

“Слово – тончайшее прикосновение к сердцу, оно может стать нежным благоуханным цветком и живой водой, возвращающей веру в добро, и острым ножом, и раскаленным железом, и комьями грязи”(Сухомлинский).

## ПОНЯТИЕ О СЕНСОРНОЙ ДЕПРИВАЦИИ

*Кириенко Н.П., Шевчук Е.С.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – к.м.н. Вильчинская Л.П.*

Сенсорная депривация (чувственный голод) возникает в тех случаях, когда органы чувств, обеспечивающие центральную нервную систему необходимой информацией из внешней среды, лишаются привычной импульсации извне. Наиболее часто встречается зрительная и слуховая сенсорные депривации. Зрительная депривация возникает, например, при длительном пребывании человека в темноте. Слуховая сенсорная депривация развивается у человека, длительно находящегося в помещении, куда не проникает ни один привычный «жизненный» звук, знакомый с детства. Установлено, что в условиях сенсорной депривации могут возникать различные психологические нарушения, особенно у неустойчивых, эмоционально-лабильных личностей.

В связи с этим представляют интерес данные зарубежного ученого: на одном из предприятий, построенном по самому современному требованию инженерной техники, работающие были полностью изолированы друг от друга и до них не доносился ни один звук из внешней среды; в результате у ряда из них стали возникать нервно-психические расстройства, доходящие в отдельных случаях до уровня психотических.

Особенности психических нарушений при сенсорной депривации изучены пока еще недостаточно и преимущественно в экспериментальных условиях (О.Н. Кузнецов, В.И. Лебедев, 1972).

Отсутствие привычных социальных контактов, необходимых человеку для нормальной психической деятельности, способствует возникновению состояния социальной депривации, клинические особенности которой еще также мало изучены.

Важно отметить, что частичная и даже полная сенсорная (зрительная или слуховая и одновременно зрительная и слуховая) депривация встречается и в обыденной жизни: слепота, глухота, слепоглухонемота. Психологические особенности слепых описаны А.А. Крогиусом (1926), а психологические особенности глухих детей – И.М. Соловьевым, Ж.И. Шиф, Т.В. Розановой и И.В. Яшковой (1971).

В работах В.Ф. Матвеева (1987) рассматриваются некоторые общие вопросы психологии при дефектах зрения и слуха, психопатологические нарушения у слепых и глухих в сравнительно-возрастном аспекте. Основное внимание автором уделено пограничным психическим нарушениям (невротические реакции, неврозы, патохарактерологическое развитие личности, психопатии).

Выключение одного из главных дистантных анализаторов – зрения и слуха – оказывает существенное влияние на процесс адаптации человека во внешней среде. Знакомство с особенностями компенсации, достигаемой с помощью педагогико-воспитательной работы, при слепоглухонемоте, возникшей на ранних этапах онтогенеза, убеждает в том, что в известном споре между представителями клерикализма и материализма побеждают сторонники материалистического понимания сущности сознания и психики, мышления и речи.

Несмотря на достаточно полное изложение в ряде монографий психологических и патопсихологических нарушений при дефектах слуха и зрения, представляет

определенный интерес изучение психодинамической конституции современных детей, которые обучаются в специализированных школах г.Гродно.

#### **Литература:**

1. Матвеев В.Ф. Психические нарушения при дефектах зрения и слуха. – М., Медицина, 1987. – 184 с.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

*Кирилюк М.А.*

*Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, Беларусь  
Научный руководитель - проф. Климович И.И.*

В настоящее время ни у кого не возникает сомнения по поводу пользы лечебной физической культуры (ЛФК) в комплексном лечении больных и профилактике послеоперационных осложнений. Применение физических факторов в лечении особенно важно у больных, микрофлора которых не чувствительна к многим антибактериальным препаратам, а также при непереносимости последних.

Цель – изучить результаты лечения хирургических больных с применением ЛФК.

Материал и методы. Общее количество пролеченных в больнице скорой медицинской помощи г.Гродно хирургических больных с применением физических методов за 2007 год составило 2233 пациентов, ЛФК прошли 2081 человек, охват ЛФК составил-93,2%. Оперированы 922 пациента, ЛФК прошли 898 человек, охват ЛФК составил 97,6%. Противопоказаниями к назначению ЛФК были общее тяжелое состояние пациента, повышение температуры тела, перитонит.

Считаем рациональным привести методику проведения ЛФК у наших пациентов.

В предоперационном периоде ЛФК проводили, учитывая возраст пациента, тяжесть основного заболевания, характер предстоящей операции, а также функциональное состояние органов и систем. При этом особое внимание уделялось тренировке грудного типа дыхания, так как после операции ограничено участие в дыхании диафрагмы и брюшной стенки. С этой целью больной упражняется в редком глубоком дыхании, как с форсированным выдохом, так и с удлинненным.

В послеоперационном периоде при отсутствии противопоказаний к занятиям ЛФК приступали сразу же после окончания действия наркоза, выполняя и подкрепляя те же упражнения, которые проводили до операции. Особое внимание требуется тяжелобольным и лицам пожилого возраста, у которых наиболее часто возникают различные осложнения, особенно легочные. У них дыхательные упражнения проводили с последующим откашливанием. Больной делает максимальной глубины вдох через нос, придерживая послеоперационную рану руками, производит выдох несколькими кашлевыми толчками. Методист ЛФК при этом сдавливает грудную клетку в различных отделах синхронно с кашлевыми толчками. В первый день после операции дыхание должно быть преимущественно грудным. Каждые 20-40 минут больной делал 3-4 дыхания по грудному типу. На 2-3 день после операции дыхательные упражнения больные выполняли самостоятельно, кроме этого, методисты ЛФК проводили массаж грудной клетки с элементами поглаживания, растирания, легкой вибрации. Пациенты также тренировались в подтягивании ног к животу на выдохе, выполняли упражнения, способствующих сокращению и расслаблению мышц брюшного пресса. Такие упражнения устраняли застой крови в печени, мезентериальных сосудах, активизировали желчеотделение. Для максимального увеличения подвижности