

*Медицинские науки***ОСОБЕННОСТИ СЕНСОРНОЙ
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА
ДЕТЕЙ, ДЕПРИВИРОВАННЫХ ПО СЛУХУ**

Алексамян О.В.

*Рязанский государственный
педагогический университет им. С.А. Есенина*

Известно, что депривация по какой-либо из сенсорных функций у детей неизбежно приводит к компенсаторной перестройке высших мозговых функций, в частности, в сенсорной сфере. Мы предприняли попытку исследования особенностей сенсорных асимметрий мозга у детей с нарушениями слуха. Исследовали тактильную асимметрию у школьников младшего школьного возраста, депривированных по слуху. Экспериментальная группа состояла из 51 человека, из которых 25 мальчиков и 26 девочек в возрасте 5-12 лет. В неё вошли школьники специальной школы для детей с нарушениями слуха. В контрольной группе - 20 человек (11 мальчиков, 9 девочек) - школьники обычной школы того же возраста. В тактильной сфере асимметрию изучали в пробе Тойнбера, на локализацию прикосновения, на перенос локализации прикосновения, пробой на узнавание цифр, с использованием доски Сегена, тест - карта с дырой, проба Аветисова, проба на исследование адекватности восприятия (см. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. (1981).

ФАМ в тактильной сфере оценивали по количеству правильных ответов в каждом тесте, выполненном правой и левой рукой. Их количество оценивали в баллах. Дети экспериментальной группы в целом дали меньше правильных ответов. В частности, в первой пробе, выполненной левой рукой, были показаны следующие результаты: в опытной группе средний показатель правильных ответов по всем тестам был 92,22%, в контроле - 95%. При выполнении этих же тестов левой рукой средний показатель правильных ответов по всем тестам у глухих и слабослышащих детей составил 92,63%, с нормальным слухом - 96,35% (различия не достоверны). Во второй пробе по правой руке средний показатель правильных ответов по всем тестам в опытной группе составил 93,66%, в контрольной - 96,1%. При выполнении этих же тестов левой рукой средний балл правильных ответов у детей в опытной группе был 94,75%, у детей с нормальным слухом - 97,64% (различия не достоверны). В третьей пробе показатели по правой руке следующие: показатель правильных ответов по всем тестам у глухих и

слабослышащих детей составил 96,33%, у детей с нормальным слухом - 97,92%. При выполнении этих же тестов *левой* рукой среднее количество правильных ответов в опытной группе составило 95,91%, а у детей с нормальным слухом - 98,78% (различия не достоверны).

Таким образом, слабослышащие и глухие дети показывают более низкие результаты в тактильных тестах, чем дети без нарушений функций слуховой сенсорной системы.

**ОСОБЕННОСТИ МОТОРНОЙ АСИММЕТРИИ
МОЗГА У ДЕТЕЙ, ДЕПРИВИРОВАННЫХ
ПО СЛУХУ**

Алексамян О.В.

*Рязанский государственный педагогический
университет им. С.А. Есенина*

Функциональная асимметрия мозга, как известно, имеет моторные, сенсорные и психические проявления. В нашем исследовании мы предприняли попытку установить особенности моторной асимметрии мозга у детей с нарушениями слуха. Исследование функциональной асимметрии проводилось у детей 5-12 лет, депривированных по слуху. Экспериментальная группа состояла из 51 человека, из них 26 девочек и 25 мальчиков. В контроле - школьники с нормальным слухом в том же возрасте. Контрольная группа состояла из 20 человек, из которых 11 мальчиков и 9 девочек. Для изучения функциональной асимметрии мозга были использованы методы, описанные Брагиной Н.Н., Доброхотовой Т.А. (1988), Хомской Е.Д. с соавторами (1995, 1997). Результаты нашего исследования латерализации моторных функций рук показали, что среди глухих и слабослышащих детей чаще, чем в контрольной группе встречалась амбидекстрия, хотя различия оказались статистически недостоверными ($p > 0,95$). Такая же тенденция отмечена и в отношении леворуких (табл. №1).

Однако, исследование латерализации функций ног показало, что коэффициент правой ноги у детей экспериментальной группы достоверно ниже в одной из проб, чем в контрольной группе. Разница сохраняется и в других пробах, хотя и не является статистически достоверной, что скорее всего связано с недостаточностью выборки исследуемых групп.

Таблица 1. Процентное соотношение детей экспериментальной и контрольной групп по ведущей руке (по результатам тестов мануальной асимметрии)

Группа	Экс-пер. группа Проба 1.	Контр. группа Проба 1.	Экс-пер. группа Проба 2.	Контр. группа Проба 2.	Экс-пер. группа Проба 3.	Контр. группа Проба 3.
Правая рука.	76,4%	80%	82,2%	75%	72,5%	70%
Левая рука.	6%	5%	8% *	0% *	13,72%	5%
Амбидекстрия.	17,6%	15%	9,8%	25%	13,78%	25%

Таблица 2. Коэффициенты правой руки экспериментальной и контрольной групп в трех пробах

Группа	К пр.руки Проба 1.	К пр.руки Проба 2.	К пр.руки Проба 3.
Экспериментальная группа	44,4%	44,8%	42,2%
Контрольная группа	30%	30%	30%
Достоверность различий	P>0,95	p>0,95	P>0,95

ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ПРОЦЕССОВ ПРОЛИФЕРАЦИИ И АПОПТОЗА В ЭПИТЕЛИИ БУЛЬБОУРЕТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ ЧЕЛОВЕКА

Боронихина Т.В.

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова,
Москва

Проведено иммуногистохимическое исследование бульбоуретральных желез (БУЖ), изъятых при аутопсии мужчин различного возраста – от грудного (1 год) до старческого (75–90 лет). Использовались реакции с моноклональными антителами к PCNA, для определения индекса пролиферации эпителия, и к белку p53, для определения интенсивности клеточной гибели. Продукты иммунологических реакций проявлялись в виде гранул коричневого цвета в ядрах клеток. Содержание положительно окрашенных ядер (%) определяли в эпителии протоков и в концевых отделах БУЖ.

Во всех исследованных возрастных группах индекс PCNA и экспрессия белка p53 была выше в эпителии, выстилающем протоки желез, чем в секреторных клетках концевых отделов. Выявлены возрастные изменения индекса PCNA и уровня экспрессии p53 в эпителии БУЖ. Высокие значения этих показателей во всех отделах желез у детей последовательно снижались в препубертатном и подростковом периодах, по мере полового созревания, достигали минимальных значений у юношей, а затем последовательно возрастали в период зрелости, в пожилом и старческом возрасте. Показано, что возрастные изменения индекса PCNA положительно коррелируют с динамикой экспрессии p53 во всех отделах желез: в многослойном эпителии междольковых протоков и синусов, в однослойном эпителии внутридольковых протоков и в концевых секреторных отделах.

Зарегистрированная динамика интенсивности процессов пролиферации и апоптоза андроген-зависимых эпителиальных клеток БУЖ отражает возрастные изменения уровня циркулирующих мужских половых гормонов, одним из основных эффектов которых является поддержание баланса между процессами репродукции и гибели клеток-мишеней.

Экспрессия важнейшего онкосупрессора белка p53 в эпителиоцитах БУЖ и корреляция её уровня с интенсивностью пролиферации эпителия может рассматриваться как защитный механизм, обеспечивающий развитие апоптоза в потенциально опухолевых клетках желез. Эти факты могут служить одним из объяснений крайне низкой частоты малигнизации эпителия БУЖ, особенно по сравнению с простатой, нормальные эпителиоциты которой не обладают способностью экспрессировать p53.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ РОЖИ

Жаров М.А.

Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар

Сформировавшаяся точка зрения о рецидивирующей рожи, как о хронической стрептококковой инфекции с длительной персистенцией L-форм гемолитического стрептококка в организме, развитием иммунопатологических реакций, протекающих по инфекционно-аллергическому и иммунокомплексному механизмам, объясняет далеко не все стороны развития патогенеза заболевания.

В реализации патологического процесса важное значение имеют фоновые заболевания и предрасполагающие факторы. По данным В.Л. Черкасова (1986) и С.С. Слесаренко с соавт. (1997) у 58-83% больных встречаются сопутствующие заболевания сосудистой системы. Среди лиц с нарушениями лимфообращения нижних конечностей заболевает каждый пятый, а у каждого третьего развивается осложнения. Отмечено сочетание двух и более сопутствующих заболеваний в 40,8% случаев (С. Dangoise, M. Ledoux, 1991; А.И. Кортнев и соавт., 1977). Отсутствие значимого профилактического эффекта различных групп антибиотиков, к которым чувствителен бета-гемолитический стрептококк группы «А» для развития рецидивов рожи, потребовало проведения дальнейших исследований, направленных на изучение этиологии и патогенеза рожи, и факторов риска его развития. Многие исследователи, занимающиеся проблемой рожи, отмечают, что гемолитический стрептококк вызывает болезнь только при наличии определенных условий - факторов риска. Однако сегодня нет единого мнения о том, какие состояния расценивать как факторы риска развития рожи, и какие из этих факторов являются ведущими. У 63-88% пациентов с осложненными формами рожи выявлено наличие провоцирующих факторов. Среди наиболее распространенных факторов зарегистрированы: микротравмы, онихомироз, гнойничковые заболевания кожи, трофические язвы, потертости, гнойные раны, переохлаждения, ангины, острые респираторные заболевания и др. На сегодня бытует неоднозначность мнений по поводу роли микотической инфекции в развитии рожи и его рецидивов.

По данным литературы, выявлены ряд клинико-иммунологических и лабораторных показателей являющихся прогностическим тестом возможных рецидивов болезни чаще в период реконвалесценции. При анализе аутоиммунных реакций к антигенам клеток эпидермиса обнаружили в местном воспалительном очаге фиксированные в разных отделах кожи иммун-