

Делікатний М.Л.

магістр економічної кібернетики,

Науковий керівник: Погоріла І.О.

доцент,

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ПРОЗОПАГНАЗІЯ

Прозопагнозія (від грецького πρόσωπον – особа + ἀγνώσις – невпізнання) або лицьова агнозія – це розлад сприйняття особи, при якому здатність впізнавати обличчя втрачена, але при цьому здатність впізнавати предмети в цілому збережена [1].

Мета роботи – дослідити особливості впізнання у людей з прозопагнозією, методи компенсації цієї функції, механізм виникнення даного захворювання, а також методи лікування та профілактики.

Актуальність роботи полягає у збільшенні випадків реєстрації захворювання на прозопагнозію, близько 1,3 населення України має даний діагноз. Спираючись на дослідження Австралійського національного університету (Australian National University), яким були протестовані жінки та чоловіки в віковому діапазоні 18-60 років з різних континентів, варто зазначити, що сьогодні в світі близько 2% населення планети хворі на прозопагнозію.

Оскільки при прозопагнозії порушується процес зорового сприйняття, а пам'ять залишається збережена, тому доцільно розглянути тільки механізм сприйняття.

Сприйняття – це відображення людиною предмета чи явища в цілому при безпосередньому впливу його на органи чуття. Сприйняття предмета як складного об'єкта вимагає аналітико-синтетичної функції кори [3]. Розрізняють зорове, слухове, дотикове, смакове і нюхові сприйняття.

Основними властивостями сприйняття є предметність, цілісність, константність, категоричність, апперцепція.

Існує щонайменше два види прозопагнозії: апперцептивна і асоціативна. Перший випадок більш важкий, при ньому хворі взагалі нічого сказати про особу не можуть. Вік, раса, стать для них недоступні по обличчю. У другому випадку стать або раса розпізнається, але вказати чи знайома дана особа неможливо [11].

Випадки прозопагнозії були описані ще в 19-му столітті, дослідженнями яких займалися Джон Хьюлінгс Джексон і Жан Мартен Шарко. Але вперше прозопагнозія як термін був використаний в 1947 році німецьким неврологом Бодамером (Joachim Bodamer) [8].

Причина появи лицьової агнозії полягає у втраті нервових клітин в тій частині мозку, яка відповідає за обробку інформації про форму та текстуру об'єкту. Ніхто не народжується з прозопагнозією. Цей стан не є неврозом, як вважали раніше, і не виникає внаслідок хвороби. Агнозію може викликати травма голови, пухлина мозку, судинне порушення в правій нижньо-потиличній ділянці, часто з поширенням вогнища на прилеглі відділи скроневої і тім'яної

часток. Нині, прийнято вважати, що прозопагнозія залишається у людиною на все життя.

Під час діагностики агнозії фахівці використовують клінічні симптоми, методи візуалізації мозку (МРТ, КТ), нейропсихологічне обстеження. На першому етапі діагностування пацієнт ідентифікує будь-які звичайні предмети, застосовуючи при цьому різні органи чуття. На наступному етапі застосовуються методи нейропсихологічного обстеження, під час яких проводиться ряд спеціальних тестів, щоб лікар визначає наявні порушення різних видів чутливості, а також аналізує здатність хворого застосовувати органи чуття і правильно ідентифікувати отриману з їх допомогою інформацію [13].

Стандартних методів лікування агнозії не існує. При даному симптомі, основним завданням є лікування захворювання, яке призвело до ушкодження головного мозку і як результат – агнозії. Разом з тим, для компенсації проявів агнозії нерідко вдаються до допомоги нейропсихологів, лікарів-логопедів, а також фахівців з трудотерапії. Як показує практика, лікування агнозії найчастіше здійснюється в тримісячний термін, але в залежності від того наскільки гострий психічний та фізичний стан пацієнта, а також віку і тяжкості уражень, процес відновлення може тривати рік і навіть більше.

В якості нетрадиційних методів лікування агнозії застосовуються методи нейропсихологічної реабілітації. Вони спрямовані в основному на навчання мнемонічним прийомам (поліпшення запам'ятовування) або на поліпшення відтворення (системи записів, що опосередковують прийоми тощо.). Методи спрямовані не тільки на розвиток втраченої функції, але і на її обхід, ігнорування та придушення наявного дефекту, зменшення його впливу на життя пацієнта. Застосовується фототерапія, музикотерапія, психологічна підтримка родичів пацієнтів і пацієнта, лікувальна гімнастика, лікування ароматерапією і інші додаткові сенсорні стимуляції [16].

Отже, при виявленні даного захворювання в першу чергу потрібно оцінити психічний стан людини, так як симптоми даного захворювання перш за все впливають на соціальне життя людини, яке як правило проявляється в: ізолюваності від суспільства, депресії, агресії, схильності до самогубства. Тому головним завданням повинно бути – максимальне зменшення впливу симптомів хвороби на соціальне життя пацієнта, шляхом нейропсихологічної реабілітації в основі якої лягає принцип компенсації одного виду сприйняття іншим.

Список використаних джерел:

1. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. – М.: Международная педагогическая академия, 2004. – 216 с.
2. Венгер Л. А. Восприятие и обучение. – М.: Логос, 2005. – 232 с.
3. Гуманит, 2004. – 453 с.
4. Дубровиной / 2-е издание, стереотипное. – М.: Академия, 2004. – 377 с.
5. Зинченко Т. П. Когнитивная и прикладная психология-- М.: МОДЭК, 2000 г. – 608 с.
6. Маклаков А. Г. Общая психология. – СПб.: Питер, 2005. – 453 с.
7. Немов Р. С. Психология. Учеб. для студентов высш. пед. заведений. – М.
8. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми: учебное пособие для студентов средних педагогических учебных заведений / под ред. И. В.
9. Психология. Словарь / Под общей редакцией А.В. Петровского, М. Г.

10. Репина Н. В. Основы клинической психологии. – М.: Инфра-М, 2005. – 348 с.
11. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии: В 2 т. – Т. II. – М.: Владос, 2005. – 463 с.
12. Ярошевского. – 2-е издание, испр. и доп. – М: НОРМА, 2005. – 494 с.
13. Developmental prosopagnosia: A case analysis and treatment study, Ruth Brunson, pages 822-840.
14. Macrae D., Trolle E. The defect of function in visual agnosia // Brain. 1956. Vol. 79. – P. 94-110.
15. Prosopagnosia After Stroke: Potentials for Impairment and Treatment, Rossana Coussins, pages 471-477.
16. Tranel D., Damasio A. Knowledge without awareness: An autonomic index of facial recognition by prosopagnosics // Science. 1985. Vol. 228. – P. 1453-1454.

Єна М.С.

старший викладач;

Бєлозьорова А.К.

студентка,

Київський медичний університет

Української асоціації народної медицини

ТЕРАПІЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ ІНГІБІТОРАМИ ТИРОЗИНкіНАЗ ПОХІДНИМИ ПІРОЛУ

Інгібітори тирозинкіназ 1-(4-Cl-бензил)-3-Cl-4-(CF₃-феніламіно)-1H-пірол-2,5-діон(МІ-1) та 5-аміно-4-(1,3-бензотіазол-2-ін)-1-(3-метоксифеніл)-1,2-дигідро-3H-пірол-3-он(Д1), протипухлинна активність яких показана на моделях раку товстої кишки (colon cancer) *in vitro* та *in vivo*, виявляють також протизапальні властивості [1-5]. Тому дослідження впливу даних сполук при виразковому коліті є актуальним.

Мета: дослідити вплив МІ-1 та Д1 на стан слизової оболонки ободової кишки щурів-самців за умов експериментального коліту.

Методи: виразковий коліт індукували 2-кратним ректальним введенням 1 мл 4% оцтової кислоти щотижнево. Д1 (2,3 мг/кг) та МІ-1 (2,7 мг/кг) вводили в масляному розчині *per os* щоденно протягом 2 тижнів. Як препарат порівняння використали стероїдний протизапальний препарат преднізолон (0,7 мг/кг маси тіла, внутрішньоочеревинно у такому ж режимі). Стан слизової оболонки низхідної ободової кишки оцінювали макроскопічно за 10-бальною шкалою, ступінь запального процесу оцінювали за 11-бальною шкалою на світлооптичному рівні.

Результати: У тварин з індукованим колітом ступінь пошкодження кишки відповідає 6 балам (макрорівень), інтенсивність запального процесу – 6 балам порушення структури, масивні діapedезні крововиливи та лімфоінфільтрація власної пластинки та підслизової основи – разом 12 балів. Преднізолон сприяє зниженню рівня запального процесу та збереженню цілісності поверхневого