

при меньшем общем количестве госпитализированных молодых мужчин, у них выявлено больше случаев острых нарушений мозгового кровообращения, чем у женщин.

2. Установлено что преобладающим патогенетическим подтипом острых нарушений мозгового кровообращения у молодых лиц является ишемический инсульт — 30 пациентов (из них мужчин — 69,2%, женщин — 30,8%). Реже диагностируют геморрагический инсульт — 24 пациента (из них мужчин — 58,3%, женщин — 41,7%) и транзиторную ишемическую атаку — 22 пациента (из них мужчин — 45,4%, женщин — 54,6%).

Основная причина у лиц молодого возраста с острыми нарушениями мозгового кровообращения по данным статистической обработки историй болезней является артериальная гипертензия (диагностирована у 29 мужчин и 17 женщин).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кадыкова, А. С.* Практическая неврология / А. С. Кадыкова, Л. С. Манвелова, В. В. Шведкова. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2016. — С. 209–254.
2. *Jones, H. R.* Netter's Neurology 2nd edition / H. R. Jones, J. Srinivasan, G. J. Allam // Elsevier Health Sciences. — 2011. — С. 202–236, 499–517.
3. *Котов, С. В.* Инсульт: рук-во для врачей / С. В. Котов, Л. В. Стаховская. — М.: МИА, 2014. — С. 72–148.
4. *Гусев, Е. И.* Неврология. Национальное руководство / Е. И. Гусев. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2014. — С. 371–397.

УДК 616.833.17:616.85-08

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Вдовиченко Ю. Н.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Заболевания лицевого нерва, по данным ВОЗ, занимают второе место по частоте среди патологии периферической нервной системы и первое место среди поражений черепно-мозговых нервов (число пациентов в возрасте от 10 до 45 лет составляет 60–70 %). В 75 % случаев причиной одностороннего пареза мимической мускулатуры является паралич Белла. Частота встречаемости данной патологии составляет примерно 17–18 случаев на 10 тыс. населения. Поражение лицевого нерва чаще встречается у молодых людей (хотя может развиваться в любом возрасте), и значительно преобладает у женщин. Это тяжелое заболевание приводит к серьезным физическим, функциональным, эстетическим нарушениям и психологической травме. Хотя паралич Белла и не относится к заболеваниям, угрожающим жизни пациентам, его следует отнести к неотложным состояниям ввиду угрозы обезображивания лица, что создает тяжелые психологические и социальные проблемы. В данной обзорной статье мы не будем рассматривать медикаментозное лечение данного заболевания. Мы разберем современные подходы к лечению невропатии лицевого нерва.

Цель

Проанализировать альтернативу медикаментозному лечению невропатии лицевого нерва, узнать возможно ли полное восстановление функции лицевого нерва после хирургического лечения.

Материал и методы исследования

Изучение и анализ научной литературы и статей по лечению невропатии лицевого нерва.

Результаты исследования и их обсуждение

Лицевой нерв — первый нерв, на котором была выполнена нейропластика, заключающаяся в сшивании периферического отрезка лицевого нерва с центральным отрезком другого, специально пересеченного двигательного нерва. Впервые реиннервация лицевого нерва добавочным нервом выполнена Drobnik в 1879 г., подъязычным нервом — Korte в

1902 г. Вскоре эти операции стали применяться чаще. В качестве нервов-доноров для реиннервации лицевого нерва, помимо добавочного и подъязычного нервов, использовались языкоглоточный, диафрагмальный, нисходящая ветвь подъязычного нерва; 2-й и 3-й шейные нервы, мышечная ветвь добавочного нерва, идущего к грудино-ключично-сосцевидной мышце. К настоящему времени накоплен значительный опыт операций экстракраниальной реиннервации лицевого нерва.

Реиннервация лицевого нерва добавочным нервом. Главный эффект операции состоит в предупреждении атрофии мышц и в восстановлении их тонуса. Реиннервация лицевого нерва подъязычным нервом — наиболее часто используемая методика экстракраниальной реиннервации лицевого нерва.

Перекрестная аутопластика лицевого нерва. Суть операции заключается в реиннервации пораженного лицевого нерва или его ветвей отдельными ветвями здорового лицевого нерва через аутотрансплантаты, что дает возможность создать связи между корреспондирующими ветвями лицевых нервов. Обычно используют 3 аутотрансплантата. *Васкулярная (микроваскулярная) декомпрессия* лицевого нерва является единственным, известным современной науке, методом эффективного лечения гемифациального спазма, воздействующим непосредственно на причину мучительного недуга. Доказано, что причиной заболевания является прямое сдавление (компрессия) нерва прилежащим артериальным или венозным сосудом. Таким образом, первые попытки хирургического лечения сопровождались пересечением лицевого нерва, что неизбежно приводило к уродующей асимметрии лица вследствие необратимого нарушения функции нерва. В настоящее время с целью устранения нейроваскулярного конфликта, используется микрохирургическая техника, позволяющая свести возможные осложнения к минимуму.

Для осуществления доступа к области нейроваскулярного конфликта производится небольшой разрез в заушной области на пораженной стороне. После выпиливания небольшого костного фрагмента у хирурга появляется возможность слегка сместить полушарие мозжечка и в образовавшемся пространстве между мозгом и основанием черепа свободно оценить картину и устранить обнаруженную компрессию. С целью лучшего обзора труднодоступных «потаенных» мест в дополнение к интраоперационному микроскопу используются эндоскопы с различными углами обзора. При обнаружении точного места компрессии, сосуд аккуратно отделяется от нерва и между ними укладывается специальный биологически инертный материал — тефлоновая вата (муфта). После того как костный лоскут уложен на место и крепко фиксирован, производится герметичное закрытие раны и косметический внутрикожный шов. При условии гладкого течения послеоперационного периода, выписка пациента под наблюдение врачей поликлиники возможна на 4–6 сутки после операции. Показания к хирургической декомпрессии обсуждаются отохирургами. Ее обычно рекомендуют при отсутствии даже минимального клинического улучшения и признаков проводимости по нерву на электромиограмме через 3–4 недели от начала заболевания, а согласно новым рекомендациям — даже несколько раньше. Однако достоверных доказательств того, что этот метод улучшает исход заболевания, — по сравнению со спонтанным его течением — не получено.

Лечение натяжением. Лейкопластырное натяжение осуществляется следующим образом: лейкопластырь накладывается на активные точки здоровой стороны лица — область квадратной мышцы верхней губы, круговой мышцы рта (со здоровой стороны) — и с достаточным сильным натяжением, направленным в сторону больной стороны, прикрепляется к специальному шлему-маске или к боковым лямкам послеоперационной повязки. Натяжение оставляют на период от 2-х до 6 ч в сутки с постепенным увеличением времени изо дня в день. Особенно необходима такая повязка во время активных мимических действий — во время еды, разговора, в эмоциональных ситуациях, т. к. ослабление асимметрической тяги мышц здоровой стороны лица улучшает общее функциональное состояние парализованных мышц, что играет огромную роль в послеоперационном периоде, особенно после прорастания подшитого нерва.

Однако на данный момент ни одно хирургическое вмешательство не ведет к полному восстановлению лицевого нерва.

Выводы

1. Имеется альтернатива медикаментозному лечению невралгии лицевого нерва.
2. На сегодняшний день полное восстановление функций лицевого нерва после хирургического лечения пока еще невозможно. Основная цель операции — это воссоздание симметрии лица и возвращение симметричной улыбки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мументалер, М. Неврология / М. Мументалер, Х. Маттле. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 636 с.
2. Яхно, Н. Н. Болезни нервной системы / под ред. Н. Н. Яхно. — М.: Медицина, 2007. — 536 с.
3. Никифоров, А. С. Клиническая неврология: рекомендации для врачей / А. С. Никифоров. — М.: Медицина, 2009. — 564 с.

УДК 254.2-24-2-558

ОСОБЕННОСТИ ПОХОРОННОЙ ОБРЯДНОСТИ В ЗОРОАСТРИЗМЕ

Веремеюк К. В.

Научный руководитель: старший преподаватель *А. Н. Коленда*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

وَجَعَلْنَا لِكُلِّ شَيْءٍ قَدْرًا

وَمَا يَدْرَأُكَ اللَّهُ مَغْلُوبًا وَمَا يَدْرَأُكَ اللَّهُ مَغْلُوبًا

И сделал Йима все точно так,
как сказал ему я, Ахура Мазда.

Vd 2, 32

Введение

Зороастризм — древнейшая доисламская религия Ирана, название которой происходит от имени ее главного пророка — Заратуштры (Zarathustra), что передается в греческой форме — Зороастр (Zoroastrēs). Ее последователи парсы (в Индии) и гевры (в Иране) живут теперь также в Западной Европе и Северной Америке. Огнепоклонники кроме верховного божества Ахура-Мазды и его эманаций также почитают пророка и свод священных текстов, заключенных в Авесте. Та часть священной книги, которая содержит ответы на вопросы, касающиеся правовых и ритуальных проблем, носит название видевдат — (Videvdāt) «Закон против дэвов» [2, 3].

Цель

В ходе нашей работы путем анализа текста видевдата планируется определить особенности траурной церемонии в зороастризме, а также основные причины и методы очищения объектов, имевших контакт с трупами.

Основная часть

Из всех предписаний видевдата наиболее полно описаны те, которые содержат сведения о погребальных обрядах. Как и во многих других религиях, после смерти человека в зороастризме, начинался упаман — траур. Продолжительность траура зависит от степени родства и греховности усопшего. Так, например, траур по праведному домохозяину продолжался полгода, а по грешнику — год. Если умирали близкие родственники, то траур мог длиться от месяца до двух, в то время как при гибели дальних родственников — от пяти до пятидесяти дней [1].