

инфекцией. Детей было 352 (76,35%) человека, взрослых 109 (23,65%). Менингококцемия диагностирована у 111 (24,0%) больных, менингит у 350 (76%). Менингококцемия чаще регистрировалась у детей (88,29%). Летальность составила 2,39%. Из 11 умерших 8 человек (72,7%) были дети в возрасте до 1 года. Основной подъем заболеваемости (72,88%) наблюдался с 1992-1999 годы. В 2007 году из 12 больных менингококковой инфекцией, поступивших в стационар, все были дети и у 11 (91,6%) диагностирована менингококцемия. Один ребенок, поступивший в реанимационное отделение в состоянии клинической смерти, умер.

Анализ частоты встречаемости менингококковой инфекции показывает, что при всех формах преобладают больные с А (II) групповой принадлежностью (39,4 – 43,2%) и реже с 0 (I) (24,3 – 36,7%). При менингококцемии, наряду с фенотипом А (II) отмечалось некоторое увеличение числа больных с группой крови АВ (IV) (13,6%).

При анализе тяжести патологического процесса при менингококковой инфекции выявлено, что более тяжело болеют лица с А (II) группой крови (48,8%) и легче с 0 (I) (21,9%). Эти показатели согласуются с данными других авторов [2, 3].

Вывод. Таким образом, наличие А (II) группы крови следует рассматривать как показатель риска заболеть тяжелой формой менингококковой инфекции.

Литература:

1. Кудин В.П., Астапов А.А. // Журнал Медицинские новости – 2005. - № 7. – С. 27-32.
2. Сухарева Е.Г. // ЖМЭИ. – 1978 - № 10. – С. 121.
3. Шапкин В.И. // ЖМЭИ. – 1979 - № 11. – С. 116-117.

АНАТОМИЯ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА

Кондращук П.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Смолко Я. Е.

Мозолистое тело (*corpus callosum*), совокупность нервных волокон, соединяющих большие полушария головного мозга у плацентарных млекопитающих и человека. Волокна М. т. идут в разных направлениях, но главным образом - в поперечном, связывая симметричные места полушарий и осуществляя между ними обмен нервной импульсацией, благодаря чему оба полушария составляют единое целое. В М. т. проходят также волокна, соединяющие разноимённые извилины противоположных полушарий, например, лобные с теменными или затылочными. Волокна М. т. дают коллатерали и к разным отделам полушария той же стороны (ассоциативные волокна).

Мозолистое тело может иметь различную форму в сагиттальных проекциях – от плоской у долихоцефалов до выпуклой у брахицефалов. Изменения мозолистого тела могут быть оценены с помощью угла, вершина которого совпадает с вершиной спинки турецкого седла, а стороны проходят через передненижний край колена и задненижний край валика. У долихоцефалов этот угол равен 118-122, у мезоцефалов – 99-110, у брахицефалов – 90-95 градусов.

На верхней поверхности мозолистого тела находятся крупные ветви перикаллезных артерий.

Формирование мозолистого тела начинается с 11-й и заканчивается к 20-й неделе внутриутробного развития. Развивается оно от передних отделов, от колена до валика, и только клюв развивается позже всего. Миелинизация мозолистого тела происходит от задней части к передней и заканчивается к 4-му году жизни.

Наибольших же размеров corpus callosum достигает, по разным данным, в период от 4 до 12 лет.

Мозолистое тело может отсутствовать. Это явление называется агенезией мозолистого тела. Агенезия мозолистого тела – это порок развития мозолистого тела. Она бывает полной и частичной. При частичной агенезии отсутствует задняя часть мозолистого тела. Эхографически это проявляется:

- 1 широким стоянием боковых желудочков;
- 2 смещением III желудочка кпереди;
- 3 расширением затылочных рогов боковых желудочков (более 11 мм);
- 4 отсутствием изображения волокон мозолистого тела при фронтальном и сагиттальном сканировании.

Агенезия мозолистого тела часто сочетается с голопрозенцефалией (нарушение деления головного мозга на полушария), синдромом Денди-Уокера (частичная либо полная агенезия мозжечка, кистозное расширение IV желудочка и расширение задней черепной ямки), микроцефалией и другими пороками развития головного мозга.

Агенезия мозолистого тела возможна при более чем 40 хромосомных aberrациях, 120 моногенных заболеваниях и синдромах, сопровождающихся пороками развития. Диагностика агенезии мозолистого тела до 20 недель беременности практически невозможна.

АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКИХ АСИММЕТРИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Кононов Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научные руководители – к.м.н. Дорохина Л.В.; к.м.н. Орехов С.Д.

Общеизвестна функциональная специализация полушарий головного мозга в обработке информации [1]. Распределение высших нервных функций между полушариями (мышление, сознание, эмоции, восприятие пространства и времени, речь) – определяется как психическая асимметрия [2]. Индивидуальные психические особенности зависят от пространственно-временной организации головного мозга, кора и подкорковые структуры активно участвуют в проявлениях латерализации [3]. Для мужчин характерны выраженные дефекты в социальной адаптации, эмоциональной и волевой сфере при унилатеральных нарушениях в правой вентро-медиальной префронтальной коре, но отсутствуют при левополушарных расстройствах. У женщин соответствующие нарушения развиваются при левосторонних расстройствах, и практически отсутствуют при правосторонних [4]. Однако многие аспекты данной проблемы остаются малоизученными и несистематизированными.

Цель исследования – изучить особенности распределения психических асимметрий у студентов ГрГМУ. Была проведена оценка психических асимметрий у 128 студентов (34 юношей и 94 девушек) 2-го курса ГрГМУ в возрасте от 18 до 23 лет с использованием тестовых методик. Статистическая обработка полученных данных выполнялись на персональном компьютере с помощью прикладных программ "Excel" и "Statistica 6.0".

Данные по асимметрии лобной коры свидетельствуют о преобладании у обоих полов левого полушария (51,06% у девушек и 67,65% у юношей). Частота встречаемости правополушарной асимметрии фронтальной коры у обоих полов близка к нулю. Среди девушек достоверно больше симметричных типов (43,62% у девушек и 32,35% у юношей). При анализе асимметрии теменно-затылочной коры у девушек