

УДК 615.8:616.8

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА НЕВРИТ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Неведомська Є.О., Пендрак Я.В.

Київський університет імені Бориса Грінченка

Часті переохолодження, інфекції, інтоксикації, травми є причинами ушкодження лицевого нерва, у результаті чого виникає неврит цього нерва, який посідає серед захворювань черепно-мозкових нервів перше місце у дітей, а в дорослих – друге місце. Після перенесеного захворювання пацієнти мають серйозні як фізичні так і психологічні проблеми, пов'язані з дефектом обличчя (асиметрія), слинотечею, з подальшим наростанням симптоматики невротатії лицевого нерва, що порушує нормальний спосіб життя і соціальну активність людини. У статті обґрунтовано ефективну дію комплексної індивідуальної програми реабілітації хворих на неврит лицевого нерва.

Ключові слова: лицевий нерв, неврит лицевого нерва, фізична реабілітація, індивідуальна програма реабілітації.

Постановка проблеми. Лицевий нерв (лат. *Нervus facialis*) іннервує всі м'язи обличчя та стремінцевий м'яз середнього вуха, більшість екзокринних залоз голови (слізні залоза, залози слизової оболонки носової та ротової порожнини, слинні залози (окрім привушної), відповідає за смакову чутливість передніх двох третин язика, забезпечує чутливість невеликої ділянки вушної раковини [6]. Часті переохолодження, інфекції, інтоксикації, травми можуть стати причинами ушкодження лицевого нерва, у результаті чого виникає неврит цього нерва. Уперше це захворювання описано 1836 року шотландським фізіологом Чарлзом Беллою (Ch. Bell) і на його честь це захворювання й отримало свою назву – параліч Белла [1].

Неврит лицевого нерва, або параліч Белла, – це запальне ураження нерва, що іннервує м'язи обличчя та стремінцевий м'яз середнього вуха [7]. В результаті в цих м'язах розвивається слабкість, яка веде до зниження (парез) або повної відсутності (параліч) м'язових рухів і появи асиметрії обличчя.

У дітей неврит лицевого нерва посідає перше місце серед захворювань черепно-мозкових нервів [2; 8], а в дорослих – друге місце [2]. Часте захворювання в дитячому віці пояснюється анатомічною будовою лицевого нерва [2; 8]: 1) несформованістю фаллопієвого каналу, через що лицевий нерв виходить зі скроневої кістки практично під шкірою, наслідком чого є підвищений ризик травматизації нерва у дітей порівняно з дорослими; 2) несформованістю соскоподібного відростка скроневої кістки, через що цей нерв є менш захищеним від травм.

Український дослідник О. В. Бісмак зазначає, що неврит лицевого нерва «призводить до незворотних процесів у тканинах нерва, часто не підлягає відновленню, що призводить до трофічних порушень м'язів обличчя» [3, с. 211]. Навіть після лікування неврити лицевого нерва в 10-25% випадків відзначається неповне відновлення функції м'язів обличчя, у 18% випадків залишається виражений косметичний дефект, а в 16-32% випадків формується постневритична контрактура [3]. Зазначене підкреслює актуальність фізичної реабілітації хворих на неврит лицевого нерва.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. За літературними джерелами основним клінічним проявом неврити лицевого нерва є асиметрія обличчя [1]. Проте, як зазначають українські до-

слідники І. І. Ліскевич та М. І. Пітик, 5,74% хворих на невротатію лицевого нерва скаржилися на біль у вусі чи привушній ділянці, 16,4% – на набряк половини обличчя до появи асиметрії, 10,7% – на порушення смаку, 0,82% – на посмикування повіки на ураженій стороні, стільки ж на порушення смаку в поєднанні з посмикуванням повіки, ще 0,82% – на порушення смаку, слуху та посипування повіки. За тяжкістю ураження системи «лицевий нерв – м'язи» за шкалою House – Brackmann у 9,8% хворих мала місце помірна дисфункція лицевого нерва – III ступінь, у 79,5% хворих – дисфункція середньої тяжкості – IV ступінь, у 10,7% хворих – тяжка дисфункція – V ступінь» [4, с. 81].

У дослідженнях останніх років [7] показано, що в сироватці крові цих хворих виявляються підвищені титри антитіл до вірусів простого герпесу, Епштейна-Барр, грипу, аденовірусів, що свідчить про важливу роль вірусної інфекції в генезі даної форми невротатії лицевого нерва, а провокуючим фактором, як правило, є переохолодження. Розвиток запалення та набряку спричинює компресію та ішемію лицевого нерва, чому сприяють анатомічні особливості, зокрема, вузькість кісткового каналу. Саме від рівня ураження лицевого нерва залежить спектр супутніх клінічних проявів захворювання.

Стосовно патогенезу невротатії лицевого нерва тривалий час існувало декілька теорій (судинна, запальна та інші) [9]. Проте, останнім часом дослідники зупинилися на єдиній схемі змін, що відбуваються: «ішемія – набряк – компресія» або ж «первинна ішемія – набряк – компресія – вторинна ішемія» [7]. Параліч Белла авторами [7; 8] розглядається як варіант тунельного синдрому. Оскільки лицевий нерв займає до 70% поперечного зрізу вузького фаллопієвого каналу і стовбур його у вертикальній частині концентрично покривають міцні колагенові волокна, набряк призводить до його самостискування. Підтвердженням теорії тунельного синдрому також є те, що пускові фактори (інфекція, переохолодження) діють на організм взагалі, а ураження лицевого нерва виникає на одній стороні, ймовірно тій, де має місце анатомічна вузькість каналу. Особливо сприятливі для компресії умови в нижньому відділі каналу, де на рівні шило-соскоподібного отвору найбільш потовщений та еластичний епіневрій. Наслідками тривалої й вираженої компресії нерва є дем'яліні-

зація та вторинна дегенерація нервових волокон. Провідне значення у патогенезі відіграє порушення судинного тонуусу з переважанням спазмів у системі артерій (сонних), що кровопостачають стовбур головного мозку. Слід враховувати й патохімічні зміни – активацію пероксидного окислення ліпідів і пригнічення антиоксидантних систем, підвищення проникності мембран для калію, розвиток мієліно- та аксонопатії лицевого нерва й порушення нервово-м'язової передачі внаслідок блокади вивільнення ацетилхоліну із закінчень рухових аксонів та порушення взаємодії ацетилхоліну з його рецепторами на постсинаптичній мембрані [8].

Основним клінічним проявом невротатії лицевого нерва є парез або параліч мимічної мускулатури відповідної половини обличчя [1]. Це приводить до лицьової асиметрії: на ураженій стороні зморшки лоба згладжені, брова стоїть нижче, носо-губна складка згладжена, кут рота опущений. Ці розлади особливо помітні при активному скороченні м'язів обличчя. При активному вишкірянні зубів, ще більше перетягується в здорову сторону. Щока на стороні паралічу лицевого нерва при вдихові і вимові приголосних звуків може бути перекошена. Око на стороні ушкодження лицевого нерва не закривається внаслідок паралічу колового м'яза ока. При спробі закрити око очне яблуко на стороні паралічу відходить в сторону. Коли хворий дивиться вгору, око на хворій стороні підіймається вище, ніж на здоровій, і утворюється широке коло склери між рогівкою і нижньою повікою (симптом Негро) [8].

Наслідком парезу колового м'яза ока є не тільки лагофталм (неможливість повного закриття очей), але і слъзотеча на хворій стороні, яке пояснюється роздратуванням постійно розплющеного ока, а також тим, що через нерухомість нижньої повіки слъози не потрапляють в слъзно-носовий канал. Слъзотеча деякими хворими дуже важко переноситься. Вони скаржаться на пелену, туман перед очима, адже слъоза заволікає око. У низці випадків на стороні паралічу лицевого нерва спостерігається парадоксальна слъзотеча під час їжі, при сухості ока, при плачі (симптом крокодилових сліз).

Через парез колового м'яза рота з'являється слинотеча, іноді випадання їжі з рота, яка може також застрягати між щокою і яснами хворої сторони.

Що стосується решти м'язів, які іннервуються лицевим нервом, то поразка м'язів вушної раковини, підшкірного м'яза шиї, апоневроза голови протікає у людини клінічно безсимптомно, оскільки більшість людей не можуть рухати цими м'язами. При невротатії лицевого нерва на стороні ушкодження знижується або зникає надбрівний і корнеальний рефлекс [1; 6].

Аналіз літератури виявив, що проведення традиційного лікування неврити лицевого нерва сприяє повному видужуванню чи значному полегшенню лише у 60-75% пацієнтів, у 10-25% випадків відзначається неповне відновлення функції мимічних м'язів, у 18% випадків залишається виражений косметичний дефект, а в 16-32% випадків формується постневритична контрактура мимічних м'язів, у 3-13% спостерігаються рецидиви захворювання [3].

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Питання лікування та реабілітації хворих на неврит лицевого нерва і дотепер залишається ще далеко невирішеним, незважаючи на те, що існує значний арсенал методів та засобів відновлення. Це пов'язано з тим, що після перенесеного захворювання пацієнти мають серйозні як фізичні так і психологічні проблеми, пов'язані з дефектом обличчя (асиметрія), слинотечою, з подальшим наростанням симптоматики невротатії лицевого нерва, що порушує нормальний спосіб життя і соціальну активність людини. З огляду на зазначене, дуже важливим є реабілітація пацієнтів з невритом лицевого нерва.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Метою цієї статті є обґрунтування ефективної дії комплексу засобів фізичної реабілітації хворих на неврит лицевого нерва.

Виклад основного матеріалу дослідження. Нами досліджувалися пацієнти Київської міської клінічної лікарні № 18. Для оцінки ступеню тяжкості ураження лицевого нерва пацієнтів ми використали шкалу Хауса-Бракмана (House-Brackmann) [10]. Характерні ознаки хворих пацієнтів, а саме: не закривалось повністю око, відповідно до сторони ураження невритом лицьового нерву, ледь помітні рухи лицьової мускулатури, асиметричне обличчя в спокої, рухи лоба відсутні, дали нам змогу встановити, що всі пацієнти на момент потрапляння до стаціонарного відділення мали однаковий ступінь тяжкості ураження лицевого нерва, а саме тяжку його дисфункцію, яка за шкалою Хауса-Бракмана відповідає 5 балам.

Аналіз анамнезів хворих пацієнтів допоміг нам сформулювати коло завдань фізичної реабілітації для кожного пацієнта. Проте, як виявилось в результаті дослідження, ці завдання подібні, зокрема: відновити нормальний тонус мимічних м'язів, відновити функцію тієї чи іншої повіки, підвищити загальний тонус організму. Це спонукало нас до складання комплексної індивідуальної програми фізичної реабілітації (ІПР), яка складається з лікувальної фізичної культури (ЛФК), лікувального масажу та фізіотерапії. На нашу думку, цей комплекс (ЛФК, лікувальний масаж та фізіотерапія) забезпечить підтримку тонуусу, поліпшення кровопостачання денервованих мимічних м'язів і підвищить загальний тонус організму.

Завдання ЛФК полягає у відновленні самостійних рухів м'язів обличчя з обох боків. Спеціальні вправи починають з виконання найпростіших рухів мимічних м'язів. Використовують артикуляційні рухи губ, починаючи з вимови голосних «а, у, і, о» та ін., а потім – кількох складів – «ма-ма-ма-ма, чу-чу-чу-чу, мі-мі-мі-мі» тощо. Слід відзначити, що поєднання звуків «б, в, п, ф, з» зі звуками «с» та «у» важкі для вимови. Тому рекомендується давати хворому завдання на день для самостійного виконання перед дзеркалом найбільш важко-засвоєваних звуків і складів. Критерієм відновлення нормального стискання губ може бути здатність хворого свистіти на видиху та витягувати губи трубочкою.

Із спеціальних активних вправ рекомендуємо такі: підведення й опускання надбрівної дуги, наддування щоки без опору і з тиском на неї, закривання і відкривання ока, складання губ для свисту, висовування язика, вискалювання зубів,

піднімання та «насуплювання» брови, утягування щоки при закритому роті. Спочатку ці вправи варто виконувати за допомогою рук, а потім самостійно перед дзеркалом до 5 разів на добу. При цьому необхідно стежити за правильністю їх виконання, у протилежному випадку можуть виникати патологічні умовно-рефлекторні зв'язки. Темп виконання вправ повільний або середній. Кожну вправу на початку курсу повторюють 10-15 разів, потім кількість повторень збільшують щодня на 3-5 і поступово доводять до 30-40 разів. По мірі збільшення амплітуди самостійних рухів і сили скорочення паретичних м'язів слід зменшувати допомогу рук у виконанні вправ. Треба уникати втоми уражених м'язів. Вправи для мімічної мускулатури варто чергувати із загальнозміцнювальними і дихальними. Останні мають особливо велике значення при порушенні мови.

Таким чином, при ураженнях лицевому нерва ЛФК спрямована на найшвидше відновлення і компенсацію мімічних рухових розладів. ЛФК забезпечить м'язову діяльність обличчя для відтворення максимальної симетрії між здоровою та ураженою сторонами пацієнта.

Підтримати тонус м'язів на боці ураження й поліпшити проведення нервових імпульсів допоможе лікувальний масаж обличчя. Цей масаж починають з ділянки лоба погладжувальними рухами долонної поверхні пальців, потім виконують спіралеподібне розминання в напрямку від середньої лінії до скронь. Коловий м'яз ока масажують по верхньому краю від середньої лінії назовні, а по нижньому краю – у зворотному напрямку; масаж щоки виконують у напрямку від краю нижньої щелепи вгору до носа. Масаж верхньої губи, носа та підборіддя також проводять знизу вгору, тобто від кута рота до носа, від кінчика носа до перенісся і з-під краю нижньої щелепи до кута рота. Кожен прийом масажу рекомендується повторювати 5-8 разів, сеанси масажу – кілька разів на день. Масаж доцільно виконувати після прогрівання хворої половини обличчя.

Важливими є лікувальний масаж шийно-комірної ділянки і волосистої частини голови. Масаж починають з комірної ділянки та шиї. Після цього проводиться масаж обличчя. Хворий сідає з дзеркалом у руках, а масажист розташовується навпроти хворого. Масажист обов'язково повинен бачити все обличчя пацієнта, а останній – виконувати рекомендовані під час процедури вправи,

спостерігаючи за їх точністю за допомогою дзеркала. Прийоми масажу (погладжування, розтирання, легке розминання, вібрація) проводять дуже обережно.

Лікувальний масаж волосистої частини голови проводиться з метою поліпшення кровообігу та лімфообігу. Положення хворого: сидячи в кріслі з опорою голови на підголівник, при максимальному розслабленні м'язів тулуба і рук. Масаж волосистої частини голови: погладжування і розтирання граблеподібне і долонею. Погладжування і розтирання потиличного черевця потиличнолобового м'яза і м'язів задньої поверхні шиї.

Масаж грудинно-ключично-соскоподібних м'язів: погладжування, розтирання, розминання. Вібраційне погладжування голови і шиї, биття кінцями пальців.

Масаж скроневих областей і вушних раковин – погладжування, розтирання, розминання вушних раковин.

Масаж мімічних м'язів здорового боку обличчя в лобовій ділянці, навколо очниці, губ, щік, шиї: погладжування, розтирання, натискання і пощипування; вібрація і поплескування долонною поверхнею пальців.

Пацієнтам рекомендується також і самомасаж: хворий засовує за щоку протилежного боку ураження великий палець і злегка розтягує її, а рештою пальців одночасно робить віялоподібне розминання м'язів щоки і колового м'яза рота.

Отже, масаж і самомасаж стимулюватиме тонус м'язів на боці ураження й поліпшить проведення нервових імпульсів по лицевому нерву.

Третім складником запропонованої комплексної програми – є застосування фізіотерапевтичних методів. Ми рекомендуємо УВЧ на зону розгалуження лицевого нерву з метою посилення протизапального ефекту, крово- і лімфообігу в м'язах обличчя, поліпшення провідності лицевого нерву. Перед лікувальним масажем рекомендуємо проводити прогрівання уражених ділянок парафіном.

Для досягнення поставлених перед нами задач кожному хворому на неврит лицевого нерва було складено індивідуальну реабілітаційну програму (ІРП), приклад якої подано в таблиці 1.

Цю комплексну реабілітаційну програму, яка поєднує в собі ЛФК, масаж / самомасаж і фізіопроцедури, необхідно виконувати щоденно, поки хворий знаходиться в стаціонарі. Це забезпечить

Таблиця 1

Індивідуальна реабілітаційна програма при невриті лицевого нерва

Реабілітаційна практика	Кількість занять	Тривалість заняття (у хвиликах)	Загальна тривалість (у хвиликах)	Місце проведення
Ранкова гігієнічна гімнастика	1	10 хв	10 хв	палата
Лікувальний масаж шийно-комірної ділянки	1	25 хв	25 хв	масажний кабінет
Лікувальний масаж волосистої частини голови	1	20 хв	20 хв	масажний кабінет
УВЧ	1	10 хв	10 хв	кабінет фізіотерапії
Звукова гімнастика	1	20 хв	20 хв	кабінет ЛФК
Лікувальний масаж / самомасаж обличчя	1	20 хв	10 хв	масажний кабінет, палата
Парафін	1	30 хв.	30 хв.	кабінет фізіотерапії
ЛФК для мімічних м'язів	3	40 хв.	120 хв.	кабінет ЛФК

відновлення тону м'язів на боці ураження й проведення нервових імпульсів по лицевому нерву.

Дослідження динаміки стану пацієнтів з ураженням лицевого нерва нами проводилося після 7 днів та 14 днів з дня виконання ними індивідуальної програми реабілітації (ІПР). Для цього ми також використали шкалу Хауса-Бракмана [10]. Результати цього дослідження подано в таблиці 2.

Таблиця 2

Динаміка зміни ступеня тяжкості ураження лицевого нерва пацієнтів протягом періоду проходження комплексної фізичної реабілітації

Ступінь тяжкості ураження лицевого нерва, у балах	Кількість пацієнтів, у %		
	День надходження	Через 7 днів виконання ІПР	Через 14 днів виконання ІПР
5	100	20	-
4	-	60	60
3	-	20	40

Аналіз таблиці 2 виявив, що:

1) через 7 днів виконання пацієнтами індивідуальної програми реабілітації (ІПР) у 20% пацієнтів видимих зрушень на покращення не спостерігалось; проте, на 14-ий день встановлено, що ступінь тяжкості ураження їхнього лицевого нерва з 5-ти балів змінився на 4-и бали, тобто з тяжкої дисфункції на середньотяжку дисфункцію цього нерва;

2) у 60% пацієнтів через 7 днів виконання ними ІПР ступінь тяжкості ураження лицевого нерва з 5-ти балів змінився на 4-и бали, тобто констатувалася вже середньотяжка дисфункція цього нерва;

3) у 20% пацієнтів після 7 днів виконання ними ІПР ступінь тяжкості ураження лицевого нерва з 5-ти балів змінився на 3-и бали, тобто констатувалася вже помірна дисфункція цього нерва;

4) через 14 днів у 60% хворих після виконання ІПР констатувалася середньотяжка дисфункція лицевого нерва, що відповідає 4 балам, а у 40% пацієнтів – помірна дисфункція цього нерва, що відповідає 3 балам.

Таким чином, у всіх пацієнтів (100%) після виконання розробленої нами індивідуальної програми реабілітації (ІПР) спостерігається позитивна динаміка (див. рис. 1-2).

Для виявлення ознак неврити лицевого нерву в осіб після використання ІПР ми використали також діагностичні тести [5]. Огляд на предмет неврити лицевого нерву ми здійснили за алгоритмом: симетричність лобових складок; симетричність носогубних складок; симетричність очних щілин; з'ясування, чи може людина витягати губи трубочкою; з'ясування, чи може людина свистіти та робити вишкірювання зубів; визначення особливостей слизо- і слиновиділення (вологість або сухість слизових оболонок очей і ротової порожнини) та встановлення смакової чутливості на передніх 2/3 язика [6].



Рис. 1. Динаміка зміни ступеня тяжкості ураження лицевого нерва пацієнтів через 7 днів виконання ІПР



Рис. 2. Динаміка зміни ступеня тяжкості ураження лицевого нерва через 14 днів виконання ІПР

Огляд за діагностичними тестами пацієнтів з невритом лицевого нерва після проходження ними 14-ти денного курсу за розробленою нами ІПР підтвердив позитивну динаміку змін за тим чи іншим показником у всіх пацієнтів: у 100% пацієнтів відновилися симетричність носо-губних складок та нормальні показники слизо- і слиновиділення; у 60% пацієнтів смакова чутливість на передніх 2/3 язика відновилася до норми; у 40% пацієнтів відновилися симетричність очних щілин та лобових складок; 40% пацієнтів можуть свистіти та здійснювати вишкірювання зубів; 20% осіб може витягати губи трубочкою.

Висновки з даного дослідження. Після 14-ти денного курсу використання пацієнтами з невритом лицевого нерва розробленої нами програми комплексної фізичної реабілітації у них спостерігалася позитивна динаміка, що засвідчила ефективність ІПР. Фізичний реабілітолог має контролювати стан пацієнта та виконання індивідуальної реабілітаційної програми, у разі потреби, своєчасно вносити необхідні корективи.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямі пов'язані в практичній реалізації розробленої індивідуальної програми комплексної фізичної реабілітації хворих з невритом лицевого нерва.

Список літератури:

1. Артюшкевич А. С. Клиника, диагностика и лечение невропатий лицевого нерва / А. С. Артюшкевич, Г. М. Руман, Н. Ф. Адащик, А. Г. Байда // Современная стоматология. – 2015. – № 2. – С. 23-28.
2. Ахророва Ш. Б. Возрастные и гендерные клинико-патогенетические особенности острой невропатии лицевого нерва / Ш. Б. Ахророва // Международный неврологический журнал. – 2017. – № 4 (90). – С. 52-54.
3. Бісмак О. В. Фізична реабілітація у комплексному відновленні хворих на неврит лицевого нерва / Олена Василівна Бісмак // «Молодий вчений». – № 10 (50). – Жовтень, 2017. – С. 211-214.
4. Ліскевич І. І. Ефективність лікування невропатії лицевого нерва у дітей та підлітків з урахуванням оцінки стану окисно-відновних процесів / І. І. Ліскевич, М. І. Пітик // Міжнародний неврологічний журнал. – 2014. – № 2. – С. 13-16.
5. Неведомська Є. О. Анатомія та фізіологія нервової системи: навч.-метод. посіб. для практичних робіт для студ. вищ. навч. закл. / Євгенія Олексіївна Неведомська. – К.: Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2017. – 70 с.
6. Неведомська Є. О., Макаренко Л. Г. Методика вивчення черепних нервів [Текст] / Є. Неведомська, Л. Макаренко // Біологія і хімія в рідній школі. – 2018. – № 1. – С. 2-5.
7. Неврологія: підручник / І. А. Григорова, Л. І. Соколова, С. С. Пшик та ін.; за ред. І. А. Григорової, Л. І. Соколової. – К.: ВСВ «Медицина», 2015. – 640 с.
8. Пітик М. І. Невропатія лицевого нерва у дітей: деякі аспекти діагностики та лікування / М. І. Пітик, І. І. Ліскевич // Журнал неврології ім. Б. М. Маньковського. – 2015. – № 1. – С. 80-85.
9. Рибалов О. В. Сучасний погляд на виникнення та розвиток периферичних уражень лицевого нерва / Рибалов О. В., Аветіков Д. С., Іваницька О. С. // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. – 2014. – № 4 (48). – С. 286-290.
10. House J. W., Brackmann D. E. Facial nerve grading system. Otolaryngol Head Neck Surg. 1985. 93: 146-147.

Неведомская Е.А., Пендрак Я.В.

Киевский университет имени Бориса Гринченко

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НЕВРИТОМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА**Аннотация**

Частые переохлаждения, инфекции, интоксикации, травмы являются причинами повреждения лицевого нерва, в результате чего возникает неврит этого нерва, который занимает среди заболеваний черепно-мозговых нервов первое место у детей, а у взрослых – второе место. После перенесенного заболевания пациенты имеют серьезные как физические так и психологические проблемы, связанные с дефектом лица (асимметрия), слюнотечение, с последующим нарастанием симптоматики невропатии лицевого нерва, которая нарушает нормальный образ жизни и социальную активность человека. В статье обосновано эффективное действие комплексной индивидуальной программы реабилитации больных с невритом лицевого нерва.

Ключевые слова: лицевой нерв, неврит лицевого нерва, физическая реабилитация, индивидуальная программа реабилитации.

Nevedomska Ye.O., Pendrak Ya.V.

Borys Grinchenko Kyiv University

PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH NEURITIS OF THE FACIAL NERVE**Summary**

Frequent hypothermia, infection, intoxication, injury is the cause of damage to the facial nerve, resulting in neuritis of the nerve, which is among the diseases of the cranial nerves in the first place in children, and in adults – the second place. After suffering from the disease, patients have severe physical and psychological problems associated with the defect of the face (asymmetry), salivating, with subsequent increase in the symptoms of facial nerve neuropathy, which affects the normal way of life and social activity of man. The article substantiates the effective operation of a comprehensive individual rehabilitation program for patients with facial nerve neuritis.

Keywords: facial nerve, neuritis of the facial nerve, physical rehabilitation, individual rehabilitation program.