальной задачей. В этой связи поиск и внедрение новых эффективных методик медицинской реабилитации больных с данной патологией весьма актуальны.

Своевременное и грамотное применение разработанного нами алгоритма позволяет значительно оптимизировать лечебный эффект, избежать возможных осложнений, снизить длительность пребывания в стационаре и улучшить нарушенные функциональные показатели на стационарном этапе.

Материалом нашего исследования являются результаты клинических и функциональных исследований 67 больных в возрасте от 29 до 75 лет, из них 44 – с невропатией лицевого нерва, 23 - с глазодвигательными нарушениями и невралгией тройничного нерва, которым применялся разработанный алгоритм восстановительного лечения. Все пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от применения различных методик (традиционной и разработанной нами): 37 пациентов – 2-я (основная) группа, 30 - 1-я (контрольная). Длительность заболевания к моменту исследования в основном была от 2-х дней до 2-х месяцев.

Реабилитация больных с невропатиями лицевого и глазодвигательных нервов, невралгией тройничного нерва начинается с момента постановки диагноза и включает медикаментозные препараты, физические, психологические, социальные и профессиональные аспекты.

На всех этапах лечения и реабилитации этого заболевания в комплексе мероприятий активно применяют кинезотерапию и физиотерапию.

Лечебная гимнастика (ЛГ) и массаж при ЛН начиналась с первых дней заболевания. Принципы ЛГ в значительной мере базировались на учете взаимодействия мышц здоровой и пораженной стороны лица, в зависимости от давности заболевания и выраженности пареза мимических мышц. В остром периоде (3-10 дней) ЛГ проводили в небольших дозах и при этом основное внимание уделяли релаксации мышц здоровой стороны. С 15-го дня – ранний восстановительный период (10-15 день) состоял из самых активных видов ЛГ, а в позднем восстановительном периоде (более 3-х месяцев) акцент делался на активную ЛГ.

Помимо вышеуказанных упражнений необходимо проводить артикуляционную гимнастику – произношение звуков, слов, в формировании которых участвует мимическая мускулатура. Кроме того, нами разрабатываются рекомендации по двигательному режиму больных с данной патологией: как спать, как сидеть, как разговаривать.

С первых дней заболевания проводили лечение положением в виде лейкопластырного натяжения (тейпирование) со здоровой стороны на больную и прикреплением лейкопластыря к неподвижному кожному шлему.

Лечебная гимнастика у пациентов с невропатией глазодвигательного, и невралгией тройничного нервов составлена с учетом анатомо-физиологических особенностей пораженных нервов и направлена на дифференцировку зрительного восприятия, оптико-пространственных функций, на снятие напряжения и усталости глаз, на тренировку глазодвигательных мышц и мышц лица, улучшение крово- и лимфообращения в области лица, улучшение психоэмоциональной сферы, восстановление трудоспособности.

При назначении лечебной гимнастики и массажа учитывается период течения заболевания и степень выраженности функциональных нарушений.

Для профилактики и лечения контрактур в раннем периоде нами разработана методика комбинированных воздействий

микроволновой резонансной терапии (МРТ) и фототерапии полихроматическим светом, МРТ и лазерной терапии, МРТ и ультразвуковой терапии. Выбранные нами физиотерапевтические методы более всего укладываются в концепцию реабилитации и профилактики заболеваний, которые применяются в нашей клинике.

После обследования больному назначают акупунктуру, рецепт составляется с учетом характера заболевания и патологических проявлений у данного больного, времени воздействия, сезона года и свойств отдельных входящих в него точек.

Применение разработанного нами алгоритма позволило установить положительную динамику двигательных расстройств у пациентов с различной этиологией заболевания. Эти изменения в состоянии двигательной системы проявлялись уже с первых дней начала реабилитационных мероприятий с использованием адаптированной нами методики: улучшение на один ФК при средней степени пареза наблюдалось со 2-3-го дня, а при тяжелой степени с 3-4-го дня после начала реабилитационных мероприятий.

Клинические наблюдения и функциональные исследования показали, что у больных, получавших адаптированные нами методы физиотерапевтического воздействия больных на 2-4 день при средней степени тяжести, на 3-5 день при тяжелой степени тяжести применение методики 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% больных, уменьшению лагофталма, увеличению объема движений мимических мышц верхней половины лица на стороне поражения у 69,3% больных. Эффективность проведенной реабилитации в баллах при этом составляет $54,8 \pm 5,33$.

Таким образом, применение разработанного нами алгоритма в лечении и реабилитации пациентов с невропатиями лицевого нерва, глазодвигательных нервов, невралгией тройничного нерва способствует улучшению функции нерва и паретичных мимических мышц, усиливает противовоспалительный и дегидратирующий эффект, предупреждает развитие контрактуры мышц.