

Таблица 1 — Показатели ритмограмм мозговой активности и функционального состояния студентов

Показатели	М ± m	
	юноши	девушки
Дельта, %	44,49 ± 11,5	54,09 ± 16,4
Тета, %	14,07 ± 6,1	16,04 ± 7,2
Альфа, %	18,89 ± 7,9	14,91 ± 8,5
Бета, %	22,57 ± 10,8	14,97 ± 6,9
HF, %	20,5 ± 14,2	22,7 ± 10,1
LF, %	47 ± 14,2	38,2 ± 10,7
VLF, %	32,5 ± 11,8	39,1 ± 11,4
LF/HF	4,9 ± 5,4	2,2 ± 1,42
A — Уровень адаптации, %	63,8 ± 17	67,9 ± 22,3
D — Психозэмоциональное состояние, %	62,4 ± 14,6	66,5 ± 19,1
Индекс напряженности, у.е. (ИН)	117,7 ± 95,1	117,1 ± 135,7
D1 — Уровень управления, %	62,4 ± 14,6	66,5 ± 19,1
D2 — Резервы управления, %	63,7 ± 16,4	62,3 ± 21,1

Из представленных данных видно, что уровень адаптации и психозэмоциональное состояние несколько выше у девушек, чем у юношей студентов. Возможно, это связано с более эффективным механизмом регуляции. Так, например, более 39 % девушек имеет уровень адаптации, превышающий 80 %, в то время как, этот показатель достигает такого уровня только у 5 % юношей. У юношей выявлено более сильное влияние симпатической регуляции (LF = 47 ± 14,2), у девушек этот показатель ниже (22,7 ± 10,1), соотношение LF/HF у юношей-студентов в 2,27 раза превышает таковой у девушек, что также может свидетельствовать о большем уровне стресса, чем у девушек. Показатель VLF, характеризующий центральную эрготропную и гуморальную регуляцию, у девушек имеет несколько больший процент (39,1 ± 11,4), по сравнению с мужчинами (32,5 ± 11,8), однако не имеет статистически значимых различий.

Среднее значение индекса напряжения практически не отличается между исследуемыми группами, однако, внутри каждой группы этот показатель имеет высокую вариабельность.

Уровень управления, или показатель «быстрой» адаптации (D1), и показатель «медленной» адаптации (D2), характеризующий резервы управления, у юношей и девушек не имеют значимых различий, так как имеют очень индивидуальный характер изменчивости у каждого человека, независимо от пола.

Выводы

1. У девушек-студенток выявлен более низкий процент влияния дельта- и более высокий бета-ритма мозговой активности, чем у юношей.
2. Для студентов мужского пола характерно большее влияние симпатического контура регуляции и более низкие показатели уровня адаптации и психозэмоционального состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кустубаева, А. М. Возрастная динамика ритмов электрической активности мозга. Уровень тревожности и ЭЭГ-индексы / А. М. Кустубаева // Экспериментальная психология. — 2012. Том 5. №3. — С. 5-20.
2. Райгородская, Д.Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты/ Д.Я. Райгородская [и др.] — Москва: Бахрах-М, 2008 — С. 672.

УДК 611.714+572.72(476.2

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПО КРАНИОТИПУ У ЖИТЕЛЕЙ Г. ГОМЕЛЯ И ГОМЕЛЬСКОГО РАЙОНА

Сотникова В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Жданович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время существует большое число работ, в которых описаны краниометрические показатели взрослого человека. Данный метод позволяет установить половую

принадлежность останков людей, когда не предоставляется возможность выделить ДНК из костной ткани и установить пол по половому хроматину.

Цель

Измерить краниометрические показатели черепа людей, проживающих на территории г. Гомеля и Гомельского района по данным серии компьютерных сканов. Определить черепной указатель и интерпретировать его.

Материал и методы исследования

Для исследования использовались данные 86 серий компьютерных сканов головы человека (37 — женских, 49 — мужских), полученных в УЗ «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ» и Республиканском научно-практическом центре радиационной медицины и экологии человека.

Для исследования компьютерных томограмм использовалась программа RadiAnt DICOM Viewer (64-bit).

Измерения проводились в горизонтальной плоскости (рисунок 1).



Рисунок 1 — Измерение краниометрических параметров в горизонтальной плоскости

По данным КТ измеряли продольный и поперечный размеры черепа и определяли краниотип по величине поперечно-продольного, или ЧУ (формула 1):

$$\text{ЧУ} = \text{ПопР} : \text{ПрР} \times 100, \quad (1)$$

где ЧУ — черепной указатель; ПопР — поперечный размер черепа; ПрР — продольный размер черепа.

Далее производился статистический анализ и интерпретация полученных результатов с определением краниотипа.

Статистическая обработка результатов выполнена с использованием табличного редактора «MSExcel 2013» и «Statistica» 6.0. Достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента. Проводили корреляционный анализ взаимосвязи изменения изучаемых величин.

Результаты исследования и обсуждение

По классификации Мартина долихокранам соответствует величина ЧУ, меньше, чем 75, мезокранам — от 75 до 79,9; брахикранам — от 80 до 84,9, гипербрахикранам — от 85 до 89,9 и ультрабрахикранам — от 90 и выше [1].

В результате проведенного исследования был вычислен черепной указатель и определен краниотип (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение краниотипа среди исследуемых

Показатели	Общее количество, %	Общее количество, человек	Среднее значение черепного указателя
Долихоцефалы ($ЧУ \leq 75$)	4,65	4	$0,73 \pm 0,02$
Мезоцефалы ($ЧУ = 75-79,9$)	23,26	20	$0,78 \pm 0,01$
Брахицефалы ($ЧУ = 80-84,9$)	44,19	38	$0,82 \pm 0,01$
Гипербрахицефалы ($ЧУ = 85-89,9$)	25,58	22	$0,86 \pm 0,02$
Ультрабрахицефалы ($ЧУ \geq 90$)	2,32	2	$1,11 \pm 0,26$

Установлено, что 44,19 % (38 человек) исследуемых имеют брахицефалическую форму головы, являющуюся преобладающей в исследуемой группе; 25,58 % (22 человека) — гипербрахицефалическую; 23,26 % (20 человек) — мезоцефалическую; 4,65 % (4 человека) — долихоцефалическую и 2,32 % (2 человека) — ультрабрахицефалическую, что можно принять за соотношение разных типов формы черепа в популяции г. Гомеля.

Выводы

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что в популяции жителей города Гомеля и Гомельского района наибольшее количество брахицефалов, наименьшее — мезоцефалов и ультрабрахицефалов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Степаненко, А. Ю. Влияние линейных размеров мозга на величину мозжечка человека / А. Ю. Степаненко // Вестник ВГМУ. Анатомия человека. — 2014. — С. 37–44.

УДК 616.346.2-002-053.2-073

ВОЗМОЖНОСТИ СОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ АППЕНДИЦИТОВ У ДЕТЕЙ

Сотникова В. В.

Научный руководитель: старший преподаватель С. Ю. Баранов

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

Введение

Острый аппендицит (ОА) — сегодня самое распространенное хирургическое заболевание, являющееся причиной 75 % экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости в детском возрасте. Возможность любой локализации аппендикса в животе определяет «многоликость» клинического проявления ОА, показывает на возникающие сложности диагностического скрининга, приводящие к риску развития диагностических ошибок и развитию его осложненных форм (до 5 %) [1, 2].

Ранняя диагностика ОА, как наиболее «коварного» заболевания органов брюшной полости у детей, является актуальной проблемой современной детской хирургии. Современная сонография с ее преимуществами (неинвазивность, отсутствие лучевой нагрузки, отсутствия противопоказаний и др.) перед другими методами исследования является наиболее применимой в дифференциальном скрининге острой абдоминальной хирургической патологии детского возраста [3].

Цель

Ретроспективно проанализировать истории болезни детей, оперированных по поводу ОА. Определить удельный вес и результативность применения сонографии в диагностике данной патологии.

Материал и методы исследования

Ретроспективно за период 2014–2016 гг. был проведен статистический анализ историй болезней 900 пациентов (535 мальчиков и 365 девочек (1:1,5)) с ОА, оперированных в от-