

Одним из видов эрготерапии является использование элементов изобразительного искусства, лепки, вязания, вышивки, музыкотерапии, что объединяет позитивное стимулирующее влияние на ЦНС посредством цвета, формы, музыкальных звуков и физических упражнений (в основном для восстановления функции кисти) в процессе выполнения задания.

Таким образом, раннее начало реабилитационных мероприятий очень важно в первую очередь для ускорения перестройки сохранившихся элементов пораженной структуры и для проявления реорганизации функций, побуждения анатомических структур к функциональным перестройкам. Чем раньше начинается этот процесс, тем эффективнее используемые реабилитационные мероприятия.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИК КИНЕЗОТЕРАПИИ И ФИЗИОПУНКТУРЫ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОПАТИЯМИ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ

Хованская Г.Н., Пирогова Л.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Периферические невропатии и невралгии черепных нервов очень часто встречаются в повседневной практике. Невропатии 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 разного 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 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 являются 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 – миелинопатия, 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.

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.

При восстановлении двигательных нарушений компенсаторные механизмы проходят несколько этапов: включения, формирования, совершенствования и стабилизации. Период включения начинается непосредственно после заболевания или травмы мозга. Формирование

компенсаций физиологически связано с поиском модели компенсаторного механизма, необходимого для замещения данной нарушенной функции. Период совершенствования компенсаторных механизмов наиболее длителен и продолжается в течение всего восстановительного и резидуального периодов.

Длительная тренировка компенсаторных механизмов обеспечивает достаточную компенсацию утраченных функций. Однако на определенной стадии дальнейшее совершенствование сложных рефлекторных механизмов не приводит к существенным изменениям, наступает стабилизация компенсации.

Необходимым условием устойчивости компенсаций, возникающих при патологии нервной системы, является систематическая тренировка и использование компенсаторных механизмов и деятельности организма.

Мимические и жевательные мышцы в основном расположены в одной области и часто поражаются одновременно. Поэтому в процедуру лечебной гимнастики (ЛГ) включали упражнения как на жевательные, так и мимические мышцы. Кроме того, мимические мышцы окolorотовой области участвуют в выполнении не только основной функции, но и в акте глотания, речи, дыхания, приема пищи, поэтому включаются упражнения для их тренировки. При выполнении всех упражнений здоровая половина лица помогает больной стороне. Для восстановления функциональной симметричности мимических и жевательных мышц рекомендуется выполнять физические упражнения перед зеркалом, используя при этом визуальный контроль.

При невропатии глазодвигательного нерва акцент направлен 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.

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. Важным моментом при проведении кинезотерапии является артикуляционная гимнастика – произношение звуков, слов, в формировании которых участвует мимическая мускулатура. Кроме того, нами разработаны рекомендации по двигательному режиму больных с данной патологией.

Массаж – одно из основных средств физической реабилитации пациентов с данной патологией. Нами выполнялся массаж шейно-воротниковой зоны и точечный массаж с учетом периода заболевания и степени тяжести пареза. Применяется точечный массаж волосистой

части головы и лица. Длительность точечного массажа волосистой части головы составляет 5-7 минут, ежедневно или через день, желательно во второй половине дня, на курс 10-15 процедур. Самомассаж рекомендуется поводить только при глазодвигательных нарушениях, при невралгии тройничного нерва не рекомендуется.

При невралгии тройничного нерва в первые дни проводится массаж только отдаленных точек, спустя 2-3 дня воздействуют и на местные точки. Применяют комбинированный метод воздействия: тормозной – на больной стороне, возбуждающий – на здоровой. Используются следующие точки для массажа: P7, GI4, GI10, GI11, GI18, GI19, GI20, E2, E4, E5, E6, E7, E8, E36, E44, IG19, TR17, TR21, TR23, VB1, VB2, VB29, F2, T20, T24, I24.

При глазодвигательных нарушениях на стороне поражения применяют возбуждающий метод массажа, на отдаленных точках – тормозной. Возможны и комбинированные методы точечного массажа. Используют точки: GI4, GI10, GI11, GI18, GI19, E2, E4, E6, E36, E41, IG19, TR5, TR17, TR21, TR23, VB1, VB2, VB14, F2.

Применение усовершенствованной методики лечебной физической культуры и лечения положением с применением щадящих тейпов позволило объективно установить достаточно высокий клинический эффект к концу реабилитации. Так, улучшение наблюдалось на один ФК с 3-4-го дня при средней степени тяжести.

Применение разработанной методики ЛГ и массажа положительно влияло на субъективные ощущения и объективные признаки пациентов: в течение 2-3 дней приводило к уменьшению ощущения «тяжести», «онемения» пораженной половины лица у 50,3% больных, уменьшению лагофтальма, увеличению объема движений мимических мышц верхней половины лица на стороне поражения у 67,2% больных. Эффективность проведенной реабилитации в баллах при этом составляет $48,8 \pm 5,32$.

Разработанная нами методика комплексного применения микроволновой резонансной терапии, фототерапии, лазерной и ультразвуковой терапии (пунктурная физиотерапия) в лечении и реабилитации пациентов с данной патологией может применяться с первых дней заболевания независимо от возраста больного и от сроков проведения предыдущих процедур, а также при появлении повышенной электровозбудимости и признаков контрактуры мимических мышц.

Общее количество процедур на курс лечения назначается строго индивидуально, в среднем лечебный курс составляет от 6 до 12, которые выполняются ежедневно. Допускается перерыв в середине курса лечения, после 4-5 процедур на 1-2 дня.

Продолжительность одной процедуры составляет 10-15-20 минут, но может быть увеличена до 30 минут, если осуществляется местное воздействие на патологический очаг. К концу курса лечения

продолжительность сеанса уменьшается. В течение одной процедуры воздействуют на 5-6 точек акупунктуры. Точки воздействия определяются составлением акупунктурной рецептуры, строго индивидуально для каждого больного с учетом всех правил и законов рефлексотерапии. После проведенного лечения наблюдается так называемый период восстановления организма, длительность которого составляет от нескольких часов до 4 недель.

Сравнительный анализ клинических и функциональных показателей позволил установить, что применение разработанных нами методик кинезотерапии и физипунктуры дает возможность получить более устойчивый лечебный эффект по сравнению с контрольной группой. Оценивая эффективность лечения, мы установили, что практически полное восстановление функции мимических мышц наступило у 42,1% пациентов с лицевой невропатией, глазодвигательных нарушений в 50,8% случаев, полное исчезновение болевого синдрома у 80% пациентов при невралгии тройничного нерва. Эффективность проведенной реабилитации в баллах при этом составляет $48,8 \pm 5,32$.

Применение разработанного алгоритма восстановительного лечения и методики по применению у пациентов с невропатиями лицевого и глазодвигательного нервов, невралгией тройничного нерва позволяет осуществлять раннее начало реабилитационных мероприятий, соблюдать последовательность физических методов для повышения эффективности восстановительного лечения и улучшения качества жизни.