

## **Выводы**

Таким образом, после перенесенного нарушения мозгового кровообращения когнитивные нарушения зарегистрированы в 84 % случаев по результатам МоСа теста и в 76 % случаях по данным MMSE. Показатели шкалы FAB изменялись в меньшей степени.

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Авдей, Г. М. Когнитивные нарушения у больных с ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде / Г. М. Авдей // Неврология и Нейрохирургия. Вост. Европа. – 2012. – № 2. – С. 11–3.
2. Авдей Г. М. Цереброваскулярная патология и инсульт. Сообщение I. Мед новости. 2008;3:18-2.
3. Деменции / Н. Н. Яхно [и др.] – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 272 с.
4. Захаров, В. В. Нервно-психические нарушения: диагностические тесты / В. В. Захаров, Т. Г. Вознесенская. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 320 с.

**УДК 616.833.17**

**А. В. Громыко**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ПРОЯВЛЕНИЯ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА**

### **Введение**

Невропатия лицевого нерва является заболеванием периферической нервной системы, основные синдромы которого, независимо от уровня поражения, представлены прозопарезом и прозоплегией. Эти расстройства приводят к органическим, эстетическим и функциональным нарушениям. Поражение лицевого нерва приводит к асимметрии лица пациента, заметная в покое и резко усиливающаяся при мимических движениях, сглаженности на стороне поражения кожных складок, упущению угла рта, глазная щель становится шире, при зажмуривании век глаз не закрывается, а глазное яблоко отходит вверх и кнаружи, при этом становится видна белая полоска склеры, снижен надбровный и роговичный рефлекс [1].

Данное патологическое состояние характеризуется затяжным течением болезни с неполным восстановлением прозопареза с формированием косметического дефекта, также возможными рецидивами и осложнениями с появлением синкинезий или контрактур мимических мышц.

### **Цель**

Изучить особенности течения и эффективность лечения невропатии лицевого нерва.

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ стационарных карт 25 пациентов, находившихся на лечении в неврологических отделениях 1 и 2 учреждения здравоохранения «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны» за период 2016 и 2019 годов с диагнозом невропатия лицевого нерва. Изучены пол и возраст пациентов, клиническая картина, степень повреждения, результат лечения, связь с временем года. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения MS Excel 2013.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Были проанализированы истории болезней 25 пациентов находящихся на стационарном лечении. Разделение по полу в исследуемой группе следующее: 11 (44 %) мужчин и 14 (56 %) женщин. Средний возраст пациентов составил 58,6 лет.

Распределение пациентов по возрастным группам показало: пациенты молодого возраста составили 28 %, среднего возраста 12 %, пожилого возраста 44 %, старческого возраста 12 %.

В анамнезе из 25 пациентов с невropатией лицевого нерва у 3 (12 %) отмечалось повторное поражение лицевого нерва.

При поступлении в стационар у 8 (32 %) пациентов установлена легкая степень тяжести, у 4 (16 %) и 13 (52 %) пациентов умеренная и тяжелая степень соответственно. В 52 % случаев отмечалось правостороннее поражение лицевого нерва, в 44 % левостороннее, и у 4 % двухстороннее.

Для 28 % пациентов характерен положительный симптом Белла на стороне поражения. У 5 (20 %) отмечается такой симптом как невозможность нахмурить лоб. В исследуемой выборке для 8 (32 %) пациентов характерна сглаженность носогубной складки, для 5 (20 %) – опущение уголка рта. Онемение в лице присутствовало у 5 (20 %).

У 6 (24 %) наблюдалось нарушение речи. Симптом «паруса» установлен у 4 (16 %) пациентов.

Лагофтальм отмечался у 10 (40 %) пациентов, слезотечение у 8 (32 %).

Также отмечена сезонность заболеваемости. Пик заболеваемости приходится на май 24 %, июль и август по 12 % соответственно.

### **Выводы**

В ходе проведенного исследования были установленными следующие выводы: данная патология наиболее часто встречается у лиц старческого возраста, имеет рецидивирующее течение, также отмечается сезонность заболевания.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Заболевания тройничного и лицевого нервов: учеб. пособие / сост. : Т. Р. Мирсаев, Ф. З. Мирсаева. – Уфа: Изд-во ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2018. – 105 с.

**УДК 616.831-005.8-06:**

**А. В. Демьянцева**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **БУЛЬБАРНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ИНФАРКТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

### **Введение**

Одним из тяжелых проявлений острого нарушения мозгового кровообращения являются бульбарные расстройства.

Бульбарные расстройства включают: нарушение речи – дизартрию, и нарушение акта глотания – дисфагию (нарушение глотания). Данные проявления реализуются за счёт поражение нервов, ответственных за артикуляцию, а также периферического паралича или пареза мышц языка, мягкого нёба, глотки, надгортанника, гортани.

Бульбарные расстройства связаны с поражением ядер, корешков или периферических отделов бульбарной группы черепно-мозговых нервов. Для бульбарной дизартрии характерны арефлексия, амимия, расстройство сосания, глотания твердой и жидкой пищи, жевания, гиперсаливация, вызванные атонией мышц полости рта. Артикуляция звуков невнятная и крайне упрощенная. Все разнообразие согласных редуцируется в