

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 PN справа, AR-это амплитуда PN 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»*

Соматонозогнозия 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

молодого возраста наблюдался большой разброс типов ВКБ. При этом в психологической структуре преобладали чистые типы, среди которых большая часть приходилась на гармоничный - 31,25% пациентов и эргопатический типы - 25%, $p < 0,05$. Диффузный и смешанный тип ВКБ имели по 18,75% больных с преобладанием во всех случаях в этих типах эргопатического. У одного исследуемого (6,25%) наблюдался сенситивный тип отношения к болезни. У здоровых лиц преобладал анозогностический тип ВКБ (44,4%, $p < 0,004$); на втором месте по значимости был смешанный тип ВКБ (33,3%) с преобладанием анозогностического; затем - гармоничный (22,2%). Обращает на себя внимание, что ни один больной с ИМ в молодом возрасте не имел анозогностического типа ВКБ. Эта особенность, вероятно, может отражать благоприятную тенденцию к осознанию симптоматики, связанную с возрастом исследуемых.

Выводы. Сравнение ВКБ у больных молодого возраста с ИМ и у здоровых лиц выявило определенные различия ее структуры, что отражает на наш взгляд адекватное восприятие болезни в основной группе и указывает на отсутствие выраженных когнитивных нарушений после мозговой катастрофы. Выявленную тенденцию можно считать благоприятной и способствующей восстановлению нарушенных функций, и создающей у данной категории больных высокую мотивацию на реабилитацию и возвращение к трудовой деятельности.

ПРОТОКОЛ РАННЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ НЕВРОПАТИЯМИ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Хованская Г.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Проблема совершенствования и оптимизации реабилитационной помощи больным с периферическими невропатиями конечностей, имеющим двигательные нарушения, сохраняет свою актуальность в связи с тем, что процесс реабилитации является многомерной, многоплановой системой, требующей участия в ее реализации различных специалистов и структур, а также длительной временной нетрудоспособностью и выхода на инвалидность у данной категории больных.

Цель. Разработать протокол медицинской реабилитации больных с периферическими невропатиями конечностей.

Методы. Реабилитационные мероприятия, в зависимости от периода заболевания и степени выраженности двигательных нарушений,