

**СИНДРОМ АСПЕРГЕРА**

*Куцабенко И. Г.*

**Научный руководитель: к.б.н. Н. Е. Фомченко**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

Синдром раннего детского аутизма впервые описан американским детским психиатром Л. Каннером в 1943 г., а в 1944 г. — Г. Аспергером (аутистическая психопатия).

В этиологии синдрома Аспергера (СА) основную роль играет наследственно-конституциональный фактор. Разные варианты раннего детского аутизма относят к психическим расстройствам, связанным с остаточными явлениями ранних органических поражений головного мозга различной этиологии. Предложено несколько теорий, объясняющих механизм возникновения раннего аутизма: теория миграции эмбриональных клеток, теория системы зеркальных нейронов, теория эмпатизации-систематизации.

Ранний детский аутизм — редкая форма патологии (2:10000). Основными проявлениями синдрома являются эмоциональная холодность, отсутствие потребности в контакте с окружающими, безразличие к близким людям, страх новизны, болезненная приверженность к рутинному порядку, однообразное поведение, стереотипные движения, расстройства речи, неуклюжесть, приводящие к трудностям в социальном взаимодействии.

Динамика СА зависит от возраста. Синдром начинается в младенчестве или раннем детстве, характеризуется стабильным течением без ремиссий, приводит к нарушению функций, тесно связанных с биологическим взрослением центральной нервной системы. У грудных детей отсутствует «комплекс оживления» при контакте с матерью, иногда отсутствие ориентировочной реакции на внешние раздражители. У детей первых трех лет жизни появляются нарушения сна, стойкие расстройства аппетита, общее беспокойство и беспричинный плач. В раннем детском возрасте дети равнодушны к близким, не способны дифференцировать людей и неодушевленные предметы, изменение повседневного режима вызывает у них бурную реакцию, что объясняется болезненно проявленным инстинктом самосохранения. У детей с СА наблюдается значительная задержка формирования элементарных навыков самообслуживания. Мимика ребенка бедная, маловыразительная, характерен «пустой, без эмоций» взгляд. Независимо от сроков появления речи отмечаются нарушения экспрессивности и недостаточность коммуникативной функции. Для больных характерны «автономная речь», разговор с самим собой, фонографизм. К концу дошкольного возраста нарушения инстинктов и проявления соматовегетативной недостаточности сглаживаются. Видоизменяется игровая деятельность: преобладает стремление к схематизации фактов, регистрированию явлений, стереотипному перечислению наименований, цифр. В младшем школьном возрасте сохраняются кардинальные проявления СА: необычный лексикон, трудности в понимании фигуральных выражений и склонность к буквальному пониманию. Они слабы в понимании юмора, иронии, поддразнивания. При взрослении лица с СА не столь замкнуты. Неспособность правильно реагировать на социальные взаимодействия может быть интерпретирована как бесчувственность, бестактность. Они могут показать теоретическое понимание эмоций других людей, но им трудно продемонстрировать свои знания на практике. Некоторым лицам с СА удается вступить в брак и самостоятельно работать. Непохожесть на других может быть травматичной для больных с СА. Причинами тревоги могут быть заикленность на возможных нарушениях рутин и ритуалов, помещение в ситуацию без ясного расписания, беспокойства по поводу неудачи в социальных взаимодействиях; стресс в результате тревоги может проявиться как невнимательность, отказ от общения, зависимость от навязчивых

идей, гиперактивность, агрессивное или оппозиционное поведение. Депрессия часто появляется в результате хронической фрустрации из-за постоянных неудач в заинтересовывании собой других людей, могут возникнуть аффективные расстройства, требующие лечения. По данным ряда авторов, люди с СА отличаются либо нормальным интеллектуальным уровнем, либо интеллектом, превышающим среднюю возрастную норму.

Лечение СА направлено на смягчение симптомов, снижающих качество жизни, обучение больного социальным, коммуникационным и речевым навыкам, соответствующим его возрасту. По некоторым исследованиям, у детей с СА с возрастом симптомы уменьшаются: примерно 20 % детей, став взрослыми, уже не удовлетворяют критериям синдрома, хотя социальные и коммуникационные трудности могут сохраняться.

Итак, синдром Аспергера характеризуется серьезными трудностями в социальном взаимодействии и коммуникациях, что значительно влияет на функционирование индивидуума в социуме.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей) / В. В. Ковалев. — М.: Медицина, 1979. — 608 с.
2. Бадалян, Л. О. Детская неврология / Л. О. Бадалян. — М.: Медицина, 1975. — 416 с.
3. Исаев, Д. Н. Аутистические синдромы у подростков: механизм расстройства поведения у подростков / Д. Н. Исаев, В. Е. Каган; под ред. А. Е. Личко. — Л., 1973. — С. 60–68.

УДК 512,8.04:797.21

### ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ НА ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ БАЛАНС У ПЛОВЦОВ

*Лаврененко А. Н., Дылевская Д. Н.*

Научный руководитель: ассистент *А. А. Жукова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) позволяет оценить не только показатели вегетативной регуляции, но и уровень метаболических и энергетических процессов протекающих в организме. ВСР отражает изменение влияния симпатического и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы на регуляцию сердечного ритма и работу более сложных надсегментарных эрготропных механизмов регуляции в процессе тренировочной нагрузки.

#### **Цель**

Изучить влияние особенностей вегетативной регуляции на энергетический баланс у пловцов при помощи спектрального анализа ритмов сердца.

#### **Материалы и методы исследования**

Обследование пловцов с помощью программно-аппаратного комплекса «Омега-С» проводилось на базе научно-практического центра «Спортивная медицина». У трех спортсменов в течение года изучались параметры вариабельности сердечного ритма (ВСР), из них выбирались записи, которые характеризовали оптимальные и минимальные показатели функционального состояния. ЭКГ регистрировалась в 1-м стандартном отведении. Для оценки функционального состояния спортсменов сравнивались показатели вегетативной регуляции, выраженные с помощью спектрального анализа ритмов сердца и показатели, характеризующие энергетический баланс.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Исходя из показателей, характеризующих вегетативную регуляцию, можно заключить, что у первого спортсмена вегетативный статус характеризуется как симпатикото-