

УДК: 616.833.17-009.11

*В.Г.Назаренко, Д.В.Никитенко, Т.Н.Калмыкова, Е.А.Багрий, Е.Л.Ткачева***ВЛИЯНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: лицевой нерв, невропатия, качество жизни

Невропатия лицевого нерва (НЛН) занимает второе по частоте место среди заболеваний периферической нервной системы [1, 2, 3, 8]. До настоящего времени проблема эффективности лечения больных с НЛН остается актуальной [1, 5, 6, 7]. Развившийся вследствие НЛН прозопарез, приводит к формированию инвалидизирующего дефекта [3, 4, 8, 9] (лагофтальм, нарушение слезоотделения) у пациентов, работающих в условиях запыленности, в жарких помещениях, то есть у шахтеров, металлургов, водителей. Кроме этого, развившаяся НЛН приводит к косметическому дефекту и может вызвать социальную дезадаптацию у больных всех социальных групп, а особенно у тех, работа которых связана с общением, лицо которых «на виду», это – преподаватели, врачи, работники сферы услуг, актеры, дикторы телевидения. Осознание пациентами остро

развившегося косметического дефекта является тяжелой психотравмирующей ситуацией, резко ухудшает качество жизни пациентов всех социальных групп: как лиц занятых физическим, так и умственным трудом, у пенсионеров, домохозяек, не работающих пациентов. Дополнительно к развившемуся прозопарезу, у пациентов развиваются вторичные вегетативные, эмоциональные расстройства, соматоформные расстройства, астенические и когнитивные нарушения. Поскольку эти нарушения являются вторичными, то их выраженность зависит от эффективности терапии больных с НЛН, что соответственно существенно влияет на качество жизни пациентов. Таким образом, эффективность терапии больных с НЛН представляет собой не только актуальную медицинскую – неврологическую, но и социальную проблему.

Материал и методы исследования

В данной работе представлены данные обследования и оценка результатов лечения 105 больных с НЛН. Анализируя число заболевших НЛН пациентов разных возрастных групп, необходимо отметить, что пик заболеваемости приходится на возрастной период 31-40 лет, после 40 лет число заболевших резко снижается, наиболее низкие показатели у категории больных старше 71 года (1%), а также равномерно низкие показатели у пациентов возрастных групп 51-60 лет, 61-70 лет. Второй по частоте пик заболеваемости у лиц моложе 20 лет, причем, в два раза чаще у мужчин этой возрастной категории.

Есть различия в структуре заболеваемости мужчин и женщин. Так, среди мужчин, пик заболеваемости отмечен в возрасте до 20 лет и резкое снижение числа заболевших наступает только после 61 года. У женщин число заболевших нарастает до 31-40 лет, затем стабилизируется и после 51 года наступает резкий спад за-

болеваемости, и, так называемая, «вторая волна» повышения числа заболевших – в возрастной группе 61-70 лет. Женщин, старше 70 лет, среди заболевших не было. В острой стадии заболевания (до 7 дней) поступили в клинику 36 больных (34%), до 1 месяца – 29 человек (27,4%), до 2 месяцев – 16 человек (15,1%), более 2 месяцев – 25 человек (23,5%).

По степени выраженности пареза мимической мускулатуры: с прозоплегией – 33 пациентов (31,1%), с глубоким прозопарезом – 49 пациентов (46,2%), с умеренно выраженным прозопарезом – 13 пациентов (12,3%), с легким прозопарезом – 11 пациентов (10,4%). Необходимо отметить, что 9 пациентов (8,5%) до заболевания НЛН наблюдались у невропатолога по поводу вегетативной дистонии, у этих пациентов имелись соматоформные расстройства и в анамнезе они отмечали хроническую психотравмирующую ситуацию.

Результаты обследования и их обсуждение

Качество жизни было снижено практически у всех больных после развития НЛН. Больные стыдились своего косметического дефекта, резко сужали круг общения, даже с соседями по палате общались в случае крайней необходимости, при разговоре старались поворачиваться к собеседнику непарализованной стороной лица, старались по возможности реже выходить за пределы отделения и палаты, закрывали лицо шарфом, платком, рукой. При поступлении в клинику эмоциональная лабильность отмечалась в 69,8% случаев; синдром вегетативной дистонии был выявлен в 54,7% случаев. Вегетативная дистония в 40,6% случаев носила перманентный характер и проявлялась лабильностью АД, непостоянной вазомоторной головной болью, нарушениями вегетативной реактивности и обеспеченности внешней деятельности, в 14,1% случаев отмечалось перманентно-пароксизмальное течение синдрома вегетативной дистонии, проявляющее себя вегетативными кризами. Сниженный фон настроения отмечался у 84% больных, чувство тревоги и страха отмечали 74,5% больных; нарушения сна, проявляющиеся в трудности засыпания, а также, чуткий сон, не приносящий чувства отдыха, отмечали 39,6% больных; чувство «подавленности», отсутствие надежды на успех лечения - 24% больных.

Проведя анализ выраженности вегетативных и эмоциональных нарушений в зависимости от профессиональной принадлежности, мы получили несколько неожиданные результаты. У пациентов, занятых как физическим, так и умственным трудом, практически в равной степени (87,3%, 86,9% соответственно) имелись и вегетативные и эмоциональные нарушения. То есть качество жизни снижалось как у пациентов, круг общения которых стабилен (постоянные сослуживцы, работающие в одном отделе, бригаде, цехе и т.д.), так и у пациентов, круг общения которых постоянно меняется (учителя, врачи, продавцы, работники сферы услуг и т.д.).

Анализ выраженности психоэмоциональных нарушений по возрасту и полу выявил следующие тенденции: наибольшие страдания развившаяся НЛН приносила мужчинам в возрастной группе 31-40 лет и женщинам в возрастной группе 51-60 лет – 93% и 87% соответственно. Наиболее высокие показатели вегетативных нарушений отмечались у пациентов возрастной группы до 20 лет – как у мужчин, так и у женщин, и у возрастной группы мужчин от 21 до 30 лет (11%, 14,3%, 18,9% соответственно). Самые низкие показатели эмоциональных нарушений и сомато-

тоформных расстройств отмечались в возрастной группе до 20 лет (как у мужчин, так и у женщин – 12,5%, 19,3% соответственно).

Анализ выраженности вегетативных и соматоформных расстройств у пациентов остальных возрастных групп коррелирован с выраженностью прозопареза и давностью заболевания.

В процессе лечения пациентов нами продолжалось изучение и последующий анализ выраженности вегетативных нарушений, эмоциональных нарушений, соматоформных расстройств. Необходимо отметить четкую тенденцию уменьшения выраженности вегетативных и эмоциональных нарушений в соответствии с восстановлением функции мимической мускулатуры и уменьшением выраженности прозопареза. Пациенты, отмечая видимое уменьшение косметического дефекта, начинают охотнее общаться с соседями по палате, улыбаться, в полном объеме выполнять лечебную самогимнастику. Улучшается сон, уменьшается чувство тревоги и страха, выраженность эмоциональной лабильности, вегетативной дистонии: уменьшается частота, интенсивность головной боли, стабилизируются цифры АД, нормализуются показатели вегетативной реактивности. Представляется важным тот факт, что выраженность вышеописанных нарушений в вегетативной и эмоциональной сфере, уменьшается по мере уменьшения выраженности прозопареза и не требует дополнительной медикаментозной коррекции.

Определенную сложность представляет коррекция эмоциональных нарушений у пациентов со сниженным фоном настроения, которые не верят в эффективность лечения и настроены пессимистично (24% больных). Это больные, поступившие в клинику через 1-2 месяца и более от начала заболевания, имеющие выраженный прозопарез, а также в возрастной группе 61-70 лет и старше. Такие больные замкнуты, плаксивы, пессимистично настроены, неохотно и не в должном объеме выполняют лечебную гимнастику для лица. Даже симптомы начавшегося восстановления функций мимической мускулатуры не радуют больных, долго сохраняется фиксированность на своих ощущениях, снижение фона настроения, замкнутость, плаксивость. Что, в свою очередь негативно влияет на течении основного заболевания, уменьшает интенсивность восстановления функций мимической мускулатуры. Именно эта категория больных подлежит более пристальному вниманию врача для своевременной коррекции эмоциональных нарушений.

Необходимо отметить, что еще одна категория больных подлежит более пристальному вниманию врача. Это больные с мало выраженными эмоциональными нарушениями, у которых несколько снижен фон настроения в остром периоде заболевания преимущественно возрастной категории до 20 лет (92%) и возрастной категории 21-30 лет (54%). Фон настроения этих пациентов повышается уже со 2-3 дня лечения в клинике, как только проявляются первые успехи в лечении, они склонны недооценивать серьезность заболевания. Больные существенно расширяют круг общения, женщины начинают применять средства декоративной косметики, не соблюдают правила охранительного режима, перестают в полном объеме и с должной частотой выполнять лечебную гимнастику для лица и самомассаж, в связи с чем, уже начавшееся восстановление фун-

кций мимической мускулатуры, в дальнейшем продвигается медленнее ожидаемого срока восстановления. Таким образом, установлена не только прямая зависимость улучшения качества жизни, уменьшения выраженности эмоциональных и вегетативных нарушений в зависимости от эффективности лечения больных с НЛН, уменьшения выраженности прозопареза, но и обратная связь – влияния степени и выраженности эмоциональных, вегетативных нарушений на скорость восстановления функции мимической мускулатуры, эффективность лечения больных.

Таким образом, для улучшения качества жизни больных с НЛН, представляется целесообразным изучение ситуационно обусловленных вегетативных, эмоциональных, соматоформных расстройств с целью их раннего выявления и своевременной коррекции.

В.Г.Назаренко, Д.В.Нікітенко, Т.Н.Калмикова, Е.А.Багрій, Е.Л.Ткачова

ВПЛИВ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА НЕВРОПАТІЮ ЛИЦЕВОГО НЕРВУ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

Метою цієї праці є вивчення змін якості життя хворих у зв'язку з виникненням гострої невропатії лицевого нерву (НЛН), а також вплив ефективності лікування на якість життя. В роботі наведені дані обстеження й проаналізовані наслідки лікування 105 хворих на НЛН. Якість життя була знижена переважно що до усіх хворих внаслідок розвитку НЛН. Цо, в свою чергу, сприяло розвитку вторинних вегетативних, соматоформних та емоційних розладів.

З'ясована чітка тенденція зменшення вираженості вегетативних й емоційних розладів відповідно з відновленням функції мимічних м'язів. Були визначені групи ризику за ступенем вираженості психо-емоційних та вегетативних порушень. Встановлено не тільки пряма залежність покращення якості життя залежно від ефективності лікування хворих НЛН, а й зворотній зв'язок – вплив вираженості емоційних, вегетативних порушень на швидкість відновлення функції мимічних м'язів, ефективність лікування хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.121-123)

V.G.Nazarenko, D.V.Nikitenko, T.N.Kalmikova, E.A.Bagrii, E.L.Tkacheva

INFLUENCE OF EFFICIENCY OF THERAPY ON QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WITH NEUROPATHY OF AN FACIAL NERVE

Donetsk State Medical University

The purpose of the given work is the study of change of quality of life of the patients in connection with is sharp developed neuropathy, of a facial nerve (NFN), and also influence of efficiency of therapy on quality of life. In the given work the given inspections and estimation of results of treatment 105 patients with NFN are submitted. The quality of life was reduced practically at all patients after development NFN. That, in turn, resulted in development secondary vegetative, somatically and emotional frustration.

The precise tendency of reduction of expressiveness emotional and vegetative of infringements is revealed according to restoration of function facial expression. The groups of risk on degree expressiveness emotional and vegetative of infringements were allocated. Is established not only direct dependence of improvement of quality of life depending on efficiency of treatment of the patients with NFN, but also feedback - influence of a degree and expressiveness emotional, vegetative of infringements on speed of restoration of function facial expression, efficiency of treatment of the patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.121-123)

Литература

1. Мачерет Є.Л., Чуприна Г.М. Диференціальний підхід до лазеропунктури при невриті лицевого нерва з використанням методів акупунктурної діагностики // Лікарська справа. Врacheбное дело. — 1998. — С. 130-134.
2. Пузин М.Н., Разинкин О.П., Рушанова М.И. Невропатия лицевого нерва // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1991. - №5. — С. 112-114.
3. Карлов В.А. Неврология лица. — М.: Медицина, 1991. — 286 с.
4. Fernandez Blasini N. [Therapeutic approach to facial paralysis] Bol Asoc Med P R. 2000 Sep-Dec;92(9-12):115-9. Review. Spanish.
5. Chen C, Malhotra R, Muecke J, Davis G, Selva D. Aberrant facial nerve regeneration (AFR): an under-recognized cause of ptosis. Eye. 2004 Feb;18(2):159-62.

6. Kress B, Griesbeck F, Stippich C, Bahren W, Sartor K. Bell palsy: quantitative analysis of MR imaging data as a method of predicting outcome. Radiology. 2004 Feb;230(2):504-9. Epub 2003 Dec 29.
7. Koyama J, Yokouchi K, Fukushima N, Kawagishi K, Higashiyama F, Moriizumi T. Neurotrophic effect of hepatocyte growth factor on neonatal facial motor neurons. Neurol Res. 2003 Oct;25(7):701-7.
8. Riemann R. [Anatomic diagnosis of injury to the facial nerve] Laryngorhinootologie. 2003 Aug;82(8):601. German.
9. Arai A, Yamakawa T, Hagiwara A, Yoshikawa H, Ichikawa G. A facial nerve study using transcranial magnetic paired stimulation. Auris Nasus Larynx. 2003 Aug;

Поступила в редакцию 23.06.2004