



Рис. 4. Распределение частоты нарушений осанки и сколиозов у девочек с 13 до 17 лет (6 – 11 классы).

Учитывая возрастно-половые особенности исследуемой группы, мы обратили внимание на количественное соотношение малых аномалий развития у юношей и девушек, выявив при этом, что их общее число достоверно преобладает среди лиц мужского пола. Так, отмечено преобладание у юношей следующих малых аномалий развития: долихоцефалия, глубоко посаженные глаза, гипертелоризм ($p < 0,05$), готическое нёбо, оттопыренные уши ($p < 0,001$), большие уши, О-образное искривление ног, сандалевидная щель ($p < 0,001$), 2 палец стопы больше 1 пальца, «полая» стопа, расширение пупочного кольца ($p < 0,001$). Та же тенденция отмечалась в отношении патологии кожи: у мальчиков чаще встречается гиперэластичность кожи, бархатистая кожа, просвечивающая кожа, стрии на коже и шов в виде папиросной бумаги.

Однако у девушек достоверно чаще встречаются такие малые аномалии развития как третий тип мочки уха ($p < 0,05$), неправильный рост зубов ($p < 0,05$) и девиация локтевых суставов ($p < 0,001$). Причиной этого служит, учитывая литературные данные [29], нестабильный гормональный фон растущего организма, колебания соотношения андрогенов и эстрогенов, гипостроения, что значительно влияет на скорость и качество синтеза коллагена. Влияние половых гормонов на этот процесс хорошо изучено. Так, андрогены стимулируют фибропластические реакции, ускоряя синтез соединительной ткани, её большую прочность и меньшую растяжимость, а эстрогены, напротив, стимулируя преждевременное созревание фибробластов и их быстрое разрушение, способствуют продукции легко растворимого, растяжимого коллагена.

При оценке гипермобильности суставов по половому признаку (рисунок) отмечено явное преобладание лёгких (1-3 балла), умеренных (4-6 баллов) и выраженных (7-9 баллов) степеней у девочек ($p < 0,05$) по