

**КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ
У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МОЗГА**

Довготелес Д. М., Линков М. В.

**Научные руководители: к.м.н., доцент Н. Н. Усова,
заместитель главного врача Л. А. Лемешков**

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

Введение

Инсульты являются одной из важнейших медико-социальных проблем и занимают второе место среди причин смертности взрослого населения в странах СНГ [1].

Вследствие цереброваскулярной патологии достаточно часто наблюдаются нарушения высших мозговых функций, которые выявляются у 40–70 % пациентов, перенесших инсульт, в среднем — примерно у половины. Распространенность когнитивных нарушений в первые 3–6 месяцев после инсульта колеблется от 5 до 32%, а спустя 12 месяцев — от 8 до 26% случаев. Большинство исследований показывают, что наиболее высок риск развития деменции в первые 6 месяцев после инсульта. Наличие когнитивных расстройств ухудшает прогноз у данной категории пациентов [1, 2].

Особенностью сосудистых когнитивных нарушений является их потенциальная обратимость при условии своевременной адекватной терапии.

Цель

Изучить степень выраженности и характер когнитивных нарушений у пациентов в остром периоде инфаркта головного мозга.

Материалы и методы исследования

Работа выполнена на базе инсультного отделения Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ. Обследовано 12 пациентов в остром периоде инфаркта головного мозга, из них 8 мужчин и 4 женщины, средний возраст — $66,9 \pm 7,7$ лет. Диагноз «инфаркт головного мозга» устанавливался врачами-неврологами стационара и подтверждался результатами компьютерной рентгеновской томографии. У всех пациентов либо их законных представителей было взято согласие на исследование.

Нарушение когнитивных функций выявлялось с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (Mini Mental State Examination — MMSE) и батареи лобной дисфункции (FAB — Frontal Battery Assisment) [2].

В тесте MMSE оцениваются: ориентировка во времени и месте, восприятие, концентрация внимания, память, внимание, речь, чтение, пространственный гнозис. Результаты теста могут трактоваться следующим образом: 28–30 баллов — нет нарушений когнитивных функций; 24–27 баллов — преддементные когнитивные нарушения; 20–23 балла — деменция легкой степени выраженности; 11–19 баллов — деменция умеренной степени выраженности; 0–10 баллов — тяжелая деменция.

Батарея лобной дисфункции используется для скрининга деменций с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур. В этих ситуациях чувствительность MMSE может быть недостаточной. В тест входит 6 заданий на проверку функций лобной доли: обобщение (концептуализация), словарный запас, серии движений (программирование), конфликтующие инструкции, реакция выбора (тормозной контроль), исследование хватательных рефлексов. При оценке 16–18 баллов диагностируется нормальная лобная функция; 12–15 — умеренная лобная дисфункция; менее 12 — выраженная лобная дисфункция.

На основании полученных данных составлялась электронная база, после чего осуществлялась ее статистическая обработка с помощью программы «Statistica» 7.0. Данные представлены в виде медианы (Med) и интерквартильного размаха (LQ; UQ), где LQ — 25-й процентиль, UQ — 75-й процентиль; среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm SD$).

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов в остром периоде инфаркта головного мозга оценка по шкале MMSE составила 14,5 [7,0; 26,0] баллов, что соответствовало деменции умеренной степени выраженности. При проведении батареи лобной дисфункции в данной группе лиц балл равнялся 6,5 [3,0; 11,0], что указывало на развитие выраженной лобной дисфункции при остром нарушении мозгового кровообращения.

Выводы

Таким образом, инфаркты головного мозга приводят к развитию выраженных когнитивных нарушений смешанного характера, что зачастую не выявляется, требует дополнительной нейропсихологической диагностики и специфического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга / А. А. Скоромец [и др.]. — «Мир Медицины», 1998. — № 9-10. — С. 98.
2. Когнитивные нарушения в неврологической практике: научно-практическое пособие / В. В. Евстигнеев [и др.]; под общ. ред. проф. В. В. Евстигнеева. — Минск: Белпринт, 2009. — 224 с.

УДК 611.3-018.1-08:56

ЖЕЛЕЗЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА

Дорошкевич А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Л. Кравцова

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

Введение

На протяжении эмбрионального периода развития происходят структурные и функциональные преобразования элементов органов и систем, обозначаемые как процессы морфогенеза. В результате морфогенетических преобразований формируются определенным образом организованные системы органов. Тонкая кишка — это сложная система, состоящая из разнородных элементов, имеющих различную структуру и выполняющих разные функции. Эндокринные клетки тонкой кишки входят в состав гастроэнтеропанкреатической эндокринной системы. Их гормоны оказывают влияние не только на процессы пищеварения, но и на процессы морфогенеза [1, 2].

Цель

Изучить сроки закладки и начало секреторной активности экзо- и эндокриноцитов дуоденальных желез плодов человека.

Материалы и методы исследования

Была изучена двенадцатиперстная кишки 20 плодов человека 10–28-недельного возраста. Материал фиксировали в 10 % нейтральном формалине. Депарафинированные срезы окрашивались гематоксилином и эозином, методом ШИК для обнаружения гликогена. Для выявления эндокринных клеток использовались: метод Гримелиуса, реакция серебрения по Массону-Гамперлю.

Результаты и обсуждение

В конце третьего месяца эмбриогенеза появляется закладка желез двенадцатиперстной кишки. Они представляют собой почки — выпячивания дна еще не вполне сформировавшихся крипт. Эти образования очень скоро проявляются в форме полых трубочек, растающих в так называемую «сосудистую зону» подслизистой основы. Сосуды,