

МОЛОДОЙ

ISSN 2072-0297

Учёный

международный научный журнал

The Evolution
of Culture

THE SCIENCE
OF CULTURE

Modern Capitalist Culture



The Concept of Cultural Systems

A Key to Understanding Tribes and Nations

14
2016
Часть III

16+

СОДЕРЖАНИЕ

БИОЛОГИЯ

- Мирзаев Б. М., Киёмова Н. Ф., Кудешова Г. Т., Зокирова Ш. А., Кучкарова Л. С.**
Развитие кишечного пищеварения в раннем онтогенезе при воздействии ксенобиотиков .. 209

МЕДИЦИНА

- Белоусова О. В., Белоусов Е. А., Герасимова О. В.**
Исследование социального статуса потребителей лекарственных средств, применяемых для лечения атопического дерматита 212
- Джумабеков С. А., Маманазаров Д. М., Макамбаев Н. Б.**
Особенности лечения больных с привычным вывихом плеча после операции по методике Джумабекова С. А. 214
- Емельянова В. А., Демидов А. А.**
Цитохимическая активность моноцитов крови у больных с серопозитивным ревматоидным артритом 218
- Есауленко И. Э., Куташов В. А., Ульянова О. В.**
Некоторые аспекты диагностики, клинической картины и лечения антифосфолипидного синдрома 221
- Каланходжаева Ш. Б., Шомуратова М. С., Тажиева И. М., Хайдарова Ф. А.**
Клинико-гормональная характеристика синдрома поликистозных яичников и врожденной дисфункции коры надпочечников 226
- Матвеева С. А.**
Преодоление аграмматизма у больных с динамической формой афазии в условиях отделения «стационар на дому». Методы восстановительного обучения 230

- Плескановская С. А., Тачмухаммедова А. Х., Гельдыев А. А., Халмедова Б. Т.**
Морфометрическая характеристика тромбоцитов периферической крови больных хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) 237
- Рыкова Н. В.**
Использование сленга и устойчивых выражений при растормаживании коммуникативной функции речи у больных с афазией 239
- Тютенова Ж. А.**
К вопросу о наставничестве в системе здравоохранения Республики Казахстан 241
- Хасанов У. С., Шарипов С. С.**
Ронхопатия: современный взгляд на патогенез заболевания 243

ВЕТЕРИНАРИЯ

- Глазунова Л. А., Никонов А. А., Глазунов Ю. В., Пономарева Е. А.**
Паразитофауна крупного рогатого скота мясного направления в зимний период 247
- Глазунова Л. А.**
Случай обнаружения сетарий (*Setaria labiataripillosa*) у козули сибирской в Тюменской области 250
- Прокопенко О. А.**
Сравнение двух схем лечения от калицивироза 253
- Прокопенко О. А.**
Разработка схемы лечебно-профилактических мероприятий в отношении клинических осложнений при пироплазмозе собак 255

Прокопенко О. А.

Оценка результатов диагностических исследований у собак больных пироплазмозом с почечной, печеночной, а так же сердечной недостаточностью 257

ГЕОЛОГИЯ

Рахмонкулов М. Т.

Анализ и разработка месторождений с подгазовыми нефтяными объектами 261

ЭКОЛОГИЯ

Кулишов С. А., Лыков И. Н.

Инновационные подходы к очистке сточных вод от соединений азота в локальных очистных сооружениях 263

**Сайфуллин А. А., Морозов О. Г., Заднев А. А.,
Виноградова Н. В.**

Экологическая подготовка персонала как воспитательная мера по обеспечению экологической безопасности 267

Филатова С. Э., Петрова С. Ю.

Современное состояние инфраструктуры природного парка Ергаки 269

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ

Мишкой М. П.

Технологическая карта урока по физической культуре..... 273

Мишкой М. П.

Применение здоровьесберегающих технологий на занятиях физической культурой..... 280

**Морозова Л. В., Мельникова Т. И.,
Виноградова О. П.**

Моделирование образовательного процесса в целях формирования культуры здорового образа жизни 282

КУЛЬТУРОЛОГИЯ

Басманова Е. С.

Отец и сын в античной патриархальной культуре (на примере мифа об Эдипе)..... 286

Измайлова А. Р., Колокольцева М. А.

Арт-медиация в деятельности художественных музеев 292

Шалахов Е. Г.

Археологическая выставка в «Замке Шереметева»: новый экспозиционный опыт бюджетного учреждения культуры 294

ИСКУССТВОВЕДЕНИЕ

Зюзина Д. С., Скворцов А. И.

Оклад иконы Божией Матери «Всем скорбящим радость» из собрания Успенского кафедрального собора г. Владимира и его стилевая идентификация..... 297

Пискунова А. К., Скворцов А. И.

Шитые стеклярусные оклады с икон трехчастного Деисуса из собрания Владимирского Успенского кафедрального собора..... 302

5. Куташов, В. А., Ульянова О. В. Наиболее значимые предикторы кардиоэмболического инсульта, определяющие клиническую картину и исход заболевания. / В. А. Куташов, О. В. Ульянова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2016. — № 6. — с. 51–55.
6. Макацария, А. Д Катастрофический антифосфолипидный синдром и тромботический «шторм» / А. Д. Макацария, В. О. Бицадзе, С. В. Акиншина // Сибирский медицинский журнал. — 2010. — Том 25, № 4 — с. 118–123.
7. Насонов, Е. Л. Антифосфолипидный синдром. / Е. Л. Насонов. — М.: Литтерра, 2004. — 440 с.
8. Насонова, В. И. Избранные лекции по клинической ревматологии. / В. И. Насонова. — М.: Медицина, 2001. — 200 с.
9. Неврологические проявления у больных с антифосфолипидным синдромом: учебно — методические рекомендации / В. А. Куташов, А. В. Чернов, О. В. Ульянова, Л. А. Кутапова. — Воронеж: ВГМУ, 2016. — 92 с.
10. Особенности диагностики и неврологических проявлений катастрофического антифосфолипидного синдрома / В. А. Куташов [и др.] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. — 2016. — № 65. — с. 116–123.
11. Синдром, имитирующий рассеянный склероз / В. А. Куташов, А. П. Скороходов, О. В. Ульянова, А. А. Дудина // Нейроиммунология — 2016. — Т. XIII, № 1–2. — с. 47.
12. Ульянова, О. В. Симптоматическая эпилепсия, как одно из проявлений антифосфолипидного синдрома / О. В. Ульянова, А. П. Скороходов, В. В. Белинская // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. — 2015. — № 59. — с. 134–138.
13. Ульянова, О. В. К вопросу о кардиогенных факторах риска возникновения ишемического инсульта у лиц молодого возраста / О. В. Ульянова, В. А. Куташов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2015. — Т. 1, спец. вып. — № 15. — с. 62–63.
14. Ульянова, О. В., Скороходов А. П. Антифосфолипидный синдром в неврологии / О. В. Ульянова, А. П. Скороходов // матер. науч. практ. конф. «Актуальные проблемы неврологии», Воронеж. — 2015. — с. 304–310.
15. Hughes, G. R. V. The antiphospholipid syndrome: ten years on / G. R. V. Hughes // Lancet — 1993 — Vol. 324. — P. 341–344.

Клинико-гормональная характеристика синдрома поликистозных яичников и врожденной дисфункции коры надпочечников

Каланходжаева Шахноза Бахтиёровна, соискатель

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии (Узбекистан)

Шомуратова Мохира Сайфутдин кизи, магистрант;

Тажиева Ирода Мирсоли кизи, студент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Хайдарова Феруза Алимовна, доктор медицинских наук, профессор, главный врач

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии (Узбекистан)

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является распространенным эндокринным заболеванием у женщин репродуктивного возраста. Заболевание встречается у 5–10% женщин фертильного возраста [7,10]. Как правило, СПКЯ становится причиной нарушения менструального цикла и ановуляторного бесплодия [11]. Wang S. et al. (2013) считают, что существуют расовые и этнические особенности физиологии и клинических симптомов СПКЯ, которые необходимо учитывать при дифференциальной диагностике СПКЯ. По данным Хайдаровой Ф.А. (2010) распространенность СПКЯ в популяции женщин фертильного возраста Ферганской долины Республики Узбекистан составила 5,3%. Характерными клиническими и эндокринологическими про-

явления СПКЯ явились: клинически или гормонально подтвержденная — гиперандрогемия — 100%; нарушение менструальной функции — 95%; первичное бесплодие — 94,2%; гирсутизм (по шкале ≥ 6) — 86,2%; ультразвуковая картина поликистоза яичников — 86,2%; нарушение менструальной функции с начала менархе — 76,6%.

ВДКН аутосомно-рецессивное заболевание, обусловленное в 95% случаев дефицитом фермента 21-гидроксилазы. В Европейской популяции частота ВДКН достаточно высока и составляет 1:2,5–10000 новорожденных. Общепопуляционная частота колеблется от 0,3 до 1%. ВДКН проявляется уже в период полового созревания и приводит к задержке полового созревания по изосексу-

альному типу, половому инфантилизму, нарушениям менструальной функции [1,3].

Дифференциальная диагностика ВДКН и СПКЯ достаточно сложна в связи с идентичностью жалоб и клинической симптоматики. Актуальность изучения ВДКН и СПКЯ определяется нарушением менструальной функции в сочетании с гирсутизмом, невынашиванием беременности и бесплодием, метаболическими нарушениями, что оказывает существенное влияние на качество жизни женщин

Цель исследования — провести анализ клинико-гормональных показателей у женщин с синдромом поликистоза яичников и врожденной дисфункцией коры надпочечников.

Материалы и методы.

Исследование проводилось на базе консультативной поликлиники Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Эндокринологии МЗРУз. Общее клиническое обследование пациенток включало: сбор анамнеза (жалобы, гинекологический анамнез, наличие экстрагенитальных заболеваний); гинекологическое исследование; оценку антропометрических параметров (индекса массы тела — ИМТ, окружности талии, окружности бедер). Для оценки массы тела был использован индекс массы тела (ИМТ), рассчитываемый как отношение массы тела (в килограммах) к росту (в метрах), возведенному в квадрат. Женщинам предлагалось не удалять волосы с тела в течение 1 месяца до повторного обследования. Пациентки, отобранные в данное исследование, не принимали какие-либо гормональные препараты в течение 6 месяцев до обследования.

Гиперандрогенизм определялся как наличие повышенных уровней андрогенов или наличие степени гирсутизма, составляющей по модифицированной шкале Ферримана-Голлвея ≥ 8 баллов. Степень гирсутизма (гирсутное число) определялась по сумме всех баллов, набранных по шкале Ферримана-Голлвея.

Исследование уровней лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина (ПРЛ), дигидроэпиандростерона сульфата (ДЭАС), кортизола, прогестерона (P), 17-гидроксипрогестерона (17-ОН), тиреотропного гормона (ТТГ), инсулина, общего тестостерона (Т) выполнялось радиоиммунным методом методом наборами фирмами «Beckman Coulter» на счетчиках «Gamma-12» и «Strangt 300» в лаборатории РСНПМЦЭ. Забор крови на гормональные исследования на 3–7 день менструального цикла.

Критериями отбора являлись:

- 1) Женщины в возрасте 14–49 лет
- 2) Женщины с клинической и биохимической гиперандрогемией.

Пациентки с тиреоидной патологией, синдромом Кушинга, андроген-секретирующими опухолями яичников или надпочечников, а также с гиперпролактинемией из участия в исследовании исключались.

Всем им проводили трансвагинальное ультразвуковое сканирование матки и яичников на аппарате «Philips HD

11 XE». Критерием поликистозной картины яичников являлось наличие 12 или более фолликулов диаметром 2–9 мм и/или увеличение объема яичников (более 10 мл) [2].

Наличие СПКЯ определялось на основании классификации Европейской ассоциации репродукции человека и эмбриологии (ESHRE) и Американского общества репродуктивной медицины (ASRM) (Роттердам 2003), включающей два из следующих трех признаков: 1) гиперандрогемия и/или гирсутизм; 2) овуляторная дисфункция; 3) поликистозная структура яичников по результатам УЗИ [12].

В результате чего нами было отобрано 105 женщин в возрасте 14–49 лет с признаками клинической и биохимической гиперандрогемией. Контрольную группу составили 25 женщин с нормальным менструальным циклом, не имеющих клинических и биохимических признаков гиперандрогемии.

Всем обследованным женщинам проводился молекулярно-генетический анализ на наличие мутаций гена CYP21. Для выявления в гене CYP21 наиболее часто встречаемых точечных мутаций проведена ДНК диагностика, основанная на ПЦР в режиме реального времени (RT PCR), в котором использованы аллельспецифичные праймеры и зонды TaqMan для каждой из 8 мутаций

Полученные данные обрабатывали с помощью пакета прикладных программ StatSoft Statistica 6.0. и Biostat. Отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (95% ДИ) рассчитывали с применением логистической регрессии. Достоверность различий показателей оценивали с помощью непараметрического критерия² (критерий Пирсона). Количественные показатели представлены в виде $M \pm SD$. Различия между группами считали статистически значимыми при $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

Молекулярно-генетический анализ гена CYP21, проведенный у 105 обследованных женщин, выявил недостаточность 21-гидроксилазы в 23 случаях, что послужило основанием для постановки диагноза ВДКН. Оставшиеся 82 женщины с диагнозом СПКЯ, согласно Роттердамскому консенсусу (The Rotterdam PCOS consensus, 2003), были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли 21 пациентка с ИМТ ≥ 27 кг/м², во вторую — 61 (73,9%) женщина с ИМТ < 27 кг/м².

Анализ клинических характеристик обследованных женщин показал, что ИМТ у женщин с СПКЯ и ожирением достоверно ($P<0,0001$) выше по сравнению с таковым во всех других группах (Таблица 1.).

Среднее значение ИМТ у женщин со СПКЯ не страдающих ожирением аналогично показателю в контрольной группе. ИМТ пациенток с ВДКН был выше, чем у женщин контрольной группы и с СПКЯ без ожирения, причем более половины (52,2%) женщин с ВДКН страдали ожирением.

У женщин со СПКЯ страдающих ожирением гирсутизм наблюдается немного чаще, чем у женщин со СПКЯ, не страдающих ожирением (71,4% vs 52,5% ОШ 2,27;

Таблица 1. Клинические характеристики обследованных женщин

Показатели	Контроль n=25	СПКЯ				ВДКН, n=23		
		с ожирением, n=21		без ожирения, n=61				
Возраст, лет	25,0±5,2	26,1±6,2		23,3±5,3		24,4±6,8		
ИМТ, кг/м ²	21,7±3,4	34,4±4,9*		21,0±3,2#		28,3±4,3*#●		
ИМТ≥27 кг/м ²	-	-	21	100	-	-	6	26,1
Олигоменорея (n %)	-	-	14	66,7	44	72,1	7	30,4
Аменорея (n %)	-	-	4	19,0	6	9,8	4	17,4
Гирсутное число, баллы	4,9±1,4	19,3±8,7*		12,1±8,3*#		17,1±7,2*●		
Объём яичников, см ³	5,3±1,1	11,3±2,8		9,5±2,2*#		6,8±1,2*#●		

Примечание: количественные величины представлены в виде M±SD. * — достоверность по отношению к контролю; # — достоверность по отношению к группе СПКЯ с ожирением; ● — достоверность по отношению к группе СПКЯ без ожирения.

95%ДИ 0,78–6,62; P=0,21). В контрольной группе женщин с избыточным оволосением мы не выявили. Частота аменореи и олигоменореи у женщин со СПКЯ достоверно выше, чем таковая у женщин с ВДКН (82,9% vs 47,8%; ОШ 5,30; 95%ДИ 1,95–14,4; P=0,002). Частота встречаемости вторичного бесплодия не различалась между группами (СПКЯ с ожирением — 8 (38,1%), СПКЯ без ожирения — 14 (23,0%), ВДКН — 6 (26,1%).

По данным литературы у женщин с ВДКН отмечается снижение частоты родов, при этом частота наступления беременностей схожа с аналогичным показателем в общей популяции. В число факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивную функцию входят: хроническая ановуляция, поликистоз яичников, нарушение менструальной функции [3,5,6,8,10,13].

Поликистоз яичников наблюдался у 26,1% женщин с ВДКН по сравнению с 88,5% и 90,5% не страдающих и страдающих ожирением женщин со СПКЯ, соответственно. У женщин контрольной группы поликистоз яичников не диагностирован. Объём яичников в группах женщин со СПКЯ был достоверно (P<0,0001) больше по сравнению с этими показателями у пациенток с ВДКН и женщин контрольной группы.

По результатам молекулярно-генетического обследования ни у одной из больных СПКЯ не были идентифицированы мутации в гене 21-гидроксилазы.

Уровень общего тестостерона был достоверно высоким и в группах женщин со СПКЯ и ВДКН. Хотя у женщин со СПКЯ без ожирения незначительно ниже, чем у женщин со СПКЯ страдающих ожирением и женщин с ВДКН (Таблица 2.).

Средний базальный уровень 17-ОН был достоверно выше у женщин с ВДКН, по сравнению с женщинами других групп. У 17 (73,9%) был > 6 нмоль/л, то есть пороговой величины, используемой для скрининга неклассической гиперплазии надпочечников. У женщин со СПКЯ базальный уровень 17-ОН значимо выше, чем у пациенток контрольной группы.

Среднее соотношение ЛГ/ФСГ оказалось повышенным у женщин со СПКЯ, не страдающих ожирением. Соотношение ЛГ/ФСГ > 2 реже встречалось у женщин с ВДКН.

При сравнении данных гормонального обследования у женщин с мутацией С1994Т гена СYP21A2 и других выявленных мутаций значимых различия не обнаружено. Только уровень ЛГ у носителей мутаций А/С665G,

Таблица 2. Гормональные показатели обследованных женщин

Показатели	Контроль n=25	СПКЯ		ВДКН, n=23
		с ожирением, n=21	без ожирения, n=61	
Общий тестостерон, нмоль/л	1,5±1,1	3,0±1,1*	2,8±1,1*	3,96±1,3*#●
ДГЭА, мкг/мл	133,7±44,5	158,2±53,3	145,3±60,1	192,2±80,4*●
ССГ, нмоль/л	97,9±38,0	49,6±26,3*	75,3±19,7*#	50,7±18,0*●
ЛГ, МЕ/л	9,8±9,6	6,6±4,2	8,9±4,4	9,1±7,7
ФСГ, МЕ/л	8,9±7,5	4,4±2,8	3,98±2,3	7,0±4,8
ЛГ/ФСГ	1,1±0,5	1,7±1,2*	2,6±1,2*#	1,5±1,1●
17-ОН, нмоль/л	3,5±1,1	4,2±1,2*	4,1±1,1*	18,8±17,2*#●

Примечание: количественные величины представлены в виде M±SD. * — достоверность по отношению к контролю; # — достоверность по отношению к группе СПКЯ с ожирением; ● — достоверность по отношению к группе СПКЯ без ожирения.

Таблица 3. Показатели углеводного обмена обследованных женщин

Показатели	Контроль n=25	СПКЯ		ВДКН, n=23
		с ожирением, n=21	без ожирения, n=61	
Глюкоза натощак (ммоль/л)	4,37±0,27	4,52±0,51	4,29±0,29#	4,26±0,49
Инсулин натощак (МКЕД/мл)	6,15±2,71	12,2±6,96*	9,16±5,63*#	10,3±4,59*
НОМА индекс	1,20±0,55	2,44±1,30*	1,75±1,09*#	1,93±0,88*

Примечание: количественные величины представлены в виде $M \pm SD$. * — достоверность по отношению к контролю; # — достоверность по отношению к группе СПКЯ с ожирением; • — достоверность по отношению к группе СПКЯ без ожирения

G1683T, T999A и C89T оказался ниже, чем у носителей мутации C1994T.

Средние уровни глюкозы натощак во всех 4 группах были в пределах нормы, хотя у пациенток с СПКЯ, страдающих ожирением по сравнению с таковым у женщин из других групп были повышенными (Таблица 3.).

Наиболее высоким индекса НОМА-ИР был у женщин с СПКЯ, страдающих ожирением. Средний уровень НОМА-ИР в группе с ВДКН значительно не отличался от показателей женщин со СПКЯ, но был достоверно выше, чем в контрольной группе.

При сравнении показателей углеводного обмена у женщин с мутацией C1994T, A/C665G, G1683T, T999A и C89T гена CYP21A2 существенных различий не выявлено.

Выводы

1. ИМТ у женщин с СПКЯ с ожирением и ВДКН достоверно выше, чем в группах контроля и СПКЯ без ожирения. Гирсутное число у пациенток с СПКЯ и ВДКН достоверно выше, чем в контроле.

2. Наиболее высоким индекса НОМА-ИР был у женщин с СПКЯ, страдающих ожирением. Средний уровень НОМА-ИР в группе с ВДКН значительно не отличался от показателей женщин со СПКЯ, но был достоверно выше, чем в контрольной группе.

3. Уровень 17-гидрокси-прогестерона в сравниваемых группах не имел достоверных отличий, хотя у трети (34,5%) женщин с ВДКН он был выше контрольных значений.

Литература:

1. Амирасланова, М. М., Мамедова Н. Ф., Соснова Е. А. Роль дефицита 21-гидроксилазы в генезе врожденной дисфункции коры надпочечников//Научные ведомости БелГУ — 2011. — № 10 (105), вып. 14. -С. 112—117.
2. Гомболевская, С. Л. Гиперандрогенная дермопатия при синдроме поликистозных яичников: автореф. дис.... канд. мед. наук — М., 1997.
3. Копылова, И. В., Карева М. А. Факторы риска снижения фертильности у пациенток с врожденной дисфункцией коры надпочечников//Проблемы эндокринологии. — 2013. — № 3. — с. 51—56.
4. Хайдарова, Ф. А. Патогенетические механизмы формирования синдрома поликистозных яичников и обоснование дифференцированного подхода к его лечению: автореф. дис.... докт. мед. наук, Ташкент. 2010. — 37 с.
5. Claahsen-van der Grinten H., Stikkelbroeck N., Sweep C. et al. Fertility in patients with congenital adrenal hyperplasia//J Pediatr Endocrinol Metabol. — 2006. — Vol. 19 (5). — P. 677—685.
6. Conway, G., Casteras A., De Silva P., Rumsby G. Reassessing fecundity in women with classical congenital adrenal hyperplasia (CAH): normal pregnancy rate but reduced fertility rate//Clin Endocrinol. — 2009. — Vol. 70 (6). — P. 833—837.
7. Duncan, W. A guide to understanding polycystic ovary syndrome (PCOS)//J Fam Plann Reprod Health Care. — 2014. N1. — P. 1—9.
8. Gastaud, F., Bouvattier C., Duranteau L. et al. Impaired sexual and reproductive outcomes in women with classical forms of congenital adrenal hyperplasia//J Clin Endocrinol Metabol. — 2007. — Vol. 92 (4). — P. 1391—1396.
9. Hagenfeldt, K., Janson P.O., Holmdahl G. et al. Fertility and pregnancy outcome in women with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency//Hum Reprod. — 2008. — Vol. 23 (7). — P. 1607—1613.
10. Motta, A. The role of obesity in the development of polycystic ovary syndrome//Curr Pharm Des. — 2012. — Vol. 18. — P. 2482—2491.
11. Norman, R., Dewailly D., Legro R., Hickey T. Polycystic ovary syndrome//Lancet. — 2007. — Vol. 370. — P. 685—697.
12. The Rotterdam ESHRE/ASRM — sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS) // Hum. Reprod. — 2004. — Vol. 19. — P. 41—47.

13. Wang, S., Alvero R. Racial and ethnic differences in physiology and clinical symptoms of polycystic ovary syndrome// Semin Reprod Med. — 2013. — Vol. 31 (5). — P. 365–369.

Преодоление аграмматизма у больных с динамической формой афазии в условиях отделения «стационар на дому». Методы восстановительного обучения

Матвеева Светлана Александровна, логопед

ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения города Москвы»

Частыми последствиями инсульта, черепно-мозговой травмы, нейрохирургического вмешательства и др. являются нарушения речевой функции, которые проявляются в форме афазий, сочетающихся с патологией других высших психических функций (различными видами агнозий и апраксий), гемипарезами и нейродинамическими расстройствами [14]. Это связано как с очаговой или общемозговой патологией, либо является реакцией на дефект, то есть на резко изменившийся социальный статус и положение в семье. При выходе из острого состояния больной начинает оценивать свое положение: невозможность речевого общения, социально-бытовую некомпетентность, ограничение самостоятельного передвижения и неверие в возможность возвращения к труду. Все это приводит к появлению депрессий, тяжелых невротических состояний, суицидальных мыслей и к целому ряду других психических расстройств, которые и являются причиной социальной депривации.

Больные, перенесшие инсульт или получившие тяжелую черепно-мозговую травму, полностью утрачивают профессиональные навыки и трудоспособность. В результате нарушения речи и расстройств двигательной сферы больные переводятся на инвалидность 1 или 2 группы без права работы. При этом важнейшим фактором при определении степени инвалидности являются именно нарушения речи, как устной, так и письменной [15, с. 3].

Эти факты показывают, насколько актуальной и масштабной стала проблема оказания данному контингенту больных комплексной специализированной помощи, которая охватывала бы круг вопросов, связанных с лечением больных, максимальным восстановлением или компенсацией утраченных ими двигательных и высших психических функций. Чрезвычайно важное место в комплексе лечебно-восстановительных мероприятиях занимает восстановительное обучение, включающее различные методы нейropsychологической, психолингвистической, педагогической, социально-психологической и других видов работы [12, с. 67].

Динамическая афазия возникает при поражении задне-лобных отделов левого доминантного по речи полушария (поля 10, 45, 46), т. е. отделов третьего функционального блока — блока активации, регуляции и планирования речевой деятельности. Основным речевым

дефектом при этой форме афазии является трудность, а иногда и полная невозможность активного развертывания высказывания. При динамической афазии правильно произносятся отдельные звуки, повторяются без артикуляторных трудностей слова и короткие предложения, однако коммуникативная функция речи все же оказывается нарушенной. При грубой выраженности расстройства отмечается не только речевая, но и общая спонтанность, безынициативность, возникает выраженная эхолоалия, а иногда и эхопраксия, когда как бы механически повторяются за собеседником не только произнесенные им слова, вопросы, но и движения.

Нарушение экспрессивной речи. В основе динамической афазии лежит нарушение внутреннего программирования высказывания, проявляющегося в трудностях его планирования при составлении отдельных фраз. Больные нуждаются в постоянной стимуляции речи. Их речь отличается примитивностью синтаксической структуры, наличием речевых шаблонов, при этом не наблюдается аграмматизма.

Центральным звеном при динамической афазии является нарушение спонтанного развернутого высказывания. При пересказе по сюжетной картинке произносятся отдельные, не связанные между собой фрагменты, не выделяются основные смысловые звенья; например; «Вот... у хозяйина была курица... и золотые яйца... и он ее убил... вот!» [11].

При динамической афазии могут наблюдаться псевдо-амнестические трудности при назывании предметов, особенно при вспоминании фамилий или имен знакомых людей, названий городов, улиц и т. п. В отличие от больных с акустико-мнестической и семантической афазией эти больные не прибегают к помощи фразеологического описания функций предмета, подсказ первого слога, слова может явиться пусковым толчком, деблокирующим инертность протекания речевого поиска слов. Из-за инертности протекания речевых процессов испытываются значительные трудности при задании произвести обратный порядковый счет, например, от двадцати к одному.

При более массивных поражениях левой лобной доли выявляется глубокое нарушение порождения сложных мотивов, замыслов и программ поведения [10; 11], не проявляется интерес к окружающему, не формулируются