

ся важнейшим фактором сохранения психологического благополучия личности. С точки зрения современной медицины, трансгендерный переход является единственным эффективным способом преодоления гендерной дисфории [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильин, Е. П. Пол и гендер / Е. П. Ильин. — СПб.: Питер, 2010. — 688 с.
2. Лопухова, О. Г. Психологический пол личности в контексте гендерных исследований / О. Г. Лопухова // Вестник ТГГПУ. — 2011. — № 4(26). — С. 384–388.
3. Бендас, Т. В. Гендерная психология: учеб. пособие / Т. В. Бендас. — СПб.: Питер, 2005. — 431 с.
4. Клёцина, И. С. Гендерная психология и направления ее развития: практикум по гендерной психологии / И. С. Клёцина; под ред. И. С. Клёциной. — СПб., 2003. — С. 44–471.

УДК 616.89-008.465:616.831-005.1-036.8

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ АМНЕЗИЯ

Мельник О. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Н. Н. Усова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В Беларуси заболеваемость инсультом в 2–2,5 раза выше, чем в европейских странах. Инсульт занимает третье место среди причин смерти и первое среди причин инвалидности. С каждым годом инсульты молодеют, и в настоящее время становятся основной социально-медицинской проблемой неврологии. Зачастую при нарушении мозгового кровообращения (НМК) развивается амнестический синдром, который необходимо корректировать у данного контингента пациентов [1].

Цель

Изучить литературу по проблеме постинсультной амнезии.

Материал и методы исследования

Теоретический анализ, обобщение, интерпретация литературных источников по теме исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Амнезия — распространенное явление, с которым сталкиваются пациенты, перенесшие НМК. Развиться амнезия может как сразу после инсульта, так и спустя несколько дней [1].

Причины потери памяти при инсульте. Инсульт представляет собой острое нарушение мозгового кровообращения, в результате которого происходит обтурация (инфаркт мозга) либо повреждение (кровоизлияние в мозг) кровеносного сосуда. Вследствие этого одна из зон головного мозга начинает испытывать дефицит кислорода и энергетических субстратов, которые доставляются артериальной кровью. В результате недостаточного снабжения нервные клетки начинают гибнуть. Если данный процесс затрагивает лобные доли, лимбическую систему, гиппокамп, передние ядра зрительных бугров, а также при нарушении связи между этими образованиями, у пациента развивается амнезия [2].

Характер проблем зависит от зоны мозга, которая пострадала от НМК. У некоторых пациентов утрачиваются воспоминания о событиях прошлого, у других возникают трудности с запоминанием новой информации. Наряду с нарушениями памяти к последствиям инсульта относятся паралич, нарушения речи, утрата ориентации в пространстве [2].

Постинсультные проблемы с памятью

С точки зрения информации, которая не запоминается, различают несколько типов постинсультных нарушений памяти. Вся информация, которая поступает в человеческий мозг, может быть условно разделена на 2 категории — вербальная и невербальная. К пер-

вой группе относятся слова и собственные имена, а ко второй — изображения, музыка, ароматы. За обработку и хранение вербальных данных отвечает левое полушарие мозга, за работу с невербальной информацией – правое полушарие. Поэтому и память человека также делят на вербальную и невербальную. Характер нарушений памяти после инсульта зависит от того, какое из полушарий головного мозга было повреждено [2].

Последствиями инсульта являются:

1. Проблемы с вербальной памятью. Пациент забывает названия предметов, города, адреса, номера телефонов. Он не может вспомнить имена близких ему людей, забывает имя лечащего врача, несмотря на ежедневное общение, не помнит самых простых данных, имеющих отношение к его окружению. Это расстройство является одной из самых распространенных проблем с памятью среди пациентов, перенесших инсульт.

2. Нарушения невербальной памяти. Пациент не запоминает новые лица или не вспоминает внешность известных ему до НМК людей. Для пациента представляет сложность запомнить маршрут от кабинета врача до своей палаты или вспомнить путь от остановки общественного транспорта до собственного дома.

3. Сосудистая деменция.

При этом расстройстве человек утрачивает все типы памяти на фоне общего снижения всех его когнитивных способностей [3].

Виды расстройств памяти после инсульта

В зависимости от того, забывает пациент новую информацию или не вспоминает ту, которая уже существует в его памяти, различают несколько видов постинсультных расстройств памяти. К наиболее распространенным формам относится ретроградная (утрата воспоминаний до болезни) и антеградная (забывание событий после инсульта) амнезия.

Другими видами амнестических расстройств после инсульта являются [3]:

1. **Гипомнезия.** Достаточно часто встречается среди пациентов, перенесших инсульт. Для этого расстройства характерно общее ослабление памяти, при котором пациент сначала забывает текущие события, а по мере прогрессирования заболевания ослабевают память и на впечатления из прошлого. Свойственным этому расстройству признаком является необходимость пациента в подсказках со стороны окружающих.

2. **Парамнезия.** Проявляется смешиванием событий прошлого и настоящего. Так, пациент может относить недавно произошедший инсульт к давним событиям или принимать воспоминания своего детства за настоящее. Также человек может интерпретировать вымышленные факты как реально произошедшие в его жизни события. Например, прочитанный в книге сюжет пациент может пересказывать как свою персональную жизнь. В некоторых случаях, наоборот, пациент принимает действительность как услышанную или прочитанную где-то информацию.

3. **Гипермнезия.** Встречается достаточно редко и характеризуется патологическим усилением всех процессов памяти. Пациент начинает запоминать все происходящие с ним события, включая самые мелкие и незначительные детали.

Восстановление памяти

Восстановление памяти после инсульта зависит от таких факторов как характер поражений мозга, возраст пациента, наличие других заболеваний. Большую роль играет мероприятия по реабилитации. После НМК в мозге формируется зона из погибших нервных клеток и их дальнейшее восстановление невозможно. Вблизи этого участка располагаются функционально неактивные клетки, то есть те, которые не полностью утратили свои функции. Во время проведения реабилитации происходит активация «заторможенных» областей мозга и память может начать восстанавливаться. Также в головном мозге существуют клетки, которые могут «перестроиться» и начать выполнять функции тех структур, которые были разрушены. Инициировать этот процесс помогают различные упражнения, входящие в комплекс реабилитационных мероприятий [3].

Вывод

Постинсультная амнезия — распространенное явление. На восстановление памяти после инсульта влияет ряд факторов: площадь поражения, пол пациента, его возраст, сопутствующие заболевания. Большое значение в постинсультный период играют мероприятия по реабилитации пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев, Е. И. Ишемия головного мозга / Е. И. Гусев, В. И. Скворцова. — М.: Медицина, 2001. — 327 с.
2. Коновалов, А. Н. Неврология и нейрохирургия: учебник / А. Н. Коновалов; под ред. А. Н. Коновалова [и др.]. — М., 2009. — 624 с.
3. Постинсультная амнезия / Н. Ф. Мясоедов [и др.] // Журнал неврол. и психиатр. — 1999. — № 5. — С. 15–19.

УДК 616.831.71

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ МОЗЖЕЧКА

Микулич В. А.

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

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

Введение

На протяжении многих лет мозжечок остается привлекательным объектом исследования для морфологов, поскольку является главным центром сенсомоторного управления жизнедеятельностью всего организма. Многообразие функций и связанных с их нарушением заболеваниями мозжечка побуждают морфологов, физиологов к продолжению его исследования. В настоящее время изучение структурной организации мозжечка не утратило актуальности [1]. Кровоснабжение некоторых отделов мозга остается недостаточно изученной проблемой. Морфофункциональное состояние сосудов, особенно микроциркуляторного русла определяет характер и динамику компенсаторно-приспособительных процессов [2].

Цель

Определить морфометрические параметры некоторых структурных компонентов мозжечка человека.

Материал и методы исследования

Объектом исследования являлся головной мозг 12 умерших человек, чья смерть не была связана с цереброваскулярной патологией. В 1-ю группу включили людей молодого возраста (25–44 лет), во 2-ю — пожилого (61–75 лет). Материал фиксировали в нейтральном формалине и после проводки через хлороформ заливали в парафин. Серийные срезы толщиной 4–6 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону, крезилвиолетом по Нисслию. Проведено морфологическое исследование мозжечка. С помощью окуляр-микрометра при увеличении 10×20 измеряли толщину молекулярного и зернистого слоев. Подсчитывали количество грушевидных нейронов (клеток Пуркинью) и кровоснабжающих их сосудов, подсчитывали плотность распределения нейронов на 1 мкм^2 . Для получения статистически достоверных результатов измеряли в 10 полях зрения. Для анализа использовалась компьютерная программа по цитофотометрии. Полученные результаты обработаны с помощью пакета программ «Statistica» 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Кора мозжечка состоит из трех слоев: молекулярного, ганглионарного и зернистого, каждый из которых содержит строго определенные нейроны. Молекулярный слой представлен звездчатыми и корзинчатыми нейронами. Звездчатые занимают верхние две трети слоя, а нижнюю треть — корзинчатые. В первой группе наблюдения плотность расположе-