

Периферические витреохориоретинальные дистрофии (ПВХРД) являются «фактором риска» в возникновении отслойки сетчатки и привлекают внимание многочисленных исследователей. В их патогенезе прослеживается роль гемодинамических, наследственных, метаболических факторов (Захарова Г.Ю., 1983; Саксонова Е.О. с соавт, 1979; Everett W., 1968; Karlin D, Curtin B, 1976; и др.). Многие исследователи указывают на связь ПВХРД с миопией (Curtin B.), удлинением переднезадней оси (Carlin D., Curtin B., 1976), величиной и формой глазного яблока (Аветисов Э.С., Тарутта Е.П., 1986), то есть с процессом растяжения склеры при миопии, а также со скоростью роста миопических глаз. В то же время Н. Zauberman и S.Me-gin, наблюдавшие у больных с односторонней высокой миопией решетчатую дистрофию на обоих глазах, считают, что это заболевание врожденной этиологии.

Однако не вся высокая и прогрессирующая близорукость сопровождается изменениями на глазном дне, а появление ПВХРД определяется сложными закономерностями, выяснение которых представляет большой научный и практический интерес.

Весьма актуальным и перспективным на современном этапе научных исследований является индивидуальный подход к развитию и течению патологического процесса в организме (Никитюк Б.А., 1997; Щедрина А.Г., 1999)- Эта задача успешно решается с помощью клинической антропологии, изучающей изменчивость фенотипа, который проявляется морфологическими, функционально- энергетическими, функционально-моторными и психологическими свойствами. Учитывая, что соматотип является своеобразным портретом обменных процессов в организме, целесообразно знание антропометрических особенностей проявления ПВХРД.

Сегодня доказано, что биологические особенности организма влияют на течение различных патологических процессов. Опубликовано много работ, авторы которых изучали конституциональные особенности проявлений заболеваний желудка, сердца, печени, поджелудочной железы и других органов (Топольская Н.В., 1996; Петрова М.М, 1998; Петрушка СИ., 1998; Шарайкина Н.Г, 1999; Исаева Н.В., 2003, и др.).

В связи с вышеизложенным нами была поставлена задача изучить конституциональные особенности мужчин с периферическими витреохориоретинальными дистрофиями.

Объектом исследования были мужчины в возрасте 17-21 года, страдающие ПВХРД. Измерения проводились по методике В.В. Бунака в модификации В.П. Чтецова. Соматотипирование больных ПВХРД выявило преобладание брюшного соматотипа - 47,5%, что в 6 раз превышает встречаемость данного соматотипа в популяции здоровых мужчин аналогичного возраста г. Красноярск (Ефремова В.П., 1996) (табл. 1).

Измерение основных морфологических параметров позволило получить данные, характеризующие особенности физического развития мужчин, страдающих ПВХРД (табл. 2).

Установлено, что у мужчин всех соматотипов, страдающих ПВХРД, повышены относительные показатели жирового компонента и выявлен дефицит относительной мышечной и костной тканей. Кистевая динамометрия и стантовая сила были значительно ниже аналогичных показателей у здоровых юношей той же возрастной группы.

Таким образом, при антропометрическом обследовании мужчин, больных ПВХРД, и сравнении полученных показателей с региональными, характеризующими мужскую популяцию города Красноярск, установлено, что ПВХРД диагностируются чаще у мужчин брюшного и неопределенного соматотипов. Кроме этого, выявлены статистически достоверные отличия компонентов жировой, мышечной и костной тканей у представителей одноименных соматотипов двух сравниваемых групп.

Таблица1. Распределение больных ПВХРД в зависимости от соматотипа

Соматотипы (Бунак В.В., 1940)	Мужчины с ПВХРД		Мужчины г. Красноярска	
	п	%	о	%
Грудные	20	16,6	236	28,99
Мышкульные	7	5,8	333	40,91
Брюшные	57	47,5	62	7,62
Неопределённый	36	32,5	184	22,48
Всего	120	100	814	100

Таблица 2. Показатели габаритных размеров и компонентного состава тела юношей, страдающих ПВХРД, и юношей г. Красноярска (Ефремова В.П, 1996)

	Мужчины с ПВХРД,	Мужчины Красноярска,
Рост, см	174,77 ± 0,71	177,15 ± 0,23
Масса, кг	73,22 ± 0,95	69,58 ± 0,33
Относительная масса, %		
жировой ткани	20,68 ± 0,64	15,49 ± 0,26
мышечной ткани	40,11 ± 0,51	48,47 ± 0,19
костной ткани	10,05 ± 0,24	16,34 ± 0,11
Динамометрия правой кисти, %	46,43 ± 0,75	73,38 ± 0,26
Становая сила, %	129,6 ± 1,75	195,32 ± 1,79

Таблица 3. Антропометрические показатели больных ПВХРД в зависимости от соматотипа

Соматотипы	Жировая ткань	Мышечная ткань	Костная ткань
Грудной 1	7,67 ± 0,5	26,16 ± 1,4	7,21 ± 0,48
Грудной 2	7,24 ± 0,3	30,67 ± 0,25	10,85 ± 0,09
Мускульный 1	13,43 ± 0,9	28,97 ± 0,9	10,4 ± 0,9
Мускульный 2	12,59 ± 0,29	37,16 ± 0,24	12,34 ± 0,16
Брюшной 1	22,14 ± 0,74	15,6 ± 0,9	7,74 ± 0,23
Брюшной 2	20,31 ± 0,83	34,12 ± 0,66	11,34 ± 0,14
Неопределенный 1	11,97 ± 0,47	27,6 ± 0,9	7,21 ± 0,48
Неопределенный 2	10,49 ± 0,14	29,99 ± 0,22	10,76 ± 0,09
	P < 0,001	P < 0,001	P < 0,001

Примечания. Группа 1 — ПВХРД, группа 2 — популяция.