

УДК 616. 833. 17. – 001 – 02: 615. 814. 1 – 039. 76

И. О. Походенько-Чудакова, д. мед. н.

Белорусский государственный медицинский университет

АКУПUNCTУРА И МИОГИМНАСТИКА КАК ОСНОВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ТРАВМАТИЧЕСКИМ НЕВРИТОМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ РАННИХ СРОКАХ ОБРАЩЕНИЯ

Цель работы – оценить эффективность параллельного применения акупунктуры и миогимнастики в составе лечебно-реабилитационного комплекса у больных с периферическим травматическим невритом лицевого нерва при ранних сроках обращения. Под наблюдением находились пациенты с периферическим травматическим невритом n. facialis. Группе 1 (16 пациентов) проводился стандартный курс реабилитации. Группе 2 (18 человек) параллельно со стандартным лечением проводился курс акупунктуры. Группе 3 (17 больных) наряду со стандартной реабилитацией и акупунктурой назначался комплекс миогимнастики. Результаты сравнительного анализа динамики и электромиографии частота развития осложнений в наблюдаемых группах больных убедительно доказывают эффективность параллельного использования акупунктуры и миогимнастики в составе лечебно-реабилитационного комплекса у пациентов с периферическим травматическим невритом лицевого нерва при ранних сроках обращения.

Ключевые слова: лицевой нерв, травматический неврит, акупунктура, миогимнастика.

И. О. Походенько-Чудакова

Білоруський державний медичний університет

АКУПUNCTУРА І МІОГІМНАСТИКА ЯК ОСНОВНІ СКЛАДОВІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ, З ПЕРИФЕРИЧНИМ ТРАВМАТИЧНИМ НЕВРИТОМ ЛИЦЬОВОГО НЕРВУ ПРИ РАННІХ ТЕРМІНАХ ЗВЕРНЕННЯ

Мета роботи – оцінити ефективність параллельного застосування акупунктури і міогімнастики у складі лікувально-реабілітаційного комплексу у хворих з периферичним травматичним невритом лицьового нерву при ранніх термінах звернення. Під спостереженням знаходилися пацієнти з периферичним травматичним невритом n. facialis. Групі 1 (16 пацієнтів) проводився стандартний курс реабілітації. Групі 2 (18 чоловік) паралельно із стандартним лікуванням проводився курс акупунктури. Групі 3 (17 хворих) разом із стандартною реабілітацією і акупунктурою призначався комплекс міогімнастики. Результати порівняльного аналізу динаміки і електроміографії частота розвитку ускладнень в спостережуваних групах хворих переконливо доводять ефективність

паралельного використання акупунктури і міогімнастики у складі лікувально-реабілітаційного комплексу у пацієнтів з периферичним травматичним невритом лицьового нерву при ранніх термінах звернення.

Ключові слова: лицьовий нерв, травматичний неврит, акупунктура, міогімнастика.

I. O. Pokhoden'ko-Chudakova

Belarus' State Medical University

THE ACUPUNCTURE AND MYOGYMNASTICS AS THE MAIN COMPONENTS OF THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH PERIPHERY TRAUMATIC NEURITIS OF THE FACIAL NERVE AT THE EARLY TERMS OF CONSULTATION

The aim of the work is to estimate the effectiveness of the simultaneous use of acupuncture and myogymnastics in the treatment and rehabilitative complex in patients with periphery traumatic neuritis of the facial nerve at the early terms of consultation. The patients with periphery traumatic neuritis n. facialis were observed. The group I (16 patients) underwent the standard course of rehabilitation. The group II (18 patients) simultaneously to the standard treatment underwent the course of acupuncture. The group III (17 patients) were prescribed the course of myogymnastics together with the course of standard rehabilitation and acupuncture. The results of the comparative analysis of the dynamics and electromyography, the frequency of the developed complications in the observed groups prove strongly the effectiveness of the simultaneous use of acupuncture and myogymnastics in the treatment and rehabilitative complex in patients with periphery traumatic neuritis of the facial nerve at the early terms of consultation.

Key words: facial nerve, traumatic neuritis, acupuncture, myogymnastics.

Введение. На протяжении внушительного периода времени одну из центральных проблем для специалистов представляют заболевания периферической нервной системы, в том числе травматические повреждения лицевого нерва. Последние нередко развиваются при проведении хирургических вмешательств и отмечаются у 45 % больных с травматическими повреждениями черепно-мозговых нервов [2] и составляют 5 – 7 % от общего числа пациентов с поражениями n. facialis [4, 14]. Ситуацию усугубляет высокий и не имеющий тенденции к снижению уровень общего травматизма [15], частота встречаемости новообразований [10] и другие заболевания, операции, которые могут осложняться повреждением ветвей лицевого нерва. В специальной литературе имеются сообщения, посвященные результатам лечения и реабилитации больных с периферическим травматическим невритом

том п. facialis с использованием акупунктуры [6, 12, 16]. Известен ряд публикаций, освещающих положительное влияние лечебной физкультуры (ЛФК) и миогимнастики на результаты лечения невритов лицевого нерва различного генеза [1, 7]. Однако до настоящего времени не изучена эффективность и не определена целесообразность параллельного применения акупунктуры и миогимнастики у пациентов с периферическим невритом п. facialis на основании сравнительной оценки динамики объективных показателей, характеризующих функциональное состояние мимической мускулатуры лица.

Цель работы. Оценить эффективность параллельного применения акупунктуры и миогимнастики в составе лечебно-реабилитационного комплекса у больных с периферическим травматическим невритом лицевого нерва при ранних сроках обращения.

Объекты и методы. Под наблюдением находился 51 пациент с периферическим травматическим невритом п. facialis, обратившийся за специализированной помощью в течение первых суток после травмы или оперативного вмешательства, явившегося причиной заболевания.

Данные больные были разделены на три группы. Группа 1 включала 16 пациентов, которым проводился стандартный курс реабилитации. Он включал: 1) с целью достижения противовоспалительного и десенсибилизирующего эффекта, а также снятия отёка и набухания нервного ствола назначались глюкокортикоиды, дегидратирующие средства, препараты калия, никотиновая кислота, антигистаминные средства, диета с ограничением употребления соли (стол №8); 2) для улучшения трофики тканей и как общеукрепляющие средства использовались препараты, влияющие на тканевой обмен, витамины, биогенные стимуляторы [3, 11, 13]. Групп 2 состояла из 18 человек, которым параллельно со стандартным лечением проводился курс акупунктуры [8]. В группу 3 входили 17 больных, которым наряду со стандартной реабилитационной помощью и акупунктурой начиная с 7 суток назначался комплекс миогимнастики [5]. Группу эталона составили 10 практически здоровых индивидов.

Всем пациентам, подвергнутым обследованию проводили электромиографию (ЭМГ). Для исследований использовали миограф «МЕДИКОР». Миоактивность фиксировали в покое и при функциональной нагрузке. При изучении применяли электрическое раздражение ствола лицевого нерва. Начинали стимуляцию с незначительного раздражителя, не вызывающего электрического ответа мимической мускулатуры лица и до впервые регистрируемого порогового от-

вета. Показатели порогового ответа фиксировали, продолжая раздражение с нарастающей амплитудой до максимального регистрируемого ответа. При завершении процедуры и проявления пленки измеряли латентный период М-ответа мимических мышц на стимуляцию п. facialis от начала артефакта раздражения до начала отклонения от изоэлектрической линии (именуемый далее «М-ответом»). Исследование проводили как на поражённой, так и на здоровой половине лица, в соответствии с анатомическими ориентирами [9] в накожной проекции расположения верхней, средней и нижней ветвей лицевого нерва. У всех пациентов исследуемых групп изучение показателей ЭМГ проводили в динамике: 1 исследование - в первые сутки после травмы или операции, явившейся причиной возникновения травматического неврита лицевого нерва; 2 исследование - на 10 сутки; 3 исследование - на 21 сутки, 4 исследование - через 1 месяц, 5 исследование - через 1,5 месяца, 6 исследование - через 2 месяца. Эффективность применённых лечебно-реабилитационных комплексов оценивали на основании данных ЭМГ, а также частоты развития осложнений - контрактуры мимической мускулатуры на поражённой стороне в наблюдаемых группах пациентов. Отдаленные результаты были изучены на основании выявления развития осложнений - контрактуры мимической мускулатуры во временном интервале от 6 месяцев до 1 года.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных свидетельствует о присутствии асимметрии электроактивности мимической мускулатуры во всех наблюдаемых группах больных, что подтверждает диагноз - травматический неврит лицевого нерва. Показатели группы 1, претерпевая изменения, обнаруживали по данным верхней ветви лицевого нерва тенденцию к различию к 10 суткам, переходившую в достоверные различия в отношении исходных значений к 21 суткам $0,42 \pm 0,03$ ($p < 0,001$). По параметрам средней ветви различия с результатами 1-го исследования определялась к 10 суткам $0,44 \pm 0,02$ ($p < 0,05$). Значения нижней ветви выявили тенденцию к нормализации М-ответа к 10 суткам, а достоверно положительный результат - на 21 день $0,73 \pm 0,04$ ($p < 0,01$).

Параметры ЭМГ группы 2 под влиянием комплексного лечения с использованием акупунктуры претерпевали позитивные изменения и указывали: по данным М-ответа верхней ветви п. facialis - на различие с исходными показателями $0,55 \pm 0,03$ ($p < 0,001$) уже на 10 сутки после травмы или операции, приведшей к развитию изучаемой патологии. Такой результат можно было считать стабильным, так как он прослежи-

вался при всех последующих изучениях: при 3-ем исследовании $0,73 \pm 0,01$ ($p < 0,01$), при 4-ом исследовании $0,98 \pm 0,02$ ($p < 0,001$), при 6-ом исследовании $1,17 \pm 0,12$ ($p < 0,001$). Исключением являлось лишь 5-ое исследование, когда в отношении исходного уровня была зарегистрирована тенденция к различию. Положительным следует считать и тот факт, что различия с данными контроля, регистрируемые при 1-ом, 2-ом, 3-ем и 4-ом исследованиях ($p < 0,001$), в 5-ом и 6-ом наблюдениях переходят в тенденцию к различию. Значения М-ответа средней ветви лицевого нерва в исследуемой группе пациентов, указывали на изменения в сторону нормализации уже при 2-ом изучении $0,68 \pm 0,05$ ($p < 0,001$). Достигнутый уровень показателей был постоянным и подтверждался данными 3-го исследования $0,8 \pm 0,04$ ($p < 0,01$), 4-го исследования $1,23 \pm 0,08$ ($p < 0,001$),

6-го исследования $1,45 \pm 0,13$ ($p < 0,001$). Динамика показателей М-ответа по значениям нижней ветви п. facialis у больных группы 2 свидетельствовала о достижении различий в сравнении с исходным уровнем при 2-ом исследовании $1,18 \pm 0,12$ ($p < 0,01$), что было относительно стабильным. Значимые результаты в отношении исходных значений фиксировались при 3-ем исследовании $1,62 \pm 0,16$ ($p < 0,001$), при 4-ом изучении $1,73 \pm 0,09$ ($p < 0,001$), при 6-ом наблюдении $1,92 \pm 0,12$ ($p < 0,01$). Однако 5-ое исследование не обнаружило ни достоверного различия, ни тенденций к нему. В тоже время значимо отличающийся от параметров контроля показатель М-ответа при 2-ом и 3-ем исследованиях сменялся тенденцией к различию. Через 1,5 месяца наблюдений какая-либо разница в данных М-ответа в сравнении с контролем отсутствовала.

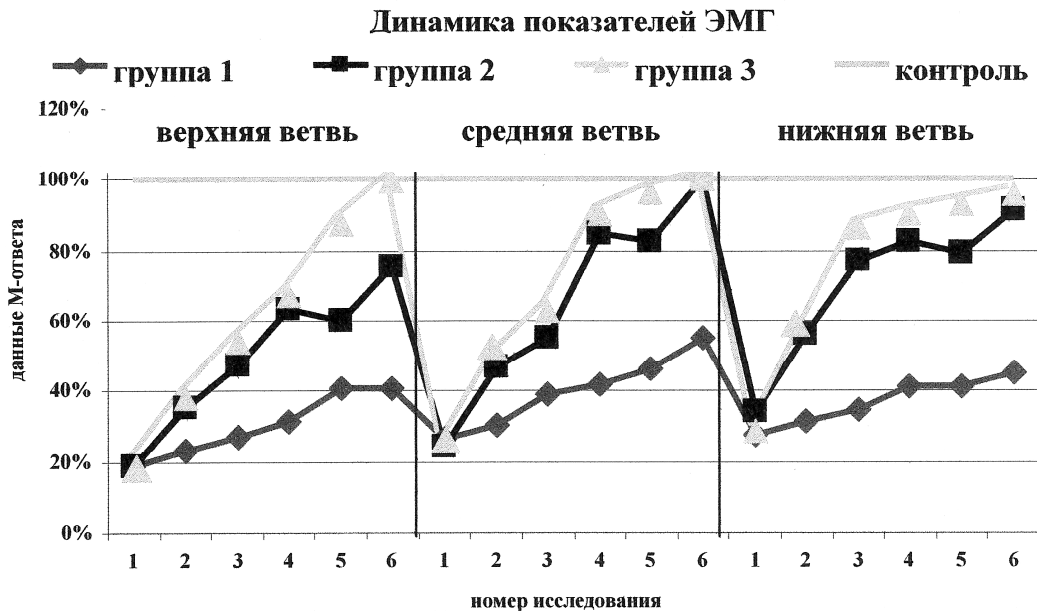


Рис. 1. Сравнительная оценка динамики показателей ЭМГ у 1, 2 и 3 групп пациентов с периферическим травматическим невритом лицевого нерва.

Данные электромиографии больных группы 3 претерпевали позитивные изменения и указывали (по результатам М-ответа верхней ветви лицевого нерва) на различие с исходными показателями $0,55 \pm 0,03$ ($p < 0,001$) уже на 10 сутки после травмы нервного ствола. Результат был стабильным и прослеживался при всех последующих исследованиях: при 3-ем - $0,84 \pm 0,01$ ($p < 0,001$), при 4-ом - $1,04 \pm 0,01$ ($p < 0,001$), при 5-ом - $1,36 \pm 0,08$ ($p < 0,001$) при 6-ом - $1,54 \pm 0,09$ ($p < 0,001$). Положительным являлось то, что различия с данными контроля, отмеченные при 1-ом, 2-ом, 3-ем и 4-ом исследованиях ($p < 0,001$), не выявляются при 5-ом и 6-ом наблюдениях. Значения М-ответа средней ветви лицевого нерва свидетельствуют о динамике к нормализации при 2-ом исследовании $0,71 \pm 0,05$ ($p < 0,001$). Та-

кой уровень показателя был постоянным и подтверждался результатами последующих изучений: 3-го - $0,91 \pm 0,04$ ($p < 0,001$), 4-го - $1,31 \pm 0,06$ ($p < 0,001$), 5-го - $1,4 \pm 0,11$ ($p < 0,001$), 6-го - $1,45 \pm 0,07$ ($p < 0,001$). Динамика показателей М-ответа по данным нижней ветви п. facialis пациентов группы 2 свидетельствовали о достижении различий в сравнении с данными исходного уровня при 2-ом наблюдении $1,2 \pm 0,12$ ($p < 0,001$). Указанные изменения также были стабильными и подтверждались 3-им $1,81 \pm 0,12$ ($p < 0,001$), 4-ым $1,89 \pm 0,05$ ($p < 0,001$), 5-ым $1,96 \pm 0,12$ ($p < 0,001$), 6-ым $2,01 \pm 0,09$ ($p < 0,001$) исследованиями. Через 1,5 месяца наблюдений различий данных М-ответа по отношению к контролю или тенденций к ним выявить не представлялось возможным. Сравнительная оценка динамики показателей

ЭМГ у 1, 2 и 3 групп пациентов с периферическим травматическим невритом лицевого нерва приведена на рис. 1.

При сопоставлении данных М-ответа в группах 1, 2 и 3 было установлено, что достоверные положительные изменения по отношению к первоначальным параметрам были достигнуты по показателям средней и нижней ветвей п. facialis на 11 суток раньше у пациентов 2-ой и 3-ей групп. Значительные изменения данных по параметрам средней ветви появлялись во всех трех группах больных одновременно - к 10 суткам наблюдений. Однако необходимо подчеркнуть, что уровень значимости достоверных различий в этом случае был значительно выше по результатам групп 2 и 3 ($p < 0,05$ – в группе 1 и $p < 0,001$ – в группах 2 и 3). Значимых изменений в сравнении

с контролем не определялось ни по одной из ветвей лицевого нерва на всем протяжении исследований. При этом позитивные изменения в отношении данных контроля у пациентов 2-ой и 3-ей групп появлялись по показателям нижней ветви на 21 сутки после начала лечения, по значениям средней ветви – через 1 месяц наблюдений, а по параметрам верхней ветви – через 1,5 месяца. Большую эффективность комплексного лечения и реабилитации с использованием акупунктуры, а также параллельного применения рефлексотерапии и миогимнастики доказывает и тот факт, что осложнений травматического неврита лицевого нерва в виде контрактуры мимических мышц у пациентов групп 2 и 3 отмечено не было на всем протяжении наблюдений (рис. 2).



Рис. 2. Сравнительная оценка частоты развития осложнения – контрактуры мимической мускулатуры у пациентов наблюдаемых групп при изучении отдаленных результатов.

Вывод. Результаты сравнительного анализа динамики и электромиографии частота развития осложнений в наблюдаемых группах больных убедительно доказывают эффективность и целесообразность параллельного использования акупунктуры и миогимнастики в составе рационального лечебно-реабилитационного комплекса у пациентов с периферическим травматическим невритом лицевого нерва при ранних сроках обращения.

Список литературы

1. Гречко, В.Е. Современные аспекты реабилитации больных с невропатиями лицевого нерва / В.Е. Гречко [и др.] // Неврологический вестник. - 1994. - Т. XXVI. - Вып. 3 - 4. - С. 45–48.
2. Деконченко Е.П. Невриты лицевого нерва и их связь с вирусами герпеса / Е.П. Деконченко [и др.]

// Журн. неврол. и психиатрии. - 2000. - Т. 100, № 6. - С. 58-59.

3. Карлов В.А. Неврология лица / В.А. Карлов. - М.: Медицина, 1991. - 288 с.

4. Карпович Е.И. Нейрофизиологические критерии оценки и прогнозирования тяжести течения невропатии лицевого нерва у детей / Е.И. Карпович, А.В. Густов // Журн. неврол. и психиатрии. - 2001. - Т. 101, № 11. - С. 4-7.

5. Лечебная физическая культура: Справочник / под ред. В.А. Елифанова. - М.: Медицина, 2001. - С. 304–314.

6. Походенько-Чудакова И.О. Сравнительная оценка отдаленных результатов стандартного лечения и комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий с использованием рефлексотерапии у пациентов с травматическим невритом лицевого нерва при ранних сроках обращения / И.О. Походенько-Чудакова // Мед. журн. - 2006. - Т. 16, № 2. - С. 82–84.

7. Рудько В.Ф. Восстановительное лечение в челюстно-лицевой области: учеб.-метод. пособие / В.Ф. Рудько [и др.]. М.: ГОУ ВУНМЦ, - 2000. - 71 с.

8. Самосюк И.З. Акупунктура / И.З. Самосюк, В.П. Лысенюк. - М.: АСТ - ПРЕСС КНИГА, 2004. - 528 с.

9. Фениш Х. Карманный атлас анатомии человека на основе Международной номенклатуры / Х. Фениш / пер. под ред. С.Д. Денисова. - Мн.: Вышэйшая школа, 1996. - 464 с.

10. Чиссов В.И. Опухоли черепно-челюстно-лицевой области: новые подходы к хирургическому лечению и реабилитации / В.И. Чиссов, А.Н. Коновалов, И.В. Решетов // Рос. онколог. журн. - 2002. - № 5. - С. 4-8.

11. Чудаков О.П. Невриты лицевого нерва: учеб.-метод. пособие / О.П. Чудаков, Л.Г. Быкадорова, Т.Б. Людчик. - Мн.: МГМИ, 1999. - 21 с.

12. Chen G. On the indications of acupuncture and moxibustion / G. Chen, Y. Zhong, J. Xing // J. Tradit. Chin. Med. - 1998. - Vol. 18, № 3. - P. 225-229.

13. Darrouzet V. Management of post-traumatic facial paralysis. A decision based on a series of 85 cases / V. Darrouzet, C. Bonfils-Dindart, J.P. Bebear // Neurochirurgie. - 1998. - Vol. 44, № 4. - P. 46-235.

14. Fayad J.N. Facial nerve paralysis following cochlear implant surgery / J.N. Fayad [et al.] // Laryngoscope. - 2003. - Vol. 113, № 8. - P. 1344-1346.

15. Mortensen P.B. Head injury as a risk factor for bipolar affective disorder / P.B. Mortensen [et al.] // J. Affect. Disord. - 2003. - Vol. 76, № 3. - P. 79-83.

16. Zhao J. Acupuncture treatment of facial paralysis caused by craniocerebral trauma in 50 cases / J. Zhao // J. Tradit. Chin. Med. - 2003. - Vol. 23, № 1. - P. 47-48.

Поступила 02.03.09.



УДК 616.-002.36 -071

**М. Н. Морозова, В. А. Красников,
В. Г. Выборный**

Крымский государственный медицинский университет

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНЫМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИХ ТЕЧЕНИЯ

Разработаны шкалы балльной оценки для определения тяжести состояния пациентов с одонтогенными флегмонами по стандартным критериям. Применение метода количественной оценки тяжести состояния способствует своевременной диагностике осложненного течения одонтогенных флегмон, позволяет прогнозировать вероятное развитие и исход

болезни, сроки госпитализации, а также определять объем терапии, необходимой конкретному больному.

Ключевые слова: *тяжесть состояния, одонтогенные флегмоны, челюстно-лицевая область.*

**М. М. Морозова, В. О. Красников,
В. Г. Выборный**

Крымский государственный медицинский университет

ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ СТАНУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОДОНТОГЕНИМИ ФЛЕГМОНАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ЇХ ТЕЧІЇ

Розроблені шкали балльної оцінки ступеню важкості стану пацієнтів на одонтогенні флегмони по стандартним критеріям. Застосування методу кількісної оцінки важкості стану можна використовувати для своєчасної діагностики ускладненої течії одонтогенних флегмон, дозволяє прогнозувати вірогідний розвиток хвороби, строк шпиталізації, а також встановлювати об'єм терапії, необхідної конкретному хворому.

Ключові слова: *вага стану, одонтогенні флегмони, щелепно-лицьова ділянка.*

М. N. Morozova, V. O. Krasnikov, V. G. Viborniy

Crimea State Medical University named after

EVALUATION OF THE SEVENTY OF PATIENTS CONDITION IN CASES OF ODONTOGENOUS PHLEGMONS OF THE MAXILLOFACIAL AREA AND MAKING THE PROGNOSIS FOR THEIR TREATMENT

The scales for mark evaluation of the severity of patients' condition were worked out for odontogenous phlegmons according to standard criteria. The application of the method for degree evaluation of the severity of condition allows to make the diagnosing in time in complicated course of odontogenous phlegmons and to prognose on the possible course and outcome of the disease, the terms of hospitalization as well as to determine the therapy necessary for the definite patient.

Key words: *severity of condition, odontogenous phlegmons, maxillofacial area.*

Проблема диагностики и лечения одонтогенных флегмон остается одной из самых злободневных в клинике челюстно-лицевой хирургии. За последние 30-50 лет число больных, страдающих данной патологией, не только не уменьшилось, но и неуклонно возрастает [2,7]. Авторы все чаще констатируют, что наряду с агрессивными формами разлитых флегмон, сопровождающихся клинически выраженным синдромом интоксикации, растет удельный вес пациентов с вялым течением, стертой клинической