

КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА  
ФАКУЛЬТЕТ ЗДОРОВ'Я, ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ  
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

**Гетьман Ірина Леонідівна**

здобувачка групи ФТм-1-24-2.0д

**ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З НЕВРИТОМ  
ЛИЦЕВОГО НЕРВА (ПАРАЛІЧ БЕЛЛА)**

кваліфікаційна робота здобувачки вищої освіти  
другого (магістерського) рівня

спеціальність: 227 – Терапія та реабілітація (за спеціалізаціями)

спеціалізація: 227.01 Фізична терапія

кваліфікація: магістр терапії та реабілітації за спеціалізацією  
227.01 Фізична терапія

«Допущено до захисту»  
завідувач кафедри фізичної терапії  
та ерготерапії



Протокол засідання кафедри  
від 29.05.2026 №7

Науковий керівник:  
кандидат біологічних наук,  
доцент, доцент кафедри  
фізичної терапії та  
ерготерапії Тимчик О.В

Київ - 2026

## РЕФЕРАТ

**Гетьман Ірина Леонідівна**

Вплив фізичної терапії у пацієнтів з невритом лицевого нерва ( параліч Белла). – К.: Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, Факультет здоров'я, фізичного виховання та спорту, 2026.

Науковий керівник – Тимчик Олесь Володимирівна, кандидат біологічних наук, доцент кафедри фізичної терапії та ергоерапії Факультету здоров'я, фізичного виховання та спорту.

Обсяг роботи – 98 сторінок

Кількість використаних джерел – 63

Ключові слова: фізична терапія, пацієнти, неврит лицевого нерва, параліч Белла.

Структура роботи: робота містить вступ, три розділи, список використаних джерел та додатки.

## АНОТАЦІЯ

Гетьман Ірина Леонідівна

Вплив фізичної терапії у пацієнтів з невритом лицевого нерва (параліч Белла).

Спеціальність: 227 Терапія та реабілітація; спеціалізація: 227.01 Фізична терапія, ерготерапія; освітня програма другого (магістерського) рівня вищої освіти: 227.00.05 Фізична терапія; професійна кваліфікація: фізичний терапевт. Київський столичний університет імені Бориса Грінченка. Київ, 2026.

**Мета дослідження** – оцінити ефективність впливу програми фізичної терапії на відновлення функції мимічної мускулатури та покращення якості життя пацієнтів із невритом лицевого нерва (паралічем Белла).

**Матеріал і методи дослідження, засоби фізичної терапії.** Обстежили 15 пацієнтів з невритом лицевого нерва. Для оцінки стану пацієнтів використали клінічне неврологічне обстеження, оцінку ступеня ураження лицевого нерва за шкалою House–Brackmann, інтегральну оцінку мимічної функції за шкалою Sunnybrook, індекс функціональної неспроможності обличчя (FDI Physical, FDI Social), візуально-аналогову шкалу болю (ВАШ), спостереження, порівняльний аналіз показників до та після курсу фізичної терапії, методи математичної статистики. Загальна тривалість програми фізичної терапії становила 4 – 8 тижнів.

**Головні результати дослідження.** Розроблена індивідуальна програма фізичної терапії для пацієнтів з невритом лицевого нерва. За результатами клінічної оцінки встановлено суттєве зниження ступеня дисфункції лицевого нерва. Оцінка суб'єктивних показників якості життя підтвердила позитивний вплив фізичної терапії на психоемоційний стан пацієнтів.

**Ключові слова:** фізична терапія, неврит лицевого нерва, синкінезія, контрактура, парез.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ I 1.1 Медико-соціальне значення невриту лицевого нерва (паралічу Белла)10	
1.2 Етіологія, патогенез та клінічні прояви невриту лицевого нерва .....	13
1.3 Методи клінічної та функціональної оцінки стану пацієнтів з невритом лицевого нерва.....	166
1.4 Методи фізичної терапії при невриті лицевого нерва.....	20
1.4.1 Масаж у комплексі фізичної терапії при невриті лицевого нерва	23
1.4.2 Засоби апаратної фізичної терапії у відновленні функції лицевого нерва .....	24
1.4.3 Допоміжні та нетрадиційні методи фізичної терапії.....	27
Висновки до I розділу .....	288
РОЗДІЛ II МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	30
2.1 Характеристика контингенту пацієнтів та умов проведення дослідження .....	30
2.2 Методи клінічного та функціонального обстеження пацієнтів .....	30
2.3 Програма фізичної терапії пацієнтів з невритом лицевого нерва.....	35
2.4 Методи статистичної обробки результатів дослідження.....	39
Висновки до II розділу .....	40
РОЗДІЛ III РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З НЕВРИТОМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА .....	42
3.1 Вплив програми фізичної терапії на відновлення м'язової мускулатури.....	42
3.2 Динаміка функціональних показників у пацієнтів з невритом лицевого нерва .....	46
3.3 Зміни суб'єктивних показників якості життя пацієнтів під впливом фізичної терапії .....	51
Висновки до III розділу .....	52

	5
ВИСНОВКИ.....	55
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ... <b>Ошибка! Закладка не определена.</b>	
ДОДАТКИ.....	66

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВАШ – візуально-аналогова шкала болю

МРТ – магнітно-резонансна томографія

НЛН – неврит лицевого нерва

НМП – нейром’язове перенаванчання

ПНС – периферична нервова система

ЦНС – центральна нервова система

FDI (Facial Disability Index) – індекс функціональної неспроможності  
обличчя

FDI Physical – фізичний компонент функціональної неспроможності  
обличчя

FDI Social – соціально-емоційний компонент функціональної  
неспроможності обличчя

НВ (House–Brackmann scale) – шкала оцінки ступеня ураження лицевого  
нерва House–Brackmann

Sunnybrook – інтегральна шкала оцінки мимічної функції Sunnybrook  
Facial Grading System

## ВСТУП

### **Актуальність дослідження.**

Неврит лицевого нерва (параліч Белла) належить до поширених патологій периферичної нервової системи, що супроводжується вираженою асиметрією обличчя, порушенням мимічної функції, розладами артикуляції, жування та емоційної експресії. Висока частота виникнення цього захворювання серед осіб працездатного віку зумовлює його значущість не лише у медичному, а й у соціально-економічному аспекті. Порушення іннервації мимічної мускулатури призводить до функціональних обмежень у повсякденному житті пацієнтів, зниження рівня комунікативної активності та професійної адаптації. Окрім фізичних проявів, неврит лицевого нерва часто супроводжується психоемоційними розладами, зниженням самооцінки та якості життя, що потребує комплексного підходу до реабілітації та відновлення функцій лицевого нерва [1; 13].

Сучасні підходи до лікування невриту лицевого нерва передбачають поєднання медикаментозної терапії та фізичної реабілітації, однак ефективність окремих компонентів фізичної терапії потребує подальшого наукового обґрунтування. Незважаючи на значну кількість досліджень у галузі неврології та реабілітаційної медицини, питання оптимізації програм фізичної терапії, їх структури, інтенсивності та тривалості залишаються недостатньо вивченими. Особливої уваги потребує визначення впливу комплексних реабілітаційних заходів на відновлення мимічної мускулатури, зменшення патологічних синкінезій, покращення симетрії обличчя та функціональних можливостей пацієнтів. Відсутність єдиного стандартизованого підходу до фізичної терапії при паралічі Белла обумовлює необхідність проведення клініко-функціональних досліджень, спрямованих на оцінку результативності реабілітаційних програм у динаміці [1].

Оцінка результативності реабілітаційних втручань потребує комплексного підходу з використанням інтегральних клінічних шкал, функціональних тестів і суб'єктивних показників самопочуття пацієнтів. Системний аналіз динаміки відновлення м'язової мускулатури, зниження частоти патологічних проявів і покращення соціальної адаптації дозволяє обґрунтувати ефективність застосування фізичної терапії у структурі відновного лікування. Отримані результати можуть слугувати підґрунтям для вдосконалення реабілітаційних програм, оптимізації методів відновлення функції лицевого нерва та підвищення якості життя пацієнтів із невритом лицевого нерва, що визначає наукову і практичну значущість проведеного дослідження.

**Мета дослідження** – оцінити ефективність впливу програми фізичної терапії на відновлення функції м'язової мускулатури та покращення якості життя пацієнтів із невритом лицевого нерва (паралічем Белла).

**Завдання дослідження:**

1. На основі аналізу наукової літератури визначити медико-біологічні та соціальні аспекти невриту лицевого нерва, його етіологію, патогенез, клінічні прояви та сучасні підходи до реабілітації пацієнтів.
2. Розробити комплексну програму фізичної терапії для пацієнтів із невритом лицевого нерва з урахуванням ступеня ураження лицевого нерва, стадії захворювання та індивідуальних функціональних можливостей.
3. Оцінити ефективність впливу розробленої програми фізичної терапії на відновлення м'язової мускулатури за клінічними та функціональними показниками (House – Brackmann, Sunnybrook, FDI, ВАШ).
4. Проаналізувати динаміку функціональних показників і ступеня ураження лицевого нерва у процесі реабілітації та визначити клінічно значущі зміни у стані пацієнтів.
5. Визначити вплив програми фізичної терапії на суб'єктивні показники якості життя, рівень соціальної адаптації та психоемоційний стан пацієнтів із невритом лицевого нерва.

**Об'єкт дослідження** – процес фізичної терапії пацієнтів із невритом лицевого нерва (паралічем Белла).

**Предмет дослідження** – функціональний стан мимічної мускулатури, ступінь дисфункції лицевого нерва, показники якості життя пацієнтів та ефективність програми фізичної терапії у процесі відновлення.

**Методи дослідження:** клінічне неврологічне обстеження, оцінка ступеня ураження лицевого нерва за шкалою House–Brackmann, інтегральна оцінка мимічної функції за шкалою Sunnybrook, визначення індексу функціональної неспроможності обличчя (FDI Physical, FDI Social), візуально-аналогова шкала болю (ВАШ), спостереження, порівняльний аналіз показників до та після курсу фізичної терапії, методи математичної статистики.

**Наукова новизна** полягає в обґрунтуванні та експериментальному підтвердженні ефективності комплексної програми фізичної терапії, спрямованої на відновлення мимічної функції, зменшення ступеня дисфункції лицевого нерва та покращення якості життя пацієнтів із невритом лицевого нерва.

**Практичне значення** роботи полягає у розробці та апробації комплексної програми фізичної терапії, що включає мимічну гімнастику, нейром'язове перенавчання, масаж, апаратні методи фізичної терапії та релаксаційні техніки. Запропонована програма сприяє відновленню симетрії обличчя, покращенню контролю мимічних рухів, зниженню частоти синкінезій і контрактур, зменшенню больового синдрому та підвищенню соціальної активності пацієнтів. Отримані результати можуть бути використані у практичній діяльності фізичних терапевтів, реабілітологів і лікарів-неврологів для підвищення ефективності реабілітації пацієнтів із невритом лицевого нерва.

Структура та обсяг магістерської роботи: робота містить вступ, три розділи, список використаних джерел, додатки. Обсяг роботи – 98 сторінок. Додатки – 2. Кількість використаних джерел – 63.

## **РОЗДІЛ І**

### **ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З НЕВРИТОМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

Пошук наукових джерел здійснювався в електронних бібліотеках і наукометричних базах даних із використанням ключових слів «неврит лицевого нерва», «параліч Белла», «фізична терапія», «реабілітація», «facial nerve palsy», «Bell's palsy», «physical therapy», «rehabilitation». Для аналізу були використані електронні ресурси Національної бібліотеки України ім. В. І. Вернадського (<http://nbuv.gov.ua>), PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>), Google Scholar (<https://scholar.google.com>), а також фахові медичні та реабілітаційні видання відкритого доступу.

Пошук проводився за сучасними науковими публікаціями, навчально-методичними матеріалами та клінічними рекомендаціями, що висвітлюють питання етіології, патогенезу, клінічних проявів і реабілітації пацієнтів із невритом лицевого нерва. Загалом за визначеними ключовими словами було виявлено понад 150 джерел, які стосувалися діагностики, лікування та фізичної терапії при ураженнях лицевого нерва.

Після попереднього аналізу змісту та відповідності темі дослідження до подальшого опрацювання було відібрано 63 наукових джерела, що найбільш повно відображають сучасні підходи до фізичної терапії та реабілітації пацієнтів із невритом лицевого нерва і становлять теоретичну основу дослідження.

#### **1.1 Медико-соціальне значення невриту лицевого нерва (паралічу Белла)**

Неврит лицевого нерва (параліч Белла) належить до поширених периферичних уражень черепно-мозкових нервів і характеризується раптовим розвитком однобічної слабкості або паралічу мимічної мускулатури, що призводить до функціональних, естетичних і психоемоційних порушень. Особливості клінічного перебігу захворювання, складність анатомічної будови лицевого нерва та значний вплив патології на якість життя пацієнтів зумовлюють актуальність дослідження медико-соціальних аспектів цієї патології у сучасній реабілітаційній практиці. Висока поширеність периферичних уражень лицевого нерва серед осіб різних вікових груп, ризик розвитку стійких функціональних дефектів та необхідність тривалого відновлення визначають важливість комплексного медичного і реабілітаційного підходу до лікування цієї категорії пацієнтів [1; 13].

Лицевий нерв є змішаним за своєю функціональною структурою, оскільки містить рухові, чутливі та парасимпатичні волокна, що забезпечують іннервацію мимічних м'язів обличчя, смакову чутливість передніх двох третин язика, а також регуляцію діяльності слізної та частково слинних залоз. Така багатокомпонентна структура зумовлює різноманітність клінічних проявів у разі його ураження, що проявляється не лише руховими порушеннями, а й змінами секреторної та сенсорної функцій [16; 18]. Верхні мотонейрони лицевого нерва беруть початок у кортико-бульбарних шляхах і через внутрішню капсулу досягають ядра лицевого нерва у мосту головного мозку, де відбувається часткове перехрещення волокон. Завдяки цьому при центральних ураженнях зберігається іннервація м'язів верхньої частини обличчя, тоді як периферичне ураження призводить до повної втрати функції мимічних м'язів на відповідному боці [19].

Анатомічна будова нижнього мотонейрона лицевого нерва включає інтракраніальну, скроневу та екстракраніальну частини, що визначає варіабельність клінічної симптоматики залежно від рівня ураження. Інтракраніальний сегмент нерва після виходу з моторного ядра огинає ядро відвідного нерва, проходить через мостомозочкову ділянку разом із

проміжним нервом і входить у внутрішній слуховий отвір, після чого прямує у канал лицевого нерва [12; 13]. Ураження на цьому рівні може супроводжуватися поєднанням рухових і вегетативно-сенсорних порушень, зокрема зниженням сльозовиділення та порушенням смаку, що обумовлено залученням парасимпатичних волокон [9].

Скронева частина лицевого нерва проходить у вузькому кістковому каналі, який має лабіринтний, барабанний та соскоподібний сегменти. У ділянці першого коліна розташований колінчастий вузол, від якого відходять нервові гілки, що забезпечують іннервацію слізної залози та слизових оболонок носової і ротової порожнин. Ураження нерва вище цього рівня супроводжується більш вираженою клінічною симптоматикою, оскільки порушуються не лише рухові функції, а й секреторні та сенсорні механізми [15, с. 288]. Подальший хід нерва вздовж барабанної порожнини та його вертикальний спуск до шилососкоподібного отвору обумовлюють високу вразливість до компресії при набрякових процесах, що є одним із провідних механізмів розвитку периферичного паралічу лицевого нерва [15].

Екстракраніальна частина лицевого нерва після виходу через шилососкоподібний отвір проходить крізь привушну слинну залозу і поділяється на основні гілки, які іннервують м'язи обличчя. Саме ці м'язи забезпечують невербальну комунікацію, артикуляцію, участь у процесах прийому їжі та формування емоційних реакцій. Порушення їх функції призводить до асиметрії обличчя, неможливості повного змикання повік, утруднення мовлення та жування, що істотно впливає на повсякденну активність пацієнта [10; 31].

Медичне значення неврити лицевого нерва визначається ризиком формування стійких функціональних порушень у разі несвоєчасного або недостатнього лікування. До найбільш поширених ускладнень належать контрактури м'язів обличчя, розвиток патологічних синкінезій, формування гіпертонусу та залишкової асиметрії обличчя. Комплексна терапія, що поєднує медикаментозне лікування та фізичну терапію, дозволяє підвищити

ефективність відновлення і зменшити ризик хронізації процесу, однак значна частина пацієнтів потребує тривалого реабілітаційного супроводу [1].

Соціальний вимір патології обумовлений тим, що обличчя відіграє ключову роль у процесах міжособистісної комунікації та соціальної взаємодії. Порушення міміки та естетичні дефекти можуть спричиняти зниження самооцінки, розвиток тривожних і депресивних станів, труднощі професійної адаптації та соціалізації. Особливо значущими ці наслідки є для осіб працездатного віку та дітей, у яких функціональні та психологічні порушення можуть впливати на освітню та трудову діяльність [14; 33-35]. Крім того, захворювання має економічний аспект, пов'язаний із тимчасовою втратою працездатності, витратами на лікування та реабілітацію, а також необхідністю проведення повторних курсів відновної терапії.

Так, неврит лицевого нерва є клінічно та соціально значущою патологією, що поєднує складні анатомо-функціональні передумови розвитку, різноманітність клінічних проявів і виражений вплив на фізичний, психоемоційний та соціальний стан пацієнтів. Своєчасна діагностика, комплексне лікування та застосування засобів фізичної терапії виступають ключовими чинниками відновлення функцій лицевого нерва та підвищення якості життя осіб, які перенесли параліч Белла.

## **1.2 Етіологія, патогенез та клінічні прояви невриту лицевого нерва**

### **Етіологія невриту лицевого нерва**

Етіологія невриту лицевого нерва (паралічу Белла) характеризується поліфакторністю та складністю патогенетичних механізмів, що зумовлює різноманітність клінічних проявів і варіабельність перебігу захворювання. Ураження лицевого нерва може виникати під впливом інфекційних, судинних, травматичних, метаболічних, токсичних і імунних чинників, однак у більшості випадків патологія має ідіопатичний характер, що дозволяє розглядати її як

компресійно-ішемічну невропатію з розвитком периферичного прозопарезу [10; 15; 18].

Згідно із сучасними уявленнями, основними етіологічними чинниками розвитку неврити лицевого нерва є переохолодження, вірусні інфекції, судинні порушення, метаболічні розлади та травматичні ушкодження. До групи ризику належать особи з цукровим діабетом, артеріальною гіпертензією, ендокринними порушеннями, хронічними інфекційними захворюваннями та імунодефіцитними станами [15]. Важливе значення мають також локальні отогенні процеси, новоутворення мостомозочкового кута, травми основи черепа та післяопераційні ускладнення, що можуть призводити до компресії або прямого ушкодження нервового стовбура [33]. У клінічній практиці виділяють такі форми ураження лицевого нерва: ідіопатичні; травматичні; інфекційні; неопластичні; дисметаболічні; токсичні [34; 35; 37].

Ідіопатична форма (параліч Белла) є найбільш поширеною та становить більшість випадків периферичного прозопарезу. Вона часто виникає на тлі загального або локального переохолодження, гострих респіраторних вірусних інфекцій, алергічних реакцій або порушень мікроциркуляції [11].

### **Патогенез неврити лицевого нерва**

Важливим патогенетичним механізмом розвитку неврити лицевого нерва є ішемія нервового стовбура, що виникає внаслідок спазму судин, які його кровопостачають. Порушення кровообігу спричиняє гіпоксію нервової тканини, підвищення проникності судинної стінки, розвиток набряку та компресію нерва у вузькому кістковому каналі. Оскільки лицевий нерв проходить через фаллопієв канал, обмежений щільними кістковими структурами, навіть незначний набряк може призводити до здавлення нервових волокон, порушення аксонального транспорту та демієлінізації [45; 29].

У патогенезі також значну роль відіграють метаболічні порушення в нервовій тканині, активація процесів перекисного окиснення ліпідів, зміни іонної проникності клітинних мембран і зниження активності

антиоксидантних систем. Це сприяє розвитку мієлінопатії та аксонопатії, порушенню нервово-м'язової передачі, зниженню вивільнення ацетилхоліну в нервово-м'язових синапсах і формуванню функціонального блоку нервово-м'язової передачі [8; 9; 15, с. 289]. Етіологічні чинники невриту лицевого нерва узагальнено подано в таблиці 1.

Таблиця 1

#### Основні етіологічні чинники невриту лицевого нерва

№	Група чинників	Приклади
1	Ідіопатичні	параліч Белла, синдром Мелькерсона – Розенталя
2	Інфекційні	вірусні інфекції, отити, нейроінфекції
3	Травматичні	переломи скроневої кістки, черепно-лицеві травми
4	Неопластичні	пухлини привушної залози, новоутворення мостомозочкового кута
5	Дисметаболічні	цукровий діабет, гіпертензія, дефіцит вітамінів
6	Токсичні	алкогольні та медикаментозні ураження

#### Клінічні прояви невриту лицевого нерва

Клінічні прояви невриту лицевого нерва визначаються рівнем і ступенем ураження нервового стовбура. Найхарактернішою ознакою є периферичний парез або параліч мимічних м'язів, що проявляється асиметрією обличчя, згладженням носогубної складки, опущенням кута рота та порушенням артикуляції [8; 10]. Обличчя на стороні ураження стає малорухомим, відсутні або різко знижені мимічні рухи, пацієнт не може наморщити лоб, заплющити око чи надути щоки.

При спробі закрити око на стороні ураження спостерігається характерне відхилення очного яблука догори, що отримало назву симптому Белла. Через неповне змикання повік виникає лагофталм («заяче око»), що може супроводжуватися сухістю кон'юнктиви або слъозотечею [15, с. 290]. Під час роздування щік повітря виходить через кут рота на стороні ураження, що свідчить про зниження тонуусу кругового м'яза рота. Крім рухових порушень, можливі сенсорні та вегетативні симптоми: порушення смакової чутливості передніх двох третин язика, зниження слиновиділення, гіперакузія, сухість ока або навпаки слъозотеча. У деяких випадках пацієнти відзначають

біль або парестезії в ділянці вуха та соскоподібного відростка, що передують розвитку парезу [7; 18]. У залежності від рівня ураження лицевого нерва клінічна картина може змінюватися. При ураженні нерва у проксимальних відділах спостерігається поєднання периферичного парезу м'язів із порушенням слезовиділення, смакової чутливості та слухових функцій. При дистальних ураженнях переважають рухові порушення без значних сенсорних змін.

### **1.3 Методи клінічної та функціональної оцінки стану пацієнтів з невритом лицевого нерва**

Клінічне оцінювання та шкалування описано в роботах House J. W., Brackmann D. E., Fujiwara T., Nato N., Мурашко Н. К. та співавт. Ці автори описують загальноприйняті у світі системи градації ураження нерва: House J. W., Brackmann D. E. – розробники класичної шкали Хауса-Бракмана, яка є світовим стандартом для визначення ступеня паралічу [37]; Fujiwara T., Nato N. – автори японських протоколів, де використовуються специфічні системи оцінки, що дозволяють детальніше оцінити окремі м'язові зони [29]; Мурашко Н. К. та співавт. – надають навчально-методичні рекомендації щодо клінічного огляду пацієнтів в українській медичній практиці [16].

Ефективність методів реабілітації показано в роботах (Ahmad, Khan, Iqbal, 2025), [23]. Дослідження присвячені порівнянню двох підходів до відновлення пацієнтів з паралічем Белла:

- 1) Нейром'язове перенавчання – специфічний метод, що базується на нейропластичності. Він включає вправи на координацію, контроль ізольованих рухів м'язів обличчя та біологічний зворотний зв'язок (biofeedback).
- 2) Традиційна фізична терапія зазвичай включає загальний масаж, теплові процедури та стандартну електростимуляцію. Автори через рандомізоване дослідження доводять, що селективні вправи на перевиховання нервових

шляхів дають кращий результат у відновленні симетрії обличчя, ніж старі традиційні методи. Важливість раннього втручання (Lee et al., 2023), [39; 40] свідчить про те, що ранній початок фізичної терапії (у перші дні або тижні після появи симптомів) значно покращує прогноз, фізична терапія не просто допоміжна, а критично важлива складова лікування паралічу Белла разом із медикаментозною терапією (кортикостероїдами).

Інтегративний підхід у медицині вивчався у роботах Федорова (Fedorov, 2024), [28]. Ця публікація має більш теоретичний та організаційний характер. Автор розглядає медицину не лише як набір біологічних маніпуляцій, а як синтез трьох сфер: медична практика: безпосереднє лікування тіла; духовні практики: увага до психологічного та ментального стану пацієнта та юридичні практики: правовий супровід, етика та захист прав пацієнта в сучасних умовах.

### **Функціональні методи дослідження**

Особливості функціональної та інструментальної діагностики представлено в роботах Lee D. H., Цимбалюк Я. В. та співавт., Неведомська Є. О., Макаренко Л. Г. Їх дослідження зосереджені на об'єктивних методах вивчення провідності нерва та активності м'язів: Lee D. H. – фахівець з електронейрографії (ENoG) – метод дозволяє кількісно оцінити відсоток дегенерації нервових волокон у гострому періоді; Цимбалюк Я. В. та співавт. – розглядають діагностику наслідків травматичних ушкоджень, що включає оцінку м'язової відповіді; Неведомська Є. О., Макаренко Л. Г. описують методику вивчення черепних нервів (зокрема VII пари), що є базою для функціонального обстеження [7; 14; 39; 40].

Оцінку динаміки відновлення проводили дослідники, які використовують методики для моніторингу ефективності реабілітації: Ahmad S., Khan M. [23] – використовують клінічні тести для оцінки результатів нейром'язового перевиховання; Wang H. та співавт. – застосовують дані електростимуляції та мета-аналізу для оцінки функціонального стану м'язів; Копиштинська О. Р., Каніщева О. В. – вивчають ефективність біоуправління (biofeedback), де пацієнт і лікар

отримують візуальну або звукову інформацію про роботу м'язів у реальному часі.

Встановлення ступеня ураження лицевого нерва та визначення функціонального дефіциту мимічної мускулатури є принципово важливими для формування адекватної реабілітаційної стратегії у пацієнтів із невритом лицевого нерва (паралічем Белла). Своєчасна та комплексна оцінка дозволяє не лише встановити глибину морфофункціональних змін, але й прогнозувати перебіг відновних процесів, попереджати формування контрактур і синкінезій, а також визначати ефективність фізичної терапії в динаміці [2; 5].

Первинне обстеження базується на клінічному аналізі скарг, анамнезу захворювання та неврологічного статусу. Визначають час дебюту симптомів, можливий вплив провокуючих факторів, наявність супутніх соматичних або інфекційних патологій. Під час огляду оцінюють симетрію обличчя у стані спокою, вираженість носогубної складки, положення кута рота, стан очної щілини. Обов'язковими є функціональні проби: піднімання брів, щільне заплющування очей, оскалювання зубів, надування щік, витягування губ «трубочкою». Виявлення лагофталму, асиметрії лобових складок, відхилення кута рота свідчить про периферичний характер ураження [10].

Важливо враховувати, що при оцінці стану пацієнта необхідно аналізувати не лише ступінь слабкості паретичних м'язів, але й функціональний стан умовно здорової сторони обличчя, де часто формується компенсаторний гіпертонус, що підсилює асиметрію та знижує якість життя. Тому клінічне обстеження має бути спрямоване на виявлення як гіпофункції уражених м'язів, так і гіперактивності контралатеральних м'язових груп [7 16; 19; 31]. Узагальнено, алгоритм клінічної та функціональної оцінки пацієнтів із невритом лицевого нерва можна відобразити наступним чином (рис. 1.1).

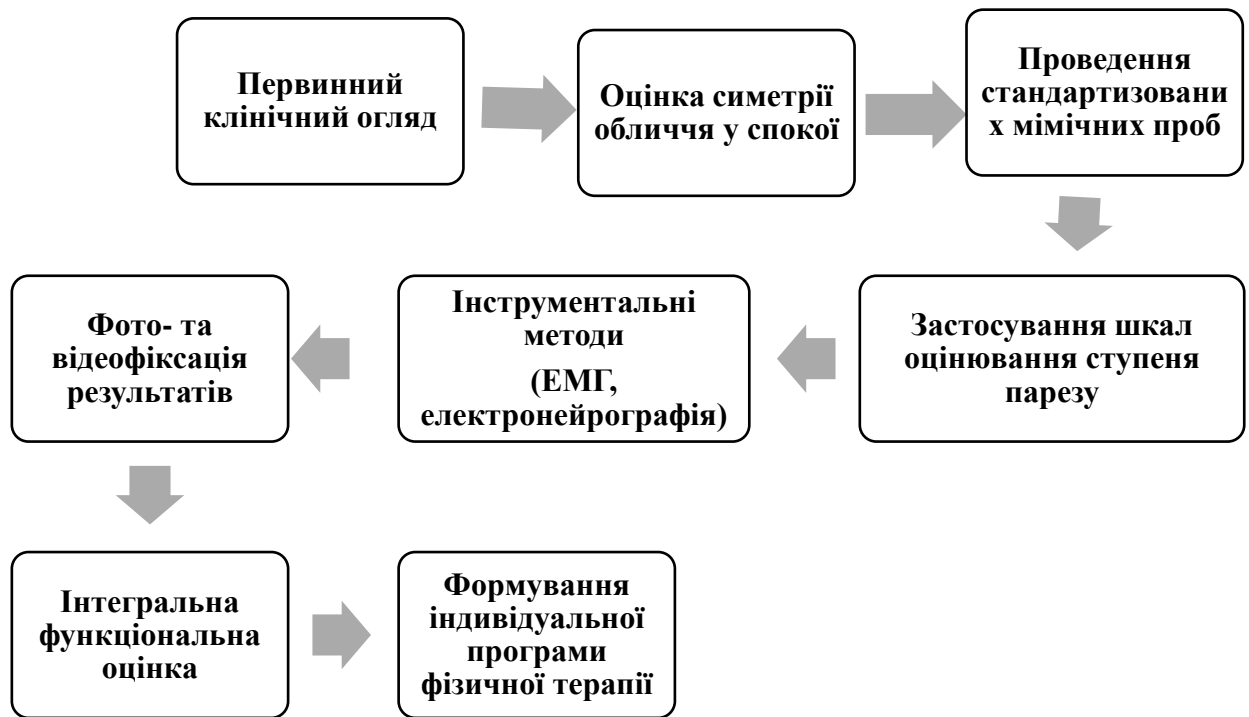


Рис. 1.1 Алгоритм клінічної та функціональної оцінки пацієнтів із невритом лицевого нерва

Кількісну оцінку функціонального стану лицевого нерва проводять із використанням клінічних шкал, що дають змогу об'єктивно визначити ступінь ураження мімічних м'язів, вираженість асиметрії обличчя та рівень порушення довільних рухів. Найбільш поширеною є шкала House–Brackmann, яка передбачає шість ступенів дисфункції лицевого нерва. Вона враховує симетрію в стані спокою, амплітуду довільних рухів та наявність патологічних синкінезій. Додатково використовується шкала Sunnybrook Facial Grading System, що передбачає більш деталізований аналіз рухових можливостей і асиметрії обличчя, а також оцінювання синкінезій у балах [7; 37].

Для визначення ступеня функціонального обмеження та впливу захворювання на повсякденну активність застосовується індекс FDI (Facial Disability Index), який включає фізичний та соціально-емоційний компоненти. Його використання дозволяє оцінити суб'єктивне сприйняття пацієнтом власного стану, що є важливим критерієм ефективності реабілітації [17, с. 94].

## **Інструментальні методи дослідження**

Інструментальна діагностика займає провідне місце у функціональній оцінці. Електроміографія (ЕМГ) дозволяє визначити наявність денерваційної активності, ступінь аксонального ушкодження та ознаки реіннервації м'язових волокон. Динамічне ЕМГ-дослідження є інформативним щодо прогнозу відновлення, оскільки зменшення амплітуди М-відповіді або наявність фібриляційних потенціалів свідчить про виражене ушкодження нервових волокон [7; 8; 16]. Електронейрографія дає можливість оцінити швидкість проведення імпульсу по нерву та визначити ступінь демієлінізації.

З метою документування змін у процесі лікування використовують стандартизовану фотопроTOCOLьну та відеофіксацію мимічних рухів у визначених позиціях. Це забезпечує об'єктивний аналіз динаміки відновлення, дозволяє виявляти мінімальні зміни м'язової активності та оцінювати формування патологічних синкінезій.

### **1.4 Методи фізичної терапії при невриті лицевого нерва**

До методів фізичної терапії при невриті лицевого нерва відносять: кінезіотерапію та лікувальну гімнастику, масаж та мануальні техніки, апаратну фізіотерапію, терапевтичне тейпування, біофідбек-терапію (біологічний зворотний зв'язок).

Фізична терапія при невриті лицевого нерва (НЛН) спрямована на стимуляцію регенерації нервових волокон, покращення мікроциркуляції у зоні ураження, запобігання атрофії мимічних м'язів та профілактику виникнення контрактур і синкенезій. Як зазначають В.В. Абрамов та ін., тільки комплексна фізична терапія при НЛН спрямована на відновлення функціональної активності мимічної мускулатури, нормалізацію нервово-м'язової провідності, профілактику вторинних ускладнень й покращення якості життя пацієнтів. Вона розглядається як важлива складова міждисциплінарного лікування, що поєднується з медикаментозною терапією та сприяє скороченню термінів

відновлення функції лицевого нерва [8; 15]. Варто зауважити, що застосування засобів фізичної терапії повинно здійснюватися диференційовано відповідно до періоду захворювання, ступеня ураження нерва та функціонального стану м'язів.

У гострий період основна увага приділяється зменшенню набряку нервового стовбура, покращенню мікроциркуляції, попередженню розвитку м'язової атрофії. На цьому етапі використовують низькоінтенсивні реабілітаційні заходи: позиційне лікування, навчання пацієнта правильному положенню голови та обличчя під час сну, а також вправи для здорової сторони обличчя з метою запобігання формуванню компенсаторної асиметрії [1].

Одним із ключових напрямів фізичної терапії є лікувальна гімнастика для м'язів. Спеціально підібрані вправи спрямовані на відновлення довільних рухів, покращення координації та симетрії обличчя [8]. Виконання вправ перед дзеркалом дозволяє пацієнтові контролювати правильність рухів і поступово формувати нові нервово-м'язові зв'язки. Важливою умовою є дозованість навантаження та уникнення надмірного напруження, що може призвести до формування патологічних синкінезій.

Широко застосовується лікувальний масаж обличчя і шийно-комірцевої зони, який сприяє покращенню кровообігу, зменшенню набряку та підвищенню еластичності м'язових тканин. Масажні прийоми підбираються індивідуально та виконуються з урахуванням стадії захворювання. У початковий період застосовують легкі погладження та розтирання, а в подальшому – більш активні прийоми, спрямовані на стимуляцію м'язів ураженої сторони обличчя [1; 21].

Масаж призначається з 2-3 дня захворювання. При НЛН використовується специфічна техніка: диференційований підхід: на ураженій стороні застосовують легке погладження та розтирання для стимуляції; на здоровій стороні – розслаблюючі техніки, щоб запобігти перетягуванню м'язів та асиметрії обличчя; інтраоральний масаж: масаж м'язів щоки через

порожнину рота, що дозволяє глибше опрацювати тканини та зняти м'язову напругу.

До ефективних методів фізичної терапії належать фізіотерапевтичні процедури. Електростимуляція м'язів сприяє підтриманню їх тону, запобігає атрофічним змінам і стимулює регенерацію нервових волокон [21]. Використання імпульсних струмів є важливим для підтримки тону м'язів, що втратили іннервацію. Використання низькочастотних імпульсних струмів дозволяє активізувати скоротливу здатність м'язів та покращити нервово-м'язову передачу. У підгострій період доцільним є застосування ультразвукової терапії, магнітотерапії та теплових процедур, що покращують трофіку тканин і прискорюють відновні процеси.

Особливе значення має нейром'язова редукація, яка передбачає формування правильних м'язових стереотипів і попередження розвитку синкінезій. Нейром'язова редукація як терапевтична техніка. Вона спрямована на відновлення нормальних патернів руху шляхом тренування нервової системи та м'язів працювати злагоджено.

У контексті неврити лицевого нерва це золотий стандарт реабілітації, оскільки вона фокусується не просто на «силі», а на контролі та точності. Пацієнта навчають свідомо контролювати рухи м'язів, виконувати вправи на розслаблення гіпертонічних ділянок і стимуляцію ослаблених м'язів. Застосування біологічного зворотного зв'язку дозволяє підвищити ефективність реабілітації за рахунок візуалізації м'язової активності та корекції рухів у режимі реального часу [14].

У період відновлення, важливим є поєднання активних вправ, масажу, фізіотерапевтичних процедур і психоемоційної підтримки пацієнта. Комплексний підхід забезпечує відновлення симетрії обличчя, покращення артикуляції та м'язової виразності, що позитивно впливає на соціальну адаптацію хворих. Регулярне проведення фізичної терапії сприяє скороченню тривалості реабілітаційного періоду та зменшенню ризику формування стійких функціональних порушень.

### 1.4.1 Масаж у комплексі фізичної терапії при невриті лицевого нерва

Масаж є одним із ключових засобів фізичної терапії у пацієнтів із невритом лицевого нерва, оскільки чинить комплексний вплив на нервово-м'язовий апарат, покращує регіонарний кровообіг, сприяє зменшенню набряку та запобігає розвитку трофічних порушень. З огляду на особливості іннервації мимічної мускулатури та її високу чутливість до змін мікроциркуляції, систематичне застосування масажу створює умови для оптимізації процесів реіннервації та відновлення функціональної активності м'язів [1; 9; 17].

У гострій фазі захворювання масажні впливи мають бути обережними та дозованими. Перевагу надають поверхневим прийомам – легкому погладжуванню та м'якому розтиранню, які активізують венозний і лімфатичний відтік, зменшують локальну гіпоксію тканин і сприяють профілактиці застійних явищ. Надмірна інтенсивність у цей період є недоцільною, оскільки може провокувати посилення реактивного набряку або рефлекторне підвищення тону м'язів. Методика повинна враховувати ступінь парезу та індивідуальну реакцію пацієнта на тактильне навантаження [2; 6; 47].

У період відновлення спектр масажних прийомів розширюється. До комплексу включають глибше розтирання, обережне розминання, елементи точкового впливу та пасивні рухи в ділянці мимічних м'язів. Такі заходи спрямовані на підвищення еластичності м'язових волокон, покращення їх скоротливої здатності та профілактику формування контрактур. Важливим завданням є відновлення симетрії м'язового тону та координації рухів обличчя. Систематичне проведення масажу сприяє поступовому зменшенню асиметрії та покращенню мимічної активності [1; 20; 33].

Масаж виконується не лише на ураженій стороні, а й на здоровій, а також у шийно-комірцевій зоні. Такий підхід забезпечує гармонізацію тону м'язів обличчя, запобігає формуванню компенсаторного перенапруження на інтактному боці та сприяє нормалізації загального нейром'язового балансу.

Робота з шийною ділянкою покращує кровопостачання структур голови та створює сприятливі умови для відновлення провідності лицевого нерва [40; 41].

Особливого значення масаж набуває у разі розвитку ускладнень, зокрема гіпертонусу або синкінезій. У таких випадках застосовують прийоми розслаблення, тривале м'яке розтягнення, спрямовані на зниження надмірної м'язової активності. Поєднання масажу з нейром'язовим тренуванням дозволяє коригувати патологічні рухові стереотипи та сприяє формуванню більш координованої мимічної відповіді [30; 33; 45].

Слід підкреслити, що масаж не є ізольованим методом лікування, а входить до структури комплексної програми фізичної терапії [2; 4; 5]. Його ефективність зростає при поєднанні з лікувальними вправами, методами біологічного зворотного зв'язку та іншими засобами реабілітації, що спрямовані на відновлення контрольованих рухів і профілактику ускладнень [10; 11; 27].

#### **1.4.2 Засоби апаратної фізичної терапії у відновленні функції лицевого нерва**

Відновлення функції лицевого нерва після перенесеного невриту передбачає застосування комплексу сучасних апаратних засобів фізичної терапії, спрямованих на нормалізацію нервово-м'язової провідності, стимуляцію регенераційних процесів, покращення мікроциркуляції та профілактику вторинних ускладнень. Використання фізичних факторів впливу забезпечує можливість цілеспрямованої корекції функціонального стану мимічної мускулатури, зменшення набряку нервового стовбура та відновлення нейром'язових взаємозв'язків, що має важливе значення для повноцінної реабілітації пацієнтів [22; 24; 30].

Апаратна фізична терапія розглядається як складова комплексного відновлювального процесу, що поєднується з медикаментозним лікуванням,

лікувальною гімнастикою та масажем. Її застосування сприяє покращенню трофіки тканин, активізації кровообігу в зоні іннервації лицевого нерва та підвищенню функціональної активності м'язів. Важливо, що використання апаратних методів потребує диференційованого підходу залежно від періоду захворювання, ступеня ураження нервових волокон та наявності ускладнень, зокрема контрактур або синкінезій [1].

До найбільш поширених засобів апаратної фізичної терапії належать методи:

- ✓ електростимуляції – сприяє активації скоротливої здатності м'язів, запобігає розвитку атрофії та стимулює проведення нервового імпульсу;

- ✓ електрофорезу лікарських речовин – забезпечує локальне введення протизапальних і вазоактивних препаратів, покращує мікроциркуляцію та зменшує набряк нервового стовбура;

- ✓ ультразвукової терапії – чинить мікромасажний та трофічний ефект, сприяє регенерації нервових волокон і зменшенню рубцевих змін;

- ✓ магнітотерапії – має протинабрякову, судинорозширювальну та нейротрофічну дію, покращує обмінні процеси у тканинах;

- ✓ лазеротерапії – активізує клітинний метаболізм, стимулює репаративні процеси та сприяє зниженню больового синдрому [2; 49].

Електростимуляція є одним із провідних методів апаратної фізичної терапії при невриті лицевого нерва. Її застосування спрямоване на підтримання функціональної активності м'язової мускулатури у період зниження або втрати іннервації. Стимуляція електричними імпульсами забезпечує скорочення м'язових волокон, що запобігає розвитку атрофічних змін та сприяє відновленню нейром'язових зв'язків. Водночас параметри стимуляції повинні підбиратися індивідуально з урахуванням ступеня ураження нерва та реакції м'язів на електричний вплив [11; 14; 24].

Застосування електрофорезу дозволяє поєднати фізичний вплив електричного струму з фармакологічною дією лікарських речовин. Такий

метод забезпечує проникнення препаратів безпосередньо у зону ураження, що сприяє зменшенню запального процесу, покращенню кровопостачання та прискоренню відновлення нервової провідності. Ефективність електрофорезу зумовлена можливістю локального впливу на тканини без системного навантаження на організм пацієнта [1].

Ультразвукова терапія та магнітотерапія широко застосовуються з метою покращення трофічних процесів та стимуляції регенерації нервових волокон. Ультразвук сприяє підвищенню проникності клітинних мембран, активізації ферментативних процесів та зменшенню фіброзних змін у тканинах. Магнітне поле позитивно впливає на мікроциркуляцію та обмін речовин, що створює сприятливі умови для відновлення функції лицевого нерва [46; 48].

Лазеротерапія розглядається як перспективний метод апаратної фізичної терапії, який забезпечує біостимулювальний ефект на клітинному рівні. Вона сприяє активації репаративних процесів, покращенню тканинного дихання та зменшенню запальних проявів. Використання лазерного випромінювання у комплексі реабілітаційних заходів дозволяє прискорити відновлення мімічної активності та зменшити ризик розвитку ускладнень [8].

Комплексне застосування засобів апаратної фізичної терапії забезпечує системний вплив на патогенетичні механізми неврити лицевого нерва – покращує нервово-м'язову провідність, відновлює функціональний стан мімічної мускулатури та сприяє підвищенню якості життя пацієнтів. Раціональний вибір фізичних факторів, їх дозування та послідовність використання визначають ефективність реабілітаційних заходів і потребують індивідуалізації відповідно до клінічного стану пацієнта та періоду відновлення.

### 1.4.3 Допоміжні та нетрадиційні методи фізичної терапії

Використання допоміжних і нетрадиційних методів фізичної терапії при невриті лицевого нерва зумовлене необхідністю комплексного впливу на нейром'язову систему, стимуляції регенеративних процесів та підвищення ефективності відновлення функцій мимічної мускулатури. Такі методи застосовують у поєднанні з традиційними засобами реабілітації – лікувальною гімнастикою, масажем і апаратною фізичною терапією – що забезпечує системний вплив на патогенетичні механізми захворювання та сприяє скороченню термінів відновлення [1].

Допоміжні методики фізичної терапії спрямовані на активізацію компенсаторних можливостей організму, нормалізацію нервово-м'язової провідності та покращення психоемоційного стану пацієнтів. Застосування нетрадиційних підходів має на меті посилення ефекту основних реабілітаційних заходів, підвищення адаптаційного потенціалу нервової системи та попередження формування стійких функціональних порушень мимічної мускулатури. Комплексний підхід дозволяє досягти більш вираженого терапевтичного результату за рахунок поєднання різних механізмів впливу на тканини і нервову систему [9; 11; 19].

Серед допоміжних методів фізичної терапії увагу приділяють рефлексотерапії, кінезіотейпуванню, релаксаційним технікам і дихальним вправам – вони сприяють нормалізації м'язового тону, покращенню мікроциркуляції та зниженню психоемоційного напруження. Застосування таких методів дозволяє оптимізувати відновлення функції лицевого нерва і підвищити ефективність основної реабілітаційної програми [37; 51; 52].

Рефлексотерапія розглядається як ефективний додатковий метод відновлення функції лицевого нерва – вона ґрунтується на стимуляції біологічно активних точок, що сприяє активізації нейрогуморальних механізмів регуляції, покращенню провідності нервових імпульсів і зменшенню м'язової слабкості. Доведено, що раннє застосування

голкорексфлексотерапії у комплексі реабілітаційних заходів сприяє більш швидкому відновленню м'якої активності та підвищує ефективність лікування [38; 42].

Кінезіотейпування використовується для корекції м'язового тону та підтримки функціональної активності м'язів. Накладання тейпів на уражені ділянки обличчя сприяє покращенню пропріоцептивної чутливості, стимулює мікроциркуляцію і зменшує вираженість набряку. Такий метод може застосовуватися як у гострий період, так і в період відновлення, забезпечуючи м'яку стимуляцію тканин і підтримку правильного рухового патерну [2; 5; 40].

Важливе значення мають психорелаксаційні методики – вони спрямовані на зниження емоційної напруги, підвищення мотивації до реабілітації та формування позитивного ставлення до процесу відновлення. Поєднання релаксаційних вправ із м'якою гімнастикою дозволяє покращити координацію рухів і сприяє більш швидкому відновленню функції лицевого нерва [11; 21; 63].

Так, допоміжні та нетрадиційні методи фізичної терапії доповнюють комплекс реабілітаційних заходів і підвищують ефективність відновлення, проте їх застосування має здійснюватися виключно у поєднанні з традиційними методами лікування та фізичної терапії, що становлять основу відновлення функції лицевого нерва [5; 21; 22].

### **Висновки до I розділу**

Неврит лицевого нерва (параліч Белла) є поширеним видом периферичних уражень черепно-мозкових нервів. Аналіз літератури свідчить, що клінічна значущість цієї патології визначається високою частотою функціональних дефектів, ризиком тривалого перебігу та можливістю формування ускладнень у вигляді контрактур і синкінезій, які суттєво знижують якість життя пацієнтів.

Медико-соціальний вимір паралічу Белла обумовлений тим, що порушення мимики впливають на невербальну комунікацію, артикуляцію, прийом їжі та психоемоційний стан, спричиняючи соціальну дезадаптацію і зниження самооцінки, особливо у працездатних осіб і дітей. У структурі патогенезу провідними є компресійно-ішемічні механізми, набряк і здавлення нервового стовбура у вузькому кістковому каналі, що створює передумови для демієлінізації та порушення нервово-м'язової передачі; водночас етіологія має поліфакторний характер і включає ідіопатичні, інфекційні, травматичні, дисметаболичні та інші чинники.

Клінічна картина неврити лицевого нерва є варіабельною та залежить від рівня ураження, що проявляється периферичним парезом або паралічем мимічних м'язів, асиметрією обличчя, лагофтальмом, симптомом Белла, а також можливими порушеннями слезовиділення, смакової чутливості та слухових феноменів.

Фізична терапія у реабілітації пацієнтів із невритом лицевого нерва має системний характер і спрямована на відновлення мимічної активності, профілактику вторинних змін та оптимізацію нейром'язової координації. Основні методи включають:

- Лікувальну гімнастику для мимічної мускулатури.
- Масаж обличчя та шийно-комірцевої ділянки.
- Засоби апаратної фізичної терапії, зокрема електростимуляцію, електрофорез, ультразвук та магнітні впливи, лазеротерапію.
- Допоміжні та нетрадиційні підходи, серед яких рефлексотерапія, кінезіотейпування, релаксаційні та дихальні техніки.

Таким чином, результати огляду літератури підтверджують, що ефективно відновлення при невриті лицевого нерва потребує поєднання своєчасної діагностики, об'єктивної функціональної оцінки та комплексної програми фізичної терапії, у якій традиційні методи лікування та реабілітації є визначальними для досягнення стабільного функціонального результату.

## РОЗДІЛ II

### МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### **2.1 Характеристика контингенту пацієнтів та умов проведення дослідження**

Клінічний експеримент являв собою одноцентрове проспективне одномоментне вибіркове обсерваційне дослідження.

Дослідження виконано на базі клініки сучасної неврології «Аксімед». Матеріалом дослідження стали дані пацієнтів, які проходили амбулаторний курс фізичної терапії з приводу неврити лицевого нерва (паралічу Белла). Дослідження проводилось за добровільною письмовою згодою пацієнтів та з дозволу адміністрації закладу.

Критерії включення: клінічно підтверджений неврит лицевого нерва (периферичне ураження), можливість проходження курсу фізичної терапії та виконання програмних процедур. Критерії невключення: центральний характер ураження, тяжкі супутні стани, що суттєво впливають на виконання реабілітаційної програми.

Обстежено 15 пацієнтів. Чоловіків було 6 (40,0 %), жінок – 9 (60,0 %). Середній вік (медіана (верхній кuartиль; нижній кuartиль)) обстежених склав 42 (50,5; 34) роки (мінімальний – 28, максимальний – 60 років).

#### **2.2 Методи клінічного та функціонального обстеження пацієнтів**

Методи дослідження були структуровані на три взаємопов'язані блоки з урахуванням мети роботи та специфіки патології:

1 блок – Клінічна оцінка неврологічного статусу та ступеня ураження лицевого нерва;

2 блок – Функціональна оцінка мимічної активності та симетрії обличчя;

3 блок – Оцінка динаміки відновлення під впливом фізичної терапії.

Клінічне обстеження передбачало аналіз скарг пацієнтів, анамнезу захворювання, часу появи перших симптомів, наявності болю в заушній ділянці, порушення смаку, слезотечі або сухості ока. Проводився огляд у стані спокою з визначенням асиметрії обличчя, згладженості носогубної складки, положення кута рота, неповного змикання повік (лагофтальм). Оцінювалася здатність до виконання довільних мимічних рухів: піднімання брів, наморщування лоба, заплющування очей, оскал зубів, надування щік, витягування губ.

Ступінь ураження лицевого нерва визначався за клінічною шкалою House–Brackmann, яка дозволяє диференціювати шість рівнів дисфункції та кількісно оцінити вираженість периферичного паралічу. Окремо зверталася увага на наявність синкінезій, гіпертонусу та початкових ознак контрактур [36; 37; 53].

Шкала House–Brackmann містить шість ступенів:

- Перший ступінь – норма ( симетричне обличчя у спокої, нормальні рухи ока, лоба та рота, відсутність синкінезій).
- Другий ступінь – легка дисфункція (незначна асиметрія, повне закриття ока при мінімальному зусиллі, легка слабкість мимічних м'язів, можливо слабо виражені синкінезії).
- Третій ступінь – помірна дисфункція (помітна асиметрія, повне закриття ока лише при зусиллі, помірна слабкість рухів лоба та рота, помірні синкінезії або контракттури)
- Четвертий ступінь – помірно тяжка дисфункція (виражена асиметрія обличчя, неповне закриття ока, слабкі рухи лоба, значне порушення рухів рота).
- П'ятий ступінь – тяжка дисфункція (ледь помітні рухи обличчя, неможливість повністю закрити око, мінімальні рухи кута рота).

- Шостий ступінь – повний параліч (відсутність рухів мимічної мускулатури, немає тонусу та довільних рухів ураженої половини обличчя).

Основні критерії оцінки:

- Симетрія обличчя у спокої.
- Рухи лоба.
- Зкариття очей.
- Рухи рота та щоки.
- Наявність синкінезій, контрактур.

Функціональна оцінка включала визначення амплітуди мимічних рухів та їх симетричності. Для цього застосовувався візуальний аналіз у дзеркалі та фотофіксація стандартних мимічних проб з подальшим порівнянням показників у динаміці. Оцінювалася сила скорочення м'язів ураженої сторони порівняно зі здоровою, координація рухів, контроль над ізольованими скороченнями окремих м'язових груп [30; 63].

Особлива увага приділялася аналізу синкінезій – мимовільних співдружних рухів, що виникають під час виконання довільної дії, для визначення синкінезій застосовують шкалу Sunnybrook. Визначався ступінь їх вираженості та вплив на функціональну активність пацієнта (мовлення, прийом їжі, емоційна міміка) [51; 53; 63].

Оцінка синкінезій здійснюється за такою шкалою:

- 0 балів – синкінезії відсутні;
- 1 бал – легкі;
- 2 бали – помірні;
- 3 бали – виражені.

Оцінка динаміки відновлення проводилася на початку курсу фізичної терапії та після завершення реабілітаційної програми. Порівнювалися показники ступеня ураження за шкалою, рівень симетрії обличчя, контроль мимічних рухів та наявність патологічних співскорочень [22; 27; 30].

Додатково до клінічної та функціональної оцінки, у межах третього блоку дослідження проводився аналіз суб'єктивних показників якості життя пацієнтів, що дозволило комплексно оцінити ефективність фізичної терапії не лише за об'єктивними неврологічними критеріями, а й за рівнем повсякденного функціонування та соціальної адаптації. Для цього використовувалися шкала Facial Disability Index (FDI), що включає фізичний та соціально-емоційний компоненти, а також візуально-аналогова шкала (ВАШ) для оцінки інтенсивності больового синдрому та дискомфорту.

FDI Physical Function застосовувалася для визначення ступеня обмеження функціональної активності пацієнта в повсякденному житті (прийом їжі, мовлення, гігієнічні процедури, контроль мимічних рухів). FDI Social/Well-being дозволяла оцінити рівень психологічного дискомфорту, труднощів у комунікації, впливу асиметрії обличчя на самооцінку та соціальну взаємодію. Оцінювання проводилося шляхом стандартизованого опитування пацієнтів до початку курсу фізичної терапії та після його завершення з подальшим порівняльним аналізом отриманих результатів. [27; 30; 51].

FDI Physical Function оцінює, наскільки успішно пацієнт може виконувати базові повсякденні завдання за допомогою мимічних м'язів.

Оцінюється стан за останній місяць за 5 критеріями:

- Прийом їжі: чи важко утримувати їжу в роті, жувати або чи застряє вона за щогою.
- Пиття: чи складно пити або сьорбати з чашки, щоб рідина не виливалася.
- Мовлення: чи є труднощі з вимовою певних звуків або чіткістю мови.
- Здоров'я очей: чи є проблема з надмірною сльозотечею або сухістю ока (через неможливість повністю кліпнути чи закрити повіку).
- Гігієна порожнини рота: чи важко чистити зуби або полоскати рот.

Система оцінювання

Кожен пункт оцінюється за 5– бальною шкалою залежно від рівня труднощів:

- 5 балів: немає труднощів

- 4 бали: невеликі труднощі
- 3 бали: помірні труднощі
- 2 бали: серйозні труднощі
- 1 бал: зазвичай не робив через стан здоров'я

#### Інтерпретація результатів

Сирі бали за 5 питань додаються (сума від 5 до 25), а потім математично перераховуються у шкалу від 0 до 100.

Інтенсивність больового синдрому та неприємних відчуттів у заушній ділянці або в зоні мімічних м'язів визначали за допомогою ВАШ (0–10 балів), що дозволяло кількісно оцінити динаміку больових проявів під впливом реабілітаційних заходів. Особлива увага приділялася взаємозв'язку між зменшенням болю, редукцією синкінезій і покращенням контролю над довольними мімічними рухами [8; 11; 53].

Шкала представляє собою горизонтальну лінію завдовжки 10 см (100 мм).

- Початок лінії (відмітка 0) відповідає повному чиннику комфорту– «біль відсутній».
- Кінець лінії (відмітка 10) відображає критичний стан – «найгірший біль, який тільки можна уявити».
- Для полегшення сприйняття (особливо у пацієнтів із когнітивним навантаженням або вираженим дистресом) шкала додатково градуйована кольоровим спектром (від зеленого до червоного) та мімічними індикаторами (смайлами), що відображають емоційну оцінку болю.

Отримані метричні дані розподілялися за загальноприйнятими клінічними критеріями:

- 0 балів (0 мм) – відсутність больових відчуттів;
- 1– 3 бали (10 – 30 мм) – слабкий біль (мало впливає на повсякденну активність);
- 4 – 6 балів (40 – 60 мм) – помірний біль (потребує уваги, обмежує деякі види діяльності);
- 7– 9 балів (70 – 90 мм) – сильний (інтенсивний) біль;

– 10 балів (100 мм) – надзвичайно сильний, нестерпний біль.

### 2.3 Програма фізичної терапії пацієнтів з невритом лицевого нерва

Розроблена програма фізичної терапії для пацієнтів з невритом лицевого нерва була спрямована на відновлення функції м'якої мускулатури, покращення симетрії обличчя, профілактику контрактур і синкінезій, а також підвищення якості життя пацієнтів. Програма базувалася на принципах індивідуалізації, поетапності та комплексності відновного процесу і враховувала стадію захворювання, ступінь ураження лицевого нерва та функціональний стан м'язів обличчя (Додаток А).

Основною метою програми було стимулювання процесів нейром'язової реіннервації, відновлення довільного контролю м'яких рухів і формування правильних рухових стереотипів. Важливим завданням також було попередження розвитку вторинних ускладнень, зокрема контрактур м'яких м'язів, патологічних синкінезій і стійкої асиметрії обличчя. Програма фізичної терапії реалізовувалася у поєднанні з медикаментозним лікуванням і рекомендаціями лікаря-невролога [22; 51; 63].

Програма включала кілька взаємопов'язаних компонентів фізичної терапії:

1. М'яка гімнастика та нейром'язове перенавчання.
2. Масаж обличчя та шийно-комірцевої ділянки.
3. Методи апаратної фізичної терапії.
4. Допоміжні методи відновлення (кінезіотейпування, релаксаційні техніки).

Застосування м'яких вправ було ключовим елементом програми. Вправи спрямовувалися на відновлення довільної активності м'яких м'язів, покращення їх сили, координації та симетрії рухів. Пацієнти виконували вправи перед дзеркалом для контролю правильності рухів та попередження надмірної активації здорової сторони обличчя. Особлива увага приділялася

формуванню ізольованих рухів окремих м'язових груп – піднімання брів, змикання повік, посмішка, надування щік, витягування губ. Вправи виконувалися повільно, з поступовим збільшенням амплітуди рухів і контролем напруження м'язів [9; 14; 63].

З метою формування правильних нейром'язових зв'язків використовували принципи нейром'язового перенавчання. Пацієнтів навчали усвідомлено контролювати рухи обличчя, уникати надмірної мимічної активності та своєчасно розслабляти м'язи. Такий підхід сприяв формуванню нових нейронних зв'язків і підвищував ефективність відновлення функції лицевого нерва [63].

Важливим компонентом програми був масаж, який застосовувався для покращення кровообігу, зменшення набряку тканин і нормалізації м'язового тону. Масаж проводили як на ураженій, так і на здоровій стороні обличчя з метою відновлення симетрії та профілактики компенсаторного перенапруження м'язів. Застосовувалися прийоми погладження, розтирання, легкого розминання та пасивних рухів. Тривалість процедури становила 10–15 хвилин і проводилася щоденно або через день залежно від стану пацієнта [14; 18].

До програми також входили методи апаратної фізичної терапії, які сприяли активізації регенераційних процесів і покращенню нервово-м'язової провідності. Використовувалися електростимуляція мимічних м'язів, магнітотерапія, ультразвукова терапія та лазеротерапія. Їх застосування здійснювалося диференційовано відповідно до періоду відновлення та функціонального стану лицевого нерва [5; 41; 45].

У період відновлення особливе значення мало поєднання фізичних вправ із техніками релаксації та самоконтролю. Пацієнтів навчали виконувати вправи на розслаблення мимічних м'язів, контролювати дихання і знижувати психоемоційне напруження. Це сприяло покращенню координації рухів і попередженню формування патологічних синкінезій [6; 21].

Програма фізичної терапії реалізовувалася поетапно. У гострий період основна увага приділялася захисту ока, зменшенню набряку та підтриманню еластичності м'язів. У фазі відновлення проводилося активне нейром'язове тренування та формування довільних рухів. У хронічній фазі реабілітації здійснювалася корекція синкінезій, підвищення функціональної сили м'язів і відновлення повноцінної мимічної активності [29; 51]. Тривалість програми фізичної терапії визначалася індивідуально відповідно до стадії захворювання, ступеня ураження лицевого нерва та динаміки відновлення функціональних показників. У більшості пацієнтів курс реабілітації становив від 4 до 8 тижнів активної роботи під контролем фізичного терапевта з подальшим продовженням відновлювальних заходів у домашніх умовах. Заняття проводилися 4–5 разів на тиждень, тривалість одного сеансу становила 20–30 хвилин залежно від клінічного стану пацієнта та переносимості навантаження (табл. 2.1.).

Таблиця 2.1

## Кількісні параметри програми фізичної терапії

№ п/п	Показник	Значення
1	Тривалість курсу реабілітації	4–8 тижнів
2	Частота занять	4–5 разів на тиждень
3	Тривалість одного заняття	20–30 хвилин
4	Кількість занять за курс	30–50
5	Кінезіотейпування	10–20 процедур
6	Лазеротерапія	10–20 процедур
7	Ультразвукова терапія	10–20 процедур
8	Магнітотерапія	10–20 процедур
9	Акупунктура	10–20 процедур

Програма включала систематичне виконання терапевтичних вправ з візуальним контролем (у середньому 30–50 процедур на курс), застосування кінезіотейпування обличчя (10–20 процедур), лазеротерапії (10–20 процедур) та акупунктури (10–20 процедур), ультразвукової терапії (10–20 процедур), магнітотерапії (10–20 процедур). Інтенсивність і тривалість впливів

коригувалися відповідно до фази перебігу захворювання: у гострій фазі переважали щадні методи з поступовим підвищенням активності, у субактивній і фазі відновлення – акцент робився на нейром'язовому тренуванні та формуванні довільних мімічних рухів (табл. 2.2.).

Таблиця 2.2

Організаційні особливості програми фізичної терапії залежно від фази перебігу неврити лицевого нерва

Фаза перебігу	Характер фізичного навантаження	Основний терапевтичний акцент
Гостра	Мінімальне дозоване навантаження	Зменшення запального процесу, профілактика м'язової атрофії та контрактур
Підгостра	Поступово зростаюче дозоване навантаження	Активізація м'язової мускулатури, відновлення симетрії обличчя
Фаза відновлення	Активне нейром'язове тренування	Формування довільних мімічних рухів, корекція синкінезій
Підтримувальний етап	Самостійне виконання вправ помірної інтенсивності	Закріплення результатів, стабілізація функції лицевого нерва

Контроль ефективності здійснювався шляхом регулярного клінічного та функціонального обстеження пацієнтів. У процесі реалізації програми спостерігалася позитивна динаміка відновлення: зменшення асиметрії обличчя, відновлення симетричних мімічних рухів, покращення функції губ і артикуляції, зниження проявів синкінезій. За результатами функціональних шкал відзначалося зниження ступеня ураження лицевого нерва, підвищення показників мімічної активності та покращення показників фізичного й соціального функціонування.

Після завершення основного курсу пацієнтам надавалися індивідуальні рекомендації щодо самостійного виконання вправ, дотримання режиму навантаження та профілактики повторного виникнення дисфункції лицевого нерва. Такий підхід забезпечував безперервність реабілітаційного процесу,

закріплення досягнутих результатів і підвищення ефективності відновлення функції мимічної мускулатури.

#### **2.4 Методи статистичної обробки результатів дослідження**

У дослідженні проаналізовано результати 15 пацієнтів із невритом лицевого нерва, які проходили курс фізичної терапії в умовах клініки сучасної неврології «Аксімед». До обробки включено клінічні показники, функціональні тести (House–Brackmann, Sunnybrook Facial Grading System, FDI Physical Function Scale), дані опитувальників (ВАШ, FDI Social/Well-being Scale), а також результати оцінки мимічної функції до та після проведення курсу реабілітації.

Первинна обробка даних здійснювалася шляхом внесення показників у електронні таблиці Microsoft Excel. Для кількісних показників визначали середні значення, мінімальні та максимальні величини, а також розраховували відсоткову динаміку змін до та після впливу. Для якісних ознак (наявність асиметрії, синкінезій, опущення кута рота, функціональні порушення) проводили частотний аналіз із визначенням абсолютних і відносних показників (%).

Оцінка ефективності фізичної терапії проводилася шляхом порівняння показників до та після курсу реабілітації. Динаміку функціонального відновлення аналізували за змінами ступеня за шкалою House–Brackmann, приростом балів за шкалою Sunnybrook, зростанням відсоткових показників FDI (Physical та Social) і зниженням інтенсивності больового синдрому за ВАШ.

Для описової статистики вибірки використано медіану (Me) як показник центральної тенденції та нижній (НК) і верхній (ВК) квартилі, що дозволило адекватно характеризувати розподіл показників у невеликих вибірках та за відсутності нормального розподілу. Розбіжності частот якісних порядкових і бінарних показників між сформованими вибірками встановлювали

обчисленням t-критерію Стьюдента за їх абсолютними значеннями, а розбіжності між кількісними показниками — за допомогою обчислення непараметричного W-критерію Вілкоксона.

Критерієм статистичної достовірності отриманих результатів вважали рівень значущості  $p < 0,05$ , який визначає імовірність помилкового відхилення нульової гіпотези. Значення  $p$ , менші за  $0,05$ , інтерпретували як свідчення статистично значущих змін досліджуваних показників під впливом програми фізичної терапії.

Остаточну статистичну обробку результатів виконували із застосуванням програмного пакета SPSS Statistics Base (IBM, США).

## Висновки до II розділу

У другому розділі представлено організацію дослідження та обґрунтовано вибір методів оцінки стану пацієнтів із невритом лицевого нерва. Дослідження виконано на базі клініки сучасної неврології «Аксімед» та охопило 15 пацієнтів віком від 28 до 60 років, із переважанням жінок (60,0 %). Формування вибірки здійснювалося з урахуванням чітко визначених критеріїв включення та невключення, що забезпечило клінічну однорідність групи та можливість коректного аналізу результатів відновлення функції лицевого нерва.

Методичний інструментарій дослідження складався з трьох взаємопов'язаних напрямів:

1. Клінічна оцінка неврологічного статусу та ступеня периферичного ураження лицевого нерва із застосуванням шкали House–Brackmann, аналізом скарг, анамнезу та визначенням наявності синкінезій, контрактур і мімічної асиметрії.

2. Функціональна характеристика мімічної активності з визначенням симетричності рухів, сили скорочення м'язів ураженої сторони, координації та

контролю довільних мимічних актів із використанням фотофіксації та візуального аналізу.

3. Оцінка результативності реабілітаційного впливу шляхом порівняння показників до та після курсу фізичної терапії, включаючи зміни ступеня дисфункції, вираженості асиметрії та патологічних співскорочень.

У межах розділу обґрунтовано структуру програми фізичної терапії, яка включала мимічну гімнастику, нейром'язове перенавчання, масаж, апаратні методи та допоміжні засоби корекції. Визначено кількісні параметри курсу – тривалість 4–8 тижнів, частоту занять 4–5 разів на тиждень, тривалість сеансу 30–40 хвилин, що дозволило стандартизувати процес реабілітації та забезпечити контроль за динамікою відновлення.

## РОЗДІЛ ІІІ

### РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З НЕВРИТОМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

#### 3.1 Вплив програми фізичної терапії на відновлення мимічної мускулатури

Ефективність розробленої програми фізичної терапії оцінювали за динамікою клінічних шкал і функціональних показників, що відображають відновлення керованих мимічних рухів, симетрії обличчя та суб'єктивного самопочуття пацієнтів. Провідними критеріями були зміни ступеня дисфункції лицевого нерва за шкалою House–Brackmann, інтегральної оцінки мимічної функції за Sunnybrook, показників індексу функціональної неспроможності обличчя FDI (фізичний та соціально-емоційний компоненти), а також інтенсивності больових відчуттів за ВАШ. Узагальнення здійснювали на основі медіани та квартильного розмаху, що є доцільним для вибірок невеликого обсягу й показників із потенційно нерівномірним розподілом. Бланки спостережень відображені у Додатку Б.

Результати засвідчили, що після завершення курсу реабілітації спостерігалось виражене покращення функціонального стану мимічної мускулатури. Зокрема, зменшився ступінь периферичної дисфункції за House–Brackmann, а також суттєво зросли значення Sunnybrook, що відображає відновлення сили, координації та контрольованості мимічних рухів. Паралельно підвищилися показники FDI – насамперед фізичної складової, що логічно узгоджується з позитивною динамікою клінічних проб (змикання повік, посмішка, контроль губ) і зниженням асиметрії. Позитивні зміни підтверджуються статистично значущими відмінностями між показниками «до» та «після» (табл. 3.1.).

Таблиця 3.1

Кількісні параметри програми фізичної терапії, n = 15

Показник	До втручання (Me (НК; ВК))	Після втручання (Me (НК; ВК))	<i>p</i>
House–Brackmann, ступінь	4 (3; 4)	2 (1; 2)	8,02617E-10
Sunnybrook, бал	27 (20; 31)	88 (71; 96)	6,52238E-09
FDI Physical, бал	40 (22,5; 47,5)	95 (85,8; 100)	3,53978E-09
FDI Social, бал	45 (24; 59,5)	96 (92,5; 100)	9,36374E-07
ВАШ	3 (1,5; 3,5)	0 (0; 1)	3,19123E-06

Аналіз даних табл. 3.1 свідчить про виражену позитивну динаміку основних кількісних показників відновлення м'язової функції після проходження курсу фізичної терапії. Медіана ступеня ураження за шкалою House–Brackmann знизилася з 4 (3; 4) до 2 (1; 2) ( $p=0,00000$ ), що відображає перехід від помірно-тяжкої дисфункції до легкого ступеня ураження.

Одночасно медіана показника Sunnybrook зросла з 27 (20; 31) до 88 (71; 96) ( $p=0,00000$ ), тобто більш ніж удвічі, що вказує на суттєве покращення сили, симетрії та координації м'язових рухів. Показники індексу FDI Physical збільшилися з 40 (22,5; 47,5) до 95 (85,8; 100) ( $p=0,00000$ ), а FDI Social – з 45 (24; 59,5) до 96 (92,5; 100) ( $p=0,00000$ ), що свідчить про відновлення функціональної активності та соціально-емоційного благополуччя пацієнтів.

Важливою є також динаміка больового синдрому: медіана за ВАШ зменшилася з 3 (1,5; 3,5) до 0 (0; 1) ( $p=0,00000$ ), що практично відповідає повній редукції больових відчуттів у більшості обстежених.

Усі показники продемонстрували статистично значущі відмінності ( $p < 0,001$ ), що підтверджує достовірність отриманих результатів. Звуження квартильного інтервалу після лікування, зокрема для House–Brackmann та FDI, свідчить про більш однорідний характер відновлення у вибірці та стабілізацію функціонального стану м'язової мускулатури після реалізації програми

фізичної терапії. У контексті нашого дослідження, окремо було проаналізовано клінічні ознаки, які безпосередньо характеризують мімічний дефіцит у стані спокою та під час функціональних дій. У структурі спостережень оцінювали вираженість асиметрії, наявність опущення кута рота, згладженість носогубної складки, синкінезії, контрактури та функцію губ. Зміни цих параметрів є важливими, оскільки саме вони визначають не лише клінічну картину, а й соціально-психологічні наслідки неврити лицевого нерва – сприйняття зовнішності, комунікацію та емоційні реакції (табл. 3.2.).

Таблиця 3.2.

Динаміка частоти основних клінічних проявів мімічної дисфункції, n = 15

Ознака	До (кількість)	Після (кількість)	До (%)	Після (%)	Статистична значущість (p)
Асиметрія у спокої (виражена)	9	0	60,0	0,0	0,001
Асиметрія у спокої (помірна)	6	5	40,0	33,3	—
Асиметрія у спокої (відсутня)	0	10	0,0	66,7	0,001
Опущення кута рота	14	3	93,3	20,0	0,001
Згладженість носогубної складки	14	2	93,3	13,3	0,001
Синкінезії	11	5	73,3	33,3	0,05
Контрактури	2	2	13,3	13,3	—
Функція губ (норма)	0	10	0,0	66,7	—

Для наочності, відобразимо динаміку частоти основних клінічних проявів мімічної дисфункції до та після у відсотковому співвідношенні на рис. 3.1.

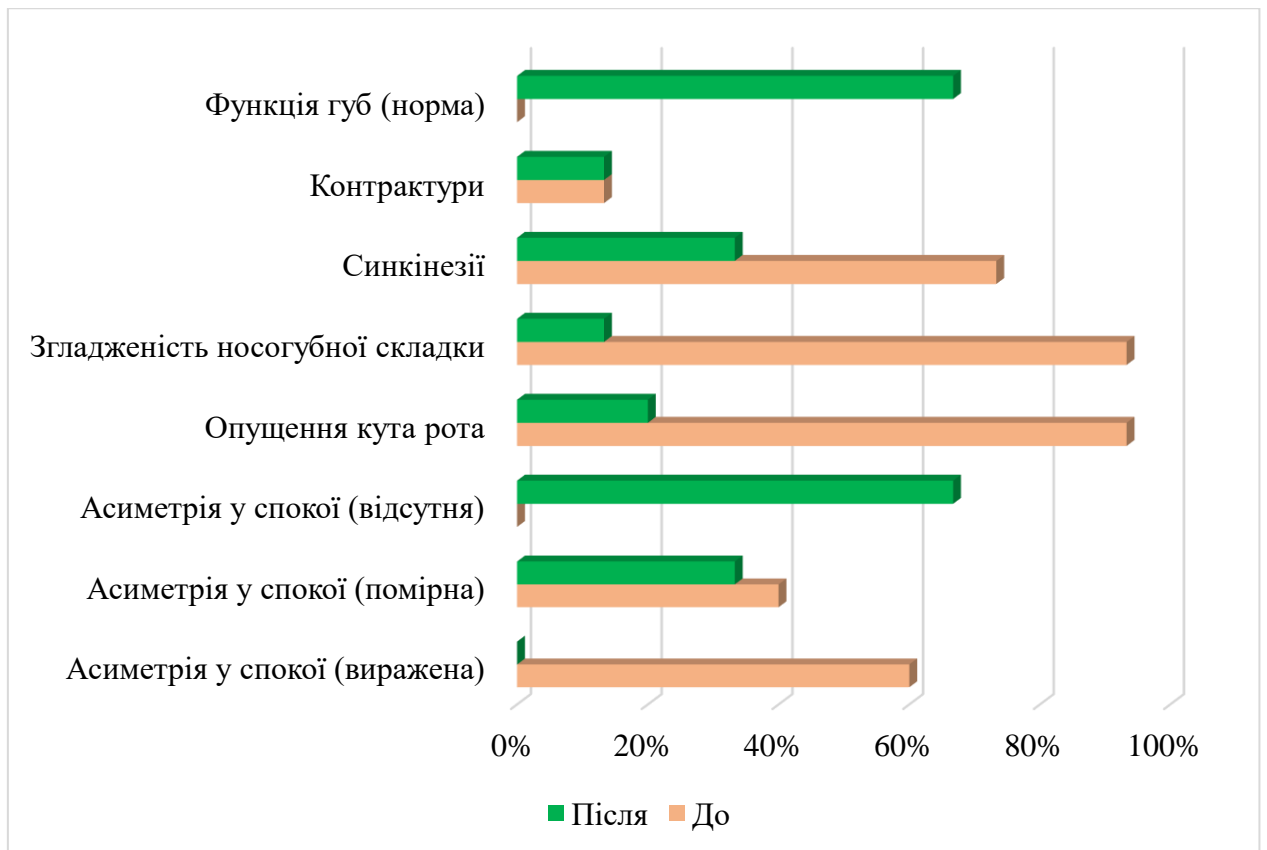


Рис. 3.1. Динаміка частоти основних клінічних проявів мимічної дисфункції до та після, n = 15, %

Отримані у результаті дослідження дані вказують на суттєве зменшення частоти основних клінічних проявів мимічної дисфункції після завершення програми фізичної терапії. На початку дослідження асиметрія обличчя у стані спокою спостерігалася у 15 пацієнтів (100 %), тоді як після курсу реабілітації – лише у 4 осіб (26,7 %). З них виражена асиметрія у спокої до початку лікування спостерігалась у 9 пацієнтів (60,0%), тоді як після завершення програми фізичної терапії не спостерігалася в жодного пацієнта (0,0), що є статистично значущим результатом ( $p=0,001$ ). Водночас відсутність асиметрії у спокої після проведення реабілітаційних заходів відзначалася у 10 пацієнтів (66,7%), тоді як до початку лікування таких пацієнтів не було (0,0%), що також свідчить про статистично значуще покращення ( $p=0,001$ ).

Згладженість носогубної складки реєструвалася у 14 пацієнтів (93,3 %) до початку лікування та у 2 осіб (13,3 %) після його завершення. Неповне

змикання повік (лагофтальм) було характерним для 12 пацієнтів (80,0 %) на початку дослідження, проте після проведення фізичної терапії зберігалося лише у 3 пацієнтів (20,0 %), що свідчить про значне відновлення функції кругового м'яза ока.

Позитивна динаміка відзначалася і щодо функціональних порушень у ділянці рота. Опущення кута рота до початку реабілітації спостерігалось у 14 осіб (93,3 %), після завершення курсу – у 3 пацієнтів (20,0 %). Функція губ відповідала нормі лише після завершення програми фізичної терапії у 10 пацієнтів (66,7 %). Частота скарг на сльозотечу або сухість ока зменшилася з 9 випадків (60,0 %) до 2 випадків (13,3 %), що свідчить про покращення функціонального стану ококорухових і мимічних м'язів.

Особливо показовою є динаміка синкінезій та гіпертонусу мимічних м'язів. На початку спостереження ознаки синкінезій відзначалися у 11 пацієнтів (73,3 %), тоді як після завершення реабілітаційного курсу – лише у 3 осіб (33,3 %) ( $p=0,05$ ). Водночас частота контрактур протягом дослідження залишалася без змін і спостерігалася у 2 пацієнтів (13,3 %) , як до, так і після проведення фізичної терапії.

Таким чином, результати дослідження свідчать про позитивний вплив застосованої програми фізичної терапії на клінічний стан пацієнтів з паралічем Белла, що проявлялося достовірним зменшенням вираженості мимічної дисфункції та покращенням функціонального стану мимічної мускулатури.

### **3.2 Динаміка функціональних показників у пацієнтів з невритом лицевого нерва**

Для поглибленого аналізу ефективності програми фізичної терапії було проведено оцінку не лише інтегральних шкал, а й структурних компонентів функціонального відновлення: перерозподілу ступенів ураження, приросту показників за індивідуальними шкалами та частки пацієнтів, які досягли

клінічно значущого покращення. Такий підхід дозволив деталізувати характер функціональної динаміки та оцінити якісні зміни у стані м'язової мускулатури. Аналіз змін за шкалою House–Brackmann проводився шляхом визначення кількості пацієнтів у кожній градації до та після курсу реабілітації (табл. 3.3.).

Таблиця 3.3.

Розподіл пацієнтів за ступенем дисфункції лицевого нерва (House–Brackmann), n = 15

Ступінь	До лікування (кількість)	Після лікування (кількість)	Статистична значущість (p)
I	0	3	—
II	1	7	0,05
III	4	4	—
IV	7	1	0,05
V	3	0	—
VI	0	0	—

У відсотковому співвідношенні, розподіл пацієнтів за ступенем дисфункції лицевого нерва (House–Brackmann) можна відобразити наступним чином (рис. 3.2.).

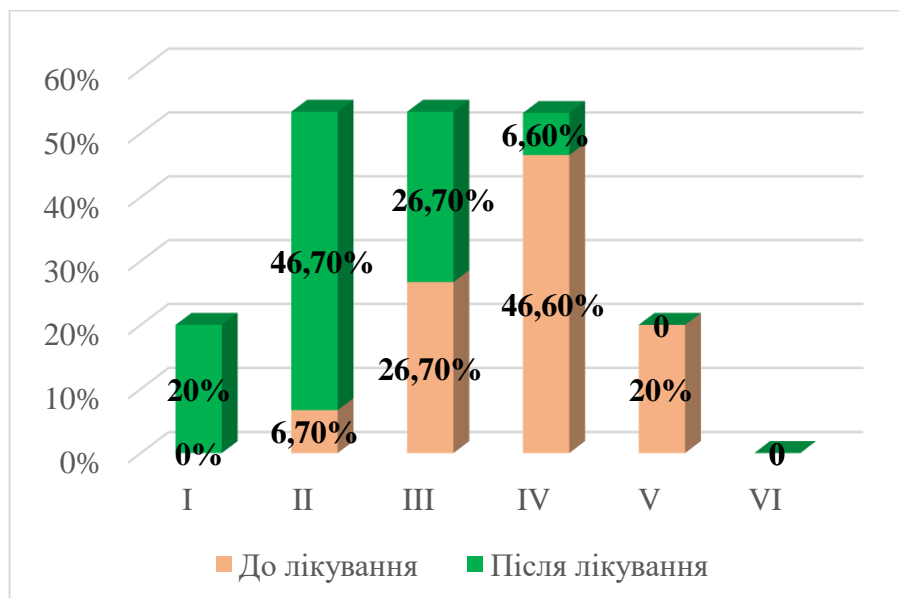


Рис. 3.2 Розподіл пацієнтів за ступенем дисфункції лицевого нерва (House–Brackmann), n = 15,%

З наведених даних видно чіткий перерозподіл пацієнтів у бік легших ступенів дисфункції лицевого нерва після завершення програми фізичної терапії. До початку лікування переважали IV–V ступені за House–Brackmann: IV ступінь спостерігався у 7 пацієнтів (46,6 %), V – у 3 осіб (20,0 %), тоді як I ступінь був відсутній (0 %), а II ступінь відзначався лише у 1 пацієнта (6,7 %). Після проходження курсу реабілітації картина суттєво змінилася: I ступінь визначався вже у 3 пацієнтів (20,0 %), II ступінь – у 7 осіб (46,7 %) ( $p=0,05$ ), тоді як IV ступінь зберігся лише в 1 пацієнта (6,6 %) ( $p=0,05$ ), а V ступінь повністю відсутній (0 %).

Таким чином, частка пацієнтів із тяжкими формами ураження (IV–V ступені) зменшилася з 66,6 % до 6,6 %, тоді як кількість осіб із легкими проявами (I–II ступені) зростає з 6,7 % до 66,7 %. Це свідчить про виражене покращення неврологічного статусу більшості обстежених та підтверджує ефективність застосованої програми фізичної терапії щодо відновлення мімічної мускулатури й зменшення ступеня периферичної дисфункції лицевого нерва.

Для оцінки практичної результативності терапії було визначено частку пацієнтів, у яких відбулося покращення не менше ніж на 1 ступінь за House–Brackmann або приріст  $\geq 30$  балів за Sunnybrook (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Кількість пацієнтів із клінічно значущим покращенням,  $n = 15$

Критерій	Кількість пацієнтів, $n$	Значення, %
Покращення $\geq 1$ ступеня НВ	13	86,7 %
Приріст $\geq 30$ балів Sunnybrook	15	100 %
Підвищення FDI Physical $\geq 30$ %	14	93,3 %
Зниження ВАШ $\geq 2$ бали	12	80,0 %

Аналіз даних табл. 3.4 свідчить про високу клінічну ефективність розробленої програми фізичної терапії у пацієнтів із невритом лицевого нерва. Покращення не менше ніж на 1 ступінь за шкалою House–Brackmann зафіксовано у 13 із 15 пацієнтів (86,7 %), що вказує на виражене зменшення тяжкості периферичної дисфункції. Приріст  $\geq 30$  балів за шкалою Sunnybrook

відзначено у всіх 15 пацієнтів (100 %), що підтверджує суттєве відновлення сили та координації м'язових рухів. Підвищення показника FDI Physical не менше ніж на 30 % спостерігалось у 14 осіб (93,3 %), що відображає покращення функціональних можливостей у повсякденній активності. Зниження інтенсивності болю за ВАШ щонайменше на 2 бали зафіксовано у 12 пацієнтів (80,0 %), що свідчить про ефективність програми щодо редукції больового синдрому та покращення загального самопочуття. Можна констатувати, що результати комплексної оцінки функціональних показників, засвідчують позитивний вплив розробленої програми фізичної терапії на відновлення м'язової мускулатури у пацієнтів із невритом лицевого нерва. Встановлено виражений перерозподіл пацієнтів у бік легших ступенів дисфункції за шкалою House–Brackmann, суттєвий приріст показників за шкалами Sunnybrook, FDI Physical та FDI Social, а також зниження інтенсивності больового синдрому за ВАШ. У більшості обстежених спостерігалось клінічно значуще покращення, що проявлялося відновленням симетрії обличчя, збільшенням амплітуди довільних м'язових рухів, зменшенням проявів синкінезій і підвищенням функціональної активності в повсякденному житті. Отримані дані підтверджують ефективність комплексного застосування засобів фізичної терапії та доцільність їх використання у відновленні функції лицевого нерва з метою підвищення якості життя пацієнтів і попередження формування стійких функціональних порушень. Для детальнішого аналізу змін було визначено середню відсоткову динаміку показників якості життя (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Середня відсоткова динаміка показників якості життя після програми  
фізичної терапії, n = 15

Показник	До програми	Після програми	Приріст, %
FDI Physical	40	95	+137,5 %
FDI Social	45	96	+113,3 %
ВАШ	3	0	-100 %

Динаміку значення функціональних показників до та після програми відобразимо на рис. 3.3.

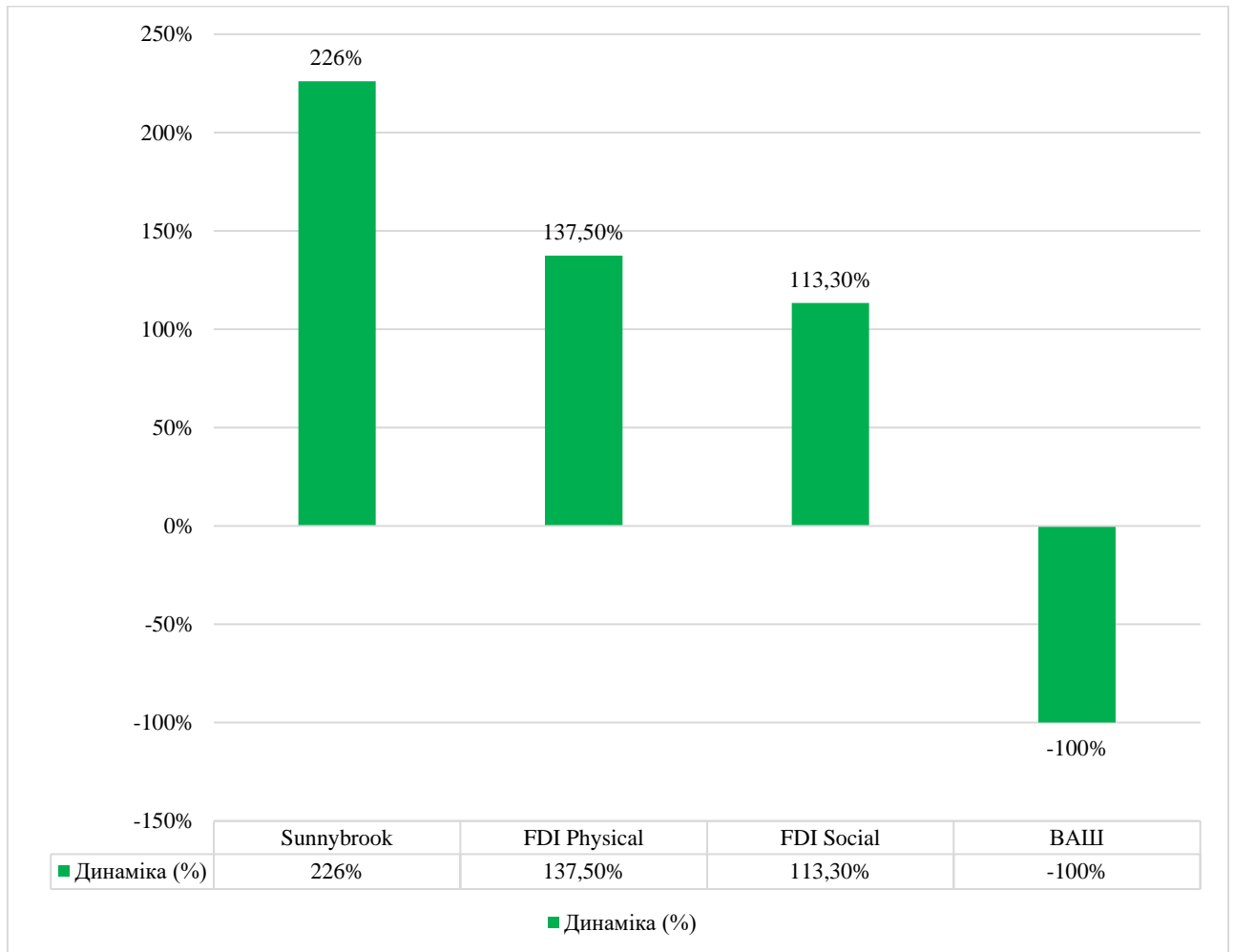


Рис. 3.3 Середня відсоткова динаміка функціональних показників, n = 15

Аналіз відсоткової динаміки засвідчив найбільш виражене покращення фізичного функціонування, де приріст показника FDI Physical становив 137,5 % від вихідного рівня. Це відображає значне відновлення мимічної функції, покращення симетрії обличчя та здатності до виконання довільних рухів. Показник FDI Social зріс на 113,3 %, що свідчить про підвищення соціальної активності та зниження психоемоційного дискомфорту. Повне або майже повне зникнення больових відчуттів зумовило зниження середнього показника ВАШ на 100 %, що позитивно вплинуло на загальне самопочуття пацієнтів.

### 3.3 Зміни суб'єктивних показників якості життя пацієнтів під впливом фізичної терапії

З метою оцінки клінічної значущості змін було визначено кількість пацієнтів, у яких спостерігалось виражене покращення суб'єктивних показників якості життя (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Кількість пацієнтів із клінічно значущим покращенням суб'єктивних показників якості життя, n = 15

Критерій	Кількість пацієнтів, n	Значення, %
Підвищення FDI Physical $\geq 30$ %	14	93,3
Підвищення FDI Social $\geq 30$ %	13	86,7
Зниження ВАШ $\geq 2$ бали	12	80,0
Загальне покращення самопочуття (за самооцінкою)	15	100

Для наочності, відобразимо отримані дані щодо пацієнтів із клінічно значущим покращенням суб'єктивних показників якості життя на рис. 3.4.

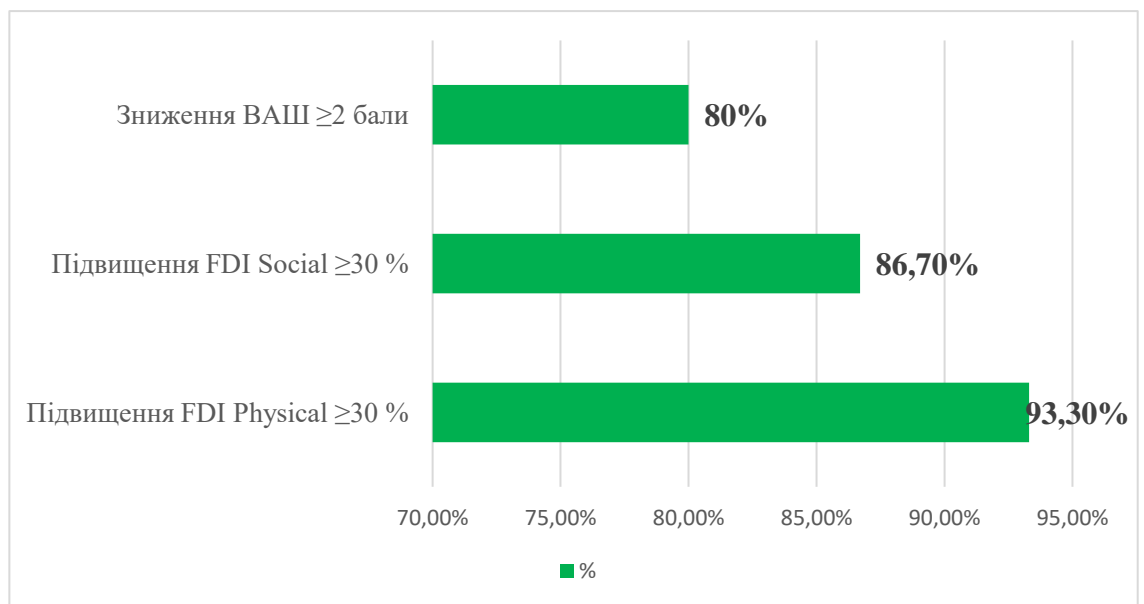


Рис. 3.4. Кількість пацієнтів із клінічно значущим покращенням суб'єктивних показників якості життя, n = 15

Отримані результати свідчать, що у переважної більшості пацієнтів відбулося клінічно значуще покращення суб'єктивного стану після завершення курсу фізичної терапії. Підвищення фізичного компоненту якості життя не менше ніж на 30 % відзначалося у 14 пацієнтів (93,3 %), соціального компоненту – у 13 осіб (86,7 %). Зменшення інтенсивності больового синдрому щонайменше на 2 бали за ВАШ зафіксовано у 12 пацієнтів (80,0 %). Усі обстежені (100 %) відзначали загальне покращення самопочуття, підвищення впевненості під час спілкування та задоволеність результатами відновлення.

Таким чином, аналіз суб'єктивних показників якості життя підтвердив високу ефективність програми фізичної терапії у пацієнтів із невритом лицевого нерва. Відновлення мимічної функції супроводжувалося зменшенням больового синдрому, покращенням соціальної активності та підвищенням загальної якості життя пацієнтів.

### **Висновки до III розділу**

Експериментальне дослідження було спрямоване на комплексну оцінку впливу розробленої програми фізичної терапії на відновлення мимічної мускулатури, ступінь ураження лицевого нерва та якість життя пацієнтів із невритом лицевого нерва ( $n = 15$ ). Оцінювання проводилося до початку курсу реабілітації та після його завершення із застосуванням клінічних шкал (House–Brackmann), функціональних індексів (Sunnybrook, FDI Physical, FDI Social), а також візуально-аналогової шкали болю (ВАШ).

Розділ містить узагальнений аналіз клінічних, функціональних та суб'єктивних змін під впливом фізичної терапії.

За результатами клінічної оцінки встановлено суттєве зниження ступеню периферичної дисфункції лицевого нерва. До початку реабілітації IV–V ступені за шкалою House–Brackmann спостерігали у 10 пацієнтів (66,6 %), тоді як після завершення програми – лише в 1 пацієнта (6,6 %). Частка

пацієнтів із легкими формами (I–II ступенів) зроста з 6,7 % (1 особа) до 66,7 % (10 осіб). Медіанне значення ступеню дисфункції зменшилося з 4 до 2 балів, що відображає перехід більшості пацієнтів у категорію помірної або легкої дисфункції. Покращення не менше ніж на 1 ступінь за House–Brackmann зафіксовано у 13 із 15 пацієнтів (86,7 %).

Функціональна оцінка мимічної активності продемонструвала виражену позитивну динаміку. Середній показник за шкалою Sunnybrook зріс з 27 до 88 балів, що становить приріст 61 бала або 226 % від вихідного рівня. У 15 пацієнтів (100 %) приріст перевищив 30 балів, що відповідає критеріям клінічно значущого покращення. Показник FDI Physical підвищився з 40 до 95 балів (+55 балів; +137,5 %), а FDI Social – з 45 до 96 балів (+51 бал; +113,3 %). У 14 пацієнтів (93,3 %) приріст FDI Physical перевищував 30 %, що свідчить про істотне відновлення функціональної активності в повсякденному житті. Інтенсивність болю за ВАШ зменшилася з 3 до 0 балів; зниження не менше ніж на 2 бали відзначалося у 12 пацієнтів (80,0 %).

Аналіз частоти основних клінічних проявів мимічної дисфункції засвідчив суттєве зменшення патологічних симптомів. Виражена асиметрія обличчя у спокої до лікування спостерігалася у 9 пацієнтів (60,0 %), після – не реєструвалася (0 %). Опущення кута рота зменшилося з 14 випадків (93,3 %) до 3 (20,0 %), згладженість носогубної складки – з 14 (93,3 %) до 2 (13,3 %), лагофталм – з 11 (73,3 %) до 2 (13,3 %). Частота синкінезій знизилася з 11 (73,3 %) до 5 пацієнтів (33,3 %), що свідчить про покращення нейром'язової координації та зменшення патологічних співскорочень. У 10 пацієнтів (66,7 %) відновлено функцію губ до нормативного рівня, що позитивно вплинуло на артикуляцію та миміку.

Суб'єктивна оцінка якості життя також продемонструвала істотну позитивну динаміку. Фізичний компонент якості життя зріс у середньому на 55 балів, соціально-емоційний – на 51 бал. До початку реабілітації 12 пацієнтів (80,0 %) відзначали обмеження соціальної активності через асиметрію обличчя; після завершення програми цей показник зменшився до 2 осіб (13,3

%). У 13 пацієнтів (86,7 %) покращилася впевненість під час спілкування, а 11 пацієнтів (73,3 %) відзначили відсутність дискомфорту під час прийому їжі та мовлення.

Так, результати експериментального дослідження свідчать про високу ефективність розробленої програми фізичної терапії. Вона забезпечила достовірне зменшення ступеня дисфункції лицевого нерва, приріст функціональних показників на 113–226 %, зниження больового синдрому на 100 % та суттєве покращення якості життя пацієнтів. Отримані кількісні результати підтверджують доцільність застосування комплексної фізичної терапії як обов'язкового компонента реабілітації пацієнтів із невритом лицевого нерва.

## ВИСНОВКИ

1. Неврит лицевого нерва (параліч Белла) є периферичним ураженням VII пари черепних нервів, що супроводжується порушенням мимічної активності, асиметрією обличчя, зниженням функціональної спроможності мимічної мускулатури та погіршенням психоемоційного стану пацієнтів. Проведений аналіз наукових джерел і результати власного дослідження підтверджують необхідність комплексного підходу до реабілітації таких пацієнтів із застосуванням цілеспрямованих методів фізичної терапії, спрямованих на відновлення нейром'язової координації, сили та симетрії мимічних рухів.

2. Розроблена та впроваджена експериментальна програма фізичної терапії для пацієнтів із невритом лицевого нерва мала комплексний, поетапний та індивідуалізований характер і включала спеціалізовану мимічну гімнастику, нейром'язове перенавчання, масаж обличчя та шийно-комірцевої ділянки, апаратні методи (електростимуляція, лазеротерапія, магнітотерапія), кінезіотейпування та релаксаційні техніки. Реабілітаційний курс тривав 4–8 тижнів із частотою занять 4–5 разів на тиждень (30–40 хвилин), загальна кількість процедур становила 30–50. Програма була спрямована на стимуляцію процесів реіннервації, відновлення довільного контролю мимічних рухів, формування симетричних рухових стереотипів та профілактику контрактур і синкінезій. Поетапна організація навантаження (від щадного режиму в гострій фазі до активного нейром'язового тренування у фазі відновлення) забезпечила безпечне та поступове підвищення функціональної активності м'язів обличчя, що підтверджується отриманими клінічними та функціональними результатами дослідження. Проведено оцінку ефективності програми шляхом порівняння клінічних і функціональних показників до та після курсу реабілітації ( $n = 15$ ).

3. За результатами клінічної оцінки встановлено суттєве зниження ступеня дисфункції лицевого нерва. До початку реабілітації IV–V ступені за

шкалою House–Brackmann спостерігалися у 10 пацієнтів (66,6 %), після завершення програми – лише у 1 пацієнта (6,6 %). Частка пацієнтів із I–II ступенями зростає з 6,7 % (1 особа) до 66,7 % (10 осіб). Покращення щонайменше на 1 ступінь за шкалою House–Brackmann зафіксовано у 13 пацієнтів (86,7 %), що свідчить про виражену позитивну клінічну динаміку.

4. Функціональна оцінка мимічної активності продемонструвала статистично значуще покращення показників. Середній бал за шкалою Sunnybrook зріс з 27 до 88 балів (приріст +61 бал; +226 % від вихідного рівня). У 100 % пацієнтів приріст перевищував 30 балів, що відповідає критеріям клінічно значущого покращення. Показник FDI Physical підвищився з 40 до 95 балів (+137,5 %), FDI Social – з 45 до 96 балів (+113,3 %). Інтенсивність болю за ВАШ зменшилася з 3 до 0 балів; у 12 пацієнтів (80,0 %) зниження становило  $\geq 2$  бали.

5. Аналіз частоти основних клінічних проявів мимічної дисфункції засвідчив істотне зменшення патологічних симптомів: асиметрія у спокої зменшилася з 60,0 % до 0 %, опущення кута рота – з 93,3 % до 20,0 %, згладженість носогубної складки – з 93,3 % до 13,3 %, лагофталм – з 73,3 % до 13,3 %. Частота синкінезій знизилася з 73,3 % до 33,3 %, що свідчить про покращення нейром'язової координації та зменшення патологічних співскорочень.

6. Оцінка суб'єктивних показників якості життя підтвердила позитивний вплив фізичної терапії на психоемоційний стан пацієнтів. Фізичний компонент якості життя зріс у середньому на 55 балів, соціально-емоційний – на 51 бал. До початку реабілітації 80,0 % пацієнтів відзначали соціальну невпевненість через асиметрію обличчя; після завершення курсу цей показник зменшився до 13,3 %. У 86,7 % пацієнтів покращилася впевненість у спілкуванні, а 73,3 % відзначили відсутність дискомфорту під час прийому їжі та мовлення.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Комплексна фізична терапія пацієнтів із невритом лицевого нерва має розпочинатися якомога раніше після встановлення клінічного діагнозу за умови відсутності протипоказань. Ранній початок відновлювальних заходів сприяє профілактиці атрофії м'язів, формуванню правильних нейром'язових зв'язків і запобігає розвитку стійких синкінезій та контрактур.

2. Реабілітаційна програма повинна будуватися на принципах індивідуалізації з урахуванням стадії захворювання, ступеня ураження лицевого нерва, віку пацієнта, супутніх патологій та функціонального стану м'язової мускулатури. На початковому етапі рекомендовано застосування щадного режиму з мінімальним дозованим навантаженням, поступовим переходом до активних вправ у підгострій і відновній фазах.

3. Базовим компонентом фізичної терапії повинна бути спеціалізована м'язова гімнастика з використанням дзеркального та візуального контролю. Виконання вправ перед дзеркалом дозволяє формувати симетричні рухи обличчя, запобігати компенсаторній гіперактивності здорової сторони та сприяє розвитку довільного контролю м'язової мускулатури. Особливу увагу слід приділяти вправам на ізольовані скорочення окремих м'язових груп (змикання повік, піднімання брів, посмішка, витягування губ, надування щік).

4. Доцільним є використання методів нейром'язового перенавчання, спрямованих на відновлення координації та синхронності м'язових рухів. Пацієнтів необхідно навчати усвідомленому контролю м'язових скорочень, дозуванню напруження та своєчасному розслабленню м'язів. Це сприяє формуванню нових нейронних зв'язків і підвищує ефективність реабілітації.

5. Масаж обличчя та шийно-комірцевої ділянки рекомендовано застосовувати з метою покращення мікроциркуляції, зменшення набряку тканин, нормалізації м'язового тону та профілактики контрактур. Масажні

процедури доцільно проводити щоденно або через день тривалістю 10–15 хвилин залежно від клінічного стану пацієнта.

6. Апаратні методи фізичної терапії (електростимуляція, лазеротерапія, магнітотерапія, ультразвукова терапія) слід застосовувати диференційовано відповідно до фази перебігу захворювання та індивідуальних показань. Їх використання сприяє активізації регенераційних процесів, покращенню нервово-м'язової провідності та прискоренню функціонального відновлення.

7. У процесі реабілітації важливим є поєднання активних вправ із дихальними та релаксаційними методиками, що сприяють зниженню м'язового напруження, покращенню координації рухів і психоемоційного стану пацієнтів. Рекомендовано включати вправи на розслаблення м'язів, контроль дихання та елементи психоемоційної стабілізації.

8. Заняття фізичною терапією доцільно проводити 4–5 разів на тиждень тривалістю 30–40 хвилин із подальшим виконанням індивідуально підібраних вправ у домашніх умовах. Безперервність реабілітаційного процесу забезпечує закріплення досягнутих результатів і підвищує ефективність відновлення м'язової функції.

9. Контроль ефективності реабілітаційних заходів слід здійснювати шляхом регулярної оцінки клінічних і функціональних показників (House–Brackmann, Sunnybrook, FDI, ВАШ), а також аналізу суб'єктивних скарг пацієнтів. Це дозволяє своєчасно коригувати програму фізичної терапії відповідно до динаміки відновлення.

10. Після завершення основного курсу реабілітації пацієнтам необхідно надавати рекомендації щодо підтримуючого режиму фізичної активності, профілактики рецидивів і самостійного виконання комплексу вправ. Дотримання запропонованих рекомендацій сприяє стабілізації функціонального стану лицевого нерва, збереженню досягнутого рівня відновлення та підвищенню якості життя пацієнтів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бісмак О. В. Фізична реабілітація у комплексному відновленні хворих на неврит лицевого нерву. *Молодий вчений*. 2017. № 10 (50). С. 211–214. URL: <https://www.molodyivchenyi.ua/index.php/journal/issue/view/87>
2. Васильєва О. В., Кутовий М. С. Сучасні аспекти фізичної терапії при ураженнях лицевого нерва. *Реабілітація та інклюзія*. 2022. № 3. С. 44–51.
3. Голик В. А. та ін. Застосування міжнародної класифікації функціонування (МКФ) у фізичній терапії пацієнтів із паралічем Белла. *Нейроньюс*. 2021. № 4. С. 18–25.
4. Гречко С. І., Лазарева О. Б. Порівняльна характеристика програм фізичної терапії для пацієнтів з невропатією лицевого нерва. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*. 2020. № 1. С. 58–64.
5. Дзись Б., Дзись І., Гайдучок І. Сучасні підходи до фізичної терапії пацієнтів із невропатією лицевого нерва в гострому та підгострому періодах. *Актуальні проблеми медицини та фармації*. 2024. Т. 5, № 2. С. 45–58. DOI: <https://doi.org/10.52914/apmp.v5i2.72>.
6. Дорошенко Т. П. Використання методів ПНФ (PNF) у відновленні м'язової мускулатури. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2019. Т. 4, № 5. С. 210–216.
7. Клініка і діагностика наслідків травматичних ушкоджень лицевого нерву / Я. В. Цимбалюк та ін. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2019. № 5 (107). С. 12–18. URL: <http://www.irbis-nbu.gov.ua>
8. Клінічні рекомендації з надання медичної допомоги пацієнтам з неврологічними, психічними та поведінковими розладами / П. В. Волошин та ін. Харків, 2021. 376 с. URL: <https://cerebrolysin.com.ua>.
9. Копиштинська О. Р., Каніщева О. В. Ефективність вправ м'язової гімнастики та біоуправління у відновленні пацієнтів з паралічем Белла.

*Вісник медичних та біологічних досліджень*. 2023. № 2 (16). С. 102–109.  
DOI: <https://doi.org/10.21272/eumj.2023.2-12>.

10. Ліскевич І. І., Пітик М. І. Ефективність лікування невропатії лицевого нерву у дітей та підлітків з урахуванням оцінки стану окисно-відновних процесів. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2014. № 2. С. 13–16. URL: <http://www.irbis-nbu.gov.ua>.
11. Мухін В. М. Фізична реабілітація в неврології : навч. посіб. Київ : Олімпійська література, 2018. 320 с.
12. Неведомська Є. О. Анатомія та фізіологія нервової системи : навч.-метод. посіб. Київ : Київський університет імені Бориса Грінченка, 2017. 70 с.
13. Неведомська Є. О., Макаренко Л. Г. Методика вивчення черепних нервів. *Біологія і хімія в рідній школі*. 2018. № 1. С. 2–5. URL: <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/23861/>.
14. Неведомська Є. О., Пендрак Я. В. Фізична реабілітація хворих на неврит лицевого нерву. *Молодий вчений*. 2018. № 6 (58). С. 273–277. URL: <https://www.molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/4384>.
15. Неврологія : підручник / І. А. Григорова та ін. ; за ред. І. А. Григорової, Л. І. Соколової. Київ : ВСВ «Медицина», 2015. 640 с.
16. Невропатія лицевого нерва: навчально-методичні рекомендації / Н. К. Мурашко та ін. Всеукраїнська асоціація по неврології та рефлексотерапії. 2024. URL: <https://neurology.in.ua/guidelinesdetail?id=2>.
17. Рибалов О. В., Аветіков Д. С., Іваницька О. С. Сучасний погляд на виникнення та розвиток периферичних уражень лицевого нерва. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2014. № 4 (48). С. 286–290.
18. Романюк О. М. Масаж та лікувальна гімнастика при невритах : метод. рек. Вінниця : ВНМУ ім. М. І. Пирогова, 2023. 48 с.
19. Слив'як К. Параліч Белла, або гострий периферичний параліч лицевого нерву. 2023. URL: <https://ingeniusua.org/articles/paralich-bella-abo-hostryy-peryferychnyy-paralich-lytsevoho-nervu>.

20. Фізична реабілітація, спортивна медицина : підручник / В. В. Абрамов та ін. Дніпропетровськ: Журфонд, 2014. 456 с. URL: <https://new.meduniv.lviv.ua/uploads/repository>.
21. Фізична терапія при периферичних парезах м'язів : посібник для терапевтів / за ред. А. М. Магльованого. Львів : Кварт, 2025. 112 с.
22. Agostini F. et al. Rehabilitation management of Bell's palsy: an updated systematic review of randomized controlled trials. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2023. Vol. 59, No. 5. P. 612–624. DOI: <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.23.07821-6>.
23. Ahmad S., Khan M., Iqbal R. Neuromuscular Re-education vs. Traditional Physical Therapy in Bell's Palsy: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2025. Vol. 48, No. 1. P. 34–41. DOI: <https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000612>.
24. Cader A., Ali S. Biofeedback and neuromuscular re-education in the treatment of chronic facial paralysis. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 2024. Vol. 38. P. 115–121.
25. Development of a work program for normative educational component 25 “Introduction to Pharmacy” / V. Shapovalov et al. *Actual Problems of Medicine and Pharmacy*. 2024. Vol. 5, No. 1. P. 1–19. DOI: <https://doi.org/10.52914/apmp.v5i1.62>.
26. Development of the educational program of the second (master's) level... / V. Shapovalov et al. *Actual Problems of Medicine and Pharmacy*. 2023. Vol. 4, No. 1. P. 1–47. DOI: <https://doi.org/10.52914/apmp.v4i1.54>.
27. Effectiveness of Early Physical Therapy Intervention in Patients with Bell's Palsy: A Systematic Review / J. Lee et al. *Journal of Clinical Medicine*. 2023. Vol. 12, No. 4. P. 1582. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm12041582>.
28. Fedorov Y. Modern integrated medical practice: medicine, spiritual, legal practices. *SSP Modern Law and Practice*. 2024. Vol. 4, No. 1. P. 1–11. DOI: <https://doi.org/10.53933/sspmlp.v4i1.131>.

29. Fujiwara T., Hato N., Kasahara T. Summary of Japanese clinical practice guidelines for Bell's palsy – 2023 update. *Auris Nasus Larynx*. 2024. Vol. 51, No. 5. P. 840–845. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anl.2024.01.008>.
30. Glass G. E., Tzafetta K. Bell's palsy: a review of current management and physical therapy protocols. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2022. Vol. 75, No. 12. P. 4333–4344.
31. Haiduchok I., Gumenyuk O. Modern educational activity aimed at training highly qualified specialists... *Actual Problems of Medicine and Pharmacy*. 2024. Vol. 5, No. 2. P. 1–21. DOI: <https://doi.org/10.52914/apmp.v5i2.67>.
32. Haiduchok I., Gumenyuk O. Pharmaceutical and medical law: providing accessibility of physical therapy technologies for patients with neurological disorders. *Actual Problems of Medicine and Pharmacy*. 2024. Vol. 5, No. 1. P. 1–17. DOI: <https://doi.org/10.52914/apmp.v5i1.65>.
33. Hayduchok I. Innovation approaches to pharmacotherapy of systemic autoimmune diseases. *Likars'ka Sprava*. 2020. No. 7–8. P. 64–74. DOI: [https://doi.org/10.31640/JVD.7-8.2020\(8\)](https://doi.org/10.31640/JVD.7-8.2020(8)).
34. Hayduchok I. Pharmacotherapy of systemic autoimmune diseases in conditions of the COVID-19 pandemic. *Science Review*. 2021. Vol. 3, No. 38. P. 1–7. DOI: [https://doi.org/10.31435/rsglobal\\_sr/30072021/7619](https://doi.org/10.31435/rsglobal_sr/30072021/7619).
35. Hayduchok I., Shapovalov V. Covid-19: multidisciplinary researches of forensic and pharmaceutical risks. *SSP Modern Law and Practice*. 2022. Vol. 2, No. 1. P. 1–25. DOI: <https://doi.org/10.53933/sspmlp.v2i1.39>.
36. Hohman M. H., Hadlock T. A. Etiology, diagnosis and management of facial palsy: 2000 patients at a facial nerve center. *The Laryngoscope*. 2014. Vol. 124, No. 7. P. E283–E293. DOI: <https://doi.org/10.1002/lary.24542>.
37. House J. W., Brackmann D. E. Facial nerve grading system. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*. 1985. Vol. 93. P. 146–147.
38. ICD-11: organizational, legal, medical and pharmaceutical issues of implementation / L. Ivanishyn-Hayduchok et al. *SSP Modern Pharmacy and*

- Medicine*. 2022. Vol. 2, No. 2. P. 1–14. DOI: <https://doi.org/10.53933/sspmmpm.v2i2.53>.
39. Lee D. H. Clinical efficacy of electroneurography in acute facial paralysis. *Journal of Audiology and Otology*. 2016. Vol. 20, No. 1. P. 8–12. DOI: <https://doi.org/10.7874/jao.2016.20.1.8>.
40. Lee H. Y., Choi J. B. The effect of Kinesio Taping on facial muscle function in patients with Bell's palsy: A randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2021. Vol. 43. P. 101375.
41. Low-level laser therapy combined with facial exercises for Bell's palsy: A randomized double-blind study / M. Santos et al. *Lasers in Medical Science*. 2022. Vol. 37, No. 8. P. 3125–3133. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10103-022-03610-w>.
42. Matos Cruz A. J., Hohman M. H., De Jesus O. Facial nerve repair. *NCBI Bookshelf*. 2023. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560623/> (дата звернення: 23.02.2026).
43. Monini S. et al. Role of Kabat rehabilitation in Bell's palsy: a randomized study on severe cases. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2016. Vol. 273, No. 5. P. 1251–1258.
44. Mustafa A. H. K., Sulaiman A. M. The epidemiology and management of Bell's palsy in the Sudan. *The Open Dentistry Journal*. 2018. Vol. 12. P. 827–833. URL: <https://opendentistryjournal.com/VOLUME/12/PAGE/827/FULLTEXT/>.
45. Neuromuscular electrical stimulation for treatment of facial paralysis: a meta-analysis / H. Wang et al. *Frontiers in Neurology*. 2024. Vol. 15. P. 1342671. DOI: <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1342671>.
46. Organizational and legal analysis of physical rehabilitation services for patients with peripheral nervous system lesions / V. Shapovalov et al. *SSP Modern Law and Practice*. 2024. Vol. 4, No. 1. P. 1–15. DOI: <https://doi.org/10.53933/sspmlp.v4i1.127>.

47. Organizational and legal analysis of the pharmaceutical provision... / V. Shapovalov et al. *International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research*. 2018. Vol. 51, No. 1. P. 118–124.
48. Organization of the pharmaceutical business concerning GxP standards / V. Shapovalova et al. *Actual Problems of Medicine and Pharmacy*. 2022. Vol. 3, No. 2. P. 1–20. DOI: <https://doi.org/10.52914/apmp.v3i2.44>.
49. Pharmaceutical and medical law in the field of health care... / I. Haiduchok et al. *Actual Problems of Medicine and Pharmacy*. 2024. Vol. 5, No. 1. P. 1–17. DOI: <https://doi.org/10.52914/apmp.v5i1.65>.
50. Pharmacy of the future: development of the thematic improvement cycle... / V. Shapovalova et al. *Actual Problems of Medicine and Pharmacy*. 2024. Vol. 5, No. 2. P. 1–18. DOI: <https://doi.org/10.52914/apmp.v5i2.66>.
51. Physical therapy and rehabilitation of the facial nerve: New perspectives 2022–2026 / K. Schmidt et al. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2023. Vol. 280, No. 12. P. 5211–5220. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00405-023-08112-w>.
52. Riznyk S., Riznyk Y. Structural and functional disorders of gingival microcirculation in generalized periodontitis. *Actual Problems of Medicine and Pharmacy*. 2023. Vol. 4, No. 2. P. 1–10. DOI: <https://doi.org/10.52914/apmp.v4i2.56>.
53. Ronthal M., Greenstein R. Bell's palsy: pathogenesis, clinical features, and diagnosis in adults. *UpToDate*. 2023. URL: <https://medilib.ir/uptodate/show/5281>.
54. Ryabukha O. Theoretical and experimental approaches to study of biological objects... *SSP Modern Pharmacy and Medicine*. 2024. Vol. 4, No. 3. P. 1–14. DOI: <https://doi.org/10.53933/sspmmp.v4i3.153>.
55. Shapovalova V. An innovative multidisciplinary study of the availability of coronavirus vaccines in the world. *SSP Modern Pharmacy and Medicine*. 2022. Vol. 2, No. 2. P. 1–17. DOI: <https://doi.org/10.53933/sspmmp.v2i2.45>.

56. Shapovalova V. Forensic and pharmaceutical risks in the organization of pharmacotherapy of COVID disorders. *SSP Modern Pharmacy and Medicine*. 2022. Vol. 2, No. 4. P. 1–24. DOI: <https://doi.org/10.53933/sspmmpm.v2i4.69>.
57. Shapovalova V. Monkeypox virus – new challenges of modernity. *SSP Modern Pharmacy and Medicine*. 2022. Vol. 2, No. 3. P. 1–15. DOI: <https://doi.org/10.53933/sspmmpm.v2i3.54>.
58. Shapovalova V. The ICD-11 for the twenty-first century: organizational, legal, clinical and pharmacological aspects. *SSP Modern Pharmacy and Medicine*. 2022. Vol. 2, No. 1. P. 1–13. DOI: <https://doi.org/10.53933/sspmmpm.v2i1.37>.
59. Shchepanskyi V. Modern dental medical care: complete rehabilitation of the upper jaw with support on implants. *Actual Problems of Medicine and Pharmacy*. 2023. Vol. 4, No. 1. P. 1–13. DOI: <https://doi.org/10.52914/apmp.v4i1.53>.
60. Taylor D. C. Bell palsy. *Medscape*. 2021. URL: <https://emedicine.medscape.com/article/1146903-overview> (дата звернення: 23.02.2026).
61. The relevance of acquiring legal knowledge concerning labor protection / V. Shapovalov et al. *SSP Modern Law and Practice*. 2024. Vol. 4, No. 1. P. 1–15. DOI: <https://doi.org/10.53933/sspmlp.v4i1.127>.
62. Ultrasound method for pleural punctures in the diagnosis and treatment of exudative pleuritis / O. Nevzghoda et al. *SSP Modern Pharmacy and Medicine*. 2024. Vol. 4, No. 2. P. 1–11. DOI: <https://doi.org/10.53933/sspmmpm.v4i2.146>.
63. Vanswearingen J. Facial rehabilitation: a neuromuscular reeducation, patient-centered approach. *Facial Plastic Surgery*. 2020. Vol. 36, No. 3. P. 210–215. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710528>.

## ДОДАТКИ

Додаток А

### Програма фізичної терапії пацієнтів з невритом лицевого нерва

Основною метою програми є стимулювання нейром'язової реіннервації, відновлення довільного контролю мимічних рухів, покращення симетрії обличчя, профілактика контрактур і синкінезій та підвищення якості життя пацієнтів.

#### 1. Загальні принципи проведення фізичної терапії

Фізична терапія повинна проводитися з урахуванням таких принципів:

- індивідуалізація навантаження відповідно до ступеня ураження;
- поступовість і поетапність відновлення;
- поєднання активних і пасивних методів;
- регулярність занять;
- використання візуального контролю рухів;
- запобігання перевантаженню здорової сторони обличчя;
- комплексність впливу (вправи, масаж, апаратні методи, релаксація).

Заняття проводяться 4–5 разів на тиждень під контролем фізичного терапевта з подальшим переходом до самостійних занять у домашніх умовах.

Тривалість одного заняття: 30–40 хв.

Тривалість курсу: 4–8 тижнів.

#### 2. Структура одного заняття

Таблиця А.1

Структура реабілітаційного заняття

Етап заняття	Тривалість	Зміст
Підготовчий	5 хв	Релаксація, дихальні вправи
Основний	20–25 хв	Мимічна гімнастика, нейром'язове тренування
Додатковий	5–10 хв	Масаж, апаратні методи
Завершальний	5 хв	Релаксація, самоконтроль

#### 3. Комплекс вправ для відновлення мимічної мускулатури

Вправи виконуються перед дзеркалом у повільному темпі.

Кожна вправа виконується без різких рухів і перевантаження.

Таблиця А.2

## Основні вправи для м'язів

№	Вправа	Методика виконання	Повторення
1	Піднімання брів	Повільно підняти брови, утримати 3 с	8–10
2	Наморщування чола	Зморщити лоб, утримати	8–10
3	Заплющування очей	Закрити очі без напруження здорової сторони	10
4	Посмішка	Посміхнутися симетрично	10–12
5	Оскал зубів	Оголити зуби, утримати	8–10
6	Надування щік	Надувати щоки і утримувати повітря	6–8
7	Витягування губ	Скласти губи «трубочкою»	10
8	Ізольовані рухи губ	Піднімання кута рота	10

Між вправами робити паузи для розслаблення.

#### 4. Нейром'язове перенавчання

Мета – формування правильних рухових стереотипів і зменшення синкінезій.

Таблиця А.3

## Вправи нейром'язового контролю

Вправа	Методика	Тривалість
Візуальний контроль	Виконання рухів перед дзеркалом	10 хв
Ізольовані рухи	Робота окремих м'язів	10 хв
Контроль напруження	Напруження–розслаблення	5 хв
Дихальні вправи	Повільне діафрагмальне дихання	5 хв
Релаксація	Розслаблення обличчя	5 хв

#### 5. Масаж і допоміжні методи

Масаж проводиться щоденно або через день.

Таблиця А.4

## Методи фізичної терапії

Метод	Частота	Тривалість	Мета
Масаж обличчя	Щоденно	10–15 хв	Покращення кровообігу
Масаж ший	3 р/тиждень	10 хв	Нормалізація іннервації
Лазеротерапія	Через день	5–10 хв	Регенерація
Кінезіотейпування	2–3 р/тиждень	—	Підтримка симетрії

## 6. Етапи реабілітації

Таблиця А.5

### Етапи фізичної терапії

Етап	Характер навантаження	Основні завдання
Гострий	Щадний режим	Зменшення набряку, профілактика атрофії
Підгострий	Помірне навантаження	Активація м'язів
Відновний	Активні вправи	Формування довільних рухів
Підтримувальний	Самостійні вправи	Закріплення результатів

## 7. Контроль ефективності

Оцінка проводиться до та після курсу реабілітації за шкалами:

- House–Brackmann
- Sunnybrook
- FDI Physical
- FDI Social
- ВАШ

Позитивними критеріями є:

- зменшення асиметрії обличчя;
- відновлення мимічних рухів;
- зниження болю;
- покращення соціальної активності.

## 8. Рекомендації для домашніх занять

Пацієнтам рекомендується:

- виконувати вправи щоденно 2 рази на день;
- використовувати дзеркало;
- уникати перенапруження;
- контролювати симетрію рухів;
- виконувати вправи на релаксацію.

## Бланки спостережень

**Київський столичний університет імені Бориса Грінченка**  
**Факультет здоров'я, фізичного виховання і спорту**  
**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

Протокол спостереження 1

П.І.П. пацієнта: Вік 49 р. Стать: жін. Реабілітаційна установа: Клініка сучасної неврології «Аксімед»

Діагноз (нозологія, стадія/фаза, ускладнення): неврит лицевого нерва ( правосторонній, субактивна фаза ).

Показники дослідження	Один. виміру	До впливу	Після впливу
Антропометричні показники			
Зріст (стоячи)	см	179	179
Вага	кг	71,3	70,5
Огляд			
ЧСС	Уд/хв	81	87
АТ	мм рт. ст	115/74	110/70
Асиметрія обличчя у спокої	відсутня / помірна / виражена	виражена	відсутня
Опущення кута рота	так / ні	так	ні
Згладжена носогубна складка	так / ні	так	ні
Зниження/відсутність зморшок на лобі	так / ні	так	ні
Синкінезії (мимовільні рухи)	відсутні / помірні / виражені	помірні ( при закриванні ока підтягується кут рота)	відсутні
Контрактури / гіпертонус м'язів	відсутні / помірні / виражені	відсутні	відсутні
Функція губ (жування / мова / пиття)	норма / помірне порушення / виражене порушення	помірне порушення	норма

Функціональні тести				
Шкала House-Brackmann	ступінь	IV	II	
Шкала Sunnybrook Facial Grading System	бали	24	88	
FDI (Physical Function Scale)	відсоток	20	96	
Опитувальники				
ВАШ	бал	3	0	
FDI (Social/Well-being Scale)	відсоток	24	96	

### ФІЗИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПЛИВИ

Назва фізіотерапевтичного впливу	Кількість процедур	Висновок про результати фізичної терапії (підкреслити)
Терапевтичні вправи з візуальним контролем	20	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Кінезіотейпування обличчя	15	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Лазеротерапія	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Акупунктура	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення

Дослідник \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Київський столичний університет імені Бориса Грінченка**  
**Факультет здоров'я, фізичного виховання і спорту**  
**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

Протокол спостереження 2

П.І.П. пацієнта:

Вік 51 р. Стать: чол.

Реабілітаційна установа: Клініка сучасної неврології «Аксімед»

Діагноз (нозологія, стадія/фаза, ускладнення): неврит лицевого нерва (лівосторонній, субактивна фаза).

Показники дослідження	Один. виміру	До впливу	Після впливу
<b>АНТРОПОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ</b>			
Зріст (стоячи)	см	180	180
Вага	кг	85,2	86
<b>Огляд</b>			
ЧСС	Уд/хв	85	86
АТ	мм рт. ст	118/78	114/70
Асиметрія обличчя у спокої	відсутня / помірна / виражена	виражена	помірна
Опущення кута рота	так / ні	так	ні
Згладжена носогубна складка	так / ні	так	ні
Зниження/відсутність зморшок на лобі	так / ні	так (відсутність)	так (зниження)
Синкінезії (мимовільні рухи)	відсутні / помірні / виражені	виражені	помірні
Контрактури / гіпертонус м'язів	відсутні / помірні / виражені	відсутні	відсутні
Функція губ (жування / мова / пиття)	норма / помірне порушення / виражене порушення	виражене порушення	помірне порушення
<b>Функціональні тести</b>			
Шкала House-Brackmann	ступінь	V	III
Шкала Sunnybrook Facial Grading System	бали	18	54
FDI (Physical Function Scale)	відсоток	12	64

<b>Опитувальники</b>			
ВАШ	бал	4	1
FDI (Social/Well-being Scale)	відсоток	20	70

### **ФІЗИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПЛИВИ**

Назва фізіотерапевтичного впливу	Кількість процедур	Висновок про результати фізичної терапії (підкреслити)
Терапевтичні вправи з візуальним контролем	15	значне / <u>незначне покращення</u> / без змін / погіршення
Кінезіотейпування обличчя	15	значне / <u>незначне покращення</u> / без змін / погіршення
Лазеротерапія	10	значне / <u>незначне покращення</u> / без змін / погіршення
Акупунктура	10	значне / <u>незначне покращення</u> / без змін / погіршення

Дослідник \_\_\_\_\_

**Київський столичний університет імені Бориса Грінченка**  
**Факультет здоров'я, фізичного виховання і спорту**  
**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

Протокол спостереження 3

П.І.П. пацієнта: Вік 42 р. Стать: жін.

Реабілітаційна установа: Клініка сучасної неврології «Аксімед»

Діагноз (нозологія, стадія/фаза, ускладнення): неврит лицевого нерва (лівосторонній, резидуальна фаза).

Показники дослідження	Один. виміру	До впливу	Після впливу
<b>Антропометричні показники</b>			
Зріст (стоячи)	см	165	165
Вага	кг	62	61,6
<b>Огляд</b>			
ЧСС	Уд/хв	76	78
АТ	мм рт. ст	120/76	117/72
Асиметрія обличчя у спокої	відсутня / помірна / виражена	помірна	помірна
Опущення кута рота	так / ні	ні	ні
Згладжена носогубна складка	так / ні	ні	ні
Зниження/відсутність зморшок на лобі	так / ні	так	так (видиме покращення)
Синкінезії (мимовільні рухи)	відсутні / помірні / виражені	виражені	помірні
Контрактури / гіпертонус м'язів	відсутні / помірні / виражені	помірні	помірні
Функція губ (жування / мова / пиття)	норма / помірне порушення / виражене порушення	виражене порушення	помірне порушення
<b>Функціональні тести</b>			
Шкала House-Brackmann	ступінь	III	II
Шкала Sunnybrook Facial Grading System	бали	56	70
FDI (Physical Function Scale)	відсоток	60	86.6
<b>Опитувальники</b>			
ВАШ	бал	3	1
FDI (Social/Well-being Scale)	відсоток	24	96

### ФІЗИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПЛИВИ

Назва фізіотерапевтичного впливу	Кількість процедур	Висновок про результати фізичної терапії (підкреслити)
Терапевтичні вправи з візуальним контролем	30	значне___/ <u>незначне покращення</u> / без змін / погіршення
Кінезіотейпування обличчя	10	значне / <u>незначне покращення</u> / без змін / погіршення
Лазеротерапія	20	значне / <u>незначне покращення</u> / без змін / погіршення
Акупунктура	20	<u>значне</u> / <u>незначне покращення</u> / без змін / погіршення

Дослідник \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Київський столичний університет імені Бориса Грінченка**  
**Факультет здоров'я, фізичного виховання і спорту**  
**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

Протокол спостереження 4

П.І.П. пацієнта: Вік 34 р. Стать: жін.

Реабілітаційна установа: Клініка сучасної неврології «Аксімед»

Діагноз (нозологія, стадія/фаза, ускладнення): неврит лицевого нерва (правосторонній, гостра фаза - 5 день від початку захворювання).

Показники дослідження	Один. виміру	До впливу	Після впливу
<b>Антропометричні показники</b>			
Зріст (стоячи)	см	160	160
Вага	кг	59	60
<b>Огляд</b>			
ЧСС	Уд/хв	74	78
АТ	мм рт. ст	110/70	115/70
Асиметрія обличчя у спокої	відсутня / помірна / виражена	виражена	відсутня
Опущення кута рота	так / ні	так	ні
Згладжена носогубна складка	так / ні	так	ні
Зниження/відсутність зморшок на лобі	так / ні	так	так (згладження)
Синкінезії (мимовільні рухи)	відсутні / помірні / виражені	помірні	відсутні
Контрактури / гіпертонус м'язів	відсутні / помірні / виражені	відсутні	відсутні
Функція губ (жування / мова / пиття)	норма / помірне порушення / виражене порушення	виражене порушення	норма
<b>Функціональні тести</b>			
Шкала House-Brackmann	ступінь	IV	II
Шкала Sunnybrook Facial Grading System	бали	0	72
FDI (Physical Function Scale)	відсоток	30	95
<b>Опитувальники</b>			
ВАШ	бал	3	0
FDI (Social/Well-being Scale)	відсоток	15	95

## ФІЗИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПЛИВИ

Назва фізіотерапевтичного впливу	Кількість процедур	Висновок про результати фізичної терапії (підкреслити)
Терапевтичні вправи з візуальним контролем	36	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Кінезіотейпування обличчя	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Лазеротерапія	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Акупунктура	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення

Дослідник \_\_\_\_\_

**Київський столичний університет імені Бориса Грінченка**  
**Факультет здоров'я, фізичного виховання і спорту**  
**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

Протокол спостереження 5

П.І.П. пацієнта: Вік 50 р. Стать: жін.  
 Реабілітаційна установа: Клініка сучасної неврології «Аксімед» Діагноз  
 (нозологія, стадія/фаза, ускладнення): неврит лицевого нерва (правосторонній,  
 травматичний після контурної пластики обличчя, субактивна фаза).

Показники дослідження	Один. виміру	До впливу	Після впливу
<b>Антропометричні показники</b>			
Зріст (стоячи)	см	177	177
Вага	кг	68	68,5
<b>Огляд</b>			
ЧСС	Уд/хв	81	87
АТ	мм рт. ст	120/75	118/78
Асиметрія обличчя у спокої	відсутня / помірна / виражена	помірна	відсутня
Опущення кута рота	так / ні	так	ні
Згладжена носогубна складка	так / ні	так	ні
Зниження/відсутність зморшок на лобі	так / ні	так	ні
Синкінезії (мимовільні рухи)	відсутні / помірні / виражені	помірні	відсутні
Контрактури / гіпертонус м'язів	відсутні / помірні / виражені	відсутні	відсутні
Функція губ (жування / мова / пиття)	норма / помірне порушення / виражене порушення	помірне порушення	норма
<b>Функціональні тести</b>			
Шкала House-Brackmann	ступінь	III	I
Шкала Sunnybrook Facial Grading System	бали	22	91
FDI (Physical Function Scale)	відсоток	50	100
<b>Опитувальники</b>			
ВАШ	бал	5	1
FDI (Social/Well-being Scale)	відсоток	90	100

## ФІЗИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПЛИВИ

Назва фізіотерапевтичного впливу	Кількість процедур	Висновок про результати фізичної терапії (підкреслити)
Терапевтичні вправи з візуальним контролем	44	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Кінезіотейпування обличчя	20	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Лазеротерапія	20	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Акупунктура	20	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення

Дослідник \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Київський столичний університет імені Бориса Грінченка**  
**Факультет здоров'я, фізичного виховання і спорту**  
**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

Протокол спостереження 6

П.І.П. пацієнта: Вік 39 р. Стать: чол.

Реабілітаційна установа: Клініка сучасної неврології «Аксімед»

Діагноз (нозологія, стадія/фаза, ускладнення): неврит лицьового нерва (правосторонній, субактивна фаза).

Показники дослідження	Один. виміру	До впливу	Після впливу
<b>Антропометричні показники</b>			
Зріст (стоячи)	см	186	186
Вага	кг	83	82
<b>Огляд</b>			
ЧСС	Уд/хв	76	78
АТ	мм рт. ст	115/70	120/80
Асиметрія обличчя у спокої	відсутня / помірна / виражена	виражена	відсутня
Опущення кута рота	так / ні	так	ні
Згладжена носогубна складка	так / ні	так	ні
Зниження/відсутність зморшок на лобі	так / ні	так	ні
Синкінезії (мимовільні рухи)	відсутні / помірні / виражені	помірні	помірні
Контрактури / гіпертонус м'язів	відсутні / помірні / виражені	відсутні	відсутні
Функція губ (жування / мова / пиття)	норма / помірне порушення / виражене порушення	помірне порушення	норма
<b>Функціональні тести</b>			
Шкала House-Brackmann	ступінь	III	I
Шкала Sunnybrook Facial Grading System	бали	30	96
FDI (Physical Function Scale)	відсоток	40	100
<b>Опитувальники</b>			
ВАШ	бал	2	0
FDI (Social/Well-being Scale)	відсоток	85	100

## ФІЗИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПЛИВИ

Назва фізіотерапевтичного впливу	Кількість процедур	Висновок про результати фізичної терапії (підкреслити)
Терапевтичні вправи з візуальним контролем	30	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Кінезіотейпування обличчя	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Лазеротерапія	20	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Акупунктура	20	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення

Дослідник \_\_\_\_\_

**Київський столичний університет імені Бориса Грінченка**  
**Факультет здоров'я, фізичного виховання і спорту**  
**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

Протокол спостереження 7

П.І.П. пацієнта: Вік 28 р. Стать: чол. Реабілітаційна установа: Клініка сучасної неврології «Аксімед» Діагноз (нозологія, стадія/фаза, ускладнення): неврит лицьового нерва (лівосторонній, травматичний через поперечний перелом скроневої кістки, субактивна фаза).

Показники дослідження	Один. виміру	До впливу	Після впливу
<b>Антропометричні показники</b>			
Зріст (стоячи)	см	179	179
Вага	кг	81	80
<b>Огляд</b>			
ЧСС	Уд/хв	81	87
АТ	мм рт. ст	125/85	120/80
Асиметрія обличчя у спокої	відсутня / помірна / виражена	виражена	відсутня
Опущення кута рота	так / ні	так	ні
Згладжена носогубна складка	так / ні	так	ні
Зниження/відсутність зморшок на лобі	так / ні	так	ні
Синкінезії (мимовільні рухи)	відсутні / помірні / виражені	відсутні	відсутні
Контрактури / гіпертонус м'язів	відсутні / помірні / виражені	відсутні	відсутні
Функція губ (жування / мова / пиття)	норма / помірне порушення / виражене порушення	виражене порушення	норма
<b>Функціональні тести</b>			
Шкала House-Brackmann	ступінь	IV	I
Шкала Sunnybrook Facial Grading System	бали	27	96
FDI (Physical Function Scale)	відсоток	20	100
<b>Опитувальники</b>			
ВАШ	бал	5	1
FDI (Social/Well-being Scale)	відсоток	59	100

### ФІЗИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПЛИВИ

Назва фізіотерапевтичного впливу	Кількість процедур	Висновок про результати фізичної терапії (підкреслити)
Терапевтичні вправи з візуальним контролем	50	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Кінезіотейпування обличчя	15	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Лазеротерапія	20	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Акупунктура	20	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення

Дослідник \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Київський столичний університет імені Бориса Грінченка**  
**Факультет здоров'я, фізичного виховання і спорту**  
**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

Протокол спостереження 8

П.І.П. пацієнта: Вік 57 р. Стать: жін. Реабілітаційна установа: Клініка сучасної неврології «Аксімед»  
 Діагноз (нозологія, стадія/фаза, ускладнення): неврит лицьового нерва (правосторонній, відновна фаза, супутнє захворювання рак щитовидної залози в ремісії).

Показники дослідження	Один. виміру	До впливу	Після впливу
<b>Антропометричні показники</b>			
Зріст (стоячи)	см	160	160
Вага	кг	58	58,7
<b>Огляд</b>			
ЧСС	Уд/хв	76	81
АТ	мм рт. ст	115/75	110/70
Асиметрія обличчя у спокої	відсутня / помірна / виражена	виражена	помірна
Опущення кута рота	так / ні	так	так
Згладжена носогубна складка	так / ні	так	так
Зниження/відсутність зморшок на лобі	так / ні	так	так( видимі покращення)
Синкінезії (мимовільні рухи)	відсутні / помірні / виражені	помірні	помірні
Контрактури / гіпертонус м'язів	відсутні / помірні / виражені	відсутні	відсутні
Функція губ (жування / мова / пиття)	норма / помірне порушення / виражене порушення	помірне порушення	помірне порушення
<b>Функціональні тести</b>			
Шкала House-Brackmann	ступінь	IV	III
Шкала Sunnybrook Facial Grading System	бали	30	56
FDI (Physical Function Scale)	відсоток	40	60
<b>Опитувальники</b>			
ВАШ	бал	5	2

FDI (Social/Well-being Scale)	відсоток	15	40
-------------------------------	----------	----	----

### ФІЗИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПЛИВИ

Назва фізіотерапевтичного впливу	Кількість процедур	Висновок про результати фізичної терапії (підкреслити)
Терапевтичні вправи з візуальним контролем	20	значне___/ <u>незначне покращення</u> / без змін / погіршення
Кінезіотейпування обличчя	20	значне / <u>незначне покращення</u> / без змін / погіршення
Лазеротерапія	-	значне / незначне покращення / без змін / погіршення
Акупунктура	-	значне / незначне покращення / без змін / погіршення

Дослідник \_\_\_\_\_

**Київський столичний університет імені Бориса Грінченка**  
**Факультет здоров'я, фізичного виховання і спорту**  
**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

Протокол спостереження 9

П.І.П. пацієнта: Вік 30 р. Стать: чол. Реабілітаційна установа: Клініка сучасної неврології «Аксімед»  
 Діагноз (нозологія, стадія/фаза, ускладнення): неврит лицьового нерва (правосторонній, субактивна фаза).

Показники дослідження	Один. виміру	До впливу	Після впливу
<b>Антропометричні показники</b>			
Зріст (стоячи)	см	181	181
Вага	кг	93	92,7
<b>Огляд</b>			
ЧСС	Уд/хв	73	76
АТ	мм рт. ст	120/80	118/75
Асиметрія обличчя у спокої	відсутня / помірна / виражена	помірна	відсутня
Опущення кута рота	так / ні	так	ні
Згладжена носогубна складка	так / ні	так	ні
Зниження/відсутність зморшок на лобі	так / ні	так	ні
Синкінезії (мимовільні рухи)	відсутні / помірні / виражені	помірні	відсутні
Контрактури / гіпертонус м'язів	відсутні / помірні / виражені	відсутні	відсутні
Функція губ (жування / мова / пиття)	норма / помірне порушення / виражене порушення	помірне порушення	норма
<b>Функціональні тести</b>			
Шкала House-Brackmann	ступінь	III	I
Шкала Sunnybrook Facial Grading System	бали	50	96
FDI (Physical Function Scale)	відсоток	56	100
<b>Опитувальники</b>			
ВАШ	бал	1	0

FDI (Social/Well-being Scale)	відсоток	80	100
-------------------------------	----------	----	-----

### ФІЗИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПЛИВИ

Назва фізіотерапевтичного впливу	Кількість процедур	Висновок про результати фізичної терапії (підкреслити)
Терапевтичні вправи з візуальним контролем	25	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Кінезіотейпування обличчя	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Лазеротерапія	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Акупунктура	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення

Дослідник \_\_\_\_\_

**Київський столичний університет імені Бориса Грінченка**  
**Факультет здоров'я, фізичного виховання і спорту**  
**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

Протокол спостереження 10

П.І.П. пацієнта: Вік 34 р. Стать: жін. Реабілітаційна установа: Клініка сучасної неврології «Аксімед»  
 Діагноз (нозологія, стадія/фаза, ускладнення): неврит лицьового нерва ( лівовосторонній, гоостра фаза ).

Показники дослідження	Один. виміру	До впливу	Після впливу
<b>Антропометричні показники</b>			
Зріст (стоячи)	см	165	165
Вага	кг	53	53
<b>Огляд</b>			
ЧСС	Уд/хв	71	75
АТ	мм рт. ст	115/75	118/80
Асиметрія обличчя у спокої	відсутня / помірна / виражена	виражена	відсутня
Опущення кута рота	так / ні	так	ні
Згладжена носогубна складка	так / ні	так	ні
Зниження/відсутність зморшок на лобі	так / ні	так	ні
Синкінезії (мимовільні рухи)	відсутні / помірні / виражені	помірні	відсутні
Контрактури / гіпертонус м'язів	відсутні / помірні / виражені	відсутні	відсутні
Функція губ (жування / мова / пиття)	норма / помірне порушення / виражене порушення	помірне порушення	норма
<b>Функціональні тести</b>			
Шкала House-Brackmann	ступінь	III	I
Шкала Sunnybrook Facial Grading System	бали	30	96
FDI (Physical Function Scale)	відсоток	40	100
<b>Опитувальники</b>			
ВАШ	бал	0	0
FDI (Social/Well-being Scale)	відсоток	56	100

## ФІЗИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПЛИВИ

Назва фізіотерапевтичного впливу	Кількість процедур	Висновок про результати фізичної терапії (підкреслити)
Терапевтичні вправи з візуальним контролем	45	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Кінезіотейпування обличчя	15	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Лазеротерапія	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Акупунктура	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення

Дослідник \_\_\_\_\_

**Київський столичний університет імені Бориса Грінченка**  
**Факультет здоров'я, фізичного виховання і спорту**  
**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

Протокол спостереження 11

П.І.П. пацієнта: Вік 29 р. Стать: жін. Реабілітаційна установа: Клініка сучасної неврології «Аксімед»

Діагноз (нозологія, стадія/фаза, ускладнення): неврит лицьового нерва (правосторонній, субактивна фаза).

Показники дослідження	Один. виміру	До впливу	Після впливу
<b>Антропометричні показники</b>			
Зріст (стоячи)	см	162	162
Вага	кг	58	57
<b>Огляд</b>			
ЧСС	Уд/хв	87	72
АТ	мм рт. ст	120/80	115/75
Асиметрія обличчя у спокої	відсутня / помірна / виражена	помірна	відсутня
Опущення кута рота	так / ні	так	ні
Згладжена носогубна складка	так / ні	так	помірно згладжена
Зниження/відсутність зморшок на лобі	так / ні	так	ні
Синкінезії (мимовільні рухи)	відсутні / помірні / виражені	відсутні	відсутні
Контрактури / гіпертонус м'язів	відсутні / помірні / виражені	відсутні	відсутні
Функція губ (жування / мова / пиття)	норма / помірне порушення / виражене порушення	помірне порушення	норма
<b>Функціональні тести</b>			
Шкала House-Brackmann	ступінь	III	I
Шкала Sunnybrook Facial Grading System	бали	32	92
FDI (Physical Function Scale)	відсоток	45	95
<b>Опитувальники</b>			
ВАШ	бал	1	0

FDI (Social/Well-being Scale)	відсоток	50	98
-------------------------------	----------	----	----

### ФІЗИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПЛИВИ

Назва фізіотерапевтичного впливу	Кількість процедур	Висновок про результати фізичної терапії (підкреслити)
Терапевтичні вправи з візуальним контролем	40	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Кінезіотейпування обличчя	12	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Лазеротерапія	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Акупунктура	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення

Дослідник \_\_\_\_\_

**Київський столичний університет імені Бориса Грінченка**  
**Факультет здоров'я, фізичного виховання і спорту**  
**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

Протокол спостереження 12

П.І.П. пацієнта: Вік 60 р. Стать: чол. Реабілітаційна установа: Клініка сучасної неврології «Аксімед»

Діагноз (нозологія, стадія/фаза, ускладнення): неврит лицьового нерва (правосторонній, субактивна фаза).

Показники дослідження	Один. виміру	До впливу	Після впливу
<b>Антропометричні показники</b>			
Зріст (стоячи)	см	175	175
Вага	кг	85	84
<b>Огляд</b>			
ЧСС	Уд/хв	88	78
АТ	мм рт. ст	140/90	130/85
Асиметрія обличчя у спокої	відсутня / помірна / виражена	виражена	помірна
Опущення кута рота	так / ні	так	так
Згладжена носогубна складка	так / ні	так	ні
Зниження/відсутність зморшок на лобі	так / ні	так	ні
Синкінезії (мимовільні рухи)	відсутні / помірні / виражені	помірні	помірні
Контрактури / гіпертонус м'язів	відсутні / помірні / виражені	помірні	помірні
Функція губ (жування / мова / пиття)	норма / помірне порушення / виражене порушення	виражене порушення	помірне порушення
<b>Функціональні тести</b>			
Шкала House-Brackmann	ступінь	V	III
Шкала Sunnybrook Facial Grading System	бали	10	65

FDI (Physical Function Scale)	відсоток	20	70
Опитувальники			
ВАШ	бал	3	1
FDI (Social/Well-being Scale)	відсоток	30	80

### ФІЗИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПЛИВИ

Назва фізіотерапевтичного впливу	Кількість процедур	Висновок про результати фізичної терапії (підкреслити)
Терапевтичні вправи з візуальним контролем	35	значне / <u>незначне покращення</u> / без змін / погіршення
Кінезіотейпування обличчя	14	значне / <u>незначне покращення</u> / без змін / погіршення
Лазеротерапія	-	значне / <u>незначне покращення</u> / без змін / погіршення
Акупунктура	-	значне / <u>незначне покращення</u> / без змін / погіршення

Дослідник \_\_\_\_\_

**Київський столичний університет імені Бориса Грінченка**  
**Факультет здоров'я, фізичного виховання і спорту**  
**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

Протокол спостереження 13

П.І.П. пацієнта: Вік 52 р. Стать: жін. Реабілітаційна установа: Клініка сучасної неврології «Аксімед»

Діагноз (нозологія, стадія/фаза, ускладнення): неврит лицьового нерва (лівосторонній, субактивна фаза ).

Показники дослідження	Один. виміру	До впливу	Після впливу
<b>Антропометричні показники</b>			
Зріст (стоячи)	см	170	170
Вага	кг	65	64,7
<b>Огляд</b>			
ЧСС	Уд/хв	82	75
АТ	мм рт. ст	125/80	120/78
Асиметрія обличчя у спокої	відсутня / помірна / виражена	помірна	відсутня
Опущення кута рота	так / ні	так	ні
Згладжена носогубна складка	так / ні	так	ні
Зниження/відсутність зморшок на лобі	так / ні	так	ні
Синкінезії (мимовільні рухи)	відсутні / помірні / виражені	відсутні	відсутні
Контрактури / гіпертонус м'язів	відсутні / помірні / виражені	відсутні	відсутні
Функція губ (жування / мова / пиття)	норма / помірне порушення / виражене порушення	помірне порушення	норма
<b>Функціональні тести</b>			

Шкала House-Brackmann	ступінь	III	I
Шкала Sunnybrook Facial Grading System	бали	35	98
FDI (Physical Function Scale)	відсоток	50	100
Опитувальники			
ВАШ	бал	1	0
FDI (Social/Well-being Scale)	відсоток	60	100

### ФІЗИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПЛИВИ

Назва фізіотерапевтичного впливу	Кількість процедур	Висновок про результати фізичної терапії (підкреслити)
Терапевтичні вправи з візуальним контролем	40	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Кінезіотейпування обличчя	15	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Лазеротерапія	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Акупунктура	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення

Дослідник \_\_\_\_\_

**Київський столичний університет імені Бориса Грінченка**  
**Факультет здоров'я, фізичного виховання і спорту**  
**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

Протокол спостереження 14

П.І.П. пацієнта: Вік 38 р. Стать: чол. Реабілітаційна установа: Клініка сучасної неврології «Аксімед»

Діагноз (нозологія, стадія/фаза, ускладнення): неврит лицьового нерва (правосторонній, гостра фаза ).

Показники дослідження	Один. виміру	До впливу	Після впливу
<b>Антропометричні показники</b>			
Зріст (стоячи)	см	180	180
Вага	кг	90	91
<b>Огляд</b>			
ЧСС	Уд/хв	90	82
АТ	мм рт. ст	135/88	128/82
Асиметрія обличчя у спокої	відсутня / помірна / виражена	виражена	поомірна
Опущення кута рота	так / ні	так	так
Згладжена носогубна складка	так / ні	так	ні
Зниження/відсутність зморшок на лобі	так / ні	так	ні
Синкінезії (мимовільні рухи)	відсутні / помірні / виражені	відсутні	відсутні
Контрактури / гіпертонус м'язів	відсутні / помірні / виражені	відсутні	відсутні
Функція губ (жування / мова / пиття)	норма / помірне порушення / виражене порушення	виражене порушення	помірне порушення
<b>Функціональні тести</b>			
Шкала House-Brackmann	ступінь	V	II
Шкала Sunnybrook Facial Grading System	бали	15	80
FDI (Physical Function Scale)	відсоток	25	90
<b>Опитувальники</b>			
ВАШ	бал	2	0

FDI (Social/Well-being Scale)	відсоток	35	96
-------------------------------	----------	----	----

#### ФІЗИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПЛИВИ

Назва фізіотерапевтичного впливу	Кількість процедур	Висновок про результати фізичної терапії (підкреслити)
Терапевтичні вправи з візуальним контролем	40	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Кінезіотейпування обличчя	20	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Лазеротерапія	15	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Акупунктура	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення

Дослідник \_\_\_\_\_

**Київський столичний університет імені Бориса Грінченка**  
**Факультет здоров'я, фізичного виховання і спорту**  
**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

Протокол спостереження 15

П.І.П. пацієнта: Вік 48 р. Стать: жін. Реабілітаційна установа: Клініка сучасної неврології «Аксімед»  
 Діагноз (нозологія, стадія/фаза, ускладнення): неврит лицьового нерва (лівосторонній, субактивна фаза).

Показники дослідження	Один. виміру	До впливу	Після впливу
<b>Антропометричні показники</b>			
Зріст (стоячи)	см	167	167
Вага	кг	66	65,4
<b>Огляд</b>			
ЧСС	Уд/хв	76	72
АТ	мм рт. ст	122/78	120/75
Асиметрія обличчя у спокої	відсутня / помірна / виражена	помірна	відсутня
Опущення кута рота	так / ні	так	ні
Згладжена носогубна складка	так / ні	так	ні
Зниження/відсутність зморшок на лобі	так / ні	так	ні
Синкінезії (мимовільні рухи)	відсутні / помірні / виражені	помірні	відсутні
Контрактури / гіпертонус м'язів	відсутні / помірні / виражені	відсутні	відсутні
Функція губ (жування / мова / пиття)	норма / помірне порушення / виражене порушення	помірне порушення	норма
<b>Функціональні тести</b>			
Шкала House-Brackmann	ступінь	IV	II
Шкала Sunnybrook Facial Grading System	бали	25	78
FDI (Physical Function Scale)	відсоток	35	85
<b>Опитувальники</b>			
ВАШ	бал	2	0
FDI (Social/Well-being Scale)	відсоток	45	90

### ФІЗИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПЛИВИ

Назва фізіотерапевтичного впливу	Кількість процедур	Висновок про результати фізичної терапії (підкреслити)
Терапевтичні вправи з візуальним контролем	40	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Кінезіотейпування обличчя	15	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Лазеротерапія	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення
Акупунктура	10	<u>значне</u> / незначне покращення / без змін / погіршення

Дослідник \_\_\_\_\_