

управляемого развития зрения у детей в условиях дошкольно-школьного воспитания и обучения / Под. ред. К.В. Орехова. - Красноярск, 1984.- 73 с.

2. Григорьева Л.П. Психофизиологические исследования зрительных функций нормальновидящих и слабовидящих школьников / НИИ дефектологии. Акад. Пед. Наук СССР. – М.: Педагогика, 1983. – 152 с.

3. Определение степени функциональной готовности детей к поступлению в школу: метод. рекомендации / Под ред. Подневич А.И.- Гродно, 1998. - 32 с.

ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МОЗГА, В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Авдей С.А., Редута Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Г.М. Авдей

Головная боль (ГБ) представляет собой своеобразный психофизиологический феномен в виде хронического стрессового состояния, способствующего формированию эмоциональных и вегетативных расстройств. Цель исследования: проанализировать частоту и интенсивность головной боли, частоту психических и вегетативных нарушений у больных, перенесших инфаркт мозга, в зависимости от латерализации очага поражения.

Материал и методы исследования. Обследовано 60 больных (средний возраст 60 лет), перенесших инфаркт мозга (ИМ), в восстановительном периоде (до 1 года). Оценивали интенсивность ГБ с помощью визуально аналоговой шкалы (ВАШ), частоту ГБ по двум градациям – «частая» – боли чаще 2 раз в неделю и «редкая» – реже 2 раз в неделю, выраженность синдрома вегетативной дистонии -

количественно с помощью анкетного метода, разработанного во Всероссийском центре вегетативной патологии. Особенности симптома ГБ сопоставляли со степенью сохранности способности больного к самообслуживанию – по шкале Бартеля. Психологическое состояние больного анализировали с помощью тестов для определения уровня депрессии (по Т.И. Балашовой), астении (по Л.Д. Малковой – Т.Г. Чертовой), личностной склонности к сниженному настроению и неуправляемой эмоциональной возбудимости (по В.В. Бойко). Психологические изменения у больных сопоставлялись с полушарной латерализацией патологического очага. Проводилась статистическая обработка материала.

Результаты исследования и обсуждение. После развития инсульта ГБ различной интенсивности и частоты имела место у 37 (62%) больных: 15 (40,5%) мужчин и 22 (55%) женщин, перенесших мозговой инсульт. Наиболее сильная ГБ (средний балл – 7,6) была присуща женщинам, перенесшим ИМ в вертебро-базиллярном бассейне (ВББ), а умеренная (средний балл – 5,3) и слабая (средний балл – 1,8) ГБ – мужчинам с ИМ в правом каротидном бассейне (ПКБ) в восстановительном периоде. Вне зависимости от латерализации очага поражения, 42% больных, перенесших ИМ, имели частую ГБ (более 2 раз в неделю). При обширном инфаркте мозга, независимо от его локализации, наблюдалась легкая депрессия (средний балл – 55,0), преимущественно у лиц мужского пола. Слабая (средний балл – 63,0) и умеренная (средний балл – 77,0) астения, повышенная эмоциональная возбудимость (средний балл – 6,2) были присущи больным с ИМ в каротидных бассейнах (правом и левом). Повышенная тревожность (средний балл – 6,8) установлена у лиц женского пола с ИМ в ВББ, а необоснованная тревога (средний балл – 10,0) – у пациентов с ИМ в ПКБ. Склонность к сниженному настроению (средний балл – 6,5), выраженный синдром вегетативной дистонии (средний балл – 45,2) у женщин, были присущи больным с ИМ в ВББ и в ПКБ. Отмечено, что

сильная и частая ГБ у больных с ИМ в ВББ и в ПКБ сопровождалась астенизацией, повышенной тревожностью, эмоциональной возбудимостью и низким настроением. Только 4 (6,7%) больных с ИМ нуждались в посторонней помощи. Сопоставление особенностей симптома ГБ со степенью сохранности способности больного к самообслуживанию показало, что у этих больных ГБ была сильной и частой, больные были астенизированы, испытывали повышенную тревожность, эмоциональную возбудимость и склонность к снижению настроения, была большая выраженность синдрома вегетативной дистонии. Полученные данные позволяют считать, что синдром ГБ – важный клинический индикатор тяжести мозгового инсульта и дополнительный психовегетативный феномен, осложняющий реабилитационный период у больных, перенесших инсульт.

БЛАГОГОВЕНИЕ ПЕРЕД ЖИЗНЬЮ... БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ?

Аветисян Г. Д.

Смоленская государственная медицинская академия, Россия

Кафедра философии

Научный руководитель – к. м. н., доцент В.Н.Яковлев

"Правдивость есть фундамент духовной жизни".

А. Швейцер

Цель. Показать значение универсальной этики Альберта Швейцера «благоговения перед жизнью» в жизни любого человека, в решении глобальных проблем человечества.

Задачи. Для понимания цели, необходимо выяснить:

Каковы проблемы?

Есть два момента в определении проблем в обществе. Во-первых, всем известные глобальные проблемы человечества, Во-вторых, наше общество находится в критической точке своего развития, когда «естественный иммунитет» природы снижен, следовательно, любая малейшая проблема может стать базой для возникновения более