Паспортная часть

1.

2. Возраст – 14.10.1962г (50 года).

3. Пол - мужской.

4. Профессия – пенсионер.

5. Место жительства – г.

6. Женат. Жена: адрес тот же.

7. Дата и время поступления - 19.10.2011г., 14:10.

8. Дата курации - 24.10.2011 г.

9.Кем направлен – Станция скорой помощи.

10. Диагноз направившего учреждения: Нейропатия левого лицевого нерва.

11. Клинический диагноз:

а) Основной: G51.0 Паралич Белла левосторонний.

б) Сопутствующие: нет.

ЖАЛОБЫ

На ассиметрию лица слева, невозможность закрыть глаз, улыбнуться, показать зубы.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Считает себя больным в течение недели, когда к вечеру 18.10.2011г. появились неприятные ощущения, выражающиеся болевым синдромом в височной и заушной области, а на утро появились основные симптомы заболевания.

Ни с чем своё заболевание не может связать. Был доставлен в приёмное отделение ГБ№2, госпитализирован в неврологическое отделение для обследования и лечения.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Родился в г., в полноценной семье. Рос и развивался в соответствие с возрастом. Материально-бытовые условия в детстве и юности были удовлетворительными. В настоящее время не работает, женат, детей двое. Одевается соответственно погодным условиям. Питание регулярное. Санитарно-гигиенические нормы выполняет. Из перенесённых заболеваний отмечает простудные, детские инфекции, ЧМТ 1983г, нейропатия правого лицевого нерва в 2003г. Гемотрансфузий не было. Аллергоанамнез не отягощён. Наследственность не отягощена. Операции: металлоостеосинтез правой плечевой кости пластиной и винтами. Болезнь Боткина, туберкулёз, венерические заболевания, сахарный диабет отрицает, как у себя так и у родственников. Вредные привычки отрицает.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО

Общее состояние удовлетворительное. Внешний вид соответствует возрасту. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица спокойное. Телосложение нормостеническое, упитанность средняя. Рост 180 см, вес 85 кг.

Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Сыпи, кровоизлияний, изъязвлений, шелушения, пигментаций, депигментаций, рубцов нет. Тургор кожи сохранен. Кожа обычной влажности, теплая на ощупь. Ногти розовые, обычной конфигурации неломкие. Волосы неломкие, не секутся, участков аллопеции нет.

Подкожная клетчатка выражена. Места наибольшего отложения жира по мужскому типу. Отеков, подкожной эмфиземы нет.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются, безболезненны, окраска кожи не изменена.

Мускулатура развита умеренно, симметрично, тонус мышц и мышечная сила сохранена. Пальпаторно мышцы безболезненны, судорог, дрожания нет.

Костная система без видимых деформаций, болезненности, периоститов нет. Суставы обычной величины и формы, кожа над ними не гиперемирована. Пальпация безболезненна, флуктуация и хруст отсутствует. Движения в суставах активные в полном объёме. Позвоночник обычной конфигурации. Остистые отростки паравертебральных зон безболезненны. Подвижность позвоночника нормальная. Походка обычная. Голова обычной формы и величины, дрожания и деформации нет. Нос обычной формы. Глаза блестящие, склеры бело-голубые. Экзофтальма, эндофтальма нет. Губы обычной окраски, без рубцов и трещин. Герпетических высыпаний нет. Температура тела 36,6 ºC.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Дыхание свободное, через нос. Отделяемого с носа нет. Слизистая зева не гиперемирована. Миндалины не увеличены. Форма грудной клетки правильная, нормостеническая, без деформаций и асимметрий, межреберья выражены умеренно. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания – смешанный. ЧДД – 18 дых. движений в минуту, дыхание ритмичное, правильное, достаточной глубины. Грудная клетка пальпаторно безболезненна, эластична. Голосовое дрожание на симметричные участки грудной клетки проводится равномерно. Перкуторно на симметричных участках обоих легочных полей ясный легочный звук. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов, крепитации нет. Бронхофония одинаково проводится на симметричные участки легочных полей.

 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

При осмотре области сердца сердечный горб не выявлен. Патологических пульсаций не наблюдается. Верхушечный толчок не визуализируется. Прекапиллярный пульс Квинке, симптомы «червячка», Мюссе, пляски каротид отрицательные. Набухания яремных вен не отмечается. Расширение подкожных вен грудной клетки, брюшных покровов, варикозного расширения вен нижних конечностей не наблюдается. Патологических дрожаний пальпаторно не выявляется.

Пульс на лучевых артериях синхронный, ритмичный, достаточного наполнения и напряжения, частота сердечных сокращений соответствует пульсу и равна 88 ударов в минуту.

Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные. Раздвоения или расщепления тонов сердца не выявлено. АД –130/80 мм рт. ст.

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Запаха из полости рта нет. Слизистая полости рта и десен обычной окраски, кровоточивости, изъязвлений, нагноений, рубцов, незарошение твердого неба нет.

Язык обычной величины, цвета, влажный, необложеный, сосочковый слой хорошо выражен; отпечатков зубов, трещин, прикусов, язвочек нет. Слизистая глотки не гиперемирована, небные миндалины увеличены, слегка гиперемированы, без налёта. Глотание свободное.

При осмотре форма живота обычная, не вздут, участвует в акте дыхания. Венозной сети, перистальтики кишечника, полос пигментации и кровоизлияний в окружающие ткани, рубцов, стрий, видимых объемных образований нет. Эпигастральной пульсации нет. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, локальных объемных образований нет. Диастаз и грыжевых ворот не обнаружено.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

При осмотре поясничной области и мочевым пузырем покраснений, припухлости кожных покровов, отечности кожи нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание нормальное ~5 раз в день, произвольное, свободное и безболезненное.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Телосложение правильное, ожирения и истощения нет. Общий вид больного соответствует возрасту. Оволосение по мужскому типу. Признаков нарушений эндокринных желёз не выявлено.

Щитовидная железа не увеличена, болезненности при пальпации нет, подвижна, мягкой консистенции. Перешеек не пальпируется.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС

Сознание ясное. Ориентирован во времени и пространстве. Контактен. Критичен. Настроение нормальное. Сон не нарушен.

 Менингеальных знаков нет.

Черепномозговые нервы

**I пара - обонятельный нерв.** Обоняние сохранено D=S. Обонятельных галлюцинаций не отмечается.

**П пара - зрительный нерв.** Острота зрения не снижена. Поля зрения не сужены. Цветоощущение сохранено.

**III, IV, VI пара - глазодвигательный, отводящий, блоковый нервы.** Глазные щели D=S. Глазные яблоки подвижны, движения в полном объеме, синхронные. Пареза взора не отмечается. Диплопия отсутствует. Зрачки D=S, диаметр зрачков 3 мм, округлой формы, фотореакции живые, содружественные. Конвергенция и аккомодация в норме.

 **V пара - тройничный нерв.** Движения нижней челюсти не ограничены. Напряжения жевательных мышц нет, трофика не нарушена. Пальпация в точках выхода ветвей безболезненна. Чувствительность кожи лица сохранена.

**VII пара - лицевой нерв.** Асимметрия лица слева. Пораженная сторона лица маскообразна: сглажены складки лба и носогубная складка, угол рта опущен. При попытке произвести движение мимическими мышцами асимметрия лица усугубляется: при наморщивании лба складок не образуется, при зажмуривании глазная щель не смыкается, глазное яблоко отходит кверху и видна полоска склеры (симптом Белла), при оскале зубов угол рта не поднимается, надуть щеки не может.

**VIII пара - предверно - улитковый нерв.** Отсутствуют жалобы на звон и шум в ушах. Острота слуха не снижена D=S. *Вестибулярная система:* головокружение в покое и при движении отсутствует. Установочный нистагм влево. Жалоб на тошноту и рвоту нет.

**IX, Х пара – языкоглоточный и блуждающий нервы.** Голос звучный, глотание свободное, не поперхивается. Фонация и артикуляция не изменены. Мягкое небо подвижно. Небные и глоточные рефлексы живые. Саливация умеренна.

**XI пара - добавочный нерв.** Голова расположена по средней линии. Пальпация грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц безболезненна. Сила, напряжение и трофика не снижена. Поднимание плеч не затруднено.

**XII пара - подъязычный нерв.** Язык расположен во рту и при высовывании по средней линии. Атрофия и фибриллярные подергивания мышц языка отсутствуют.

Двигательная система: при осмотре атрофии, гипертрофий мышц нет. Фибриллярные и фасцикулярные подергивания в мышцах нет. Контрактур нет. Пассивные и активные движения в верхних и нижних конечностях в полном объеме. Сила мышц в дистальных и проксимальных отделах справа и слева — 5 баллов. Тонус мышц не изменен.

Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног D=S, живые. Патологических рефлексов нет.

Координация движений: пальценосовая проба в норме, пяточноколенная проба в норме, в позе Ромберга устойчив. Походка не изменена.

Чувствительных расстройств не выявлено.

Функции тазовых органов контролирует.

СВОДКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИМТОМОВ В СИНДРОМЫ

1. Лагофтальм слева
2. Синдром Белла
3. Прозоплегия

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Основное заболевание: G51.0 Паралич Белла левосторонний.

Сопутствующее заболевание: нет.

*Клинический диагноз был поставлен на основании:*

*жалоб* больной при поступлении: на ассиметрию лица слева, невозможность закрыть глаз, улыбнуться, показать зубы.

*Из истории развития настоящего заболевания:* к вечеру появились неприятные ощущения, выражающиеся болевым синдромом, а на утро появились основные симптомы заболевания.

*Из неврологического статуса выявлено:* наличие у больной асимметрии лица, лагофтальма слева. На пораженной стороне слева: сглажены складки лба и носогубная складка, угол рта опущен. При попытке произвести движение мимическими мышцами асимметрия лица усугубляется: при наморщивании лба складок не образуется, при зажмуривании глазная щель не смыкается, глазное яблоко отходит кверху и видна полоска склеры (симптом Белла), при оскале зубов угол рта не поднимается, надуть щёки не может.

 Это указывает на поражение ***n.facialis*** слевав виде развития периферического паралича мимических мышц.

ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА:

## Поражение лицевого нерва на выходе из-за околоушной железы.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

 ***Синдром Мелькерссона–Розенталя*** характеризуется лицевой невропатией в сочетании с отёком и уплотнением лица и губ со складчатым языком, реже с парестезиями пальцев и эпизодами расстройства глотания. Заболевание начинается в детстве или юности, течение рецидивирующее.

 ***Опухоль слухового нерва-*** сопровождается парезом лицевой мускулатуры, снижением слуха на пораженной стороне с явлениями раздражения в виде звона в ушах, треска, свиста в ухе, также поражением 5,6,9,10,12 пар черепных нервов.

***Синдром Рамсея Ханта*** связан с поражением узла коленца вирусом опоясывающего герпеса, проявляется герпетическими высыпаниями в ушной раковине, наружном слуховом проходе, сильными болями в глубине уха, снижением вкусовой чувствительности на передних 2/3 языка, парезом мимических мышц. В части случаев возможно поражение VIII пары черепных нервов — головокружение, звон в ухе, снижение слуха. Появление макулопапулёзной или везикулярной сыпи в области наружного слухового прохода и ушной раковине в течение недели до или после остро развившегося пареза мимических мышц достаточно для постановки диагноза. При иммунодефицитах, а также у пациентов старческого возраста синдром Рамсея Ханта может быть как двусторонним, так и рецидивирующим.

 ***Кровоизлияние в области моста-*** проявляется параличом противоположной половины тела , а также выявляется альтернирующая гемиплегия.

Таким образом, после проведенного дифференциального и топического анализа можно сказать, что у больной имеется поражение периферического нейрона лицевого нерва ниже отхождения chordae tympani.

 ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Кровь на сахар

Кровь на RW

Коагулограмма

Рентгенография черепа

ЭКГ

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Общий анализ крови* (20.10.11г.)

 Эритроциты 4,71\*1012/л

Гемоглобин 140 г/ л

Цветовой показатель 0,85

Лейкоциты 7,2\*109/л

Базофилы 1

Эозинофилы 3

Палочкоядерные 1

Сегментоядерные 63

Лимфоциты 30

Моноциты 5

СОЭ 11 мм/ч

*Общий анализ мочи* (20.10.11г)

 Цвет: с/ж

Реакция: кислая

Удельный вес: 1014

Прозрачность: полная

Белок: не обнаружен

Сахар: ОТР.

Эритроциты: 2-3 в п/зр.

Лейкоциты: 1-2 в п/зр.

Эпителий плоский: 0-2 в п/зр.

Слизь: ++

*Кровь на сахар* (20.10.11г): 4,0 ммоль/л

*Кровь на RW*: отрицательно

*Коагулограмма* (20.10.11г.)

ПТИ 94%

МНО 1,08

ПЧТВ 30``

ТВ 17``

Фибрин 3,7 г/л

*Рентгенография черепа:* изменений не выявлено.

*ЭКГ*: Ритм синусовый, ЧСС 82/мин. ЭОС отклонена влево. Изменения миокарда не выявлено.

 ЛЕЧЕНИЕ

Больному назначено лечение

##### Sol. Euphyllini 2,4% - 5,0 ml

##### Sol. Piracetamum 2%- 5,0 ml

* Sol. Berlitioni 300 EД
* Sol. Actovegini 4,0% - 2,5 ml
* Sol. Calcii gluconasi 10% - 10,0 ml
* Sol. Acidi nicotinici 1% - 1,0ml
* Sol. Diclofenaci 3,0 ml in amp.
* Tab. Nozepami 0.01 N. 10

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

*Реабилитационный диагноз:* Нейропатия левого лицевого нерва, генеза.

**Общие принципы реабилитации периферических параличей мимических мышц**

* создание максимальных условий для регенеративных процессов и сохранения денервированной

 мышечной ткани;

* предотвращение укорочения непарализованных мышц противоположной половины лица

("контрактура антагонистов") и жевательной мускулатуры;

* попытки постепенного опроизволивания непроизвольных движений путем включения их в

различные синергические реакции, используя методы проприоцептивного облегчения и

стимуляции;

* при появлении минимальной произвольной активности -адекватные упражнения с целью

увеличения мышечной силы, предупреждение формирования заместительных движений;

* восстановление изолированных волевых сокращений мышц.

Эффективная реабилитация периферических параличей должна проводиться по несколько часов в день

Основная цель лечебно-реабилитационных мероприятий в острый период обеспечить противовоспалительный и дегидратирующий эффект, улучшить крово- и лимфообращение в области canalis facialis и лица, способствовать улучшению проводимости по лицевому нерву.

 План

1. Стационарно:
* Фармакотерапия (см. выше)
* Физиотерапия
* Кинезиотерапия ( лечение положением, лечебная гимнастика, массаж, электростимуляция)
1. Амбулаторно:
* Кинезиотерапия (лечебная гимнастика, массаж)
* Физиотерапия (тепло)
* Рефлексотерапия

Физиотерапия

С первого дня заболевания используется электрическое поле УВЧ, обладающее выраженным

противовоспалительным, обезболивающим и дегидратирующим действием: один электрод располагается впереди ушной раковины, другой - на сосцевидном отростке, дозировка нетепловая или слаботепловая (выходная мощность - 15-20вт), продолжительность воздействия - 15-20мин, курс лечения 8-10 процедур.

После 20-го дня заболевания, для профилактики возможных осложнений, рекомендуется электрофорез

витаминов (В1, В12), лидазы, глютаминовой кислоты.

Спустя 2-2,5 недели от начала болезни очень хорошие результаты дает лечение интерференционными токами: тетрополярные электроды накладываются на основные ветви лицевого нерва, ритмическая частота - 0-100Гц, продолжительность воздействия - 8-10 минут, курс лечения 10-15 ежедневных процедур. Эффективность лечения значительно повышается при его использовании в комплексе с озокеритотерапией.

В домашних условиях больной самостоятельно применяет умеренное тепло (грелку, теплые опилки, соль) на сосцевидный отросток и на пораженную половину лица.

Кинезиотерапия

Принципы кинезиотерапевтической реабилитации при парезах мимической мускулатуры включают лечение положением, лечебную гимнастику, массаж и электростимуляцию (ЭС). Они в значительной мере базируются на учете взаимодействия мускулатуры интактной и пораженной стороны лица. Известно, что большинство мимических мышц правой и левой половины лица здорового человека являются одновременно антагонистами и синергистами: группы мышц каждой стороны тянут в своем направлении, а действие мышц обеих сторон обеспечивает смысловую симметрию лица, необходимую в любой эмоциональной мимической ситуации.

*Лечение положением*

Больному рекомендуется спать на боку (на стороне поражения); в течение 10-15 минут по 3-4 раза в день; сидеть, склонив голову в сторону поражения, поддерживая ее тыльной стороной кисти с опорой на локоть; подвязывать платок, подтягивая им мышцы со здоровой стороны в сторону поражения, стремясь при этом восстановить симметрию лица.

Проводится коррекция натяжением: полоски лейкопластыря одним своим концом прикрепляются к коже

здоровой половины лица, другой конец на больной стороне фиксируются к специальному шлему,

изготовленному из бинта и марли наподобие шапочки Гиппократа. Основная цель лейкопластырной тяги -растягивать здоровые мышцы, а не коррегировать положение паретичных мышц лица.

Лейкопластырное натяжение для уменьшения глазной щели (лагафтальма) осуществляется одной или

двумя узкими полосками, которые прикрепляются на коже века посередине глазной щели и мягко

натягиваются свободным концом вверх и кнаружи, также прикрепляясь к неподвижному шлему. Сила

натяжения легко определяется по появлению двоения при бинокулярном зрении. Чем уже получается

глазная щель при натяжении, тем легче она смыкается при непроизвольном моргании, Таким образом

сохраняется естественное увлажнение глаза слезой и облегчается закрывание глаза в ночное время.

Вообще же лечение положением более эффективно в дневное время, когда мимические реакции наиболее выражены. Лейкопластырное натяжение в первые сутки проводят по 30-60мин, 2-3 раза в день, особенно это необходимо при еде и разговоре. Затем время лечения увеличивают до 2-3 часов в день.

*Лечебная гимнастика*

В остром периоде прозопоплегии лечебная гимнастика проводится с привлечением различных синергических реакций:

а) дыхательно-лицевых,

б) жевательно-лицевых,

в) язычно-лицевых,

г) глоточно-лицевых,

д) глазодвигательно-лицевых,

е) брахио-фасциальных,

ж) имитационных синергий лица,

з) глобальных синкинезий.

На первом этапе важно получить любую, пусть даже недифференцированную и генерализованную, двигательную реакцию пораженных мышц лица. Там где это возможно, голове пациента придается положение, обеспечивающее антигравитационные условия работы парализованных мышц. Иногда с целью дополнительной стимуляции остаточной двигательной активности производится усиление проприоцептивных ощущений с кожных поверхностей над пораженными мышцами, путем их легкого покалывания иглой, а также производится натяжение мимических мышц через палец, подставленный с внутренней стороны щеки или губы.

***А. Примеры упражнений, основанных на дыхательно-лицевых синкинезиях***

Больной закрывает пальцем здоровую половину носа и производит форсированное вдыхание воздуха ноздрей пораженной половины лица. При этом он изо всех сил пытается "играть" крыльями носа и напрягать носогубную складку. Пациент втягивает воздух через сомкнутые зубы (как кит), одновременно он пытается растянуть губы "в ниточку", образовать "ямочки" на щеках, напрячь носогубную складку. Больной быстро вдыхает и выдыхает носом, как бы принюхивается, пытаясь шевелить крыльями носа. Больной пытается выдохнуть воздух через вытянутые в трубочку губы, как при свисте.

Пациент попеременно во время вдоха через рот натягивает верхнюю губу на верхние резцы и нижнюю губу на нижние резцы.

***Б. Примеры упражнений, основанных на жевательно-лицевых синкинезиях***

Пациент смещает челюсть в сторону пораженной половины лица, одновременно пытаясь сомкнуть ипсилатеральную глазную щель и оскалить зубы. Больной делает прикус "на резцы" и одновременно пытается оскалить верхние зубы до клыков. Прикусывая зубы "на коренные", пациент стремится опустить углы рта вниз. Больной выдвигает нижнюю челюсть вперед, одновременно пытаясь оттопырить нижнюю губу.

***В. Примеры упражнений, основанных на язычно-лицевых синкинезиях***

Пациент прижимает кончик языка к твердому небу, одновременно пытаясь наморщить нос и сузить глазную щель. Пациент высовывает язык и поворачивает его в сторону пареза, пытаясь одновременно сузить глазную щель.

***Г. Пример упражнений, основанных на глоточно-лицевых синкинезиях***

Больной делает повторные глотательные движения, как при проглатывании чего-либо горького, одновременно пытаясь прищурить глаза и напрячь носогубные складки.

***Д. Примеры упражнений, основанных на глазодвигательно-лицевых синкинезиях***

Закрывание глаза производится в антигравитационном положении (лежа на спине). Больного обучают закрывать глаз в два приема: сначала прикрывается верхнее веко , а когда объем его движения оказывается полностью исчерпанным, подтягивается нижнее веко до полного смыкания глазной щели.

Поворачивая взор в ипсилатеральную сторону, пациент пытается сомкнуть глазную щель.

В положении сидя, отклоняя голову назад, пациент одновременно пытается прикрыть верхнее веко (рефлекс кукольных глаз).

В положении сидя, наклоняя голову вперед и поднимая глаза кверху, пациент пытается наморщить лоб.

Пациент пытается сузить одноименную глазную щель.

Кинезитерапевт раздражает ресницы или роговицу больного полоской бумаги, пытаясь вызвать защитный рефлекс мигания.

***Примеры упражнений, основанных на брахио-фасциальных синкинезиях***

Больной изо всех сил упирается обеими руками в нижнюю поверхность стола, пытаясь изобразить на лице гримасу перенапряжения. руки методиста.

***Ж. Примеры упражнений, основанных на имитационных синкинезиях лица***

Чтобы произвести нужное движение парализованной половиной лица больной сначала делает то же самое непораженными мышцами здоровой половины.

***З. Примеры упражнений, основанных на глобальных синкинезиях***

 Лежа на спине, пациент приподнимает голову, пытаясь одновременно совершить определенные действия мышцами пораженной стороны лица: оттянуть угол рта в сторону, "насупить" брови, сомкнуть глазную щель и т.д. Методист оказывает адекватное сопротивление приподниманию головы больного с помощью ладони, приложенной к его лбу.

При необходимости приемами постизометрической релаксации и пассивного растяжения добиваются расслабления жевательной мускулатуры.

Для увеличения объема открывания рта одна кисть кинезиотерапевта фиксируется за резцы верхней челюсти, а другая - за резцы нижней. Больной производит выдох через рот, пытаясь сомкнуть челюсти против сопротивления, во время последующего вдоха инструктор пассивно усиливает раскрывание рта.

Для релаксации наружных крыло-небных мышц больной смещает на вдохе нижнюю челюсть в пораженную сторону против сопротивления собственной руки, на выдохе челюсть пассивно смещается в противоположную сторону. При двухсторонней релаксации указанных мышц в первую фазу упражнения челюсть активно выдвигается вперед наподобие ящика письменного стола и пассивно задвигается назад во вторую фазу.

Занятия гимнастикой продолжаются 20-30 минут и повторяются 2-3 раза в день, однако, они не должны быть слишком нагрузочными и при малейших признаках утомления их следует прекращать.

*Массаж*

Массажные воздействия начинают со здоровой стороны лица и жевательных мышц. На фоне очень легких поглаживаний и вибрации больному предлагают максимально расслабить мышцы здоровой половины лица. В жевательной мускулатуре массаж носит точечный разминающий характер. Помимо височно-нижнечелюстных и жевательных мышц внимание уделяется мышцам диафрагмы рта, а также мускулатуре, прикрепляющейся к подъязычной кости.

На больную половину лица после нескольких минут вводного классического массажа воздействуют специальными формообразующими ("скульптурными") приемами. Их суть сводится к воссозданию пальцами массажиста естественных складок лица. Особое внимание уделяют "вылепливанию" носогубной лобных и надпереносных складок.

С помощью продольного растирания, разминания, потряхивания и мелкоточечной вибрации, направленных по ходу пучков пораженных мимических мышц и проводимых как снаружи, так и с внутренней поверхности ротовой полости, добиваются возбуждения в них миотатических рефлексов, что проявляется усилением контурирования мышечных пучков под кожей или слизистой. Воздействия должны быть строго дозированным, нельзя допустить эффекта торможения мышц.

*Электростимуляция*

ЭС помимо электрогимнастики мышц обладает выраженным гиперемирующим и анальгезирующим эффектом.

Обычно один электрод (анод) устанавливается между наружным слуховым проходом и сосцевидным отростком, а другой (катод) – в зависимости от стимуляции конкретной группы мышц: для стимуляции лобной мышцы – в область виска; круговой мышцы глаза – внутренний угол орбиты; мышц переносицы – на спинке носа; носогубной складки и крыла носа - в области верхней губы; круговой мышцы рта – в области угла рта; мышц подбородка - на подбородке.

Необходимо следить, чтобы раздражаемые мышцы не проявляли признаков утомления, которые выражаются в уменьшении силы мышечного сокращения. Это значит, что времени на восстановление активности мышечного волокна не хватает, поэтому паузы должны быть более продолжительными.

Желательно ограничивать отдельные сеансы 20-30-40 сокращениями мышцы и повторять их несколько (5-6) раз в день.

Нельзя стремиться усилить сокращение мышцы бесконечным повышением амплитуды сигнала. Сила тока должна быть минимальной при получении максимального двигательного ответа, не распространяющегося на соседние мышцы, в противном случае можно усугубить "контрактуру антагонистов".

Рефлексотерапия

Основные задачи рефлексотерапии:

1. ликвидация болезненных мышечных уплотнений;
2. восстановление функций паретичных мышц;
3. стимуляция процессов регенерации лицевого нерва;
4. улучшение кровообращения и микроциркуляции;
5. стимуляция венозного оттока;
6. коррекция вегетативно-трофических нарушений;
7. нормализация функционального состояния лимбико-ретикулярного комплекса.

Локализация наиболее болезненных точек, отмечается на коже лица фломастером, затем ставятся на 20 минут акупунктурные иглы.

ПРОГНОЗ

Прогноз для жизни благоприятный. Большинство случаев заканчиваются полным выздоровлением с восстановлением функций мимических мышц, в некоторых случаях сохраняется минимальная резидуальная симптоматика и у части больных восстановление бывает неполным, с формированием контрактур мимических мышц и патологических синкинезий.
Неблагоприятные прогностические факторы включают:
•пожилой возраст
•артериальную гипертензию
Вероятность неблагоприятного прогноза также выше прирецидивах (приблизительно в 30–40% случаев рецидивов функциональный исход хуже, чем во время первого эпизода, особенно при локализации на той же стороне).

Прогноз для полного выздоровления сомнительный, т.к. может рецидивировать.

Список литературы

Физическая и кинезиологическая терапия при поражениях лицевого нерва

<http://doctorrasulov.narod.ru/soft/LECHENIE/L8.pdf>