

О ХАРАКТЕРЕ ВЫЗВАННЫХ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ МИОГЕННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Тарасевич Н.М.

ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии»

Вестибулярные вызванные миогенные потенциалы - это бифазный ответ, вызванный громким звуковым сигналом и регистрируемый с тонически сокращенной грудиноключичнососцевидной мышцы (ГКСм). Существует достаточно методов для диагностики вестибулярных расстройств, вызванных дисфункцией полукружных каналов, в то время имеется недостаток методов для диагностики отолитовых расстройств.

Цель. Исследовать вестибулярные вызванные миогенные потенциалы (ВВМП) у здоровых лиц.

Методы. Было обследовано 30 здоровых лиц, не предъявляющих жалоб. Средний возраст обследуемых составил $20,2 \pm 2,1$ лет. При клиническом осмотре не выявлено никакого неврологического дефицита. Все больные были осмотрены отоневрологом с последующим заключением: очаговой и церебральной патологии не выявлено. Обследование проводилось на аппарате InterAcoustics (Дания) с применением модуля EP25. Пациент усаживался в кресло, места наложения одноразовых электродов предварительно тщательно обрабатывались с целью получения низкого сопротивления кожи. Электроды накладывались: попарно на оба сосцевидных отростка, референтный электрод на активную ГКСм, заземляющий электрод на лоб. Далее фиксировалось сопротивление кожи. Для достижения наилучших результатов сопротивление на каждом электроде должно быть как можно ближе к $3 \text{ k}\Omega$ или ниже этого значения, и лучше всего, если оно будет уравновешено на всех электродах. Далее с помощью наушников TDH39 подавались щелчки 100 дБ последовательно в каждое ухо. При этом голова пациента повернута в сторону противоположную стимуляции (с целью тонического напряжения ГКСм). Далее референтный электрод перекладывался на противоположную ГКСм и обследование повторялось. Нами проводилось 2-4 записи за один сеанс, чтобы гарантировать хорошую воспроизводимость; при этом за одну запись подавались 200 стимулов. Это занимает примерно от 30 секунд до 1 минуты для каждой стороны. При этом сигнал от стимулируемой стороны был усилен и отфильтрован (100-1200 Hz).

Результаты. ВВМП здоровых лиц состояли из позитивной (Р) и негативной (N) волн. Средние значения для 30 здоровых лиц составляли: латентность Р $11,67 \pm 1,6 \text{ ms}$; латентность N $19,2 \pm 2,3 \text{ ms}$. Амплитуда была получена для Р $43 \pm 28 \text{ }\mu\text{V}$, для N $53,3 \pm 31,1 \text{ }\mu\text{V}$. РN латентность $7,56 \pm 2,3 \text{ ms}$,

амплитуда же равнялась $96,3 \pm 54,7 \mu\text{V}$. Также был вычислен показатель асимметрии вестибуло-цервикального рефлекса по формуле $(AL-AR)/(AL+AR)$, где AL-это амплитуда РН справа, AR-это амплитуда РН слева. Полученное число числителя оценивалось по модулю. При этом ни у одного человека коэффициент асимметрии не превышал 0,09.

Выводы. Таким образом, у здоровых лиц регистрируется симметричный бифазный ответ, который имеет определенную форму волны и минимальный коэффициент асимметрии, что имеет большое значение в практической медицине.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МОЗГА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Усова Н.Н., Галиновская Н.В.

*УЗ «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ»,
УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

Соматозогнозия или внутренняя картина болезни (ВКБ) - это процесс познания своей болезни, ее оценка у психически здоровых людей и их личностные реакции на заболевание. Знание структуры ВКБ позволяет врачу не только определить ошибки пациента в формировании отражения симптомов недомогания, но и осуществить направленное терапевтическое воздействие с помощью медикаментозных и психотерапевтических средств, что помогает в преодолении последствий болезни, которые при инфаркте мозга (ИМ) требуют значительных усилий со стороны больного.

Цель. Изучение и сравнение ВКБ у больных с ИМ молодого возраста и здоровых лиц.

Методы. В исследование были включены больные с ИМ молодого возраста (до 45 лет) в остром периоде заболевания - 16 человек (средний возраст: $37,9 \pm 8,1$ лет) и здоровые лица контрольной группы - 9 человек (средний возраст: $29,3 \pm 5,3$ лет). Изучение ВКБ проводилось по методике психологической диагностики типов отношения к болезни (Л.И. Вассерман с соавторами, Ленинград, 1987), с помощью которой определялся профиль отношения к болезни с определением ведущего в соответствии с классификацией А.Е. Личко и Н.Я. Иванова (1980, 1983). Исследуемые самостоятельно отвечали на вопросы теста, затем исследователем проводилась обработка результатов с помощью построения диагностической сетки и графика согласно вышеуказанной методике.

Результаты. Согласно полученным данным у больных с ИМ