

# МОРФОЛОГИЯ. ПАТОЛОГИЯ

УДК 618.11–071.2–055.25

## ХАРАКТЕРИСТИКА АНАТОМИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ ТЕЛА ДЕВУШЕК В ВОЗРАСТЕ 16–18 ЛЕТ С ГИПЕРАНДРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В.В. Соколов, С.В. Ермашова

*Ростовский государственный медицинский университет*

Изучение проблемы конституции дает возможность реализации антропологического направления анатомии человека в клиническую практику, так как конституция включает наследственно устойчивые признаки, которые являются факторами риска при определенной патологии и факторами благополучия в условиях активных жизненных позиций [7]. Поэтому в настоящее время одной из главных задач медицинской науки является выработка научно обоснованных количественных критериев оценки здоровья [6]. В настоящее время считают, что у людей, относящихся к основным соматическим типам, имеется предрасположенность к различным заболеваниям, и одни и те же болезни у субъектов разных конституций имеют неодинаковое течение [1, 3, 4, 5]. Особенно актуальны определения конституциональных особенностей у девушек-подростков в периоде становления репродуктивной системы.

В период полового развития репродуктивная система девушек высокочувствительна к любым повреждающим факторам (соматические заболевания, ожирение, частые респираторно-вирусные инфекции, психоэмоциональные нагрузки), которые могут привести к ранним морфологическим изменениям в яичниках, нарушая их структуру и функцию, что в дальнейшем приводит к гиперандрогенной дисфункции яичников и формированию первичного бесплодия.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить характер анатомических компонентов тела девушек 16–18 лет с гиперандрогенной патологией.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами обследованы 100 девушек, проходивших обследование в детской поликлинике № 45 и гинекологической клинике ООО "Медэкон" г. Ростова-на-Дону. Состояние здоровья обследуемого контингента оценивалось на основании

данных медицинских карт. Осмотр проводили в специально оборудованном кабинете для антропометрического обследования на базе детской поликлиники № 45 г. Ростова-на-Дону по методике [1], которая имеет существенные преимущества перед субъективными схемами конституционной диагностики и наиболее удобна для использования в практической медицине.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При обследовании жировой массы тела у девушек с гиперандрогенной патологией мы выявили очень низкий (2,12 %), низкий (6,14 %) и ниже среднего (7,22 %) показатели выраженности жировой массы тела. Основная группа – по частоте встречаемости среди обследованного контингента представители средней (24,42 %), выше среднего (30,18 %) и высокой (26,26 %) жировой массы тела. Очень высокий показатель жировой массы тела встречается только у (4,16 %) девушек с гиперандрогенной патологией.

На основании результатов изучения степени выраженности мышечного компонента тела у девушек 16–18 лет установлено, что у большинства обследованного нами контингента имеется средний (29,18 %), ниже среднего (33,64 %) и низкий (21,28 %) показатели выраженности мышечной массы тела. Реже встречаются девушки с очень низким показателем мышечной массы (10,49 %). Высокий (1,46 %) показатель мышечной массы у обследованного нами контингента встречается крайне редко.

Анализ полученных данных костного компонента тела показывает, что костная масса у обследованных девушек распределяется неравномерно. Так, у 26,21 % девушек мы определили низкий показатель костной массы, ниже среднего – у 34,32 %. Средний показатель – у 19,14 % и выше среднего – у 18,12 %. Высокий показатель костной массы тела мы определили только у девушек (2,2 %) с гиперандрогенной патологией.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенных исследований могут быть использованы врачами при скрининговых обследованиях девушек в возрасте 16–18 лет с гиперандрогенной патологией, будет разработан новый способ прогнозирования и диагностики синдрома формирующихся поликистозных яичников для своевременного лечения нарушений репродуктивной функции женщины.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бунак В. В. // Антропол. журн. – 1934. – № 3. – С. 21–31.
2. Дорохов Р. Н., Петрухин В. Г. // Медико-

педагогические аспекты подготовки юных спортсменов. – Смоленск, 1989. – С. 4–14.

3. Козан Б. И. // Новости спорт. и мед. антропол. – М., 1991. – Вып. 2(6). – С. 71–72.

4. Костюк А. Л. // Матер. I междунар. конгр. по интегр. антропол. – Тернополь, 1995. – С. 195–196.

5. Николаев В. Г. // Актуальн. вопр. биомед. и клинич. антропол. – Красноярск, 2001. – С. 4–12.

6. Николаев В. Г., Шарайкина Е. П. // Новости спорт. и мед. антропол. – М., 1990. – Вып. 3. – С. 80–81.

7. Сапин М. Р., Никитюк Б. А. // Морфология. – 1992. – Т. 1–2, № 5. – С. 7–18.

© В. В. Соколов, С. В. Ермашова, 2006

УДК 616.91:616.831:616.24–092.4

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ И ЛЕГКИХ МЫШЦ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ МОДЕЛИРОВАНИИ ЛИХОРАДКИ ЗАПАДНОГО НИЛА

В. Б. Писарев, А. В. Смирнов, М. В. Шмидт, Л. С. Быхалов, В. А. Глухов

Отдел общей и экспериментальной патологии ВНЦ РАМН и АВО,  
кафедра патологической анатомии ВолГМУ

На сегодняшний день одной из актуальных медицинских проблем Волгоградской области является диагностика и лечение лихорадки, вызываемой вирусом Западного Нила (ВЗН).

Лихорадка Западного Нила (ЛЗН) (западнонильский энцефалит, энцефалит Западного Нила, *Encephalitis Nili occidentalis*) – природноочаговая, трансмиссивная, летне-осенняя арбовирусная инфекция, которая протекает у человека в виде острого лихорадочного заболевания с симптомами общей интоксикации, головными и мышечными болями, часто с развитием серозного менингита и менингоэнцефалита.

Впервые данные о вирусе ЛЗН появились в 1940 г. В связи с проявлением общелихорадочных симптомов при данном заболевании оно получило название ЛЗН. В ранних публикациях поражения центральной нервной системы (ЦНС) отмечались как единичные и у небольшого числа людей. Практически не наблюдались летальные исходы. Как правило, имелось доброкачественное течение болезни.

Вирус ЛЗН был определен как наиболее встречающийся из флавивирусов с повсеместным географическим распространением. ЛЗН у людей изначально описывалась как тяжелое заболевание с повышением температуры, похожее на грипп, с неожиданным началом (инкубационный период – 3–6 дней), температурой от средней до высокой (3–5 дней, нередко двухфазной), иногда с ознобом, ретробульбарной головной болью (чаще в области лба), болями в спине, мышцах, суставах, животе, воспалением ротоглотки, конъюнктивитом, папулезной

или розеолезной сыпью, лимфоаденопатией, усталостью, отсутствием аппетита, слабостью, диареей, респираторными симптомами. Иногда возникал острый асептический менингит или энцефалит, сопровождавшийся ригидностью шейных мышц, рвотой, спутанностью и нарушением сознания, сонливостью, тремором конечностей, конвульсиями, парезами и комой. В других случаях присутствовали передний миелит, гепатоспленомегалия, гепатит, панкреатит и миокардит.

Сотни случаев ЛЗН были описаны в Израиле и Южной Африке. Наибольшая африканская эпидемия приблизительно с 3 тыс. клинических случаев отмечена в Капской провинции ЮАР в 1974 г. после обильных дождей. Вспышка с 50 больными, 8 из которых умерли, описана в Алжире в 1994 г. Другие спорадические случаи или вспышки описаны в различных странах Африки и Азии.

В 1999–2002 гг. в г. Волгограде и Волгоградской области была зарегистрирована крупная вспышка лихорадки Западного Нила (Львов Д. К. с соавт., 2004). При изучении особенностей патоморфологических изменений, возникающих при ЛЗН, был исследован аутопсийный материал патологоанатомических отделений Волгоградского областного патологоанатомического бюро за 1999–2002 гг. (Писарев В. Б., Григорьева Н. В., 2005).

Наибольшую долю клинических вариантов течения в структуре заболеваемости ЛЗН составили менингиты – 59 %. В 24 % случаях отмечалось протекание ЛЗН без поражения ЦНС, и наконец, 17 % случаев составили менингоэнцефа-