

ОСОБЛИВОСТІ СОМАТОТИПІВ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ПОСТІНФАРКТНОЮ АНЕВРИЗМОЮ СЕРЦЯ ТА СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ

УДК 616.127-005.8-06: 616-071.3

О.В. Солейко, О.В. Шипіцина

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Резюме. Проведена оцінка соматотипів у 118 хворих (чоловіків другої зрілої вікової групи) з хронічною постінфарктною аневризмою серця та супутньою патологією внутрішніх органів: артеріальною гіпертензією, хронічним калькульозним холециститом та жовчокам'яною хворобою, пептичною виразкою шлунку та дванадцятипалої кишки, цукровим діабетом. Виявлені соматометричні відмінності серед пацієнтів з хронічною постінфарктною аневризмою серця в залежності від супутньої патології; виявлені найбільш інформативні антропометричні параметри. Отримані результати розширюють уявлення про значення соматотипу в патогенезі хронічної постінфарктної аневризми серця, що в подальшому дозволить опанувати нові методи профілактики і лікування даного захворювання.

Ключові слова: постінфарктна аневризма, соматотип, поєднана патологія.

Вступ. Формування соматотипу відбувається при реалізації спадкоємної програми в умовах конкретного зовнішнього середовища. Вчення про соматотип людини являє двобічний інтерес. Перший аспект пов'язаний з профілактичною медициною – виявленням факторів ризику захворювань і факторів благополуччя. Другий пов'язаний із закономірністю сполученості захворювання з певним набором конституціональних ознак організму як додаткової підстави щодо ролі спадкового фактора в етіології даного захворювання.

Зв'язок захворювань з особливостями будови тіла як інтегрального показника цілісності соматичного, психічного і клінічного, є надзвичайно актуальним для оцінки прогнозів розвитку і перебігу хвороб. Сучасна терапевтична наука представлена дослідженнями, які присвячені вивченню соматотипу у хворих на туберкульоз, гастрит та пептичну виразку, артеріальну гіпертонію, артеріальну гіпотонію, ІХС, цукровий діабет, жовчокам'яну хворобу у жіночій популяції [17]. Дані літератури свідчать, що в узагальненому вигляді простежується залежність між соматотипом і різними захворюваннями [7]. У зв'язку з цим виникає необхідність більш глибокого вивчення соматотипу людини як прогностичного фактору в етіопатогенезі різних захворювань. З'являються наукові дослідження, що ставлять за мету вивчення соматотипу та пошук патогенних факторів у розвиткові тих чи інших ускладнень найбільш поширених хвороб (наприклад, за частотою інсультів) [2]. Так, існують дослідження в області вивчення ризику ІХС в залежності від характеру соматотипу [18].

Даних щодо вивчення соматотипу у хворих з одним із найпоширеніших ускладнень [5] гострого

інфаркту міокарда – хронічною постінфарктною аневризмою серця (ХПАС) у доступній нам літературі не зустрічалось. З іншого боку, особливістю сучасної хронічної патології є її комплексність [6]. Зокрема, таке "поєднання" найчастіше зустрічається серед захворювань системи кровообігу. Сучасна наукова література з даного питання представлена дослідженнями стосовно високого ступеня інфікованості хворих ІХС Н. руйору, що призводить до високого ризику ускладнень ІХС у таких хворих [10]; виникнення нічних епізодів безбольової ішемії у хворих із пептичними виразками, що не хворіють на ІХС [14]; впливу калькульозного холециститу на зниження показників скоротливої здатності міокарда [11]; визначення аналогічних ланок розвитку в атеросклерозу та холестерозу жовчного міхура [3]. Особлива наукова глибина простежується у роботах, що присвячені проблемі поєднання ІХС, гіпертонічної хвороби та цукрового діабету [12].

Метою нашого дослідження було визначення особливостей соматотипів у хворих з ХПАС та супутньою патологією внутрішніх органів.

Матеріали та методи дослідження. До антропометричного обстеження були включені 118 чоловіків з ХПАС другого періоду зрілого віку (36-60 років). Пацієнти були розділені на 4 групи: 1 групу склали хворі, у яких в якості супутньої патології спостерігалась артеріальна гіпертензія (АГ) (30 пацієнтів); до 2 групи були відібрані 30 чоловіків з калькульозним холециститом та жовчокам'яною хворобою, до 3-30 чоловіків з пептичною виразкою шлунку і дванадцятипалої кишки, до 4-28 чоловіків з цукровим діабетом. Вибір саме цієї вікової групи обумовлений отриманими нами результатами, які свідчать, що найбільша кількість пацієнтів з ХПАС

та супутньою патологією відповідає даному віковому діапазону. Вибір нозологій супутньої патології обумовлений результатами наших попередніх досліджень, де були виділені несприятливі в прогностичному плані групи саме з вказаними захворюваннями [13].

Антропометричні вимірювання здійснювались за методом В.В. Бунака (1939, 1941) у модифікації П.П. Шапаренка (1989) [17]; дослідження компонентного складу – за методом Я. Матейка з подальшим визначенням тілобудови [2]. Вивчали такі антропометричні ознаки: маса тіла; довжина тіла; висота голови; довжина шиї; довжина тулуба; довжина нижньої кінцівки; довжина грудної клітки; довжина лопатки; довжина плеча; довжина передпліччя; довжина кисті; загальна довжина верхньої кінцівки; висота таза; довжина стегна; довжина гомілки; кінематична довжина стопи; загальна довжина нижньої кінцівки; довжина голови; ширина голови; ширина вузької частини лоба; морфологічна довжина обличчя; ширина обличчя; ширина нижньої щелепи; ширина підборіддя; ширина плечей; поперечний діаметр грудної клітки; сагітальний діаметр грудної клітки; ширина плеча; ширина передпліччя; ширина кисті; ширина таза; ширина стегна; ширина гомілки; ширина стопи; обхват голови; обхват шиї; обхват грудей; обхват живота; обхват сідниці; обхват плеча; обхват передпліччя; обхват зап'ястку; обхват кисті; обхват стегна; обхват гомілки в широкій частині; обхват гомілки у вузькій частині; обхват стопи; товщина жирової складки спини; товщина жирової складки живота; товщина жирової складки плеча ззаду; товщина жирової складки стегна. Маса тіла визначали на медичних терезах в кг, довжину тіла і його частин вимірювали нижньою штангою антропометра та ковзаючим циркулем в см. Діаметр плеча, таза, грудної клітки вимірювали товстотним циркулем, діаметри епіфізів кісток і розміри голови – штанговим циркулем і кронциркулем.

Обхватні розміри (обводи) визначали тканинною метричною стрічкою. Діаметри кісток, кінцівок вивчали за поперечниками епіфізів, ширину кисті та стопи – за діаметрами головок п'ясткових і плесневих кісток. Обхватні розміри визначали: шиї – нижче щитоподібного хряща; грудей – у чоловіків на рівні соскової стрічки, у жінок – над молочною залозою. При цьому проводили виміри тричі: при спокійному диханні, на висоті вдиху та видиху, – із 3 показників вираховували середній результат. Обхват живота вимірювали на рівні пупка, а при значному його збільшенні – в ділянці найбільшого випинання. Обхват сідниць визначали при зімкнутих нижніх кінцівках по найбільшому периметру; обхват стегна – на три поперечних пальця нижче сідничної складки; гомілки – у найбільш широкій її частині та над кісточками у найбільш вузькій її частині. Обхват плеча вимірювали у ненапруженому стані у середній його частині, передпліччя – у широкій проксимальній частині і найменший розмір – у дистальному відділі над суглобовими виростками кісток передпліччя, кисті та стопи – у ділянці головок п'ясткових та плесневих кісток. Визначали такі розміри голови: 1) висота голови – по прямій

відстані між верхівковою та підборідковою точками; 2) ширина голови – поперечний діаметр мозкового відділу голови у найширшому місці; ширина вузької частини лоба – відстань між зовнішніми частинами лобових горбів; 4) довжина голови – проміжок між габелюю і зовнішнім потиличним горбом; 5) ширина обличчя – відстань між точками виличних дуг; 6) морфологічна довжина обличчя – відстань між верхньою носовою та підборідковою точками; 7) обхват голови визначали накладанням сантиметрової стрічки, проводячи її ззаду по зовнішньому потиличному горбу, а спереду по надбрівних дугах.

Шкірно-жирові складки вимірювали у 4 місцях: на спині – під нижнім кутом правої лопатки; на животі – на 5 см латеральніше пупка над гребенем правої клубової кістки; на правому плечі – на середині задньої поверхні; на стегні – на передній поверхні над прямим м'язом стегна. Жирові складки вимірювали каліпером вітчизняного виробництва за методикою Н.Ю. Лутовникової, М.І. Уткіної, В.П. Чтецова (1970) [9].

Маса тіла вважається недостатньо інформативним показником, тому що при одній і тій самій масі тіла можуть бути суттєві розбіжності у співвідношенні її компонентів: кісткового, м'язового, жирового. Тому для використання фракційного складу маси тіла використали запропоновані чеським антропологом Я. Матейком такі формули для вираховування абсолютної маси кісткового, м'язового та жирового компонентів.

Для визначення жирового компонента:

$$D = dxS \times k,$$

де D – маса жирового компонента (кг), d – середня товщина підшкірного жиру разом із товщиною шкіри (мм), S – площа поверхні тіла (m^2), k – константа, що дорівнює 1,3.

Площа поверхні тіла визначалась за формулою В.А. Іссаксон [9]:

$$S = 100 + W + (H - 160) / 100 (m^2),$$

де W – маса тіла, H – довжина тіла.

Для визначення м'язового компонента:

$$M = (L \times r^2 \times k) / 1000,$$

де M – маса м'язового компонента (кг), L – середня величина довжини тіла (см), r – середня величина радіусів плеча, передпліччя, стегна, гомілки в місцях найбільшого розвитку мускулатури за винятком шкірно-жирового шару, k – константа, що дорівнює 6,5.

Для визначення кісткового компонента:

$$O = (o^2 \times L \times k) / 1000,$$

де O – маса кісткового компонента (кг), o^2 – квадрат середньої величини дистальних епіфізів плеча, передпліччя, стегна, гомілки (см), L – довжина тіла (см), k – константа, що дорівнює 1,2.

Крім абсолютних значень компонентів маси тіла, визначали відсоткові значення від маси тіла.

Визначення соматотипів проводилося за двома методиками. Перша – визначення соматотипу згідно плече-ростового індексу за методом В.Н. Шевкуненка, А.М. Геселевича (1925) в модифікації Б.А. Нікітченка та А.І. Козлова (1990) [2, 8], а саме: за значеннями відношення ширини плечей до довжини

тіла з урахуванням маси тіла і розвитку підшкірного жиру.

Оцінка значень індексів проводилась за принципом диференціації відхилень шляхом визначення інтервалів $[M-3\sigma - M-0,67\sigma]$; $[M\pm 0,67\sigma]$; $[M+0,67\sigma - M+3\sigma]$, де M – середнє арифметичне значення, σ – середнє квадратичне відхилення.

Визначались наступні групи соматотипу: доліхоморфи – значення вказаної ознаки знаходиться в інтервалі $[M-3\sigma - M-0,67\sigma]$; мезоморфи – значення відносної ширини плечей в інтервалі $[M\pm 0,67\sigma]$; брахіморфи – значення ознаки відповідає інтервалу $[M+0,67\sigma - M+3\sigma]$.

Другою застосованою нами методикою визначення соматотипу стала схема соматотипування за відносним вмістом основних компонентів маси тіла за А.В.Шалауровим та А.Г.Щедриною (1991) [15] у модифікації В.Г.Ніколаєва (2007). Отримані значення процентного вмісту жирової, кісткової та м'язової тканин переводяться в бали за допомогою нормативної таблиці В.Г.Ніколаєва з використанням методу сигмальних відхилень [9].

За стандартні антропометричні показники здорових людей були взяті нормативні показники здорових осіб Подільського регіону аналогічної вікової групи [16].

Обробка отриманих результатів дослідження проводилась статистичними методами з використанням комп'ютерної програми MathCAD 13 з використанням параметричних критеріїв у відповідності з рекомендаціями О.П.Мінцера (2003) [14]. Достовірність відмінностей між групами визначали за t -критерієм Стьюдента у випадках великої кількості спостережень аналізованих параметрів та за наявності правильного розподілу величин. Достовірним вважали результат статистичних досліджень при імовірності помилки (p) менше 0,05, що відповідає критеріям, визнаним в медико-біологічних дослідженнях.

Результати дослідження та їх обговорення. Індивідуальна мінливість форми тіла людини може характеризуватися його пропорціями, формою соматичної статури і типом конституції. Аналіз соматичних ознак в усіх чотирьох групах обстежуваних хворих за відхиленням від стандартних показників контрольної групи здорових осіб виявив найбільш інформативні показники (табл. 1-4).

Таким чином, найбільш інформативними показниками, що притаманні суто для ХПАС, стали: висота голови, довжина шиї, поперечний розмір грудної клітки, ширина плеча, ширина таза, ширина стегна, обхват шиї, обхват грудей, обхват плеча та обхват зап'ястку.

Мезоморфний тип в групі здорових чоловіків спостерігався в 68 %, доліхоморфний – у 24 %, брахіморфний тип – у 8 %. Визначення соматотипу в групі пацієнтів з ХПАС та супутньою АГ виявило, що в цій групі найчастіше зустрічається мезоморфний тип – 50 % (табл. 5). На долю доліхоморфного типу припадає 20 %, брахіморфного – 30 %. Дані результати корелюють з даними Шапаренка П.П. [16] з визначення соматотипу у хворих на гіпертонічну хворобу, хоча в нашому дослідженні брахі-

Таблиця 1

Відхилення антропометричних показників в групі хворих з хронічною постінфарктною аневроїзмом серця та артеріальною гіпертензією порівняно з групою здорових осіб, %

Показники	Відхилення, %
Маса тіла	+ 9,9
Висота голови	+ 9,2
Довжина шиї	- 14,7
Довжина лопатки	+ 18,1
Довжина стегна	+ 10,3
Кінематична довжина стопи	+ 8,5
Довжина голови	+ 6,4
Ширина плечей	+ 6,0
Поперечний розмір грудної клітки	+ 11,8
Сагітальний розмір грудної клітки	+ 17,7
Ширина плеча	+ 16,9
Ширина таза	+ 16,4
Ширина стегна	+ 12,5
Обхват шиї	+ 9,5
Обхват грудей	+ 26,9
Обхват живота	+ 30,4
Обхват сідниць	+ 16,6
Обхват плеча	+ 13,7
Обхват передпліччя	+ 7,6
Обхват зап'ястку	+ 14,1
Обхват кисті	+ 5,9

Примітка. З позначкою "+" наведені параметри, що перевищували показники контрольної групи, з позначкою "-" – параметри, що були меншими за показники контрольної групи

морфія в групі пацієнтів з АГ зустрічається у меншій кількості випадків. Серед пацієнтів 2, 3 та 4 груп також переважали пацієнти з мезоморфним типом. Соматотипологічна характеристика пацієнтів із ХПАС в залежності від супутньої патології внутрішніх органів представлена у таблиці 5.

Повідомлення про конституціональну схильність до пептичної виразки шлунку та дванадцятипалої кишки з'явилися у 20-30-ті роки минулого століття. Вважалось, що схильними до утворення виразки є астеники, а причинами виникнення виразки є конституціональні особливості будови вегетативної, нервової або ендокринної системи чи конституціонально обумовлена нестійкість слизової оболонки шлунку до впливу соляної кислоти [9]. Привертає увагу, що в групі пацієнтів з ХПАС та пептичною виразкою зустрічаються представники всіх вищезначених соматотипів, з чималим відсотком брахіморфного типу. Цей результат співставляється з отриманими Е.І.Белобородовою та співавторами [1] даними, що свідчать про можливість зміни поглядів на співвідношення пептичної виразки та конституції хворих через відсутність зв'язку хвороби з певним конституціональним морфологічним типом. Так, результати дослідження Е.І.Белобородової та співавторів показали, що соматотипологіч-

Таблиця 2

Відхилення антропометричних показників в групі хворих з хронічною постінфарктною аневризмою серця та жовчокам'яною хворобою порівняно з групою здорових осіб, %

Показники	Відхилення, %
Висота голови	+ 11,9
Довжина шиї	- 15,9
Довжина лопатки	+ 20,7
Кінематична довжина стопи	+ 6,8
Ширина обличчя	+ 11,0
Поперечний розмір грудної клітки	+ 12,9
Сагітальний розмір грудної клітки	+ 20,4
Ширина плеча	+ 11,8
Ширина кисті	+ 6,8
Ширина таза	+ 17,6
Ширина стегна	+ 24,6
Ширина гомілки	+ 42,2
Обхват шиї	+ 8,2
Обхват грудей	+ 16,9
Обхват живота	+ 21,8
Обхват сідниць	+ 6,9
Обхват плеча	+ 6,1
Обхват зап'ятстку	+ 12,6
Обхват гомілки в широкій частині	- 5,3

Примітка. З позначкою "+" наведені параметри, що перевищували показники контрольної групи, з позначкою "-" – параметри, що були меншими за показники контрольної групи.

Таблиця 3

Відхилення антропометричних показників в групі хворих з хронічною постінфарктною аневризмою серця та пептичною виразкою шлунку та дванадцятипалої кишки порівняно з групою здорових осіб, %

Показники	Відхилення, %
Висота голови	+ 13,3
Довжина шиї	- 19,9
Поперечний розмір грудної клітки	+ 9,6
Сагітальний розмір грудної клітки	+ 14,4
Ширина плеча	+ 6,3
Ширина таза	+ 11,1
Ширина стегна	+ 10,1
Обхват шиї	+ 5,2
Обхват грудей	+ 12,6
Обхват живота	+ 13,1
Обхват плеча	+ 7,1
Обхват зап'ятстку	+ 7,1
Обхват стегна	- 7,0
Обхват гомілки в широкій частині	- 5,7
Обхват стопи	- 5,2

Примітка. З позначкою "+" наведені параметри, що перевищували показники контрольної групи, з позначкою "-" – параметри, що були меншими за показники контрольної групи.

Таблиця 4

Відхилення антропометричних показників в групі хворих з хронічною постінфарктною аневризмою серця та цукровим діабетом порівняно з групою здорових осіб, %

Показники	Відхилення, %
Маса тіла	+ 8,9
Висота голови	+ 8,8
Довжина шиї	- 13,6
Довжина голови	+ 6,2
Поперечний розмір грудної клітки	+ 10,7
Сагітальний розмір грудної клітки	+ 16,7
Ширина плеча	+ 15,6
Ширина таза	+ 15,3
Ширина стегна	+ 11,4
Обхват шиї	+ 8,3
Обхват грудей	+ 24,8
Обхват живота	+ 27,3
Обхват сідниць	+ 10,6
Обхват плеча	+ 11,9
Обхват зап'ятстку	+ 12,1
Обхват гомілки в широкій частині	- 5,4

Примітка. З позначкою "+" наведені параметри, що перевищували показники контрольної групи, з позначкою "-" – параметри, що були меншими за показники контрольної групи.

на ідентифікація хворих дає більше підстав оцінювати їх з точки зору різниці в клінічних проявах, перебігу та сезонності загострень, віку на початок розвитку хвороби і т.ін. Прогресуючий перебіг, сезонні загострення і молодий вік хворих пов'язані з астеничним соматотипом. В той самий час непрогресуючий перебіг, відсутність сезонних загострень і більш старший вік на початок хвороби – з гіперстенічним. За даними В.О. Тимошенка [9] для чоловіків мезоморфного соматотипу є характерною перевага поверхневого гастриту та гастриту з ураженням залоз без атрофії, наслідком якого в 45 % випадків стає пептична виразка шлунку. Брахіморфний соматотип асоціюється з хронічним атрофічним гастритом, що проявляється значним зниженням числа обкладочних та головних клітин в дистальних і проксимальних відділах слизової оболонки шлунку, а також вираженою депресією шлункового кислотоутворення. В дослідженнях В.Г. Ніколаєва та співавторів [9] доведено, що пептичною виразкою дванадцятипалої кишки страждають представники всіх соматотипів, а доліхоморфний соматотип не є домінуючим серед пацієнтів, які страждають даною патологією, що підтверджується характером проявів клінічних симптомів, а також функціональними та морфологічними змінами слизової оболонки шлунку. Ускладнений перебіг пептичної виразки дванадцятипалої кишки (шлункові кровотечі, деформація цибулини дванадцятипалої кишки) з достовірно більшою частотою зустрічались у осіб доліхоморфного і мезоморфного соматотипів. Багаточисельні виразки, ерозивний гастродуоденіт, ознаки недостатності кардії достовірно частіше зустрі-

Таблиця 5

Соматотипологічна характеристика пацієнтів з хронічною постінфарктною аневризмою серця в залежності від супутньої патології внутрішніх органів

Соматотип	Контрольна група здорових чоловіків, n = 79		Хворі чоловіки з ХПАС та супутньою патологією внутрішніх органів							
			АГ, n = 30		Жовчокам'яна хвороба, n = 30		Пептична виразка, n = 30		Цукровий діабет, n = 28	
	абс.	%	абс.	%	Абс.	%	абс.	%	абс.	%
Доліхоморфний	19	24	6	20	10	33,3	7	23,3	8	26,7
Мезоморфний	54	68	15	50	13	43,4	18	60,1	15	50
Брахіморфний	6	8	9	30	7	23,3	5	16,6	7	23,3

чались у пацієнтів брахіморфного соматотипу. Дослідження секреторної функції шлунку виявило високий рівень кислотопродукції в обидві фази шлункової секреції у всіх обстежених, проте найбільш високий рівень в базальний період визначався у осіб доліхоморфного і брахіморфного соматотипу, а в стимульований – тільки у брахіморфного.

Зміни загальної ваги тіла у хворих з ХПАС є лише узагальненим показником, у зв'язку з чим у вивченні складу тіла оцінка ступеня розвитку загального жиру, м'язової і кісткової тканин вважається одним із найважливіших завдань для характеристики патологічних станів.

Відомо, що кістковий і м'язовий компоненти відображають ступінь фізичного розвитку людини.

У людей, фізично мало активних, маса тіла збільшується за рахунок жирового компонента. Хворі з ХПАС в силу свого функціонального стану відносяться до категорії пацієнтів з дефіцитом рухової активності. Особливістю пацієнтів обстежуваних чотирьох груп є достовірно низький вміст м'язового компонента, що може виступати патогенетичним фактором у виникненні аневризми. При цьому найменший вміст м'язового компонента спостерігався в групах хворих з пептичною виразкою та жовчокам'яною хворобою, які належали до дискінетичного типу рухової активності аневризми за даними ехокардіографії. Цікавою відмінністю пацієнтів з ХПАС всіх чотирьох груп є достовірно збільшення кісткової тканини як в абсолютному, так і процентному

Таблиця 6

Компонентний склад тіла у хворих з хронічною постінфарктною аневризмою серця в залежності від супутньої патології внутрішніх органів

Показники	Контрольна група здорових чоловіків, n = 79	Хворі чоловіки з ХПАС та супутньою патологією внутрішніх органів				P
		АГ, n = 30 1 група	Жовчокам'яна хвороба, n = 30 2 група	Пептична виразка, n = 30 3 група	Цукровий діабет, n = 28 4 група	
Маса тіла, кг	80,6 ± 9,4	86,1 ± 13,1*	81,7 ± 4,4*	74,6 ± 5,7*	84,5 ± 12,4*	1-2*, 2-4*, 1-3**, 2-3**, 3-4**
М'язова маса, кг	34,0 ± 2,6	32,9 ± 2,8*	28,1 ± 1,7**	26,6 ± 2,0**	29,5 ± 2,7**	1-4*, 2-3*, 2-4*, 3-4*, 1-2**, 1-3**
М'язова маса, %	42,6 ± 4,9	39,0 ± 6,8*	34,4 ± 2,5**	35,8 ± 3,5**	36,4 ± 4,1*	1-2*, 1-3*, 1-4*, 2-3*, 2-4*
Кісткова маса, кг	11,9 ± 1,3	15,0 ± 1,4**	18,3 ± 2,5**	13,5 ± 0,6*	13,4 ± 1,7*	1-2*, 1-3*, 1-4*, 2-3**, 2-4**
Кісткова маса, %	15,1 ± 1,8	17,8 ± 2,8*	22,5 ± 3,4**	18,2 ± 1,3*	17,9 ± 2,3	1-2**, 2-3**, 2-4**
Жирова маса, кг	14,8 ± 1,2	14,9 ± 1,1	14,7 ± 0,9	13,1 ± 0,9*	15,1 ± 0,8	1-3*, 2-3*, 3-4*

Примітки. * Достовірність різниці з контрольною групою здорових осіб при $p < 0,001$. ** Достовірність різниці з контрольною групою здорових осіб при $p < 0,0001$. В графі "P" цифрами позначені групи, між якими виявлені достовірні відмінності при $p < 0,001$ – *, при $p < 0,0001$ – **.

вимірах. До того ж, найбільший відсоток кісткової тканини спостерігався в групі хворих з ХПАС та жовчокам'яною хворобою (табл. 6).

Схема соматотипування за відносним вмістом основних компонентів маси тіла за А.В. Шалауровим та А.Г. Щедриною у модифікації В.Г. Ніколаєва передбачає виділення 9 дискретних соматичних типів. В результаті нашого дослідження за даною методикою соматотип у хворих з ХПАС всіх чотирьох груп був визначений як кістково-жировий або "невизначений" тип. Одержані нами дані співставляються з дослідженнями Valkov J. et al. [18], які виявили, що "невизначений" варіант соматотипу в найбільшому ступені асоціюється з високим ризиком виникнення ІХС, АГ та гіперхолестеринемії.

У хворих 2 та 3 груп за даними ехокардіографії спостерігався виключно дискінетичний тип рухової активності аневризми, у хворих 4 групи – акінетичний тип рухової активності аневризми. Група пацієнтів із ХПАС та АГ була представлена як пацієнтами з дискінетичним, так і пацієнтами з акінетичним типом рухової активності аневризми. Порівняльна характеристика компонентного складу маси тіла у хворих з хронічною постінфарктною аневризмою серця та артеріальною гіпертензією в залежності від типу кінезу аневризми представлена в таблиці 7.

Необхідно підкреслити, що саме у пацієнтів з акінетичним типом рухової активності процент м'язового компонента був дещо більшим і складав $41,8 \pm 3,4$ % порівняно з пацієнтами цієї ж групи ($36,3 \pm 6,4$ %) з дискінетичним типом рухової активності аневризми.

Таким чином, соматотип як вищий рівень цілісної організації людини є, з сучасних позицій, інтегральною зовнішньою характеристикою індивідуально-типологічних особливостей динаміки онтогенеза, обміну речовин та реактивності організму. Подібно до того, як симптоми і синдроми хвороби відображають певні загальні закономірності патогенезу проявів хвороб, морфофенотип виступає в якості узагальненої легкодоступної для діагностики за допомогою об'єктивних антропометричних способів зовнішньої характеристики конституціонально-біологічних властивостей організму, умов, в яких розвивається патологічний процес.

Висновки. 1. Виявлені соматометричні відмінності серед пацієнтів із ХПАС в залежності від супутньої патології та найбільш інформативні антропометричні параметри в кожній з груп супутньої патології.

2. За методикою А.В. Шалаурова та А.Г. Щедриної у модифікації В.Г. Ніколаєва соматотип у хворих з ХПАС всіх чотирьох груп був визначений як кістково-жировий або "невизначений" тип.

3. У пацієнтів із ХПАС всіх чотирьох груп спостерігався достовірно низький процент м'язового компонента та достовірно високий вміст кісткового, що найяскравіше виявилось в групі пацієнтів з жовчокам'яною хворобою.

4. Серед пацієнтів із ХПАС та АГ у хворих з акінетичним типом рухової активності аневризми відмічався більший порівняно з пацієнтами з дискінетичним типом аневризми процент м'язового компонента.

Таблиця 7
Порівняльна характеристика компонентного складу маси тіла у хворих з хронічною постінфарктною аневризмою серця та артеріальною гіпертензією в залежності від типу кінезу аневризми

Компоненти маси тіла	Акінетичний тип рухової активності аневризми	Дискінетичний тип рухової активності аневризми
М'язова тканина, кг	$35,2 \pm 1,9$	$30,5 \pm 2,8^*$
М'язова тканина, %	$41,8 \pm 3,4$	$36,3 \pm 6,4^*$
Кісткова тканина, кг	$15,2 \pm 1,2$	$14,8 \pm 1,4$
Кісткова тканина, %	$17,9 \pm 1,7$	$17,6 \pm 2,1$
Жирова тканина, кг	$15,1 \pm 1,1$	$14,8 \pm 1,2$
Жирова тканина, %	$17,5 \pm 1,3$	$17,1 \pm 1,3$

Примітка. * Достовірність різниці між групами при $p < 0,0001$

тичним типом аневризми процент м'язового компонента.

5. Отримані результати розширюють уявлення про значення соматотипу в патогенезі ХПАС, що в подальшому дозволить опанувати нові методи профілактики і лікування даного захворювання.

Література

1. Белобородова Э.И. Частота возникновения и особенности течения язвенной болезни у лиц с различным морфофенотипом // Э.И. Белобородова, Н.А. Корнетов, Т.А. Загорова // Росс. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1995. – № 1. – С. 40-45.
2. Ковешников В.Г., Никитюк Б.А. Медицинская антропология: Монография. – К.: Здоров'я, 1992. – 200 с.
3. Лисенко Г.І., Родонежська Ю.В. Корекція дисліпідемії як профілактика ускладнень у хворих з поєднанням ішемічної хвороби серця та холестерозу жовчного міхура // Матеріали Об'єднаного пленуму правління асоціації кардіологів, серцево-судинних хірургів, нейрохірургів та невропатологів України "Первинна та вторинна профілактика серцево-судинних та мозкових порушень. Можливості інтервенційних втручань". – К., 2006. – С. 78-80.
4. Мінцер О.П. Інформаційні технології в охороні здоров'я: Навч. посіб. у 10 кн. – К.: Вища шк., 2003. – Кн. 5. – 350 с.
5. Михеев А.А. Хирургическое лечение постинфарктных аневризм левого желудочка сердца / А.А. Михеев, Д.Л.Кранин, В.Е.Залесов // Клини. мед. – 1997. – № 8. – С. 27-30.
6. Москаленко В.Ф. Медико-соціальні аспекти поширеності хронічних неінфекційних хвороб серед населення Європи та України // Охорона здоров'я України. – 2004. – № 4. – С. 5-14.
7. Никитюк Б.А., Гладышева А.А. Анатомия и спортивная морфология: (Практикум). – М.: Физкультура и спорт, 1989. – 176 с.
8. Никитюк Б.А., Мороз В.М., Никитюк Д.Б. Теория и практика интегративной антропологии. Очерки. – Киев-Винница: Здоров'я, 1998. – 303 с.

Повний перелік літератури – в редакції