Соматоскопічні та антропометричні дослідження як засіб діагностики супутніх захворювань гінекологічних хворих

Гончарук Н.В.
Національний фармацевтичний університет
Харків, Україна

DOI: https://doi.org/10.15391/prrht.2021-6(3).05

Анотація. *У науковій роботі виявлено, при якому типі статури найчастіше у жінок зустрічаються гінекологічні захворювання, а також оцінено параметри фізичного розвитку та ступень ризику розвитку супутніх захворюваній жінок з гінекологічними захворюваннями*
Ключові слова*: гінекологічні захворювання, киста яєчника, типи статури, надмірна маса тіла, індекс маси тіла*

Somatoscopic and anthropometric studies as a means of diagnosing comorbidities of gynecological patients

N.V. Honcharuk
National University of Pharmacy, Ukraine

Summary. *The scientific work revealed the type of physique in women with gynecological diseases, as well as assessed the parameters of physical development and the degree of risk of concomitant diseases of women with gynecological diseases*
Keywords: *gynecological diseases, ovarian cyst, body types, overweight, body mass index.*

Вступ. Кісти та кістоми яєчників складають більше половини всіх доброякісних новоутворень внутрішніх жіночих репродуктивних органів [4]. Проблема фізичної терапії в гінекології нині актуальніша, ніж у минулому. У сучасній несприятливій екологічній, економічній, соціальній, психологічній ситуації для гінекологічних хворих характерні поліморбідність – множинність хвороб (переважно екстрагенітальних); зниження пристосувальних реакцій до негативних впливів довкілля; емоційна лабільність; незбалансованість харчування, гіподинамія і, як наслідок двох останніх факторів, – надмірна маса тіла [5,6].

Мета дослідження. Визначити, при якому типі статури у жінок найчастіше зустрічаються гінекологічні захворювання. Визначити параметри фізичного розвитку хворих жінок та оцінити рівень ризику розвитку супутніх захворювань.

Матеріали та методи. Соматоскопічні та антропометричні дослідження проводились у гінекологічному відділенні Харківської медичної академії післядипломної освіти (ХМАПО). Під нашим спостереженням перебувало 100 жінок віком 18-45 років із діагнозом кіста яєчника.

Результати дослідження. Загальне об'єктивне дослідження хворих жінок починалося з вивчення типів конституції, які знаходяться у тісній залежності від функцій нервової, ендокринної та інших систем організму [2,3]. Поряд із нормальною статурою прийнято розрізняти такі його типи: 1) інфантильний; 2) гіперстенічний; 3) інтерсексуальний; 4) астенічний (рис. 1) [2].

При інфантильному типі може бути як загальний (універсальний), такіі статевий (генітальний) інфантилізм без загальних ознак недорозвинення. Інфантильний тип характеризується невеликим зрістом, недорозвиненням молочних залоз, загальнорівномірнозвуженим тазом. Перша менструація нерідко настає пізніше звичайного терміну, а менструації характеризуються нерегулярністю та хворобливістю.

Для гіперстенічного типу характерний невисокий (середній) зріст, довжина ніг проти довжини тулуба незначна. Кіфоз спини мало виражений, поперековий

лордоз розташований високо, плечовий пояс щодо вузький. Підшкірний жировий шар добре розвинений. Специфічні функції жіночого організму здебільшого не змінені.

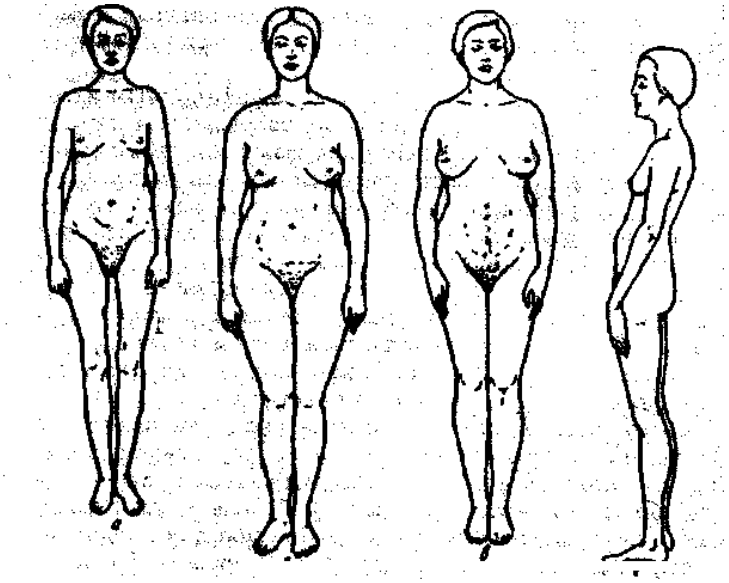

Рис. 1. Основні типи статури жінок: а – інфантильний, б – гіперстенічний, в – інтерсексуальний, г – астенічний.

Інтерсексуальний тип характеризується недостатнім диференціюванням статі, особливо вторинних статевих ознак. Цьому типу жінок притаманні фізичні та психічні ознаки, властиві чоловічому організму. У жінок інтерсексуального типу волосяний покрив сильно розвинений, нерідко за чоловічим типом, риси обличчя нагадують чоловічі, статеві органи часто гіпопластичні.

Астенічному типу властива анатомічна та функціональна слабкість усієї м'язової та сполучно-тканинної систем. У жінок астенічного типу відзначаються ослаблення м'язового та сполучно-тканинного апарату тазового дна та промежини, нерідко посилення, подовження та болючість менструацій.

Між зазначеними основними типами конституції є різні перехідні варіанти, яким притаманні комбінації окремих ознак, властивих різним типам статури.

Важливу роль грають антропометричні дослідження гінекологічних хворих. Нами була використана спеціальна техніка антропометричних вимірювань, запропонована Decourt та Doumic [8,9]. Вона заснована на визначенні: 1) кола грудної клітки (під час видиху) над молочними залозами; 2) висоти великого рожна від підлоги; 3) зріст; 4) відстані між великими рожнами стегна; 5) відстані між плечовими кістками (плечами) лише на рівні великих горбків. Для визначення цих параметрів використовувалися сантиметрова стрічка, рістомір та тазомір. За даними вищенаведених авторів, морфограма здорової жінки є горизонтальною лінією, на яку наносяться дані антропометричних вимірювань (рис. 2.).

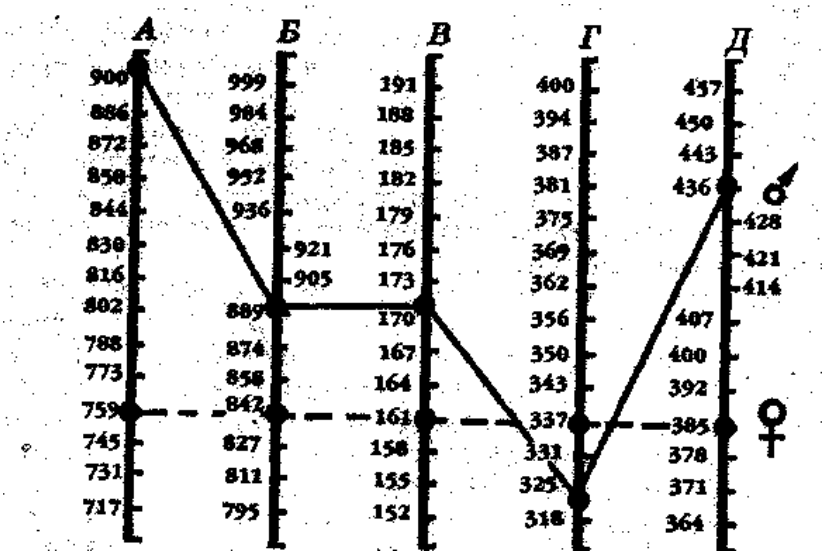

Рис. 2. Морфограма. Переривчаста лінія – «ідеальні» розміри жінки зростом 161 см, суцільна лінія – середні розміри здорового чоловіка зростом 171 см.
А – коло грудної клітки під час видиху;
Б - відстань між великим вертелом та підлогою (нижній розмір);
В – зріст; Г - відстань між великими рожнами стегон;
Д - відстань між плечовими кістками на рівні великих горбків

При порівнянні морфограм, побудованих на підставі отриманих при вимірі антропометричних величин, а також за даними проведеної соматоскопії, зроблено висновок, що у обстежених нами жінок найчастіше спостерігався інтерсексуальний тип статури – 31%, потім гіперстенічний – 30%, нормостенічний – 26%, астенічний – 14% випадків. Інфальтильного типу статури серед обстежених хворих ми виявили.

Для оцінки фізичного розвитку хворих жінок нами також застосовувалося: вимірювання зросту, ваги, екскурсія грудної клітки, екскурсія черевної стінки та визначення індексу маси тіла – ІМТ (Таблиця 1) [7].

ІМТ = маса тіла (кг) / [зріст (м)]2.

Наприклад, вага – 102 кг, зріст –1,68 м (168 см), отже, ІМТ = 102/1,682 = 36.

Таблиця 1

Вага тіла відповідно до зросту та індексу маси тіла

Індекс маси тіла, кг/м^2														
Зріст, см	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	35	40
	Вага тіла, кг													
145	41	43	45	47	50	52	54	56	58	60	62	64	75	86
147	42	45	47	49	51	54	56	58	60	62	64	67	78	89
150	44	46	48	50	53	55	58	60	62	64	67	69	80	92
152	45	48	50	52	55	57	59	62	64	67	69	71	83	95
155	47	49	52	54	57	59	61	64	66	69	71	74	86	98
157	48	51	53	56	59	61	63	66	68	71	73	76	89	101
160	49	52	55	58	60	63	65	68	71	73	76	78	92	104

Індекс маси тіла, кг/м^2														
Зріст, см	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	35	40
	Вага тіла, кг													
162	51	54	57	59	62	65	67	70	73	76	78	81	94	108
165	53	56	59	61	64	67	70	72	75	78	81	84	97	111
167	54	57	60	63	66	69	72	75	77	80	83	86	100	115
170	56	59	62	65	68	71	74	77	80	83	86	89	103	118
172	58	61	64	67	70	73	76	79	82	85	88	91	106	121
175	59	63	66	69	72	75	78	81	85	88	91	93	109	125
177	61	64	67	71	74	77	81	84	87	90	94	97	112	129
180	63	66	69	73	76	80	83	86	90	93	96	99	116	132
182	65	68	72	75	78	82	85	89	92	95	99	102	119	136
185	67	70	73	77	81	84	87	91	94	98	191	105	122	140
187	68	72	76	79	83	86	90	94	97	101	104	108	126	144
190	70	74	77	81	85	89	92	96	99	104	107	111	129	148

Кожна графа наводить вагу тіла в кг для людини з даним зрістом та індекс маси тіла (кілограми округлені). Для того, щоб користуватися таблицею, необхідно знайти відповідний зріст в колонці зліва. Далі рухатись по ряду вправо до даної ваги. Число в самому верху колонки є індекс маси тіла для даного зрісту і ваги.

Відповідно до отриманої величини ІМТ ми оцінювали рівень ризику супутніх захворювань за таблицею 2 [1,7].

Таблиця 2

Ступінь ризику розвитку супутніх захворювань при ожирінні

Класифікація	ІМТ	Ризик для здоров'я	Що робити
Дефіцит маси тіла	Менше 18,5	Відсутній	
Норма	18,5-24,9	Відсутній	
Надлишок маси тіла	25,0-29,9	Підвищений	Рекомендується зниження маси тіла
Ожиріння	30,0-34,9	Високий	Наполеглево рекомендується зниження маси тіла
	35,0-39,9	Дуже високий	
Різко виражене ожиріння	Більше 40	Надзвичайно високий	Необхідно негайне зниження маси тіла
Примітка. Показники ІМТ > 30 свідчать про наявність ожиріння, представляє серйозную загрозу здоров'ю. В цьому випадку слід негайно звернутися до лікаря з ціллю разробки індивідуальної програми зниження ваги.			

При аналізі величини ІМТ у хворих жінок нормальна маса тіла спостерігалася у 22 жінок (22%), надмірна маса тіла – 78 жінок (78%).

Висновки. Більшість жінок із гінекологічними захворюваннями виявили соматична патологія: спостерігалася надмірна маса тіла в 78% жінок (ІМТ перебував у межах 25,0-29,9).

Зроблено спробу визначити, при якому типі статури у жінок найчастіше зустрічається таке гінекологічне захворювання як кіста яєчника.

Отримані нами під час обстеження дані було враховано при розробці програми фізичної терапії та визначенні раціональних засобів і методів терапевтичного впливу, яку ми рекомендували гінекологічним хворим на подальше лікування.

Список використаної літератури

1. Вардимиади Н.Д., Машкова Л.Г. Лечебная физкультура и диетотерапия при ожирении. Киев: Здоровье, 1988. 47 с.
2. Гинекология (уч. для студентов вузов по мед. спец. / Л.Н. Василевская, В.И. Грищенко, Н.А. Щербина, В.П. Юровская. - 3-е изд., стер. Ростов н/Д: Феникс, 2002. 572 с.
3. Герасимова Л.И., Суслонова Н.В., Максимова С.С. Системный подход к определению состояния репродуктивного здоровья женщин //Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. 2001-2002. Т.1. Вып. 1. Раздел II.
4. Гинекологическая эндокринология / Сокольский Я.П. и др. Киев: Здоров'я, 1976. С. 3-19, 46-85, 159-219.
5. Гончарук, Н. В. (2004). Фізична реабілітація жінок репродуктивного віку після овариектомії. *Молода спортивна наука України: зб. наук. праць з галузі фіз. культури та спорту.—2004.—Вип*, *8*, 83-87.
6. Гончарук, Н. В. (2003). Физическая реабилитация женщин после овариэктомии. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: Зб. наук. пр. за ред. Єрмакова СС–Харків-Донецьк: ХДАДМ (ХХПІ)*, *23*, 245-254.
7. Калмикова, Ю. С. (2014). Методи дослідження у фізичній реабілітації: дослідження фізичного розвитку. Харків: ХДАФК, 104.
8. Decourt, J., & Doumic, J. M. (1950). The evolution of the morphogram during adolescence. *La semaine des hopitaux: organe fonde par l'Association d'enseignement medical des hopitaux de Paris*, *26*(51), 2466-2468.
9. JW, E. (1959). The ideal straight line (morphotype and morphogram according to Decourt and Doumic). *Hormones*, *12*, 1-12.

Відомості про авторів

Гончарук Наталія Воодимирівна:
кандидат наук з фізичного вихованню і спорту, доцент
Національний фармацевтичнй університет
м. Харківв, Україна
orcid.org/0000-0002-1206-5974
E-mail: goncharuknatalyaa@gmail.com

Natalyaa Honcharuk - *Candidate of Science (Physical Education and Sport), Associate Professor (Ph. D.),*
National University of Pharmacy
Kharkiv, Ukraine
orcid.org/0000-0002-1206-5974
E-mail: goncharuknatalyaa@gmail.com