

# ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА КАК ВАЖНАЯ ЧАСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Шарафова И.А.<sup>1</sup>, Мавлянова З.Ф.<sup>2</sup>, Баратова С.С.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Шарафова Инобат Ахмеджановна – ассистент;

<sup>2</sup>Мавлянова Зилола Фархадовна – заведующая кафедрой;

<sup>3</sup>Баратова Ситора Сахидиновна – ассистент,  
кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины,  
Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** невралгия лицевого нерва является сегодня чрезвычайно актуальной патологией периферической нервной системы. Сравнительно высокая частота поражения именно лицевого нерва обусловлена его топографо-анатомическими особенностями. Главными этиологическими факторами невралгии лицевого нерва являются воспалительное поражение, ятрогенное и травматическое воздействия. Хорошо известны клинические проявления поражения лицевого нерва, выраженность и характер которых зависят от пораженного участка нерва. При лечении поврежденных лицевого нерва целесообразно рассматривать как хирургические, так и консервативные подходы. Системная лекарственная терапия должна занимать ведущее место, назначаться персонализированно и в зависимости от фазы реабилитации и сопутствующего применения хирургических пособий или физиотерапевтических методик.

**Ключевые слова:** невралгия, лицевой нерв, витаминотерапия, паралич Белла.

**Актуальность.** Сравнительно высокая частота поражения именно лицевого нерва обусловлена его топографо-анатомическими особенностями [1, 3]. Лицевой нерв объединяет два нерва: собственно лицевой, образованный двигательными нервными волокнами, и промежуточный нерв, представляющий собой чувствительные вкусовые и вегетативные (парасимпатические) нервные волокна. В фаллопиевом канале височной кости от лицевого нерва отходят три ветви: большой каменистый нерв, барабанная струна, стременной нерв. После выхода из шилососцевидного отверстия от лицевого нерва отходят множество двигательных ветвей к мимической мускулатуре. Промежуточный нерв содержит афферентные волокна (вкусовой чувствительности), идущие к его чувствительному ядру, и эфферентные (секреторные, парасимпатические), исходящие из его вегетативного ядра [4, 5]. По И.Я. Сендульскому, различают лабиринтный (внутрикалостный), барабанный (внутрибарабанный), барабанно-сосцевидный (промежуточный) и сосцевидный отделы костного канала лицевого нерва. Существует множество причин поражения лицевого нерва. Первое место среди них занимает воспалительный фактор: неврит, отогенное поражение. Второе место занимают ятрогенные причины, что обусловлено, с одной стороны, сложностью топографической анатомии лицевого нерва, с другой – необходимостью частых вмешательств, особенностью роста новообразований уха и основания черепа. Частота повреждений лицевого нерва при отоларингологических операциях колеблется от 0,2 до 10%.

В некоторых случаях функция его после операции стойко нарушается, несмотря на сохранение анатомической целостности. Наличие до операции пареза мимических мышц, а также размеры опухоли более 3 см являются плохими прогностическими признаками относительно сохранения функции лицевого нерва. Применение микрохирургической техники при удалении опухолей мостомозжечкового угла в настоящее время позволяет у большинства пациентов сохранить анатомическую целостность лицевого нерва, однако функция его сохраняется или восстанавливается только не более чем у 50% пациентов. Лицевой нерв часто повреждается также при хирургических вмешательствах на шее, челюстно-лицевых операциях и при операциях на околоушной слюнной железе, поскольку он располагается в толще ее ткани, где образует так называемое околоушное сплетение [7].

Посттравматические повреждения лицевого нерва занимают 3-е место. Повреждение лицевого нерва происходит примерно у 15% пациентов с черепно-мозговой травмой и переломом основания черепа. Травматические повреждения лицевого нерва составляют 5–7% всех его поражений. Поперечные переломы пирамиды височной кости осложняются повреждением лицевого нерва в 30–50% случаев, продольные – в 10–25%, однако 70–90% парезов лицевого нерва восстанавливаются самостоятельно.

Лицевой нерв может также повреждаться при ранениях и закрытых травмах лица и шеи. Частота повреждений челюстно-лицевой области среди травм головы составляет 16,5%. Учитывая высокий уровень общего травматизма и тенденцию к его росту, проблема травматических повреждений лицевого нерва является, несомненно, актуальной и социально значимой [8]. Итак, этиологически можно выделить следующие виды поражений лицевого нерва: – идиопатическая невралгия, или паралич Белла (наиболее часто встречающаяся форма – до 75% случаев), когда точные этиологические причины установить не удается.

Для этой формы характерны сезонность, развитие заболевания после охлаждения и при обычных простудных заболеваниях; – отогенные невриты (до 15% случаев), при которых ствол лицевого нерва чаще повреждается при операциях на среднем ухе (общеполостные операции, операции на сосцевидном отростке по поводу гнойных мастоидитов); – инфекционные невриты, встречающиеся гораздо реже: при Herpes zoster (синдром Ханта), полиомиелите, гриппе, паротите и др.

Учитывая большое число поражений лицевого нерва отогенного генеза, данную проблему следует считать актуальной не только для неврологов, но и для отоларингологов. Знание особенностей анатомии, топографии и кровоснабжения лицевого нерва помогает в правильной топической диагностике и в назначении правильного и своевременного лечения, что способствует снижению числа осложнений. Для оценки степени повреждения лицевого нерва используется шкала Хауса – Браакмана.

Паралич мимических мышц приводит не только к косметическим изъянам и тягостным переживаниям пациента, но и к нарушению функций глотания и жевания, а также к фонации. Нейропаралитический кератит, причиной которого у пациентов с поражением лицевого нерва служат лагофтальм и нарушение слезоотделения, приводит к рубцеванию роговицы, снижению и потере зрения. Таким образом, поражение лицевого нерва значительно снижает качество жизни пациентов.

При лечении повреждений лицевого нерва целесообразно рассматривать как хирургические, так и консервативные подходы. При лечении стойких нарушений функции лицевого нерва наиболее эффективны хирургические методы [1, 7]. Хирургические пособия при невротиях лицевого нерва можно разделить на две группы: вмешательства на лицевом нерве с целью восстановления его проводимости и произвольной двигательной функции мимических мышц, пластические операции (статические и динамические) на коже, мышцах и сухожилиях лица с целью уменьшения косметического дефекта и замещения функции парализованных мышц [1, 9]. Противопоказаниями к пластической операции являются наличие гнойных воспалительных очагов на коже головы, шеи, в ухе, в миндалинах и придаточных полостях носа; воспалительные процессы околоушной и подчелюстных желез, лимфатических узлов и области шеи, сосцевидного отростка. Не следует производить пластику при появлении начальных признаков восстановления функции лицевого нерва [7].

Помимо хирургических методов лечения, большое значение имеет консервативная терапия, включающая лекарственную терапию, физиотерапевтические методы. Занятия лечебной физкультурой при хирургическом лечении повреждений лицевого нерва можно распределить на 3 периода: предоперационный, ранний послеоперационный, поздний послеоперационный [10]. В предоперационном периоде основной задачей является активное предупреждение асимметрии здоровой и больной стороны лица. Создавшаяся в первые же сутки после основной операции резкая асимметрия лица требует немедленной и строго направленной коррекции. Подобная коррекция достигается двумя методическими приемами: придается нужное положение с помощью лейкопластырного натяжения и специальной гимнастики для мышц здоровой половины лица.

**Лечение натяжением.** Лейкопластырное натяжение осуществляется следующим образом: лейкопластырь накладывается на активные точки здоровой стороны лица – область квадратной мышцы верхней губы, круговой мышцы рта (со здоровой стороны) – и с достаточно сильным натяжением, направленным в сторону больной стороны, прикрепляется к специальному шлему-маске или к боковым лямкам послеоперационной повязки. Натяжение оставляют на период от 2-х до 6 ч в сутки с постепенным увеличением времени изо дня в день. Особенно необходима такая повязка во время активных мимических действий – во время еды, разговора, в эмоциональных ситуациях, т. к. ослабление асимметрической тяги мышц здоровой стороны лица улучшает общее функциональное состояние парализованных мышц, что играет огромную роль в послеоперационном периоде, особенно после прорастания подшитого нерва. Отдельно рассматривается лечение натяжением в области круговой мышцы глаза с пораженной стороны. В этом случае накладывается лейкопластырь по типу «гусиной лапки» на середину верхнего и нижнего века и натягивается наружу и чуть вверх. При этом глазная щель значительно сужается, что обеспечивает при моргании почти полное смыкание верхнего и нижнего века, нормализует слезоотделение, предохраняет роговицу от высыхания и изъязвления. Во время сна основное лейкопластырное натяжение снимают, а в области глаза оставляют.

Специальная гимнастика в этом периоде также в основном направлена на работу мышц здоровой стороны – проводится обучение активному расслаблению мышц, дозированному и, непременно, дифференцированному напряжению основных мимических мышечных групп – скуловой, круговых мышц рта и глаза, треугольной мышцы. Подобные занятия с мышцами здоровой половины лица уменьшают асимметрию лица, подготавливают эти мышцы к такому дозированному напряжению, которое в последующем будет наиболее адекватным, функционально выгодным медленно восстанавливающимся паретичным мышцам. Второй период, ранний послеоперационный, – от момента пластической операции до первых признаков прорастания нерва. В это время продолжают в основном те же реабилитационные мероприятия, что и в первом периоде: лечение натяжением и специальная

гимнастика, направленная преимущественно на дозированную тренировку мышц здоровой стороны лица.

Необходимым дополнением к данным упражнениям служат рефлекторные упражнения – статическое напряжение мышц языка и тренировка форсированного глотания. Напряжение языка достигается следующим образом: больной упирается кончиком языка в линию сомкнутых зубов на 2–3 с, затем расслабляет мышцу языка и вновь упирается в десну – теперь выше зубов. После расслабления следует упор в десну ниже зубов. Подобные серии напряжений (упор в середину, вверх, вниз) продлеваются 3–4 раза в день по 5–8 раз в течение каждой серии.

Тренировка глотания осуществляется также сериями по 3–4 глотка подряд. Можно сочетать обычное глотание с питьем жидкости, особенно если больной испытывает сухость во рту. Возможны и сочетанные движения – статические напряжения языка и, одновременно, глотание. Сочетанные упражнения требуют более длительного отдыха (3–4 мин), чем после отдельных упражнений. В этом периоде можно рекомендовать различные виды общеукрепляющего лечения: витаминотерапию, массаж воротниковой зоны и т. п. Массаж лица, особенно пораженной стороны, в этом периоде считается нецелесообразным. Третий, поздний послеоперационный период начинается с момента первых клинических проявлений прорастания нерва. Раньше других появляются движения мышц смеха и одной из порций скуловой мышцы. В этом периоде основной акцент делается на лечебную гимнастику. Продолжаются статические упражнения для мышц языка и глотательных движений при существенном увеличении количества занятий до 5–6 раз в день и продолжительности этих занятий. Перед выполнением упражнений и после них рекомендуется массаж пораженной половины лица.

Особо ценным является массаж изнутри рта, когда инструктор лечебной физкультуры рукой в хирургической перчатке массирует отдельные мышечные группы – квадратную мышцу верхней губы, скуловую, круговую мышцу рта, щечную мышцу. По мере возрастания амплитуды произвольных движений добавляются упражнения при симметричном напряжении обеих сторон – здоровой и пораженной. Здесь важным методическим принципом является приравнивание силы и амплитуды сокращения мышц здоровой стороны к пока ограниченным возможностям мышц пораженной стороны, но не наоборот, т. к. паретичные мышцы даже при максимальном сокращении не достигают возможностей здоровых мышц, – соблюдение этого правила обеспечивает симметрию лица. Только приравнивание здоровых мышц к паретичным устраняет асимметрию и таким образом повышает общий эффект хирургического лечения. Движения круговой мышцы глаза появляются гораздо позднее и являются в первое время результатом синергии сокращений мышц нижней и средней части лица.

Эту синергию в течение 2–3-х мес. следует всячески усиливать (совместными сокращениями всех мышц пораженной стороны), а после достижения достаточной амплитуды сокращения круговой мышцы глаза необходимо добиваться дифференцированных сокращений всех мышц. При правильных последовательных тренировках должен произойти перенос навыка раздельного сокращения мышц здоровой стороны (см. первый период) на пораженную сторону. В этом же периоде рекомендуется проводить лечение натяжением по изложенной выше методике, сократив время до 2–3 ч, через день [1, 5, 6].

**Выводы.** Таким образом, лечение заболеваний лицевого нерва должно быть комплексными и включать как хирургические, так и медикаментозные методы. Причем системная кинезиологическая терапия должна занимать ведущее место, назначаться персонализированно и в зависимости от фазы реабилитации и сопутствующего применения хирургических пособий или физиотерапевтических методик.

#### *Список литературы*

1. Баратова С.С., Мавлянова З.Ф., Шарафова И.А. Индивидуально-типологические особенности, обуславливающие выбор вида спортивной деятельности // Современные проблемы психологии и образования в контексте работы с различными категориями детей и молодежи. 2016. С. 190-191.
2. Гайбиев А.А. и др. Современные методы диагностики и лечение полиневропатий у детей // Достижения науки и образования. 2019. №. 11 (52).
3. Насретдинова М.Т., Карабаев Х.Э. Совершенствование методов диагностики у пациентов с головокружением // Оториноларингология Восточная Европа. 2017. Т. 7. №. 2. С. 194-198.
4. Очиллов Х.М., Джурабекова А.Т., Усмонова Ш. Синдромальная и назологическая структура болей в спине у детей // Проблемы биологии и медицины. С. 96.
5. Эшимова Ш.К., Хакимова С.З., Джурабекова А.Т. Оценка эффективности антитреморных препаратов у больных эссенциальным тремором // Инновационная наука. 2016. №. 1-3 (13).
6. Ким О.А., Шарафова И.А., Баратова С.С. Мигрень у спортсменов: особенности и методы коррекции // Безопасный спорт-2016. 2016. С. 78-80.

7. *Камилова Р.Т. и др.* Влияние систематических занятий спортом на функциональное состояние юных спортсменов //Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2016. – №. 4.
8. *Шарафова И.А., Ким О.А.* Комплексный подход к лечению и реабилитации больных с нейропатией лицевого нерва //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. 2019. С. 210-210.
9. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan //The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. – Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.