

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

что вызывать первую помощь нужно сразу, не откладывая – 98,1 %. Таким образом, о том, как распознать инсульт студенты знали достаточно хорошо.

Следующие вопросы касались собственно помощи пострадавшему. Так, о том, что пострадавшему нельзя давать есть и пить, знают 94,2 % опрошенных. Однако о том, что голову пострадавшего нужно повернуть набок, чтобы он не захлебнулся рвотными массами (оказывающий помощь не может знать, что именно стало причиной болезненного состояния), осведомлены только 50 %. О том, что нельзя давать лекарства (опять же, оказывающий первую помощь может лишь предполагать, что у человека инсульт), знают только 67,3 % респондентов.

На вопрос о правильном положении пострадавшего (лежа с приподнятым головным концом кровати) верно ответили лишь 53,8 % студентов.

Выводы

Данное исследование выявило, что в целом студенты ГомГМУ достаточно осведомлены о вопросах оказания первой помощи. Однако о том, как распознать инсульт, студенты знают лучше, чем о правилах оказания первой помощи. Чаще всего студенты заблуждались в вопросах о том, можно ли поворачивать голову пациента набок, можно ли давать лекарства и о правильном положении его тела.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Латышева, В. Я. Неврология и нейрохирургия: учебник для студентов 4–6 курсов лечеб., педиатр., медико-диагн. факультетов мед. вузов, клин. ординаторов, аспирантов и начинающих неврологов / В. Я. Латышева, Б. В. Дривотинов, М. В. Олизарович. – Гомель: ГомГМУ, 2018. – 440 с.
2. Неврология и нейрохирургия: учебно-метод. пособие к практическим занятиям для студентов 4 курса лечеб. факультета, факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран и 5 курса медико-диагн. факультета мед. вузов / В. Я. Латышева [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2014. – 152 с.
3. Латышева, В. Я. Краткий курс лекций по неврологии и нейрохирургии: учеб.метод. пособие для студентов 4 курса мед.-профилактич.и мед.-диагн. фак-тов / В. Я. Латышева, Е. А. Гуцева, О. А. Светляк. – Гомель: ГГМУ, 2009. – 81 с.

УДК 616.8-08:615.28

А. А. Кухарева

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. И. Курман

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ

Введение

Химиотерапия является одним из ведущих методов лечения злокачественных опухолей. Многие современные цитостатики вызывают проявления нейротоксичности, требующие модификации доз, отсрочки очередных циклов терапии и даже полного прекращения лечения [1]. Нейротоксичность является одним из специфических системных осложнений химиотерапии, затрагивающих как качество жизни онкологических пациентов, так и саму возможность проведения жизненно важного противоопухолевого лечения [2]. Одним из таких осложнений является возникающая после химиотерапии полинейропатия (ХПН). Степень выраженности ХПН находится в прямой зависимости от кумулятивной дозы химиопрепарата и применяемой схемы лечения [3].

Полинейропатия – системное заболевание периферической нервной системы, которое характеризуется диффузным поражением периферических нервных волокон, входя-