

кишки и ее брыжеек к задней брюшной стенке и другим внутренним органам. У плодов 3-го мес. ОбК проходит два этапа развития:

1) вправление физиологической пупочной грыжи в брюшную полость плода (9-9,5 нед.), где последним оказывается илеоцекальный угол; начинают дифференцироваться левый изгиб, нисходящий и сигмовидный отделы ОбК (10-я нед.);

2) закладка восходящей ОбК, начало опущения слепой кишки, разделение корня брыжейки пупочной кишечной петли на корень брыжейки правой 1/2 толстой кишки и корень брыжейки тонкой кишки (11-12-я нед).

При этом происходит неполная фиксация брыжеек ОбК к задней брюшной стенке и другим внутренним органам, чаще всего – на головке и теле поджелудочной железы, большой кривизне желудка и левой почке, реже – на двенадцатиперстной кишке (ДК) и правой почке, надпочечниках, селезенке, причем в разных вариантах. У плодов 4-го мес продолжают и в ряде случаев могут завершиться опущение слепой кишки (в правую подвздошную ямку или выше) и фиксация брыжеек ОбК, главным образом – ее нисходящего и поперечного отделов. Определяются правый изгиб ОбК и дефинитивный верхний изгиб ДК в процессе прикрепления корня брыжейки поперечной ОбК, который пересекает нисходящую часть ДК на разных уровнях и чаще всего переходит на правую почку. У плодов 5-го мес. эти процессы завершаются (чаще всего – на 17-18-й нед.), главным образом – в области илеоцекального угла, брыжейка которого полностью срастается с задней брюшной стенкой и правой почкой или сохраняется, целиком или частично в разных сегментах кишечной трубки.

#### СОПОСТАВЛЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА С НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИМ СТАТУСОМ ПРИ ЛЕГКИХ И УМЕРЕННЫХ (ДОДЕМЕНТНЫХ) КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ (ДКР)

Соколова Л.П., Витько Н.К., Зубанов А.Г.

ФГУ «Клиническая больница №1» УД Президента  
РФ, Москва, e-mail: Lsocolova@yandex.ru

**Цель:** Показать взаимосвязь состояния перфузии с особенностями нейропсихологического статуса при ДКР.

**Материалы и методы.** Обследовано 67 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет с легкими и умеренными (додементными) когнитивными расстройствами, которые были разделены на 4 клинические группы:

1. ДКР на фоне хронической сосудистой патологии (СП).
2. ДКР на фоне последствий мозговых катастроф (ПМК).

3. ДКР на фоне психо-вегетативного синдрома (ПВС).

4. ДКР на фоне токсических, дисметаболических, гипоксических энцефалопатий 1 (ТДГ). Для оценки перфузии головного мозга проводилась однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) на двухдетекторной гамма-камере ЕСАМ фирмы «Siemens» с использованием Теоксима, Тс-99, в дозе 740 МБк.

**Результаты:** При сопоставлении состояния региональной перфузии с особенностями клинического и нейропсихологического статуса, мы ориентировались на существование трех структурно-функциональных блоков мозга (СФБ) по А.Р. Лурия, функционирование которых определяет структуру когнитивного статуса.

Чаще всего снижение перфузии по конвексальной поверхности в областях «темя-висок-затылок» (второй СФБ) встретилось в группе ПМК (33%). Клинически снижение перфузии такого типа характеризовалось операциональными нарушениями когнитивного статуса. Снижение перфузии в лобных отделах (первый СФБ) отмечено только в группе СП и встретилось лишь в 1% всех случаев ДКР. Снижение перфузии в срединных структурах мозга наиболее характерны для группы ПМК (22%) и ПВС (14,5%), что обусловлено развитием синдрома «деафферентации» и разобщения, а также страдании первого (энергетического) СФБ мозга. Клинически это проявлялось развитием нейродинамических расстройств когнитивных функций.

**Заключение:** Клинические проявления когнитивного нейропсихологического статуса у пациентов с ДКР положительно коррелируют с состоянием перфузии в трех СФБ мозга.

#### ИММУНОМОРФОЛОГИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФОИДНЫХ ОРГАНОВ В ПОСТСТРЕССОВОМ ПЕРИОДЕ

Шефер Е.Г., Фокина Е.Н., Дегтярь Ю.В.,  
Демидович И.Л., Хлебников Ю.В.,  
Холодов А.В., Снигирева О.Н.

Волгоградский государственный медицинский  
университет, Волгоград,  
e-mail: marinakapitonova@mail.ru

Стресс является мощным иммуномодулятором, что позволяет ему существенно влиять на возникновение и течение сопутствующих заболеваний воспалительного и иммунного генеза. В зависимости от вида стрессорного воздействия и фонового состояния организма отмечено как иммуносупрессивное, так и иммуностимулирующее его действие. При этом имеющиеся в литературе сведения о последствиях перенесенного стресса для организма в различные возрастные периоды остаются весьма противоречивыми, что связано с одной стороны раз-