

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,

реабилитационного потенциала, должны быть индивидуальными, адекватны характеру поражения и выполняться в определенной последовательности. Для оценки состояния функции учитывались данные реабилитационно-экспертной диагностики (неврологический статус, оценка степени выраженности нарушений по функциональным классам, оценка физической работоспособности, психологическая мотивация на реабилитацию, классическая электродиагностика, реовазография конечностей, электронейромиография и т.д.).

**Результаты.** На основании полученных данных составляется программа физической реабилитации больных с применением лечения положением, лечебной физкультуры с применением всех видов гимнастических упражнений, эрготерапия для тренировки чувствительной, мелкой, сенсомоторной тренировки, восстановления навыков самообслуживания, трудотерапия, мероприятия психологической реабилитации, массаж, физиотерапевтическое лечение, медикаментозная терапия общепринятым протоколам.

Разработаны критерии оценки эффективности медицинской реабилитации.

Использование разработанного нами протокола медицинской реабилитации позволяет улучшить функциональные показатели на стационарном этапе (у 45,7% достигнуто улучшение на 1 ФК и более), способствует более полному восстановлению функции пораженных нервов за более короткие сроки, чем при традиционном восстановительном лечении. Определение показателей силы мышц конечностей и сравнительный анализ этих показателей в процессе использования общепринятой ранее методики восстановительного лечения и разработанной нами программы медицинской реабилитации показал достоверное увеличение всех силовых показателей у 87% пациентов, увеличение объема активных и пассивных движений пораженной конечности у 86%, что отражает соответственно возрастающие возможности трудовой и бытовой реабилитации больных.

**Выводы.** Предложенный протокол медицинской реабилитации больных с периферическими невропатиями позволяет улучшить функциональное состояние нервно-мышечного аппарата у 86,4% больных, сократить длительность пребывания в стационаре на 2,4 дня, что указывает на экономическую эффективность восстановительного лечения и улучшения качества жизни пациентов.