терным для данного периода индивидуального развития (таблица 1).

**Таблица 1.** Показатели соматометрии и умственной работоспособности девушек 1986-1988 годов рождения

| Показатели | 1986 г.р. | 1987 г.р. | 1988 г.р. |
|---|---|---|---|
| Длина тела (см) | 162,8±1,86 | 164,1±1,45 | 165,5±2,59 |
| Масса тела (кг) | 55,7±1,82 | 55,1±1,42 | 53,8±1,85 |
| Окружность грудной клетки (см) | 82,0±0,71 | 83,4±1,19 | 82,7±1,31 |
| Экскурсия грудной клетки (см) | 6,19±0,551 | 5,94±0.356 | 5,12±0,125 |
| Окружность бедра (см) | 54,2±1,53 | 51,9±0,82 | 51,5±1,32 |
| Окружность голени (см) | 35,9±0,98 | 35,1±0,55 | 35,9±0,83 |
| Окружность плеча (см) | 26,7±0,36 | 26,3±0,56 | 25,0±0,41 |
| Умственная работоспособность | 0,74±0,063 | 0,91±0,024 | 0,79±0,055 |

После вычисления индекса Пинье выяснилось, что из обследованного контингента девушек имели гиперстенический тип конституции 7 %, нормостенический – 63 %, астенический – 30 %.

В результате изучения статистической зависимости между показателями индекса Пинье и уровнем умственной работоспособности было выявлено следующее. Достоверной взаимосвязи между уровнем умственной работоспособности, определяемым по методу Э. Крепелина, и типом конституции, определяемым по индексу Пинье, не обнаружено (r = 0,10417) (рисунок 1.).

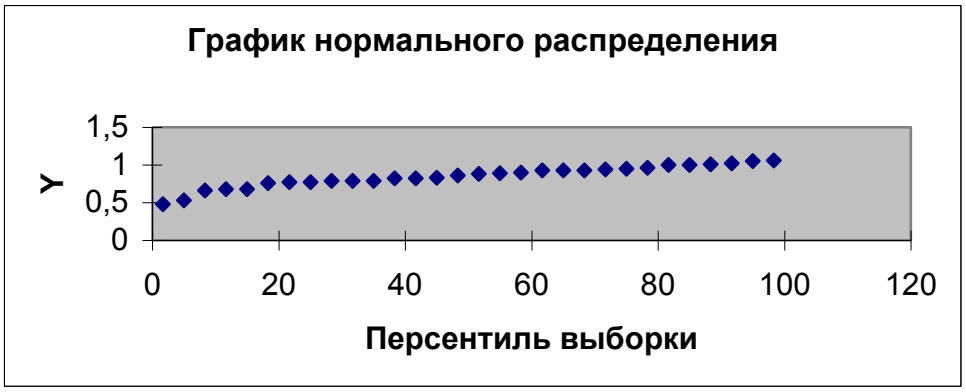


**Рисунок 1.** График зависимости показателей умственной работоспособности и индекса Пинье.

В целом, приведенные результаты являются промежуточным итогом начального этапа комплекса исследований конституциональных и психодинамических особенностей девушек, обучающихся в старших классах средних учебных заведений города Белгорода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Учение о здоровье и проблемы адаптации. – Ставрополь: Издательство СГУ, 2000. – 204 с.

2.Клиорин А.И., Чтецов В.П. Биологические проблемы учения о конституциях человека. – Л.: Наука, 1979. – 164 с.

## НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЛИЦ С ГИПЕРТИМНО-АКТИВНЫМ ТИПОМ АКЦЕНТУАЦИИ СВОЙСТВ ТЕМПЕРАМЕНТА В СПОКОЙНОМ СОСТОЯНИИ И ПРИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОМ НАПРЯЖЕНИИ

Ващенко Л.М., Козаренко Л.А., Умеренкова Н.С.
*Центрально-Черноземный НЦ РАМН; Курский государственный медицинский университет, Курск*

На протяжении последних лет в ЦЧ НЦ РАМН развивается биопсиходинамическая концепция факторов риска психосоматических расстройств (А.В. Завьялов, В.В. Плотников, Л.А. Северьянова). Ее сущность заключается в предположении существования ряда акцентуированных биопсиходинамических типов, включающих значительно усиленные свойства темперамента и связанные с ними усиленные биологические характеристики организма. Эти типы, по предположению, составляют повышенный риск психосоматических заболеваний.

Целью данного исследования явилось изучение соотношений нейрофизиологических показателей у лиц гипертимно-активного типа акцентуации свойств темперамента в спокойном состоянии и в условиях предэкзаменационного психоэмоционального напряжения.

Исследование проводилось на 56 студентах КГМУ в возрасте 18-26 лет (29 мужчин и 27 женщин) с гипертимно-активным типом акцентуации в эмоционально-нейтральной ситуации, для 32 испытуемых (18 мужчин и 14 женщин) эксперимент был повторен в условиях предэкзаменационного психоэмоционального напряжения.

Нейрофизиологические показатели исследовали с помощью структурного компьютерного анализа фоновой ЭЭГ. Фоновую ЭЭГ регистрировали с лобных, височных, теменных, затылочных областей слева и справа по униполярной схеме 10-20 стандартными электродами на 8-канальном электроэнцефалографе

японской фирмы Nichon Konden. Запись ЭЭГ вели на жесткий диск ЭВМ с частотой дискредитации 100 Гц. Затем безартефактные отрезки ЭЭГ (периодами 10, 24 с) подвергали автоматизированному компьютерному анализу с помощью специального пакета прикладных программ "Нейровизор-2, МНТЦ "Скан" (М.,1992). Рассчитывали индексы физиологических ритмов, спектры их мощности, а также коэффициенты внутри- и межполушарной когерентности и корреляции биоэлектрической активности между изучаемыми зонами слева и справа. Для выделения общемозговых индексов фоновой ЭЭГ показатели биоэлектрической активности различных зон мозга усредняли и вычисляли средние общемозговые значения. Среднее как статистическая величина позволяло обобщенно охарактеризовать электрическую активность мозга как целого.

Анализ полученных данных показывает, что у женщин гипертимно-активного типа отмечается снижение индексов относительно быстрых ритмов при периодметрическом анализе. У них статистически достоверным ($p<0,05$) является уменьшение представленности индекса и амплитуды бета-1-ритма. При спектральном анализе у женщин гипертимно-активного типа в условиях психоэмоционального напряжения наблюдается статистически достоверно уменьшение максимальной амплитуды бета-2-ритма ($p<0,05$). У мужчин гипертимно-активного типа в состоянии психоэмоционального напряжения обнаружено статистически достоверное ($p<0,05$) межполушарной когерентности в бета-1-диапазоне.

Данная направленность изменений показателей ЭЭГ характерна для состояний, связанных с ослаблением степени психоэмоциональной активности ЦНС. Это обстоятельство дает основание сделать следующее заключение: полученные данные свидетельствуют о том, что ситуация психоэмоционального напряжения у всех испытуемых с гипертимно-активным типом акцентуации свойств темперамента вызывает снижение уровня ретикуло-кортикальной активации ЦНС.

## ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПО ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ДАННЫМ.

Винокурова Е.П.
*Якутский Государственный Университет Имени М.К.Аммосова; Медицинский институт*

Актуальность: Одним из наиболее грозных осложнений гастродуоденальной язвы является кровотечения. Оно встречается у 25 % больных с хронической язвой, сопровождаясь 16% общей и 32% послеоперационной летальности.

Целью нашего исследования являлось 1. Изучение особенностей протекания язвенных кровотечений. 2.Изучение методов хирургического лечения язвенных кровотечений. 3. Прогнозирование рецидива кровотечения по эндоскопическим данным.

Задачи: Определение распространенности язвенных кровотечений среди больных с язвенной болезнью, подбор оптимальной методики хирургического лечения язвенных кровотечений и применение эндоскопического гемостаза с прогнозом рецидива.

Материалы и методы: Нами был проведен анализ результатов хирургического лечения 183 больных с клиническим диагнозом осложненная язвенная болезнь, состоявшееся кровотечение из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в Республиканской больнице, центре экстренной медицинской помощи города Якутска, 1 хирургическом отделении с 1999 по 2004 год.

За период 1999-2004 гг. в 1 хирургическое отделение республиканского центра экстренной медицинской помощи было госпитализировано 183 пациента с язвенными кровотечениями. Мужчин было 144, женщин 39. Возраст колебался от 15 до 80 лет. Чаще всего это мужчины старше 51 года – 56 (30,6 %). Это говорит о том, что люди пожилого возраста болеют чаще язвенной болезнью, которая осложняется кровотечением. По национальному признаку русских намного больше – 119 (65,03 %), чем якутов – 35 (19,13 %) и прочих (украинцев, армян, молдаван и др.) – 29 (15,85 %). По срокам госпитализации: с момента кровотечения больные поступали через 3 суток и более – 60 (32,79%) со средней степенью тяжести – 84 (45,90 %). При поступлении больные жаловались на боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту «кофейной гущей», черный стул, головокружение и слабость. Неотложная эндоскопия помогла установить причину и характер кровотечения: язва желудка – 60 (32,79%), язва ДПК – 86 (46,99%), язва желудка и ДПК - 17 (9,29 %), каллезная язва – 10 (5,46 %), каллезная язва с пенетрацией – 2 (1,09 %), язва с пенетрацией – 8 (4,37 %).

Классификация кровотечения по J. Forrest (1974 г.): 1а - продолжающееся струйное кровотечение, 1б – продолжающееся капиллярное, в виде диффузного просачивания кровотечения, 2а – видимый крупный тромбированный сосуд, 2б – плотно фиксированный к язвенному кратеру тромб – сгусток, 2 с- мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен, 3 – отсутствие стигм кровотечения в язвенном кратере. В качестве основных критериев, определяющих хирургическую тактику, нами использованы тяжесть кровопотери и степень активности кровотечения. При этом применяли 3-степенную классификацию тяжести кровопотери по А.И. Горбашко (легкая, средняя, тяжелая) и классификацию степени активности кровотечения по Г.П. Гидириму.

По Forrest : 1 а - 5 (2,73%), 1 б – 36 (19,14 %),2 а – 27 (14,80 %), 2 б – 39 (21,31%), 2 с – 35 (19,10 %), 3 – 41 (22,40 %). По Гидириму : 1 – 84 (45,90 %), 2 а – 42 (22,95 %), 2 б – 2 (1,09 %), 3 а – 44 (18,57 %), 3 б – 3 (1,63 %), 4 а – 14 ( 7,65 %), 4 б – 3 (1,61 %). По Горбашко : легкая – 17 (8,63 %), средняя – 84 (45,90 %), тяжелая – 82 (42,50 %). Чаще всего встречается 3 форма и меньше всего 2 б по Forrest, по Гидириму 1 степень и менее всего 2 б, по Горбашко средняя и менее легкая степень.