

(средний возраст 28,5) и г. Новополоцка (средний возраст 27,8) было установлено, что мужчины г. Гродно выше ростом на 6-7 см, а все остальные размеры у них меньше: поперечный размер грудной клетки на 2,5 см, передне-задний размер грудной клетки на 2,2 см, окружность грудной клетки на 4,5 см, ширина таза на 2,4 см, диаметр запястья на 0,3 см (все отличия достоверны, $p < 0,001$).

Произведено сравнение распределения соматотипов в популяции мужчин г. Гродно с данными о распределении соматотипов среди мужчин г. Новополоцка и г. Новолукомля [3]. Если соотнести грудной и грудно-мускульный соматотипы (по схеме В.В.Бунака) с астеническим и переходными к нему соматотипами (по нашей методике), то общее количество астеников среди мужчин г. Гродно превышает на 13,2% аналогичные данные по Витебской области.

При сравнении данных о состоянии упитанности мужчин г. Гродно с результатами исследования мужчин г. Вильнюса в возрасте 18-26 лет [1], обращает на себя внимание тот факт, что среди мужчин г. Гродно, по сравнению с литовцами, в 4 раза больше лиц со сниженным весом тела, и почти в 2 раза меньше лиц с ожирением первой степени.

Таким образом, результаты сравнения антропометрических показателей и распределения соматотипов мужчин г. Гродно с аналогичными данными по Витебской области 25-летней давности, а также состояния упитанности гродненцев, по сравнению с литовцами, указывают на то, что в популяции мужчин Западной Беларуси за последние четверть века произошла акселерация роста и грацилизация соматотипа.

Литература:

1. Адомайтис А.Ю., Павилонис С.В. Возрастная и профессиональная динамика соматотипа // Новости спортивной и медицинской антропологии. - М., 1990. - Вып. 1. - С. 116-117.

2. Орехов С.Д. Влияние некоторых популяционно-генетических и внешнесредовых факторов на физическое развитие детей и подростков Беларуси: Дис. канд. мед. наук: 14.00.09. – Гродно, 1996. – 154с.

3. Тегакко Л.И. Саливон И.И., Микулич А.И. Биологическое и социальное в формировании антропологических особенностей (по данным исследования населения Поозерья). – Мн.: Наука и техника, 1981. – 286 с.

СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Сидорчук О.Г., Марченко И.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., профессор Кажина М.В.

Один из актуальных вопросов урогинекологии - проблема нарушения мочеиспускания у женщин в перименопаузе, которое не ведет к серьезным нарушениям общего состояния, но влияет практически на все стороны жизни пациенток, ухудшая их социальную, бытовую, профессиональную, гигиеническую и семейную адаптацию.

Целью нашего исследования было выявление распространенности экстрагенитальной патологии и факторов риска возникновения стрессового недержания мочи у женщин г. Гродно и Гродненской области, находящихся в состоянии перименопаузы.

Материал и методы: анкетирование женщин в перименопаузе (48-55 лет), обращавшихся за амбулаторной помощью к акушеру-гинекологу в женских

консультациях г. Гродно. Анкета состояла из 74 вопросов, из которых нами оценивалась часть, относящаяся к ЭГП и факторам риска.

Результаты: 13% проанкетированных являются сельскими жительницами, 43% - пенсионеры. 40% женщин связывают свою работу с подъемом тяжести массой от 10 кг до 65 кг. В юности 23% женщин занимались спортом (легкой атлетикой). 70% проанкетированных имеют урогенитальные расстройства различной степени тяжести. В анамнезе большинства опрошенных имеется по 1-3 родов, проведенных через естественные родовые пути; самопроизвольные выкидыши были у 11% женщин; медицинские аборт - у 66.7% опрошенных. При родах имелись разрывы: шейки матки - 24.7%, влагалища - 22.2%, промежности - 24.7%. Эпизиотомия выполнена у 19.8% женщин. Данные по экстрагенитальной патологии представлены в таблице.

<i>Экстрагенитальная патология</i>	<i>%</i>	<i>Генитальная патология</i>	<i>%</i>
Сердечно-сосудистая система	59.3	Эрозия шейки матки	60.5
Пищеварительная система	51.9	Миома матки	30.9
Варикозная болезнь	48.1	Кисты яичников	19.8
Дыхательная система	20.0	Выпадение (опущение) матки	18.5
Эндокринная система	20.0	Воспалительные процессы	18.5
Мочевыделительная система	20.0		
Нервная система	11.0		
Грыжи живота	11.0		
Травмы спинного мозга	9.0		
Сахарный диабет	5.5		

Постменопауза наблюдается у 67.9% опрошенных, из них 80% жалуются на приливы, потливость, сердцебиения. Сухость, жжение, зуд во влагалище отметили 27.8% пациенток; дискомфорт при половых контактах - 13% опрошенных.

Выводы: представленные данные являются частью проводимого эпидемиологического исследования. На основании полученных цифр выяснено, что среди ЭГП ведущее место занимает патология сердечно-сосудистой системы. 2 место - заболевания пищеварительной системы. 3 место - варикозная болезнь.

РАЗВИТИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ

Сикерич Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н. Шавель Ж.А.

Формирование репродуктивной системы начинается в антенатальном периоде и продолжается в детском и подростковом возрасте.

Генетическая половая детерминированность реализуется с момента соединения женской, мужской половых клеток - гамет, т.е. с периода зачатия и обусловлена набором половых хромосом, образующихся в зиготе. Первичные половые клетки, возникающие в первые 4-5 недель, дифференцируются в оогонии или сперматогонии, индуцирующие формирование из окружающих соматических клеток мужской или женской гонад. Развитие гонад у женского и мужского эмбриона начинается однотипно, с образованием на медиальной стороне первичной почки половых валиков - будущих гонад. Элементами развивающихся гонад являются гоноциты, которые дают начало оогониям и сперматогониям. Кроме того, на формирование пола оказывают