

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОМЕРЛИ У ВІЦІ ДО 1 РОКУ ВІД ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ МАТЕРІВ**Шерстюк С.О., Сорокіна І.В.**

Резюме. Гістологічне та морфометричне дослідження виявило у щитоподібній залозі дітей, які померли у віці до 1 року від ВІЛ-інфікованих матерів, морфологічні ознаки зміни мерокринового типу секреції на аварійний голокринний тип на тлі виснаження компенсаторно-адаптаційних механізмів залози.

Ключові слова: щитоподібна залоза, ВІЛ-інфекція, діти.

MORPHOLOGICAL FEATURES OF GLANDULE THYROIDAL OF CHILDREN WHO HAVE DIED AGED TILL 1 YEAR FROM MOTHERS WITH HIV-INFECTION**Sherstiuk S.A., Sorokina I.V.**

Summary. Histologic and morphometric research has revealed in a thyroid gland of children who have died aged till 1 year from a HIV-infected mothers, morphological signs of change merocrin secretion type on emergency golocrin type against an exhaustion of compensatory-adaptable mechanisms of gland.

Key words: thyroid gland, HIV-infection, children.

© Гумінський Ю.Й., Тихолаз В.О., Шпакова Н.А., Брухнова Л.С.

УДК: 572.087:616-071.3:616.1/.4:616.895.8

ОСОБЛИВОСТІ ОБХВАТНИХ РОЗМІРІВ ТІЛА (ПЕРИМЕТРИВ) У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ**Гумінський Ю.Й., Тихолаз В.О., Шпакова Н.А., Брухнова Л.С.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра анатомії людини (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна); Хмельницький обласний психоневрологічний диспансер (вул. Кам'янецька, 99, м. Хмельницький, 29008, Україна)

Резюме. Проведене дослідження встановило наступні найбільш виражені відмінності між групами хворих і здорових людей: у хворих різної статі з тривалістю стаціонарного лікування до 6 місяців значення обхватних розмірів тіла є меншими, при тривалості лікування більше 1 року - значення обхватних розмірів є більшими у чоловіків переважно за рахунок середнього, а у жінок середнього та нижнього сегментів тулуба, порівнянно з практично здоровими ($p > 0,05$).

Ключові слова: обхватні розміри тіла (периметри), параноїдна форма шизофренії.

Вступ

Індивідуальний розвиток організму залежить від генетичної багатоваріантності, а також обумовлений дією багатьох факторів навколишнього середовища, серед яких одними з базових є спосіб харчування та режим фізичного навантаження [Сосєдова, 2003, Улащик, 2006]. В умовах лікарняного стаціонару, крім особливостей харчування, рухової активності, побуту, соціальних факторів, на фізичний розвиток хворого також впливають медикаментозні препарати.

Проблема комплексного вивчення оцінки впливу нейролептичної терапії на зміну соматометричних розмірів тіла у хворих на шизофренію і шизоафективні розлади залишається актуальною. Метаболічні побічні ефекти нейролептичної терапії (метаболічний синдром) включають три основних відносно незалежних симптомокомплекси, до яких відносять: збільшення маси тіла, що часто супроводжується порушенням харчової поведінки; порушення толерантності до глюкози (гіперглікемія, цукровий діабет 2 типу) і дисліпідемія [Крилов, 2004; Горобець, 2007; Dzieniszewski et al., 2005]. Це зумовлено розвитком абдомінального (андрогенного) типу ожиріння у вказаній категорії пацієнтів, що досить часто викликає різноманітні соматичні ускладнення.

Мета роботи: встановити особливості обхватних розмірів тіла у хворих на параноїдну форму шизоф-

ренії чоловіків та жінок Подільського регіону України в залежності від тривалості стаціонарного лікування.

Матеріали та методи

За методикою В.В. Бунака в модифікації П.П. Шапаренка, Гумінського [2004] проведено антропометричне обстеження 146 чоловіків та 113 жінок хворих на параноїдну форму шизофренії першого періоду зрілого віку Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенка та Хмельницького обласного психоневрологічного диспансеру. Всіх обстежених було розділено на дві групи: в першу групу ввійшли 63 чоловіки та 66 жінок, тривалість стаціонарного лікування яких складала до 6 місяців; другу групу складали 83 чоловіки та 47 жінок, тривалість стаціонарного лікування яких перевищує один рік. Хворі отримували лікування в умовах стаціонару вперше відповідно до "Клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на шизофренію" (Наказ МОЗ №59 від 05.02.2007 року).

В якості контролю були використані соматометричні дані (обхватні розміри) 99 практично здорових чоловіків та 99 практично здорових жінок 1 періоду зрілого віку з банку даних науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Статистичний аналіз отриманих результатів було

проведено за допомогою програми "STATISTICA 6.1" з використанням параметричних та непараметричних методів оцінки різниці між незалежними показниками. Для оцінки відмінностей між ознаками, які порівнювались, застосовували t-критерій Стюдента при умові, що розподіл ознак був нормальним, а дисперсії рівними. В

інших випадках відмінність між ознаками визначали за допомогою непараметричного U-критерію Мана-Уїтні.

Результати. Обговорення

Периметр плеча у хворих чоловіків першої та другої групи менший в порівнянні з практично здоровими

Таблиця 1. Показники периметрів у хворих на параноїдну форму шизофренії різної статі, що тривало перебувають у стаціонарі (M±σ).

Показник	Стать	Тривалість стаціонарного лікування до 6 місяців	Тривалість стаціонарного лікування більше 1 року	Практично здорові	p ₁₋₃	p ₂₋₃	p ₁₋₂
Периметр шії (см)	Ч	37,22±2,08	37,65±1,86	37,70±1,81	>0,05	>0,05	>0,05
	Ж	31,57±1,20	31,76±1,67	32,24±1,55	<0,05	>0,05	>0,05
Периметр грудної клітки в спокої (см)	Ч	90,78±6,73	93,74±6,91	94,07±6,33	<0,05	>0,05	<0,05
	Ж	86,42±4,63	87,86±7,16	83,75±7,18	<0,05	<0,05	>0,05
Периметр грудної клітки на вдосі (см)	Ч	95,37±6,65	96,75±6,69	98,97±5,94	<0,05	<0,05	>0,05
	Ж	90,73±4,49	92,48±6,64	88,63±6,88	<0,05	<0,05	>0,05
Периметр грудної клітки на виводі (см)	Ч	88,03±6,51	92,37±7,13	91,32±6,24	<0,05	>0,05	<0,05
	Ж	85,48±4,64	86,94±7,24	81,18±6,76	<0,05	<0,05	>0,05
Периметр плеча в ненапруженому стані (см)	Ч	28,04±2,79	27,97±2,80	29,75±2,78	<0,05	<0,05	>0,05
	Ж	25,67±2,52	27,44±3,43	26,87±2,86	<0,05	>0,05	<0,05
Периметр плеча в напруженому стані (см)	Ч	31,16±3,10	30,41±2,98	32,81±2,77	<0,05	<0,05	>0,05
	Ж	27,67±2,56	29,42±3,38	28,42±2,91	>0,05	>0,05	<0,05
Периметр передпліччя у в/третині (см)	Ч	26,40±1,96	26,60±1,90	27,15±1,94	<0,05	>0,05	>0,05
	Ж	22,89±1,39	23,70±1,99	24,02±1,95	<0,05	>0,05	<0,05
Периметр передпліччя у н/третині (см)	Ч	17,15±1,14	17,87±1,22	17,61±1,27	<0,05	>0,05	<0,05
	Ж	15,39±0,89	15,75±1,11	15,88±1,83	<0,05	>0,05	>0,05
Периметр стегна (см)	Ч	53,05±7,63	52,74±6,52	53,12±3,61	>0,05	>0,05	>0,05
	Ж	54,56±4,51	57,35±6,56	53,25±4,43	>0,05	<0,05	<0,05
Периметр гомілки у в/третині (см)	Ч	35,45±2,59	35,26±2,87	36,46±2,47	<0,05	<0,05	>0,05
	Ж	34,46±2,08	35,54±3,56	35,50±2,61	<0,05	>0,05	<0,05
Периметр гомілки у н/третині (см)	Ч	23,30±1,80	24,21±2,27	23,51±1,68	>0,05	<0,05	<0,05
	Ж	21,91±1,33	22,71±2,02	22,52±1,69	<0,05	>0,05	<0,05
Периметр живота (см)	Ч	77,19±7,95	87,57±9,65	78,07±6,59	>0,05	<0,05	<0,05
	Ж	70,63±6,15	72,73±8,78	69,15±6,26	>0,05	<0,05	>0,05
Периметр стегон (см)	Ч	92,47±5,33	95,64±7,04	94,52±5,39	<0,05	>0,05	<0,05
	Ж	95,74±6,05	99,00±8,86	95,48±7,00	>0,05	<0,05	<0,05
Периметр кисті (см)	Ч	21,25±1,27	20,91±1,28	21,64±1,11	<0,05	<0,05	>0,05
	Ж	18,39±0,96	18,47±1,13	18,89±1,24	<0,05	<0,05	>0,05
Периметр стопи (см)	Ч	24,81±1,55	24,47±1,55	25,33±1,92	>0,05	<0,05	>0,05
	Ж	23,20±1,16	23,64±1,53	22,83±1,56	>0,05	<0,05	>0,05

Примітки: Ч - чоловіки; Ж - жінки; p₁₋₃ - достовірність відмінностей між здоровими та хворими з тривалістю стаціонарного лікування до 6 місяців; p₂₋₃ - достовірність відмінностей між здоровими та хворими з тривалістю стаціонарного лікування більше 1 року; p₁₋₂ - достовірність відмінностей між хворими з різною тривалістю стаціонарного лікування (до 6 місяців і більше 1 року).

чоловіками (відповідно на 5,7% та 6,0%). Встановлено достовірно менше значення периметру плеча у хворих жінок першої групи в порівнянні з практично здоровими жінками і хворими жінками другої групи (відповідно на 4,5% та 6,4%). Периметр плеча в напруженому стані у хворих на параноїдну шизофренію чоловіків та жінок має аналогічні відмінності з периметром плеча у спокої (табл. 1).

Периметр передпліччя у верхній третині у хворих чоловіків першої групи на 2,8% менший у порівнянні з практично здоровими чоловіками. Встановлено достовірно менше значення периметру передпліччя у верхній третині у хворих на параноїдну форму шизофренії жінок першої групи у порівнянні з практично здоровими жінками і хворими жінками другої групи (відповідно на 4,7% та 3,4%). Периметр передпліччя у нижній третині у хворих чоловіків першої групи менший в порівнянні з практично здоровими чоловіками і з хворими чоловіками другої групи (відповідно на 2,6% та 4,0%). Встановлено на 2,3% менше значення периметру передпліччя в нижній третині у хворих на параноїдну форму шизофренії жінок першої групи в порівнянні з практично здоровими жінками.

Периметр стегна у хворих на параноїдну форму шизофренії жінок другої групи на 7,1% більший у порівнянні з практично здоро-

вими жінками. Встановлено на 4,8% більше значення периметру стегна у хворих на параноїдну форму шизофренії жінок, які триваліше перебувають у стаціонарі.

Периметр гомілки у верхній третині менший у хворих чоловіків першої та другої групи у порівнянні з практично здоровими чоловіками (відповідно на 2,8% та 3,3%). Периметр гомілки у верхній третині менший у хворих на параноїдну форму шизофренії жінок першої групи, у порівнянні з практично здоровими жінками і хворими жінками другої групи (відповідно на 2,9% та 3,0%).

Периметр гомілки у нижній третині більший у хворих на параноїдну форму шизофренії чоловіків другої групи у порівнянні з практично здоровими чоловіками і чоловіками першої групи (відповідно на 2,9% та 3,8%). Встановлено достовірно менше значення периметру гомілки у нижній третині у хворих на параноїдну форму шизофренії жінок першої групи у порівнянні з практично здоровими жінками і жінками другої групи (відповідно на 2,7% та 3,5%).

Периметр шиї у хворих на параноїдну форму шизофренії жінок першої групи на 2,1% менший у порівнянні з практично здоровими жінками.

Периметр живота у хворих на параноїдну форму шизофренії чоловіків другої групи більший у порівнянні з практично здоровими чоловіками і чоловіками першої групи (відповідно на 10,8% та 11,8%). Встановлено на 4,9% більше значення периметру живота у хворих на параноїдну форму шизофренії жінок другої групи у порівнянні з практично здоровими жінками. Периметр стегон у хворих на параноїдну форму шизофренії чоловіків першої групи менший у порівнянні з практично здоровими чоловіками і чоловіками другої групи (відповідно на 2,2% та 3,3%). Встановлено достовірно більше значення периметру стегон у хворих жінок другої групи у порівнянні з практично здоровими жінками і хворими жінками першої групи (відповідно на 3,5% та 3,3%).

Периметр кисті у хворих на параноїдну форму шизофренії чоловіків першої і другої групи менший у порівнянні з практично здоровими чоловіками (відповідно на 1,8% та 3,3%). Встановлено достовірно менше

значення периметру кисті у хворих на параноїдну форму шизофренії жінок першої і другої групи у порівнянні з практично здоровими жінками (відповідно на 2,6% та 2,3%).

Периметр стопи у хворих на параноїдну форму шизофренії чоловіків другої групи на 3,4% менший у порівнянні з практично здоровими чоловіками. Встановлено на 3,4% більше значення периметру стопи у хворих на параноїдну форму шизофренії жінок другої групи у порівнянні з практично здоровими жінками.

Периметр грудної клітки на висоті вдиху у хворих чоловіків першої та другої групи менший у порівнянні з практично здоровими чоловіками (відповідно на 3,6% та 2,2%). Встановлено достовірно більше значення периметру грудної клітки на висоті вдиху у хворих на параноїдну форму шизофренії жінок першої і другої групи у порівнянні з практично здоровими жінками (відповідно на 2,3% та 4,2%). Аналогічні відмінності встановлені для периметру грудної клітки на висоті видиху і в спокої.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Тривалість стаціонарного лікування, яка залежить від тяжкості перебігу захворювання достовірно впливає на обхватні розміри тіла. У хворих на параноїдну форму шизофренії обох статей з тривалістю стаціонарного лікування до 6 місяців встановлено менше значення обхватних розмірів тіла (від 2,1% до 4,7%). При тривалості лікування більше 1 року встановлено більше значення обхватних розмірів у чоловіків, переважно за рахунок середнього, а у жінок середнього та нижнього сегментів тулуба ($p > 0,05$).

2. Встановлені відмінності периметрів у хворих на шизофренію у порівнянні з практично здоровими, які не змінюються під впливом нейролептичної терапії, - це периметр кисті та стопи.

Встановлені відмінності соматометричних розмірів тіла дозволяють у перспективі розробити прогностичні дискримінантні моделі тривалості безремісійного періоду перебігу параноїдної форми шизофренії.

Література

- Горобець Л.Н. Нейроэндокринные дисфункции и нейролептическая терапия / Л.Н. Горобец. - М.: ИД "Медпрактика-М", 2007. - 98 с.
- Крылов В.И. Метаболические эффекты атипичных нейролептиков / В.И. Крылов // Рос. психиат. журн. - 2004. - № 3. - С. 47 - 51.
- Медико-биологические аспекты действия физических факторов: материалы Междунар. конф. - (Минск, 24-25 окт. 2006 г.) / Нац. акад. наук Беларуси, Ин-т физиологии НАН Беларуси; под общ. ред. В.С. Улащика. - Мн.: Бизнесофсет, 2006. - 293 с.
- Соседова Л.М. Экспериментальное изучение сочетанного действия факторов биологической и химической природы / Л.М. Соседова // Гигиена и санитария: Двухмесячный научно-практический журнал. - 2003. - № 2. - С. 51 - 53.
- Шапаренко П.П. Принцип пропорциональности соматовисцеральных соотношений организма человека / П.П. Шапаренко, Ю.Й. Гуминский // Морфология. Тезисы докладов VII Конгресса Международной Ассоциации морфологов. - 2004. - Т. 126. - С. 138.
- Nutritional status of patients hospitalised in Poland / J. Dzieniszewski, M. Jarosz, B. Szczygie? [et al.] // Eur. J. Clin. Nutr. - 2005. - № 59(4). - P. 552 - 560.

ОСОБЕННОСТИ ОБХВАТНЫХ РАЗМЕРОВ (ПЕРИМЕТРОВ) У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Гуминский Ю.Й., Тихолаз В.А., Шпакова Н.А., Брухнова Л.С.

Резюме. Проведенное исследование установило следующие наиболее значительные отличия между группами больных и здоровых людей: у больных мужчин и женщин которые находятся в стационаре до 6 месяцев меньше значение обхватных размеров, при длительности лечения больше 1 года - большее значение обхватных размеров у мужчин за счет среднего, а у женщин среднего и нижнего сегментов туловища по сравнению с практически здоровыми ($p > 0,05$).

Ключевые слова: обхватные размеры тела (периметры), параноидная форма шизофрении.

FEATURES PERIMETERS IN PATIENTS WITH PARANOID FORM OF SCHIZOPHRENIA

Guminskiy Yu.Y., Tyholaz V.A., Shpakova N.A., Brukhnova L.S.

Summary. The conducted research has established the following most pronounced differences between groups of patients and healthy individuals: in patients of different sex, duration of inpatient treatment to 6 months of less importance perimeters, duration of treatment over 1 year - meaning more perimeters in men mainly by medium and women in the middle and lower segments of the trunk ($p > 0,05$).

Key words: perimeters, paranoid form of schizophrenia.

© Маєвський О.Є., Холодкова О.Л., Волков К.С., Пашинська О.С.

УДК: 616.12-007.97:612.17-053.81:504.03

РЕГРЕСІЙНІ МОДЕЛІ ЕХОКАРДІОГРАФІЧНИХ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ СЕРЦЯ У ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ЮНАКІВ ПОДІЛЛЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ БУДОВИ ТІЛА

Маєвський О.Є., Холодкова О.Л., Волков К.С., Пашинська О.С.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

Резюме. При проведенні регресійного аналізу залежності ехокардіографічних функціональних показників серця від антропо-соматотипологічних параметрів встановлено, що в загальній групі юнаків усі функціональні показники серця залежать від визначеного сумарного комплексу конституціональних ознак менше, ніж на 50%. При розподілі на різні соматотипи, найменша кількість статистично значущих моделей, що мають практичне значення для медицини, побудована в юнаків мезоморфів (1 із 8 можливих, коефіцієнт детермінації дорівнює 0,513), а найбільша - в юнаків із екоморфним соматотипом (7 із 8 можливих, коефіцієнт детермінації дорівнює від 0,797 до 0,909). До моделей найбільш часто входили обхватні розміри, товщина шкірно-жирових складок і краніометричні параметри незалежно від соматотипу.

Ключові слова: математичне моделювання, ехокардіографія, антропометрія, соматотип, здорові юнаки.

Вступ

Суть вчення про соматотип полягає у тому, що для кожного типу властиві характерні особливості не тільки у первинно виділених антропометричних показниках, але й у складі тіла, діяльності нервової, ендокринної і імунної систем, структурі і функціях внутрішніх органів. Асоційованість із соматотипом підтверджує залежність змін кардіометричних характеристик та функціональних показників роботи серця від генотипу людини [Franco et al., 2002]. Однак, питання зв'язку різноманітних функціональних показників роботи серця з конституційними особливостями людини до теперішнього часу залишається відкритим [Сарафинюк та ін., 2003, 2004].

Отже вивчення кардіофункціональних показників у зв'язку з соматоантропометричними параметрами людини в нормі є актуальною проблемою інтегративної біомедичної антропології.

Мета нашої роботи - побудувати регресійні моделі індивідуальних функціональних показників серця в залежності від антропо-соматотипологічних параметрів тіла здорових міських юнаків Поділля різних соматотипів.

Матеріали та методи

В рамках загально-університетської наукової тематики проведено комплексне обстеження юнаків у віці

від 17 до 21 року, в результаті якого було відібрано 150 здорових міських юнаків Поділля, яким провели антропометричне обстеження за В.В. Бунаком [1941]. Оцінку соматотипу проводили з використанням математичної схеми J. Carter і В. Heath [1990]; компонентний склад маси тіла оцінювали за методом J. Matiegka [1921] та Американського інституту харчування (AIX) [Heymfield, 1982]. Після визначення соматотипів юнаки були поділені на 5 груп - мезоморфи ($n=66$), екоморфи ($n=25$), екто-мезоморфи ($n=29$), ендо-мезоморфи ($n=12$) та юнаки із середнім проміжним соматотипом ($n=18$).

Ехокардіографічне дослідження проводили за загальноприйнятною методикою [Бобров і др., 1997, 1998] в трьох стандартних позиціях в M- і D-режимах з трансстакального доступу на апараті "Ultramark-9". Проводили визначення: кінцевого діастолічного і систолічного об'єму лівого шлуночка, фракції викиду, ударного об'єму, ударного індексу, хвилинного об'єму серця, серцевого індексу й ступіню розкриття стулук аортального клапана.

Побудова регресійних моделей ехокардіографічних функціональних показників серця проведена в статистичному пакеті "STATISTICA 6.1" (належить НДЦ ВМУ ім. М.І. Пирогова, ліцензійний № ВХХR901E246022FA).