

в Симферополі. Малоінтенсивним і обумовленим міграційною пилючкою сезон був також і в Днепропетровське, де самим низким був пік пелювання. Висота сезонних піків палинації ольхи в Одесі і в Донецьку і співпадіння їх по часу з Вінницьким свідечать про наявність регіональних насаджень ольхи в цих містах. Худшим періодом з точки зору ризику настання симптомів полінозу к пилючці ольхи в містах з її інтенсивною палинацією може вважатися третя декада березня.

Ключові слова: сезонна алергія, пилючка ольхи, аеропалинологічні спостереження, алергопрогноз.

Rodinkova V. V.

PATTERNS OF ALNUS SPP. POLLINATION IN FOREST-STEPPE AND STEPPE ZONE' CITIES OF UKRAINE

Summary. Alder pollination' intensity in Vinnitsa is sometimes greater than that of the birch' one which is a well-known aeroallergen. Thus, the purpose of our study was to analyse the pattern of alder pollination in different cities of Ukraine in terms of accurate forecasting and seasonal allergy control. The study was carried out in six cities of forest-steppe and steppe zones of Ukraine by standard volumetric sampling. According to the study most intense Alnus pollen rain was recorded in Vinnitsa and in Poltava. The lowest Alnus pollination level was noted in Simferopol. Pollen season with low-intense and high probability of migration was recorded in Dnipropetrovsk also. Pollen peaks were the lowest there. Peaks' height in Odessa and Donetsk and their coincidence in time with Vinnitsa one, indicates the presence of regional alder pollen sources in these cities. The worst period for patients sensitive to the alder pollen in cities with its intense Alnus pollination is the third ten-day-period of March.

Key words: hay fever, alder pollen, aeropalinological observation, pollen forecast.

Стаття надійшла до редакції 1. 10. 2012 р.

© Власов В. В.

УДК: 616.34-007.43-031:611.955

Власов В. В., Калиновський С. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра хірургії факультету післядипломної освіти, Хмельницька обласна лікарня (вул. Пілотська 1, м. Хмельницький, Україна, 29000)

ДО СОМАТОТИПІВ ХВОРИХ НА ПУПКОВУ ГРИЖУ

Резюме. З метою визначення соматотипу, компонентного складу тіла, оцінки гармонійності фізичного розвитку проведено антропометричне дослідження 176 хворих на пупкову грижу. Середній вік обстежених $56,74 \pm 13,6$ років. Переважно більшість склали жінки (73,3%). Пупкову грижу здебільшого мали пацієнти ендоморфного (34,1%), мезоморфного і ендомезоморфного (по 31,3%) соматотипів, не виявили її у екоморфів та ектомезоморфів. Більшість хворих на пупкову грижу (61,9%) страждали на ожиріння I-III ст. Грижові дефекти середніх розмірів виявили у хворих всіх соматотипів за Хіт-Картер крім екоморфів та ендомезоморфів.

Ключові слова: пупкова грижа, соматотип, компоненти маси тіла, грижовий дефект.

Вступ

Медицина антропологія стверджує, що з урахуванням конституції людини ми маємо змогу надійно оцінювати реактивність організму та властиві йому фактори ризику до окремих захворювань [Шапаренко, 2000]. Соматотип є структурним відображенням конституції, і є найбільш доступним для дослідження. Кожна людина індивідуальна і має свій соматотип. Хворі на пупкову грижу (ПГ) мають свій соматотип, але відомості про це обмежені.

Складність проблеми лікування цих хворих в тому, що у 1,6 - 22 % хворих, що оперуються з приводу простої неускладненої ПГ, виникає рецидив, ще частіше він стається після лікування великої грижі [Саєнко та ін., 2001]. Пошуки причин цього ще тривають і мало задовольняють хірургів у зв'язку з тим, що кількість рецидивів не зменшується. Тому визначення відмінностей антропометричних параметрів, соматотипів хворих на ПГ є актуальним на сьогодні і є метою нашого дослідження.

Матеріали та методи

Проведено антропометричне дослідження 176 хворих на ПГ віком від 19 до 90 років, середній вік стано-

вив $56,74 \pm 13,6$ років. Жінок було більше (73,3%). Антропометричне дослідження проводили за методикою В. В. Бунака [Шапаренко, 2000], дотримуючись рекомендацій та вимог до дослідження Б. А. Нікітюка і А. А. Гладишевої [Нікітюк, Гладишева, 1989]. Дослідження включало в себе визначення тотальних: довжини і маси тіла (МТ); парціальних розмірів: обхватних, поперечних, поздовжніх і товщини шкірних складок. Для визначення соматотипів була використана математична схема соматотипування за Хіт-Картер [Carter, Heath, 1990], згідно якої визначали ендоморфний (характеризує ступінь розвитку жирової тканини), мезоморфний (визначає відносний розвиток м'язів і кісткових елементів) та екоморфний (визначає відносну витягнутість тіла) компоненти. Таким чином соматотип визначали за величиною 3 чисел: екто-, мезо- і ендоморфії. Якщо один із цих чисел ≥ 1 , то статура тіла пацієнта відповідала даному соматотипу. В іншому випадку, коли між 2 суміжними компонентами соматотипу різниця в вираженості балів не перевищувала 1, то пацієнтів відносили до проміжних соматотипів (екто-ендоморфів, екто-мезоморфів та енто-мезоморфів). Якщо всі три компоненти були виражені в однаковій

мірі, то пацієнтів зараховували до групи з середнім проміжним соматотипом.

Для визначення компонентного складу маси тіла використовували формули J. Matiegka [Нікітюк, Гладішева, 1989; Нікітюк, 1997; Мартиросов, Ніколаєв, 2006; Matiegka, 1921], обчислювали жировий компонент (ЖК), кістковий компонент (КК) і м'язовий компоненти (МК). Для оцінки гармонійності фізичного розвитку був використаний індекс Кетле.

В схему дослідження також були включені визначення типів статури; визначення кормічного індексу (КІ), форми тулуба (ФТ) та типу розвитку грудної клітки (ГК) за індексом Ф.Ф. Ерісмана; визначення форми живота (ФЖ) та вертикального індексу живота (ВІЖ) [Лаврова, 1997]. Усіх хворих розподілено також на групи за розмірами гризових дефектів (ГД) згідно Європейської класифікації герніологів [Muysoms et al., 2009]. Аналіз антропометричних параметрів, соматотипів, компонентного складу маси тіла та гармонійності фізичного розвитку проведено за допомогою стандартного програмного забезпечення "Microsoft Excell 2000" програми STATISTICA-6,1 (StatSoft).

Результати. Обговорення

Встановлено, що максимальна кількість хворих на ПГ знаходиться у межах вікових груп 51-70 років (61,36%).

14,2 % пацієнтів були старше 70 років (рис. 1). Це майже стільки ж, як і пацієнтів віком 41-50 років. Найменше було хворих вікових груп до 21 року та 21-30 років. Менше половини хворих (42,1%) були працездатними. Відмічено зменшення кількості чоловіків у вікових групах старше 61 року. Велика кількість пацієнтів цього віку переважно були жінками. Це пояснюється тим, що середня тривалість життя чоловіків в Україні менша ніж жінок.

При розгляді компонентного складу тіла хворих на первинну ПГ (табл. 1) встановили, що максимальним був ЖК МТ і коливався в межах від 6,64 кг до 107,08 кг. Він був більшим у жінок (35,28±20,62 кг), ніж у чоловіків (25,42±11,0 кг). У чоловіків МК МТ (30,06±7,3 кг) був більшим ($p < 0,05$) ніж у жінок (22,13±8,31 кг). Даний компонент маси тіла у хворих на ПГ коливався від 12,06 кг до 45,04 кг. Найменшими були показники КК:

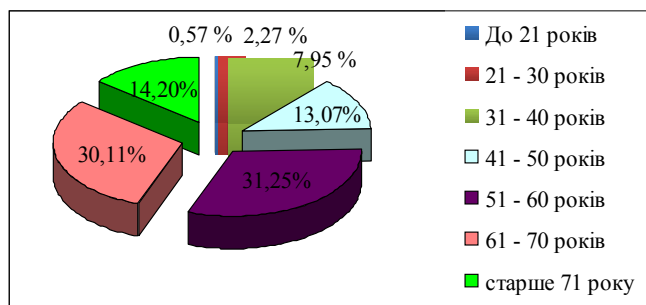


Рис. 1. Діаграма. Розподіл хворих на пупкову грижу за віком.

від 2,81 кг, до 14,88 кг. Встановлено, що в середніх значеннях КК між чоловіками та жінками достовірної відмінності немає.

Значення індексу Кетле коливались від 17,67 до 59,41. У жінок (34,48±8,32) середні його показники були достовірно більшими ніж у чоловіків (31,23±5,7), що вказує на часте ожиріння у жінок.

Середнє значення ендоморфного компоненту у жінок було достовірно більшим ніж у чоловіків ($p < 0,05$), що відповідає значенням ЖК, які були вираховані за допомогою формули Я. Матейки (1921). Мінімальний показник ендоморфного компоненту становив 2,04, максимальний - 12,91.

В значеннях мезоморфного компоненту достовірної різниці у чоловіків (6,33±2,11) і жінок (6,71±3,59) не виявлено, що підтверджує відсутність різниці в значеннях КК тіла чоловіків і жінок.

Мінімальне значення ектоморфного компоненту склало 0,1, максимальне - 4,21. У чоловіків він був достовірно більшим ($p < 0,05$) ніж у жінок.

ПГ переважно мали пацієнти ендоморфного (34,1%), мезоморфного і ендомезоморфного (по 31,3%) соматотипів. У ектоморфів та ектомезоморфів ПГ не виявили (рис. 2). Серед хворих на ПГ чоловічої статі здебільшого спостерігали ендомезоморфів (10,2%), мезоморфів (8,5%) і ендоморфів (7,4%). Серед жінок переважали ендоморфи (26,7%), мезоморфи (22,7%) і ендомезоморфи (21%). ПГ серед чоловіків ектоендоморфів не зустрічали. Також її не спостерігали серед ектоморфів і ектомезоморфів.

Розподіл соматотипів хворих на ПГ за віковими групами збігається з їх розподілом за віком та статтю (найбільше хворих ендоморфного, мезоморфного та ендомезоморфного соматотипів було у вікових групах 51-70 років), відрізняється тільки в незначних коливаннях між віковими групами 41-50 років і старше 71 року. Окрім переважаючих за чисельністю соматотипів хворих цих вікових груп досить багато виявили ендоморфів (6,25%) у віковій групі 41-50 років, ендомезоморфів (3,98 %) та мезоморфів (5,1%) - у віковій групі старше 71 року.

Хворі на ПГ переважно мали ожиріння I ст. (32,4%) і надлишкову МТ (30%). Ожиріння III ст. спостерігали у частини пацієнтів. Отже більше половини хворих (61,9%) страждали на ожиріння I-III ст. Тільки 8,5% хворих мали нормальну МТ (рис. 3).

У чоловіків здебільшого спостерігали ожиріння I ст. (10,8%) і надлишкову МТ (8%). У жінок також здебільшого спостерігали ожиріння I ст. (21,6 %), а також порівну надлишкову МТ і ожиріння III ст. (по 21,03%).

До 30 років надлишкову МТ спостерігали тільки у 2,14% пацієнтів. Здебільшого надмірну МТ спостерігали у чоловіків 51-60 років (6,3%) і 41 - 50 років (3,9%). Дещо менше половини жінок віком 51-70 років мали ожиріння I-III ст.

Недостатню МТ спостерігали тільки у 1 жінки з ек-

Таблиця 1. Значення компонентного складу маси тіла, індексу Кетле хворих на первинну пупкову грижу.

	min - max	Чоловіки (n=47)	Жінки (n=129)	p
Жировий компонент	6,64-107,08	25,42±11,0	35,28±20,62	<0,05
М'язевий компонент	12,06-45,04	30,06±7,3	22,13±8,31	<0,05
Кістковий компонент	2,81-14,88	8,02±1,38	7,45±2,32	>0,05
Індекс Кетле	17,67-59,41	31,23±5,7	34,48±8,32	<0,05
Ендоморфний компонент	2,04-12,91	6,19±1,38	6,99±2,39	<0,05
Мезоморфний компонент	0,11-17,88	6,33±2,11	6,71±3,59	>0,05
Ектоморфний компонент	0,1-4,21	0,67±0,85	0,4±0,75	<0,05

тоендоморфним соматотипом. Нормальну масу тіла переважно мали ендоморфи (3,4%) і ектоендоморфи (2,3%). Ожиріння III ст. здебільшого спостерігали у мезоморфів (12,5%), однак не спостерігали у пацієнтів середнього і ектоендоморфного соматотипу.

Серед хворих на ПГ брахіморфної статури (БС) за В.М. Шевкуненко найбільше було мезоморфів (25,57%), потім ендомезоморфів (19,9%) і ендоморфів (15,3%). Серед осіб мезоморфної статури (МС) здебільшого спостерігали ендоморфів (14,2%), а серед доліхоморфної статури (ДС) - хворих з ендомезоморфним соматотипом (9,1%). Серед пацієнтів ДС і МС не було ендоектоморфів.

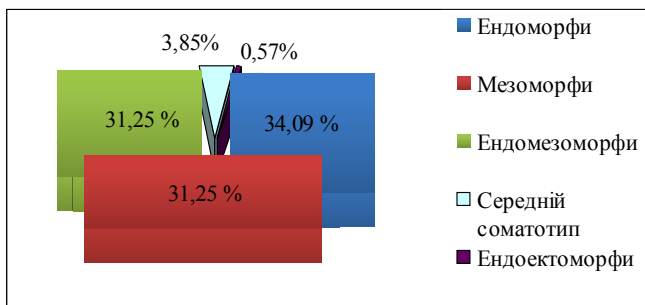


Рис. 2. Діаграма. Розподіл хворих на пупкову грижу за соматотипом (Хіт Картер).

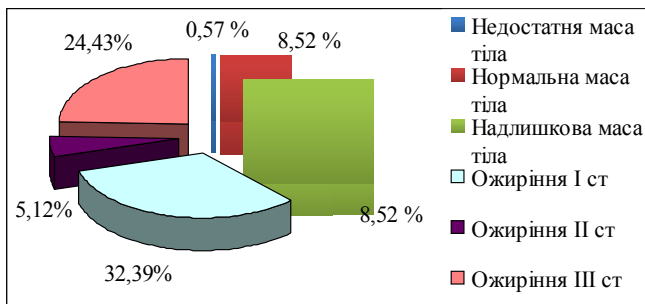


Рис. 3. Діаграма. Розподіл хворих на пупкову грижу за індексом Кетле.

МТ вище нормальної зустрічали здебільшого у осіб БС, з них ожиріння III ст. у 18,2 %.

Серед хворих, що згідно індексу Бругша мали БС майже порівну було мезоморфів і ендомезоморфів (по 31,25%) і дещо менше ендоморфів (30,68%). Тільки 2 % пацієнтів відносились до середнього соматотипу. Серед хворих МС за індексом Бругша спостерігали поодиноких ендоморфів (2,28%) і ендоектоморфів (0,6%). Серед пацієнтів ДС за індексом Бругша спостерігали поодиноких ендоморфів (1,14%) і середній соматотип (1,14%).

Враховуючи те, що за індексом Бругша хворі на ПГ переважно належали до БС (95 %), то ці пацієнти переважно страждали на надмірну МТ (26,7%), а також на ожиріння (60,08 %). З них ожиріння III ст. мало 24,4% хворих.

Короткий тулуб не спостерігали серед ектоморфів і ектомезоморфів. Серед хворих на ПГ, що мали короткий тулуб ендоморфів і ендомезоморфів було майже порівну (29,6%). Дещо рідше спостерігали мезоморфів (18,18%) і середній соматотип (2,28%), ендоектоморфів (0,57%). Серед пацієнтів, що мали середній і довгий тулуб не спостерігали ектоморфів, ектомезоморфів і ендоектоморфів, а у пацієнтів з довгим тулубом - ще й середнього соматотипу.

Нормальну масу тіла хворі на ПГ з коротким тулубом мали лише в 7,39%. Недостатню масу тіла спостерігали тільки у 1 пацієнтки. Надлишкову МТ мали 23,9 % пацієнтів, а на ожиріння III ст. страждали 15,9%. Серед пацієнтів, що мали середній і довгий тулуб тільки 1,14% мали нормальну МТ. Інші пацієнти мали надлишкову МТ (5,12%) і ожиріння I-III ст (17,62%).

Пацієнти з недорозвинутою ГК мали ендоморфний (1,14%) і середній соматотип (1,14%). Пацієнти з середнім розвитком ГК були ендоморфами (1,14%) та ендоектоморфами. Хворі на ПГ з розвинутою ГК здебільшого були ендоморфами (31,82%), мезоморфами (31,25%) і ендомезоморфами (31,25%). Середній соматотип спостерігали тільки в 1,7%.

Хворі на ПГ, що мали недорозвинену ГК здебільшого мали нормальну і надлишкову МТ (по 1,14%). У 1 пацієнтки з середнім розвитком ГК спостерігали недостатню МТ, у 1,14% - ожиріння I ст. Розподіл пацієнтів з розвинутою ГК за індексом Кетле був близьким до зазначеного.

Всі ФТ спостерігали у мезоморфів і ендоморфів хворих на ПГ. Чоловіки ендоморфи не мали проміжної ФТ. Чоловіки середнього соматотипу не мали трапецієподібної і прямокутної ФТ. Жінки, хворі на ПГ середнього соматотипу не мали прямокутної ФТ. Хворі на ПГ ендоектоморфи мали тільки прямокутну ФТ і це була 1 жінка. У ендоморфів в переважній більшості спостерігали прямокутну ФТ (15,34%), дещо рідше трапецієподібну (12,5%). У мезоморфів переважно спостерігали трапецієподібну ФТ і майже порівну проміжну і прямокутну. У ендоморфів спостерігали тра-

пецієподібну ФТ (13,07%) і дещо рідше прямокутну (12,5 %).

Недостатню МТ мали хворі на ПГ з прямокутною ФТ. Нормальну МТ здебільшого спостерігали серед пацієнтів з трапецієподібною ФТ (6,25%). Надлишкову масу тіла здебільшого спостерігали у пацієнтів з трапецієподібною (12,5%) і прямокутною (11,37%) ФТ. Ожиріння I-III ст. переважно мали пацієнти з трапецієподібною (23,88 %) і прямокутною (25,18%). В той час, як на ожиріння III ст. частіше страждали пацієнти з прямокутною ФТ (12,5%).

Ні один з соматотипів по Хіт-Картеру серед хворих на ПГ не мав усіх ФЖ. Так циліндричну ФЖ спостерігали тільки у 1 мезоморфа чоловічої статі. У ендоморфів частіше спостерігали чоловічу (22,2%) і рідше циліндричну (3,4%) ФЖ. Серед мезоморфів переважали особи з чоловічою ФЖ (25,6%). Серед ендомезоморфів також переважали пацієнти з чоловічою ФЖ (21%), рідше спостерігали жіночу ФЖ (7,4%) і циліндричну (2,8%). Особи середнього соматотипу не мали циліндричної ФЖ, а ендоектоморфи не мали чоловічої і циліндричної ФЖ.

Недостатню МТ мали пацієнти з жіночою ФЖ. Нормальну МТ здебільшого спостерігали у пацієнтів з чоловічою ФЖ і дещо рідше з жіночою ФЖ. Пацієнти з чоловічою ФЖ мали надлишкову МТ (18,2%) і ожиріння (46,59%), з них ожиріння III ст. - 18,8%.

За виключенням ектоморфів і ектомезоморфів у пацієнтів, усіх соматотипів за Хіт-Картер, переважав середній ВІЖ (44,89%) над малим і великим. У пацієнтів з середнім соматотипом і ендоектоморфів не було великого ВІЖ, а у ендоектоморфів - мало.

ГД середніх розмірів виявили у хворих усіх соматотипів за Хіт-Картер, крім ектоморфів і ектомезоморфів. ГД великих розмірів не спостерігали у ендоектоморфів

і хворих середнього соматотипу. Також ендоектоморфи не мали ГД малих розмірів. ГД великих розмірів спостерігали частіше у ендоморфів (6,82%), мезоморфів (7,39%) і ендомезоморфів (6,82%). У пацієнтів середнього соматотипу ГД малих розмірів незначно переважали на ГД середніх розмірів.

У пацієнтів з нормальною МТ спостерігали здебільшого ГД середніх і малих розмірів. У пацієнтів з ожирінням III ст. ГД великих розмірів спостерігали 9,1%, що було дещо більше ніж малих і середніх ГД, на відміну від пацієнтів з надлишковою МТ і ожирінням I ст.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У жінок, хворих на пупкову грижу переважав жировий компонент маси тіла ($p < 0,05$) та ендоморфний компонент ($p < 0,05$), у чоловіків переважав м'язевий ($p < 0,05$) та ектоморфний компонент ($p < 0,05$).

2. Пупкову грижу переважно мали пацієнти ендоморфного (34,1%), мезоморфного і ендомезоморфного (по 31,3%) соматотипів.

3. Не мали пупкової грижі ектоморфи та ектомезоморфи.

4. Більшість хворих на пупкову грижу (61,9%) страждали на ожиріння I-III ст. 5. Грижові дефекти середніх розмірів виявили у хворих всіх соматотипів за Хіт-Картер крім ектоморфів та ендомезоморфів.

Отримані результати свідчать про наявність індивідуальних особливостей тілобудови хворих на пупкову грижу. В подальших дослідженнях топографоанатомів і хірургів, при виконанні оперативних втручань з приводу пупкової грижі необхідно індивідуально підходити до вибору методу пластики, враховуючи особливості соматотипу та типу статури пацієнта.

Власов В.В., Калиновский С.В.

К СОМАТОТИПАМ БОЛЬНЫХ С ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕЙ

Резюме. С целью исследования соматотипа, компонентного состава тела, оценки гармоничности физического развития проведено антропометрическое исследование 176 больных пупочной грыжей. Средний возраст больных $56,74 \pm 13,6$ лет. Преобладающее большинство составили женщины (73,3%). Пупочную грыжу в большинстве случаев имели пациенты ендоморфного (34,1%), мезоморфного и ендомезоморфного соматотипов (по 31,3%), не обнаружили её у эктоморфов и ектомезоморфов. Большинство больных пупочной грыжей (61,9%) страдали ожирением I-III ст. Грыжевые дефекты средних размеров выявили у больных всех соматотипов по Хит-Картеру кроме эктоморфов и ендомезоморфов.

Ключевые слова: пупочная грыжа, соматотип, компоненты массы тела, грыжевой дефект.

Vlasov.V.V., Kalinovskiy S.V.

TO THE SOMATOTYPES OF PATIENTS WITH UMBILICAL HERNIA

Summary. The anthropometric study was conducted in 176 patients with umbilical hernia in the age of $57,7 \pm 13,02$ in order to determine the somatotype, component composition of the body and assessment of harmonicity of physical development. The vast majority of this patients were woman (73,3%). Umbilical hernia mostly have patients with endomorphy (34,1%), mesomorphy and endomesomorphy (by 31,3%) somatotypes. Umbilical hernia in patients with ectomorphic and endomesomorphic somatotypes wasn't observed. Most patients with umbilical hernia (61,9%) have obesity. Medium size hernia defects have patients with all somatotypes (Heath-Carter) except of ectomorphic and endomesomorphic somatotypes.

Key words: umbilical hernia, somatotype, component composition of the body, hernia defect.

Стаття надійшла до редакції 6.09.2012р.