

3. Official Journal of the European Union, 25.2.2023. <https://web.archive.org/web/20230226100543/https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=OJ:L:2023:0591:FULL&from=EN#page=372> (access 22-10-2023)

4. Orwell, George (1949). 1984. <https://www.planetebook.com/1984/> (access 22-10-2023)

5. HOOVER, J. EDGAR. SPEECH BEFORE THE HOUSE COMMITTEE ON UN-AMERICAN ACTIVITIES (26 MARCH 1947) <https://voicesofdemocracy.umd.edu/hover-speech-before-the-house-committee-speech-text/>

6. Ukrinform. <https://www.ukrinform.ua/rubric-ato/3771720-gur-rosia-hoce-zvinuvatiti-ukrainu-v-prodazi-zbroi-dla-hamas-vze-peredali-zahopleni-trofei.html> (access 22-10-2023)

**Оксана ФІГУРА, Соломія ГАБЧАК**  
(Дрогобич, Україна)

## **ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ З НЕВРОПАТІЄЮ ЛИЦЕВОГО НЕРВА**

**Актуальність.** Ураження лицевого нерва є поширеною патологією периферичної нервової системи, яка веде до виражених фізичних, функціональних, естетичних порушень та психологічної травми. За даними різних авторів [3,4], невропатія лицевого нерва (НЛН) становить близько 3% всіх захворювань периферичної нервової системи (13-24 випадки на 100000 населення), зустрічається однаково часто у чоловіків і жінок, при цьому захворюваність зростає на 4-му десятилітті життя. Ідіопатичні невропатії спостерігаються у 75% хворих, отогенні у 15%, іншої етіології – у 10% хворих [5].

У кожного третього хворого ураження лицевого нерва приводить до розвитку таких ускладнень, як контрактура мімічних м'язів у 25-30% випадків і патологічні синкінезії, а у кожного сьомого з хворих згодом спостерігається рецидив захворювання [2, 4].

**Мета дослідження** – узагальнення найбільш ефективних сучасних засобів фізичної терапії у відновленні пацієнтів із невропатією лицевого нерва.

Під нашим спостереженням знаходилось 13 пацієнтів з невропатією лицевого нерва, які проходили лікування у неврологічному відділенні КНП «Дрогобицька міська лікарня №1». Для оцінки ефективності курсу фізичної реабілітації як контрольна група виступали 11 пацієнтів з НЛН, порівняні за віком та характером неврологічної симптоматики, але які отримували тільки медикаментозне /або окремі методи фізіотерапевтичного лікування (лазеротерапія). Всі пацієнти дали згоду на участь в дослідженнях. Під час реабілітації для пацієнтів основної та контрольної групи було використано клініко-неврологічний метод обстеження (оцінка анамнестичних даних і неврологічного статусу) та клінічні інструменти оцінки: шкала House-Brackmann та Yanagihara System; шкала FDI (Facial Disability Index) [3].

У пацієнтів основної групи застосовувалася програма фізичної реабілітації, яка включала в себе [2, 4,5]:

1) Спеціальні вправи для мімічної мускулатури. Тривалість перших занять 10-15 хвилин. Заняття проводилися 1 раз з фізичним терапевтом та 2-3 рази на день самостійно під зоровим контролем перед дзеркалом.

2) Артикулярна гімнастика перед дзеркалом з вимовою звуків, слів та скоромовок.  
 3) Лікування положенням за допомогою лейкопластирної іммобілізації по 2-4-6 годин 1 раз на день.

4) Диференційований масаж ділянки соскоподібного відростка, «комірцевої» зони. Тривалість масажу становила 5-12 хвилин. Масаж призначався щодня протягом 2-3 тижнів до повного відновлення.

5) Кінезіотейпування обличчя. Тейпи залишали на обличчі кілька годин, в окремих випадках – на ніч. Курс тейпування зазвичай включав 15 сеансів.

Кореляційний аналіз показав, що підсумкова ефективність фізичної реабілітації, що визначається за бальною шкалою, залежить від ряду факторів: віку пацієнта, тяжкості ступеня парезу, наявності та тривалості больового синдрому, супутньої судинної патології у вигляді артеріальної гіпертензії, цукрового діабету (достовірні негативні від 0,4 до 0,7 при  $p < 0,05$ ).

При рецидивному перебігу невротатії лицевого нерва в основній групі ми отримали достовірно нижчі показники ефективності. Це виражалось у уповільненні термінів відновлення функцій лицевого нерва та нижчої бальної оцінки підсумкової ефективності.

Підсумкова ефективність різних програм лікування представлена у діаграмі (рис.1).

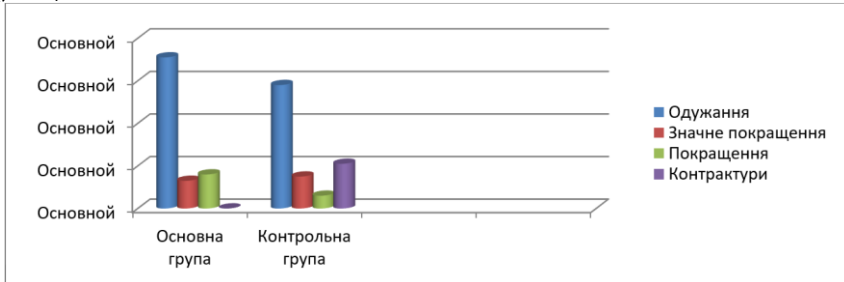


Рис.1. Підсумкова ефективність різних програм лікування

Як показано на діаграмі, одужання визначалося у 71% пацієнтів основної групи та 58% пацієнтів контрольної групи, значне покращення у 13% та 15% відповідно, покращення – у 16% та 6%. Контрактури сформувалися в 21% пацієнтів контрольної групи.

Отже, застосування традиційних підходів у комплексному лікуванні хворих з невротатією лицевого нерва на амбулаторному етапі дозволяє досягти позитивних результатів у 73% пацієнтів, при цьому у 21% розвиваються контрактури м'язів. Ефективність програм реабілітації підвищується при більш ранньому застосуванні засобів фізичної терапії. Застосування диференційованої програми фізичної реабілітації підвищує підсумкову клініко-функціональну ефективність програм відновного лікування, що виявляється у досягненні достовірно великою кількістю хворих клінічних критеріїв одужання та відсутності ускладнень у вигляді контрактур та патологічних синкінезій.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бісмак О.В. Фізична реабілітація у комплексному відновленні хворих на неврит лицевого нерва. *Молодий вчений*. № 10 (50). Жовтень. 2017. С. 211–214.
2. Неведомська Є.О. Анатомія та фізіологія нервової системи: навч.-метод. посіб. для практичних робіт для студ. вищ. навч. закл. К.: Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2017. 70 с.
3. Неведомська Є., Пендрак Я. Фізична реабілітація хворих на неврит лицевого нерва. *Молодий вчений*. 2018. № 6 (58). С. 273–277.
4. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих із травмами і захворюваннями нервової системи: Навч. посібник. К.: Олімпійська література, 2006. 196 с.
5. Facial Nerve Palsy. Walker NR, Mistry RK, Mazzoni T. 2023 Jul 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. PMID: 31747222 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31747222/>

**Оксана ФІГУРА, Андрій КУШНІР**  
(Дрогобич, Україна)

### ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ В ПІЗЬНОМУ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

**Актуальність.** Інсульт є гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) і відноситься до важкого цереброваскулярного захворювання. Це одне з найпоширеніших захворювань, з якими стикаються неврологи, реаніматологи, нейрохірурги та лікарі загальної практики. Інсульт посідає друге місце серед усіх причин смерті та інвалідності і зустрічається в усіх вікових групах [3].

Щорічна захворюваність в Україні становить 300 випадків на 100 тис. населення, що підвищує середню захворюваність на ГПМК в економічно розвинених країнах Європи (200 на 100 тис. населення) [2]. Це все ще третя причина смерті в Сполучених Штатах. Щороку відбувається близько 730 000 нових випадків інфікування та 158 000 смертей. Близько 30% помирає з моменту хвороби, а до кінця року 45–48 % хворих. 25–30 % тих, хто переніс інсульт, залишаються інвалідами і більше 10–12 % повертаються до роботи [2].

**Мета дослідження.** Вивчити ефективність реабілітації пацієнтів на мозковий інсульт в пізньому відновлювальному періоді з використанням програми реабілітації.

Пацієнти поступали на реабілітацію на 4–8 тижнів після перенесеного ГПМК і спостерігалися упродовж всього терміну пізнього відновного періоду.

Обстеження пацієнтів проводили в динаміці протягом всього періоду перебування їх в реабілітаційному центрі «Модричі»: кожен пацієнт обстежувався на 2-3 день після поступлення в РЦ та наприкінці реабілітаційного періоду перед виписуванням додому. Використовували такі шкали: Моторний контроль вертикалізації, тест контролю руху тулуба, шкала балансу Берга, 10 – метровий тест ходьби, 6 – хвилинний тест ходьби, тест 4 – квадрата, тест «Встань та йди».

У формуючому експерименті пацієнти були розділені на дві групи: основна група з 10 пацієнтів і контрольна група з 10 пацієнтів. Основними неврологічними наслід-