

Кратковременный катамнез на данном этапе не подтвердил прогрессирование заболевания. Тем не менее, данный клинический случай требует дальнейшего динамического наблюдения.

Выводы

В связи с редкостью данного заболевания, узким специалистам необходимо тщательно подходить к осмотру таких пациентов из-за повышенных рисков для матери и плода. Появление симптоматики хорей беременных требует клинической настороженности и проведения дифференциальной диагностики с такими патологиями как гепатолентикулярная дегенерация, хорей Гентингтона, энцефалит, системная красная волчанка, тиреотоксикоз, нейросифилис, антифосфолипидный синдром. Несвоевременное обращение и начало этиотропной терапии может привести к тяжелым последствиям. Применение мультисистемного подхода к ведению пациентки с данной патологией привело к благоприятному исходу беременности для матери и плода.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Movement disorders and pregnancy: a review of the literature / S. M. Kranick [etc.] // *Mov Disord.* – 2010. – № 25 – P. 665–671.
2. Современные аспекты диагностики и лечения хорей беременных / В. В. Ткач [и др.] // *Научное обозрение. Медицинские науки.* – 2022. – № 4 – С. 41–45.
3. Хорей беременных. Клинический случай / О. Ю. Циплугина [и др.] // *Научный вестник здравоохранения Кубани.* – 2018. – № 3 – С. 43–68.

УДК 617.761.1-08

В. В. Кавецкая, А. Д. Кавецкий

Научный руководитель: ассистент Д. А. Ярмолович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республики Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА МАРКУСА ГУННА

Введение

Синдром Маркуса Гунна является одним из редких заболеваний, диагностируемым в детском возрасте. Встречается у 3–5 % детей, которые родились с врожденным птозом верхнего века. В г. Гомель выявлен впервые.

Впервые заболевание было описано в 1883 году лондонским офтальмологом Маркусом Робертом Гунном у 15-летней девочки и носит его имя. К основным проявлениям синдрома относятся птоз верхнего века и синкинезия – произвольный подъем верхнего века при произвольных движениях нижней челюсти. Синкинезии появляются при открывании рта, движениях нижней челюсти в противоположную или ту же сторону, при стискивании зубов, выдвигании челюсти вперед и движениях губами. Степень выраженности птоза и синкинезии варьирует в широких пределах [1].

Синдром Маркуса Гунна – это аутосомно-доминантное заболевание с неполной пенетрантностью. Так же известен как синдром «подмигивания челюстью». Этиопатогенез заболевания до конца не ясен, однако считается, что это явление неправильного направления нервов, при котором волокна двигательного отдела тройничного нерва врожденно неправильно направлены в верхнюю крыловидную мышцу и мышцы-леваторы. Это было продемонстрировано при электромиографических исследованиях. Феномен подмигивания может быть вызван открытием рта, отведением челюсти в противоположную сторону, выпячиванием челюсти, жеванием, улыбкой или сосанием.

Существует мнение, что опущение нижней челюсти имеет тенденцию к улучшению с возрастом, и это может быть причиной того, что оно редко наблюдается у взрослых. Заболевание почти всегда одностороннее, обычно поражает левую сторону и примерно в 80 % случаев связано с недостаточной активностью ипсилатеральной верхней прямой мышцы [2].

Цель

Оценить клинические проявления синдрома Маркуса Гунна у ребенка, находящегося на стационарном лечении в УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» (ГОДКБ).

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ истории болезни с диагнозом синдром Маркуса Гунна в неврологическом отделении новорожденных в УЗ «ГОДКБ».

Результаты исследования и их обсуждение

Ребенок, родившийся 16 декабря 2022 года, наблюдался в неврологическом отделении новорожденных в УЗ «ГОДКБ».

Девочка от 2 беременности, протекавшей на фоне анемии, вагинита, венозного расширения вен. Роды вторые срочные. Наследственность не отягощена. Масса тела при рождении 3380 г., по Апгар 8/8 баллов. В раннем неонатальном периоде: подергивание верхнего века при сосании с первых суток. Ребенок лечение не получал.

Объективный статус средней степени тяжести за счет неврологической симптоматики, кожные покровы чистые, бледно-розовые, субиктеричный оттенок лица. Тоны сердца ритмичные, звучные, частота сердечных сокращений 135 ударов в минуту. Живот мягкий, печень увеличена на 1 см.

В локальном статусе при поступлении черепные нервы без очаговых знаков, при сосании отмечается синхронное движение левого века, непостоянный синдром Грефе слева. Сосательный и поисковый рефлекс и верхний хватательный рефлекс усилены, рефлекс Моро 1 фаза. Рефлекс защиты, рефлекс опоры, рефлекс автоматической ходьбы и рефлекс Бауэра сомнительные. Мышечный тонус повышен. Большой родничок 1 см. Разведение бедер не затруднено.

С целью уточнения диагноза было проведено лабораторно-инструментальное обследование.

В общем анализе крови обнаружены бактерии. Патогенных энтеробактерий не обнаружено. В биохимическом и общем анализах крови патологии не было выявлено.

Была проведена консультация врача-офтальмолога, где был выявлен OS-блефароптоз, отмечалось самопроизвольное приподнимание верхнего века при сосании, замечено с рождения.

По результатам ультразвукового исследования (УЗИ) тазобедренных суставов выявлена физиологическая задержка развития правого тазобедренного сустава.

При нейросонографии (НСГ) эхоскопически патологии не выявлено.

На электроэнцефалограмме (ЭЭГ) наблюдается низкоамплитудная прерывистая активность с преобладанием колебаний тета- и дельта-диапазона в задневисочных и затылочных отделах максимальной амплитудой до 19 мкВ. Клинические события не зафиксированы. Четкой эпилептиформной активности за время исследования не выявлено.

По результатам электрокардиограммы (ЭКГ) были выявлены признаки перегрузки правого желудочка.

На основании клинического осмотра и жалоб был выставлен диагноз: синдром Маркуса Гунна.

При повторном обследовании через 6 недель после выписки было проведено объективное обследование: крик средней силы, на осмотр реагирует, при сосании отмечается

синхронное движение левого века, спонтанная двигательная активность удовлетворительная. Сосательный и поисковый рефлекс и верхний двигательный положительные, спонтанный рефлекс Моро 1 фаза. Рефлекс защиты, рефлекс опоры и рефлекс автоматической ходьбы сомнительные. Рефлекс Бауэра положительный. Мышечный тонус ближе к физиологическому. Большой родничок 2.0 × 2.0 см. Патологической установки нет. При нейросонографии мозговое вещество и желудочковая система без особенностей.

При повторном обследовании уже через 11 недель после выписки заключение ЭЭГ было таково: биоэлектрическая активность головного мозга соответствует возрасту, пароксизмальный и эпилептиформной активности на момент исследования не зарегистрировано. НСГ без патологий.

Выводы

Синдром Маркуса Гунна является редким заболеванием, требующим особого подхода и специальных знаний медицинского персонала. Особенностью данного синдрома является ранняя клиническая диагностика и молекулярно-генетическая верификация, с целью улучшения качества жизни пациента. Раннее диагностирование позволяет предотвратить возможные осложнения, а также использование хирургической коррекции синдрома.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Gun, R. M. Congenital ptosis with peculiar associated movements of the affected lid / R. M. Gun // Trans Ophthal Soc UK. – 1883. – № 3. – P. 283–287.
2. Pandey, M. Abnormal oculocardiac reflex in two patients with Marcus Gunn syndrome / M. Pandey // J. Anaesthesiol Clin Pharmacol. – National Library of Medicine. – 2011. – P. 27(3).

УДК 616.831-005.8-039.74: [316.774:378.6-057.875]

Я. В. Кикинёва

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ ГОМГМУ ОБ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Введение

«Терапевтическое окно» при инсульте, то есть время, в течение которого оказанная помощь эффективна, длится 4,5 часа, поэтому помощь пострадавшим должна быть оказана как можно раньше. Представляет интерес проанализировать, насколько студенты ГомГМУ осведомлены о правильном оказании первой помощи при инсульте [1, 2, 3].

Цель

Определить уровень осведомленности студентов ГомГМУ о правилах оказания первой помощи при инсульте, а также выявить самые распространенные заблуждения, касающиеся данного вопроса.

Материал и методы исследования

Аналитический: обзор научной литературы; статистический: анкетирование с использованием приложения Google Формы. Были опрошены 52 студента ГомГМУ.

Результаты исследования и их обсуждение

Сначала было проверено знание алгоритма FAST. Так, о том, что при инсульте опускается угол рта при попытке улыбнуться, знали 98,1 % опрошенных, что опускается одна из рук, поднятых горизонтально – 86,5 %, что речь становится невнятной – 96,2 %, что