

ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М. І. ПИРОГОВА МОЗ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

АЛЬ-ОМАРІ АЛА'А ОСАМА АХМАД

УДК 616.521-07:616-071.2+159.922

ДИСЕРТАЦІЯ

**ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ І ПЕРЕБІГУ ЕКЗЕМИ:
СОМАТОТИПОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ**

222 «Медицина»

22 «Охорона здоров'я»

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ (підписано ЕП)___ А. О. А. Аль-Омарі

Науковий керівник: Дмитренко Світлана Володимирівна, доктор медичних наук, професор

Вінниця – 2023

АНОТАЦІЯ

Аль-Омарі Ала'а Осама Ахмад. Особливості виникнення і перебігу екземи: соматотипологічні та психологічні аспекти. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 – «Медицина». – Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова МОЗ України, Вінниця, 2023.

У дисертаційній роботі подано вирішення науково-практичної задачі, яка полягає у встановленні відмінностей антропо-соматотипологічних показників і показників особливостей особистості між здоровими та хворими на істинну та мікробну екзему легкого або тяжкого перебігу українськими чоловіками, розбіжності даних показників між хворими на різні форми екземи, а також, побудові дискримінантних моделей можливості виникнення та особливостей перебігу екземи в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла.

Уперше між групою контролю та хворими на істинну та мікробну екзему легкого або тяжкого перебігу українськими чоловіками встановлені багаточисельні достовірні або тенденції відмінностей конституціональних ознак, що сприяє точній оцінці не лише існуючого рівня адаптації організму, але і прогнозуванню його кількісно-якісних характеристик в майбутньому. Так, для більшості груп хворих чоловіків виявлені: більші значення – маси (на 12,2-15,6 %) та площі поверхні тіла (на 4,8-7,3 %); висоти надгруднинної (на 1,7-2,6 %), акроміальної (на 1,6 % і 2,3 %) та пальцевої (на 3,0-5,9 %) антропометричних точок; середньогруднинного (на 3,1-14,4 %), поперечного нижньогруднинного (на 8,6-14,1 %) і передньо-заднього середньогруднинного (на 10,2-16,6 %) діаметрів тулуба; міжостьової (на 8,3-11,6 %), міжребеневої (на 8,7-12,5 %) та міжвертлюгової (на 7,7-10,5 %) відстаней тазу; ширини дистального епіфіза плеча та стегна (на 3,0-7,6 %); практично усіх обхватних розмірів тіла (на 4,2-16,7 %); товщини шкірно-жирової складки на боку (на 33,7-41,6 %); мезоморфного компоненту соматотипу (на 18,4-22,1 %); частоти зустрічаємості мезоморфного соматотипу (на 33,3-34,1 %); величини м'язового компоненту маси тіла (на 16,2-

22,2 %); менші значення – висоти лобкової (на 3,1-5,7 %) та вертлюгової (на 4,9-7,5 %) антропометричних точок; ширини плечей (на 15,3-21,1 %); ширини дистальних епіфізів передпліччя та гомілки (на 2,8-3,1 %); товщини шкірно-жирових складок на кінцівках і на грудях (на 33,7-41,6 %); екоморфного компонента соматотипу (на 32,4-38,8 %). Це дозволило між здоровими та хворими на екзему чоловіками встановити субпатологічний конституціональний тип, який характеризується витягнутим «циліндроподібним» тулубом, укороченими нижніми кінцівками, а також більш масивними дистальними та менш масивними проксимальними епіфізами верхніх і нижніх кінцівок.

Уперше між хворими на істинну та мікробну екзему легкого або важкого перебігу українськими чоловіками встановлено достовірні або тенденції відмінностей (значно меншу кількість) антропо-соматотипологічних показників: між хворими на істинну та мікробну екзему легкого перебігу – менші значення у хворих на мікробну екзему довжини тіла (на 1,2 %), висоти лобкової та вертлюгової антропометричних точок (на 1,7 % та 1,8 %) та частоти зустрічаємості середнього проміжного соматотипу (на 85,6 %); менші значення у хворих на істинну екзему товщини шкірно-жирових складок на задній поверхні плеча, на боку та на стегні (на 24,5 %, 20,6 % і 17,2 %) та величини ендоморфного компонента соматотипу (на 19,3 %); між хворими на істинну екзему легкого та важкого перебігу – більші значення у хворих із тяжким перебігом ширини плечей (на 4,8 %) та обхвату шиї (на 5,4 %). Встановлена варіабельність морфометричних параметрів дозволяє визначити характер та ступінь напруженості регуляторних механізмів та оцінити ступінь впливу фізичного розвитку на ступінь прояву дерматозу.

Уперше на основі антропометричних параметрів розроблені достовірні дискримінантні моделі, що дозволяють у чоловіків з високою ймовірністю (статистика Wilks' Lambda= від 0,074 до 0,088) прогнозувати лише можливість виникнення та форми екземи. До складу побудованих дискримінантних рівнянь в усіх групах чоловіків (при розподілі хворих на істинну екзему легкого і важкого перебігу та мікробну екзему легкого і важкого перебігу; при розподілі хворих

лише на істинну та мікробну екзему; при розподілі хворих лише на екзему легкого або важкого перебігу) найбільш часто входять товщина шкірно-жирових складок (відповідно 62,5 %, 57,1 % і 71,4 %) і діаметри тіла (відповідно 37,5 %, 42,9 % і 28,6 %). Найбільший внесок у дискримінацію в усіх групах вносить ширина плечей.

Вперше в ході психологічного дослідження у хворих на істинну екзему з легким або важким перебігом порівняно з контрольною групою встановлено переважання осіб з низьким рівнем нейротизму (відповідно на 51,5 % і 16,8 %), з потенційно високим рівнем нейротизму (на 15,9 % у хворих із важким перебігом), з низьким рівнем ситуативної (на 13,9 % у хворих із легким перебігом) і особистісної тривожності (на 18,7 % у хворих із важким перебігом), з наявністю акцентуації характеру за гіпертичним типом (на 45,5 % у хворих із важким перебігом), більшого за значенням показника шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю (на 16,9 % у чоловіків з легким перебігом), рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень (на 16,1 % і 13,8 %) і навчальних (професійних) відносин (на 24,4 % у хворих із легким перебігом) та меншу частку осіб з потенційно низьким рівнем нейротизму (на 27,9 % у хворих із легким перебігом), з високим рівнем ситуативної (відповідно на 20,7 % у хворих із легким перебігом) і особистісної тривожності (на 18,3 % у хворих із важким перебігом), з наявністю акцентуації характеру за демонстративним типом (на 6,3 % у хворих із легким перебігом). У хворих на мікробну екзему з легким або важким перебігом порівняно з контрольною групою встановлено переважання осіб з низьким рівнем нейротизму (відповідно на 31,9 % і 29,0 %) і ситуативної тривожності (на 25,1 % у хворих із важким перебігом) та меншу частку осіб із потенційною екстраверсією (на 42,7 % у хворих із важким перебігом), з помірним рівнем ситуативної тривожності (відповідно на 33,2 % у хворих із важким перебігом); рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач (на 15,1 % і 20,1 %) і міжособистісних відносин (на 11,1 % і 27,7 %). Застосування комплексного принципу дослідження дозволило провести багатогранну оцінку психологічного

стану особистості пацієнтів із екземою та визначити можливості його оптимальної корекції.

Варіабельність психологічних ознак визначаються цілою низкою закономірностей та підпорядковуються законам спадковості і єдності організму та середовища. Так чи інакше, успішно керувати психофізіологічними якостями людини на благо здоров'я можливо лише в тому випадку, якщо передбачувані закономірності доведені. Уперше в хворих на істинну екзему з тяжким перебігом порівняно з хворими з легким перебігом встановлено переважання осіб з потенційно низьким рівнем нейротизму (на 49,3 %), з наявністю акцентуації характеру за гіпертимним типом (на 39,6 %) та меншу частку осіб з низьким рівнем нейротизму (на 34,7 %), з високим рівнем особистісної тривожності (на 18,8 %), з більшим за значенням рівнем суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин (на 17,4 %). У хворих на мікробну екзему з тяжким перебігом, порівняно з хворими з легким перебігом, встановлено переважання осіб з амбіверсією (на 37,6 %), з високим рівнем ситуативної тривожності (на 22,7 %) та меншу частку осіб і з потенційною екстраверсією (на 46,4 %), з помірним рівнем ситуативної тривожності (на 38,6 %), з більшим за значенням рівнем суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин (на 18,7 %).

Уперше у хворих на істинну екзему з легким перебігом порівняно з хворими на мікробну екзему аналогічного перебігу встановлено переважання осіб з інтроверсією (на 12,5 %), з більшим за значенням рівнем показника шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю, суб'єктивного контролю в галузі невдач і навчальних (професійних) відносин (відповідно на 20,7 %, 15,1 % і 65,0 %). У хворих на істинну екзему з тяжким перебігом порівняно з хворими на мікробну екзему аналогічного перебігу встановлено переважання осіб з потенційною екстраверсією (на 38,9 %), з потенційно низьким рівнем нейротизму (на 35,6 %), з помірним рівнем ситуативної тривожності (на 43,3 %), з наявністю акцентуації характеру за гіпертимним типом (на 43,3 %), з більшим за значенням рівнем суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин (на 25,7 %).

Підводячи підсумок усієї роботи слід підкреслити, що результати дослідження психологічних особливостей пацієнтів з екземою необхідно проводити в комплексі з антропометричними дослідженнями, що дозволить здійснювати ефективний скринінг осіб, схильних до захворювання і прогнозувати його виникнення. Оцінка психологічних особливостей хворих на екзему одночасно з морфометричними властивостями їх організму допоможе створити системні портрети пацієнтів різних конституційних типів.

Ключові слова: захворювання шкіри (екзема), хворі на екзему та здорові чоловіки, антропометрія (тотальні, поздовжні, поперечні та обхватні розміри тіла, товщина шкірно-жирових складок), компоненти соматотипу, компонентний склад маси тіла, показники особливостей особистості (провідні типологічні характеристики темпераменту, психодинамічні особливості особистості, особливості акцентуйованих рис особистості, рівень суб'єктивного контролю), дискримінаційні моделі.

ANNOTATION

Al-Omary Ala'a Osama Ahmad. Features of the occurrence and course of eczema: somatotypological and psychological aspects. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the degree Doctor of Philosophy in the field of knowledge 22 “Health Care” in specialty 222 “Medicine”. – National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya Ministry of Health of Ukraine, Vinnytsia, 2023.

The dissertation presents a solution to a scientific and practical problem, which consists in establishing differences in anthropo-somatotypological indicators and indicators of personality characteristics between healthy and patients with true and microbial eczema of a mild or severe course in Ukrainian men, discrepancies in these indicators between patients with various forms of eczema, and also, the construction of discriminating models of the possibility of occurrence and features of the course of eczema depending on the features of the constitutional parameters of the body.

For the first time, between the control group and patients with true and micro-

bial eczema of a mild or severe course by Ukrainian men, numerous reliable or trends of differences in constitutional signs were established, which contributes to the accurate assessment not only of the existing level of adaptation of the organism, but also to the prediction of its quantitative and qualitative characteristics in the future. Thus, for most groups of sick men, the following values were found: larger values of mass (by 12.2-15.6 %) and body surface area (by 4.8-7.3 %); height of suprasternal (by 1.7-2.6 %), acromial (by 1.6 % and 2.3 %) and digital (by 3.0-5.9 %) anthropometric points; mid-thoracic (by 3.1-14.4 %), transverse lower-thoracic (by 8.6-14.1 %) and anterior-posterior mid-thoracic (by 10.2-16.6 %) trunk diameters; interspinous (by 8.3-11.6 %), intercrystal (by 8.7-12.5 %) and intertrochanteric (by 7.7-10.5 %) distances; the width of the distal epiphysis of the shoulder and thigh (by 3.0-7.6 %); almost all girth sizes of the body (by 4.2-16.7 %); skinfolds thicknesses on the side (by 33.7-41.6 %); mesomorphic component of the somatotype (by 18.4-22.1 %); frequency of occurrence of mesomorphic somatotype (by 33.3-34.1 %); values of the muscle component of body weight (by 16.2-22.2 %); smaller values – height of pubic (by 3.1-5.7 %) and acetabular (by 4.9-7.5 %) anthropometric points; shoulder width (by 15.3-21.1 %); the width of the distal epiphyses of the forearm and lower leg (by 2.8-3.1 %); the thickness of skin-fat folds on the limbs and on the chest (by 33.7-41.6 %); ectomorphic component of the somatotype (by 32.4-38.8 %). This made it possible to establish a subpathological constitutional type between healthy and eczematous men, which is characterized by an elongated "cylindrical" trunk, shortened lower limbs, as well as more massive distal and less massive proximal epiphyses of the upper and lower limbs.

For the first time, between Ukrainian men patients with true and microbial eczema of a mild or severe course, established reliable or trends of differences (a much smaller number) of anthro-somatotypological indicators: between patients with true and microbial eczema of a mild course, lower values in patients with microbial eczema for body length (on 1.2 %), the height of the pubic and acetabular anthropometric points (by 1.7 % and 1.8 %) and the frequency of occurrence of the average intermediate somatotype (by 85.6 %); lower values in patients with true eczema of

the skinfolds thicknesses on the back surface of the shoulder, on the side and on the thigh (by 24.5 %, 20.6 % and 17.2 %) and the value of the endomorphic component of the somatotype (by 19.3 %); between patients with mild and severe eczema, shoulder width (by 4.8 %) and neck girth (by 5.4 %) were higher in patients with a severe course. The established variability of morphometric parameters allows determining the nature and degree of tension of regulatory mechanisms and assessing the degree of influence of physical development on the degree of manifestation of dermatosis.

For the first time, on the basis of anthropometric parameters, reliable discriminating models were developed, which allow to predict only the possibility of the occurrence and form of eczema in men with a high probability (Wilks' Lambda statistic= from 0.074 to 0.088). The constructed discriminant equations in all groups of men (when dividing patients into true eczema of a mild and severe course and microbial eczema of a mild and severe course; when dividing patients into only true and microbial eczema; when dividing patients into only mild or severe eczema) the skinfolds thicknesses (respectively 62.5 %, 57.1 % and 71.4 %) and body diameters (respectively 37.5 %, 42.9 % and 28.6 %) are often included. Shoulder width makes the largest contribution to discrimination in all groups.

For the first time, in the course of a psychological study, in patients with true eczema with a mild or severe course compared to the control group, a predominance of persons with a low level of neuroticism (by 51.5 % and 16.8 %), with a potentially high level of neuroticism (by 15.9 % in patients with a severe course) was established, with a low level of situational (by 13.9 % in patients with a mild course) and personal anxiety (by 18.7 % in patients with a severe course), with the presence of character accentuation of the hyperthymic type (by 45.5 % in patients with a severe course), greater than the value of the indicator of the scale of general internality of the level of subjective control (by 16.9 % in men with a mild course), the level of subjective control in the field of achievements (by 16.1 % and 13.8 %) and educational (professional) relations (by 24.4 % in patients with a mild course) and a smaller share of people with a potentially low level of neuroticism (by 27.9 % in patients with a mild course), with a high level of situational (correspondingly by 20.7 % in pa-

tients with a mild course) and personal anxiety (by 18.3 % in patients with a severe course), with the presence of accentuation of the character according to the demonstrative type (by 6.3 % in patients with a mild course). In patients with microbial eczema with a mild or severe course compared to the control group, a predominance of individuals with a low level of neuroticism (by 31.9 % and 29.0 %, respectively) and situational anxiety (by 25.1 % in patients with a severe course) and a smaller proportion of individuals with potential extraversion was established (by 42.7 % in patients with a severe course), with a moderate level of situational anxiety (corresponding to 33.2 % in patients with a severe course); the level of subjective control in the field of failures (by 15.1 % and 20.1 %) and interpersonal relations (by 11.1 % and 27.7 %). The application of the complex research principle made it possible to carry out a multifaceted assessment of the psychological state of the personality of patients with eczema and to determine the possibilities of its optimal correction.

The variability of psychological signs is determined by a number of regularities and is subject to the laws of heredity and the unity of the organism and the environment. One way or another, it is possible to successfully manage the psychophysiological qualities of a person for the benefit of health only if the expected regularities are proven. For the first time, in patients with true eczema with a severe course, compared to patients with a mild course, a predominance of persons with a potentially low level of neuroticism (by 49.3 %), with the presence of accentuation of the character according to the hyperthymic type (by 39.6 %) and a smaller proportion of persons with a low level of neuroticism (by 34.7 %), with a high level of personal anxiety (by 18.8 %), with a significantly higher level of subjective control in the field of educational (professional) relations (by 17.4 %). In patients with microbial eczema with a severe course compared to patients with a mild course, a predominance of persons with ambiversion (by 37.6 %), with a high level of situational anxiety (by 22.7 %) and a smaller share of persons with potential extroversion (by 46.4 %), with a moderate level of situational anxiety (by 38.6 %), with a significantly higher level of subjective control in the field of interpersonal relations (by 18.7 %).

For the first time, in patients with true eczema with a mild course compared to

patients with microbial eczema with a similar course, a predominance of people with introversion was established (by 12.5 %), with a significantly higher level of the indicator of the scale of general internality, the level of subjective control, subjective control in the field of failures and educational (professional) relations (20.7 %, 15.1 % and 65.0 %, respectively). In patients with true eczema with a severe course compared to patients with microbial eczema with a similar course, a predominance of people with potential extroversion (by 38.9 %), with a potentially low level of neuroticism (by 35.6 %), with a moderate level of situational anxiety (by 43.3 %) was established. with the presence of hyperthymic character accentuation (by 43.3 %), with a significantly higher level of subjective control in the field of interpersonal relations (by 25.7 %).

Summing up the entire work, it should be emphasized that the results of the study of the psychological characteristics of patients with eczema must be carried out in conjunction with anthropometric studies, which will allow effective screening of persons prone to the disease and predict its occurrence. Assessment of the psychological features of eczema patients along with the morphometric properties of their body will help to create systemic portraits of patients with different constitutional types.

Key words: skin diseases (eczema), patients with eczema and healthy men, anthropometry (total, longitudinal, transverse and circumferential body dimensions, skinfold thickness), somatotype components, component composition of body weight, personality traits (leading typological temperament characteristics, psychodynamic personality traits, features of accentuated personality traits, level of subjective control), discriminant models.

Список публікацій здобувача, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Dmytrenko, S. V., Ahmad Al-Omary Ala'a Osama, Dzevulska, I. V., Skoruk, R. V., & Gunas, I. V. (2020). Features of longitudinal and transverse body sizes in men with various forms of eczema. *Reports of Morphology*, 26(4), 16-21.

2. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Dmytrenko, S. V., Chaika, V. H., Isakova, N. M., & Gunas, I. V. (2021). Skinfold thickness in men with various forms of

eczema. *World of Medicine and Biology*, 3(77), 11-15.

3. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad (2021). Indicators of the level of subjective control in men with various forms of eczema. *Reports of Morphology*, 27(3), 29-34.

4. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Stepanenko, R. L., Mateshuk-Vatseba, L. R., Kizina, I. E., & Rekun, T. O. (2021). Leading typological characteristics of temperament and psychodynamic features of personality in men with various forms of eczema. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(3), 493-497.

5. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad (2021). Indicators of severity and accentuated personality traits in men with various forms of eczema. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(4), 559-562.

6. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Vadzyuk, S. N., Shkolnikov, V. S., Prokopenko, S. V., & Gunas, I. V. (2022). Discriminant models of possibilities occurrence and features of the course of different forms of eczema in men depending on the characteristics of anthropometric indicators. *Reports of Morphology*, 28(1), 11-16.

7. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad (2019). Constitutional and psychological features of the occurrence and course of eczema in men and women (analysis of scientific literature). *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 23(4), 728-732.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

8. Аль-Омарі, А. О. А. (2022). *Особливості тотальних розмірів тіла у чоловіків хворих на різні форми екземи*. Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Морфогенез та регенерація органів людини та тварин в нормі, при патології та за умов корекції» присвячена 100-річчю з дня народження професора І.О. Жутаєва, Полтава (стор. 18-19). Полтава: ПДМУ.

9. Аль-Омарі Ала'а Осама Ахмад (2022). *Особливості компонентів соматотипу в українських чоловіків хворих на різні форми екземи*. The XXXIII International Scientific and Practical Conference "Trends in the development of science in the modern world", Graz (pp. 197-199). Graz, Austria.

10. Аль-Омарі, А. О. А. (2022). *Особливості показників компонентного складу маси тіла в українських чоловіків хворих на різні форми екземи*. The 8th International scientific and practical conference “Eurasian scientific discussions”, Barcelona (pp. 51-53). Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

11. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Dmytrenko, S. V., Drachuk, O. P., Yasko, V. V., & Gunas, I. V. (2020). Features of the girth sizes of the body in men with various forms of eczema. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (39), 51-56.

12. Аль-Омарі Ала'а Осама Ахмад, Дмитренко, С. В., & Костенко, М. П. (2021). *Компютерна програма для прогнозування можливості захворювання на екзему «Eczema Test»*. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 110215; заявл. 15.11.2021, № с202108263, опубл. 13.12.2021.

ЗМІСТ

	стор.
АНОТАЦІЯ	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	15
ВСТУП	18
РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	25
1.1. Сучасні аспекти етіології та патогенезу екземи	25
1.2. Психологічний стан пацієнтів хворих на екзему	30
1.3. Значення конституціональних факторів у виникненні мультифакторіальних захворювань шкіри	35
РОЗДІЛ 2 ЗАГАЛЬНА МЕТОДИКА І ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	44
2.1. Загальна методика та суб'єкти дослідження	44
2.1.1. Клінічна характеристика хворих на різні форми екземи.	44
2.2. Методи дослідження	57
2.2.1. Антропометричні та соматотипологічні.	57
2.2.2. Вивчення показників особливостей особистості.	61
2.2.3. Статистичного аналізу.	63
РОЗДІЛ 3 ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ І СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЧОЛОВІКІВ ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ ЕКЗЕМИ	65
3.1. Особливості тотальних і парціальних розмірів тіла	65
3.2. Особливості товщини шкірно-жирових складок	87
3.3. Особливості компонентів соматотипу і показників компонентного складу маси тіла	93
РОЗДІЛ 4 ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ОСОБЛИВОС-	

ТЕЙ ОСОБИСТОСТІ У ЧОЛОВІКІВ ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ ЕКЗЕМИ	99
4.1. Оцінка провідних типологічних характеристик темпера- менту та психодинамічних особливостей особистості	99
4.2. Вираженість і особливості акцентуйованих рис особис- тості	105
4.3. Особливості показників рівня суб'єктивного контролю	114
РОЗДІЛ 5 ДИСКРИМІНАНТНІ МОДЕЛІ МОЖЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ РІЗНИХ ФОРМ ЕКЗЕМИ У ЧОЛОВІКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСО- БЛИВОСТЕЙ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ І СОМАТОТИПО- ЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ	120
АНАЛІЗ Й УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІ- ДЖЕНЬ	128
ВИСНОВКИ	155
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	159
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	162
ДОДАТКИ	183

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

- IE/ЛП – хворі на істинну екзему легкого перебігу;
IE/ТП – хворі на істинну екзему тяжкого перебігу;
ME/ЛП – хворі на мікробну екзему легкого перебігу;
ME/ТП – хворі на мікробну екзему тяжкого перебігу;
ACR – ширина плечей (см);
ATL – висота лобкової антропометричної точки (см);
ATND – висота надгруднинної антропометричної точки (см);
ATP – висота пальцевої антропометричної точки (см);
ATPL – висота акроміальної антропометричної точки (см);
ATV – висота вертлюгової антропометричної точки (см);
AZ_E – показник за шкалою екстраверсії-інтроверсії за Айзенком (бал.);
AZ_L – показник за шкалою нещирості за Айзенком (бал.);
AZ_N – показник за шкалою нейротизму за Айзенком (бал.);
CRIS – міжгребенева відстань (см);
DM – жировий компонент маси тіла (кг);
EPB – ширина дистального епіфіза стегна (см);
EPG – ширина дистального епіфіза гомілки (см);
EPPL – ширина дистального епіфіза плеча (см);
EPPR – ширина дистального епіфіза передпліччя (см);
FX – ендоморфний компонент соматотипу (бал.);
GB – товщина шкірно-жирової складки на боку (мм);
GBD – товщина шкірно-жирової складки на стегні (мм);
GG – товщина шкірно-жирової складки на животі (мм);
GGL – товщина шкірно-жирової складки на гомілці (мм);
GGR – товщина шкірно-жирової складки на грудях (мм);
GL – товщина шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки (мм);

- GPPL – товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча (мм);
- GPR – товщина шкірно-жирової складки на передпліччі (мм);
- GZPL – товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча (мм);
- H – довжина тіла (см);
- LX – ектоморфний компонент соматотипу (бал.);
- MM – м'язовий компонент маси тіла (кг);
- MX – мезоморфний компонент соматотипу (бал.);
- OBVV – обхват стегон (см);
- OBG1 – обхват гомілки у верхній частині (см);
- OBG2 – обхват гомілки у нижній частині (см);
- OBGK1 – обхват грудної клітки на вдиху (см);
- OBGK2 – обхват грудної клітки на видиху (см);
- OBGK3 – обхват грудної клітки у спокійному стані (см);
- OBK – обхват кисті (см); OVB – обхват стегна (см);
- OBPL1 – обхват плеча у напруженому стані (см);
- OBPL2 – обхват плеча у ненапруженому стані (см);
- OBPR1 – обхват передпліччя у верхній частині (см);
- OBPR2 – обхват передпліччя у нижній частині (см);
- OBS – обхват стопи (см);
- OBSH – обхват шиї (см);
- OBT – обхват талії (см);
- OM – кістковий компонент маси тіла (кг);
- PNG – поперечний нижньогрудний діаметр (см);
- PSG – поперечний середньогрудний діаметр (см);
- S – площа поверхні тіла (м²);
- SGK – передньо-задній середньогрудний діаметр (см);
- SH_C – показник акцентуації характеру циклотимного типу за Шмішеком (бал.);
- SH_DM – показник акцентуації характеру демонстративного типу за Шмішеком (бал.);
- SH_DC – показник акцентуації характеру дистимного типу за Шмішеком (бал.);

SH_EK – показник акцентуації характеру екзальтованого типу за Шмішеком (бал.);

SH_EM – показник акцентуації характеру емотивного типу за Шмішеком (бал.);

SH_G – показник акцентуації характеру гіпертимного типу за Шмішеком (бал.);

SH_P – показник акцентуації характеру педантичного типу за Шмішеком (бал.);

SH_T – показник акцентуації характеру тривожного типу за Шмішеком (бал.);

SH_V – показник акцентуації характеру збудливого типу за Шмішеком (бал.);

SH_Z – показник акцентуації характеру застрягаючого типу за Шмішеком (бал.);

SP_LT – показник особистісної тривожності за Спілбергером (бал.);

SP_ST – показник ситуативної (реактивної) тривожності за Спілбергером (бал.);

SPIN – міжостьова відстань (см);

TROCH – міжвертлюгова відстань (см);

USK_1 – показник шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю за Роттером (стени);

USK_2 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень за Роттером (стени);

USK_3 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач за Роттером (стени);

USK_4 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі сімейних відносин за Роттером (стени);

USK_5 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин за Роттером (стени);

USK_6 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин за Роттером (стени);

USK_7 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі здоров'я і хвороби за Роттером (стени);

W – маса тіла (кг).

ВСТУП

Актуальність теми. На сьогодні фокус інтересу наукових медичних досліджень спрямовується не лише на вивчення причин прояву патологічних процесів, але й на механізми резистентності до їх виникнення та розвитку. Важливе місце в оцінці стійкості до факторів ризику займає як вивчення молекулярних, клітинних механізмів протекції, так і морфофункціональних показників організму. Це пов'язано з тим, що антропологічний підхід в медицині рухається від встановлення загальних законів до визначення адаптивного значення фенотипового поліморфізму в популяції [26, 28, 140].

Сучасна інтегративна і персоніфікована медицина вимагає створення стандартів фізичного розвитку різних груп популяції, на які можна було б орієнтуватися при обстеженні конкретного пацієнта [17]. Створення таких стандартів, як одне із найважливіших завдань сучасної антропології, має враховувати різноморідність населення і проводитися з урахуванням конституціональних, статевовікових, етно-територіальних чинників [32]. Реалізація даного напрямку без накопичення великого масиву морфометричних даних неможлива [35].

Наразі зростає інтерес до досліджень, присвячених вивченню індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з різними дерматозами. Актуальними є дослідження особливостей сприйняття пацієнтом свого стану в залежності від захворювання в контексті його систем цінностей, можливостей, планів тощо [73, 98, 128, 159]. Інтенсивний темп життя, збільшення емоційного навантаження потребує значних нервових та інтелектуальних зусиль. Це, так звані, «ножиці», що виникають між природними адаптаційними можливостями людини та умовами її життя, що зумовлює зростання захворюваності на хронічні дерматози, серед яких чільне місце посідає екзема [102].

Дослідження, що проводяться в нашій країні, спрямовані переважно на вивчення впливу психоемоційних чинників при затяжних формах дерматозу, а також на розробку методів психотерапевтичної та фармакологічної корекції да-

них порушень [90, 105, 194]. Закордонні ж колеги переважно трактують екзему з погляду класичної психосоматики. Це дерматоз, в основі якого закладена тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановлюваними змінами і патологічними порушеннями в шкірі і її похідних [16, 90, 104]. Привертає увагу різноспрямоване трактування характеру психосоциальних змін у хворих на екзему. Проте, з якого б ракурсу ми не розглядали дану проблему, важливо пам'ятати, що недооцінка психічного стану пацієнтів може призвести до необгрунтованого призначення лікарських препаратів і процедур. І якщо не враховувати емоційний фактор при шкірних захворюваннях, особливості характеру хворих, то для більшої їх частини терапевтична допомога буде неефективною.

В дерматології, зокрема, за останнє десятиріччя, накопичено позитивний досвід застосування конституціональних параметрів, що є перспективним як для діагностики, так і для прогнозу патології. Так, системне застосування конституційних характеристик в створенні індивідуального підходу в діагностиці на прикладі атопічного дерматиту, піодермії, псоріазу та ін. [11, 19, 20, 146] дозволило говорити не лише про актуальність самої проблеми фенотипового прояву дерматозів, а й застосувати в системному аспекті конституціонального підходу у вирішенні задачі їх прогнозування. Слід визнати, що багато питань, що стосуються описаної вище стратегічної задачі, ще повністю не вирішені. Зокрема, в Україні для екземи практично немає даних про «соматотипологічні і психо-динамічні профілі» дорослого населення в залежності від форми і тяжкості її перебігу, що і стало вагомою підставою для проведення нашого дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Тема дисертації затверджена вченою радою Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова МОЗ України (протокол № 6 від 24 грудня 2020 року). Дослідження виконується в рамках ініціативної наукової тематики кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова “Особливості ви-

никнення і перебігу екземи: соматотипологічні та психологічні аспекти” (№ державної реєстрації: 0121U113157). У її виконанні автору належать результати визначення особливостей антропо-соматотипологічних параметрів і показників особливостей особистості у чоловіків хворих на різні форми екземи.

Мета дослідження. Встановлення особливостей антропометричних, соматотипологічних показників і показників особливостей особистості в українських чоловіків першого зрілого віку хворих на істинну та мікробну екзему легкого або тяжкого перебігу та розробка прогностичних дискримінантних моделей можливості виникнення та особливостей перебігу даного захворювання в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла.

Для реалізації поставленої мети були вирішені наступні основні **завдання:**

1. Встановити відмінності антропо-соматотипологічних показників між практично здоровими та хворими на різні форми екземи українськими чоловіками.

2. Визначити відмінності показників будови та розмірів тіла між хворими на істинну та мікробну екзему легкого або тяжкого перебігу українськими чоловіками.

3. Встановити «субпатологічні» конституціональні типи у чоловіків хворих на різні форми екземи.

4. Розробити та провести аналіз дискримінантних моделей ризику виникнення та особливостей перебігу різних форм екземи в українських чоловіків першого зрілого віку в залежності від антропометричних і соматотипологічних показників.

5. Встановити в українських чоловіків, хворих на істинну та мікробну екзему легкого або тяжкого перебігу, відмінності показників особливостей особистості (на основі психодіагностичних методів) від практично здорових чоловіків.

6. Визначити відмінності показників особливостей особистості між хворими на істинну або мікробну екзему чоловіками за тяжкістю перебігу захворювання.

7. Встановити відмінності показників особливостей особистості між хворими на істинну та мікробну екзему чоловіками з аналогічним перебігом захворювання.

Об'єкт дослідження – конституціональні та психологічні маркери виникнення та перебігу екземи.

Предмет дослідження – особливості антропометричних, соматотипологічних показників і показників особливостей особистості у чоловіків першого зрілого віку, хворих на різні форми екземи.

Методи дослідження: клініко-лабораторні – для верифікації діагнозу екземи; антропометричні та соматотипологічні – для встановлення особливостей будови тіла; психодіагностичні – для встановлення показників особливостей особистості; математичної статистики – для обґрунтування об'єктивності результатів дослідження та прогностичної оцінки ризику виникнення та особливостей перебігу різних форм екземи.

Наукова новизна одержаних результатів. Уперше між практично здоровими та хворими на істинну і мікробну екзему легкого або тяжкого перебігу українськими чоловіками встановлені багаточисельні достовірні або тенденції відмінностей більшості антропометричних показників, мезоморфного й ектоморфного компонентів соматотипу та величини м'язового компоненту маси тіла. Між хворими на різні форми екземи легкого або тяжкого перебігу чоловіками встановлено значно меншу кількість достовірних або тенденцій відмінностей розмірів тіла (лише більшість поздовжніх розмірів тіла, ширина плечей, обхват шиї та товщина шкірно-жирових складок на стегні та на боку).

Уперше у хворих на різні форми екземи легкого та тяжкого перебігу українських чоловіків встановлено «субпатологічний» конституціональний тип, який проявляється витягнутим «циліндроподібним» тулубом, укороченими нижніми кінцівками, а також більш масивними дистальними та менш масивними проксимальними епіфізами верхніх і нижніх кінцівок.

Уперше на основі особливостей антропо-соматотипологічних показників розроблені та проведено аналіз достовірних дискримінантних моделей можли-

вості виникнення та особливостей перебігу екземи в українських чоловіків.

Уперше визначено відсоткові частки осіб із певним типом темпераменту, психодинамічними особливостями особистості, вираженістю акцентуєваних рис особистості та рівнем суб'єктивного контролю серед досліджуваних із різними формами та тяжкістю перебігу екземи українськими чоловіками при порівнянні їх з групою контролю. Між хворими на різні форми екземи легкого або важкого перебігу чоловіками встановлено значно меншу кількість відмінностей за відсотковим розподілом показників особливостей особистості.

Практичне значення одержаних результатів. Встановлений діапазон мінливості морфометричних показників у хворих на істинну та мікробну екзему легкого та важкого перебігу створює передумови для розуміння конституціональних особливостей перебігу та факторів ризику даного дерматозу, що істотно підвищує ефективність впроваджуваних лікувальних і профілактичних програм. Визначення психо-фізіологічних особливостей між хворими на істинну або мікробну екзему легкого або важкого перебігу чоловіками та порівняння даних показників із групою контролю дозволяє розглядати їх в якості важливих критеріїв оцінки мотивації звернення пацієнта до дерматолога та прихильності до лікування, визначити слабкі місця його характеру, передбачати фактори, які здатні викликати декомпенсації або психогенні реакції, що неминуче супроводжуються дезадаптацією.

Показана можливість практичного впровадження отриманих у дисертації результатів при реалізації комп'ютерної програми "Eczema Test", створеної на базі проведеного дискримінантного аналізу. Програма дозволяє наочно та оперативно як в умовах стаціонару, так і амбулаторно за допомогою антропометричних показників оцінити ймовірність виникнення, тип перебігу екземи у чоловіків із різними формами дерматозу, а отже, дати прогноз результативності терапії, розробити заходи первинної і вторинної профілактики при цілісному, персоніфікованому підході до лікування даної патології.

Результати досліджень використовуються в лекційних курсах та практичних заняттях на кафедрах: шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипло-

мної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; дерматології та венерології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця; дерматовенерології Буковинського державного медичного університету; а також в практичній роботі лікарів шкірно-венерологічного відділення військово-медичного клінічного центру Центрального регіону та консультативно-діагностичного відділу КНП «Вінницького обласного клінічного шкірно-венерологічного центру Вінницької обласної ради».

Особистий внесок здобувача. Дисертантом самостійно проведено патентно-інформаційний пошук; оброблені анкети показників особливостей особистості хворих на різні форми екземи чоловіків; проведена статистична обробка отриманих результатів; написані розділи «Огляд літератури», «Загальна методика і основні методи дослідження» та усі розділи власних досліджень; «Практичні рекомендації»; оформлені додатки. Разом із науковим керівником проведено аналіз та узагальнення результатів дослідження, а також сформульовані висновки. Дисертант приймав участь в проведенні клінічних, антропометричних і психо-фізіологічних обстежень хворих на різні форми екземи чоловіків. В опублікованих сумісних із науковим керівником і колегами публікаціях, дисертанту належать основні ідеї та розробки стосовно особливостей антропосоматотипологічних показників і показників особливостей особистості у хворих на різні форми екземи різного ступеня важкості чоловіків. В отриманому свідоцтві про реєстрацію авторського права на твір (№ 110215) дисертанту належать дискримінантні моделі можливості виникнення та особливостей перебігу екземи в залежності від особливостей показників будови та розмірів тіла, на основі яких співробітником науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова Костенком М. П. написана комп'ютерна програма “Eczema Test”. Первинні антропометричні та психо-фізіологічні показники практично здорових українських чоловіків аналогічного хворим віку отримані з банку даних науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційного

дослідження викладені та обговорені на Першому міжнародному конгресі АМВС (Одеса, 2021); Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Морфогенез та регенерація органів людини та тварин в нормі, при патології та за умов корекції» присвяченої 100-річчю з дня народження професора І. О. Жутаєва (Полтава, 2022); the XXXIII International Scientific and Practical Conference “Trends in the development of science in the modern world” (Graz, 2022); the 8th International scientific and practical conference “Eurasian scientific discussions” (Barcelona, 2022); Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Інфекції шкіри, хронічні дерматози та інфекції, що передаються статевим шляхом в період особливої епідеміологічної ситуації, пов’язаною з COVID-19» та майстер-класу «Сучасні можливості диференційної діагностики в дерматоонкології» (Харків, 2022).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано дванадцять наукових праць (серед яких шість самостійних). Сім статей опубліковано в наукових фахових журналах України (серед яких одна відноситься до міжнародної наукометричної бази Web of Science). Одна стаття опублікована в закордонному науковому журналі (Польща). Отримане свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір. Троє тез опубліковано в матеріалах міжнародних науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація представлена українською мовою на 214 сторінках (з яких 122 сторінки залікового машинописного тексту) і складається з анотації, змісту, переліку умовних позначень, символів, одиниць, скорочень і термінів, вступу, огляду літератури, загальної методики й основних методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних літературних джерел, з яких 47 викладені кирилицею і 149 – латиницею, а також трьох додатків. Дисертація ілюстрована 96 рисунками та 20 таблицями.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Сучасні аспекти етіології та патогенезу екземи

На сьогодні проблема екземи набуває все більшої актуальності. У структурі захворюваності на хронічні дерматози вона становить до 40% всіх захворювань шкіри. Захворюваність на даний дерматит спостерігається у всіх вікових групах і часто верифікується як професійне захворювання. Згідно даних епідеміологічних досліджень різні види екземи найбільш часто з усіх дерматозів зустрічаються у практиці дерматовенеролога [155, 190]. Серед осіб працездатного віку захворюваність сягає 10 %, а тимчасова втрата працездатності складає 36% від усіх працевтрат при дерматозах. На частку госпіталізованих з приводу екземи припадає понад 30 % осіб [60].

Не може не насторожувати те, що в останні роки перебіг дерматозу набув тенденцію до більш важкого перебігу з частими рецидивами, значною генералізацією процесу на шкірі та резистентністю до лікування [171, 173].

Хронічний рецидивуючий перебіг екземи, косметичний дефект і свербіж є додатковими чинниками стресу, що зумовлюють психовегетативні розлади і важкість перебігу захворювання. В результаті формується «хибне коло»: стрес – дерматоз – стрес [96, 108, 145]. Слід зазначити, що умови, які визначають наявність екземи, незалежно від ремісії захворювання, є додатковим фактором зниження адаптаційних можливостей організму пацієнта [132].

Складний системний характер екземи зумовлює розгляд великого числа різноманітної клінічної та лабораторної інформації, яка представляється дослідниками з різних наукових шкіл з використанням неоднакових методичних підходів [83]. Почасти наводяться результати досліджень, які суперечать один одному в зв'язку з недооцінкою або, навпаки, переоцінкою безлічі факторів виник-

нення дерматоза [100, 152].

Тим не менш, у хворих на екзему визначаються багаточисленні порушення в епідермісі, дермі та інших системах, жодна з яких ані окремо, ані разом не в змозі пояснити механізм розвитку дерматозу. Ці зміни тісно пов'язані між собою, що ускладнює оцінку реального вкладу кожного з чинників у патогенез дерматозів без їх системного аналізу [119].

В даний час не існує єдиної загально визнаної теорії виникнення екземи. На прояв захворювання впливають множинні середовищні, ендогенні (ендокринні, нейроаллергічні, обмінні) та спадкові чинники. Активне вивчення етіопатогенезу дерматозу із застосуванням сучасних молекулярно-генетичних, клініко-морфологічних методів дослідження визначило ключову роль таких процесів, як проліферація, апоптоз, інвазія, запалення у його формуванні [67, 70].

Вважається, що у виникненні атопічної екземи превалює спадковий компонент. Тому вона часто зустрічається в сім'ях, члени яких страждають на астму. При захворюванні одного з батьків (переважно матері) шанс захворіти на екзему у дитини дорівнює приблизно 40 %, якщо хворіють і батько, і мати – 50-60 %. Однією з важливих проблем сучасної дерматології є індивідуальний підхід до програм діагностики, лікування та профілактики захворювань. Успішність її розв'язання залежить багато в чому від того, наскільки повно, системно будуть описані і соматична, і психічна складові індивідуальності пацієнта [59].

У процесі вивчення знаходяться питання ідентифікації генів, мутації генів цитокінів, які пов'язані з розвитком, клінічними проявами, характером і важкістю справжньої екземи. Визначено, що люди, геном яких містить мутантний варіант гена, що відповідає за синтез білка філагріна, міститься у великих кількостях в поверхневих шарах шкіри, схильні до розвитку екземи. Зазначений білок необхідний для формування захисного шару шкіри [111].

Ірландські науковці також ідентифікували ген, що відповідає за схильність до сухості і лущення шкіри, а також за схильність до прояву та розвитку екземи [186].

Встановлено, що 9 % європейців страждають від лущення і сухості шкіри внаслідок порушення функціонування зазначеного гена. Мутація в гені філаггрін 2282del4 і делеція в генах GSTT і GSTM впливають на клінічні особливості, початок захворювання, ступінь важкості перебігу екземи [189].

У двох третин обстежених дітей, хворих на екзему, було виявлено як мінімум одну мутацію гена, який кодує філаггрін. Проведене в Норвегії дослідження довело зв'язок атопічного дерматиту в анамнезі з розвитком екземи кистей і прояв його у 41 % дітей [189].

Дослідження, проведені у Данії, Великобританії, свідчать про наявність мутацій в гені FLG (2282del4, Я501X, S3247X, Я2447X) у хворих з різними клінічними формами екземи. Аналогічні мутації в гені філаггріна (2282del4, Я501X) були знайдені у пацієнтів в Західному Сибіру [78].

Визначено позитивну асоціацію антигенів системи гістосумісності В22 та СW1 у пацієнтів на істинну екзему. Дане поєднання антигенів встановлено у представників слов'янської раси, що дозволяє вважати ці антигени генетичними маркерами екземи для слов'ян [181].

Тайванські вчені, довели вплив інгібітору серинової протеази SPINK5 і IL13 на формування та прояв істинної екземи (rs6892205 G і rs20541 алелі відповідно) [125].

У прояві істинної екземи визначну роль відіграють різні імунологічні зрушення, дисбаланс в системі циклічних нуклеотидів та простагландинів, позитивна асоціація дерматозу з антигенами гістосумісності Сw1 та В22, що, власне, є генетичними маркерами екземи [15].

Вчені медичного факультету Університету Вашингтона визначили ген, що здатний викликати екзему. Вони вивчали роботу гена GRPR (гастрин-вивільняючий пептидний рецептор). Називається він так через зв'язок з рецептором в спинному мозку, що передає сигнали подразнення (свербіж і біль) із шкіри в головний мозок [178].

Всебічне вивчення патогенезу хронічних дерматозів сформувало новий напрямок – психоімунологічний, основним положенням якого є домінуюча

роль імунологічних і психічних складових у розвитку захворювань шкіри. Ряд вчених рекомендують звертати увагу на роль atopії у хворих на екзему осіб. Кількісний та функціональний стан імунокомпетентних клітин, що беруть участь у запаленні, відображає їх ступінь активації, проліферацію, синтез та експресію про- та протизапальних цитокінів [131].

З'явилися наукові роботи, присвячені розгляду проблеми стресу як одного із найважливіших тригерів у розвитку екземи, а також виявлення функціональних порушень центральної та вегетативної нервової систем. Так, встановлено, що активація імунокомпетентних клітин та послідує за нею фаза патофізіологічного процесу знаходяться під нейровегетативним контролем. У всіх хворих на екзему спостерігається дисбаланс у функціонуванні автономної нервової системи: без atopії переважає змішаний вегетативний тонус, а при поєднанні екземи з atopією – симпатичний тонус, якому притаманний більш важкий торпідний перебіг дерматозу. При переважанні парасимпатичного тону за захворювання перебігає у більш легкій формі [176].

Часто психічні фактори виступають у ролі тригерів рецидиву або дерматозу, і навпаки, екзема сприяє розвитку психоемоційних порушень. Найбільш високий відсоток коморбідності захворювання з депресіями (60–77 %) і тривожними розладами (12–30 %) [105].

Отримано дані, які свідчать про підвищення ерготропної активності вегетативних центрів неспецифічного характеру при екземі, що свідчить за виснаження функціональних резервів організму [184].

F. Catal та співавт. [79] у 68,8 % дітей з поведінковими особливостями та затримкою розвитку виявили atopічну екзему різного ступеня тяжкості. У групі дітей без порушень психічного розвитку лише у 33,3 % досліджуваних відзначався легкий перебіг екземи.

E. Kandelaki та співавт. [113] отримали аналогічні дані. Вчені показали, що у дітей із затримкою розвитку мовлення частіше зустрічається даний дерматоз, ніж у одноліток з поведінковими проблемами. Порушення сну відмічалось у всіх дітей з екземою, що вкрай негативно позначалося на якості їх життя.

S. Kim та співавт. [120] досліджували взаємодію психологічного дистресу та екземи у осіб дитячого і підліткового віку. Встановлено, що середньотяжкий і тяжкий ступінь екземи у дітей та підлітків корелює з депресією, тривогою та соматизацією.

Достеменно відомо, що функціональні зрушення в центральній і вегетативній нервовій системі є фоновими для сенсibiliзації і дистрофічних змін в шкірі. Відповідно до нейрогенної теорії, у хворих висипання поєднуються із свербіжем і розташовуються симетрично, і мають зв'язок із емоційними стресами та психічними травмами. Стосовно первинності нервово-психічних факторів свідчить одночасна наявність у пацієнтів і інших порушень, які мають зв'язок із дією психосоматичних механізмів. Екзему можуть спричинити нервове перенапруження, психічні травми і розлади. Психопатологічні порушення при дерматозі мають тенденцію до соматизації і хронізації, а отже сприяють поважчанню перебігу процесу в шкірі. Так, у осіб, що хворіють на екзему доволі часто спостерігається вегето-судинна дистонія, артеріальна гіпертензія, виразка шлунку або дванадцятипалої кишки, функціональні розлади ШКТ. Спостерігається покращення самопочуття і позитивна динаміка після призначення заспокійливих, електросну, гіпнотерапії тощо [193].

Порушення з боку нервової системи мають прояв у вегетативному дисбалансі (коли переважає активність парасимпатичної системи), підвищенні чутливості рецепторів шкіри і розвитку нейрогенної запальної реакції. У пацієнтів в дермі спостерігається стабільне підвищення рівня ацетилхоліну, що проявляється як червоний дермографізм. Пошкодження периферичних нервів, трофічні порушення і дисіннервація можуть зумовити розвиток екземи у досліджуваних з генетичною схильністю [147].

Отже, можна вважати, що патологія шкіри і патологія психіки спричинені спільними особливостями реактивності організму. Так, наприклад, встановлено, що при алергічних реакціях сповільненого типу і при депресивних розладах спостерігаються аналогічні імунні порушення. Даний зв'язок пояснюється пос-

тійною взаємодією між імунною і нервовою системами, що забезпечується гормонами і нейропептидами, з одного боку, та цитокінами з другого [58].

1.2. Психологічний стан пацієнтів хворих на екзему

Фактично, нещодавні дослідження показали, що зв'язок між екземою та психічними розладами може бути взаємним [66, 80]. Психічні розлади можуть викликати, індукувати або загострювати фізичні симптоми через зниження толерантності до свербіжжю, болю та спотворення та нижча прихильністю до лікування [69]. Це, в свою чергу, зумовлює такі несприятливі наслідки, як порушення освіти та кар'єри, а також підвищений ризик суїциду у хворюючих [86, 126]. Дерматоз може опосередковано викликати психічні розлади через дисфункціональні соціальні стосунки [69, 84]. Розлади сну, спричинені сверблячкою, можуть додатково посилити вплив захворювання на психічне здоров'я пацієнтів [169].

В останнє десятиріччя відмічається зростаючий дослідницький інтерес до проблеми вивчення індивідуально-психологічних особливостей хворих на екзему. Оскільки загострення дерматозу можуть бути спровоковані психогенними факторами, його можна віднести до класичних психосоматозів. Шкіра розглядається з позиції високочутливого до стресорного впливу органу, завдяки поєднанню конституціональної, генетичної, індивідуальної схильності та психоемоційного впливу. У більшості хворих на екзему, незалежно від статі і клінічних проявів дерматозу, спостерігаються високі показники психоемоційних порушень, домінують психастенічні і депресивні стани на фоні порушення соціальної адаптації [61, 71, 82].

З фізичної точки зору будь-який висип екземи може спричинити надзвичайний дискомфорт і іноді може бути дуже болючим. Ті, у кого екзема від середнього до важкого ступеня, повідомляють, що хвороба різко порушує сон, ак-

тивність (включаючи роботу, школу та спорт), а також впливає на рівень продуктивності в повсякденному житті. Відомо, що хворобу викликає кілька емоційних симптомів, зокрема: низька самооцінка (через появу висипу на шкірі), втрата сну (через нічний свербіж, можливо, через депресію або поєднання обох), розчарування (оскільки простого негайного лікування немає), дратівливість, тривога та стрес (які є тригерами для спалахів, а також емоційних реакцій на екзему), депресія (яка особливо пов'язана з дерматитом) [71, 82].

Загалом, за даними Американської остеопатичної асоціації, екзема вважається «емоційно виснажливою». Згідно з опитуванням, проведеним Національною асоціацією у понад 30 % пацієнтів з атопічним дерматитом діагностували або депресію, або тривогу, або обидва стани. Причина цього явища до кінця не з'ясована, але медичні експерти вважають, що це може бути зв'язком між тим, як тіло спілкується з мозком під час запальної реакції [168].

Постійна напруга, напруженість і психоемоційний стрес, безумовно, є предикторами, що запускають і забезпечують перебіг патологічного процесу при екземі [167]. Пацієнти часто характеризуються вираженою пасивністю. Їм важко дається самоствердження. Поява захворювання часто асоційоване з конфліктними партнерськими відносинами. При цьому за сферою поширення екземи слід розрізняти дві групи хворих: при лише зовні інтактних діадних відносинах екзема поширюється в ділянки суглобів, обличчя та голову; при явно напружених діадних відносинах спостерігається поширення в ділянки грудної клітини, стегон і плечей [62].

Cheng H. і співавт. [83] встановлено, що емоційно стабільні люди мали меншу ймовірність виникнення екземи, у людей із сенситивністю та відкритістю – дерматоз проявлявся частіше [15].

Клінічно через екзему або подряпини пацієнти з АД часто відчують занепокоєння, що було підтверджено низкою досліджень [81, 172, 188]. Ступінь тривоги залежить від локалізації шкірних висипань при екземі. Так, у пацієнтів з переважним ураженням шкіри обличчя відмічається середній та вище середнього рівень тривоги та депресії. Головною причиною зазначених психічних

порушень було те, що обличчя, кисті рук та шиї легше побачити іншим. Коли у цього пацієнта є шрами на обличчі або шиї, він часто відчуває збентеження, тривогу і навіть сором. Для хворих екзема викликає менше занепокоєння, коли вона з'являється на невідкритих частинах тіла, порівняно з тим, коли вона з'являється на голові та шиї, оскільки інші ділянки тіла можуть бути покриті одягом або аксесуарами. Хоча подряпини на невідкритих частинах також можуть викликати у пацієнта дискомфорт, вони не призводять до важкої депресії чи більш поширеної екземи [109, 174].

Асоціації між екземою і психічними захворюваннями добре встановлені. Часто шкірне захворювання передує діагностиці психічного захворювання. Негативний емоційний вплив симптомів може тривати багато років, навіть після того, як фізичні симптоми зникнуть [162].

Для хворих на екзему характерні явища психологічної дезадаптації, зниження суб'єктивного рівня самопочуття і якості життя, а також напруга захисних психологічних механізмів витіснення і заперечення [97, 185].

Yochai Schonmann з колегами [162] порівнювали психічний стан у 526808 хворих на atopічну екзему і у 2569030 осіб із групи контролю. Дорослі з atopічною екземою були більш схильні до розвитку нової депресії та тривоги. Для депресії спостерігали залежність її вираженості від тяжкості дерматозу.

Saana Kauppi і співавт. [117] у фінській загальнонаціональній когорті для порівняння брали групу пацієнтів з діагнозом меланоцитарний невус. Кожен досліджуваний психічний розлад був більш поширеним у пацієнтів з atopічним дерматитом, ніж у контрольній групі. Принаймні один психіатричний діагноз встановлено у 17,2 % хворих на екзему порівняно із 13,1 % контрольної групи.

M. A. Strom і співавт. [175] у дітей з atopічною екземою відмітили синдром дефіциту уваги.

Стає все більш очевидним, що успіх лікування екземи залежить від розуміння психологічного впливу дерматоза на пацієнта. У даних пацієнтів відмічаються успадковані порушення в діяльності центральної нервової системи та

дисбаланс активності симпатичної та парасимпатичної вегетативної нервової системи. При клініко-лабораторному обстеженні у хворих на істинну хронічну екзему виявляються три типи вегетативного тону: змішаний, парасимпатичний і симпатичний. Симпатичний тип вихідного вегетативного тону спостерігається у випадку важкого перебігу екземи, а при парасимпатичному – найчастіше відмічається легкий перебіг дерматоза [182].

Попри те, що екзема належить до мультифакторіальних захворювань, виявлені в результаті дослідження Silverberg J. I. та Simpson E. L. [173] показники демонструють значні відмінності в вираженості певних компонентів особистості у пацієнтів з екземою порівняно із здоровими досліджуваними. Хворим на екзему властивий ергопатичний тип ставлення до хвороби. За результатами опитувальника для визначення рівня агресії у хворих на даний дерматоз спостерігається більш високий рівень ворожості як когнітивного компонента агресії, що містить в собі підозрілість і образливість.

За результатами методики «Міні-мульт» хворі на екзему демонструють найвищі значення за шкалами істерії, депресії, шизоїдності та психопатії. Високі показники за третьою і четвертою шкалах Гіссенського особистісного тесту свідчать за старанність, педантичність, правдивість до фанатичності, схильність характеризувати себе як замкнутих, недовірливих, відсторонених від інших людей [96].

Затяжний, хронічний перебіг екземи негативно позначається на якості життя пацієнтів, що супроводжується психоемоційною перенапругою, порушенням сну, пам'яті, настрою, тривожністю, дратівливістю, труднощами у спілкуванні. Деякі автори вважають, що ступінь виразності психічних порушень може корелювати з тяжкістю захворювання [157, 192].

Цікаво, що ступінь вираженості психічних порушень при екземі корелює не тільки зі ступенем тяжкості і поширеністю запального процесу, але і частотою рецидивів і його локалізацією. Зниження якості життя у пацієнтів зумовлене не в першу чергу не клінічними проявами дерматозів, а психічними порушеннями, що розвиваються при наявності шкірної патології. Не було встановлено

різних психоемоційних розладів у осіб з atopічною та неatopічною екземою, але спостерігалися значні негативні зміни в психоемоційному статусі, що виражалися в зниженні настрою, активності, порушенні сну, що потребують медикаментозної корекції [112].

Близько 93 % осіб з екземою мають психосоматичні розлади, які являють собою тривожні та астено-тривожні варіанти депресії, причому ступінь виразності психоемоційних розладів корелює з тяжкістю і тривалістю перебігу екземи. Психоемоційні розлади формуються при взаємодії таких чинників, як спадкова схильність, стресорний вплив навколишнього середовища, тривалий негативний вплив дерматозу на психоемоційну сферу [131].

Теорією сприйняття лікування або ставлення пацієнта до хвороби пояснюється зв'язок між психічним стресом та загостренням екземи. Психологічний стрес впливає на дотримання хворим призначеної терапії, що стає причиною послаблення контролю над дерматозом. Значне відхилення у виконанні лікарських призначень значною частиною пацієнтів пояснюється їх низькою готовністю до співпраці. Так, найвищий відсоток реалістичного ставлення до своєї хвороби встановлено у хворих на хронічну мікробну екзему. Майже 40 % пацієнтам властива висока ймовірність повного виконання лікувально-діагностичних процедур незалежно від типу професійної діяльності. Вища ймовірність «втечі від хвороби до роботи» була відмічена у одружених пацієнтів з фізичним характером праці. Третина хворих на хронічну справжню екзему готова до ефективної співпраці з медперсоналом, незалежно від сімейного статусу та характеру праці [160].

Таким чином, аналіз даних літератури дозволяє зробити висновок про різноспрямоване трактування характеру психоособистісних змін у хворих на екзему. Недооцінка психічного стану пацієнтів призводить до витрат лікарської діяльності. Якщо не враховувати емоційний фактор при шкірних захворюваннях, то у половини пацієнтів терапевтична допомога неефективна.

1.3. Значення конституціональних факторів у виникненні мультифакторіальних захворювань шкіри

Перспективним і новим у обговоренні проблеми доклінічної та ранньої діагностики дерматологічних захворювань є сприйняття конституції як поєднання генетичних маркерів. Конституційні ознаки задовольняють їх оцінку за рядом критеріїв, зокрема, мають функцію прогнозування. Структура конституції являє собою таку систему, що її окремий знак здатний відобразити стан реактивності та процесів росту, загальний для певного типу конституції. Частина інтегрована цілим і повинна відобразити властивості цього цілого. Пошук проявів спадкової тенденції до шкірних захворювань суттєво сприяє використанню генетичних маркерів як ознак, що мають спадкове наслідування, стійких в процесі онтогенезу, пов'язаних з окремими станами організму в нормі і при патології [65].

Генетичні маркери як складові конституції людини дають можливість оцінити норму реакції на вплив зовнішніх або внутрішніх чинників. Вони є частиною приватних конституцій – дерматогічних, соматичних, психодинамічних, серологічних і хромосомних. Як частина цілісної конституції між окремими генетичними маркерами існують зв'язки, що говорить про існування маркерної системи особливостей. При вивченні зв'язку генетичних маркерів значущим для дослідження станами, може проявлятися лише один із системоформуючих генетичних маркерів. Проте за ним слід судити про маркерну систему в цілому [64].

Наразі активно розвивається медична дерматогліфіка, особливо такі її напрямки, як конституціональна дерматогліфіка і роль показників шкірного рельєфу в якості маркера різних захворювань. Зазначені маркери мають переваги перед іншими типами маркерів, оскільки визначаються чіткими кількісними і якісними методами, представлені декількома ознаками, кожна з яких має діагностичне значення; вони добре доступні для дослідження, не змінюються з ві-

ком і при зміні пропорцій тіла. Показники дерматогліфічних візерунків все частіше застосовуються в якості маркерів схильності до захворювань шкіри [177].

Між шкірою та структурами нервової системи в період онтогенезу наявний морфологічний зв'язок. Він надалі проявляється, як паралельний розвиток характеристик дерматогліфічного візерунку та структури нервових закінчень на пальцях. Нервова система та шкіра у процесі ембріогенезу утворюються з ектодерми. Формується зв'язок опорнорухового апарату, внутрішніх органів з нервовою системою, а через неї – шляхом органогенезу зі шкірою, тобто вrostання нервової системи в органи [122].

Для оцінки генетичних факторів захворювання за допомогою кількісного дерматогліфічного аналізу науковцями з Хорватії було проведено дослідження 70 пацієнтів чоловічої статі з псоріазом. Були виявлені статистично значущі відмінності порівняно із контрольною групою за шістнадцятьма змінними: кількість гребінців була збільшена на першому, другому, третьому, четвертому та п'ятому пальці з обох сторін, а також більшою була їх сума на кожній та обох долонях. Кут atd обох долонь був зменшений. Все це свідчить за полігенне успадкування даного дерматозу [89].

S. H. Deshpande та співавт. [91] довели значущість вивчення долонних дерматогліфічних параметрів при екземі у віковій групі 20–50 років і можливість їх використання для скринінгу. У досліджуваних осіб встановлено суттєве підвищення кількості ліктьових петель у хворих на екзему.

Дослідження Vatsala A. R. та ін. [187] також визначили, що ліктьова петля у досліджуваній групі зустрічається найчастіше. Радіальні ж петлі найменш поширені візерунок у чоловіків, а арки – у жінок, хворих на екзему.

Вітчизняними вченими вивчено дерматогліфічні ознаки іхтіозу. У чоловіків групи контролю встановлено низьку інтенсивність гребінчастого рахунку I і V пальців кисті, високі значення кутів ctd на обох руках і кута atb на лівій руці, а також малі значення індексу Каммінса правої кисті та сегмента $c-t$ у порівнянні з чоловіками з іхтіозом. Жінкам з іхтіозом притаманні низька інтенсивність гребінця IV пальця правої кисті, малі значення гребінця $a-b$ на обох руках,

b-c – на правій та c-d – на лівій кисті, а також малі значення сегмента c-t порівняно з практично здоровими жінками [95].

Дерматогліфічний малюнок хворих на atopічний дерматит, на думку Гари А. В. і співавт. [46, 103], характеризується простотою пальцевих візерунків з переважанням дуг і хаотичних візерунків, насиченістю малюнка долоні, у зв'язку з чим з'являються додаткові осьові трирадіуси, а кути отримують більш високі значення порівняно зі здоровими особами, спостерігається дисгармонія насиченості сосочкових пальців (низька кількість гребінців) і долонь (високі значення комбарахунків).

У пацієнтів з вітіліго чоловічої статі відмічено підвищений загальний відсоток петель, кількість ліктьових петель та гребінцевого рахунку на правій долоні, правій гіпотенарній, тенарній та міжпальцевих ділянках. У чоловіків встановлено зниження загальної кількості радіальних петель, завитків, дуг, кількості пальцевих гребінців. У жінок було збільшення кількості дуг, валиків a-b, а також зменшена кількість петель загалом, ліктьових і радіальних петель, завитків, загальної кількості пальцевих валиків. В обох статей кут atd був збільшений [114].

Prachi V. Gole та співавт. [106] у пацієнтів з вітіліго виявили більшу частоту завитків порівняно із групою контролю. У досліджуваних, які мають більше ніж два завитки значно вищий ризик генералізації захворювання. У дослідженні Tabhane M. K. та ін. [179] пацієнти з вітіліго демонстрували збільшення відсотка завитків на першому та другому пальцях у обох статей. А. М. Karnul та ін. [116] повідомили, що кут ATD у чоловіків на обох руках, а у жінок – на правій руці суттєво менший порівняно із здоровими особами.

Проведений молекулярно-генетичний аналіз показав, що найбільш часто зустрічається мутація гена FLG2282del4, частота якої в європейських популяціях у пацієнтів з atopічним дерматитом коливається від 17 до 50 %. У досліджуваній групі наявна мутація у гетерозиготному стані в 15,7 % випадках. У групі порівняння частота даної мутації складає 3,9 %. У популяціях Африки та серед пацієнтів африканського походження мутації FLG, поширені у європейських па-

цієнтів, зустрічаються рідко [75].

Популяційні дослідженнями доведено, що захворюваність на псоріаз вище серед родичів хворих першого та другого ступеня спорідненості, ніж у решти населення. Ризик дерматозу серед монозиготних близнюків у 2–3 рази вищий порівняно із дизиготними. Псоріаз не передається за менделівським типом, проте відмічається сімейна схильність [50].

Генетичними дослідженнями встановлено, що алель HLA-Cw6 гена HLA-C пояснює успадкованість псоріазу. Ідентифіковано понад 15 різних локусів сприйнятливості до псоріазу (PSORS) в результаті генетичного аналізу сімей, хворих на псоріаз [141].

Встановлено, що у європейській популяції загальна успадкованість вітіліго сягає майже 40 %, серед близнюків – 75–84 % [156, 196]. У інших популяціях частота даного дерматозу серед близнюків була в межах від 50–80 % [196].

У науковій літературі представлені результати стосовно антропосоматотипологічних особливостей такого дерматологічного захворювань як псоріаз.

Так, в результаті дослідження були отримані наступні результати: для чоловіків, які страждають псоріазом, характерна приналежність до MeMaC і MaC типу тіла, на тлі високого показника вираженості жирової маси тіла, показника вираженості кісткової маси «вище середнього» і великої довжини кінцівок по відношенню до довжини тулуба [40].

J. M. Carrascosa і колегами [76] було виявлено, що поширеність ожиріння значно вища серед хворих на псоріаз, ніж у загальній популяції Іспанії. У багатofакторному аналізі збільшення індексу маси тіла на 5 одиниць, подібне до зміни категорії індексу маси тіла від нормальної ваги до надмірної ваги та від надмірної ваги до ожиріння, було пов'язане з підвищенням ризику припинення терапії через недостатню ефективність і з ризиком побічної дії обидвох препаратів, що використовувалися незалежно один від одного.

Необтяжений спадковий анамнез рідше спостерігали у хворих на псоріаз

з ендоморфним соматотипом, сприятливий алергоанамнез частіше виявляється у хворих-ектоморфів, ніж у ендоморфів та мезоморфів [34].

Більш важкий перебіг, що оцінюється за індексом PASI, спостерігається у хворих з ендоморфним соматотипом, ніж у мезоморфів та екторморфів. Незважаючи на те, що у мезоморфів частіше відмічається легкий перебіг псоріазу, у екторморфів загострення 2 рази на рік і перманентний перебіг псоріазу зустрічаються набагато рідше [27].

І. М. Макаруч і співавт. [20, 22–24, 107] вивчала антропосоматотипологічні особливості хворих на вугрову хворобу юнаків та дівчат Поділля. Були встановлені достовірні відмінності значень товщини шкірно-жирових складок, жирового, м'язового і кісткового компонентів соматотипа, ендоморфного і мезоморфного компонентів, поперечного нижньогрудинного розміру і ширини плечей між здоровими та хворими досліджуваними.

О. У. Маїєвські та співавт. [134] встановлено, що серед пацієнтів з акне значно більший відсоток мезоморфів, енто-мезоморфів та менший відсоток екто-мезоморфів. Серед хворих дівчат визначали більшу частину мезоморфів і меншу – ендоморфів. У обох статей досліджуваних істотних відмінностей розподілу соматотипу у групах з різним ступенем тяжкості не було.

А. В. Гарю [11] у хворих на обмежений атопічний дерматит хлопчиків і дівчаток Поділля, а також еритематозно-сквамозну й ліхеноїдну встановлено менші значення ендоморфного компоненту соматотипу та жирового й кісткового компонентів маси тіла порівняно із здоровими дітьми.

У хворих на гостру та хронічну піодермію встановлено: у чоловіків – більші значення товщини шкірно-жирових складок, енто- та мезоморфних компонентів соматотипу та жирової складової маси тіла; у жінок – більші загальні, поперечні, обхватні розміри тіла, ширина дистальних епіфізів довгих кісток кінцівок і мезоморфного соматотипного компонента, м'язово-кістковий компонент маси тіла та менші значення екторморфного соматотипічного компонента порівняно із досліджуваними групи контролю [137].

А. R. Khasawneh і колегами [118] у хворих на себорейний дерматит різно-

го ступеня тяжкості порівняно з практично здоровими чоловіками встановлено більш високі значення м'язової складової маси тіла та менші значення жирової складової маси тіла. У хворих різного ступеня тяжкості жінок порівняно з практично здоровими жінками виявлено більш високі значення мезоморфного компонента соматотипу, м'язового і кісткового компонента маси тіла та нижчі значення жирового компонента тіла.

Стосовно конституційних особливостей екземи є лише поодинокі літературні дані. Встановлено, що серед пацієнтів з даним дерматозом домінують у чоловіків – екторморфи, а у жінок – екторморфи і ендоморфи. Експерти в галузі інтегративної антропології визнають, що мультифакторіальний дерматоз це не просто захворювання, а стан шкіри з численними різними генетичними механізмами та факторами навколишнього середовища, які можуть впливати на його частоту у різних типах шкіри. Більшість дерматозів є гетерогенним захворюванням, які мають відмінності між різними етнічними та расовими групами, що може бути важливим для розробки майбутніх цільових методів лікування та підходів до персоналізованої медицини [38].

Дослідження в США показало, що особи із чорною шкірою та мешканці Азіатсько-Тихоокеанських островів частіше звертаються з приводу atopічного дерматиту, ніж із білою. Вищі загальні показники дерматиту були виявлені в Африці та Океанії на відміну від Індії та Північної й Східної Європи. У Сполучених Штатах було встановлено, що поширеність захворювання вища серед афроамериканців (19,3 %) порівняно з європеїдами (16,1 %) [88, 148, 161].

Антигени родини груп крові АВО відомі давно. Гени, які визначають фенотипи А і В хромосоми 9, виражені менделівським кодомінантним способом. Крім еритроцитів антигени А, В, Н(О) були експресовані на поверхні епітеліальних клітин, включаючи клітини шкіри. На шкірі ці антигени експресуються в *stratum corneum*, *stratum granulosum* і *stratum spinosum*. Серед хворих на кропив'янку найчастіше спостерігалася група крові В і дещо рідше – О-група. Група крові А визначалась значно рідше [142].

Дослідження Terzi E. та ін. [183] показало значний зв'язок груп крові АВ і

О з вульгарними вуграми.

За резус-фактором у хворих на хронічній спонтанній кропив'янці зустрічалась підвищена частота Rh (-) і знижена частота Rh (+) порівняно із контрольною групою [151].

Parvaiz A. Rather і колеги [154] провели дослідження стосовно пошуку зв'язку між різними групами крові АВО та псоріазом, вітіліго, гніздовою алопецією та *remphigus vulgaris*. Ці захворювання були обрані через їх відому спадкову схильність і HLA-зчеплення. Частота АВО і резус група крові змінюються від однієї популяції до іншої, а відповідальні гени розподілені по-різному серед різних груп населення. Порівняли результати в групі дослідження з контрольною групою, яка складалася за АВО групою крові передбачуваної відповідності за віком і статтю пацієнтів, що звернулися за консультацією в аналогічний період прояву дерматозів. У пацієнтів з псоріазом найпоширенішою була група крові О, у хворих на вітіліго – група крові В. При гніздовій алопеції група крові В була найпоширенішою, а у хворих на пухирчатку група крові О і В були однаково поширені.

У популяції Данії групи крові В і АВ показали тенденцію до вищої частоти серед пацієнтів з атопічним дерматитом, що співпадає із попередніми дослідженнями в інших популяціях [123].

Темперамент – індивідуальна властивість кожної людини, що відображає її психологічні особливості, що характеризують особистість людини з боку динаміки її психічних процесів, до якої відносяться: сила психічних переживань, швидкість перебігу психічних процесів, ступінь емоційної збудливості, що надає поведінці людини своєрідне емоційне забарвлення. Генетична архітектура темпераменту має складний і багаторівневий характер. Варіабельність властивостей темпераменту є продуктом взаємодії великої кількості генів, а також середовищних факторів [87].

Доведено, що існують зв'язки між дерматозами та рисами особистості. Було відзначено, що екзема має відмінний психологічний та особистісний профіль від інших дерматологічних та атопічних захворювань. Були деякі спроби

пов'язати велику п'ятірку факторів особистості з екземою [143, 180].

Дослідження постійно вказують на високі рівні невротизму, характерні для пацієнтів з екземою, а також темпераменти, які вказують на нижчий рівень емоційної стабільності [180]. Вважається, що екстраверсія негативно пов'язана з екземою [163].

Проблема конституції, генетичних маркерів і погляди на конституцію як на систему маркерів, що спостерігається зараз, приурочені до останнього десятиліття в історії інтегративної біосоціальної антропології у зв'язку із збільшеними вимогами наукового забезпечення охорони здоров'я і спорту. Збереженню людських сил і здоров'я сприяє поглиблене проникнення в таїнства конституції, використання складових її генетичних маркерів для спрямованого відбору тих, кому доступні без небажаних наслідків екстремальні умови діяльності. Запити практики послужили включенню до конституційно значимих показників дерматогліфіки, груп крові тощо [68]. Однак нові підходи корисні і для морфології, в межах якої проблема конституції набула свого «першого дихання». Фактор конституції дозволяє охарактеризувати завод «біологічного годинника» організму. Якщо соматотипова приналежність полегшує оцінку структур тіла з урахуванням термінів статевого дозрівання організмів, форми пальцевих дерматогліфів дозволяють охарактеризувати темпи ростових процесів у другу половину пренатального періоду, а наявність серологічної групи О пояснює високу імунезахищеність організму в період старіння. Так, проблема конституції поширює свою дію на різні галузі сучасної інтегративної біосоціальної антропології [139].

Таким чином, високий ризик психічних розладів у хворих на екзему осіб та відповідні негативні наслідки чітко вказують на те, що для успішного лікування дерматозу потрібен комплексний підхід, включаючи психологічну допомогу, а не лише медичне лікування фізичних симптомів. Наразі відмічається зростання інтересу до інтегративної медицини для лікування в дерматології. Цей підхід спрямований на зцілення людини в цілому, включаючи фізичні, психологічні та соціальні аспекти і може бути важливим ключем до розриву

хібного кола та психічних розладів. В процесі планування лікування пацієнтів з екземою слід наголошувати на процедурі скринінгу для виявлення психічних розладів у поєднанні з чисто медичним дослідженням (дерматоскопія, клініко-лабораторні методи і ін.). Це матиме значні позитивні наслідки для майбутньої практики та досліджень.

Проведений огляд літературних джерел вказує, що до теперішнього часу питання клінічної антропології не вичерпали себе і дослідження в цій галузі не втратили своєї актуальності до теперішнього часу. Разом з тим, при аналізі даних літератури нами практично не виявлено робіт, присвячених дослідженню взаємозв'язку соматотипа, психотипа і особливостей перебігу екземи. Виявлення таких закономірностей дозволило б виявити причини, що зумовлюють особливості фенотипового вияву та особливостей перебігу екземи у осіб різної конституціональної приналежності, що дає можливість індивідуалізувати лікувально-профілактичні заходи, розробити нові критерії діагностики, значно розширити прогностичні можливості. Визначення типологічно однорідних по психотипології груп пацієнтів з екземою допоможуть конкретизувати положення стосовно того, як постійна напруга, напруженість і психоемоційний стрес є предикторами, що запускають і забезпечують перебіг патологічного процесу при екземі.

Результати досліджень, які представлені в даному розділі дисертації, відображені в статті у фаховому науковому журналі України [51].

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА МЕТОДИКА І ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1. Загальна методика та суб'єкти дослідження

У відповідності з метою та задачами дослідження чоловікам першого зрілого віку (22-35 років) з діагнозом істинної (n=34, серед яких 16 із легким перебігом і 18 із тяжким перебігом) та мікробної (n=38, серед яких 28 із легким перебігом і 10 із тяжким перебігом) екземи, що пройшли обстеження на базі Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону та кафедри шкірних і венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, проведено клініко-лабораторне, антропо-соматотипологічне та психологічне обстеження. Усі обстеження були проведені за інформованою згодою.

Контрольну групу складала 82 практично здорових чоловіків аналогічної вікової групи, антропометричні дані та показники особливостей особистості яких були відібрані з банку даних науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

Комітетом з біоетики Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова (протокол № 2 від 20.02.2020 та протокол № 1 від 4.01.2022) встановлено, що проведені дослідження не суперечать основним біоетичним нормам Гельсінської декларації, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (1977), відповідним положенням ВООЗ та законам України.

2.1.1. Клінічна характеристика хворих на різні форми екземи.

Встановлення діагнозу екземи проводили згідно номенклатури МКХ-10 (https://zakononline.com.ua/documents/show/116857_531218).

Оцінка індексу якості життя DLQI (*враховується для оцінки тяжкості пе-*

ребігу екземи) було проведено шляхом анкетування. Дерматологічний індекс якості життя (The Dermatology Life Quality Index – DLQI) застосовується дерматологами для оцінки ступеня негативного впливу дерматологічного захворювання на різні аспекти життя пацієнта, що характеризують якість його життя в цілому. Індекс було розроблено фахівцями Уельського університету (авторські права належать Finlay A. Y. та Khan G. K., 1992). Питання анкети DLQI адресовані безпосередньо пацієнту, тому відповідав на них він сам. DLQI дозволяє проводити оцінку якості життя пацієнтів за останні 4 тижні. Опитувальник складається з 10 питань, які включають оцінку фізичного функціонування, біль, загальне здоров'я, соціальне функціонування, емоційне функціонування, психологічне здоров'я. На кожне запитання можливий лише один варіант відповіді.

Для оцінки ступеня впливу шкірного захворювання на якість життя застосовувалася шкала Likert – чотирьох бальна система з градацією від 0 до 3 балів, де: 0 – ні, 1 – незначним чином, 2 – досить сильно, 3 – дуже сильно. Максимально можлива сума балів – 30, при цьому якість життя пацієнта обернено пропорційно сумі балів. Після проведення шкалювання (переведення необроблених даних до балів) індекс розраховується шляхом підсумовування балів з кожного питання. Результат може змінюватись від 0 до 30 балів. Максимальне значення індексу – 30. Чим ближче показник до максимальної позначки, тим негативніше захворювання позначається на якості життя пацієнта. Отримані результати розцінювалися за шкалою інтерпретації: від 0 до 1 балу – шкірне захворювання не впливає на життя пацієнта; від 2 до 5 балів – незначно впливає; від 6 до 10 балів – помірно впливає; від 11 до 20 балів – дуже сильно впливає; від 21 до 30 балів – надзвичайно сильно впливає.

Клінічний випадок 1. Пацієнт К., 29 років, звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на свербіж, печіння, сухість шкіри обох кистей. DLQI=6 балів. Встановлений діагноз: Істинна екзема, дизгідротична форма, стадія загострення, легкий перебіг.

Клініка: патологічний процес локалізується на тильній поверхні шкіри, долонях обох кистей, на бокових поверхнях пальців, симетричний, представле-

ний сверблячими, дрібними, щільними при пальпації серопапулами та епідермальними пухирцями. Пухирці просвічуються через епідерміс у вигляді «зерен вареного рису». В окремих місцях пухирці розкрилися та підсохли у геморагічні та жовтуваті кірочки, відмічається вогнище ліхеніфікації та ліхенізації (рис. 2.1-2.3).



Рис. 2.1. Пацієнт К., діагноз: істинна екзема, дизгідротична форма, стадія загострення, легкий перебіг. Симптом «серозні колодязі».

Спостерігається:

- симптом «серозні колодязі» – при розкритті мікроепітеліальних серозних екссудатів поступає на поверхню шкіри у вигляді невеликих крапель, «шкіра закипає» (див. рис. 2.1);
- симптом «архіпелагу» – чередування уражених ділянок шкіри з неураженими (див. рис. 2.2);
- симптом «зерен вареного рису» – просвічування пухирців через епідерміс (див. рис. 2.3).



Рис. 2.2. Пацієнт К., Діагноз: істинна екзема, дизгідротична форма, стадія загострення, легкий перебіг (на долонях). Симптом «архіпелагу».



Рис. 2.3. Пацієнт К., Діагноз: істинна екзема, дизгідротична форма, стадія загострення, легкий перебіг (на долонях). Симптом «зерен вареного рису».

Клінічний випадок 2. Пацієнт Л., 33 роки, звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на інтенсивний свербіж шкіри обох кистей та

ступнів, печіння, тріщини, кровоточивість, біль при згинанні пальців рук. DLQI=30 балів. Встановлений діагноз: Істинна екзема, дизгідротична форма, стадія загострення, тяжкий перебіг.

Клініка: патологічний процес локалізується на шкірі обох кистей, та обох ступнів, симетричний, гострозапальний характеризується наявністю справжнього і несправжнього поліморфізму та строкатістю висипів. На тлі еритеми, набряку сформувались пухирці (мікроевезикули) та переважно ексудативні папули. Характерно, що при розкритті мікроевезикул серозний ексудат поступає на поверхню шкіри у вигляді невеликих крапель, симптом «серозні колодязі» – мокнуття. Через потовщений епідерміс шкіри долоней та ступнів просвічуються каламутні, щільні пухирці з розмір, булавкову головку, які нагадують «зерна звареного рису». Також можна відмітити чередування уражених ділянок шкіри з неураженими, симптом «архіпелагу». На місці мокнуття утворилися лускокірки, тріщини, потовщення шкіри – гіперкератоз, по периферії вогнищ враження – поліфестончасті краї з відлущеного мацерованого епідермісу (рис. 2.4.-2.7).



Рис. 2.4. Пацієнт Л., діагноз: істинна екзема, дизгідротична форма, стадія загострення, тяжкий перебіг (тріщини, лускокірки, ліхеніфікація та ліхенізація шкіри кистей).



Рис. 2.5. Пацієнт Л., діагноз: істинна екзема, дизгідротична форма, стадія загострення, тяжкий перебіг. Симптом «архіпелагу».



Рис. 2.6. Пацієнт Л., діагноз: істинна екзема, дизгідротична форма, стадія загострення, тяжкий перебіг. Симптом «зерен вареного рису».



Рис. 2.7. Пацієнт Л., діагноз: істинна екзема, дизгідротична форма, стадія загострення, тяжкий перебіг. Симптом «серозні колодязі».

Спостерігається:

- симптом «серозні колодязі» – при розкритті мікроевезикул серозний ексудат поступає на поверхню шкіри у вигляді невеликих крапель, «шкіра закипає» (див. рис. 2.7);
- симптом «архіпелагу» – чергування уражених ділянок шкіри з неураженими (див. рис. 2.5);
- симптом «зерен вареного рису» – просвічування пухирців через епідерміс (див. рис. 2.6).

Клінічний випадок 3. Пацієнт А., 27 років, звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на свербіж шкіри нижніх кінцівок та висипи, що з'явилися після травматизації та надмірного фізичного навантаження.

DLQI=10 балів. Встановлений діагноз: Мікробна екзема, підгостра стадія, легкий перебіг.

Клініка: патологічний процес локалізується на шкірі гомілок, симетричний, на фоні еритеми, набряку – ексудативні папули, мікроевезикули, помірне мокнення із цяткових мікроерозій, пустули, серозні і гнійні кірки, лущення. Вогнища ураження мають чіткі межі, краї представлені бордюром із відшаруванням епідермісу. Навколо основного вогнища спостерігаються алергіди у вигляді еритемосквамозних, папуло-везикулярних елементів (рис. 2.8).



Рис. 2.8. Пацієнт А., діагноз: мікробна екзема, підгостра стадія легкий перебіг. Симптом «серозні колодязі».

Спостерігається:

- симптом «серозні колодязі» – при розкритті мікроевезикул серозний ексудат поступає на поверхню шкіри у вигляді невеликих крапель (див. рис. 2.8);
- симптом «архіпелагу» – чергування уражених ділянок шкіри з неураженими;
- алергіди;
- бордюри відшарованого епідермісу по краю вогнища.

Клінічний випадок 4. Пацієнт В., 27 років, звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на біль в ділянці лівої гомілки, що виникло після простудного захворювання. DLQI=6 балів. Встановлений діагноз: Мікробна екзема, монетовидна форма, гостра стадія, легкий перебіг.

Клініка: патологічний процес локалізується на задній поверхні шкіри лівої гомілки, асиметричний, представлений різко обмеженим вогнищем враження округлої форми. На набрякло-гіперемованому тлі відмічається рясне мокнення, нашарування серозно-гнійних кірок. По периферії враження – еритемопапульозні алергіди (рис. 2.9).



Рис. 2.9. Пацієнт А., діагноз: мікробна екзема, нумулярна форма, гостра стадія, легкий перебіг.

Клінічний випадок 5. Пацієнт В., 29 років, звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на свербіж, біль в ділянці правої гомілки, що з'явився після удару в ногу. DLQI=8 балів. Встановлений діагноз: Мікробна екзема, паратравматична форма, гостра стадія, легкий перебіг.

Клініка: патологічний процес локалізується на зовнішній поверхні шкіри правої гомілки, вогнище набрякле, інфільтроване, асиметричне, характеризується наявністю еритеми, папуло-везикульозними елементами, що злились в су-

цільне вогнище, поверхня якого вкрита серозно-гнійними кірками, лусочками, під яким є мокнуття і скупчення гною. На місцях де кірки відпали – шкіра лаково-червоного кольору, легко кровоточить. По периферії вогнища розташовується фестончатий обідок з відшаровуючого епідермісу – ознака загострення процесу (рис. 2.10).



Рис. 2.10. Пацієнт В., діагноз: мікробна екзема, паратравматична форма, гостра стадія, легкий перебіг (асиметрія локалізації патологічного процесу – характерно для мікробної екземи).

Клінічний випадок 6. Пацієнт Д., 24 роки, звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на сильний свербіж. DLQI=10 балів. Встановлений діагноз: Мікробна екзема, сикозна форма, гостра стадія, легкий перебіг.

Клініка: патологічний процес локалізується в ділянці брів та за їх межами. На запальному набряклому фоні – фолікулярні пустули, що злились в суцільне вогнище, «серозні кринички», мокнуття, нашарування серозно-гнійних лускокірочок, болючих тріщин та периферійного бордюру мацерованого епідермісу (рис. 2.11).



Рис. 2.11. Пацієнт Д., діагноз: мікробна екзема, сикозна форма, гостра стадія, легкий перебіг (відмічається відшарування епідермісу вздовж краю вогнища у вигляді бордюру).

Клінічний випадок 7. Пацієнт Ю., 30 років, звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на сильний біль, печіння. DLQI=25 балів. Встановлений діагноз: Мікробна екзема, варикозна форма, гостра стадія, тяжкий перебіг.

Клініка: патологічний процес локалізується асиметрично на правій гомілці. На фоні лімфедєми, набряку шкіри, відмічається вогнище з чіткими межами, синюшним відтінком, мокненням, «серозними криничками», серозно-гнійними, серозно-геморагічними кірочками (рис. 2.12).



Рис. 2.12. Пацієнт Ю., діагноз: мікробна екзема, варикозна форма, гостра стадія, тяжкий перебіг (асиметрія процесу – ознака мікробної екземи).

Клінічний випадок 8. Пацієнт С., 35 років, звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на сильний біль, печіння під час ходьби. DLQI=30 балів. Встановлений діагноз: Мікробна екзема, мікотична форма, гостра стадія, тяжкий перебіг.

Клініка: патологічний процес локалізується на верхніх та нижніх кінцівках, в міжпальцевих проміжках, представлений гіперемією, набряком, тріщинами, нашаруванням крупнопластинчастих лускокірок. Відмічається оніхомікоз (рис. 2.13).



Рис. 2.13. Пацієнт С., діагноз: Мікробна екзема, мікотична форма, гостра стадія, тяжкий перебіг.

Клінічний випадок 9. Пацієнт П., 34 роки, звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на сильний біль, печіння. DLQI=30 балів. Встановлений діагноз: Мікробна екзема, гостра стадія, тяжкий перебіг.

Клініка: патологічний процес гострозапальний, симетричний з локалізацією на нижніх кінцівках, на фоні гіперемії та набряку наявні мокнучі ерозивні поверхні, пустул, нашарування крупнопластинчастих лусок. При даній формі екземи прослідковуються послідовні стадії гострого процесу: еритематозна, везикульозна, пустульозна, стадія мокнуття, кіркова, сквамозна (рис. 2.14).



Рис. 2.14. Пацієнт П., діагноз: Мікробна екзема, гостра стадія, тяжкий перебіг.

2.2. Методи дослідження

2.2.1. Антропометричні та соматотипологічні.

Антропометричне обстеження проведено у повній відповідності до методики Бунака В. В. [9] та згідно рекомендацій Шапаренка П. П. [47]. У склад обстеження входило визначення наступних тотальних розмірів тіла: маси і довжини, які надалі було включено до формули Дю Буа для обчислення площі поверхні тіла:

$$S = W^{0,425} \times H^{0,725} \times 0,007184, \quad (2.1)$$

де W – маса тіла (кг);

H – довжина тіла (см).

В обсяг антропометричного дослідження увійшло визначення нижче зазначених парціальних розмірів тіла: поздовжні (висота надгрудинної, плечової, пальцевої лобкової та вертлюгової антропометричних точок); обхватні (плеча в стані напруження і в спокої, передпліччя і гомілки у верхній і нижній частинах, стегна і стегон, шиї, талії, кисті, стопи, грудної клітки на вдиху, видиху і в стані спокою); ширина дистальних епіфізів (ШДЕ) плеча, передпліччя, стегна та гомілки); поперечні (передньо-задні розміри грудної клітки: поперечний середньогруднинний і нижньогруднинний розміри, передньозадній розмір грудної клітки, ширина плечей; розміри тазу – міжостьовий, міжребеневий і міжвертлюговий, зовнішня кон'югата); товщина шкірно-жирових складок (ТШЖС) на задній та передній поверхнях плеча, на передпліччі, під лопаткою, на грудях, животі, боці, стегні та на гомілці); кефалометричні показники (обхват голови, найбільша довжина голови, найменша ширини голови, ширина нижньої щелепи, сагітальна дуга, найбільша ширина голови та ширина обличчя).

Для дослідження було обране окреме комфортне (світле і тепле) приміщення в один і той же час і о першій половині доби.

Масу тіла визначали за допомогою медичних ваг, точність яких була до 0,1 кг. Перед процедурою зважуванням перевіряли точність налаштування вагів – прилад повинен був стояти на ідеально рівній жорсткій поверхні. Під час зважування досліджуємих був оголений (без одягу і взуття), стояв спокійно, чітко в середині майданчика ваг. Вимірювання маси тіла здійснювалося вранці натщесерце (через 12 годин після останнього прийому їжі) та після спорожнення кишечника.

Антропометричні вимірювання проводили на правій частині тіла. Металевим антропометром системи Мартіна, точність якого складала до 0,5 см, вимірювали поздовжні розміри. Сантиметровою стрічкою, точність якої становила до 0,5 см, а ліміт досліджень був 100 замірів, визначали обхватні розміри тіла.

Поперечні та глибинні передньо-задні діаметри певного сегмента тіла вимірювали між його крайніми точками ковзним циркулем або малим толстотним циркулем (деякі розміри обличчя, голови і кінцівок) та великим толстотним циркулем (ширина грудної клітки, плечей, тазу) (в см). Штангенциркулем (точність до 0,1 см) здійснювали вимірювання поперечних діаметрів дистальної частини плеча, передпліччя, стегна та гомілки.

За допомогою каліпера вимірювати ТШЖС у різних місцях. Щоб попередити помилок місце виміру ретельно визначали. Шкірну складку щільно затискали вказівним і великим пальцями або трьома пальцями таким чином, щоб у складки містила і шкіру, і підшкірний жировий шар. Ніжки каліпера прикладали так, щоб відстань від гребінця складки до точки виміру приблизно дорівнював товщині власне складки.

Для вимірювання голови і обличчя використовували ковзний і товстотний циркулі системи Мартіна. При вимірюванні розмірів нижньої щелепи застосовували мандибулометр.

Оцінка соматотипу проводилася за схемою Хіт-Картера [77]. За допомогою оцінки, що містила в собі три первинні компоненти статури, визначали соматотип: 1) ендоморфний (позначається як FX), який відображає ступінь розвитку жирової тканини; 2) мезоморфний (позначається як MX), що дає характеристику відносному розвитку м'язів і кісткових складових тіла; 3) екторморфний (позначається як LX), інформує стосовно відносної витягнутості тіла людини та є з'єднувальним містком між ендоморфною та мезоморфною характеристиками тілобудови.

Ендоморфний компонент (FX) розраховували за наступною формулою:

$$FX = -0,7182 + 0,1451 \times (X) - 0,00068 \times (X^2) + 0,0000014 \times (X^3), \quad (2.2)$$

де X – це сума товщини ШЖС на задній поверхні плеча, під лопаткою й на боці.

Формула визначення мезоморфного компонента (MX) зазначена нижче:

$$MX = (0,858 \times EPPL + 0,601 \times EPB + 0,188 \times OBPL + 0,161 \times OBG) - 0,131 \times H + 4,50, \quad (2.3)$$

де, відповідно, EPPL – це ШДЕ плеча (см);

EPB – це ШДЕ стегна (см);

OBPL – це обхват плеча в напруженому стані (см);

OBG – це обхват гомілки (см);

H – це довжина тіла (см).

Ектоморфний компонент (LX) обраховували за наступною формулою:

$$LX = ЗВК \times 0,732 - 28,58, \quad (2.4)$$

де ЗВК – це зросто-ваговий коефіцієнт, що додатково обраховується за нижче наведеною формулою:

$$ЗВК = \frac{\text{Довжина тіла (сантиметри)}}{\sqrt[3]{\text{Маса тіла (кілограми)}}}, \quad (2.5)$$

Якщо ЗВК знаходиться в діапазоні 40,75-38,25, то розрахунок здійснювався за нижче наведеною формулою:

$$LX = ЗВК \times 0,463 - 17,63, \quad (2.6)$$

У ситуації, коли ЗВК менше 38,25, то ектоморфія складає 0,1 бала.

Абсолютна кількість жирового, кісткового та м'язового компонентів маси тіла обраховувалась за формулами Matiegka J. [138]:

$$DM = G \times S \times k, \quad (2.7)$$

де DM – це загальна кількість жирового компонента (кг);

G – це середня ТШЖС (мм);

S – це площа поверхні тіла (м²);

k – це константа, що дорівнює 1,3.

Середня ТШЖС обчислювалася за наступними формулами:

$$\text{У чоловіків} \quad G = \frac{G1 + G2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G7 + G8}{16}, \quad (2.8)$$

де G1 G7 – ТШЖС на плечі (спереду і позаду), передпліччя, спині, животі, стегні, гомілці та під лопаткою (мм).

2.2.2. Вивчення показників особливостей особистості.

Вивчення індивідуально-особистісних властивостей досліджуваних проводили за допомогою особистісних опитувальників [1, 7, 14, 158, 194].

Методика Eysenck G. створена для оцінки провідних типологічних характеристик темпераменту і містила в собі визначення (бал.): симптомокомплексу нейротизму (AZ_N), екстраверсії-інтроверсії (AZ_E) та показника за шкалою нещирості (AZ_L). Екстра- та інтроверсія мають зв'язок з вираженістю процесів збудження та гальмування в кортексі головного мозку. Екстраверт – гарячкуватий, впевнений у собі, імпульсивний, ризикує та діє під впливом моменту, безтурботний, оптимістичний, любить комунікувати, досить важко контролює свої почуття та емоції. Інтроверт – спокійний, стриманий й віддалений від усіх, окрім найближчого оточення. Він добре контролює свої почуття, вкрай рідко буває агресивним, любить порядок та серйозно ставиться до прийняття рішення. Нейротизм визначає емоційну збудженість, схильність до психопатології в сфері емоцій. Індивіди з вираженим нейротизмом емоційно нестійкі і їм властиві переважно не вольова, а емоційна регуляція.

Обробку опитувальника здійснювали за допомогою ключа й розпочинали із «шкали щирості». За умови, якщо в обстежуваного було 5 балів або більше за даною шкалою, результати його відповідей не брали до уваги, а шукали причини невідвертих відповідей. Якщо в ході опитування отримано 4 бали, то це свідчило про ту або іншу демонстративність поведінки, орієнтованість на соціальне схвалення випробуваного, нижче 4 балів – норма. Наступним етапом було підрахування балів за шкалою екстраверсія-інтроверсія, фактор нейротизму.

Вираженість прояву фактору екстраверсія-інтроверсія оцінювалась в балах за шкалою екстраверсія-інтраверсія: глибока інтроверсія (понадінтроверт) – 0–2 балів, інтроверсія (інтроверт) – 3–6 балів, потенційна інтровертованість (потенційний інтроверт) – 7–10 балів, амбіверсія (амбіверт) – 11–14 балів, потенційна

екстравертованість (потенційний екстраверт) – 15–18 балів, екстраверсія (екстраверт) – 19–22 балів, глибока, яскраво виражена екстраверсія (понадекстраверт) – 23–24 балів.

Фактор нейротизму визначався в балах наступним чином: надто низький рівень (понадконкордант) – 0–2 балів, низький рівень (конкордант) – 3–6 балів, потенційно низький рівень (потенційний конкордант) – 7–10 балів, середній рівень (нормостенік) – 11–14 балів, потенційно високий рівень (потенційний дискордант) – 15–18 балів, високий рівень (дискордант) – 19–22 балів, надто високий рівень (понаддискордант) – 23–24 балів.

Дослідження психодинамічних особливостей особистості за Spielberger С. D. в модифікації Ханіна Ю. Л. включало в себе визначення (бал.): показника ситуативної тривожності (SP_ST) і показника особистісної тривожності (SP_LT). Дана методика дозволяє визначати тривожність як особистісну властивість та як стан, який має зв'язок з подіями і поточною ситуацією. Рівень тривожності нижче 30 балів – визначався як низький, 31–44 балів – помірний, більше 45 балів – високий.

Оцінка вираженості та особливості акцентуєваних рис особистості здійснювалася за Shmishek G. Тест-опитувальник базується на концепції акцентуєваних особистостей К. Леонгарда, відповідно до якої акцентуаціями рахуються "загострення" деяких, притаманних кожній людині індивідуальних рис. Зазначена методика дозволяє визначити 10 типів акцентуації характеру: екзальтований, циклотимний, емотивний, гіпертимний, збудливий, демонстративний, застрягаючий, дистимний, педантичний та тривожний. Значення показника менше 12 балів свідчить за відсутність акцентуації характеру за певним типом; від 13–18 балів – про схильність до розвитку акцентуації характеру; 19–24 балів – про наявність певної акцентуації характеру.

Вивчення показників рівня суб'єктивного контролю на базі шкали Дж. Роттера в НІІ ім. Бехтерева та опублікованим Бажиним Є. Ф. із співавт. [7]. Даний особистісний опитувальник створений для діагностики інтернальності – ектернальності. Інтернал впевнений, що події, що відбуваються з ним залежать в

першу чергу від його особистісних рис (компетентності, цілеспрямованості, рівня здібностей) і є закономірними наслідками власне його діяльності. Екстернал вважає, що його успіхи та невдачі більше залежать від зовнішніх обставин – вчинків інших людей, випадковостей, умов навколишнього середовища, вдачі або невдачі. USK_1 – це показник шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю за Роттером; USK_2 – це показник рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень за Роттером; USK_3 – це показник рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач за Роттером; USK_4 – це показник рівня суб'єктивного контролю в галузі сімейних відносин за Роттером; USK_5 – це показник рівня суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин за Роттером; USK_6 – це показник рівня суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин за Роттером; USK_7 – це показник рівня суб'єктивного контролю в галузі здоров'я і хвороби за Роттером. Величина результату більше 5,5 стенів оцінювалась як інтернальний тип контролю, а результат менше 5,5 стенів – як відповідно екстернальний тип реагування.

2.2.3. Статистичного аналізу.

Статистична обробка отриманих результатів проведена в ліцензійному пакеті «Statistica 5.5» із використанням непараметричних методів оцінки. Проведено оцінку характеру розподілів для кожного з варіаційних рядів, визначені середні значення для кожної ознаки та стандартне квадратичне відхилення. Достовірність різниці значень між незалежними кількісними показниками визначено за допомогою U-критерія Мана-Уїтні, а між незалежними якісними показниками – за формулою Weber E.:

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{N_1 P_1 + N_2 P_2}{N_1 + N_2} \times \left(100 - \frac{N_1 P_1 + N_2 P_2}{N_1 + N_2}\right) \times \frac{N_1 + N_2}{N_1 N_2}}},$$

де, P_1 і P_2 – відсотки, з якими зустрічався той або інший показник; N_1 і N_2 – кількість показників в групах, що досліджувались.

Побудова моделей можливості виникнення та особливостей перебігу екземи в залежності від антропометричних і соматотипологічних показників проведена за допомогою дискримінантного аналізу [6, 92].

РОЗДІЛ 3

ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ І СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЧОЛОВІКІВ ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ ЕКЗЕМИ

3.1. Особливості тотальних і парціальних розмірів тіла

Встановлено, що *маса тіла* достовірно ($p < 0,05-0,01$) більша у чоловіків з тяжким перебігом істинної екземи ($86,17 \pm 14,57$ кг), легким перебігом мікробної екземи ($83,95 \pm 19,09$ кг) і має незначну тенденцію ($p = 0,093$) до більших значень у чоловіків з тяжким перебігом мікробної екземи ($87,27 \pm 22,81$ кг) порівняно із здоровими чоловіками ($73,68 \pm 10,40$ кг) (рис. 3.1, табл. В.1).

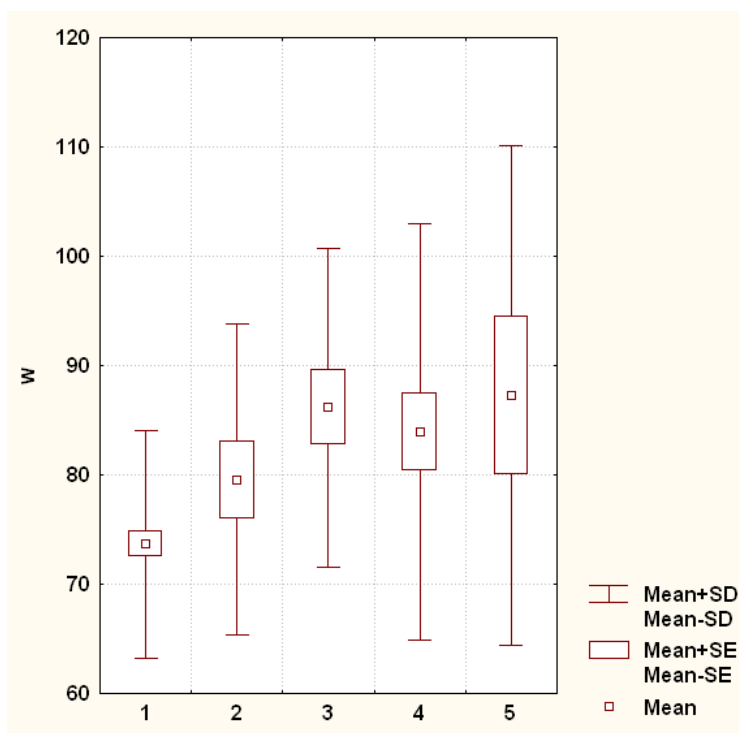


Рис. 3.1. Маса тіла (W) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (кг). На даному та в подібних рисунках розділу: 1 – здорові чоловіки; 2 – хворі на істинну екзему легкого перебігу чоловіки; 3 – хворі на істинну екзему тяжкого перебігу чоловіки; 4 – хворі на мікробну екзему легкого перебігу чоловіки; 5 – хворі на мікробну екзему тяжкого перебігу чоловіки; Mean – середнє значення;

Mean±SE – середнє значення ± помилка середньої; Mean±SD – середнє значення ± стандартне відхилення.

Довжина тіла має незначну тенденцію ($p=0,083$) до більших значень у чоловіків з тяжким перебігом істинної екземи ($179,7\pm 5,1$ см) порівняно з групою контролю ($177,2\pm 6,5$ см). Даний показник також має незначні тенденції ($p=0,085$ і $p=0,091$) до більших значень у чоловіків із легким ($179,0\pm 4,0$ см) і тяжким ($179,7\pm 5,1$ см) перебігом істинної екземи порівняно з хворими на мікробну екзему легкого перебігу ($176,8\pm 6,2$ см) (рис. 3.2, див. табл. В.1).

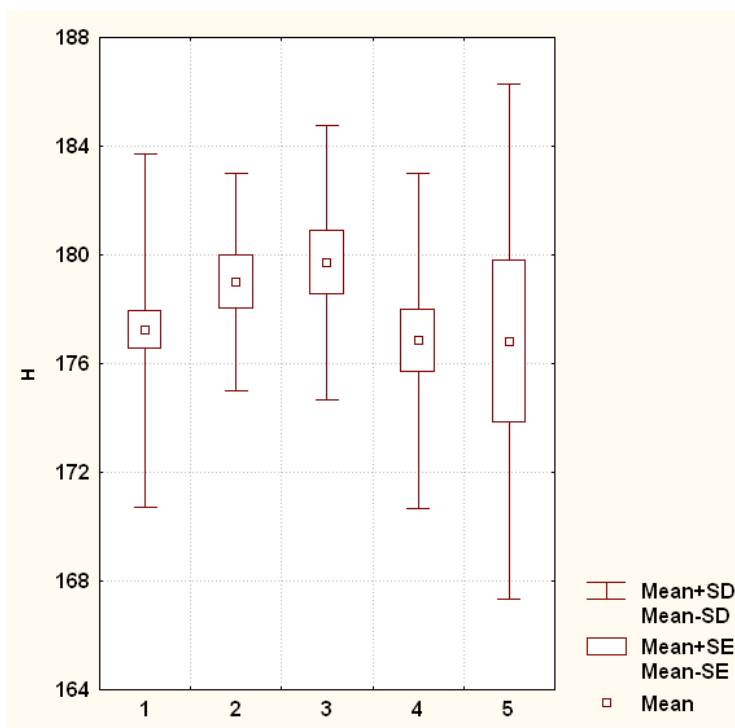


Рис. 3.2. Довжина тіла (H) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

Встановлено, що *площа поверхні тіла* достовірно ($p<0,01-0,05$) більша у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($2,052\pm 0,171$ м²), легким перебігом мікробної екземи ($1,999\pm 0,216$ м²) і має незначну тенденцію ($p=0,086$) до більших значень у чоловіків із тяжким перебігом мікробної екземи ($2,033\pm 0,264$ м²) порівняно із здоровими чоловіками ($1,903\pm 0,148$ м²) (рис. 3.3, див. табл. В.1).

Встановлено, що *висота надгруднинної антропометричної точки* досто-

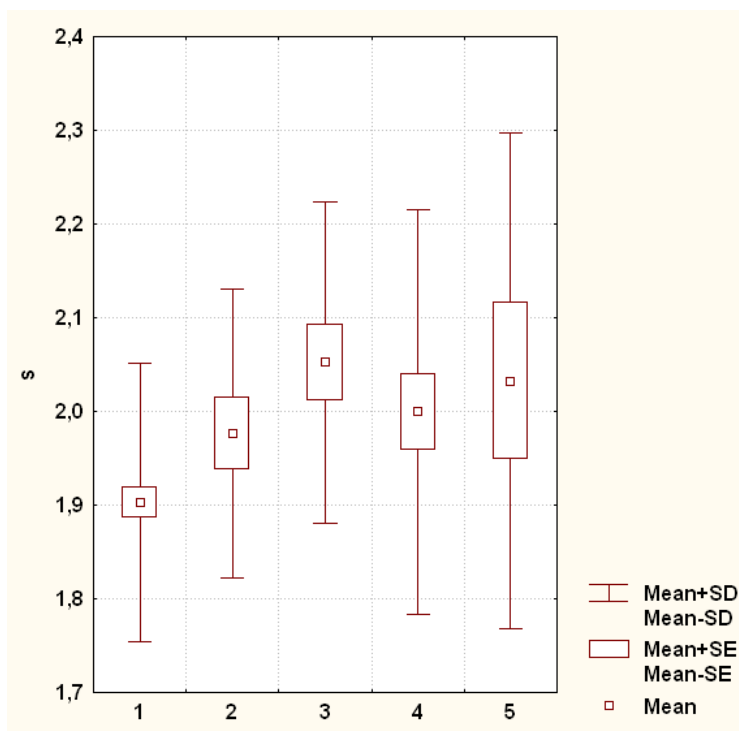


Рис. 3.3. Площа поверхні тіла (S) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (м²).

вірно ($p < 0,05-0,01$) більша у чоловіків із легким ($147,0 \pm 3,8$ см) і тяжким ($147,7 \pm 4,1$ см) перебігом істинної екземи, а також має тенденції ($p = 0,097$ і $p = 0,063$) до більших значень у чоловіків із легким ($145,8 \pm 5,1$ см) і тяжким ($146,3 \pm 8,0$ см) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($143,8 \pm 6,1$ см) (рис. 3.4, див. табл. В.2).

Встановлено, що висота лобкової антропометричної точки достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у чоловіків з легким ($87,53 \pm 2,45$ см) і тяжким ($87,83 \pm 3,68$ см) перебігом істинної екземи, з легким ($85,95 \pm 3,46$ см) і тяжким ($85,65 \pm 5,86$ см) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($90,57 \pm 0,148$ см). Даний показник достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків із легким перебігом істинної екземи порівняно з хворими на мікробну екзему аналогічної тяжкості перебігу, а також має тенденцію ($p = 0,062$) до більших значень у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи порівняно з хворими на мікробну екзему легкого перебігу (рис. 3.5, див. табл. В.2).

Встановлено, що висота акроміальної антропометричної точки достовірно ($p < 0,05$ в обох випадках) більша у чоловіків з легким ($149,3 \pm 3,4$ см) і тяжким

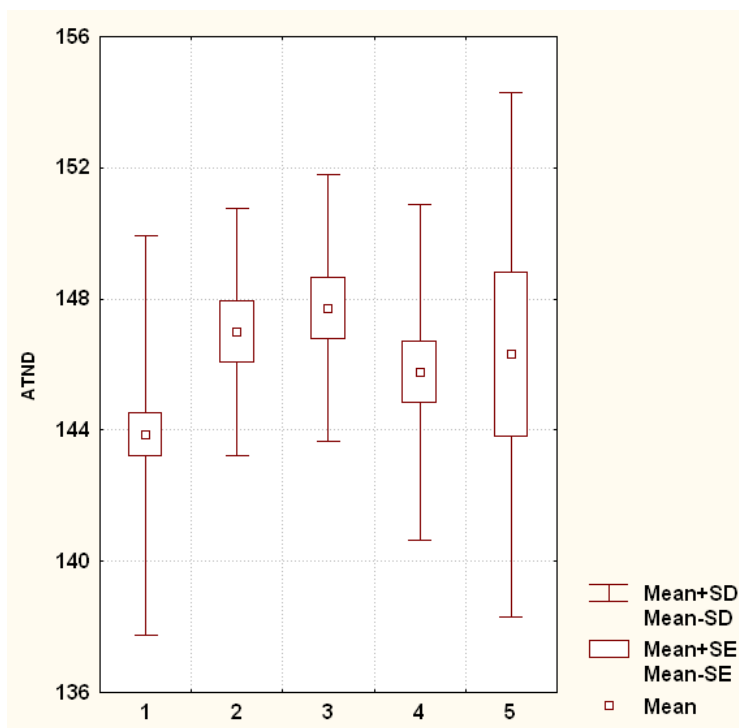


Рис. 3.4. Висота надгруднинної антропометричної точки (ATND) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

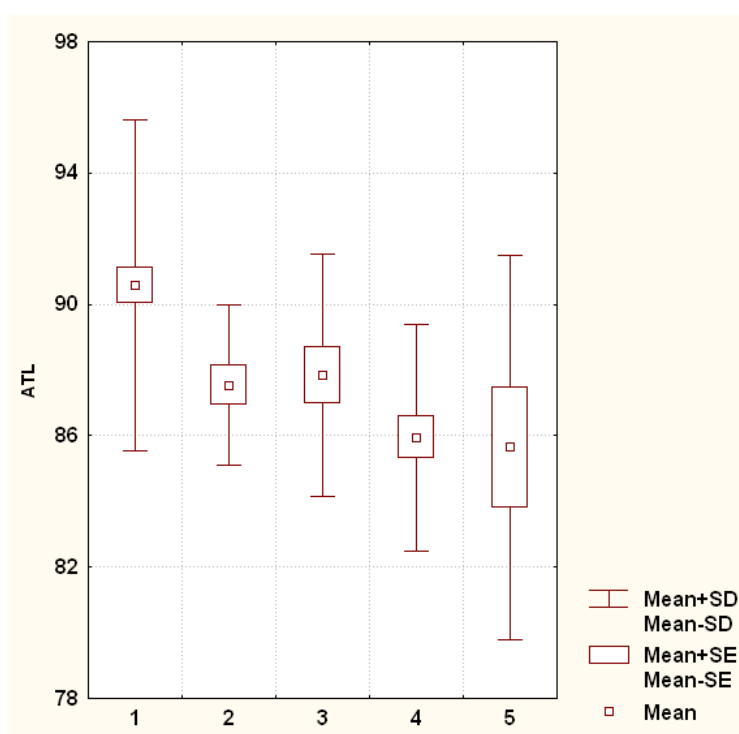


Рис. 3.5. Висота лобкової антропометричної точки (ATL) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

(150,3±4,5 см) перебігом істинної екземи порівняно із здоровими чоловіками (146,9±7,1 см) (рис. 3.6, див. табл. В.2).

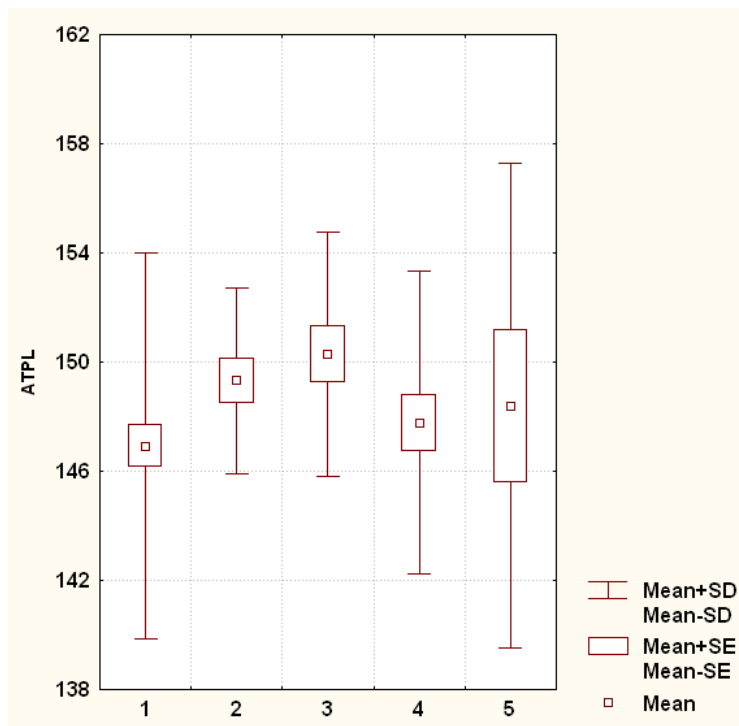


Рис. 3.6. Висота акроміальної антропометричної точки (АТРЛ) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

Встановлено, що висота пальцевої антропометричної точки достовірно ($p < 0,05-0,001$) більша у чоловіків із легким ($68,56 \pm 3,22$ см) і тяжким ($69,94 \pm 3,08$ см) перебігом істинної екземи, з легким перебігом мікробної екземи ($67,89 \pm 4,02$ см) і має виражену тенденцію ($p = 0,052$) до більших значень у досліджуваних із тяжким перебігом мікробної екземи ($69,00 \pm 4,50$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($65,85 \pm 4,95$ см). Також даний показник має тенденцію ($p = 0,065$) до більших значень у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи порівняно з хворими на мікробну екзему легкого перебігу (рис. 3.7, див. табл. В.2).

Встановлено, що висота вертлюгової антропометричної точки достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у чоловіків із легким ($88,94 \pm 2,14$ см) і тяжким ($89,67 \pm 2,85$ см) перебігом істинної екземи та з легким ($87,50 \pm 3,88$ см) і тяжким ($88,30 \pm 6,34$ см) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($94,04 \pm 5,40$ см). Даний показник має тенденцію ($p = 0,077$) до більших значень у чоловіків з легким перебігом істинної екземи порівняно з хворими на мікробну екзему аналогічної тяжкості перебігу, а також достовірно ($p < 0,05$) більший у чо-

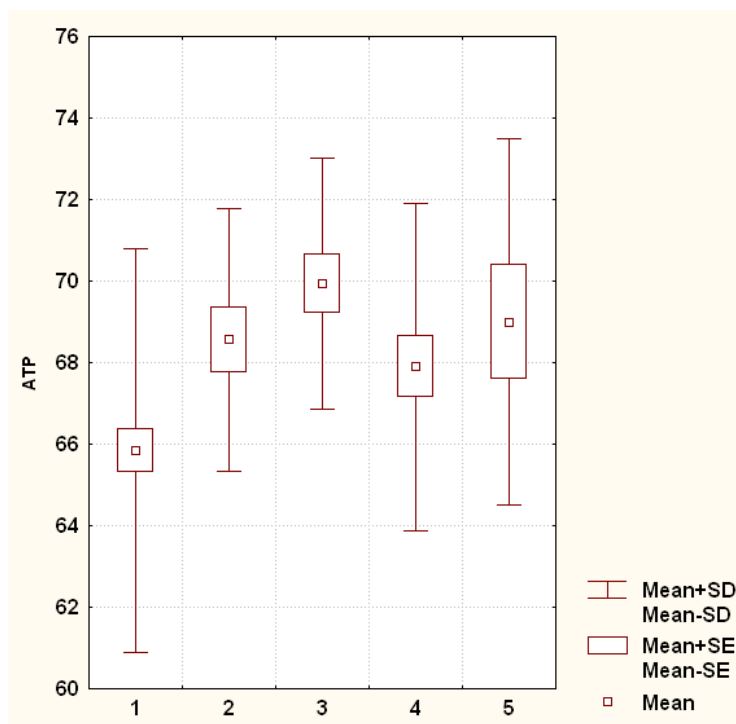


Рис. 3.7. Висота пальцевої антропометричної точки (АТР) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

ловіків хворих на істинну екзему тяжкого перебігу порівняно з хворими на мікробну екзему легкого перебігу (рис. 3.8, див. табл. В.2).

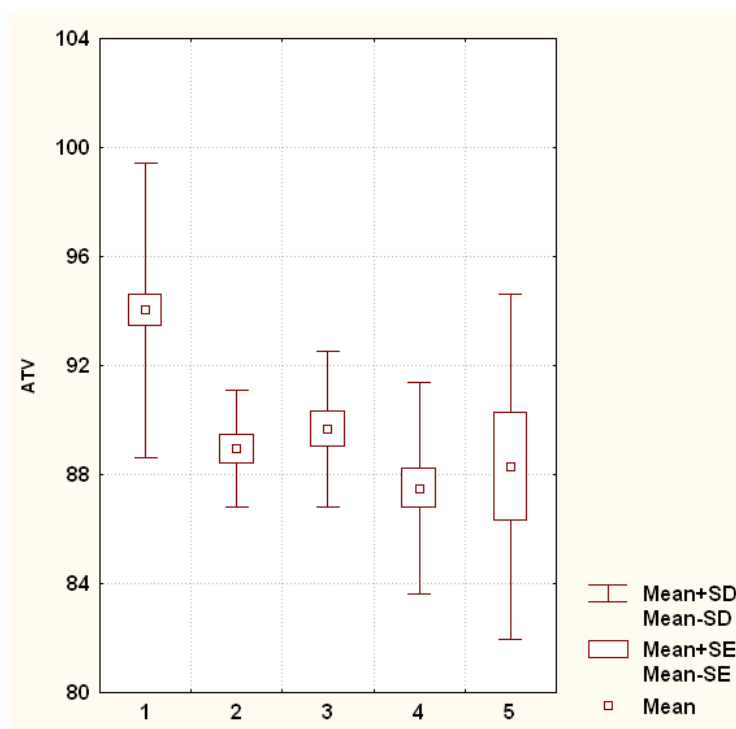


Рис. 3.8. Висота вертлюгової антропометричної точки (АТВ) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

Встановлено, що *обхват плеча у напруженому стані* достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків з тяжким перебігом істинної екземи ($35,31 \pm 3,65$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($33,23 \pm 2,84$ см) (рис. 3.9, табл. В.3).

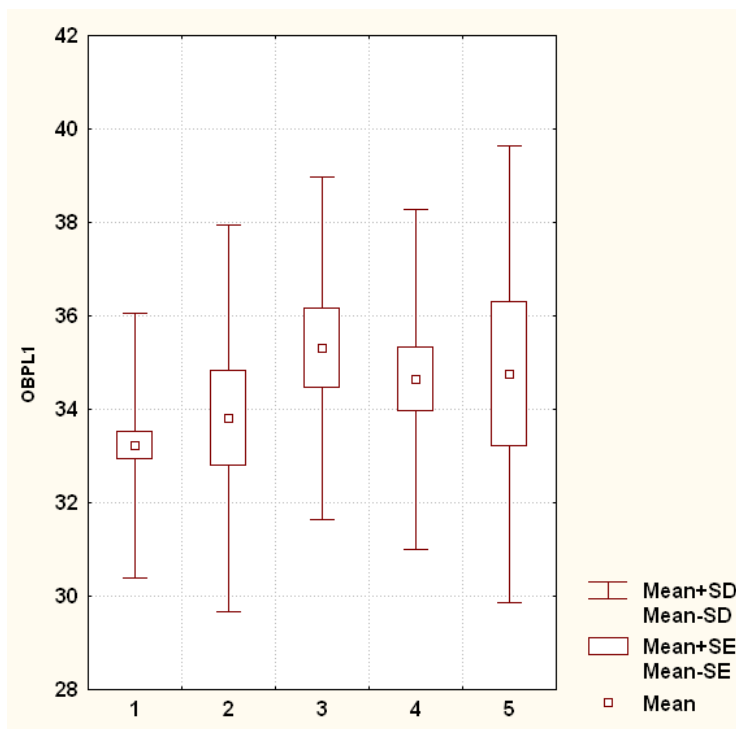


Рис. 3.9. Обхват плеча у напруженому стані (OBPL1) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

Обхват плеча у ненапруженому стані достовірно ($p < 0,05-0,001$) більший у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($34,19 \pm 3,82$ см), із легким ($33,52 \pm 3,71$ см) і тяжким ($33,95 \pm 4,92$ см) перебігом мікробної екземи та має виражену тенденцію ($p = 0,055$) до більших значень у досліджуваних із легким перебігом мікробної екземи ($32,56 \pm 3,96$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($30,17 \pm 2,94$ см) (рис. 3.10, див. табл. В.3).

Встановлено, що *обхват передпліччя у верхній частині* достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($28,90 \pm 2,91$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($27,33 \pm 2,01$ см) (рис. 3.11, див. табл. В.3).

Між практично здоровими та хворими на різні форми екземи чоловіками та між хворими на екзему чоловіками не встановлено достовірних або тенден-

цій відмінностей для *обхвату передпліччя у нижній частині* (рис. 3.12, див. табл. В.3).

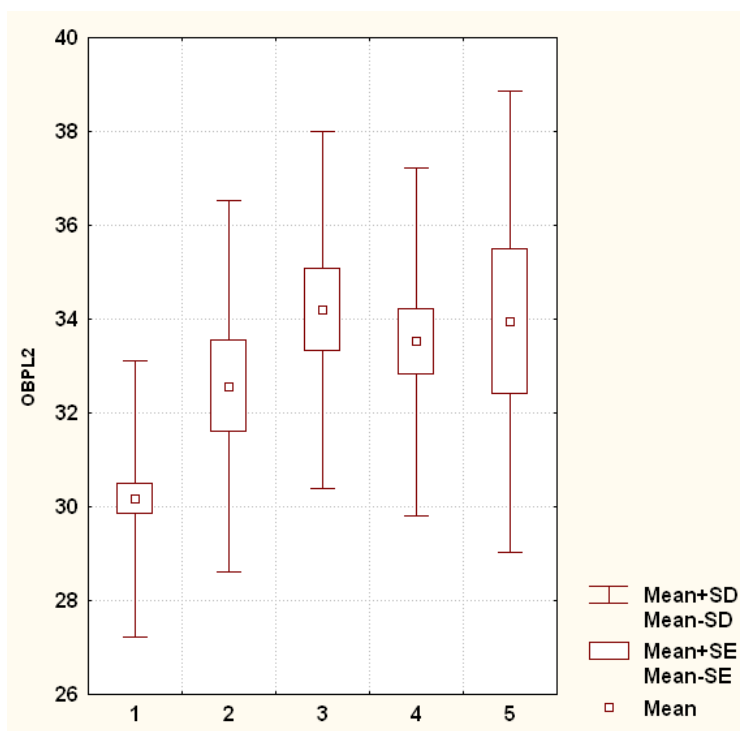


Рис. 3.10. Обхват плеча у ненапруженому стані (OBPL2) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

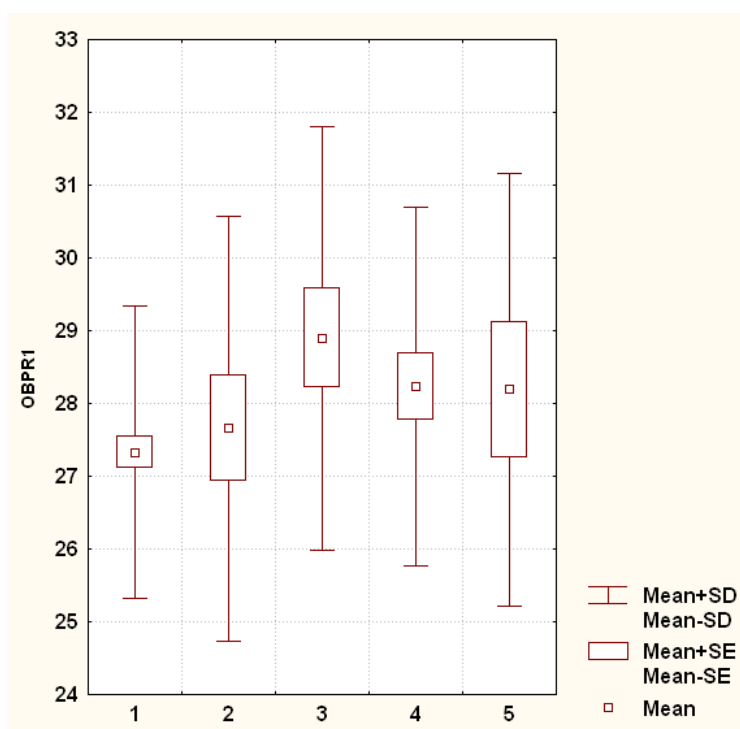


Рис. 3.11. Обхват передпліччя у верхній частині (OBPR1) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

Між практично здоровими та хворими на різні форми екземи чоловіками та між хворими на екзему чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей для *обхвату кисті* (рис. 3.13, див. табл. В.3).

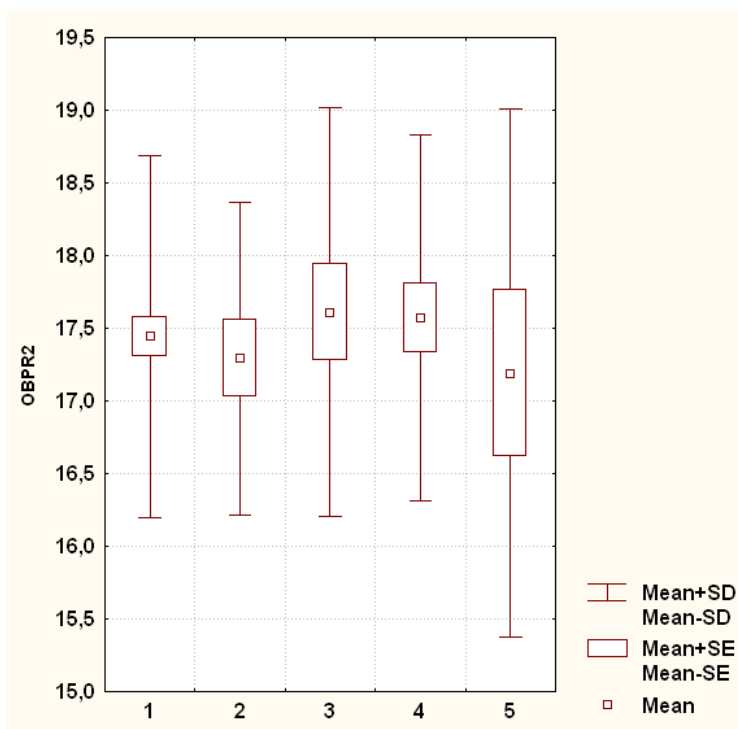


Рис. 3.12. Обхват передпліччя у нижній частині (OBPR2) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

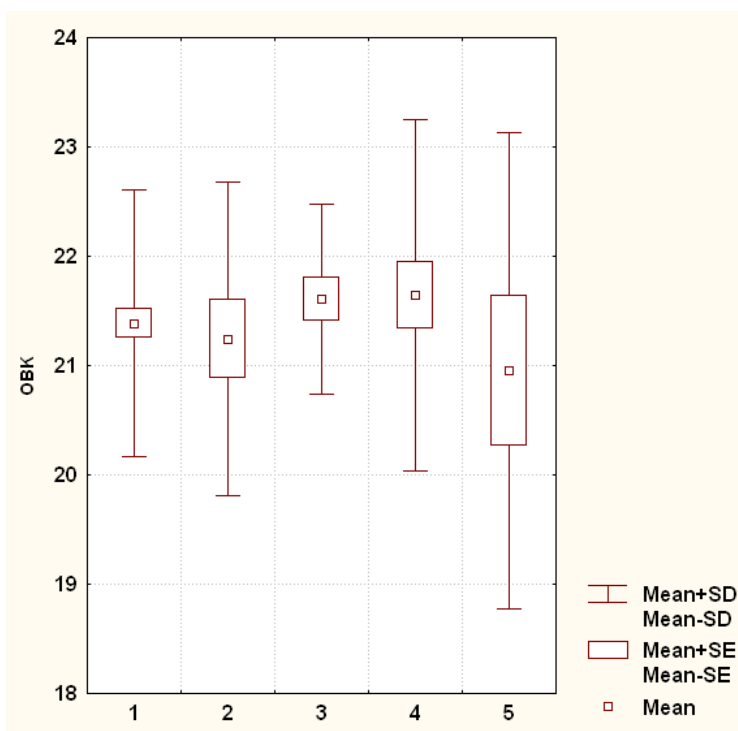


Рис. 3.13. Обхват кисті (OBK) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

Встановлено, що *обхват стегна* достовірно ($p < 0,01-0,001$) більший у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($57,87 \pm 4,68$ см) і легким перебігом мікробної екземи ($57,34 \pm 6,66$ см) та має тенденції ($p = 0,062$ і $p = 0,053$) до більших значень у досліджуваних чоловіків із легким перебігом істинної екземи ($56,06 \pm 5,25$ см) і тяжким перебігом мікробної екземи ($57,70 \pm 7,56$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($53,25 \pm 4,49$ см) (рис. 3.14, див. табл. В.3).

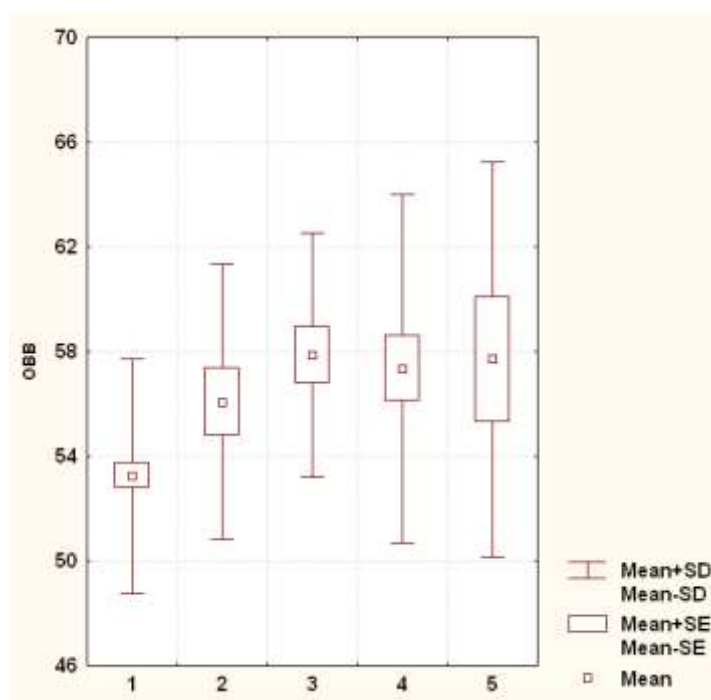


Рис. 3.14. Обхват стегна (OBV) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

Встановлено, що *обхват стегон* достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($99,58 \pm 6,34$ см) та має виражену тенденцію ($p = 0,054$) до більших значень у досліджуваних із легким перебігом мікробної екземи ($99,48 \pm 9,49$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($95,04 \pm 6,39$ см) (рис. 3.15, див. табл. В.3).

Обхват голілки у верхній частині достовірно ($p < 0,01-0,001$) більший у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($39,39 \pm 3,45$ см) і легким перебігом мікробної екземи ($39,21 \pm 3,51$ см) та має тенденцію ($p = 0,075$) до більших значень у досліджуваних із легким перебігом істинної екземи ($38,46 \pm 3,75$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($36,43 \pm 2,91$ см) (рис. 3.16, див. табл. В.3).

Обхват голілки у нижній частині достовірно ($p < 0,01$) більший у чоловіків із легким перебігом мікробної екземи ($24,91 \pm 2,57$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($23,41 \pm 1,87$ см) (рис. 3.17, див. табл. В.3).

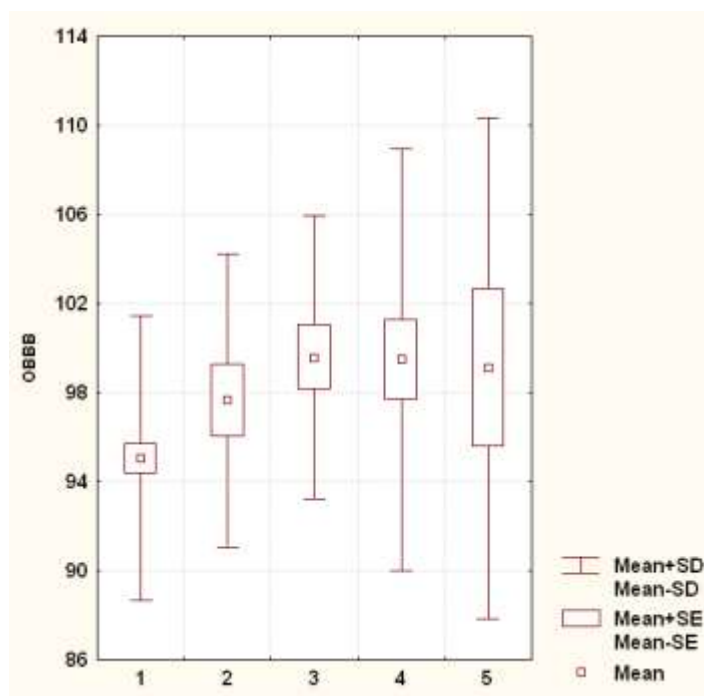


Рис. 3.15. Обхват стегон (OBVB) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

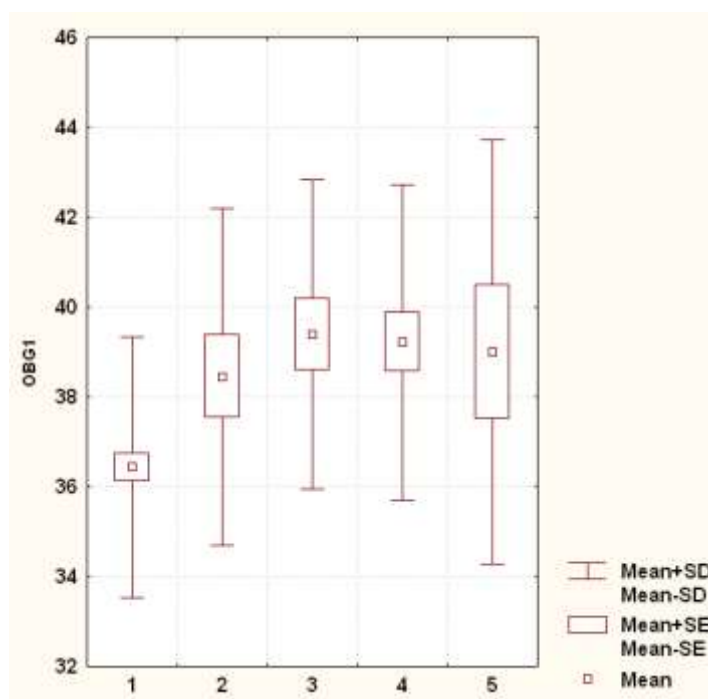


Рис. 3.16. Обхват голілки у верхній частині (OBG1) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

Встановлено, що *обхват стопи* має лише тенденцію ($p=0,076$) до менших значень у досліджуваних із легким перебігом мікробної екземи ($24,18 \pm 2,08$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($24,96 \pm 1,46$ см) (рис. 3.18, див. табл. В.3).

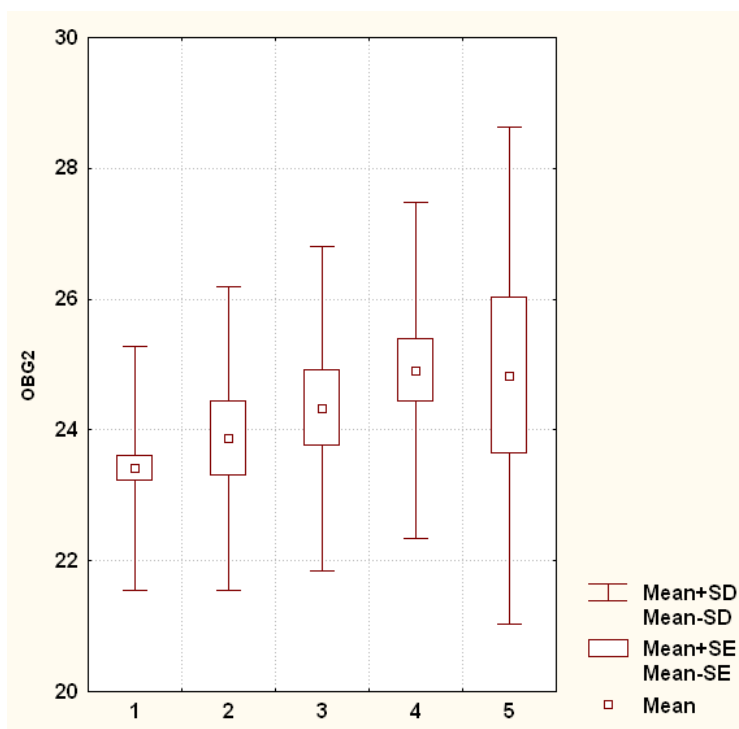


Рис. 3.17. Обхват голілки у нижній частині (OBG2) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

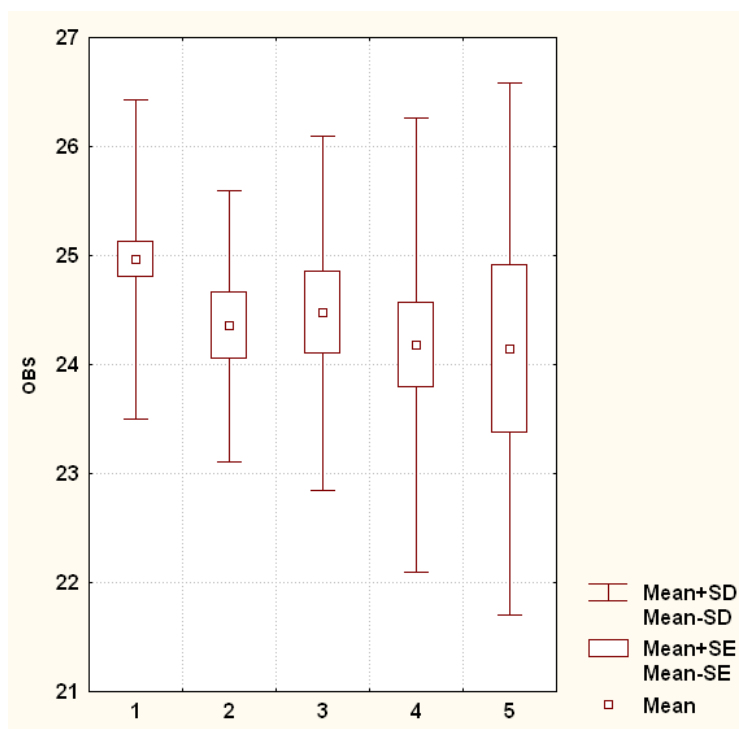


Рис. 3.18. Обхват стопи (OBS) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

Встановлено, що *обхват шиї* достовірно ($p < 0,05-0,001$) більший у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($40,42 \pm 2,91$ см) і легким перебігом мікробної екземи ($39,61 \pm 3,80$ см) порівняно із практично здоровими чоловіками ($37,67 \pm 1,92$ см). Крім того, даний показник достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи, ніж у чоловіків із легким перебігом істинної екземи ($38,25 \pm 2,37$ см) (рис. 3.19, див. табл. В.3).

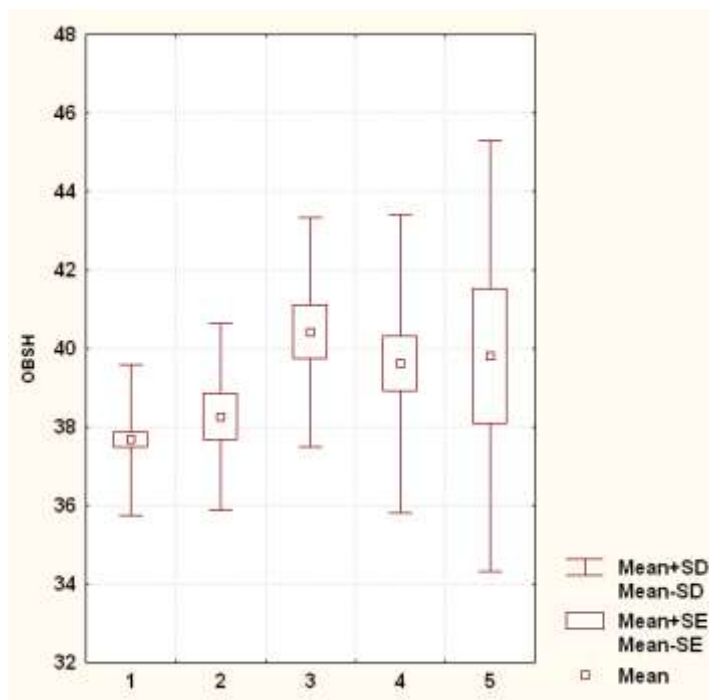


Рис. 3.19. Обхват шиї (OBSH) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

Встановлено, що *обхват талії* достовірно ($p < 0,05-0,001$) більший у чоловіків із легким ($86,97 \pm 11,54$ см) і тяжким ($94,14 \pm 12,79$ см) перебігом істинної екземи та з легким ($92,30 \pm 15,67$ см) і тяжким ($95,45 \pm 19,23$ см) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($79,48 \pm 7,32$ см) (рис. 3.20, див. табл. В.3).

Обхват грудної клітки на вдиху достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($107,4 \pm 11,3$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($100,0 \pm 6,0$ см) (рис. 3.21, див. табл. В.3).

Встановлено, що *обхват грудної клітки на видиху* достовірно ($p < 0,01$) більший у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($102,9 \pm 12,4$ см) і має не-

значну тенденцію ($p=0,097$) до більших значень у досліджуваних із легким перебігом мікробної екземи ($98,86 \pm 13,36$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($93,18 \pm 6,39$ см) (рис. 3.22, див. табл. В.3).

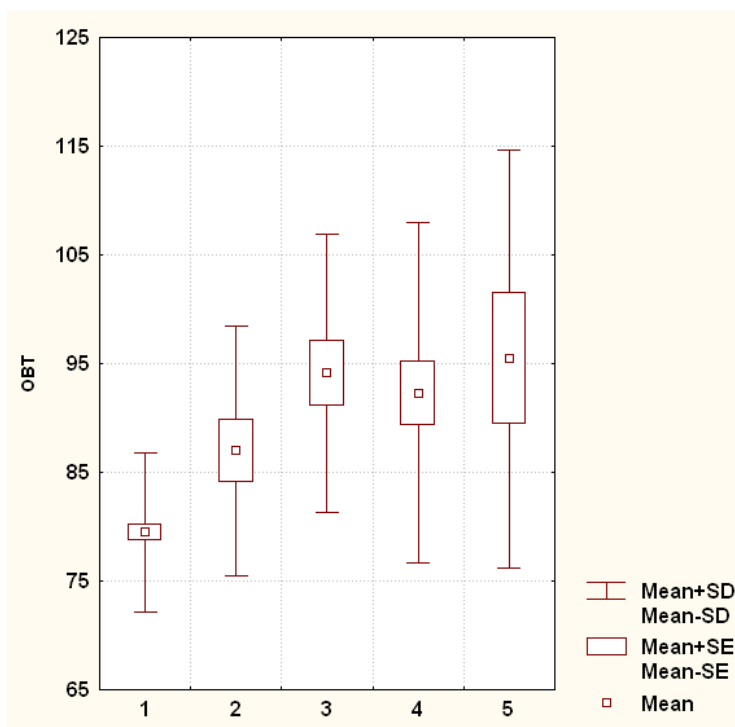


Рис. 3.20. Обхват талії (OBT) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

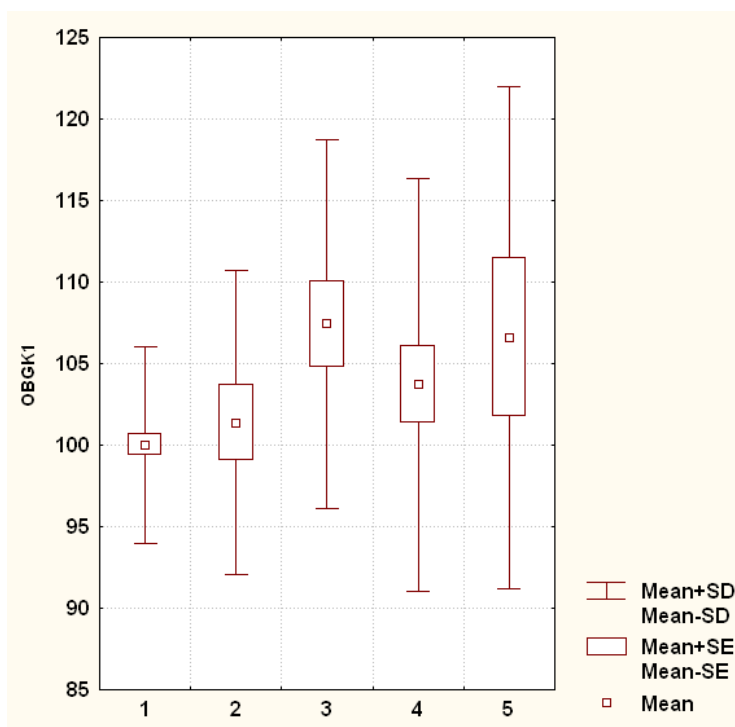


Рис. 3.21. Обхват грудної клітки на вдиху (OBGK1) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

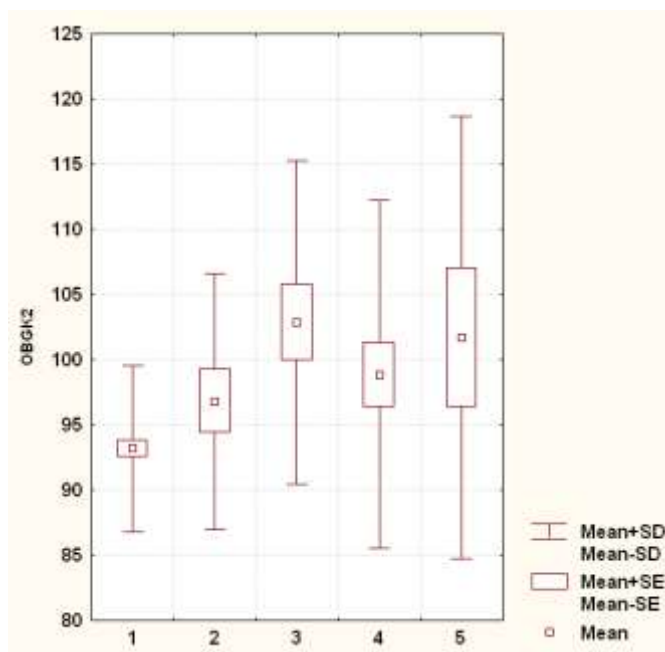


Рис. 3.22. Обхват грудної клітки на видиху (OBGK2) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

Обхват грудної клітки у спокійному стані достовірно ($p < 0,01$) більший у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($104,7 \pm 12,0$ см) та має незначту тенденцію ($p = 0,098$) до більших значень у досліджуваних із легким перебігом мікробної екземи ($101,0 \pm 13,0$ см) порівняно із практично здоровими чоловіками ($95,20 \pm 6,57$ см) (рис. 3.23, див. табл. В.3).

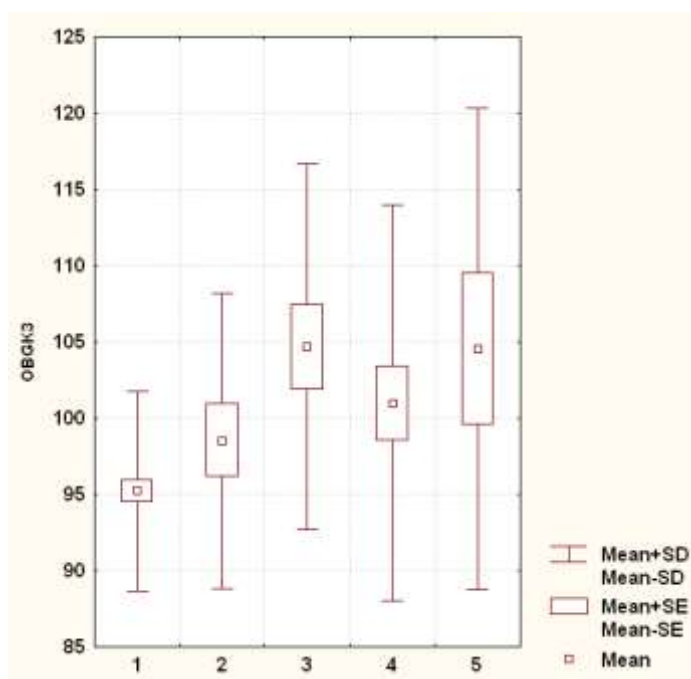


Рис. 3.23. Обхват грудної клітки у спокійному стані (OBGK3) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

Встановлено, що *ширина дистального епіфіза плеча* має лише тенденцію ($p=0,076$) до більших значень у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($7,111\pm 0,582$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($6,899\pm 0,438$ см) (рис. 3.24, табл. В.4).

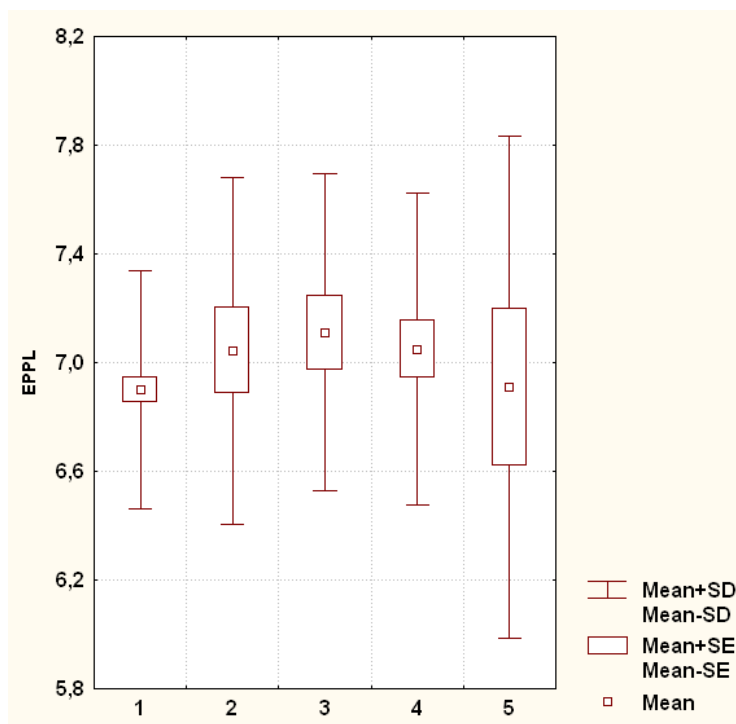


Рис. 3.24. Ширина дистального епіфіза плеча (EPPL) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

Ширина дистального епіфіза передпліччя достовірно ($p<0,05$) менша у чоловіків із тяжким ($5,550\pm 0,333$ см) перебігом істинної екземи та має незначну тенденцію ($p=0,099$) до менших значень у досліджуваних із легким перебігом аналогічної форми дерматозу ($5,563\pm 0,367$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($5,724\pm 0,327$ см) (рис. 3.25, див. табл. В.4).

Встановлено, що *ширина дистального епіфіза стегна* достовірно ($p<0,05-0,001$) більша у чоловіків із легким ($9,406\pm 0,733$ см) і тяжким ($9,500\pm 0,668$ см) перебігом істинної екземи та з легким перебігом мікробної екземи ($9,646\pm 0,914$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($8,917\pm 0,437$ см) (рис. 3.26, див. табл. В.4).

Ширина дистального епіфіза гомілки достовірно ($p<0,01$) менша у чоловіків із легким перебігом мікробної екземи ($6,964\pm 0,606$ см) порівняно із здоро-

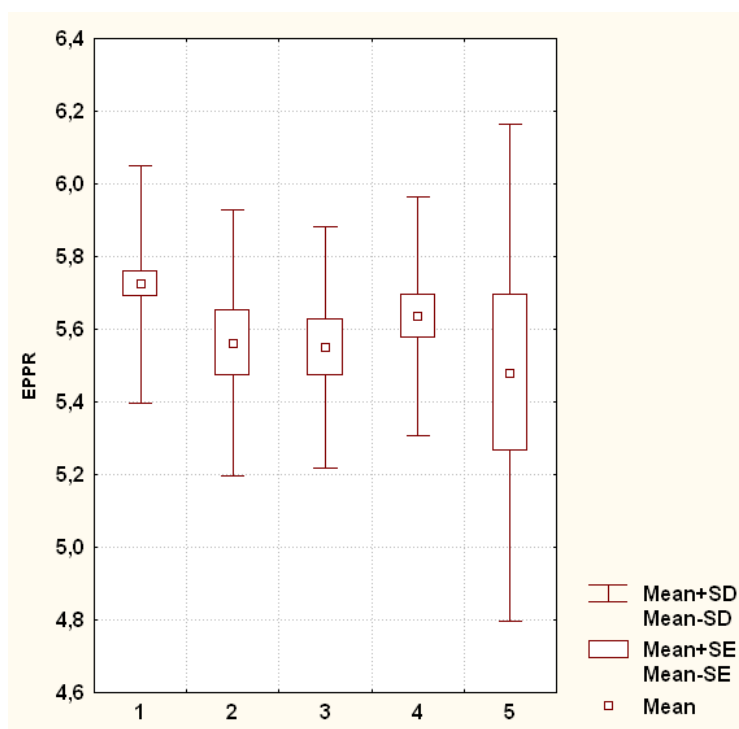


Рис. 3.25. Ширина дистального епіфіза передпліччя (EPPR) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

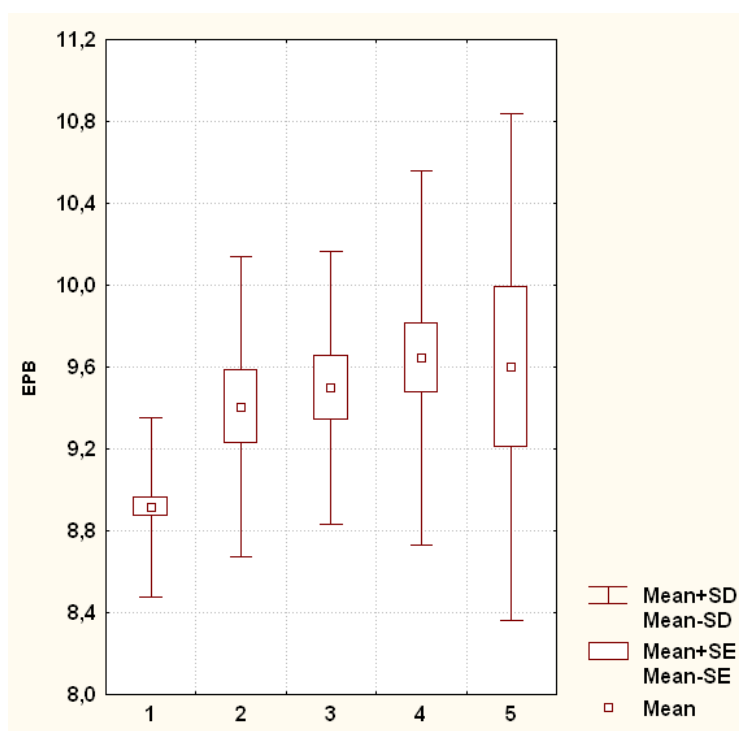


Рис. 3.26. Ширина дистального епіфіза стегна (EPB) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

вими чоловіками ($7,277 \pm 0,469$ см) (рис. 3.27, див. табл. В.4).

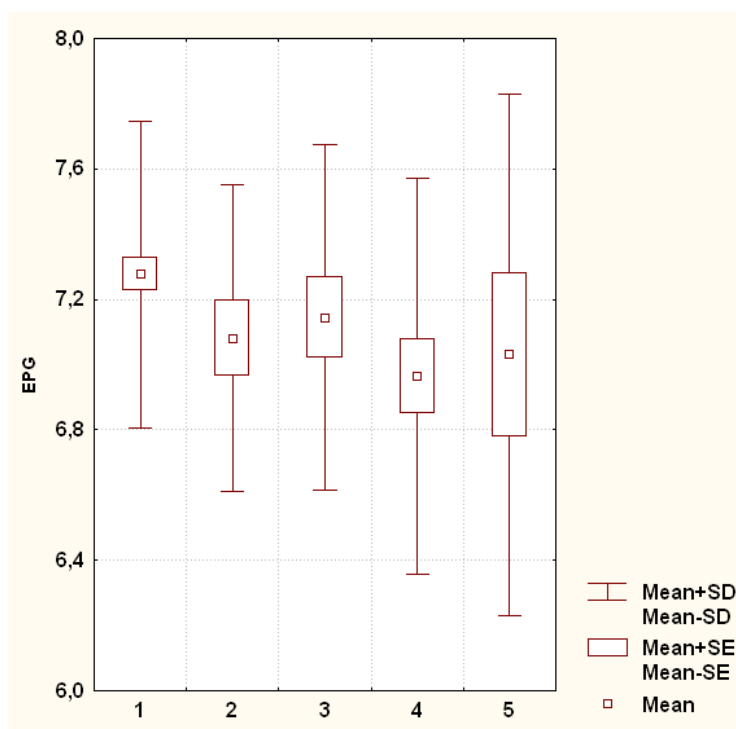


Рис. 3.27. Ширина дистального епіфіза гомілки (EPG) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

Встановлено, що *поперечний середньогрудний діаметр* достовірно ($p < 0,01-0,001$) більший у чоловіків із легким ($31,88 \pm 2,31$ см) і тяжким ($33,39 \pm 2,91$ см) перебігом істинної екземи та з легким ($32,64 \pm 4,47$ см) і тяжким ($33,10 \pm 6,15$ см) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($28,35 \pm 2,19$ см) (рис. 3.28, табл. В.5).

Поперечний нижньогрудний діаметр достовірно ($p < 0,01-0,001$) більший у чоловіків із легким ($27,69 \pm 2,12$ см) і тяжким ($29,28 \pm 3,06$ см) перебігом істинної екземи та з легким ($29,11 \pm 3,62$ см) і тяжким ($29,40 \pm 4,81$ см) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($25,30 \pm 2,26$ см) (рис. 3.29, див. табл. В.5).

Встановлено, що *передньо-задній середньогруднинний діаметр* достовірно ($p < 0,01-0,001$) більший у чоловіків із легким ($22,19 \pm 3,53$ см) і тяжким ($23,44 \pm 3,38$ см) перебігом істинної екземи та з легким ($23,89 \pm 4,77$ см) і тяжким ($23,30 \pm 3,68$ см) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($19,93 \pm 2,12$ см) (рис. 3.30, див. табл. В.5).

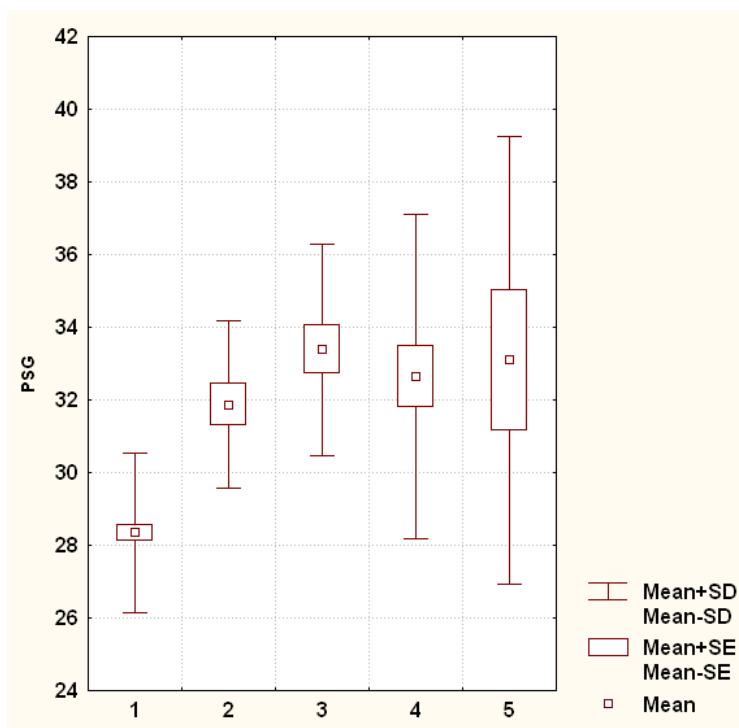


Рис. 3.28. Поперечний середньогрудний діаметр (PSG) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

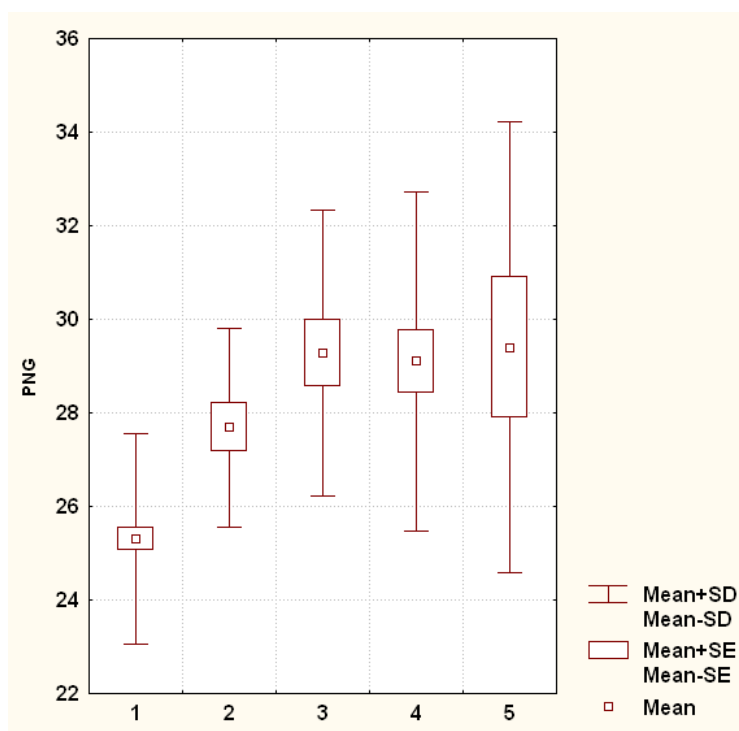


Рис. 3.29. Поперечний нижньогрудний діаметр (PNG) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

Встановлено, що *ширина плечей* достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у чоловіків із легким ($34,69 \pm 2,15$ см) і тяжким ($36,44 \pm 2,06$ см) перебігом істинної екземи та з легким ($35,46 \pm 2,43$ см) і тяжким ($36,20 \pm 3,55$ см) перебігом мікробної ек-

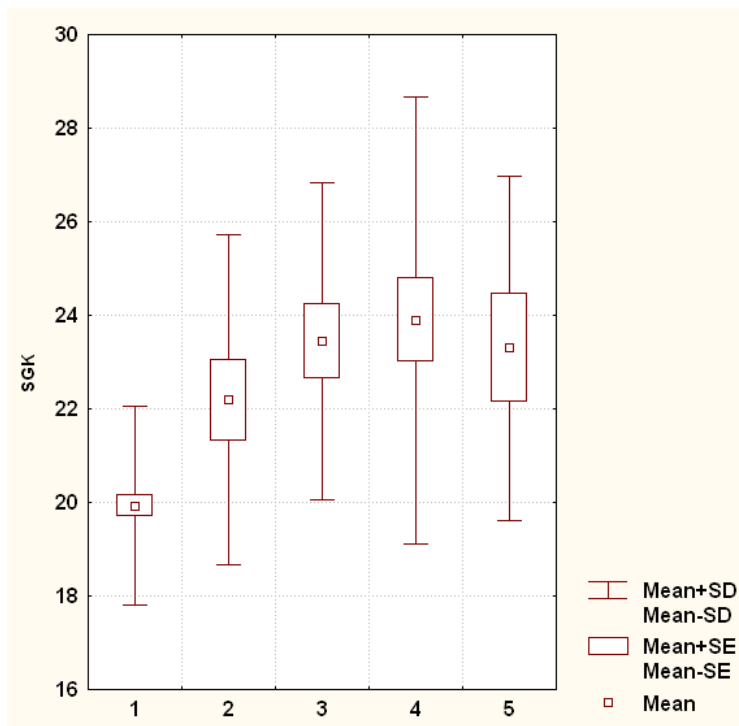


Рис. 3.30. Передньо-задній середньогруднинний діаметр (SGK) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

земи порівняно із практично здоровими чоловіками ($42,02 \pm 2,64$ см). Крім того, ширина плечей у чоловіків із легким перебігом істинної екземи достовірно ($p < 0,05$) менша та має виражену тенденцію ($p = 0,054$) до менших значень порівняно з хворими на істинну та мікробну екзему тяжкого перебігу (рис. 3.31, див. табл. В.5).

Встановлено, що *міжостьова відстань тазу* достовірно ($p < 0,01-0,001$) більша у чоловіків із легким ($29,00 \pm 1,93$ см) і тяжким ($29,78 \pm 1,86$ см) перебігом істинної екземи та з легким ($28,89 \pm 2,82$ см) і тяжким ($28,70 \pm 2,54$ см) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($26,33 \pm 1,98$ см) (рис. 3.32, див. табл. В.5).

Міжгребенева відстань тазу достовірно ($p < 0,01-0,001$) більша у чоловіків із легким ($32,38 \pm 2,25$ см) і тяжким ($33,56 \pm 2,06$ см) перебігом істинної екземи та з легким ($32,18 \pm 3,10$ см) і тяжким ($32,70 \pm 2,83$ см) перебігом мікробної екземи порівняно із практично здоровими чоловіками ($29,38 \pm 2,02$ см) (рис. 3.33, див. табл. В.5).

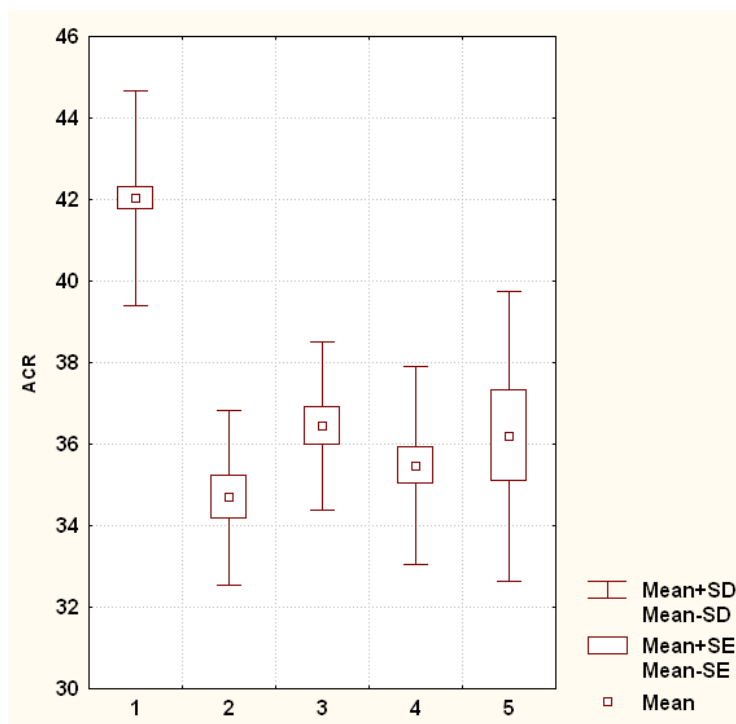


Рис. 3.31. Ширина плечей (ACR) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

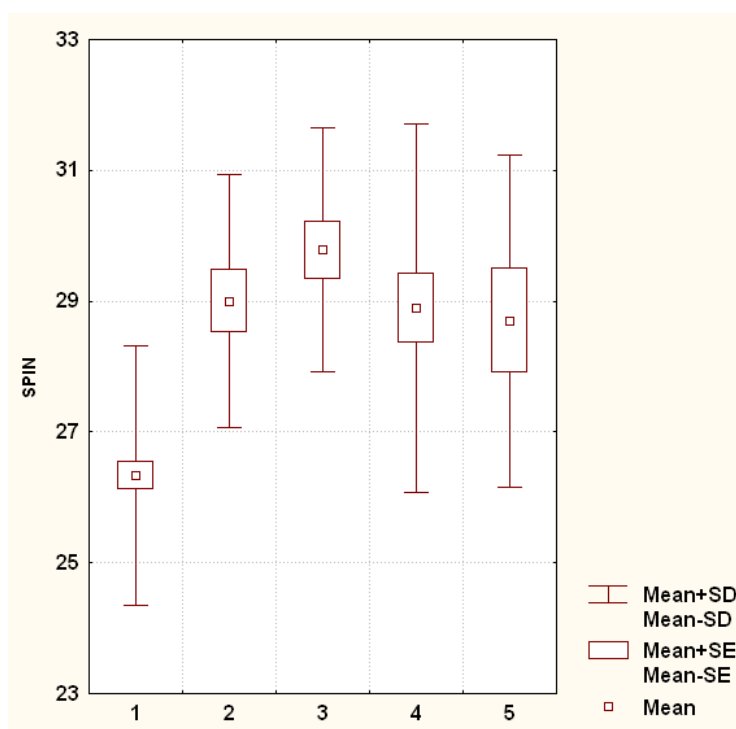


Рис. 3.32. Міжостьова відстань (SPIN) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

Міжвертлюгова відстань тазу достовірно ($p < 0,01-0,001$) більша у чоловіків із легким ($36,00 \pm 2,00$ см) і тяжким ($36,83 \pm 2,60$ см) перебігом істинної екземи та

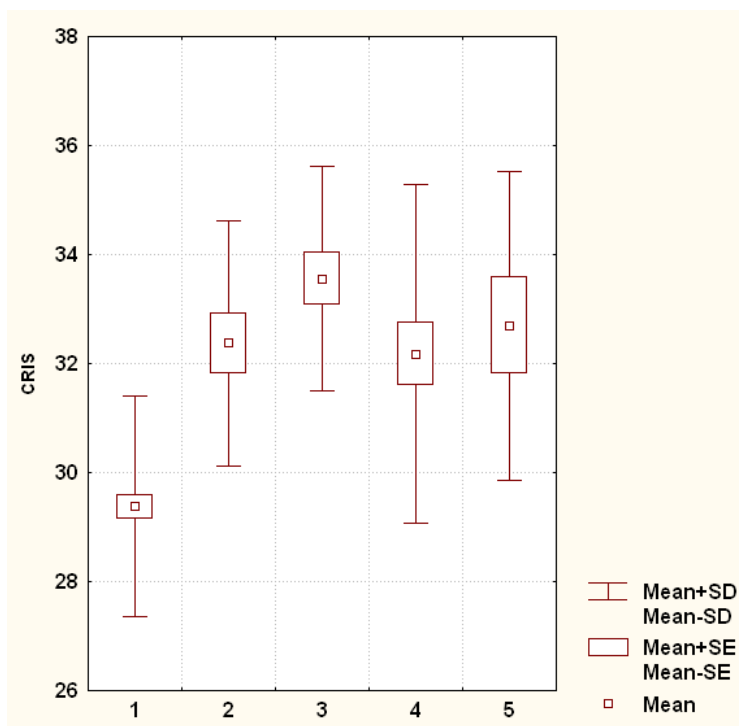


Рис. 3.33. Міжгребенева відстань (CRIS) у здорових і хорих на різні форми екземи чоловіків (см).

з легким ($36,21 \pm 2,81$ см) і тяжким ($35,70 \pm 2,75$ см) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($32,96 \pm 2,10$ см) (рис. 3.34, див. табл. В.5).

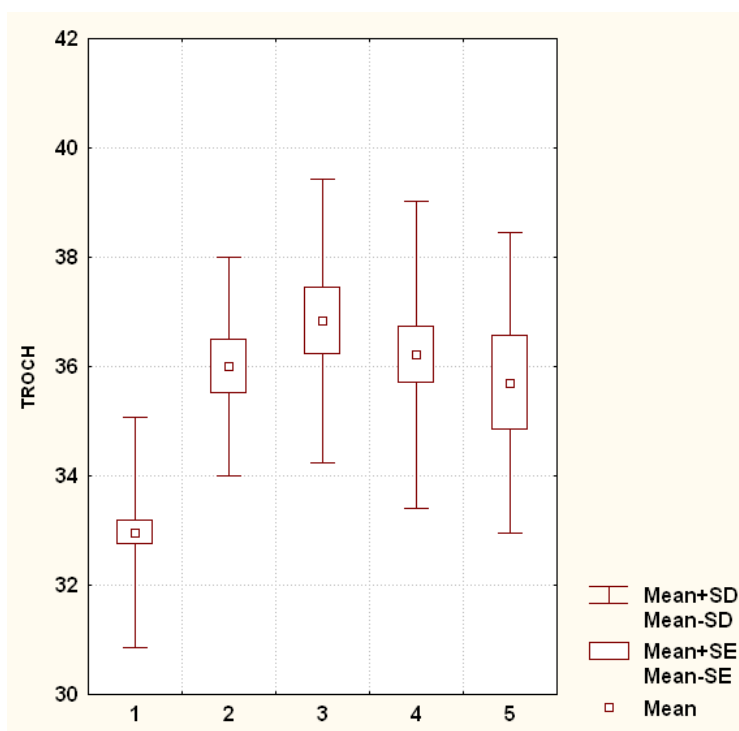


Рис. 3.34. Міжвертлюгова відстань (TROCH) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (см).

3.2. Особливості товщини шкірно-жирових складок

Встановлено, що *товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча* достовірно ($p < 0,001$ в усіх випадках) менша у чоловіків із легким ($2,938 \pm 1,389$ мм) і тяжким ($3,667 \pm 2,449$ мм) перебігом істинної екземи та з легким ($3,893 \pm 2,025$ мм) і тяжким ($4,100 \pm 2,424$ мм) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($7,848 \pm 2,914$ мм). Даний показник має тенденцію ($p = 0,079$) до менших значень у чоловіків з легким перебігом істинної екземи порівняно з чоловіками хворими на мікробну екзему аналогічної тяжкості перебігу (рис. 3.35, табл. В.6).

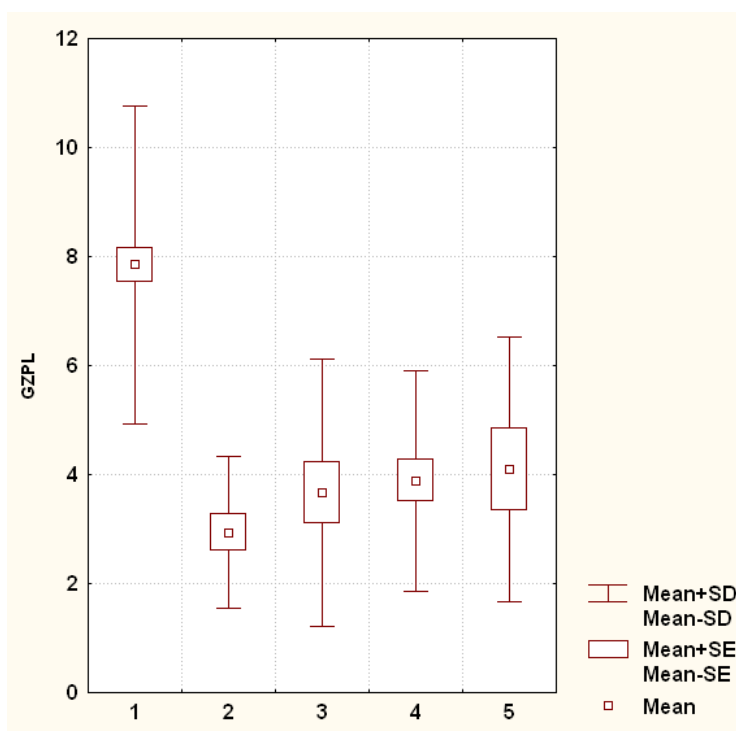


Рис. 3.35. Товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча (GZPL) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (мм).

Товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча достовірно ($p < 0,001$ в усіх випадках) менша у чоловіків із легким ($2,938 \pm 1,124$ мм) і тяжким ($2,994 \pm 1,259$ мм) перебігом істинної екземи та з легким ($3,250 \pm 1,351$ мм) і тяжким ($2,700 \pm 1,567$ мм) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($5,592 \pm 2,132$ мм) (рис. 3.36, див. табл. В.6).

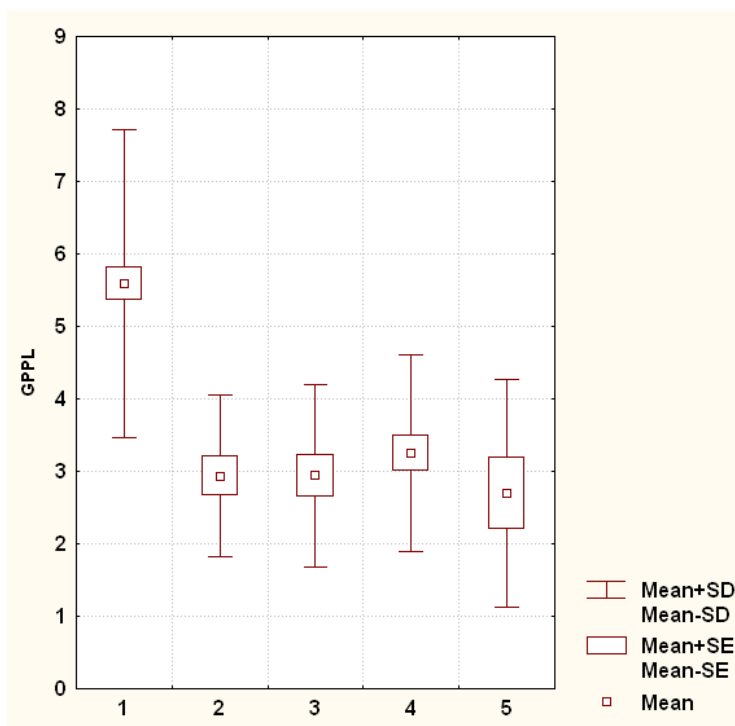


Рис. 3.36. Товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча (GPPL) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (мм).

Встановлено, що товщина шкірно-жирової складки на передпліччі достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у чоловіків із легким ($2,875 \pm 0,806$ мм) і тяжким ($3,056 \pm 0,998$ мм) перебігом істинної екземи та з легким ($3,214 \pm 0,917$ мм) і тяжким ($2,800 \pm 0,919$ мм) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($4,173 \pm 1,621$ мм) (рис. 3.37, див. табл. В.6).

Між здоровими та хворими на різні форми екземи чоловіками, а також між різними групами хворих чоловіків не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей для товщини шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки (рис. 3.38, див. табл. В.6).

Встановлено, що товщина шкірно-жирової складки на грудях достовірно ($p < 0,05-0,001$) менша у чоловіків із легким ($3,125 \pm 1,088$ мм) і тяжким ($3,944 \pm 1,434$ мм) перебігом істинної екземи та з легким ($3,357 \pm 1,254$ мм) і тяжким ($3,600 \pm 1,776$ мм) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($4,924 \pm 1,729$ мм) (рис. 3.39, див. табл. В.6).

Між здоровими та хворими на різні форми екземи чоловіками, а також між різними групами хворих чоловіків не встановлено достовірних або тенден-

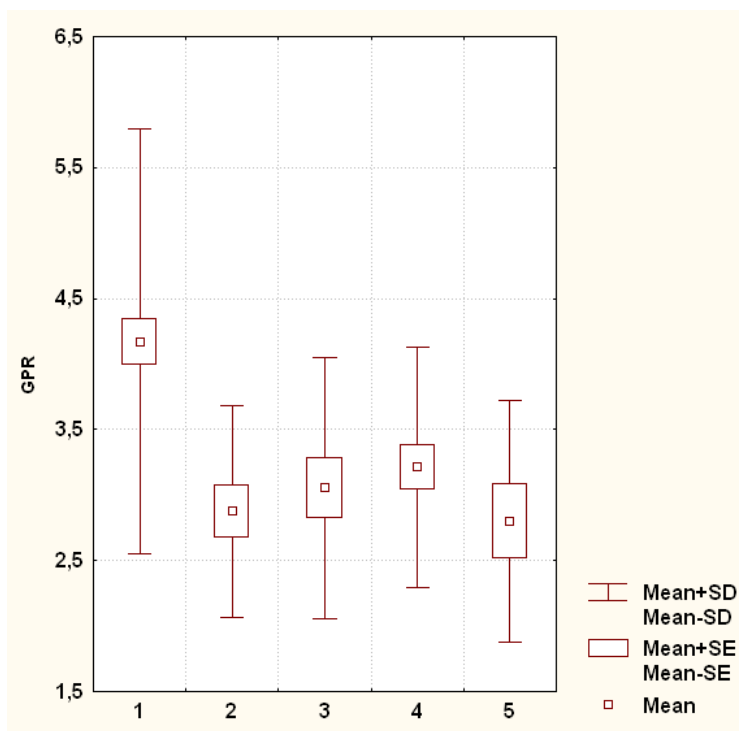


Рис. 3.37. Товщина шкірно-жирової складки на передпліччі (GPR) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (мм).

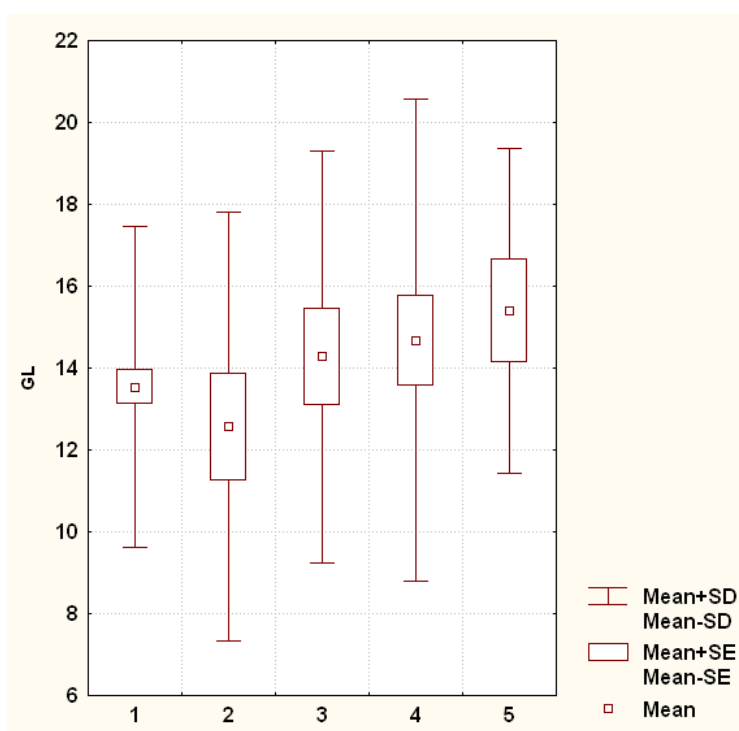


Рис. 3.38. Товщина шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки (GL) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (мм).

цій відмінностей для товщини шкірно-жирової складки на животі (рис. 3.40, див. табл. В.6).

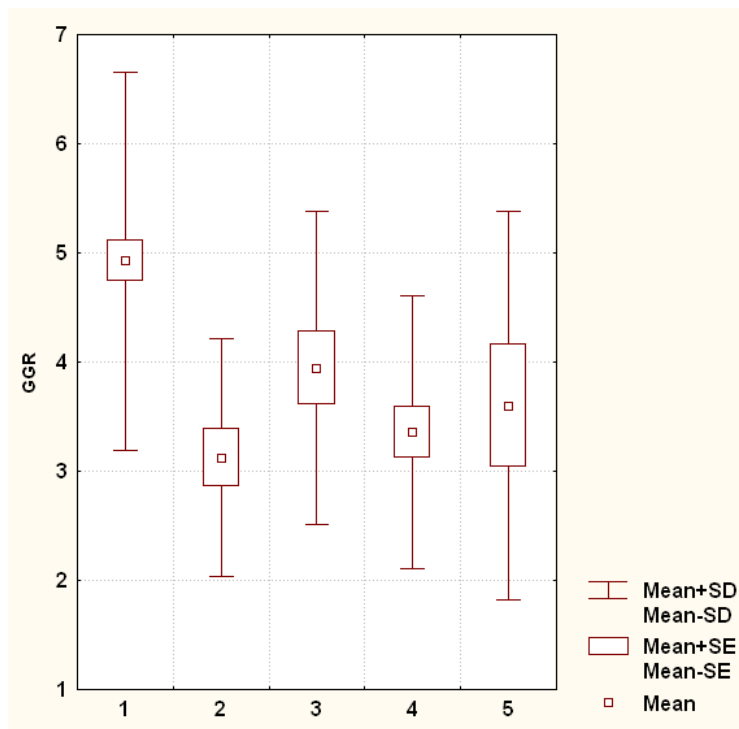


Рис. 3.39. Товщина шкірно-жирової складки на грудях (GCR) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (мм).

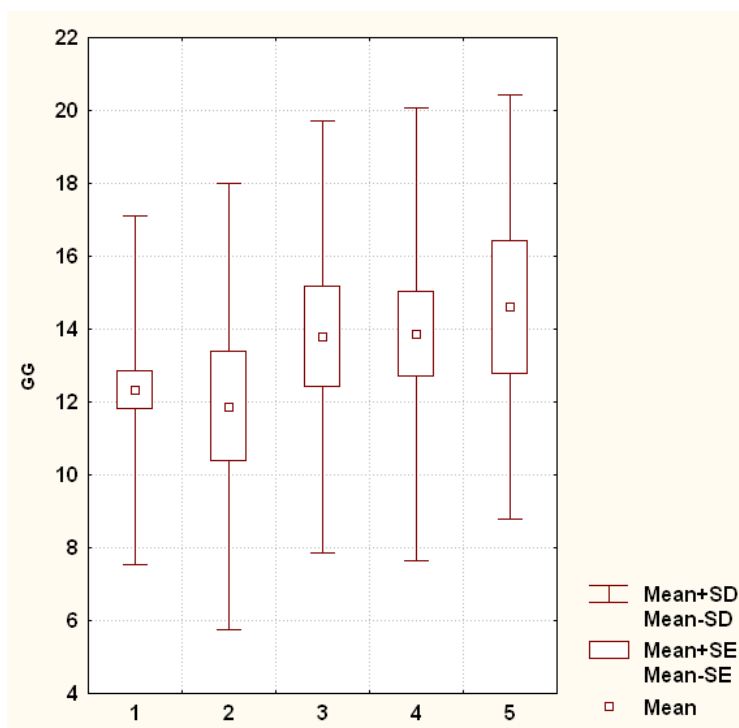


Рис. 3.40. Товщина шкірно-жирової складки на животі (GG) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (мм).

Встановлено, що товщина шкірно-жирової складки на боці достовірно ($p < 0,001$ в усіх випадках) більша у чоловіків із тяжким ($16,22 \pm 5,76$ мм) перебі-

гом істинної екземи та з легким ($16,86 \pm 6,04$ мм) і тяжким ($18,40 \pm 3,06$ мм) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($10,75 \pm 4,41$ мм). Даний показник має тенденцію ($p=0,069$) до менших значень у чоловіків із легким перебігом істинної екземи ($13,38 \pm 6,33$ мм) порівняно з чоловіками хворими на мікробну екзему аналогічної тяжкості перебігу, а також достовірно ($p<0,05$) менший, ніж у хворих на мікробну екзему тяжкого перебігу (рис. 3.41, див. табл. В.6).

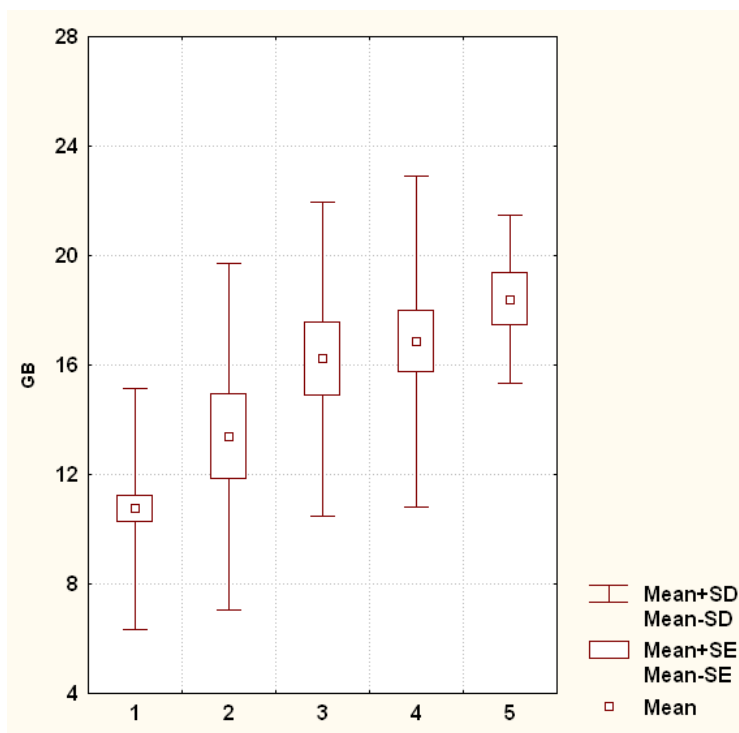


Рис. 3.41. Товщина шкірно-жирової складки на боку (GB) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (мм).

Встановлено, що товщина шкірно-жирової складки на стегні достовірно ($p<0,001$ в усіх випадках) менша у чоловіків із легким ($7,188 \pm 1,834$ мм) і тяжким ($7,222 \pm 2,045$ мм) перебігом істинної екземи та з легким ($8,679 \pm 3,044$ мм) і тяжким ($8,300 \pm 2,263$ мм) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($12,80 \pm 3,85$ мм). Даний показник має незначні тенденції ($p=0,085$ і $p=0,087$) до менших значень у чоловіків із легким перебігом істинної екземи порівняно з чоловіками хворими на мікробну екзему легкого та тяжкого перебігу (рис. 3.42, див. табл. В.6).

Товщина шкірно-жирової складки на гоміліці має тенденції ($p=0,078$ і $p=0,093$)

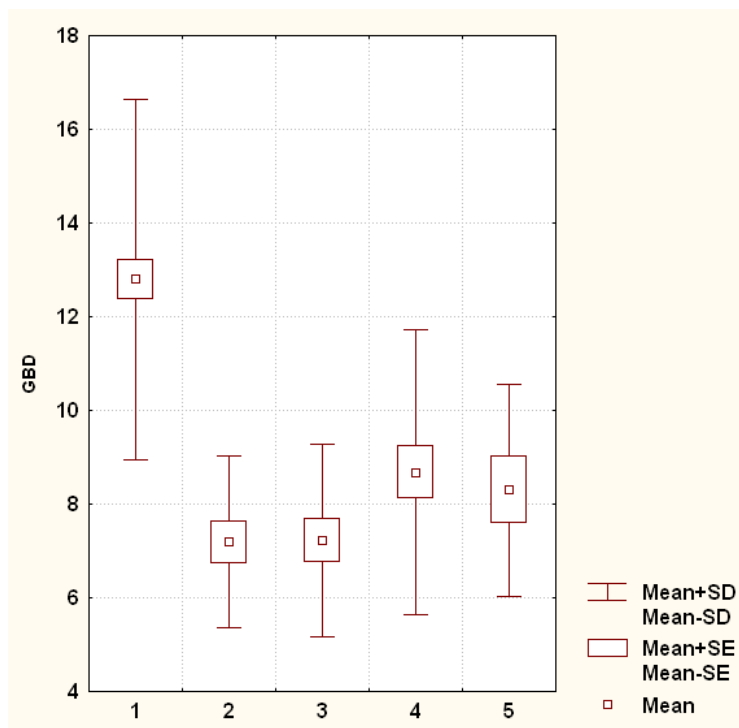


Рис. 3.42. Товщина шкірно-жирової складки на стегні (GBD) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (мм).

до менших значень у чоловіків із легким ($7,688 \pm 2,152$ мм) і тяжким ($7,667 \pm 1,495$ мм) перебігом істинної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($8,982 \pm 2,691$ мм) (рис. 3.43, див. табл. В.6).

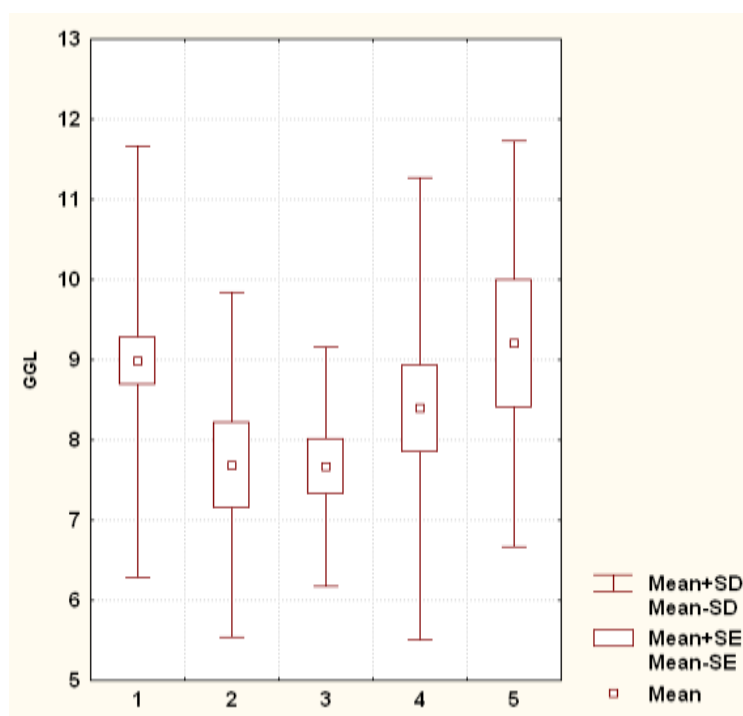


Рис. 3.43. Товщина шкірно-жирової складки на гомілці (GGL) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (мм).

3.3. Особливості компонентів соматотипу і показників компонентного складу маси тіла

Встановлено, що *величина ендоморфного компоненту соматотипу* достовірно ($p < 0,05$) більша у чоловіків із тяжким перебігом мікробної екземи ($3,855 \pm 0,767$ бал.) порівняно із здоровими чоловіками ($3,230 \pm 1,046$ бал.). Даний показник у чоловіків із легким перебігом істинної екземи ($2,869 \pm 1,222$ бал.) достовірно ($p < 0,05$) менший та має тенденцію ($p = 0,069$) до менших значень порівняно з хворими на мікробну екзему легкого ($3,553 \pm 1,274$ бал.) та тяжкого перебігу (рис. 3.44, табл. В.7).

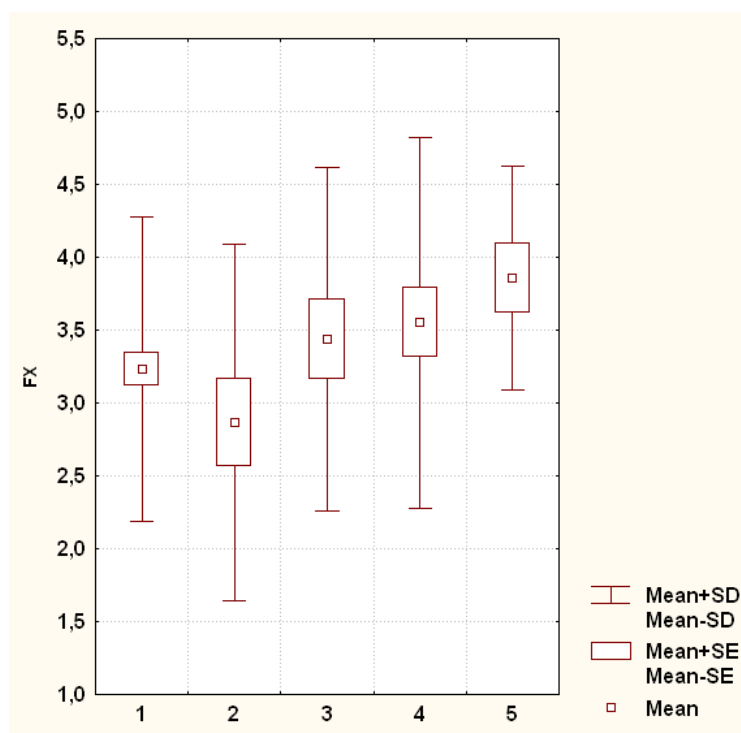


Рис. 3.44. Величина ендоморфного компоненту соматотипу (FX) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал).

Величина мезоморфного компоненту соматотипу достовірно ($p < 0,05-0,001$) більша у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($5,746 \pm 1,897$ бал.) і легким перебігом мікробної екземи ($6,018 \pm 2,023$ бал.) порівняно із здоровими чоловіками ($4,689 \pm 1,332$ бал.) (рис. 3.45, див. табл. В.7).

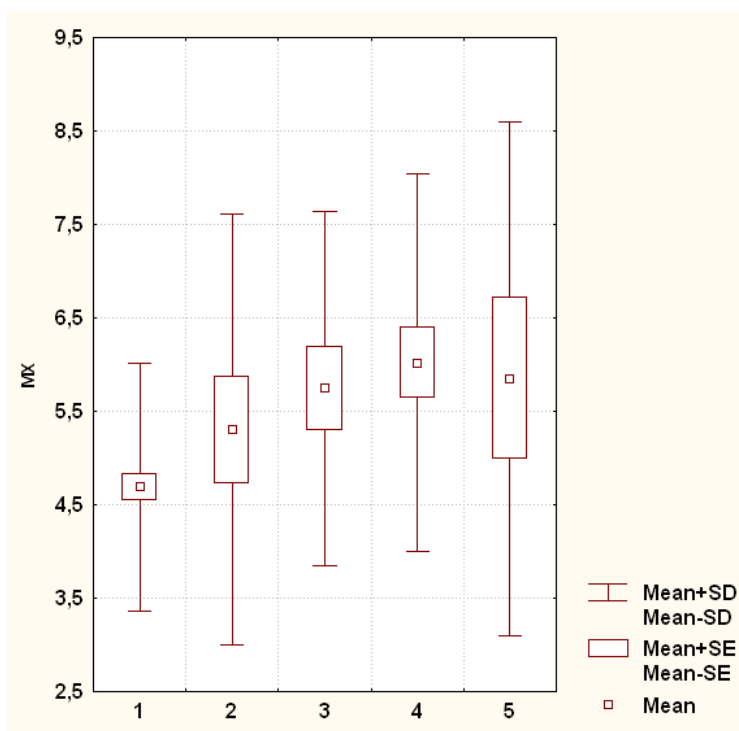


Рис. 3.45. Величина мезоморфного компонента соматотипу (MX) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал).

Величина ектоморфного компонента соматотипу достовірно ($p < 0,05-0,01$) менша у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($1,626 \pm 1,316$ бал.) та з легким ($1,697 \pm 1,540$ бал.) і тяжким ($1,538 \pm 1,371$ бал.) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($2,512 \pm 1,253$ бал.) (рис. 3.46, див. табл. В.7).

Встановлено, що величина м'язового компонента маси тіла достовірно ($p < 0,05-0,001$) більша у чоловіків із легким ($40,85 \pm 8,01$ кг) і тяжким ($44,01 \pm 7,96$ кг) перебігом істинної екземи та з легким ($41,80 \pm 8,30$ кг) і тяжким ($42,41 \pm 10,91$ кг) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($34,22 \pm 5,88$ кг) (рис. 3.47, див. табл. В.7).

Величина кісткового компонента маси тіла має лише незначну тенденцію ($p = 0,097$) до більших значень у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($11,61 \pm 1,29$ кг) порівняно із здоровими чоловіками ($11,01 \pm 1,30$ кг) (рис. 3.48, див. табл. В.7).

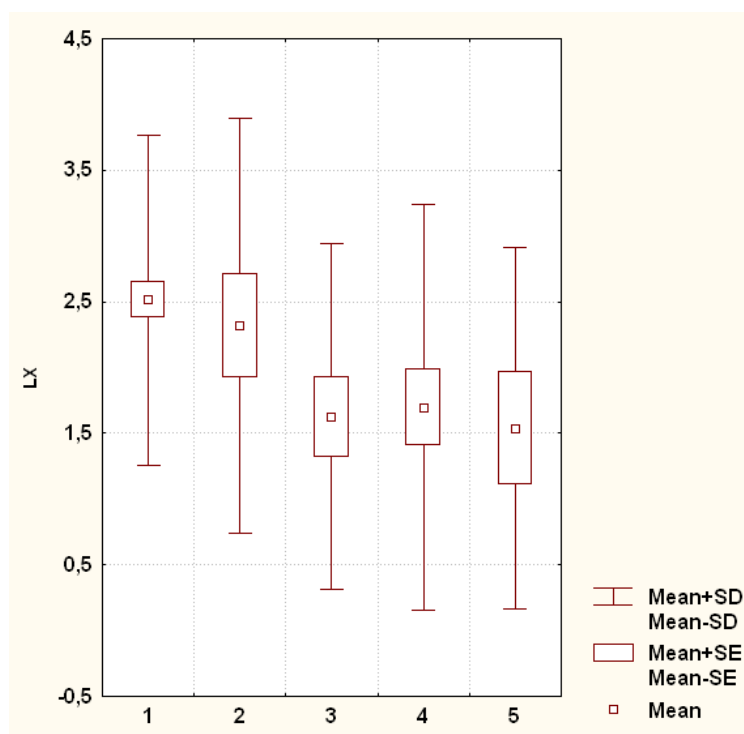


Рис. 3.46. Величина ектоморфного компоненту соматотипу (LX) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал).

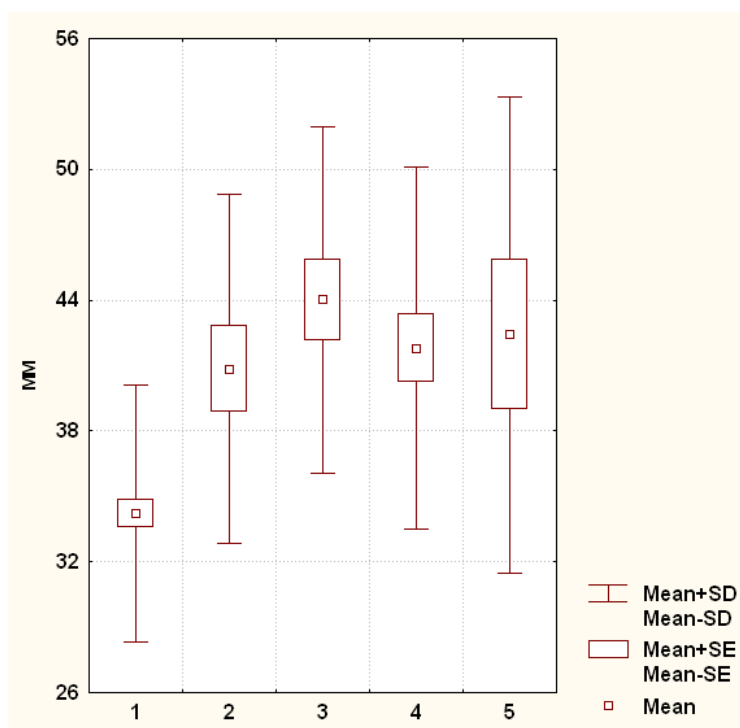


Рис. 3.47. Величина м'язового компоненту маси тіла (MM) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (кг).

Величина жирового компоненту маси тіла достовірно ($p < 0,01$) менша у чоловіків із легким перебігом істинної екземи ($8,384 \pm 3,372$ кг) порівняно із здоро-

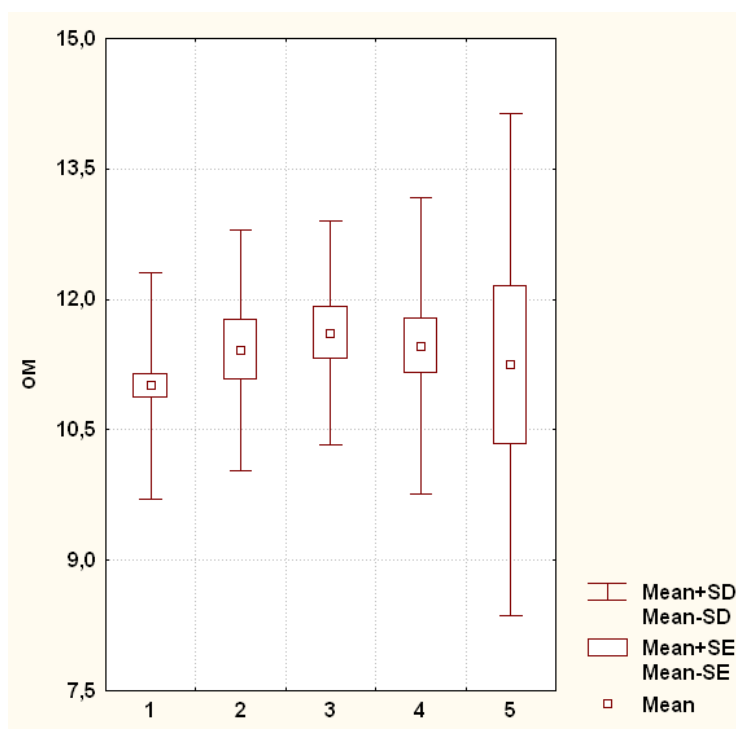


Рис. 3.48. Величина кісткового компоненту маси тіла (OM) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (кг).

вими чоловіками ($10,96 \pm 3,50$ кг) (рис. 3.49, див. табл. В.7).

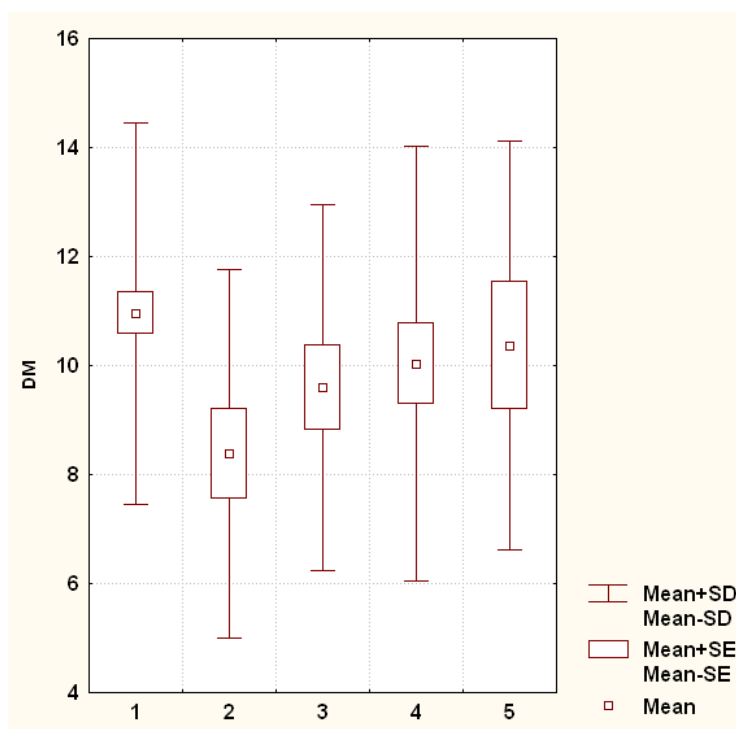


Рис. 3.49. Величина жирового компоненту маси тіла (DM) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (кг).

Встановлено достовірно більшу ($p < 0,05$) відсоткову частку мезоморфів серед досліджуваних із легким перебігом мікробної екземи (71,4 %) і тенденцію ($p = 0,062$) до більших значень у осіб із тяжким перебігом істинної екземи (72,2 %) порівняно із здоровими чоловіками (47,6 %). Також, встановлено тенденцію ($p = 0,073$) до менших значень відсоткової частки ектоморфів серед досліджуваних із тяжким перебігом істинної екземи (0 %) порівняно із групою контролю (15,9 %). Відсоткова частка осіб із середнім проміжним соматотипом достовірно більша ($p < 0,05$) серед досліджуваних із легким перебігом істинної екземи (25,0 %) порівняно із здоровими чоловіками (7,3 %) та особами з аналогічним перебігом мікробної екземи (3,6 %) (рис. 3.50, табл. В. 8).

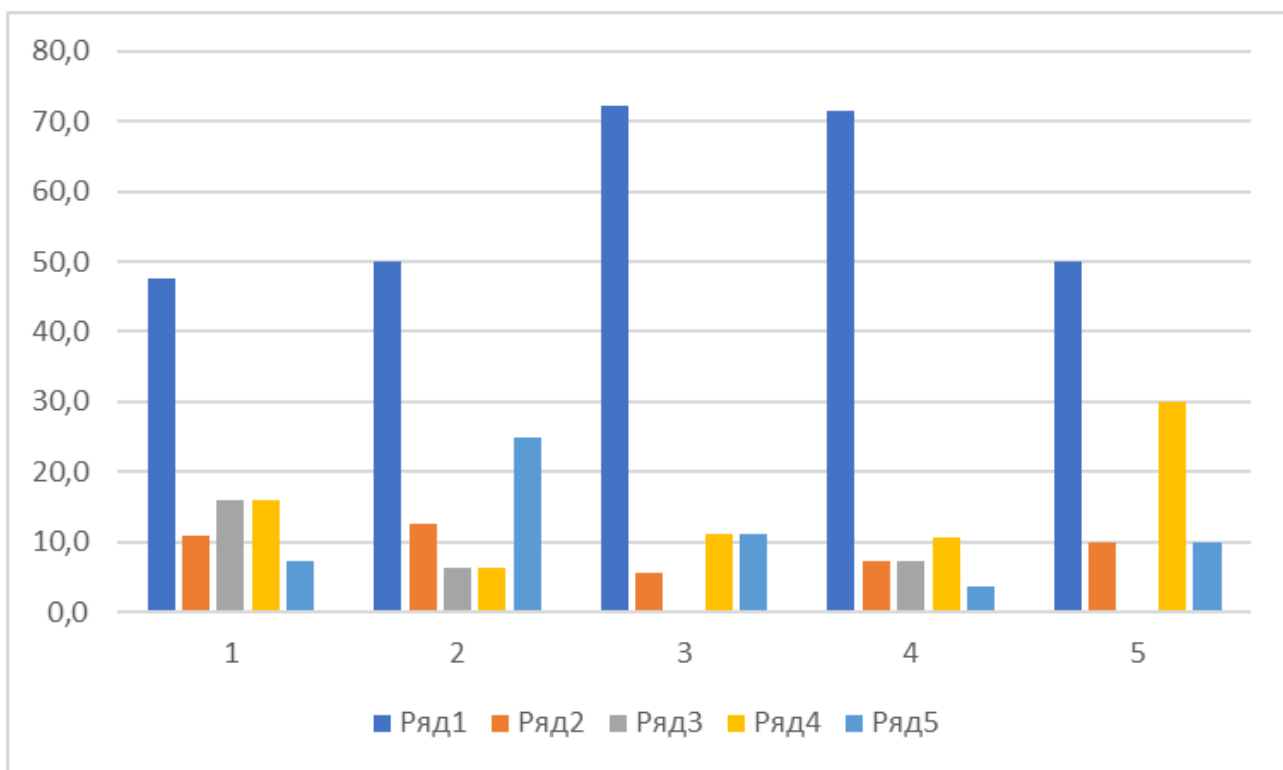


Рис. 3.50. Розподіл соматотипів у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (%). На даному рисунку: 1 – здорові чоловіки; 2 – хворі на істинну екзему легкого перебігу чоловіки; 3 – хворі на істинну екзему тяжкого перебігу чоловіки; 4 – хворі на мікробну екзему легкого перебігу чоловіки; 5 – хворі на мікробну екзему тяжкого перебігу чоловіки; Ряд 1 – мезоморфи; Ряд 2 – ектоморфи; Ряд 3 – екто-мезоморфи; Ряд 4 – ендо-мезоморфи; Ряд 5 – середній проміжний соматотип.

Таким чином, в ході здійснення порівняльного аналізу антропометричних і соматотипологічних показників між здоровими та хворими на істинну або мікробну екзему легкого або тяжкого перебігу чоловіками встановлені достовірні та тенденції відмінностей (окрім обхвату передпліччя у нижній частині, обхвату кисті, товщини шкірно-жирових складок під нижнім кутом лопатки і на животі), що створює передумови для розуміння конституціональних особливостей перебігу та факторів ризику даного дерматозу. Це, в свою чергу, позбавляє суб'єктивізму, так поширеного в клінічній медицині, де як і раніше, широко використовується середньостатистичний підхід до пацієнта без урахування його конституціональної приналежності, що істотно знижує ефективність впроваджуваних лікувальних і профілактичних програм.

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами в двох статтях у фахових наукових журналах України [54, 94] (одна з яких відноситься до міжнародної наукометричної бази Web of Science), в статті у закордонному фаховому журналі (Польща) [55] та в трьох тезах міжнародних науково-практичних конференцій [2, 4, 5].

РОЗДІЛ 4

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ У ЧОЛОВІКІВ ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ ЕКЗЕМИ

4.1. Оцінка провідних типологічних характеристик темпераменту та психодинамічних особливостей особистості

Встановлено, що *показник за шкалою екстраверсії-інтроверсії за Айзенком* має незначну тенденцію ($p=0,082$) до більших значень у чоловіків із легким перебігом мікробної екземи ($14,68 \pm 3,04$ бал.) порівняно із чоловіками з тяжким перебігом мікробної екземи ($12,80 \pm 3,29$ бал.) (рис. 4.1, табл. Г.1).

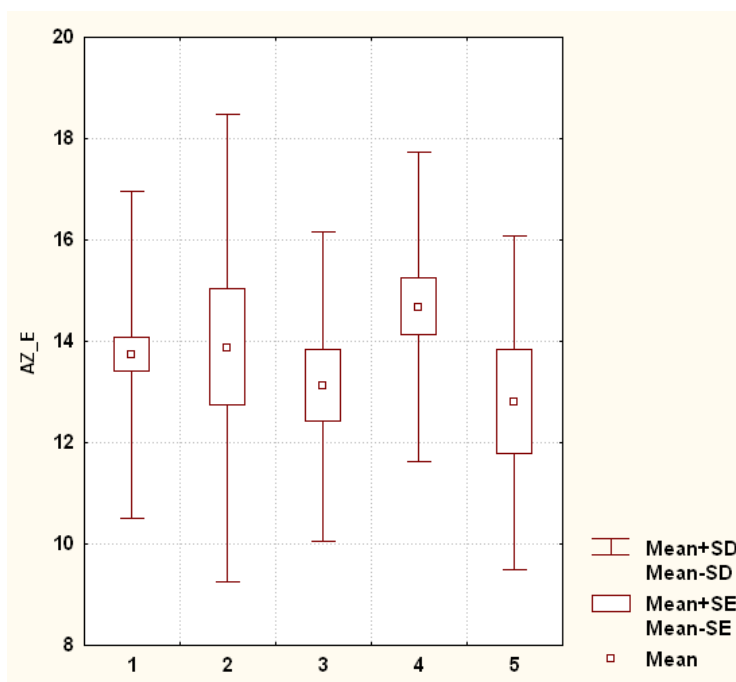


Рис. 4.1. Величина показника за шкалою екстраверсії-інтроверсії за Айзенком (AZ_E) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

Відсоток осіб із *інтроверсією* має тенденцію ($p=0,062$) до більших значень у чоловіків із легким перебігом істинної екземи порівняно з чоловіками з аналогічним перебігом мікробної екземи (відповідно 12,50 % і 0 %) (табл. Г.2).

Відсоток осіб з *амбіверсією* достовірно менший ($p < 0,05$) у чоловіків із легким перебігом мікробної екземи порівняно з чоловіками з тяжким перебігом мікробної екземи (відповідно 32,14 % і 70,00 %) (див. табл. Г.2). Відсоток осіб із *потенційною екстравертованістю* достовірно менший ($p < 0,05$) у чоловіків із тяжким перебігом мікробної екземи (0 %) порівняно з чоловіками із легким перебігом мікробної екземи (46,43 %) та з досліджуваними з тяжким перебігом істинної екземи (38,89 %), а також має тенденцію ($p = 0,061$) до менших значень порівняно з чоловіками з легким перебігом істинної екземи (31,25 %). У чоловіків контрольної групи відсоток осіб із *потенційною екстравертованістю* достовірно більший ($p < 0,05$) порівняно з чоловіками з тяжким перебігом мікробної екземи (відповідно 42,68 % і 0 %) (див. табл. Г.2).

Встановлено, що *величина показника за шкалою нейротизму за Айзенком* достовірно ($p < 0,05$) менша у чоловіків з легким перебігом істинної екземи ($7,063 \pm 3,732$ бал.) і має виражену тенденцію ($p = 0,054$) до менших значень у чоловіків із легким перебігом мікробної екземи ($8,143 \pm 4,712$ бал.) порівняно із здоровими чоловіками ($10,29 \pm 5,52$ бал.) (рис. 4.2, див. табл. Г.1).

Відсоток осіб із *низьким рівнем нейротизму* має виражену тенденцію ($p = 0,051$) до більших значень у чоловіків із легким перебігом істинної екземи порівняно з чоловіками з тяжким перебігом аналогічної форми екземи (відповідно 62,50 % і 27,78 %). У чоловіків контрольної групи відсоток осіб із *низьким рівнем нейротизму* (10,98 %) достовірно менший ($p < 0,05-0,001$) порівняно з чоловіками з легким перебігом істинної екземи та легким і тяжким перебігом мікробної екземи (відповідно 62,50 %, 42,68 % і 40,00 %), а також має тенденцію ($p = 0,066$) до менших значень порівняно з чоловіками з тяжким перебігом істинної екземи (27,78 %) (див. табл. Г.2). Відсоток осіб із *потенційно низьким рівнем нейротизму* достовірно більший ($p < 0,05-0,01$) у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи (55,56 %) порівняно з чоловіками з легким перебігом аналогічної форми екземи (6,25 %) та легким перебігом мікробної екземи (17,86 %), а також має тенденцію ($p = 0,080$) до більших значень порівняно з чоловіками із тяжким перебігом мікробної екземи (20,00 %). Відсоток осіб із по-

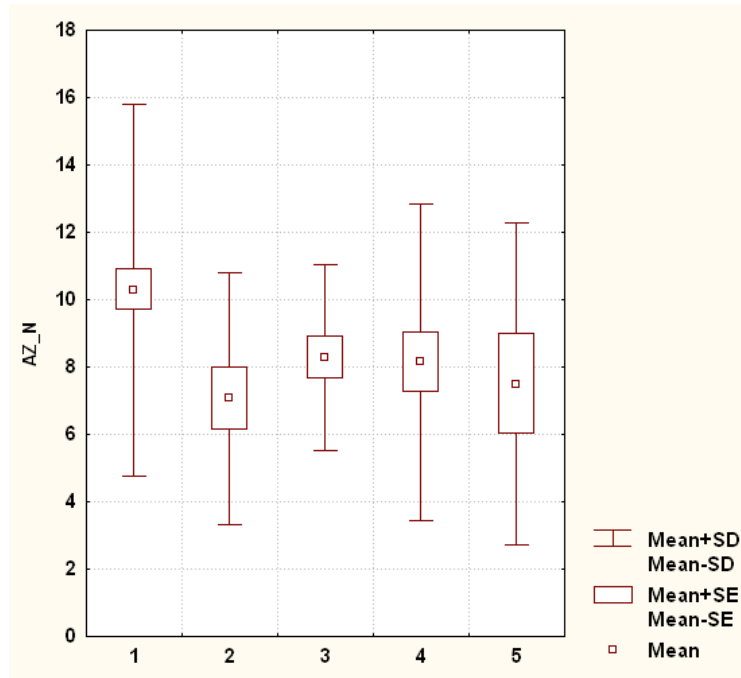


Рис. 4.2. Величина показника за шкалою нейротизму за Айзенком (AZ_N) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

тенційно низьким рівнем нейротизму достовірно менший ($p < 0,05$) у чоловіків із легким перебігом істинної екземи порівняно із здоровими чоловіками (відповідно 6,25 % і 34,15 %) (див. табл. Г.2). У чоловіків контрольної групи відсоток осіб із *потенційно високим рівнем нейротизму* має тенденцію ($p = 0,073$) до більших значень порівняно з чоловіками з тяжким перебігом істинної екземи (відповідно 15,85 % і 0 %) (див. табл. Г.2).

Встановлено, що *величина показника за шкалою нещирості за Айзенком* достовірно ($p < 0,001$ в усіх випадках) більша у чоловіків із легким ($5,500 \pm 1,506$ бал.) і тяжким ($5,556 \pm 2,064$ бал.) перебігом істинної екземи та з легким ($5,321 \pm 1,467$ бал.) і тяжким ($5,900 \pm 1,853$ бал.) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками ($3,329 \pm 1,078$ бал.) (рис. 4.3, див. табл. Г.1).

Відсоток осіб *схильних до щирості* осіб має тенденцію ($p = 0,075$) до менших значень у чоловіків із легким перебігом істинної екземи порівняно із здоровими чоловіками (відповідно 12,50 % і 35,37 %) (див. табл. Г.2). Відсоток осіб *схильних до нещирості* осіб має тенденцію ($p = 0,075$) до більших значень у чоловіків із легким перебігом істинної екземи порівняно із здоровими чоловіками (відповідно 87,50 % і 64,63 %) (див. табл. Г.2).

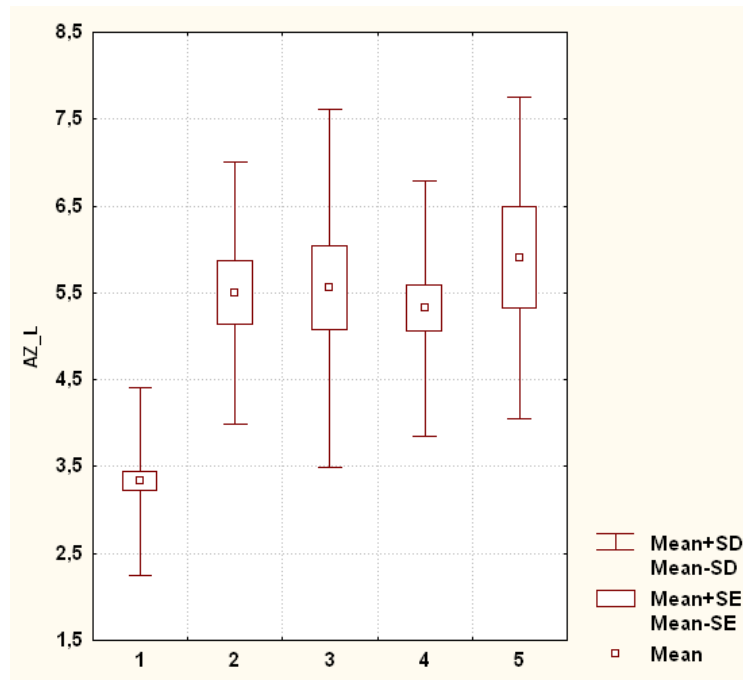


Рис. 4.3. Величина показника за шкалою нещирості за Айзенком (AZ_L) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

Встановлено, що *величина показника ситуативної (реактивної) тривожності за Спілбергером* достовірно ($p < 0,05$) менша у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($36,67 \pm 6,26$ бал.) і має виражену тенденцію ($p = 0,051$) до менших значень у чоловіків із легким перебігом істинної екземи ($35,60 \pm 5,03$ бал.) порівняно із здоровими чоловіками ($40,09 \pm 7,46$ бал.) (рис. 4.4, див. табл. Г.1).

Відсоток осіб із *низьким рівнем ситуативної (реактивної) тривожності за Спілбергером* достовірно більший ($p < 0,01$) у чоловіків із тяжким перебігом мікробної екземи (30,00 %) та має виражену тенденцію ($p = 0,052$) до більших значень у чоловіків із легким перебігом істинної екземи (18,75 %) порівняно з групою контролю (4,88 %) (табл. Г.3). Відсоток осіб із *середнім рівнем ситуативної (реактивної) тривожності за Спілбергером* достовірно менший ($p < 0,05$ в обох випадках) у чоловіків із тяжким перебігом мікробної екземи (40,00 %) порівняно з чоловіками з легким перебігом мікробної екземи (78,57 %) та з досліджуваними з тяжким перебігом істинної екземи (83,33 %). У чоловіків групи контролю відсоток осіб з середнім рівнем ситуативної (реактивної) тривожності

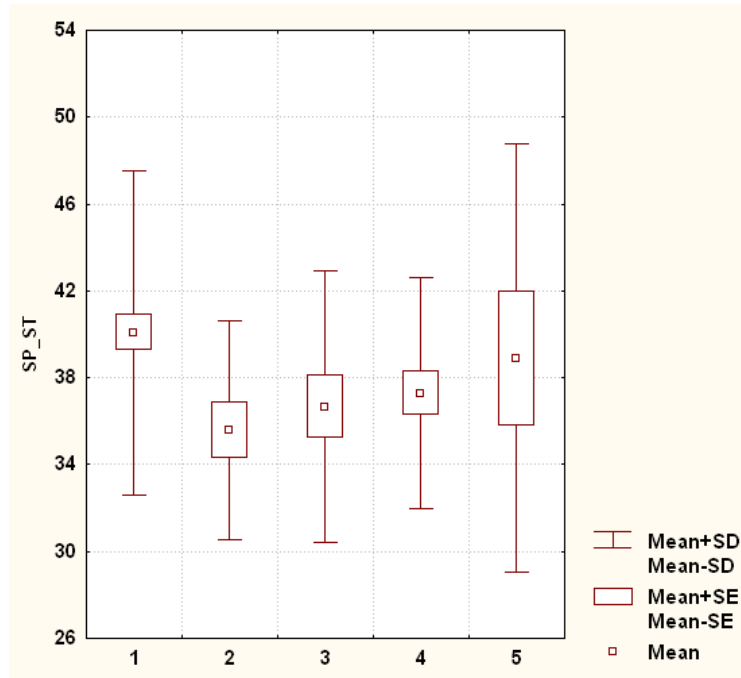


Рис. 4.4. Величина показника ситуативної (реактивної) тривожності за Спілбергером (SP_ST) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

за Спілбергером достовірно більший ($p < 0,05$) порівняно з чоловіками з тяжким перебігом мікробної екземи (відповідно 73,17 % і 40,00 %) (див. табл. Г.3). Відсоток осіб із високим рівнем ситуативної (реактивної) тривожності за Спілбергером у чоловіків із тяжким перебігом мікробної екземи (30,00 %) достовірно ($p < 0,05$) більший та має тенденцію ($p = 0,075$) до більших значень порівняно з чоловіками з легким перебігом істинної екземи та легким перебігом мікробної екземи (відповідно 0 % і 7,14 %). У чоловіків групи контролю відсоток осіб з високим рівнем ситуативної (реактивної) тривожності за Спілбергером достовірно більший ($p < 0,05$) порівняно з чоловіками з легким перебігом істинної екземи (відповідно 20,73 % і 0 %) (див. табл. Г.3).

Встановлено, що величина показника особистісної тривожності за Спілбергером достовірно ($p < 0,01$) менша у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($33,33 \pm 10,79$ бал.) порівняно із здоровими чоловіками ($38,47 \pm 7,21$ бал.). Крім того, величина даного показника у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи достовірно ($p < 0,05$) менша порівняно з чоловіками з легким перебігом мікробної екземи ($36,93 \pm 6,36$ бал.) (рис. 4.5, див. табл. Г.1).

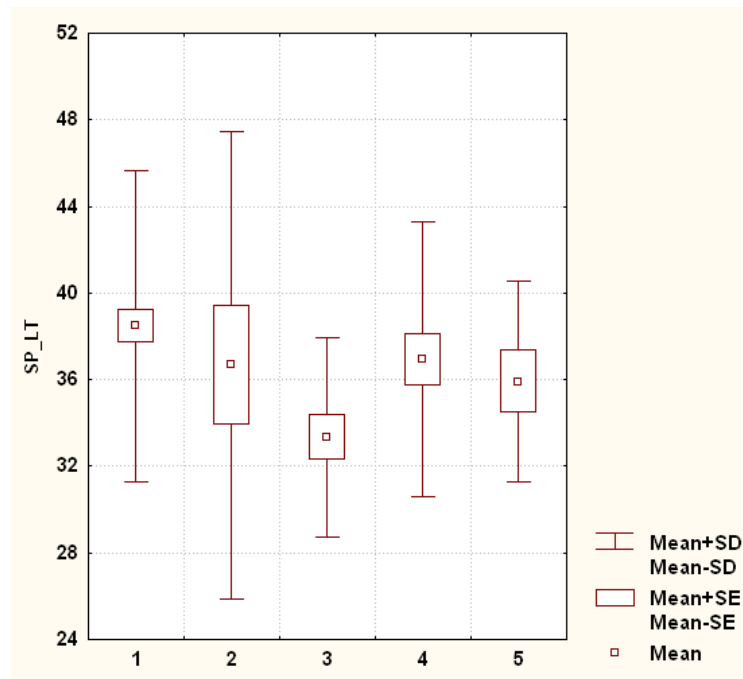


Рис. 4.5. Величина показника особистісної тривожності за Спілбергером (SP_LT) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

Відсоток осіб із *низьким рівнем особистісної тривожності за Спілбергером* має тенденцію ($p=0,064$) до більших значень у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи порівняно з групою контролю (відповідно 33,33 % і 14,63 %) (див. табл. Г.3). Відсоток осіб із *помірним рівнем особистісної тривожності за Спілбергером* достовірно ($p<0,05$) більший у чоловіків із тяжким перебігом мікробної екземи порівняно з чоловіками з легким перебігом істинної екземи (відповідно 90,00 % і 43,75 %) (див. табл. Г.3). Відсоток осіб із *високим рівнем особистісної тривожності за Спілбергером* має тенденцію ($p=0,063$) до більших значень у чоловіків із легким перебігом істинної екземи порівняно з чоловіками з тяжким перебігом аналогічної форми екземи (відповідно 18,75 % і 0 %). Також, відсоток осіб із високим рівнем особистісної тривожності за Спілбергером має виражену тенденцію ($p=0,052$) до менших значень у чоловіків з тяжким перебігом істинної екземи порівняно з групою контролю (відповідно 0 % і 18,29 %) (див. табл. Г.3).

4.2. Вираженість і особливості акцентуєваних рис особистості

Встановлено, що *величина показника акцентуації характеру гіпертимного типу за Шмішеком* достовірно ($p < 0,01-0,05$) більша у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($21,00 \pm 2,30$ бал.) порівняно із здоровими чоловіками ($17,45 \pm 4,52$ бал.) і чоловіками з легким перебігом істинної екземи ($14,80 \pm 8,37$ бал.). Крім того, величина даного показника достовірно ($p < 0,05$ в обох випадках) більша у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи порівняно із представниками з мікробною екземою легкого ($17,57 \pm 5,40$ бал.) і тяжкого ($18,30 \pm 2,98$ бал.) перебігу (рис. 4.6, табл. Г.4).

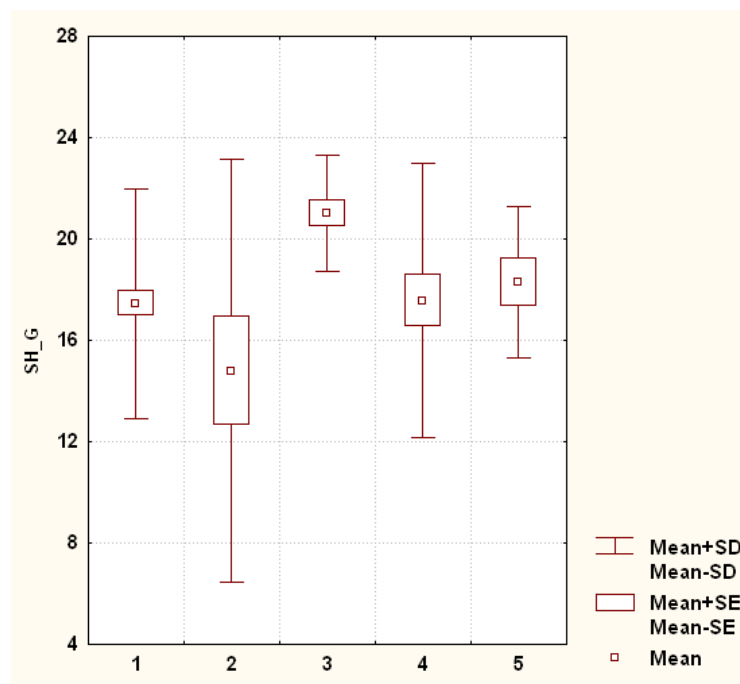


Рис. 4.6. Величина показника акцентуації характеру гіпертимного типу за Шмішеком (SH_G) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

Відсоток осіб із *відсутністю акцентуації характеру за гіпертимним типом за Шмішеком* достовірно ($p < 0,05-0,001$) менший у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи (0 %) порівняно з чоловіками з легким перебігом істинної екземи (37,50 %) та з легким перебігом мікробної екземи (21,43 %). Відсоток осіб із відсутністю акцентуації характеру за гіпертимним типом за Шмі-

шеком достовірно ($p < 0,05$) менший у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи порівняно із чоловіками групи контролю (23,17 %) (табл. Г.5). Відсоток осіб із *схильністю до розвитку акцентуації за гіпертимним типом за Шмішеком* достовірно ($p < 0,05$) більший та має тенденцію ($p = 0,073$) до більших значень у досліджуваних чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи (50,00 %) порівняно з чоловіками з легким і тяжким перебігом істинної екземи (відповідно 12,50 % і 16,67 %). Відсоток осіб із *схильністю акцентуації характеру за гіпертимним типом за Шмішеком* достовірно ($p < 0,05$) менший у чоловіків із легким перебігом істинної екземи і має тенденцію ($p = 0,075$) до менших значень у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи порівняно із чоловіками групи контролю (39,02 %) (див. табл. Г.5). Відсоток осіб із *наявністю акцентуації за гіпертимним типом за Шмішеком* достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи (83,33 %) порівняно з чоловіками з легким перебігом істинної екземи та з легким і тяжким перебігом мікробної екземи (відповідно 53,57 % і 40,00 %). Відсоток осіб з *наявністю акцентуації характеру за гіпертимним типом за Шмішеком* достовірно ($p < 0,001$) більший у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи порівняно із чоловіками групи контролю (37,80 %) (див. табл. Г.5).

Встановлено, що *величина показника акцентуації характеру застрягаючого типу за Шмішеком* достовірно ($p < 0,05$) більша у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($14,00 \pm 2,47$ бал.) порівняно з чоловіками з легким перебігом істинної екземи ($11,73 \pm 2,71$ бал.) (рис. 4.7, див. табл. Г.4).

Для *відсоткових часток осіб з відсутністю, схильністю і наявністю акцентуації характеру за застрягаючим типом за Шмішеком* не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей при порівнянні між чоловіками з різними формами і ступенями тяжкості екземи (див. табл. Г.5).

Між хворими на різні форми екземи чоловіками і/або здоровими чоловіками не встановлено достовірних відмінностей для *величини показника акцентуації характеру емотивного типу за Шмішеком*. Лише у чоловіків із легким перебігом істинної екземи ($13,20 \pm 3,73$ бал.) величина даного показника має нез-

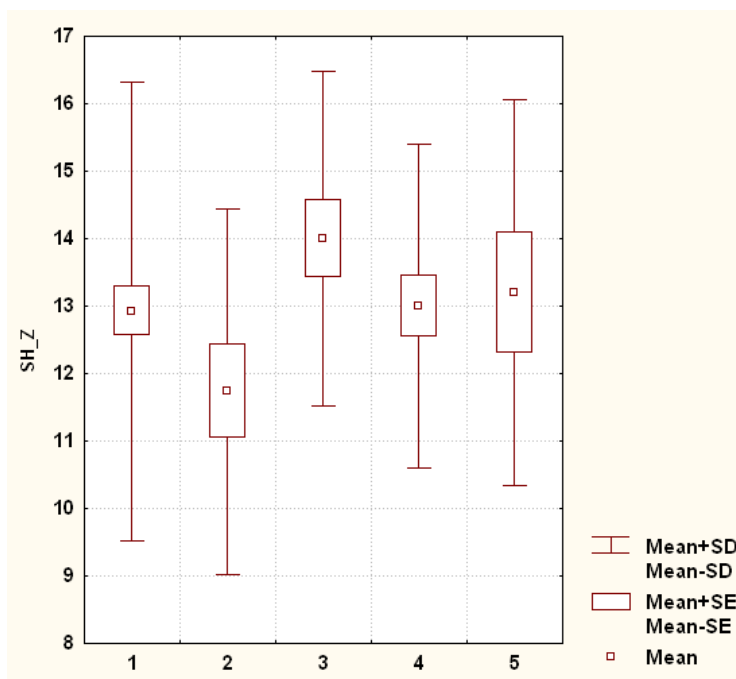


Рис. 4.7. Величина показника акцентуації характеру застрягаючого типу за Шмішеком (SH_Z) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

начну тенденцію ($p=0,086$) до більших значень, ніж у представників із тяжким перебігом мікробної екземи ($11,57 \pm 3,34$ бал.) (рис. 4.8, див. табл. Г.4).

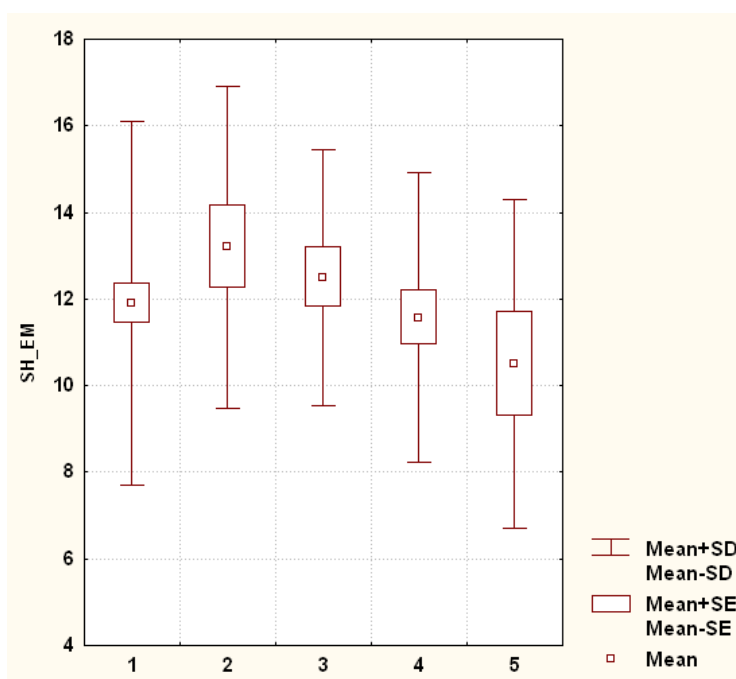


Рис. 4.8. Величина показника акцентуації характеру емотивного типу за Шмішеком (SH_EM) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

Для відсоткових часток осіб з відсутністю, схильністю і наявністю акцентуації характеру за емотивним типом за Шмішеком не встановлено досто-

вірних або тенденцій відмінностей при порівнянні між чоловіками з різними формами і ступенями тяжкості екземи (див. табл. Г.5).

Між здоровими та хворими на різні форми екземи чоловіками та між хворими чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей для величини показника акцентуації характеру педантичного типу за Шмішеком (рис. 4.9, див. табл. Г.4).

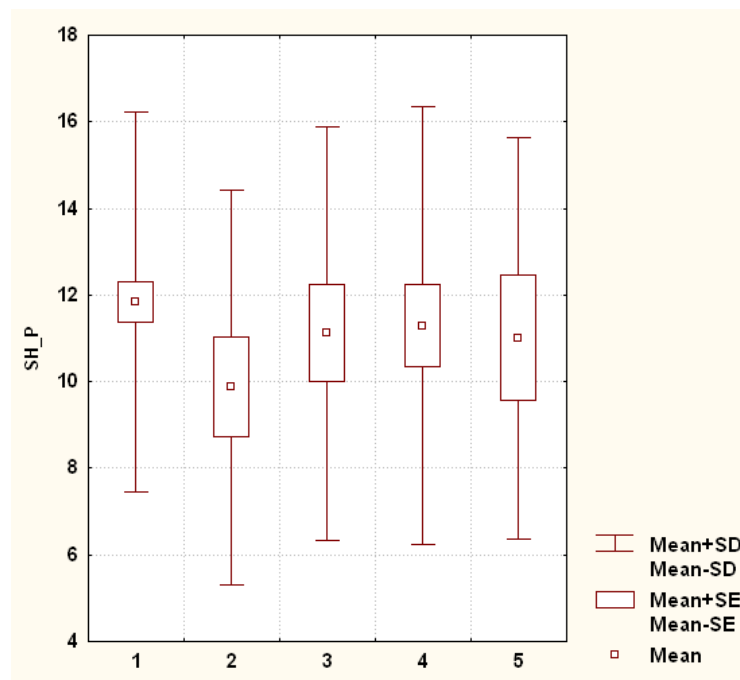


Рис. 4.9. Величина показника акцентуації характеру педантичного типу за Шмішеком (SH_P) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

Відсоток осіб із схильністю акцентуації характеру педантичного типу за Шмішеком має тенденцію ($p=0,074$) до менших значень у чоловіків із тяжким перебігом мікробної екземи порівняно із чоловіками групи контролю (відповідно 10,00 % і 39,02 %) (див. табл. Г.5).

Встановлено, що величина показника акцентуації характеру тривожного типу за Шмішеком достовірно ($p<0,01$) менша у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($5,333\pm 2,196$ бал.) порівняно із здоровими чоловіками ($9,220\pm 5,493$ бал.) та має виражені тенденції ($p=0,053$ і $p=0,054$) до менших значень порівняно з чоловіками з легким перебігом істинної ($8,533\pm 2,196$ бал.) та мікробної ($7,714\pm 4,721$ бал.) екземи (рис. 4.10, див. табл. Г.4).

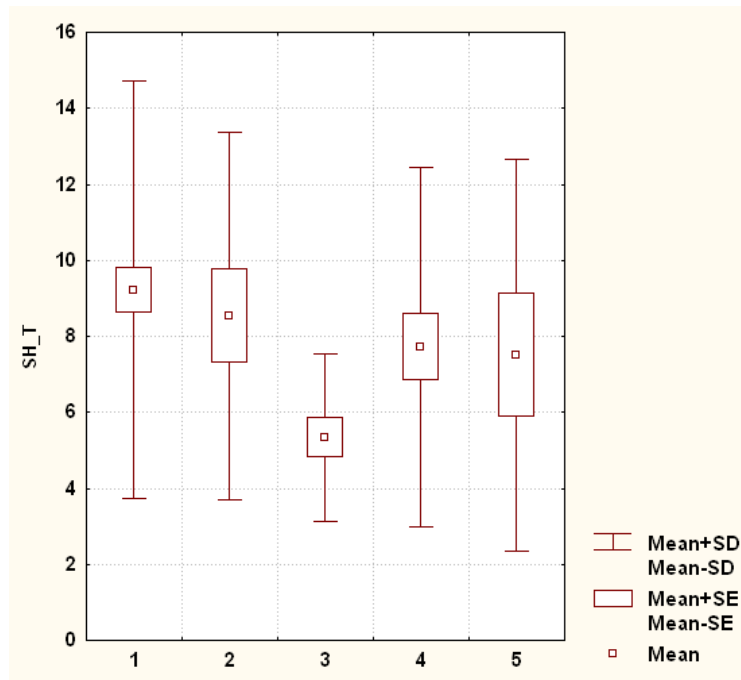


Рис. 4.10. Величина показника акцентуації характеру тривожного типу за Шмішеком (SH_T) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

Відсоток осіб з відсутністю акцентуації характеру за тривожним типом за Шмішеком має тенденцію ($p=0,063$) до менших значень у чоловіків із легким перебігом істинної екземи (81,25 %) порівняно з чоловіками з тяжким перебігом істинної екземи (100 %), а також у чоловіків з тяжким перебігом істинної екземи має виражену тенденцію ($p=0,060$) до більших значень порівняно із досліджуваними з тяжким перебігом мікробної екземи (80,00 %). Відсоток осіб з відсутністю акцентуації характеру за тривожним типом за Шмішеком достовірно ($p<0,05$) більший у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи порівняно із чоловіками групи контролю (76,83 %) (див. табл. Г.5).

Відсоток осіб із схильністю до акцентуації характеру за тривожним типом за Шмішеком має виражену тенденцію ($p=0,060$) до менших значень у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи порівняно з досліджуваними з тяжким перебігом мікробної екземи (відповідно 0 % і 20,00 %). Також, відсоток осіб зі схильністю до акцентуації характеру за тривожним типом за Шмішеком достовірно ($p<0,05$) менший у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи порівняно із чоловіками групи контролю (21,95 %) (див. табл. Г.5).

Встановлено, що *величина показника акцентуації характеру циклотимного типу за Шмішеком* достовірно ($p < 0,05$ в обох випадках) менша у чоловіків із тяжким перебігом істинної (10,17±3,28 бал.) і мікробної (9,600±3,098 бал.) екземи порівняно із здоровими чоловіками (12,95±5,27 бал.) (рис. 4.11, див. табл. Г.4).

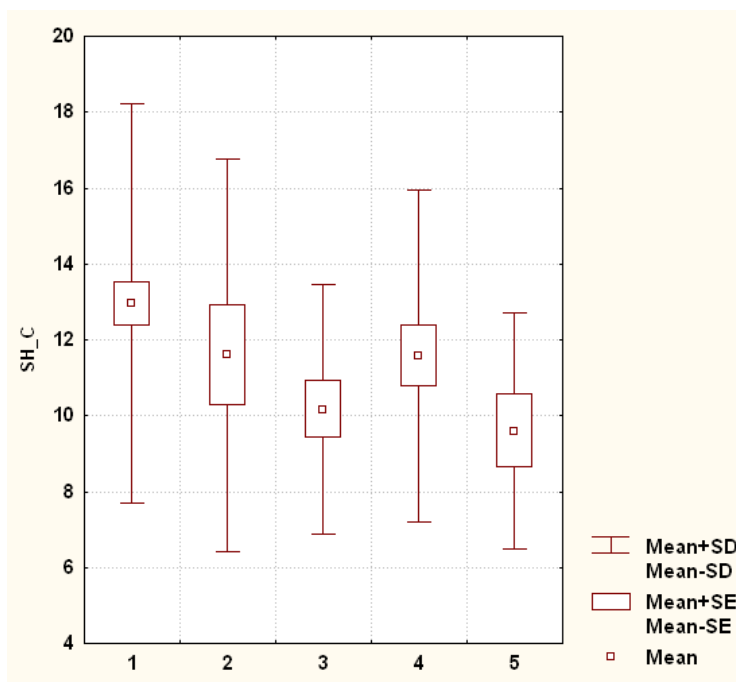


Рис. 4.11. Величина показника акцентуації характеру циклотимного типу за Шмішеком (SH_C) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

Відсоток осіб з *відсутністю акцентуації характеру за циклотимним типом за Шмішеком* достовірно ($p < 0,05$ в обох випадках) більший у чоловіків із тяжким перебігом істинної і мікробної екземи порівняно з чоловіками групи контролю (відповідно 83,33 %, 90,00 % і 53,66 %) (див. табл. Г.5).

Між здоровими та хворими на різні форми екземи чоловіками та між хворими чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей для *величини показника акцентуації характеру демонстративного типу за Шмішеком* (рис. 4.12, див. табл. Г.4).

Відсоток осіб із *схильністю до акцентуації характеру за тривожним типом за Шмішеком* має тенденцію ($p = 0,073$) до менших значень у чоловіків із легким перебігом істинної екземи порівняно з досліджуваними з легким перебі-

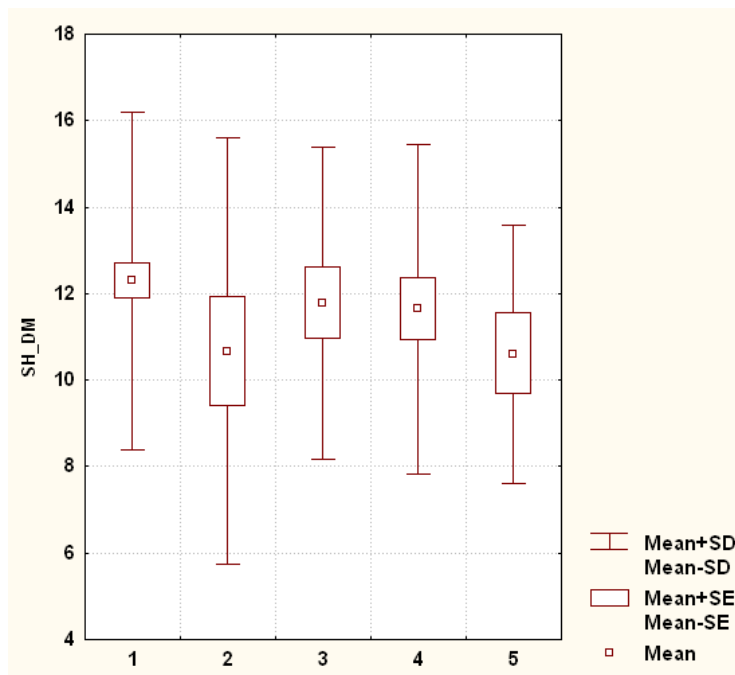


Рис. 4.12. Величина показника акцентуації характеру демонстративного типу за Шмішеком (SH_DM) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

гом мікробної екземи (відповідно 18,75 % і 46,43 %) (див. табл. Г.5).

Встановлено, що *величина показника акцентуації характеру збудливого типу за Шмішеком* достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у чоловіків із легким (7,533±3,944 бал.) і тяжким (6,833±4,091 бал.) перебігом істинної екземи та легким (8,464±4,903 бал.) і тяжким (6,900±5,109 бал.) перебігом мікробної екземи порівняно із здоровими чоловіками (12,40±5,27 бал.) (рис. 4.13, див. табл. Г.4).

Відсоток осіб із *відсутністю акцентуації характеру за збудливим типом за Шмішеком* достовірно ($p < 0,05-0,001$) більший у чоловіків із легким (87,50 %) і тяжким (100 %) перебігом істинної екземи та легким (89,29 %) і тяжким (90,00 %) перебігом мікробної екземи порівняно із чоловіками групи контролю (54,88 %) (див. табл. Г.5).

Відсоток осіб зі *схильністю до акцентуації характеру за збудливим типом за Шмішеком* достовірно ($p < 0,05-0,001$) менший у чоловіків із легким і тяжким перебігом істинної екземи (відповідно 6,25 % і 0 %) та легким перебігом мікробної екземи (3,57 %) порівняно з чоловіками групи контролю (37,80 %) (див. табл. Г.5).

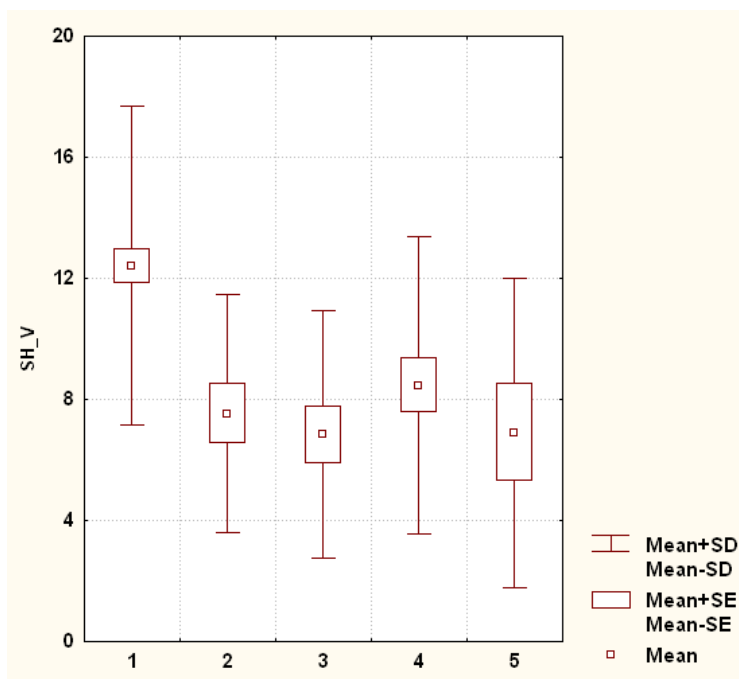


Рис. 4.13. Величина показника акцентуації характеру збудливого типу за Шмішеком (SH_V) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

Між здоровими та хворими на різні форми екземи чоловіками і між хворими чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій для величини показника акцентуації характеру дистимного типу за Шмішеком (рис. 4.14, див. табл. Г.4).

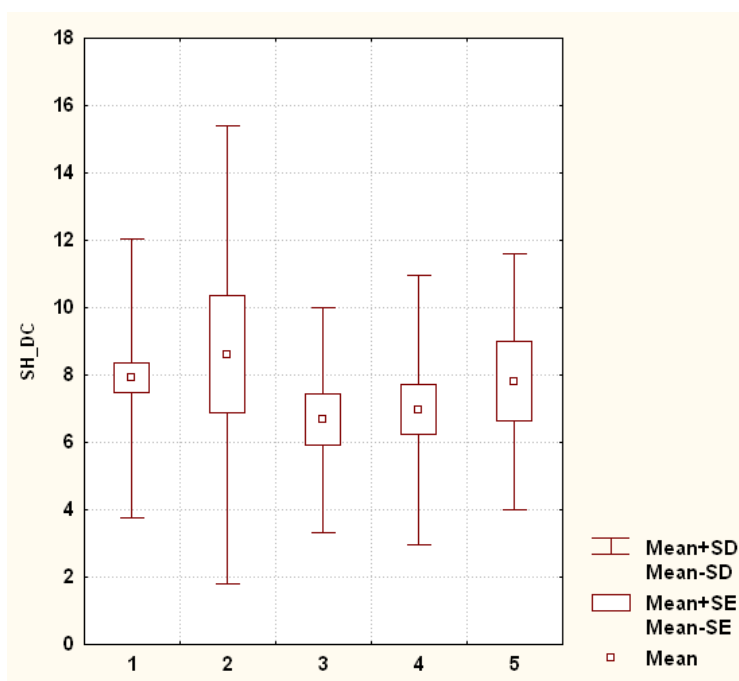


Рис. 4.14. Величина показника акцентуації характеру дистимного типу за Шмішеком (SH_DC) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

Відсоток осіб з *відсутністю акцентуації характеру за дистимним типом за Шмішеком* у чоловіків із легким перебігом істинної екземи (68,75 %) достовірно ($p < 0,05$) менший порівняно із досліджуваними з легким перебігом мікробної екземи (96,43 %) і має тенденції ($p = 0,059$ і $p = 0,061$) до менших значень порівняно з чоловіками з тяжким перебігом істинної (94,44 %) та мікробної (100 %) екземи. Відсоток осіб з *відсутністю акцентуації характеру за дистимним типом за Шмішеком* у чоловіків із легким перебігом істинної екземи достовірно ($p < 0,05$) менший порівняно з досліджуваними групи контролю (90,24 %) (див. табл. Г.5). Відсоток осіб з *наявністю акцентуації характеру за дистимним типом за Шмішеком* у чоловіків із легким перебігом істинної екземи достовірно ($p < 0,05$) більший порівняно з досліджуваними групи контролю (відповідно 6,25 % і 0 %) (див. табл. Г.5).

Між здоровими та хворими на різні форми екземи чоловіками та між хворими чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей для *величини показника акцентуації характеру екзальтованого типу за Шмішеком* (рис. 4.14, див. табл. Г.4).

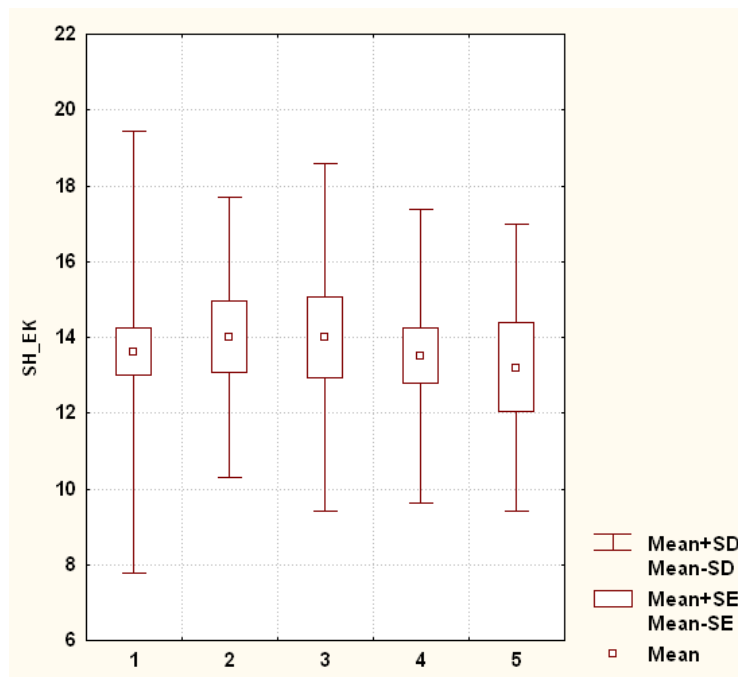


Рис. 4.15. Величина показника акцентуації характеру екзальтованого типу за Шмішеком (SH_EK) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

Для відсоткових часток осіб з відсутністю, схильністю і наявністю акцентуації характеру за екзальтованим типом за Шмішеком також не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей при порівнянні між чоловіками з різними формами і ступенями тяжкості екземи (див. табл. Г.5).

4.3. Особливості показників рівня суб'єктивного контролю

Встановлено незначні тенденції ($p=0,089$ і $p=0,085$) до більших значень показника шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю за Роттером у чоловіків із легким перебігом істинної екземи ($5,813 \pm 2,167$ ст.) порівняно із чоловіками з аналогічним перебігом мікробної екземи та групою контролю ($4,607 \pm 1,833$ ст. і $4,831 \pm 1,765$ ст.). Крім того, величина даного показника достовірно ($p < 0,05$) більша у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($5,556 \pm 1,381$ ст.) порівняно з легким перебігом мікробної екземи (рис. 4.16, табл. Г.6).

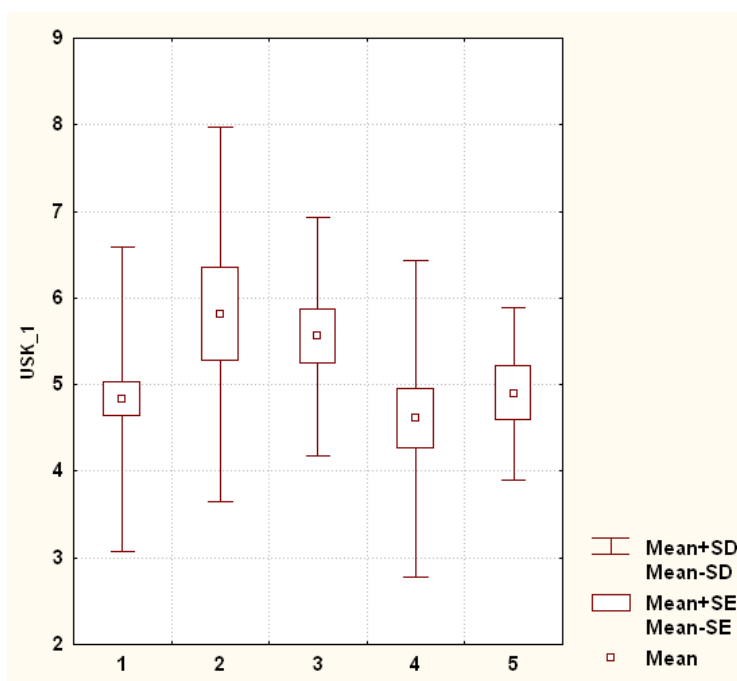


Рис. 4.16. Величина показника шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю за Роттером (USK_1) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

Показник рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень за Роттером достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($6,556 \pm 1,042$ ст.) і має тенденцію ($p = 0,066$) до більших значень у чоловіків із легким перебігом істинної екземи ($6,563 \pm 1,896$ ст.) порівняно із досліджуваною групою контролю ($5,649 \pm 1,783$ ст.) (рис. 4.17, див. табл. Г.6).

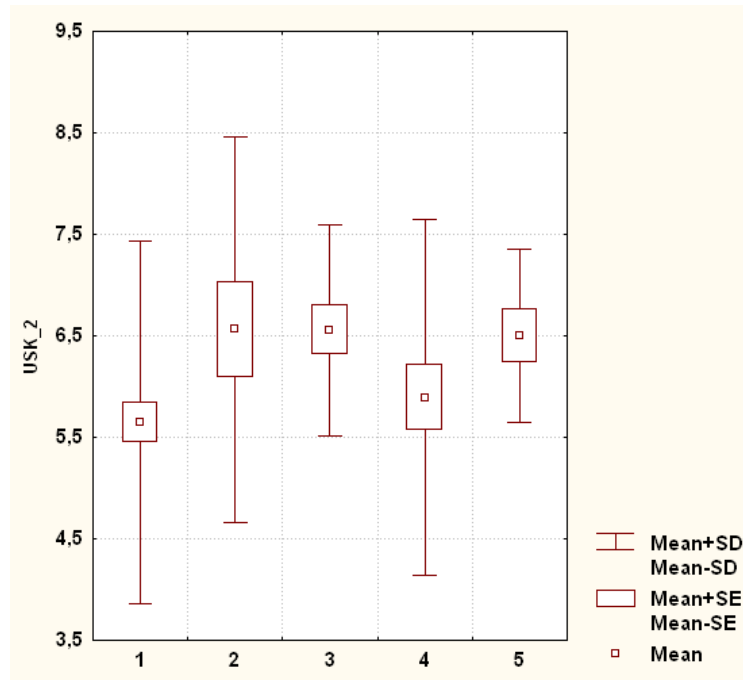


Рис. 4.17. Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень за Роттером (USK_2) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

Показник рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач за Роттером достовірно ($p < 0,05$) менший у чоловіків із легким перебігом мікробної екземи ($4,357 \pm 1,870$ ст.) та має незначну тенденцію ($p = 0,098$) до менших значень у чоловіків із тяжким перебігом мікробної екземи ($4,100 \pm 1,449$ ст.) порівняно із досліджуваною групою контролю ($5,130 \pm 1,794$ ст.) Встановлено незначну тенденцію ($p = 0,097$) до більшого значення показника рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач за Роттером у чоловіків із легким перебігом істинної екземи ($5,313 \pm 2,152$ ст.) порівняно з чоловіками з аналогічним перебігом мікробної екземи, а також виражену тенденцію до більших значень ($p = 0,057$) величини даного показника у чоловіків із тяжким перебігом істинної екземи ($5,111 \pm 1,323$ ст.) порівняно з легким перебігом мікробної екземи (рис. 4.18, див. табл. Г.6).

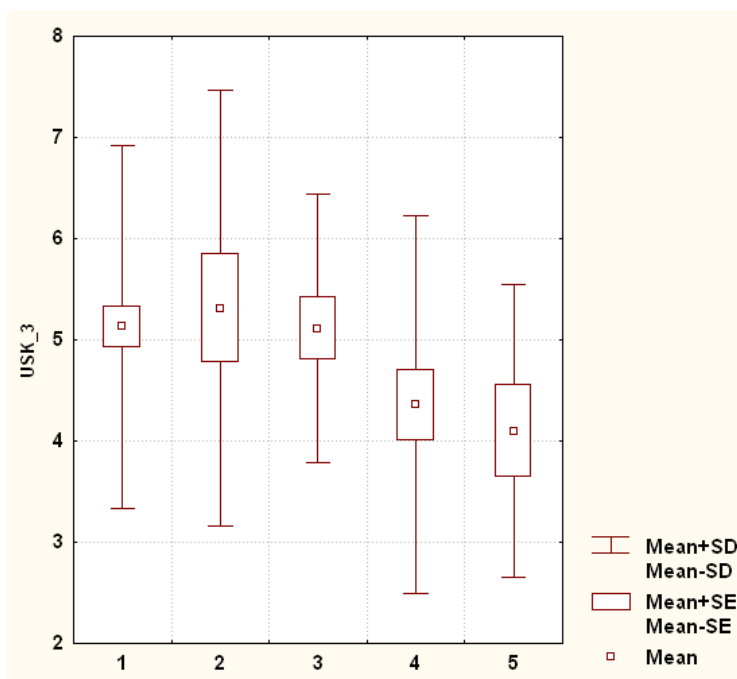


Рис. 4.18. Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач за Роттером (USK_3) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

Між здоровими та хворими на різні форми екземи чоловіками або між хворими чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей для величини показника рівня суб'єктивного контролю в галузі сімейних відносин за Роттером (рис. 4.19, див. табл. Г.6).

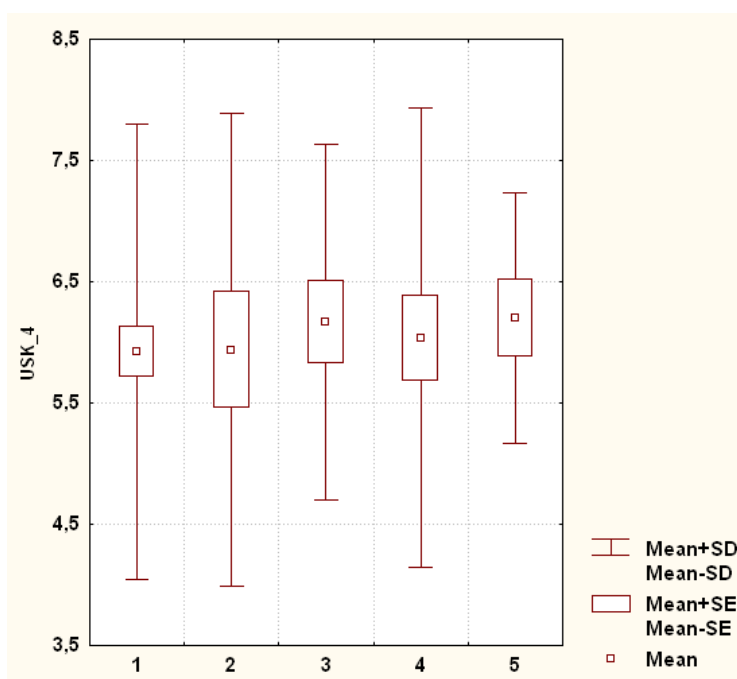


Рис. 4.19. Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі сімейних відносин за Роттером (USK_4) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

Показник рівня суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин за Роттером достовірно ($p < 0,05-0,001$) більший у чоловіків із легким перебігом істинної екземи ($5,313 \pm 1,401$ ст.) порівняно з досліджуваними з тяжким перебігом істинної екземи ($4,389 \pm 1,378$ ст.), з чоловіками з легким перебігом мікробної екземи ($3,750 \pm 1,295$ ст.), з чоловіками з тяжким перебігом мікробної екземи ($3,900 \pm 0,876$ ст.) та з групою контролю ($4,104 \pm 1,527$ ст.) (рис. 4.20, див. табл. Г.6).

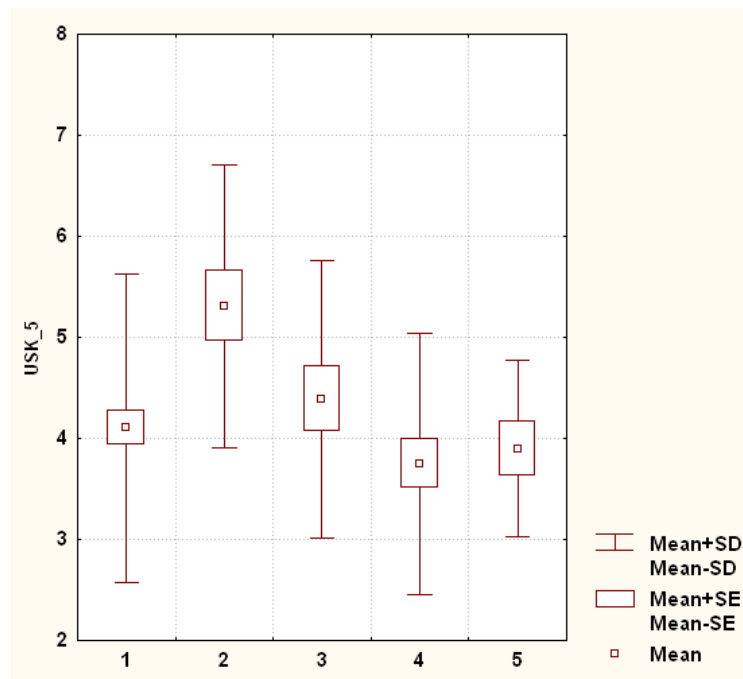


Рис. 4.20 Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин за Роттером (USK_5) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

Показник рівня суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин за Роттером достовірно ($p < 0,05$) менший у чоловіків із легким і тяжким перебігом мікробної екземи (відповідно $5,536 \pm 1,347$ ст. і $4,500 \pm 1,581$ ст.) порівняно з досліджуваними групи контролю ($6,221 \pm 1,722$ ст.). Встановлено достовірно ($p < 0,01$) менше значення і тенденції ($p = 0,071$ і $p = 0,078$) до менших значень показника рівня суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин за Роттером у чоловіків із тяжким перебігом мікробної екземи порівняно із чоловіками з аналогічним перебігом істинної екземи ($6,056 \pm 1,552$ ст.), а також із

досліджуваними з легким перебігом мікробної екземи ($5,536 \pm 1,347$ ст.) та з легким перебігом істинної екземи ($5,813 \pm 2,536$ ст.) (рис. 4.21, див. табл. Г.6).

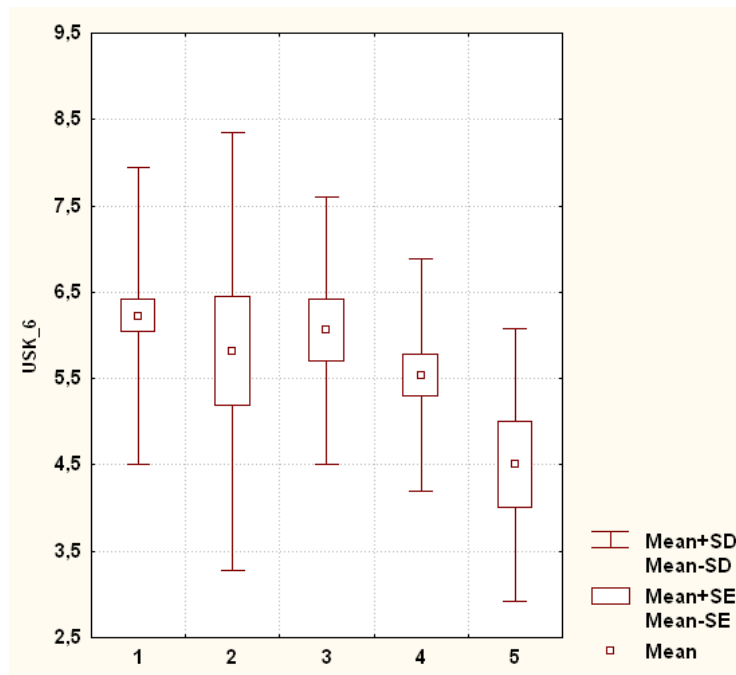


Рис. 4.21. Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин за Роттером (USK_6) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

Між здоровими та хворими на різні форми екземи чоловіками або між хворими чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей для величини показника рівня суб'єктивного контролю в галузі здоров'я і хвороби за Роттером (рис. 4.22, див. табл. Г.6).

Таким чином, порівняння показників особливостей особистості у чоловіків між здоровими та хворими на істинну або мікробну екзему легкого або тяжкого перебігу чоловіками дозволяє їх розглядати в якості важливих критеріїв оцінки мотивації звернення пацієнта до дерматолога та прихильності до лікування, визначити слабкі місця його характеру, передбачати фактори, які здатні викликати декомпенсації або психогенні реакції, що супроводжуються дезадаптацією.

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами в трьох статтях у фахових наукових журналах України [52, 53, 56].

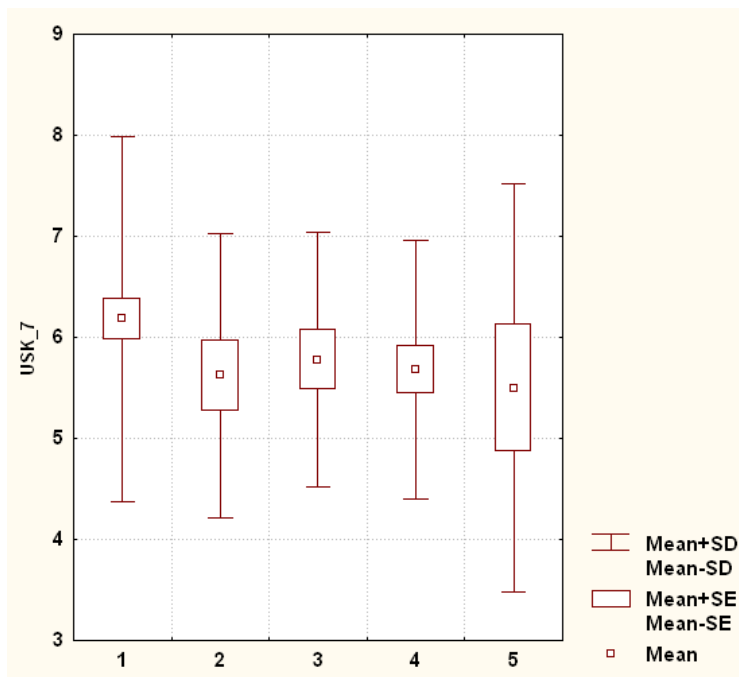


Рис. 4.22 Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі здоров'я і хвороби за Роттером (USK_7) у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків (бал.).

РОЗДІЛ 5

ДИСКРИМІНАНТНІ МОДЕЛІ МОЖЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ РІЗНИХ ФОРМ ЕКЗЕМИ У ЧОЛОВІКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ І СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ

При розподілі хворих чоловіків на *істинну екзему легкого і тяжкого перебігу та мікробну екзему легкого і тяжкого перебігу*, при урахуванні показників будови та розмірів тіла дискримінантна функція охоплює 100 % практично здорових чоловіків, 50,0 % чоловіків хворих на істинну екзему легкого перебігу, 33,3 % чоловіків хворих на істинну екзему тяжкого перебігу, 75,0 % чоловіків хворих на мікробну екзему легкого перебігу і не враховує чоловіків хворих на мікробну екзему тяжкого перебігу. Взагалі модель, що враховує антропометричні та соматотипологічні показники у здорових і хворих на екзему чоловіків коректна в 76,0 % випадків.

Встановлено, що між здоровими та хворими чоловіками дискримінантними змінними є ширина плечей, поперечний середньогрудний діаметр, товщина шкірно-жирової складки (ТШЖС) на задній поверхні плеча, ТШЖС на боку, ТШЖС на стегні, міжгребенева відстань тазу, ТШЖС на передпліччі і ТШЖС під нижнім кутом лопатки (табл. 5.1), серед яких найбільший внесок у дискримінацію має ширина плечей. В цілому сукупність усіх антропометричних змінних має виражену (статистика Уїлкса лямбда = 0,074; $p < 0,001$) дискримінацію між здоровими та хворими на різні форми екземи різного перебігу чоловіками (див. табл. 5.1).

Визначені коефіцієнти класифікаційних дискримінантних функцій надають можливість визначити показник класифікації (Df), який дозволяє віднести антропо-соматотипологічні показники до «типових» для здорових або хворих на різні форми екземи різного перебігу чоловіків. У вигляді рівнянь наведено виз-

Таблиця 5.1

Звіт дискримінантного аналізу здорових і хворих на різні форми екземи різного перебігу чоловіків у залежності від особливостей антропосоматотипологічних показників.

Wilks' Lambda: 0,074 approx. F (32,53)=16,80 p<0,0000				
Дискримінантні змінні	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level
ширина плечей	0,149	0,501	35,38	0,0000
поперечний середньогрудний діаметр	0,091	0,818	7,914	0,0000
ТШЖС на задній поверхні плеча	0,106	0,704	14,95	0,0000
ТШЖС на боку	0,101	0,738	12,58	0,0000
ТШЖС на стегні	0,081	0,922	3,014	0,0201
міжребенева відстань тазу	0,084	0,887	4,502	0,0019
ТШЖС на передпліччі	0,083	0,891	4,348	0,0024
ТШЖС під нижнім кутом лопатки	0,081	0,922	3,002	0,0205

Примітки: тут і в подальших подібних таблицях Wilks' Lambda – статистика Уїлкса лямбда; Partial Lambda – статистика Уїлкса лямбда поодинокого внеску перемінної в дискримінацію між сукупностями; F-remove – стандартний F-критерій пов'язаний з відповідною Partial Lambda; p-level – p-рівень пов'язаний з відповідним F-remove.

значення показника Df, де віднесення до здорових чоловіків можливе при значенні Df, близькому до 197,7; до чоловіків хворих на істинну екзему легкого перебігу – при значенні Df, близькому до 177,1; до чоловіків хворих на істинну екзему важкого перебігу – при значенні Df, близькому до 186,7; до чоловіків хворих на мікробну екзему легкого перебігу – при значенні Df, близькому до 170,4; до чоловіків хворих на мікробну екзему важкого перебігу – при значенні Df, близькому до 174,6:

Df (для здорових чоловіків) = ширина плечей×6,122 - поперечний середньогрудний діаметр×1,450 + ТШЖС на задній поверхні плеча×1,183 - ТШЖС на боку×1,996 + ТШЖС на стегні×0,302 + міжребенева відстань тазу×6,711 + ТШЖС на передпліччі×0,783 - ТШЖС під нижнім кутом лопатки×1,051 - 197,7;

Df (для чоловіків хворих на істинну екзему легкого перебігу) = ширина плечей×3,759 - поперечний середньогрудний діаметр×0,234 - ТШЖС на задній поверхні плеча×1,335 - ТШЖС на боку×1,050 - ТШЖС на стегні×0,259 + міжгребенева відстань тазу×7,986 + ТШЖС на передпліччі×3,308 - ТШЖС під нижнім кутом лопатки×1,719 - 177,1;

Df (для чоловіків хворих на істинну екзему тяжкого перебігу) = ширина плечей×4,017 - поперечний середньогрудний діаметр×0,202 - ТШЖС на задній поверхні плеча×1,186 - ТШЖС на боку×0,885 - ТШЖС на стегні×0,446 + міжгребенева відстань тазу×7,975 + ТШЖС на передпліччі×3,045 - ТШЖС під нижнім кутом лопатки×1,782 - 186,7;

Df (для чоловіків хворих на мікробну екзему легкого перебігу) = ширина плечей×3,885 - поперечний середньогрудний діаметр×0,087 - ТШЖС на задній поверхні плеча×1,271 - ТШЖС на боку×0,820 - ТШЖС на стегні×0,221 + міжгребенева відстань тазу×7,414 + ТШЖС на передпліччі×3,000 - ТШЖС під нижнім кутом лопатки×1,703 - 170,4;

Df (для чоловіків хворих на мікробну екзему тяжкого перебігу) = ширина плечей×4,069 - поперечний середньогрудний діаметр×0,110 - ТШЖС на задній поверхні плеча×0,989 - ТШЖС на боку×0,701 - ТШЖС на стегні×0,382 + міжгребенева відстань тазу×7,336 + ТШЖС на передпліччі×2,273 - ТШЖС під нижнім кутом лопатки×1,696 - 174,6;

де (тут і в подальшому), поперечні розміри – в см; розміри ТШЖС – в мм.

За допомогою критерій χ^2 визначена статистична значимість усіх дискримінантних функцій (табл. 5.2). Із результатів наведених у таблиці 5.2 видно, що при урахуванні антропо-соматотипологічних показників можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації лише між здоровими та хворими чоловіками.

При розподілі хворих чоловіків лише на *істинну та мікробну екзему*, дис-

Таблиця 5.2

Звіт покрокового аналізу з включенням критерію χ^2 для усіх канонічних коренів у здорових і хворих на різні форми екземи різного перебігу чоловіків при урахуванні антропо-соматотипологічних показників.

	Eigenvalue	Canonical R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	df	p-level
0	10,06	0,9537	0,0744	380,7	32	0,0000
1	0,126	0,3345	0,8226	28,61	21	0,1238
2	0,070	0,2565	0,9262	11,22	12	0,5098
3	0,009	0,0922	0,9915	1,251	5	0,9399

Примітки: тут і в подальших подібних таблицях Eigenvalue – значення коренів для кожної дискримінантної функції; Canonical R – канонічне значення R для різних коренів; Chi-Sqr. – стандартний критерій χ^2 послідовних коренів; Df – кількість ступенів свободи.

кримінантна функція охоплює 100 % практично здорових чоловіків, 66,7 % чоловіків хворих на істинну екзему та 79,5 % чоловіків хворих на мікробну екзему. Взагалі модель, що враховує антропометричні та соматотипологічні показники у здорових і хворих на екзему чоловіків коректна в 87,7 % випадків.

Встановлено, що між здоровими та хворими чоловіками дискримінантними змінними є ширина плечей, поперечний середньогрудний діаметр, ТШЖС на задній поверхні плеча, ТШЖС на боку, ТШЖС на стегні, міжгребенева відстань тазу і ТШЖС на гомілці (табл. 5.3), серед яких найбільший внесок у дискримінацію має ширина плечей. В цілому сукупність усіх антропометричних змінних має виражену (статистика Уїлкса лямбда = 0,088; $p < 0,001$) дискримінацію між здоровими та хворими на істинну та мікробну екзему чоловіками (див. табл. 5.3).

У вигляді рівнянь наведено визначення показника Df, де віднесення до здорових чоловіків можливе при значенні Df, близькому до 192,7; до чоловіків хворих на істинну екзему – при значенні Df, близькому до 170,0; до чоловіків хворих на мікробну екзему – при значенні Df, близькому до 161,7:

Df (для здорових чоловіків) = ширина плечей×6,038 - поперечний середньогрудний діаметр×1,668 + ТШЖС на задній поверхні плеча×1,291 - ТШЖС на боку×2,779 + ТШЖС на стегні×0,035 + міжребенева відстань тазу×6,416 + ТШЖС на гомілці×0,957 - 192,7;

Df (для чоловіків хворих на істинну екзему) = ширина плечей×3,949 - поперечний середньогрудний діаметр×0,532 - ТШЖС на задній поверхні плеча×0,436 - ТШЖС на боку×2,210 - ТШЖС на стегні×1,149 + міжребенева відстань тазу×7,310 + ТШЖС на гомілці×2,039 - 170,0;

Df (для чоловіків хворих на мікробну екзему) = ширина плечей×3,927 - поперечний середньогрудний діаметр×0,412 - ТШЖС на задній поверхні плеча×0,425 - ТШЖС на боку×1,994 - ТШЖС на стегні×0,945 + міжребенева відстань тазу×6,868 + ТШЖС на гомілці×1,800 - 161,7.

Таблиця 5.3

Звіт дискримінантного аналізу здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків у залежності від особливостей антропо-соматотипологічних показників.

Wilks' Lambda: 0,088 approx. F (14,29)=49,05 p<0,0000				
Дискримінантні змінні	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove -2,145	p-level
ширина плечей	0,176	0,501	72,31	0,0000
поперечний середньогрудний діаметр	0,106	0,831	14,78	0,0000
ТШЖС на задній поверхні плеча	0,118	0,746	24,73	0,0000
ТШЖС на боку	0,106	0,833	14,58	0,0000
ТШЖС на стегні	0,101	0,876	10,30	0,0001
міжребенева відстань тазу	0,094	0,934	5,155	0,0069
ТШЖС на гомілці	0,094	0,940	4,621	0,0113

За допомогою критерій χ^2 визначена статистична значимість усіх дискримінантних функцій (табл. 5.4). Із результатів наведених у таблиці 5.4 видно, що при урахуванні антропо-соматотипологічних показників можлива достовірна

інтерпретація отриманих показників класифікації не лише між здоровими та хворими чоловіками, але й між хворими на різні форми екземи чоловіками.

Таблиця 5.4

Звіт покрокового аналізу з включенням критерію χ^2 для усіх канонічних коренів у здорових і хворих на різні форми екземи чоловіків при урахуванні антропо-соматотипологічних показників.

	Eigen-value	Canonicl R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	df	p-level
0	9,184	0,950	0,088	359,4	14	0,0000
1	0,114	0,319	0,898	15,93	6	0,0141

При розподілі хворих чоловіків лише на *екзему легкого або тяжкого перебігу*, дискримінантна функція охоплює 100 % практично здорових чоловіків, 76,7 % чоловіків хворих на екзему легкого перебігу та 51,7 % чоловіків хворих на екзему тяжкого перебігу. Взагалі модель, що враховує антропометричні та соматотипологічні показники у здорових і хворих на екзему різної тяжкості перебігу чоловіків коректна в 84,4 % випадків.

Встановлено, що між здоровими та хворими чоловіками дискримінантними змінними є ширина плечей, поперечний середньогрудний діаметр, ТШЖС на задній поверхні плеча, ТШЖС на боку, ТШЖС на стегні, ТШЖС на передпліччі і ТШЖС під нижнім кутом лопатки (табл. 5.5), серед яких найбільший внесок у дискримінацію має ширина плечей. В цілому сукупність усіх антропометричних змінних має виражену (статистика Уїлкса лямбда = 0,088; $p < 0,001$) дискримінацію між здоровими та хворими на екзему легкого або тяжкого перебігу чоловіками (див. табл. 5.5).

У вигляді рівнянь наведено визначення показника Df, де віднесення до здорових чоловіків можливе при значенні Df, близькому до 154,4; до чоловіків хворих на екзему легкого перебігу – при значенні Df, близькому до 114,7; до чоловіків хворих на екзему тяжкого перебігу – при значенні Df, близькому до 122,7:

Df (для здорових чоловіків) = ширина плечей×7,040 + поперечний середньогрудний діаметр×0,673 + ТШЖС на задній поверхні плеча×1,917 - ТШЖС на боку×1,110 + ТШЖС на стегні×0,453 - ТШЖС на передпліччі×2,141 - ТШЖС під нижнім кутом лопатки×0,547 - 154,4;

Df (для чоловіків хворих на екзему легкого перебігу) = ширина плечей×4,817 + поперечний середньогрудний діаметр×2,302 - ТШЖС на задній поверхні плеча×0,513 + ТШЖС на боку×0,105 - ТШЖС на стегні×0,062 - ТШЖС на передпліччі×0,124 - ТШЖС під нижнім кутом лопатки×1,134 - 114,7;

Df (для чоловіків хворих на екзему тяжкого перебігу) = ширина плечей×5,060 + поперечний середньогрудний діаметр×2,294 - ТШЖС на задній поверхні плеча×0,306 + ТШЖС на боку×0,227 - ТШЖС на стегні×0,254 - ТШЖС на передпліччі×0,579 - ТШЖС під нижнім кутом лопатки×1,185 - 122,7.

Таблиця 5.5

Звіт дискримінантного аналізу здорових і хворих на екзему різної тяжкості перебігу чоловіків у залежності від особливостей антропосоматотипологічних показників.

Wilks' Lambda: 0,088 approx. F (14,29)=49,23 p<0,0000				
Дискримінантні змінні	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level
ширина плечей	0,171	0,513	68,93	0,0000
поперечний середньогрудний діаметр	0,135	0,648	39,35	0,0000
ТШЖС на задній поверхні плеча	0,123	0,711	29,42	0,0000
ТШЖС на боку	0,128	0,687	33,05	0,0000
ТШЖС на стегні	0,095	0,923	6,086	0,0029
ТШЖС на передпліччі	0,095	0,922	6,164	0,0027
ТШЖС під нижнім кутом лопатки	0,094	0,934	5,110	0,0072

За допомогою критерій χ^2 визначена статистична значимість усіх дискримінантних функцій (табл. 5.6). Із результатів наведених у таблиці 5.6 видно, що при урахуванні антропосоматотипологічних показників можлива достовірна ін-

терпретація отриманих показників класифікації між здоровими та хворими чоловіками, а між хворими на екзему легкого або тяжкого перебігу чоловіками є лише незначна тенденція можливості інтерпретації отриманих показників класифікації.

Таблиця 5.6

Звіт покрокового аналізу з включенням критерію χ^2 для усіх канонічних компонентів у здорових і хворих на екзему легкого або тяжкого перебігу чоловіків при урахуванні антропо-соматотипологічних показників.

	Eigenvalue	Canonical R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	df	p-level
0	9,584	0,952	0,088	360,2	14	0,0000
1	0,077	0,268	0,928	11,00	6	0,0883

Таким чином, в українських чоловіків на основі особливостей антропометричних і соматотипологічних показників побудовані достовірні дискримінантні моделі, які дозволяють з високою ймовірністю віднести досліджуваних до «типових» для здорових або хворих на різні форми екземи.

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами в статті у фаховому науковому журналі України [57]. Отримано свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір [3].

РОЗДІЛ 6

АНАЛІЗ Й УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ

У попередніх розділах дисертації були встановлені відмінності антропосоматотипологічних показників і показників особливості особистості між здоровими та хворими на різні форми екземи, розбіжності даних показників між хворими на істинну та мікробну екзему легкого і тяжкого перебігу, а також, побудовані достовірні дискримінантні моделі можливості виникнення та особливостей перебігу даного захворювання в залежності від особливостей параметрів тіла.

Останнім часом все частіше робляться спроби конституціонального підходу до пошуку морфологічних характеристик для диференціювання хворих з різними захворюваннями від здорового населення [39, 41, 45].

Дані іноземних досліджень щодо вивчення конституціональних маркерів при шкірних захворюваннях є вельми обнадійливими [110]. Єгипетськими дослідниками виявлено статистично значуща різниця для показників окружності талії та діастолічного артеріального тиску, що можна використовувати для передбачення тяжкості перебігу акне [48].

Проаналізовані 5249 випадків розацеа у американок. Виявлено, що вищий ризик виникнення даної патології у осіб з підвищеними значеннями індексу маси тіла та окружності талії і стегон ($p_{\text{trend}} < 0,0001$) [129].

В той же час іранськими вченими, при обстеженні підлітків з акне не виявлено достовірних кореляцій з такими показниками як індекс маси тіла, окружність талії, систолічний та діастолічний тиск, рівень цукру, загального холестерину ($p > 0,05$) [165].

Дослідження, що стосуються вивчення саме atopічного дерматиту впевнено стверджують про існування взаємозв'язку між антропометричними параметрами і ризиком виникнення захворювання [110]. Так, проведений масивний огляд літературних джерел, що сумарно охопив 90 тисяч осіб показав, що

підвищені показники індексу маси тіла людини по'язані з підвищеним ризиком виникнення atopічного дерматиту [49]. В іншій публікації, де проаналізовано дані 30 досліджень дана інформація також підтверджена, проте значної сили кореляції встановлені в дослідженнях проведених на популяціях жителів Північної Америки та Азії, але не в Європі [195].

А. Vudu-Aggrey та співавтори [72] встановили, що збільшення індексу маси тіла підвищує ризик виникнення екземи (на 8 % на 5 одиниць вище ІМТ; $OR=1,02$ (1,00 до 1,03) на 1 kg/m^2 ; $p=0,09$).

Зміни у індексу ваги тіла у віці від 1 до 4 років та висока фізична активність у поєднанні зі зміною індексу ваги тіла у віці 6-10 років позитивно корелює з ризиком виникнення atopічного дерматиту у 10,8 років [74].

Групою вчених на чолі з Lee J. H. [127] виявлено зв'язок між ризиком виникнення atopічного дерматиту та показником індексу маси тіла, окружності талії, відсотка жирового компоненту тіла. Особливо даний зв'язок проглядався у жінок молодого віку. В іншому дослідженні, проведеному у США також виявлено зв'язок між ожирінням та ризиком виникнення екземи у дитячому віці [170].

В роботі, що охопила 266 осіб, представників населення міста Харбін (КНР) встановлено, що всі складові atopічної тріади також позитивно корелюють з підвищеними значеннями індексу маси тіла ($OR=3,2$, 95 % ДІ: 1,8, 5,7). Для atopічного дерматиту зокрема $OR=2,7$, 95 % ДІ: 1,2, 6,3 [133].

Нами при порівнянні тотальних розмірів тіла встановлено, що у *здорових чоловіків* маса тіла менша ($p<0,05-0,01$, $p=0,093$), ніж у *чоловіків хворих* на істинну екзему тяжкого перебігу (на 14,5 %), а також мікробну екзему легкого (на 12,2 %) та тяжкого (на 15,6 %) перебігу (рис. 6.1, 6.3). Довжина тіла у здорових чоловіків на 1,4 % менша ($p=0,083$), ніж у хворих на істинну екзему тяжкого перебігу (див. рис. 6.1). Площа поверхні тіла у здорових чоловіків менша ($p<0,05-0,01$, $p=0,086$), ніж у хворих на істинну екзему тяжкого перебігу (на 7,3 %), а також хворих на мікробну екзему легкого (на 4,8 %) та тяжкого (на 6,4 %) перебігу (див. рис. 6.1, 6.3).

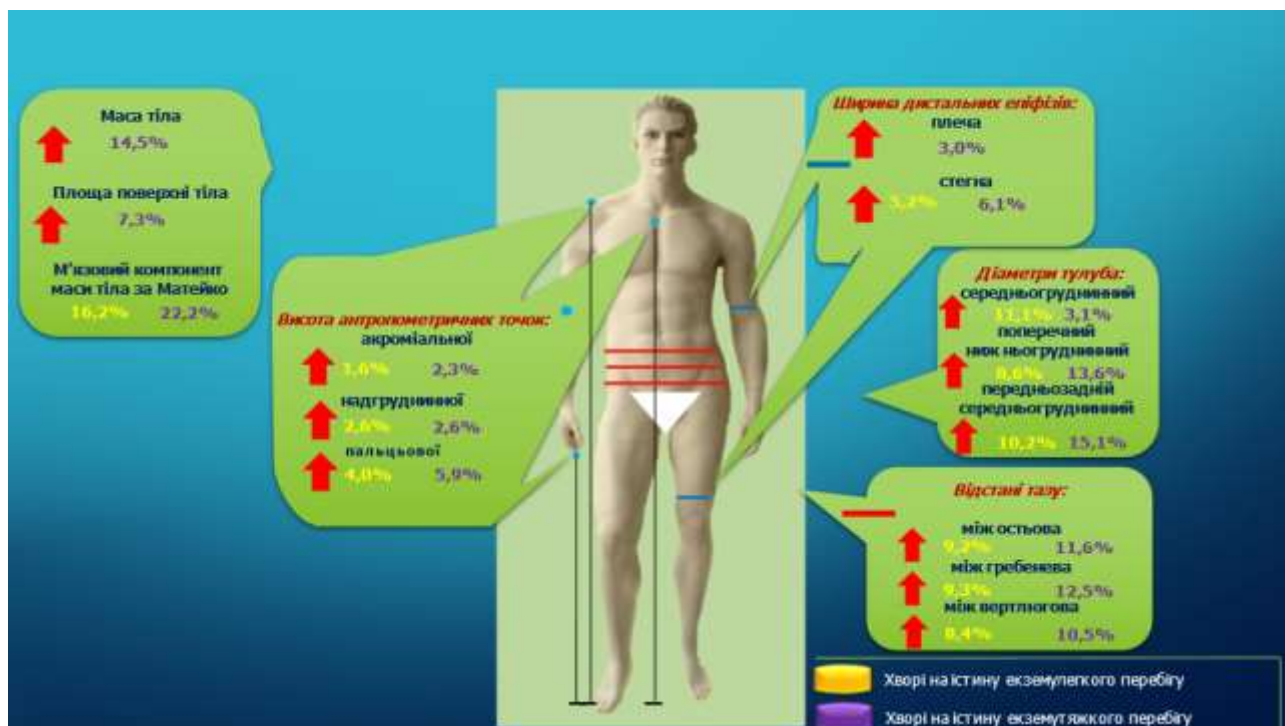


Рис. 6.1. Відмінності конституціональних параметрів тіла між практично здоровими та хворими на істинну екзему із легким або тяжким перебігом чоловіками.

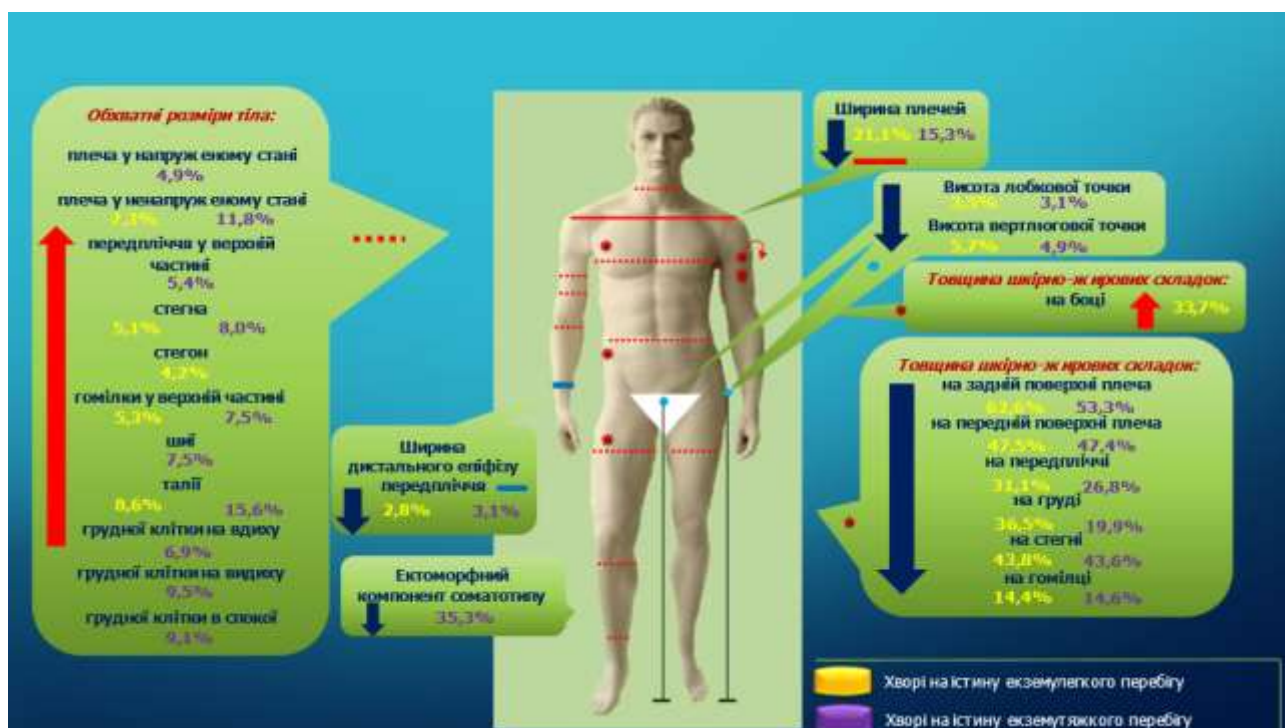


Рис. 6.2. Відмінності конституціональних параметрів тіла між практично здоровими та хворими на істинну екзему із легким або тяжким перебігом чоловіками.

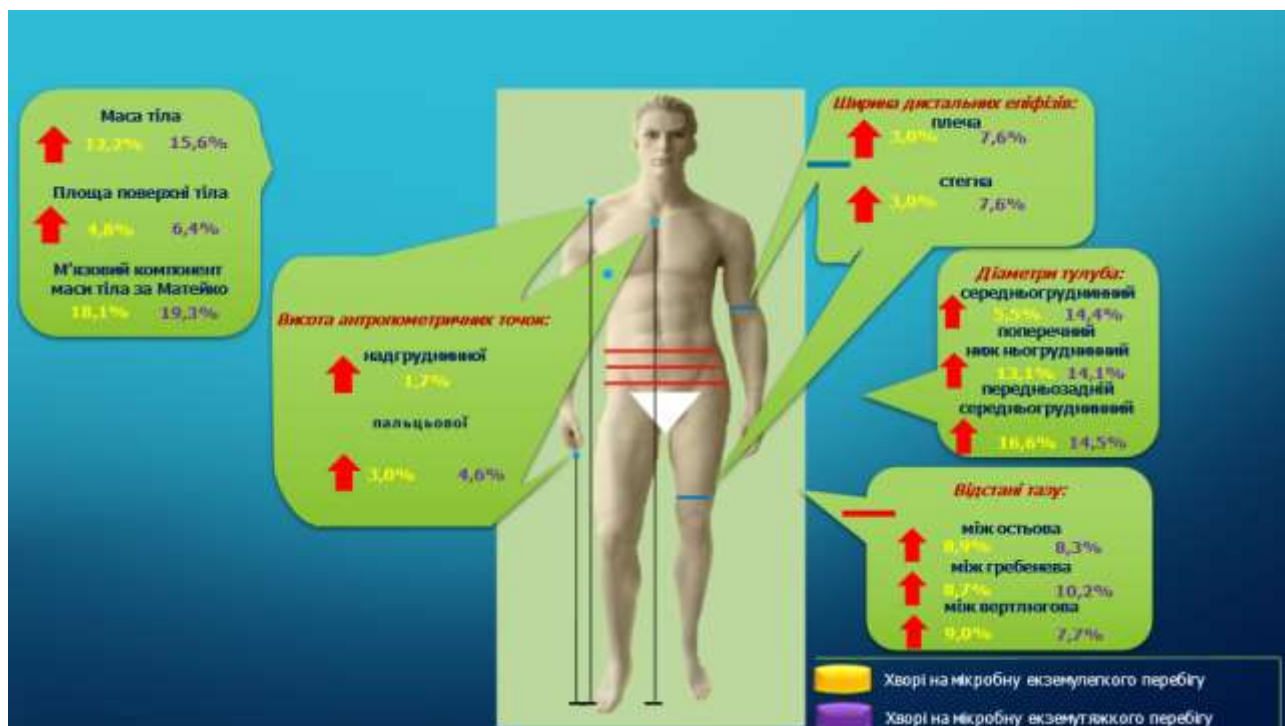


Рис. 6.3. Відмінності конституціональних параметрів тіла між практично здоровими та хворими на мікробну екзему із легким або тяжким перебігом чоловіками.

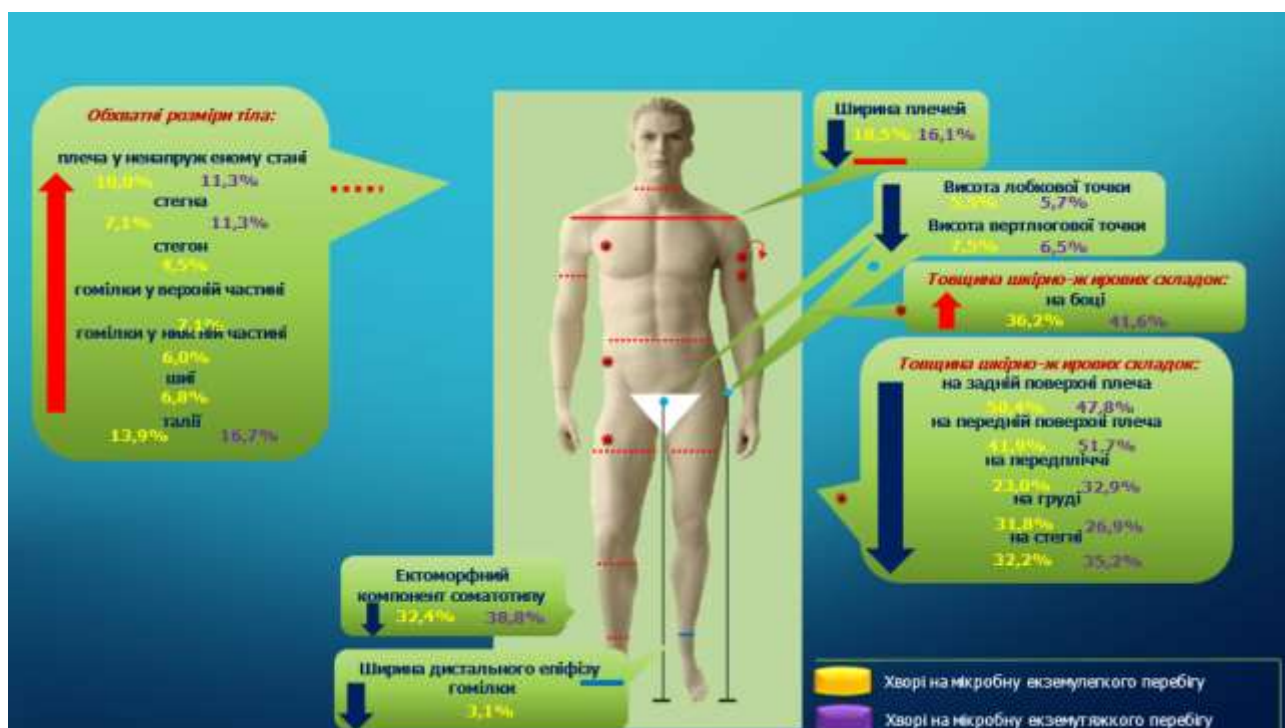


Рис. 6.4. Відмінності конституціональних параметрів тіла між практично здоровими та хворими на мікробну екзему із легким або тяжким перебігом чоловіками.

При порівнянні тотальних розмірів тіла між хворими на екзему чоловіками нами встановлені лише менші ($p=0,085$ і $p=0,091$) значення довжини тіла у хворих на мікробну екзему легкого перебігу порівняно з хворими на істинну екзему легкого (на 1,2 %) та тяжкого (на 1,6 %) перебігу (рис. 6.5, 6.6).

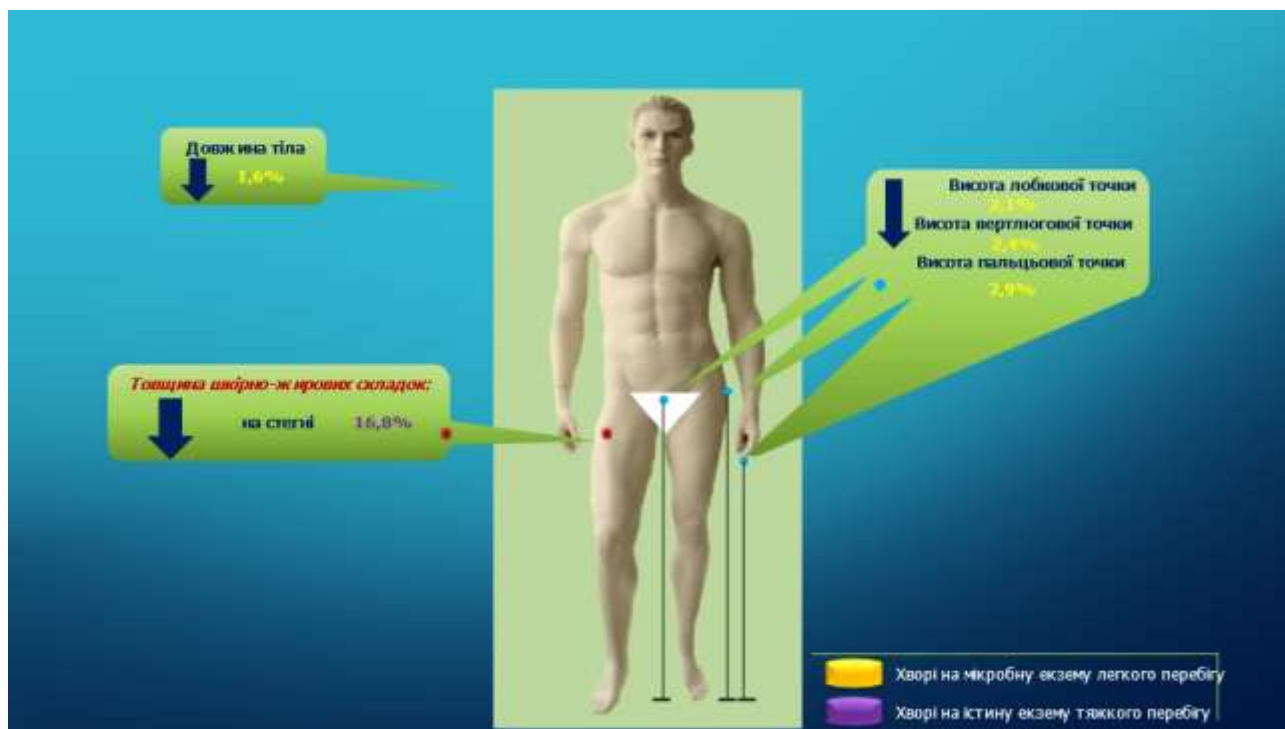


Рис. 6.5. Відмінності конституціональних параметрів тіла між хворими на мікробну екзему легкого та істинну екзему тяжкого перебігу чоловіками.

Певний набір конституціональних ознак дозволяє констатувати не тільки існуючий, але і передбачити кількісний та якісний рівень адаптаційних реакцій організму [30]. На думку багатьох авторів, конституціональні особливості передують хворобі, а не є її результатом. Однією з абсолютних ознак маркерів спадкової детермінованості є поздовжні розміри тіла, вони зазвичай покладені в основу провідних типів конституції. Поперечні ж розміри тіла настільки строго не успадковуються і більш тісно пов'язані зі статтю, віком і впливом зовнішнього середовища на організм [26, 35].

Нами, у здорових чоловіків порівняно з хворими встановлено більші ($p<0,01-0,01$) значення: висоти лобкової антропометричної точки на 3,5 %, 3,1 %, 5,5 % і 5,7 % та висоти вертлюгової антропометричної точки на 5,7 %, 4,9 %, 7,5 % і 6,5 %

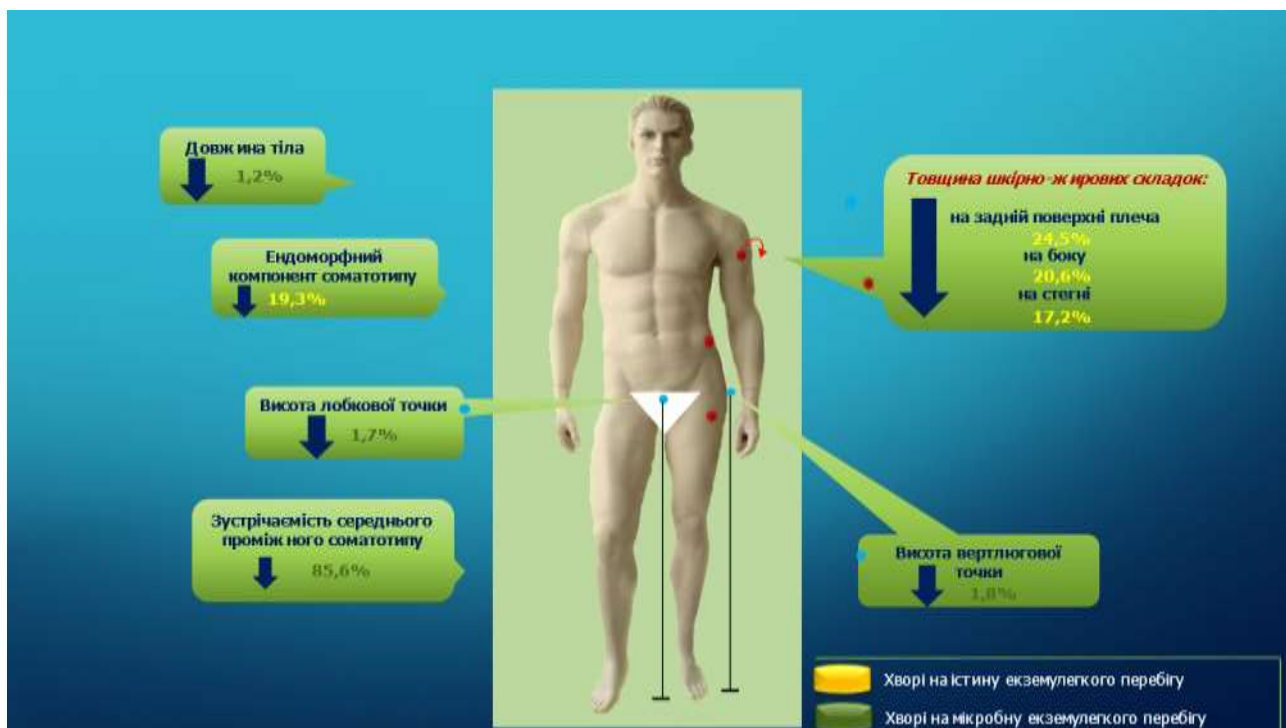


Рис. 6.6. Відмінності конституціональних параметрів тіла між хворими на істинну та мікробну екзему легкого перебігу чоловіками.

порівняно з хворими чоловіками на істинну екзему легкого і тяжкого перебігу та мікробну екзему легкого і тяжкого перебігу; та менші ($p < 0,05-0,001$, $p = 0,052-0,097$) значення: висоти надгруднинної антропометричної точки на 2,6 %, 2,6 і 1,7 % на істинну екзему легкого, тяжкого перебігу та мікробну екзему легкого перебігу; висоти акроміальної антропометричної точки на 1,6 % і 2,3 % порівняно з хворими чоловіками на істинну екзему легкого і тяжкого перебігу; висоти пальцевої антропометричної точки на 4,0 %, 5,9 %, 3,0 % і 4,6 % порівняно з хворими чоловіками на істинну екзему легкого і тяжкого перебігу та мікробну екзему легкого і тяжкого перебігу (рис. 6.2, див. рис. 6.1, 6.3).

У здорових чоловіків встановлено менші ($p < 0,01-0,001$) значення середньогруднинного діаметра (на 11,1 %, 3,1 %, 5,5 % і 14,4 %), поперечного нижньогруднинного діаметра (на 8,6 %, 13,6 %, 13,1 % і 14,1 %) і передньо-заднього середньогруднинного діаметра (на 10,2 %, 15,1 %, 16,6 % і 14,5 %) та більші ($p < 0,001$ в усіх випадках) значення ширини плечей (на 21,1 %, 15,3 %, 18,5 % і 16,1 %) порівняно з хворими чоловіками на істинну екзему легкого і тяжкого перебігу та мікробну екзему легкого і тяжкого перебігу (рис. 6.4, див. рис. 6.1, 6.3).

Для ширини епіфізів кісток кінцівок встановлено наступну закономірність: у здорових досліджуваних величина зазначених розмірів більша для більш дистальних, та менша – для більш проксимальних сегментів верхніх та нижніх кінцівок. Так, у *здорових осіб* більші ($p < 0,05-0,01$, $p = 0,099$) ширина дистального епіфіза передпліччя на 3,1 % і 2,8 % порівняно з *хворими* на істинну екзему тяжкого та легкого перебігу, а також ширина дистального епіфіза гомілки на 3,1 % порівняно з *хворими* на мікробну екзему легкого перебігу; та менші ($p < 0,05-0,001$, $p = 0,076$) – ширина дистального епіфіза плеча на 3,0 % порівняно з *хворими* на істинну екзему тяжкого перебігу, а також ширина дистального епіфіза стегна на 5,2 %, 6,1 % і 7,6 % порівняно з *хворими* чоловіками на істинну екзему легкого і тяжкого перебігу та мікробну екзему легкого перебігу (див. рис. 6.2-6.4).

Рівень фізичного розвитку чоловіків безпосередньо впливає на ступінь варіабельності морфометричних параметрів. Показано, що чим ширші плечі і вужчий таз, тим вираженіші ознаки андроморфності, і, навпаки, широкий таз і вузькі плечі свідчать про гінекоморфність [31].

У *здорових осіб* нами встановлені менші ($p < 0,01-0,001$) значення розмірів тазу: міжостьової відстані – на 9,2 %, 11,6 %, 8,9 % і 8,3 %, міжребеневої відстані – на 9,3 %, 12,5 %, 8,7 % і 10,2 % і міжвертлюгової відстані – на 8,4 %, 10,5 %, 9,0 % і 7,7 % порівняно з *хворими* чоловіками на істинну екзему легкого і тяжкого перебігу та мікробну екзему легкого і тяжкого перебігу (див. рис. 6.1, 6.3).

Залежно від різновиду екземи, хвороба має свої особливості перебігу. Мікробна екзема зазвичай має чіткі межі, розвивається в місцях травми, в місцях розвитку грибка, на гомілках при варикозній хворобі. Істинна екзема виникає після нервового стресу або без явних причин. На відміну від мікробної, справжня екзема завжди симетрична, і має осередки без чітких меж. Перебіг справжньої екземи хронічний або рецидивуючий [144].

Виявлено, що той або інший конституційний тип супроводжується більш частим виникненням, швидшим розвитком, більш важким перебігом і гіршим

результатом відповідної патології. Навіть за інтенсивністю розвитку тільки однієї групи конституціональних ознак виявляються певні зв'язки з розвитком тих чи інших захворювань. Так показано, що як у астеніків, так і у гіперстеніків частіше формуються хронічні хвороби шкіри та її придатків зі схильністю до рецидування [99].

І. М. Макарчук [22, 25] у юнаків з вугровою хворобою без урахування важкості та з легким і середнім ступенем важкості захворювання встановила досить подібні до отриманих нами зміни поздовжніх і поперечних розмірів тіла. Так у хворих з вугровою хворобою встановлені більші, ніж у здорових юнаків, значення висоти надгруднинної точки, поперечного середньо- і нижньогруднинного розмірів, ширини дистального епіфіза стегна, та менші значення висоти вертлюгової точки і ширини плечей. Виявлені особливості статевих відмінностей досліджуваних параметрів стосовно здорових та хворих осіб юнацького віку з урахуванням та без урахування соматотипу [23].

І. О. Чаплик-Чижо [42, 43] у чоловіків з хронічними піодерміями загальної групи та з гострим перебігом, а також із глибокими піодерміями встановила лише більші, ніж у здорових чоловіків, значення міжгребеневого розміру таза; а у хворих загальної групи та з хронічними піодерміями лише більшу висоту вертлюгової точки.

При порівнянні антропометричних показників між хворими чоловіками нами встановлені лише деякі відмінності *поздовжніх і поперечних розмірів тіла* у хворих з різними формами і ступенями важкості екземи. Так, висота лобкової і вертлюгової антропометричних точок у хворих чоловіків на істинну екзему легкого та важкого перебігу більша ($p < 0,05$, $p = 0,062-0,077$), ніж у чоловіків хворих на мікробну екзему легкого перебігу (відповідно на 1,8 %, 1,7 %, 2,1 % і 2,4 %); а висота пальцевої антропометричної точки – у чоловіків хворих на істинну екзему важкого перебігу на 2,9 % більша ($p = 0,065$), ніж у хворих на мікробну екзему легкого перебігу (див. рис. 6.2, 6.3). Ширина плечей у чоловіків хворих на істинну екзему легкого перебігу на 4,8 % і 4,2 % менша ($p < 0,05$, $p = 0,054$) порівняно з хворими чоловіками на істинну та мікробну екзему важкого перебігу (рис. 6.7, 6.8).

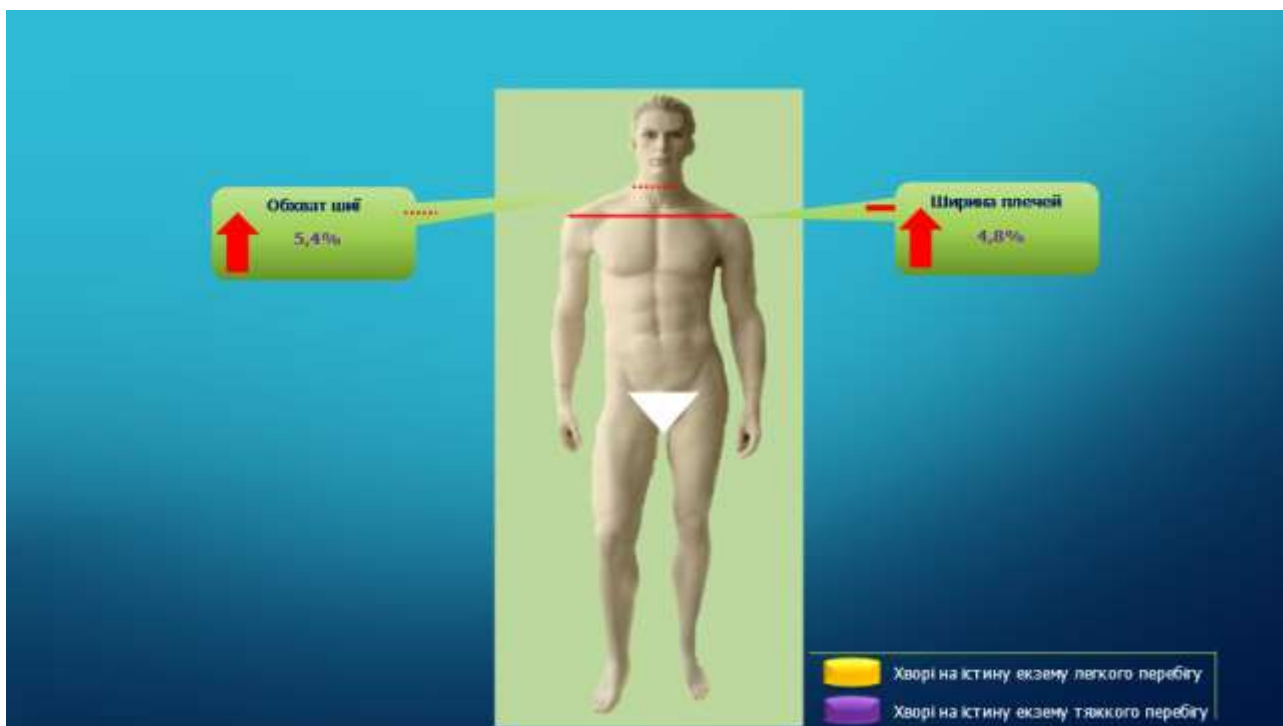


Рис. 6.7. Відмінності конституціональних параметрів тіла між хворими на істинну екзему легкого та тяжкого перебігу чоловіками.

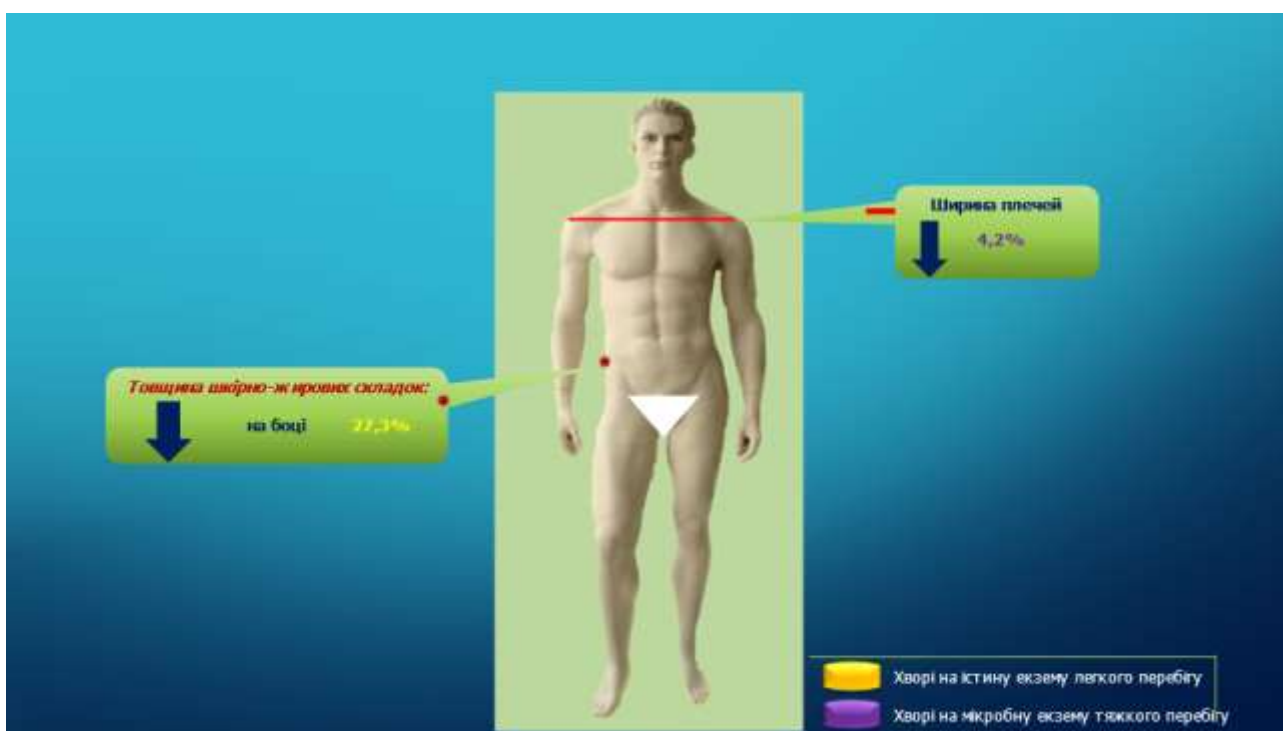


Рис. 6.8. Відмінності конституціональних параметрів тіла між хворими на мікробну екзему тяжкого та істинну екзему легкого перебігу чоловіками.

І. М. Макарчук [22, 25] також практично не виявила відмінностей поздовжніх і поперечних розмірів тіла між хворими з різним ступенем важкості вугр-

ової хвороби юнаками.

І. О. Чаплик-Чижо [42] у хворих на хронічні піодермії чоловіків встановила менші значення поперечних середньо- та нижньогруднинного розмірів, ніж у чоловіків хворих на гострі піодермії як загалом, так і окремо, при поділі на поверхневі й глибокі.

В ряді досліджень визначено, що практично у всі досліджувані обхватні розміри мають більші значення у хворих на вугрову хворобу, піодермію, atopічний дерматит у порівнянні зі здоровими особами аналогічної статі [11, 19, 20, 33, 146].

Нами, у здорових чоловіків порівняно з хворими на різні форми екземи встановлені менші ($p < 0,05-0,001$, $p = 0,053-0,098$) значення: обхвату плеча у напруженому стані на 4,9 % порівняно з хворими на істинну екзему тяжкого перебігу; обхвату плеча у ненапруженому стані на 7,3 % і 11,8 % порівняно з хворими на істинну екзему легкого і тяжкого перебігу, на 10,0 % і 11,3 % порівняно з хворими на мікробну екзему легкого і тяжкого перебігу; обхвату передпліччя у верхній частині на 5,4 % порівняно з хворими на істинну екзему тяжкого перебігу; обхвату стегна на 5,1 % і 8,0 % порівняно з хворими на істинну екзему легкого і тяжкого перебігу, на 7,1 % і 11,3 % порівняно з хворими на мікробну екзему легкого і тяжкого перебігу; обхвату стегон на 4,2% і 4,5 % порівняно з хворими на істинну екзему легкого тяжкого перебігу та мікробну екзему легкого перебігу; обхвату гомілки у верхній частині на 5,3 %, 7,5 % і 7,1 % порівняно з хворими на істинну екзему легкого і тяжкого перебігу та мікробну екзему легкого перебігу; обхвату гомілки у нижній частині на 6,0 % порівняно з хворими на мікробну екзему легкого перебігу; обхвату шиї на 7,5 % і 6,8 % порівняно з хворими на істинну екзему тяжкого перебігу та мікробну екзему легкого перебігу; обхвату талії на 8,6 % і 15,6 % порівняно з хворими на істинну екзему легкого і тяжкого перебігу та на 13,9 % і 16,7 % порівняно з хворими та мікробну екзему легкого і тяжкого перебігу; обхвату грудної клітки на вдиху, видиху, у спокійному стані на 6,9 %, 9,5 % і 9,1 % порівняно з хворими на істинну екзему тяжкого перебігу. Лише обхват стопи у здорових чоловіків більший ($p = 0,076$) на 3,1 % порівняно з

хворими на мікробну екзему легкого перебігу (див. рис. 6.2, 6.4).

У хворих чоловіків на істинну екзему легкого перебігу лише обхват шиї на 5,4 % менший ($p < 0,05$) порівняно з хворими на істинну екзему тяжкого перебігу (див. рис. 6.7).

А. Q. Abdel-Rahman зі співавторами [149] вивчені особливості обхватних розмірів у осіб з різними формами тяжкості псоріазу. У осіб з легким перебігом у порівнянні зі здоровими особами виявлено більші показники обхвату грудної клітки у спокої, на видиху, на вдиху, обхвату талії, шиї, гомілки у верхній та нижній частинах, стегон, стегна, кисті, передпліччя у нижній і верхній частинах та плеча у ненапруженому та ненапруженому стані (10,0 %, 10,6 %, 7,8 %, 17,1 %, 6,9 %, 10,2 %, 8,7 %, 11,4 %, 8,7 %, 4,2 %, 8,0 %, 14,2 % та 8,9 % відповідно); у осіб з тяжким перебігом захворювання відповідно до даних зон показники склали 9,6 %, 10,3 %, 7,2 %, 18,2 %, 7,8 %, 7,9 %, 5,9 %, 9,3 %, 6,5 %, 7,1 %, 4,5 %, 12,3 % та 6,8 % відповідно.

В дослідженні проблеми схильності до екземи одним із перспективних є конституційний підхід, що передбачає вивчення приватних підсистем загальної конституції пацієнта (однією з яких є товщина шкірно-жирових складок) і дозволяє визначати внутрішні зв'язки між приватними конституціями і структурно-функціональними станами організму, в тому числі розвитком екземи.

Нами, у здорових чоловіків порівняно з хворими встановлено більші ($p < 0,05-0,001$, $p = 0,078-0,093$) значення: товщини шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча на 62,6 %, 53,3 %, 50,4 % і 47,8 %, товщини шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча на 47,5 %, 47,4 %, 41,9 % і 51,7 %, товщини шкірно-жирової складки на передпліччі на 31,1 %, 26,8 %, 23,0 % і 32,9 %, товщини шкірно-жирової складки на грудях на 36,5 %, 19,9 %, 31,8 % і 26,9 %, товщини шкірно-жирової складки на стегні на 43,8 %, 43,6 %, 32,2 % і 35,2 %, порівняно з хворими чоловіками на істинну екзему легкого і тяжкого перебігу та мікробну екзему легкого і тяжкого перебігу, а також товщини шкірно-жирової складки на гомілці на 14,4 % і 14,6 %, порівняно з хворими чоловіками на істинну екзему легкого і тяжкого перебігу; та менші ($p < 0,001$ в усіх ви-

падах) значення товщини шкірно-жирової складки на боку на 33,7 %, 36,2 % і 41,6 %, порівняно з хворими чоловіками на істинну екзему легкого перебігу та мікробну екзему легкого і тяжкого перебігу (див. рис. 6.2, 6.4).

При порівнянні товщини шкірно-жирових складок між хворими чоловіками нами встановлені лише деякі відмінності між хворими з різними формами і ступенями важкості екземи. Так, товщина шкірно-жирових складок на задній поверхні плеча, на боку та на стегні у хворих чоловіків на істинну екзему легкого перебігу менша ($p=0,069-0,085$) відповідно на 24,5 %, 20,6 % і 17,2 % порівняно з хворими чоловіками на мікробну екзему легкого перебігу (див. рис. 6.4). У хворих чоловіків на істинну екзему легкого перебігу товщина шкірно-жирової складки на боку на 27,3 % менша ($p<0,05$), ніж у хворих чоловіків на мікробну екзему тяжкого перебігу; а у хворих чоловіків на істинну екзему тяжкого перебігу товщина шкірно-жирової складки на стегні на 16,8 % менша ($p=0,087$), ніж у хворих чоловіків на мікробну екзему легкого перебігу (див. рис. 6.5, 6.8).

Проведений аналіз літературних джерел без обмеження за давністю показав, що досі не проводилися дослідження щодо вивчення товщини шкірних складок у осіб, що страждають на екзему ні в Україні ні за її межами. В цілому ж роботи щодо вивчення товщини шкірних складок у осіб зі шкірними захворюваннями також є нечисленними і здебільшого належать перу українських вчених.

О. В. Al-Qaraleh [150] встановив що у осіб з легким і важким перебігом псоріазу (без урахування соматотипу та у мезоморфів чоловіків) порівняно зі здоровими чоловіками товщина шкірної складки значно вища на животі, на боку та нижньому куті лопатки і значно нижча на спині, грудях, стегнах та передній частині плеча.

Аналогічне дослідження також проведено щодо вугрової хвороби у 2015 році. Результати статистичного аналізу отриманих даних показали, що у здорових осіб порівняно з хворими на вугрову хворобу показники товщини шкірно-жирових складок на грудях, животі, під нижнім кутом лопатки, на передпліччі,

на передній поверхні плеча та на нижній кінцівці мають достовірно більші значення [24].

У здорових чоловіків Західного регіону України у порівнянні з хворими на піодермію встановлено нижчі значення товщини шкірно-жирових складок шкіри, значення енто- і мезоморфного компонентів соматотипу, жирового компонента маси тіла. В той час у хворих на піодермію жінок в порівнянні зі здоровими виявлено більші значення більшості поперечних, обхватних і тотальних розмірів тіла [44].

При оцінці конституціональних типів досліджуваних із дерматозами, потрібно обов'язково враховувати особливості як компонентів соматотипу, так і показників компонентного складу маси тіла [36, 37]. Групою авторів [13] встановлено особливості поширеності вугрової хвороби з урахуванням соматотипу особи. Серед хворих осіб спостерігаються більший відсоток осіб мезоморфного і мезо-ендоморфного соматотипу і менший відсоток осіб екто-мезоморфного соматотипу у юнаків і більший відсоток осіб мезоморфного і менший відсоток осіб ендоморфного соматотипу у дівчат. В той же час – відповідно до ступеню тяжкості, будь якої достовірної залежності авторами роботи виявлено не було.

Нами, порівняно зі здоровими чоловіками, встановлені більші ($p < 0,05-0,001$) значення величини ендоморфного компоненту соматотипу у представників із тяжким перебігом мікробної екземи (на 16,2 %) та мезоморфного компоненту соматотипу у представників із тяжким перебігом істинної екземи (на 18,4 %) та з легким перебігом мікробної екземи (на 22,1 %); а також менші ($p < 0,05-0,01$) значення екоморфного компоненту соматотипу у представників із тяжким перебігом істинної екземи (на 35,3 %) та з легким (на 32,4 %) і тяжким (на 38,8 %) перебігом мікробної екземи. Крім того, величина ендоморфного компоненту соматотипу має більші ($p = 0,069$) значення у чоловіків з легким перебігом мікробної екземи (на 19,3 %), ніж у хворих на істинну екзему легкого перебігу (див. рис. 6.2, 6.4).

Аналіз частоти зустрічаємості різних соматотипів показав, порівняно зі здоровими чоловіками, більшу ($p < 0,05$, $p = 0,062$) частоту мезоморфного сомато-

типу у представників із тяжким перебігом істинної екземи (на 34,1 %) та легким перебігом мікробної екземи (на 33,3 %) та середнього проміжного соматотипу у представників із легким перебігом істинної екземи (на 70,8 %), а також меншу ($p=0,073$) частоту екто-мезоморного соматотипу у представників із тяжким перебігом істинної екземи (на 15,9 %). Крім того, частота зустрічаємості середнього проміжного соматотипу більша ($p<0,05$) у чоловіків із легким перебігом істинної екземи (на 85,6 %), ніж у представників із легким перебігом мікробної екземи.

При аналізі показників компонентного складу маси тіла встановлено, порівняно зі здоровими чоловіками, більші ($p<0,05-0,001$, $p=0,097$) значення величини м'язового компоненту маси тіла у представників із легким (на 16,2 %) і тяжким (на 22,2 %) перебігом істинної екземи та з легким (на 18,1 %) і тяжким (на 19,3 %) перебігом мікробної екземи та кісткового компоненту маси тіла у представників із тяжким перебігом істинної екземи (на 5,2 %), а також менші ($p<0,01$) значення величини жирового компоненту маси тіла у представників із легким перебігом істинної екземи (на 23,5 %) (див. рис. 6.1, 6.3).

Традиційно за основу індивідуально-типологічної діагностики приймається морфологічний критерій у вигляді соматотипа, розглянутого в якості основного «інформатора» про природу конституції людини [17, 124].

Відомо, що у хворих пікнічної тілобудови клінічні симптоми дерматозів виражені більш інтенсивно у порівнянні з особами астеничного і нормостенічного соматотипів [124]. Велика масивність в будові тіла при деяких захворюваннях проявляється не лише в збільшенні ваги і ваго-зростових показників, але і у відносному вкороченні нижніх кінцівок і збільшенні обхватних розмірів тіла [18].

Встановлено, що крайні прояви напруги системи гомеостазу в процесі адаптації – основа для розвитку тих чи інших захворювань. Так, у пацієнтів з важкими і затяжними формами дерматитів частіше визначаються крайні та субпатологічні конституціональні типи [18].

Узагальнюючи відмінності антропо-соматотипологічних показників між

здоровими та хворими на істинну та мікробну екзему легкого або тяжкого перебігу чоловіками нами встановлений «субпатологічний» конституціональний тип, який характеризується витягнутим «циліндроподібним» тулубом, укороченими нижніми кінцівками, а також більш масивними дистальними та менш масивними проксимальними епіфізами верхніх і нижніх кінцівок.

Дослідниками ведуться пошуки ефективних, проте простих і дешевих методів раннього виявлення, передбачення виникнення даного захворювання, прогнозування тяжкості та форми його перебігу. Одним з перспективних напрямків, який вже досліджується вченими є конституціональний підхід щодо виявлення специфічних та достовірних антропометричних маркерів виникнення екземи [85], тому доречним є проведення аналогічного типу дослідження з використанням української популяції. Так, Дмитренко С. В. із співавторами [12] на основі антропометричних показників побудовані дискримінантні моделі, що дозволяють прогнозувати у дівчат Подільського регіону України можливість виникнення вугрової хвороби як з так і без урахування її тяжкості (коректність в 94,2 % випадків; статистика Уїлкса лямбда=0,276 та коректність в 95,3 % – 98,0 % випадків; статистика Уїлкса лямбда=0,297 – 0,322 відповідно, $p < 0,001$). Найбільш часто до таких моделей входять показники поперечних розмірів тіла та товщини шкірно-жирових складок шкіри (50,0 % та 29,2 % відповідно). Останнє є досить обнадійливим і вказує на перспективність подальших досліджень у нашому напрямку.

Нами, при розподілі хворих чоловіків на *істинну екзему легкого і тяжкого перебігу та мікробну екзему легкого і тяжкого перебігу*, встановлено, що можлива достовірна ($p < 0,001$) інтерпретація отриманих показників класифікації лише між здоровими та групами хворих чоловіків (дискримінантна функція коректна в 76,0 % випадків, статистика Wilks' Lambda=0,074); при розподілі хворих чоловіків лише на *істинну та мікробну екзему* – можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації не лише між здоровими та хворими ($p < 0,001$), але й між хворими на різні форми екземи ($p < 0,05$) чоловіками (дискримінантна функція коректна в 87,7 % випадків, статистика Wilks'

$\Lambda=0,088$); при розподілі хворих чоловіків лише на *екзему легкого або тяжкого перебігу* – можлива достовірна ($p<0,001$) інтерпретація отриманих показників класифікації між здоровими та хворими чоловіками, а між хворими на екзему легкого або тяжкого перебігу – лише незначна тенденція ($p=0,088$) можливості інтерпретації отриманих показників класифікації (дискримінантна функція коректна в 84,4 % випадків, статистика Wilks' $\Lambda=0,088$).

До складу дискримінантних моделей при розподілі хворих чоловіків на *істинну екзему легкого і тяжкого перебігу та мікробну екзему легкого і тяжкого перебігу* входять діаметри тіла (37,5 %) та ТШЖС (62,5 %); при розподілі хворих чоловіків лише на *істинну та мікробну екзему* – діаметри тіла (42,9 %) та ТШЖС (57,1 %); при розподілі хворих чоловіків лише на *екзему легкого або тяжкого перебігу* – також діаметри тіла (28,6 %) та ТШЖС (71,4 %). Причому, найбільший внесок у дискримінацію між групами здорових і хворих (незалежно від розподілу на групи хворих) чоловіків вносить ширина плечей. Отримані результати (відсоток входження до моделей діаметрів тулуба й таза) вказують на більш високу генетичну схильність [29] саме форми, а не перебігу даного мультифакторіального захворювання.

На основі проведеного дискримінантного аналізу, нами розроблена комп'ютерна програма “Eczema Test” (отримане авторське свідоцтво на твір № 110215), яка надає можливість провести прогностичну оцінку належності або неналежності пацієнта до групи підвищеного ризику захворювання на різні форми екземи у чоловіків, та особливостей перебігу даного захворювання в залежності від особливостей антропо-соматотипологічних параметрів тіла.

Таким чином, отримані в ході проведеного нами дослідження результати, а також дані наукової літератури, підтверджують перспективність використання антропо-соматотипологічних методів дослідження для прогнозування можливостей виникнення та особливостей перебігу різних мультифакторіальних захворювань, у тому числі й екземи. Виділення конституціональних маркерів дерматологічних захворювань забезпечить можливість здійснення моніторингу та прогнозу з виділенням відповідних груп ризику та фокусуванням донозологіч-

них експрес-діагностичних, профілактичних та реабілітаційних програм.

Розповсюдженість екземи серед пацієнтів із хронічними дерматозами постійно збільшується. Це пов'язано із зростанням значимості психотравмуючих чинників, як однієї з причин розвитку даної патології. Хворих на екзему відрізняє підвищена дратівливість, тривожність, виражена астения, фобії та іпохондричні прояви. У багатьох випадках спостерігаються затяжні депресивні розлади [135].

Проблема причинно-наслідкових зв'язків у формуванні екземи з точки зору психосоматичного співвідношення наразі залишається актуальною і практично не висвітленою. Застосування комплексного принципу дослідження зумовлює багатогранну оцінку психологічного стану особистості пацієнтів із екземою та можливості його оптимальної корекції [162].

В ході психологічного дослідження у хворих з різними формами і тяжкістю перебігу екземи не отримано значимих відмінностей за шкалою екстраверсії – інтроверсії. Лише у пацієнтів з мікробною екземою легкого перебігу показник за даною шкалою на 87,2 % більший ($p=0,082$) порівняно з досліджуваними з мікробною екземою тяжкого перебігу. Високий рівень показника за шкалою екстраверсії – інтроверсії, визначений в поодиноких випадках у окремих досліджуваних, не вплинув на середньостатистичні показники. У переважної більшості хворих на екзему та у досліджуваних групи контролю значення показника екстраверсія – інтроверсія знаходились у межах амбіверсії.

Окрім середніх значень вираженості показника екстравертованості визначали відсотковий розподіл пацієнтів за його величиною. Так, відсоткова частка хворих на істинну екзему легкого перебігу з *інтроверсією* на 12,5 % більша ($p=0,062$) порівняно з пацієнтами з мікробною екземою легкого перебігу. Відсоткова частка пацієнтів з мікробною екземою легкого перебігу з *амбіверсією* на 37,7 % менша ($p<0,05$) порівняно з пацієнтами з мікробною екземою тяжкого перебігу. Відсоткова частка здорових пацієнтів із *потенційною екстраверсією* на 42,7 % більша ($p<0,05$) порівняно з пацієнтами з мікробною екземою тяжкого перебігу. Відсоток пацієнтів із істиною екземою легкого перебігу з *потен-*

ційною екстраверсією більший ($p < 0,05$) на 5,4 % порівняно з пацієнтами з мікробною екземою легкого перебігу. Відсоток пацієнтів із істинною екземою тяжкого перебігу та мікробною екземою легкого перебігу з *потенційною екстраверсією* більший ($p < 0,05$) відповідно на 38,9 % і 46,4 % порівняно з пацієнтами з мікробною екземою тяжкого перебігу.

Аналізуючи вище описане, ми можемо прийти до висновку, що ступінь тяжкості, форма екземи та рівень екстравертованості не входять до співзалежних відносин. Рівень екстравертованості є індивідуальною нормою реакції людини і визначається не певною нозологічною одиницею, а особистістю, яка також індивідуальна і динамічна, як і внутрішній світ кожного індивіду.

Особливої уваги заслуговують результати оцінки рівня нейротизму у різних груп хворих, як базового показника нестійкості психоемоційної сфери. Встановлено, що всі досліджувані, включаючи контрольну групу, мають потенційно низький рівень показника. Неочікуваним стало те, що показник за шкалою нейротизму виявився меншим ($p < 0,05$ і $p = 0,054$) на 31,4 % у хворих на істинну екзему легкого перебігу і на 20,7 % у хворих на мікробну екзему легкого перебігу порівняно із практично здоровими досліджуваними.

У практично здорових досліджуваних відсоток осіб: з *низьким рівнем нейротизму (конкордант)* менший ($p < 0,05-0,001$ і $p = 0,066$) порівняно із хворими з істинною екземою легкого перебігу, мікробною екземою легкого і тяжкого перебігу, істинною екземою тяжкого перебігу відповідно на 51,5 %, 31,9 %, 29,0 % і 16,8 %; з *потенційно низьким рівнем нейротизму (потенційний конкордант)* більший ($p < 0,05$) на 27,9 % порівняно із хворими з істинною екземою легкого перебігу; з *потенційно високим рівнем нейротизму (потенційний дискордант)* більший ($p = 0,073$) на 15,8 % порівняно із пацієнтами з істинною екземою тяжкого перебігу.

Показник ситуативної (реактивної) тривожності за Спілбергером менший ($p < 0,05$ і $p = 0,051$) на 8,5 % у хворих на істинну екзему тяжкого перебігу і на 9,0 % у хворих на істинну екзему легкого перебігу порівняно із практично здоровими досліджуваними.

У практично здорових досліджуваних відсоток осіб: з *низьким* рівнем ситуативної тривожності менший ($p < 0,01$ і $p = 0,052$) порівняно з хворими з мікробною екземою тяжкого перебігу і пацієнтами з істинною екземою легкого перебігу відповідно на 25,1 % і 13,9 %; з *помірним* рівнем ситуативної тривожності більший ($p < 0,05$) порівняно з хворими з мікробною екземою тяжкого перебігу на 33,2 %; з *високим* рівнем ситуативної тривожності ($p < 0,05$) більший порівняно з хворими з істинною екземою легкого перебігу на 20,7 %.

Показник особистісної тривожності за Спілбергером менший ($p < 0,01$) у хворих на істинну екзему тяжкого перебігу на 13,4 % порівняно із практично здоровими досліджуваними.

У практично здорових досліджуваних відсоток осіб: з *низьким* рівнем особистісної тривожності менший ($p = 0,064$) на 18,7 %, а з *високим рівнем особистісної тривожності* – більший ($p = 0,052$) на 18,3 % порівняно з пацієнтами з істинною екземою тяжкого перебігу.

За показником щирості встановлено істотну різницю між основною та контрольною групою. Здорові досліджувані на відміну від хворих були більш відвертими, їх середньостатистичні результати не перевищували межу «норми». Так, показник за шкалою нещирості за Айзенком більший ($p < 0,001$) у хворих на істинну екзему легкого і тяжкого перебігу та у хворих на мікробну екзему легкого і тяжкого перебігу на 39,5 %, 40,1 %, 37,4 % і 43,6 % порівняно із практично здоровими досліджуваними.

Відсоток осіб, у яких показник за шкалою нещирості до 3 балів включно (норма) у хворих на істинну екзему легкого перебігу менший ($p = 0,075$) на 22,8 % порівняно із здоровими досліджуваними. Відсоток осіб, у яких показник за шкалою нещирості від 4 до 9 балів у хворих на істинну екзему легкого перебігу більший ($p = 0,075$) на 22,9 % порівняно із здоровими досліджуваними.

Значення від 4 до 9 балів за цією шкалою говорять про деяку демонстративність поведінки, прагнення здаватися кращим в очах оточуючих людей, висловлювати тільки соціально схвалювану думку. З іншого боку, психологічні дослідження свідчать, що в нашій країні за останнє десятиліття різко зросла

ступінь нормативної підтримки брехні. Сьогодні брехня і обман все частіше сприймаються людьми як нормальні і природні явища, а чесність і правдивість не входять до числа важливих моральних якостей особистості. За даними досліджень 25,0 % вважають, що відповідати нещиро на питання цілком допустимо і дозволено [8, 21].

Тому, цілком зрозумілим стає те, чому показник рівня нейротизму, особистісної і ситуативної тривожності виявилися меншими у хворих із різними формами і перебігом екземи порівняно з групою контролю. А відсоткова частка хворих з різними формами і тяжкістю перебігу екземи більша за рахунок досліджуваних із низьким (усі групи пацієнтів) і потенційно низьким рівнем нейротизму (істинна екзема легкого перебігу), низьким рівнем ситуативної (істинна екзема легкого перебігу і мікробна екзема тяжкого перебігу) і особистісної (істинна екзема тяжкого перебігу) тривожності, і менша – за рахунок пацієнтів із потенційно високим рівнем нейротизму (істинна екзема тяжкого перебігу), помірним (мікробна екзема тяжкого перебігу) і високим (істинна екзема легкого перебігу) рівнем ситуативної тривожності та високим рівнем особистісної тривожності (істинна екзема легкого перебігу) порівняно із здоровими особами.

На думку самого Айзенка, необхідним є застосування психологічних тестів в комплексі з природничими науками, які оперують чіткими кількісними показниками, отриманими завдяки об'єктивним методам дослідження, результати яких є незалежними від дослідника і позбавлені суб'єктивізму [10], як це мало місце при дослідженні нами антропометричних і соматотипологічних показників у хворих на екзему чоловіків.

О. У. Shchelkova [166] зазначає, що дослідження структури особистості хворих з різними формами та тяжкістю захворювання надзвичайно важливі, оскільки особистісні характеристики багато в чому визначають особливості перебігу патології та відгуку на лікування, психосоціального функціонування, адаптації та якості життя пацієнтів.

Так, у хворих на істинну екзему легкого перебігу відсоток осіб: з *низьким рівнем нейротизму (конкордант)* більший ($p=0,050$) на 34,7 %, а з *потенційно низьким рівнем нейротизму (потенційний конкордант)* – менший ($p<0,05$) на 49,3 % і порівняно із хворими з істинною екземою тяжкого перебігу. У хворих на істинну екзему тяжкого перебігу відсоток осіб з *потенційно низьким рівнем нейротизму (потенційний конкордант)* більший ($p<0,05$) на 35,6 % порівняно із хворими з мікробною екземою тяжкого перебігу.

Відсоток осіб серед хворих з мікробною екземою тяжкого перебігу: з *помірним рівнем ситуативної тривожності* менший ($p<0,05$) порівняно з пацієнтами з істинною екземою тяжкого перебігу і мікробною екземою легкого перебігу відповідно на 43,3 % і 38,6 %, а з *високим рівнем ситуативної тривожності* ($p<0,05$) більший порівняно з хворими з мікробною екземою легкого перебігу на 22,9 %.

Відсоток осіб серед хворих з істинною екземою тяжкого перебігу з *високим рівнем ситуативної тривожності* менший ($p<0,05$) порівняно з пацієнтами з істинною екземою легкого перебігу на 18,8 %.

Деякий час у психосоматичних дослідженнях пріоритетною була тенденція, спрямована на пошук психологічних предикторів розвитку дерматозів, проте результати досліджень неоднозначні [93, 120]. Певні особливості особистості можуть дійсно зумовлювати розвиток шкірного захворювання, про це не можна однозначно говорити на підставі досліджень особистості хворих із діагностованою екземою. Зміни у структурі особистості можуть проявитися як реакція на діагноз в результаті його постановки. Тому некоректно робити висновок, що знайдені психологічні особливості пацієнтів є абсолютними предикторами захворювання [136, 153].

У роботі з пацієнтом лікарю слід спиратися на такі властивості особистості, які є малозмінними та відносно стійкими. Важливо знати не стільки типологію ставлення до лікування, як типологію особистості хворого та його характер. Характер, як відомо, є особистісним ґрунтом, стійкою властивістю особистості, що успадковується, а не формується в процесі соціалізації [29, 104].

Серед існуючих підходів та типологій, які цілком коректно використовувати у повсякденній практиці лікаря, можна вважати типологію Карла Леонгарда «Акцентуовані особистості», яка була сформульована її автором з урахуванням величезного досвіду роботи у клініці неврозів. Особистісний опитувальник Шмішека є валідною та надійною методикою діагностики акцентуацій характеру, який можна застосовувати лікареві одночасно із визначенням за зовнішніми проявами, до якого типу акцентуації характеру може бути віднесений той чи інший пацієнт. К. Леонгард описав 12 типів акцентуацій характеру: демонстративний, застрягаючий, педантичний, збудливий, гіпертимний, дистимний, тривожний, циклотимний, екзальтований, емотивний, екстравертований та інтровертований [101, 128].

Нами проведено аналіз результатів визначення особливостей показників вираженості та особливостей акцентуованих рис особистості у чоловіків, хворих на різні форми екземи.

У контрольної групи досліджуваних виявлено наступний відсотковий розподіл типів акцентуації: гіпертимний – у 37,80 %; застрягаючий – у 1,22 %; емотивний – у 1,22 %; педантичний – у 3,66 %; тривожний – у 1,22 %; циклотимний – у 10,98 %; демонстративний – у 3,66 %; збудливий – у 7,32 %; дистимний – у 0 %; екзальтованого типу – у 14,63 %.

У хворих на істинну екзему легкого перебігу: гіпертимний – у 43,75 %; застрягаючий – у 0 %; емотивний – у 0 %; педантичний – у 0 %; тривожний – у 0 %; циклотимний – у 0 %; демонстративний – у 6,25 %; збудливий – у 0 %; дистимний – у 6,25 %; екзальтованого типу – у 6,25 %.

У хворих на істинну екзему тяжкого перебігу: гіпертимний – у 83,33 %; застрягаючий – у 0 %; емотивний – у 0 %; педантичний – у 5,56 %; тривожний – у 0 %; циклотимний – у 0 %; демонстративний – у 5,56 %; збудливий – у 0 %; дистимний – у 0 %; екзальтованого типу – у 11,11 %.

У хворих на мікробну екзему легкого перебігу: гіпертимний – у 53,57 %; застрягаючий – у 0 %; емотивний – у 0 %; педантичний – у 7,14 %; тривожний –

у 0 %; циклотимний – у 3,57 %; демонстративний – у 0 %; збудливий – у 7,14 %; дистимний – у 0 %; екзальтованого типу – у 7,14 %.

У хворих на мікробну екзему тяжкого перебігу: гіпертимний – у 40,00 %; застрягаючий – у 0 %; емотивний – у 0 %; педантичний – у 10,00 %; тривожний – у 0 %; циклотимний – у 0 %; демонстративний – у 0 %; збудливий – у 0 %; дистимний – у 0 %; екзальтованого типу – у 10,00 %.

Таким чином, встановлено переважання акцентуації характеру гіпертимного типу серед досліджуваних усіх груп порівняння. Даний тип акцентуації характеру відрізняється невгамовністю, рухливістю, товариськістю і непосидючістю, піднятим настроєм. Прагнення до активної діяльності поєднується з легковажністю та недисциплінованістю. У випадку захворювання гіпертимні особи довго не звертаються до лікаря і вважають, що хвороба сама пройде, вони не мають часу на лікування. Коли потрапляють у стаціонар, вони не можуть довго всидіти на місці, не дотримуються режиму і тиші в палаті, розважають і підбадьорюють оточуючих [115]. Знання зазначених особливостей особистості хворих на екзему дозволяє правильно побудувати бесіду та стосунки з ним, визначити характер внутрішньої картини хвороби та спланувати психотерапевтичну тактику.

В останні десятиліття у світі різко зросла кількість людей, що страждають на різні форми екземи [63, 130]. У випадку важкого і часто рецидивуючого перебігу дерматозу відбувається руйнування звичної діяльності, установок і відносин особистості. Серед груп з більш важким перебігом захворювання формується відчуття того, що людина мало контролює своє життя, у тому числі мало контролює своє здоров'я, що відображає реальність безсилля та обмеженого доступу до медичної допомоги. Будучи частиною процесу засвоєння безпорадності, така ситуація цілком може призвести до досить стійкої орієнтації, подібної до риси особистості. Проблема людини, що знаходиться в ситуації важкого перебігу захворювання повинна розглядатися не лише як медична, а й як проблема соціальна і психологічна [121, 163].

В даний час існує певна кількість досліджень в психодерматології, проте їх результати залишаються суперечливими за браком комплексних досліджень, які різнобічно розкривають психічні особливості пацієнтів з різними формами і типом перебігу екземи [90, 164, 191]. Наше досліджуване положення, яке можна перевірити, стверджує, що виражений локус контролю буде достовірно відрізнятися при порівнянні між здоровими і хворими досліджуваними та між хворими з різними формами і перебігом екземи. Ми очікуємо, що здорові особи і пацієнти з легким перебігом дерматозу частіше виявлятимуть більший контроль над важливими аспектами свого життя і здоров'я.

Показник шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю за Роттером (USK_1) більший ($p=0,089$ і $p=0,085$) у чоловіків з легким перебігом істинної екземи відповідно на 20,7 % і 16,9 % порівняно із чоловіками з аналогічним перебігом мікробної екземи і групою контролю.

Показник рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень за Роттером (USK_2) ($p<0,05$ і $p=0,066$) більший у чоловіків з тяжким і легким перебігом істинної екземи на 13,8 % і 16,1 % порівняно із досліджуваними групи контролю.

Показник рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач за Роттером (USK_3) ($p<0,05$ і $p=0,098$) менший у чоловіків з легким і тяжким перебігом мікробної екземи на 15,1 % і 20,1 % порівняно із досліджуваними групи контролю.

Показник рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач за Роттером (USK_4) ($p=0,097$) більший у чоловіків з легким перебігом істинної екземи на 15,1 % порівняно із чоловіками з аналогічним перебігом мікробної екземи.

Показник рівня суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин за Роттером (USK_5) ($p<0,05-0,001$) більший у чоловіків з легким перебігом істинної екземи на 17,4 %, 65,0 % і 24,4 % порівняно із досліджуваними з тяжким перебігом істинної екземи, з чоловіками з легким перебігом мікробної екземи і групою контролю.

Показник рівня суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин за Роттером (USK_6) менший ($p<0,05$) у чоловіків з легким і тяжким пере-

бігом мікробної екземи на 11,1 % і 27,7 % порівняно із досліджуваними групи контролю.

Показник рівня суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин (USK_7) за Роттером менший ($p < 0,05$ і $p = 0,071$) у чоловіків з тяжким перебігом мікробної екземи на 25,7 % і 18,7 % порівняно із чоловіками з аналогічним перебігом істинної екземи і досліджуваними з легким перебігом мікробної екземи.

Згідно отриманих нами результатів ми бачимо, що у здорових випробовуваних і у хворих на істинну екзему з легким і важким перебігом переважає інтернальний внутрішній локус контролю, явно виражений за шкалами інтернальності-екстернальності (окрім показника рівня суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин за Роттером при важкому перебігу істинної екземи). Причому, порівняно з групою контролю при легкому перебігу істинної екземи по величині переважають показник шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю, показники рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень і в галузі невдач за Роттером, а при важкому перебігу істинної екземи – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень за Роттером. Все це говорить про впевненість в собі випробовуваних, більш спокійних і доброзичливих, що мають більш позитивну систему відносин і велику усвідомленість сенсу і цілей в житті.

Внутрішній локус контролю наступних: показник шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю, показник рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач за Роттером і показник рівня суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин за Роттером у хворих на мікробну екзему легкого перебігу та показник рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач за Роттером, показники рівня суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) і міжособистісних відносин за Роттером відхиляється вліво від норми ($< 5,5$ стевів), що свідчить про екстернальний тип суб'єктивного контролю за даними сферами життя. Такі люди не бачать зв'язку між своїми діями і значущими для них подіями їхнього життя, не вважають себе здатними контро-

лювати їх розвиток і вважають, що більшість їх є результатом випадку або дій інших людей. Випробувані схильні приписувати відповідальність за подібні події іншим людям або вважати їх результатом невезіння. Вони схильні приписувати більш важливе значення зовнішнім обставинам – керівництву, товаришам по роботі, везінню – невдачі. А у пацієнтів з важким перебігом мікробної екземи низький показник рівня суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин за Роттером вказує на те, що вони не вважають себе здатними активно формувати своє коло спілкування і схильні вважати свої відносини результатом дії своїх партнерів.

У здорових досліджуваних порівняно із хворими на мікробну екзему з легким і важким перебігом встановлено достовірно більші рівні суб'єктивного контролю в галузі невдач і міжособистісних відносин за Роттером.

При порівнянні між групами з аналогічною формою і різними ступенями важкості дерматозу встановлено достовірно більші рівні суб'єктивного контролю при легкій формі істинної і мікробної екземи відповідно для показників рівня суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин і в галузі міжособистісних відносин за Роттером.

Привертає увагу той факт, що незалежно від важкості перебігу у пацієнтів з істинною екземою встановлені достовірно більші відмінності і тенденції відмінностей рівня суб'єктивного контролю порівняно з пацієнтами, які хворіють на мікробну екзему легкого і важкого перебігу. Так, у пацієнтів з істинною екземою встановлені більші значення: показника шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю, показників рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач і навчальних (професійних) відносин за Роттером (легкий перебіг) і показника рівня суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин за Роттером (тяжкий перебіг) порівняно з мікробною екземою з аналогічною важкістю перебігу; показників рівня суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) і міжособистісних відносин за Роттером (легкий перебіг) порівняно з мікробною екземою з тяжким перебігом і показників шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю за Роттером та показника рівня

суб'єктивного контролю в галузі невдач за Роттером (тяжкий перебіг) порівняно з мікробною екземою з легким перебігом.

Узагальнюючи результати дослідження, відзначимо, що хворі на істинну екзему з різним перебігом характеризуються як виражена інтернальна особистість з рисами екстернальності, характеризують себе як добрих, незалежних, справедливих і частково рішучих. Пацієнти ж з мікробною екземою показали залежність від зовнішніх обставин – умов навколишнього середовища, дій інших людей, випадковостей. Вони мають низький рівень суб'єктивного контролю, хоча тверезо оцінюють ситуацію свого здоров'я і найближчого оточення. Випробовувані не вважають свої дії важливим фактором в організації власної виробничої діяльності, в складних відносинах в колективі, у своєму просуванні. Таким чином, в ході порівняльного дослідження рівня суб'єктивного контролю за різними сферами життя між здоровими та/або хворими на екзему в залежності від тяжкості перебігу дерматозу отримано уявлення про зміст картини хвороби, розкрито психологічні особливості пацієнтів (фенотиповий прояв), що може бути використане для оптимізації роботи з хворими даного профілю, а також, в рамках реабілітації для психотерапевтичних заходів в ключі персоніфікованого конституціонального підходу.

Підводячи підсумок усієї роботи слід підкреслити, що результати дослідження доводять актуальність врахування фактору суб'єктивізму при оцінці психологічних особливостей пацієнтів з екземою. Необхідно проводити їх аналіз в комплексі з антропометричними дослідженнями, що дозволить здійснювати ефективний скринінг осіб, схильних до захворювання та прогнозувати його виникнення. Оцінка психологічних особливостей хворих на екзему одночасно з морфометричними властивостями їх організму допоможе створити системні портрети пацієнтів різних конституціональних типів.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі подано вирішення науково-практичної задачі, яка полягає у встановленні відмінностей антропо-соматотипологічних показників і показників особливостей особистості між здоровими та хворими на істинну та мікробну екзему легкого або тяжкого перебігу українськими чоловіками, розбіжності даних показників між хворими на різні форми екземи, а також, побудові дискримінантних моделей можливості виникнення та особливостей перебігу екземи в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла.

1. Між практично здоровими та хворими на істинну та мікробну екзему легкого або тяжкого перебігу українськими чоловіками встановлені багаточисельні достовірні або тенденції відмінностей. Для більшості груп хворих чоловіків виявлені:

більші значення – маси (на 12,2-15,6 %) та площі поверхні тіла (на 4,8-7,3 %); висоти надгруднинної (на 1,7-2,6 %), акроміальної (на 1,6 % і 2,3 %) та пальцевої (на 3,0-5,9 %) антропометричних точок; середньогруднинного (на 3,1-14,4 %), поперечного нижньогруднинного (на 8,6-14,1 %) і передньозаднього середньогруднинного (на 10,2-16,6 %) діаметрів тулуба; міжостьової (на 8,3-11,6 %), міжребеневої (на 8,7-12,5 %) та міжвертлюгової (на 7,7-10,5 %) відстаней тазу; ширини дистального епіфіза плеча та стегна (на 3,0-7,6 %); практично усіх обхватних розмірів тіла (на 4,2-16,7 %); товщини шкірно-жирової складки на боку (на 33,7-41,6 %); мезоморфного компоненту соматотипу (на 18,4-22,1 %); частоти зустрічаємості мезоморфного соматотипу (на 33,3-34,1 %); величини м'язового компоненту маси тіла (на 16,2-22,2 %);

менші значення – висоти лобкової (на 3,1-5,7 %) та вертлюгової (на 4,9-7,5 %) антропометричних точок; ширини плечей (на 15,3-21,1 %); ширини дистальних епіфізів передпліччя та гомілки (на 2,8-3,1 %); товщини шкірно-жирових складок на кінцівках і на груді (на 33,7-41,6 %); екоморфного компоненту соматотипу (на 32,4-38,8 %).

2. Між хворими на істинну та мікробну екзему легкого або важкого перебігу українськими чоловіками встановлено значно меншу кількість достовірних або тенденцій відмінностей антропо-соматотипологічних показників:

між хворими на істинну та мікробну екзему легкого перебігу – менші значення у хворих на мікробну екзему довжини тіла (на 1,2 %), висоти лобкової та вертлюгової антропометричних точок (на 1,7 % та 1,8 %) та частоти зустрічаємості середнього проміжного соматотипу (на 85,6 %); менші значення у хворих на істинну екзему товщини шкірно-жирових складок на задній поверхні плеча, на боку та на стегні (на 24,5 %, 20,6 % і 17,2 %) та величини ендоморфного компонента соматотипу (на 19,3 %);

між хворими на істинну екзему легкого та важкого перебігу – більші значення у хворих із тяжким перебігом ширини плечей (на 4,8 %) та обхвату шиї (на 5,4 %);

між хворими на мікробну екзему легкого та істинну екзему важкого перебігу – менші значення у хворих на мікробну екзему довжини тіла (на 1,6 %) та висоти лобкової, вертлюгової та пальцевої антропометричних точок (на 2,1 %, 2,4 % та 2,9 %); менші значення у хворих на істинну екзему товщини шкірно-жирової складки на стегні (на 16,8 %);

між хворими на мікробну екзему важкого та істинну екзему легкого перебігу – менші значення у хворих на мікробну екзему ширини плечей (на 4,2 %); менші значення у хворих на істинну екзему товщини шкірно-жирової складки на боку (на 27,3 %).

3. Між здоровими та хворими на екзему чоловіками встановлений «субпатологічний» конституціональний тип, який характеризується витягнутим «циліндроподібним» тулубом, укороченими нижніми кінцівками, а також більш масивними дистальними та менш масивними проксимальними епіфізами верхніх і нижніх кінцівок.

4. Розроблені на основі антропометричних параметрів достовірні дискримінантні моделі дозволяють у чоловіків з високою ймовірністю (статистика Wilks' Lambda= від 0,074 до 0,088) прогнозувати лише можливість виникнення

та форми екземи. До складу побудованих дискримінантних рівнянь в усіх групах чоловіків (при розподілі хворих на істинну екзему легкого і тяжкого перебігу та мікробну екзему легкого і тяжкого перебігу; при розподілі хворих лише на істинну та мікробну екзему; при розподілі хворих лише на екзему легкого або тяжкого перебігу) найбільш часто входять товщина шкірно-жирових складок (відповідно 62,5 %, 57,1 % і 71,4 %) і діаметри тіла (відповідно 37,5 %, 42,9 % і 28,6 %). Найбільший внесок у дискримінацію в усіх групах вносить ширина плечей.

5. У хворих на істинну екзему з легким або тяжким перебігом порівняно з контрольною групою встановлено переважання осіб з низьким рівнем нейротизму (відповідно на 51,5 % і 16,8 %), з потенційно високим рівнем нейротизму (на 15,9 % у хворих із тяжким перебігом), з низьким рівнем ситуативної (на 13,9 % у хворих із легким перебігом) і особистісної тривожності (на 18,7 % у хворих із тяжким перебігом), з наявністю акцентуації характеру за гіпертимним типом (на 45,5 % у хворих із тяжким перебігом), більшого за значенням показника шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю (на 16,9 % у чоловіків з легким перебігом), рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень (на 16,1 % і 13,8 %) і навчальних (професійних) відносин (на 24,4 % у хворих із легким перебігом) та меншу частку осіб з потенційно низьким рівнем нейротизму (на 27,9 % у хворих із легким перебігом), з високим рівнем ситуативної (відповідно на 20,7 % у хворих із легким перебігом) і особистісної тривожності (на 18,3 % у хворих із тяжким перебігом), з наявністю акцентуації характеру за демонстративним типом (на 6,3 % у хворих із легким перебігом).

У хворих на мікробну екзему з легким або тяжким перебігом порівняно з контрольною групою встановлено переважання осіб з низьким рівнем нейротизму (відповідно на 31,9 % і 29,0 %) і ситуативної тривожності (на 25,1 % у хворих із тяжким перебігом) та меншу частку осіб із потенційною екстраверсією (на 42,7 % у хворих із тяжким перебігом), з помірним рівнем ситуативної тривожності (відповідно на 33,2 % у хворих із тяжким перебігом); рівня

суб'єктивного контролю в галузі невдач (на 15,1 % і 20,1 %) і міжособистісних відносин (на 11,1 % і 27,7 %).

6. У хворих на істинну екзему з тяжким перебігом порівняно з хворими з легким перебігом встановлено переважання осіб з потенційно низьким рівнем нейротизму (на 49,3 %), з наявністю акцентуації характеру за гіпертимним типом (на 39,6 %) та меншу частку осіб з низьким рівнем нейротизму (на 34,7 %), з високим рівнем особистісної тривожності (на 18,8 %), з більшим за значенням рівнем суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин (на 17,4 %).

У хворих на мікробну екзему з тяжким перебігом порівняно з хворими з легким перебігом встановлено переважання осіб з амбіверсією (на 37,6 %), з високим рівнем ситуативної тривожності (на 22,7 %) та меншу частку осіб і з потенційною екстраверсією (на 46,4 %), з помірним рівнем ситуативної тривожності (на 38,6 %), з більшим за значенням рівнем суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин (на 18,7 %).

7. У хворих на істинну екзему з легким перебігом порівняно з хворими на мікробну екзему аналогічного перебігу встановлено переважання осіб з інтроверсією (на 12,5 %), з більшим за значенням рівнем показника шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю, суб'єктивного контролю в галузі невдач і навчальних (професійних) відносин (відповідно на 20,7 %, 15,1 % і 65,0 %).

У хворих на істинну екзему з тяжким перебігом порівняно з хворими на мікробну екзему аналогічного перебігу встановлено переважання осіб з потенційною екстраверсією (на 38,9 %), з потенційно низьким рівнем нейротизму (на 35,6 %), з помірним рівнем ситуативної тривожності (на 43,3 %), з наявністю акцентуації характеру за гіпертимним типом (на 43,3 %), з більшим за значенням рівнем суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин (на 25,7 %).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Комп'ютерна програма “EczemaTest” (Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 110215) належить до медицини, а саме до галузі «шкірні хвороби». Використання комп'ютерної програми надає можливість провести прогностичну оцінку належності або неналежності пацієнта до групи підвищеного ризику захворювання на різні форми екземи, та особливостей перебігу даного захворювання.

В основі створення програми “EczemaTest” лежить аналіз дискримінантних моделей антропо-соматотипологічних параметрів практично здорових і хворих на екзему різних форм та особливостей перебігу.

Установка програми

Для роботи програми необхідно використовувати комп'ютер із встановленою операційною системою Windows XP, Windows Vista, Windows 7, Windows 10.

Для установки програми необхідно скопіювати всі файли з установочного CD на жорсткий диск у вибрану папку. Запустити файл EczemaTest.exe.

Робота з програмою

На початку роботи з програмою необхідно ввести прізвище пацієнта у відповідному вікні та вибрати модель за якою буде виконано прогноз – за антропометричними показниками.

Для розрахунку показників класифікації, на підставі яких робиться прогноз, спочатку необхідно ввести початкові параметри. Таблиця вхідних даних заповнена назвами параметрів, необхідних для розрахунку (рис.1). Величини вхідних параметрів визначаються під час антропологічного обстеження пацієнта за загальноприйнятими методиками.

Для розрахунку показників класифікації необхідно ввести такі дані про пацієнта: міжребенева відстань (см); поперечний середньогрудний діаметр (см); товщина шкірно-жирової складки (ТШЖС) на боку (мм); ТШЖС на гомілці

(мм); ТШЖС на задній поверхні плеча (мм); ТШЖС на передпліччі (мм); ТШЖС на стегні (мм); ТШЖС під нижнім кутом лопатки (мм); ширина плечей (см).

АНТРОПОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ

міжгребенева відстань (см)	
поперечний середньогрудний діаметр (см)	
ТШЖС на боку (мм)	
ТШЖС на гомілці (мм)	
ТШЖС на задній поверхні плеча (мм)	
ТШЖС на передпліччі (мм)	
ТШЖС на стегні (мм)	
ТШЖС під нижнім кутом лопатки (мм)	
ширина плечей (см)	

ПОКАЗНИКИ КЛАСИФІКАЦІЇ (умовні одиниці)

- для здорових
- Для хворих на істину екзему легкого перебігу
- Для хворих на істину екзему тяжкого перебігу
- Для хворих на мікробну екзему легкого перебігу
- Для хворих на мікробну екзему тяжкого перебігу

ВИСНОВОК: Належить до пацієнтів

Прогноз перебігу:

Рис. 1. Вікно комп'ютерної програми “EczemaTest”.

Введення даних у рядках таблиці необхідно завершувати за допомогою клавіші Enter. Після заповнення всіх рядків виконується розрахунок показників класифікації Df (в умовних одиницях). Також формується висновок (рис. 2) – належить особа до групи схильних або не схильних до екземи.

В верхній частині вікна розташовані кнопки швидкого доступу до функцій програми:




Завантажити данні

Зберегти данні

Очистити данні



Функція, що позначена значком  дозволяє зберегти данні на жорсткому диску. Перед її використанням необхідно заповнити поля, призначені для

введення прізвища пацієнта. Вхідні данні і результат розрахунку зберігаються в вигляді текстового файлу.

АНТРОПОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ	
міжгребенева відстань (см)	33,5
поперечний середньогрудний діаметр (см)	33,3
ТШЖС на боці (мм)	16
ТШЖС на голіплці (мм)	8
ТШЖС на задній поверхні плеча (мм)	3
ТШЖС на передпліччі (мм)	3
ТШЖС на стегні (мм)	7
ТШЖС під нижнім кутом лопатки (мм)	14
ширина плечей (см)	36,4

ПОКАЗНИКИ КЛАСИФІКАЦІЇ (умовні одиниці)

Для здорових - 34.7
 Для хворих на істину екземи легкого перебігу - 5.6
Для хворих на істину екземи тяжкого перебігу - 3.4
 Для хворих на мікробну екземи легкого перебігу - 12.8
 Для хворих на мікробну екземи тяжкого перебігу - 7.2

ВИСНОВОК: Належить до пацієнтів схильних до істинної екземи
 Прогноз перебігу: тяжкий перебіг

Рис. 2. Приклад розрахунку показників класифікації Df (в умовних одиницях) та формування висновку за допомогою комп'ютерної програми "EczemaTest".

Функція, що позначена значком  очищує таблиці перед проведенням розрахунків для нової пацієнтки.

Функція, що позначена значком  дозволяє переглядати раніш збережені данні.

Комп'ютерна програма "EczemaTest" надає можливість прогнозувати виникнення різних форм та особливостей перебігу екземи у залежності від особливостей будови тіла і пропонується для використання у практичній медицині.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айзенк, Г., & Айзенк, М. (2001). *Исследования человеческой психики*. М: Эксмо-Пресс.
2. Аль-Омарі Ала'а Осама Ахмад (2022). *Особливості компонентів соматотипу в українських чоловіків хворих на різні форми екземи*. The XXXIII International Scientific and Practical Conference “Trends in the development of science in the modern world”, Graz (pp. 197-199). Graz, Austria.
3. Аль-Омарі Ала'а Осама Ахмад, Дмитренко, С. В., & Костенко, М. П. (2021). *Компютерна програма для прогнозування можливості захворювання на екзему «Eczema Test»*. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 110215; заявл. 15.11.2021, № с202108263, опубл. 13.12.2021.
4. Аль-Омарі, А. О. А. (2022). *Особливості показників компонентного складу маси тіла в українських чоловіків хворих на різні форми екземи*. The 8th International scientific and practical conference “Eurasian scientific discussions”, Barcelona (pp. 51-53). Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain.
5. Аль-Омарі, А. О. А. (2022). *Особливості тотальних розмірів тіла у чоловіків хворих на різні форми екземи*. Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Морфогенез та регенерація органів людини та тварин в нормі, при патології та за умов корекції» присвячена 100-річчю з дня народження професора І.О. Жутаєва, Полтава (стор. 18-19). Полтава: ПДМУ.
6. Антомонов, М. Ю. (2018) *Математическая обработка и анализ медико-биологических данных*. К.: МИЦ «Мединформ».
7. Бажин, Е. Ф., Голынкина, Е. А., & Эткинд, А. М. (1984). Метод исследования уровня субъективного контроля. *Психологический журнал*, 5(3), 152-162.
8. Боярин, Л. В., Завацький, Ю. А., Михайлишин, У. Б., & Жигаренко, І. Є. (2017). Соціально-психологічні особливості ціннісних орієнтацій особистості в аспекті прояву брехливості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*, 2(43), 36-44.
9. Бунак, В. В. (1941). *Антропометрия*. М.: Наркомпрос РСФСР.

10. Бурлачук, Л. (2021). *Психодиагностика: Учебник для вузов. 2-е изд.*. Издательский дом "Питер".
11. Гара, А. В. (2014). Особливості соматотипологічних параметрів у хлопчиків і дівчаток Поділля хворих на atopічний дерматит. *Український морфологічний альманах*, 12(2), 95-98.
12. Дмитренко, С. В., Маєвський, О. Є., & Макарчук, І. М. (2016). Дискримінантні моделі можливості захворювання та особливостей перебігу вугрової хвороби у дівчат подільського регіону України в залежності від розмірів тіла. *Світ медицини та біології*, 4(58), 30-33.
13. Дмитренко, С. В., Макарчук, І. М., & Серебреннікова, О. А. (2017). Залежність поширення вугрової хвороби серед юнаків та дівчат Поділля від варіантів соматотипу. *Вісник морфології*, 23(1), 76-79.
14. Елисеєв, О. П. (2017). *Практикум по психології личности : учеб. пособие для бакалавриата и магистратуры (4-е изд., перераб. и доп.)*. М.: Издательство Юрайт.
15. Зинатулина, Г. М., Файзуллина, Е. В., Фазылов, В. Х., & Василькин, Д. А. (2016). Особенности иммунного статуса у больных микробной экземой и розеи: метод терапевтической коррекции. *Вестник дерматологии и венерологии*, (2), 87-95.
16. Калюжна, Л. Д., & Петренко, А. В. (2020). Свербіж – це не тільки atopічний дерматит. *Asthma and allergy*, (4), 48-52.
17. Климов, Н. Ю., Винник, Ю. Ю., Андрейчиков, А. В., & Максимов, А. С. (2018). Конституциональный подход в изучении болезней человека на современном этапе. *Сеченовский вестник*, (4), 70-77.
18. Коган, М. П., Филимонова, Е. Е., & Сорокин, Е. Л. (2019). Типы конституции человека и их значение в клинической практике (обзор литературы). *Современные технологии в офтальмологии*, (2), 229-234.
19. Кривко, Ю. Я., & Чаплик-Чижи, І. О. (2016). Розбіжності обхватних розмірів тіла між здоровими і хворими на піодермії чоловіками та жінками. *Світ медицини та біології*, 1(55), 53-55.

20. Маєвський, О. Є., & Макарчук, І. М. (2014). Обхватні розміри тіла у здорових та хворих на вугрову хворобу юнаків та дівчат Поділля. *Світ медицини та біології*, 4(46), 34-40.

21. Майорчак, Н. М. (2018). *Брехливість особистості в соціально-психологічному контексті: монографія*. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ.

22. Макарчук, І. М. (2014). Відмінності тотальних та поздовжніх розмірів тіла між здоровими та хворими на вугрову хворобу юнаками та дівчатами з урахуванням та без урахування соматотипу. *Biomedical and Biosocial anthropology*, (23), 44-48.

23. Макарчук, І. М. (2014). Порівняння поперечних розмірів тіла між здоровими та хворими на вугрову хворобу юнаками та дівчатами Поділля з урахуванням і без урахування соматотипу. *Вісник морфології*, 20(2), 482-488.

24. Макарчук, І. М. (2015). Особливості товщини шкірно-жирових складок у хворих на вугрову хворобу юнаків та дівчат Поділля з урахуванням і без урахування соматотипу. *Світ медицини та біології*, 4(54), 47-50.

25. Макарчук, І. М. (2017). *Різниця поперечних розмірів тіла серед здорових та хворих на вугрову хворобу юнаками і дівчатами Поділля з урахуванням і без урахування соматотипу*. Тези представлені в збірнику матеріалів міжнародної науково-практичної конференції «Вітчизняна та світова медицина в умовах сучасності», Дніпро (стор. 69-71). Дніпро: Організація наукових медичних досліджень «Salutem».

26. Маркова, Е. В., Фефелова, В. В., Николаев, В. Г., & Захарова, Л. Б. (1997). Конституциональные особенности адаптивных возможностей человека. *Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии*, 55-57.

27. Неклюдова, В. С., Шерстенникова, А. К., Кашутин, С. Л., & Калмин, О. В. (2019). Клиническая характеристика больных псориазом в зависимости от их соматотипа. *Саратовский научно-медицинский журнал*, 15(4), 848-851.

28. Никитюк, Б. А. (2010). *Интеграция знаний в науках о человеке (Современная интегративная антропология)*. М.: СпортАкадемПресс.

29. Никитюк, Б. А., Мороз, В. М., & Никитюк, Д. Б. (1998). *Теория и практика интегративной антропологии. Очерки*. Киев-Винница, “Здоров’я”.
30. Никитюк, Д. Б. (2017) Уровень функциональных резервов организма человека и морфо-психо-функциональные соотношения. *Russian journal of rehabilitation medicine*, (4), 3-14.
31. Никитюк, Д. Б., Николенко, В. Н., Хайрулин, Р. М., Миннибаев, Т. Ш., Чава, С. В., & Алексеева, Н. Т. (2013). Антропометрический метод и клиническая медицина. *Журнал анатомии и гистопатологии*, 2(2), 10-14.
32. Никитюк, Д. Б., Николенко, В. Н., Хайруллин, Р. М., Миннибаев, Т. Ш., Чава, С. В., & Алексеева, Н. Т. (2013). Антропометрический метод и клиническая медицина. *Журнал анатомии и гистопатологии*, 2(2), 10-14.
33. Николаев, В. Г., Синдеева, Л. В., & Максименко, В. Г. (2006). Состав тела и псориаз: клинико-антропологические параллели. *Естествознание и гуманизм: сб. науч. тр., Томск*, 3(3), 26-27.
34. Николашина, О. Е., & Бакулев, А. Л. (2015). О взаимосвязи врожденного и адаптивного иммунитета при псориазе. *Саратовский научно-медицинский журнал*, 11(3), 421-423.
35. Николенко, В. Н., Никитюк, Д. Б., & Клочкова, С. В. (2017). *Соматическая конституция и клиническая медицина*. Общество с ограниченной ответственностью Издательский дом Практическая медицина.
36. Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех (2022). *Особливості компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла у чоловіків загальної групи хворих на псориаз легкого та тяжкого перебігу*. The 9th International scientific and practical conference “Science, innovations and education: problems and prospects”, Tokyo (pp. 83-86). CPN Publishing Group, Tokyo, Japan.
37. Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех (2022). *Розбіжності компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла у чоловіків мезо- та ендо-мезоморфного соматотипів хворих на псориаз легкого та тяжкого перебігу*. The 7th International scientific and practical conference “Modern science: innovations and prospects”, Stockholm (pp. 29-34). SSPG Publish, Stockholm, Sweden.

38. Потапова, К. П., Винник, Ю. Ю., & Карачёва, Ю. В. (2016). *Конституциональные особенности проявлений хронических дерматозов у молодых женщин*. In *Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии*, (pp. 195-196).
39. Сакибаев, К. Ш. (2019). Обхватные размеры тела у мужчин разных соматотипов. *Современные проблемы науки и образования*, (1), 21-21.
40. Темников, В., Варганова, О., Аксенова, О., Нор-Аревян, К. А., & Чистолитова, Л. (2015). Конституциональные особенности мужчин, страдающих псориазом. *Валеология*, (2), 14-17.
41. Тутельян, В. А., Никитюк, Д. Б., Клочкова, С. В., Алексеева, Н. Т., Погонченко, И. В., Рассулова, М. А., ... & Лавриненко, С. В. (2018). *Использование метода комплексной антропометрии в спортивной и клинической практике*. М.: Спорт.
42. Чаплик-Чижо, І. О. (2015). Відмінності поперечних розмірів тіла між здоровими і хворими на піодермії чоловіками та жінками. *Biomedical and biosocial anthropology*, (25), 85-87.
43. Чаплик-Чижо, І. О. (2015). Особливості тотальних, поздовжніх розмірів тіла і ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок. *Світ медицини та біології*, 11(4-2(54)), 79-81.
44. Чаплик-Чижо, І. О. (2016). Відмінності товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими на піодермії чоловіками і жінками. *Вісник проблем біології і медицини*. 2(1), 121-125.
45. Чаплыгина, Е. В., Аксенова, О. А., Варганова, О. Т., Нор-Аревян, К. А., & Евтушенко, А. В. (2014). Современные представления о конституции человека и ее значение для медицины. *Современные проблемы науки и образования*, (5), 468-468.
46. Черкасов, В. Г., Гунас, І. В., & Гара, А. В. (2015). Феногенетичні аспекти дерматогліфічних змін при атопічному дерматиті. *Світ медицини та біології*, 11(3-2), 59-63.
47. Шапаренко, П. П. (2000). *Антропометрія*. Вінниця: ВДМУ ім. М. І. Пирогова.

48. Ahmed, G. I., Yousef, A. E., & Salah El-Din, E. (2020). Evaluation of the Association between Acne Vulgaris and Metabolic Syndrome in Adolescents at Zagazig University Hospitals. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 81(3), 1628-1633.
49. Ali, Z., Suppli Ulrik, C., Agner, T., & Thomsen, S. F. (2018). Is atopic dermatitis associated with obesity? A systematic review of observational studies. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 32(8), 1246-1255.
50. Allione, A., Marcon, F., Fiorito, G., Guarrera, S., Siniscalchi, E., Zijno, A., ... & Matullo, G. (2015). Novel epigenetic changes unveiled by monozygotic twins discordant for smoking habits. *PloS one*, 10(6), e0128265.
51. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad (2019). Constitutional and psychological features of the occurrence and course of eczema in men and women (analysis of scientific literature). *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 23(4), 728-732.
52. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad (2021). Indicators of severity and accentuated personality traits in men with various forms of eczema. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(4), 559-562.
53. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad (2021). Indicators of the level of subjective control in men with various forms of eczema. *Reports of Morphology*, 27(3), 29-34.
54. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Dmytrenko S. V., Chaika V. H., Isakova, N. M., & Gunas, I. V. (2021). Skinfold thickness in men with various forms of eczema. *World of Medicine and Biology*, 3(77), 11-15.
55. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Dmytrenko, S. V., Drachuk, O. P., Yasko, V. V., & Gunas, I. V. (2020). Features of the girth sizes of the body in men with various forms of eczema. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (39), 51-56.
56. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Stepanenko, R. L., Mateshuk-Vatseba, L. R., Kizina I. E., & Rekun T. O. (2021). Leading typological characteristics of temperament and psychodynamic features of personality in men with various forms of eczema. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(3), 493-497.
57. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Vadzyuk, S. N., Shkolnikov, V. S., Prokopenko, S. V., & Gunas I. V. (2022). Discriminant models of possibilities occurrence and

features of the course of different forms of eczema in men depending on the characteristics of anthropometric indicators. *Reports of Morphology*, 28(1), 11-16.

58. Alroqi, F. J., & Chatila, T. A. (2016). T regulatory cell biology in health and disease. *Current allergy and asthma reports*, 16(4), 1-8.

59. Al-Shobaili, H. A., Ahmed, A. A., Alnomair, N., Alobead, Z. A., & Rasheed, Z. (2016). Molecular genetic of atopic dermatitis: an update. *International journal of health sciences*, 10(1), 96.-120.

60. Andersen, L., Nyeland, M. E., & Nyberg, F. (2020). Increasing severity of atopic dermatitis is associated with a negative impact on work productivity among adults with atopic dermatitis in France, Germany, the UK and the USA. *British Journal of Dermatology*, 182(4), 1007-1016.

61. Balieva, F., Kupfer, J., Lien, L., Gieler, U., Finlay, A. Y., Tomás-Aragónés, L., ... & Dalgard, F. J. (2017). The burden of common skin diseases assessed with the EQ5D™: a European multicentre study in 13 countries. *British Journal of Dermatology*, 176(5), 1170-1178.

62. Bao, Q., Chen, L., Lu, Z., Ma, Y., Guo, L., Zhang, S., ... & Ruan, L. (2018). Association between eczema and risk of depression: a systematic review and meta-analysis of 188,495 participants. *Journal of Affective Disorders*, 238, 458-464.

63. Barbarot, S., Auziere, S., Gadkari, A., Girolomoni, G., Puig, L., Simpson, E. L., ... & Eckert, L. (2018). Epidemiology of atopic dermatitis in adults: results from an international survey. *Allergy*, 73(6), 1284-1293.

64. Baye, T. M., Abebe, T., & Wilke, R. A. (2011). Genotype–environment interactions and their translational implications. *Personalized medicine*, 8(1), 59-70.

65. Becker, F., Van El, C. G., Ibarreta, D., Zika, E., Hogarth, S., Borry, P., ... & Cornel, M. C. (2011). Genetic testing and common disorders in a public health framework: how to assess relevance and possibilities. *European journal of human genetics*, 19(1), S6-S44.

66. Becker-Haimes, E. M., Diaz, K. I., Haimes, B. A., & Ehrenreich-May, J. (2017). Anxiety and atopic disease: comorbidity in a youth mental health setting. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(4), 528-536.

67. Bieber, T., Angelo, M. D., Akdis, C. A., Traidl-Hoffmann, C., Lauener, R., Schäppi, G., & Schmid-Grendelmeier, P. (2017). Clinical phenotypes and endophenotypes of atopic dermatitis: where are we, and where should we go?. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *139*(4), S58-S64.
68. Bodeker, G., Ryan, T. J., Volk, A., Harris, J., & Burford, G. (2017). Integrative skin care: dermatology and traditional and complementary medicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *23*(6), 479-486.
69. Bronkhorst, E., Schellack, N., & Motswaledi, M. H. (2016). Effects of childhood atopic eczema on the quality of life. *Current Allergy & Clinical Immunology*, *29*(1), 18-22.
70. Brunner, P. M., Guttman-Yassky, E., & Leung, D. Y. (2017). The immunology of atopic dermatitis and its reversibility with broad-spectrum and targeted therapies. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *139*(4), S65-S76.
71. Brunner, P. M., Silverberg, J. I., Guttman-Yassky, E., Paller, A. S., Kabashima, K., Amagai, M., ... & Taieb, A. (2017). Increasing comorbidities suggest that atopic dermatitis is a systemic disorder. *Journal of Investigative Dermatology*, *137*(1), 18-25.
72. Budu-Aggrey, A., Brumpton, B., Tyrrell, J., Watkins, S., Modalsli, E. H., Celis-Morales, C., ... & Paternoster, L. (2018). Evidence of a common causal relationship between body mass index and inflammatory skin disease: a Mendelian Randomization study. *bioRxiv*, 265629.
73. Burrioni, A. G., Fassino, M., Torti, A., & Visentin, E. (2015). How do disease perception, treatment features, and dermatologist–patient relationship impact on patients assuming topical treatment? An Italian survey. *Patient related outcome measures*, *6*, 9-17.
74. Byberg, K. K., Eide, G. E., Forman, M. R., Júlíusson, P. B., & Øymar, K. (2016). Body mass index and physical activity in early childhood are associated with atopic sensitization, atopic dermatitis and asthma in later childhood. *Clinical and translational allergy*, *6*(1), 1-9.
75. Cabanillas, B., & Novak, N. (2016). Atopic dermatitis and filaggrin. *Current opinion in immunology*, *42*, 1-8.

76. Carrascosa, J. M., Vilavella, M., Garcia-Doval, I., Carretero, G., Vanaclocha, F., Daudén, E., ... & Sánchez-Carazo, J. L. (2014). Body mass index in patients with moderate-to-severe psoriasis in Spain and its impact as an independent risk factor for therapy withdrawal: results of the Biobadaderm Registry. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28(7), 907-914.
77. Carter, J. L., & Heath B. H. (1990). *Somatotyping – development and applications*. Cambridge University Press.
78. Cascella, R., Strafella, C., Germani, C., Manzo, L., Marsella, L. T., Borgiani, P., ... & Giardina, E. (2015). FLG (filaggrin) null mutations and sunlight exposure: evidence of a correlation. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 73(3), 528-529.
79. Catal, F., Topal, E., Soylu, N., Ozcan, O. O., Celiksoy, M. H., Babayiğit, A., ... & Sancak, R. (2016). Psychiatric disorders and symptoms severity in preschool children with atopic eczema. *Allergologia et immunopathologia*, 44(2), 120-124.
80. Chang, H. Y., Seo, J. H., Kim, H. Y., Kwon, J. W., Kim, B. J., Kim, H. B., ... & Hong, S. J. (2013). Allergic diseases in preschoolers are associated with psychological and behavioural problems. *Allergy, Asthma & Immunology Research*, 5(5), 315-321.
81. Cheng, B. T., & Silverberg, J. I. (2019). Depression and psychological distress in US adults with atopic dermatitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 123(2), 179-185.
82. Cheng, C. M., Hsu, J. W., Huang, K. L., Bai, Y. M., Su, T. P., Li, C. T., ... & Chen, M. H. (2015). Risk of developing major depressive disorder and anxiety disorders among adolescents and adults with atopic dermatitis: a nationwide longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 178, 60-65.
83. Cheng, H., Treglown, L., Montgomery, S., Kornilaki, E. N., Tzivrikos, D., & Furnham, A. (2017). The associations between personality traits, education, occupation and the occurrence of eczema in adulthood. *Journal of health psychology*, 22(7), 916-924.
84. Chernyshov, P. V. (2016). Stigmatization and self-perception in children with atopic dermatitis. *Clin. Cosmet. investig. Dermatol.*, (9), 159-166.

85. Choon, S. E., Ngim, C. F., Premaa, S., Tey, K. W., & Nalini, M. N. (2016). Clinico-epidemiological profile, including body mass index of Malaysian children with psoriasis. *Med J Malaysia*, *71*(4), 171-176.
86. Chun, Y. H., Han, K., Park, Y. G., Yoon, J. S., Kim, H. H., Kim, J. T., & Jeong, D. C. (2015). Examining impacts of allergic diseases on psychological problems and tobacco use in Korean adolescents: the 2008–2011 Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *PloS one*, *10*(4), e0125172.
87. Cloninger, C. R., Cloninger, K. M., Zwir, I., & Keltikangas-Järvinen, L. (2019). The complex genetics and biology of human temperament: a review of traditional concepts in relation to new molecular findings. *Translational Psychiatry*, *9*(1), 1-21.
88. Croce, E. A., Levy, M. L., Adamson, A. S., & Matsui, E. C. (2021). Reframing racial and ethnic disparities in atopic dermatitis in Black and Latinx populations. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *148*(5), 1104-1111.
89. Cvjetičanin, M., Hadžigrahić, N., & Jajić, Z. (2016). Quantitative Analysis of Digitopalmar Dermatoglyphics in Seventy Male Psoriatic Patients. *Imperial Journal of Interdisciplinary Research*, *2*(9), 1302-1306.
90. Dalgard, F. J., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., Lien, L., Poot, F., Jemec, G. B., ... & Kupfer, J. (2015). The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *Journal of Investigative Dermatology*, *135*(4), 984-991.
91. Deshpande, S. H., Nuchhi, A. B., & Ramesh, V. (2016). Study of palmar dermatoglyphics in patients with eczema in the age group between 20-50 years in both sexes. *Int J Anat Res*, *4*(4), 3227-3231.
92. Dhamnetiya, D., Goel, M. K., Jha, R. P., Shalini, S., & Bhattacharyya, K. (2022). How to Perform Discriminant Analysis in Medical Research? Explained with Illustrations. *Journal of Laboratory Physicians*.
93. Dimitrov, D., & Szepietowski, J. C. (2017). Instruments to assess stigmatization in dermatology. *Advances in Hygiene & Experimental Medicine/Postepy Higieny i Medycyny Doswiadczalnej*, *71*, 901-905.

94. Dmytrenko, S. V., Ahmad Al-Omary Ala'a Osama, Dzevulska, I. V., Skoruk, R. V., & Gunas, I. V. (2020). Features of longitudinal and transverse body sizes in men with various forms of eczema. *Reports of Morphology*, 26(4), 16-21.
95. Dmytrenko, S. V., Klimas, L. A., Kushnir, V. A., Serebrennikova, O. A., & Serheta, I. V. (2018). Features of quantitative indicators of finger and palmar dermatoglyphics in males and females with ichthyosis. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (32), 48-55.
96. Drucker, A. M., Thiruchelvam, D., & Redelmeier, D. A. (2018). Eczema and subsequent suicide: a matched case–control study. *BMJ open*, 8(11), e023776.
97. Drucker, A. M., Wang, A. R., Li, W. Q., Sevetson, E., Block, J. K., & Qureshi, A. A. (2017). The burden of atopic dermatitis: summary of a report for the National Eczema Association. *Journal of Investigative Dermatology*, 137(1), 26-30.
98. Efremov, L., Petrussevska, A., Dimitrievska, V., & Simonovska, V. (2021). Factors Underlying Perceptions of Quality of Life Among Acne Patients in RN Macedonia. *Journal of Health and Medical Sciences*, 4(1), 23-28.
99. Ely, H. (1997). Human phenotypes. The atopic and seborrheic: Part II. *Cutis (New York, NY)*, 59(1), 13-18.
100. Figueras-Nart, I., & Palomares-Gracia, O. (2019). Atopic Dermatitis: From Physiopathology to the Clinics. In *Atopic Dermatitis-Essential Issues*. IntechOpen.
101. Furgel, I. (2014). *Cognition & Knowledge*. Dr. Igor Furgel: Deutsche Nationalbibliothek.
102. Furgel, I. (2017). *Cognition and Knowledge, second edition*. Deutsche Nationalbibliothek.
103. Gara, A. V., Klimas, L. A., & Kaminska, N. A. (2013). *Addition of standards for the diagnosis of atopic dermatitis with dermatoglyphic markers*. The materials of the VII international congress of the international anthropology. Vinnitsa.
104. Gardini, S., Cloninger, C. R., & Venneri, A. (2009). Individual differences in personality traits reflect structural variance in specific brain regions. *Brain research bulletin*, 79(5), 265-270.

105. Gieler, U., Gieler, T., Peters, E. M. J., & Linder, D. (2020). Skin and psychosomatics–psychodermatology today. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 18(11), 1280-1298.
106. Gole, P. V., Chikhalkar, B. G., Chikhalkar, S. B., Haridas, S. V., Sanghavi, S. A., Khopkar, U. S., & Bhinde, K. J. (2018). Dermatoglyphics in Vitiligo. *IJHRMLP*, 4(1), 82-85.
107. Gunas, I., Majewski, O., & Makarchuk, I. (2016). Features of somatotype and body weight component composition in patients with acne: boys and girls of Podillya region of Ukraine. *Current Issues in Pharmacy and Medical Sciences*, 29(2), 97-100.
108. Halvorsen, J. A., Lien, L., Dalgard, F., Bjertness, E., & Stern, R. S. (2014). Suicidal ideation, mental health problems, and social function in adolescents with eczema: a population-based study. *Journal of investigative dermatology*, 134(7), 1847-1854.
109. Hinkley, S. B., Holub, S. C., & Menter, A. (2020). The validity of cutaneous body image as a construct and as a mediator of the relationship between cutaneous disease and mental health. *Dermatology and therapy*, 10(1), 203-211.
110. Hu, Y., Zhu, Y., Lian, N., Chen, M., Bartke, A., & Yuan, R. (2019). Metabolic syndrome and skin diseases. *Frontiers in endocrinology*, 10, 788.
111. Hussein, Y. M., Shalaby, S. M., Nassar, A., Alzahrani, S. S., Alharbi, A. S., & Nouh, M. (2014). Association between genes encoding components of the IL-4/IL-4 receptor pathway and dermatitis in children. *Gene*, 545(2), 276-281.
112. Johansson, E. K., Ballardini, N., Bergström, A., Kull, I., & Wahlgren, C. F. (2015). Atopic and nonatopic eczema in adolescence: is there a difference?. *British Journal of Dermatology*, 173(4), 962-968.
113. Kandelaki, E., Kavlashvili, N., Kherkheulidze, M., & Chkhaidze, I. (2015). Prevalence of atopic eczema symptoms in children with developmental and behavioral problems. *Georgian Med News*, 243, 29-33.
114. Kar, S., Krishnan, A., Bhakta, A., & Dongre, A. (2012). Digits-palmar dermatoglyphics in vitiligo–A case control study. *Journal of the Saudi Society of Dermatology & Dermatologic Surgery*, 16(2), 61-66.

115. Karam, E. G., Salamoun, M. M., Yeretjian, J. S., Mneimneh, Z. N., Karam, A. N., Fayyad, J., ... & Akiskal, H. S. (2010). The role of anxious and hyperthymic temperaments in mental disorders: a national epidemiologic study. *World Psychiatry, 9*(2), 103-110.
116. Karnul, A. M., Kadlimatti, H. S., Karnul, A. A., & Karnul, A. K. (2015). Study of palmar dermatoglyphics in vitiligo and normal individuals. *Al Ameen J Med Sci, 8*(2), 94-99.
117. Kauppi, S., Jokelainen, J., Timonen, M., Tasanen, K., & Huilaja, L. (2019). Adult Patients with Atopic Eczema have a High Burden of Psychiatric Disease: A Finnish Nationwide Registry Study. *Acta dermato-venereologica, 99*(7), 647-651.
118. Khasawneh, A. R., Serheta, I. V., Vadzyuk, S. N., Khapitska, O. P., & Bondar, S. A. (2022). Somatotypological parameters of the body in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Reports of Vinnytsia National Medical University, 26*(2), 209-214.
119. Kim, B. E., & Leung, D. Y. (2018). Significance of skin barrier dysfunction in atopic dermatitis. *Allergy, Asthma & Immunology Research, 10*(3), 207-215.
120. Kim, S. H., Hur, J., Jang, J. Y., Park, H. S., Hong, C. H., Son, S. J., & Chang, K. J. (2015). Psychological distress in young adult males with atopic dermatitis: a cross-sectional study. *Medicine, 94*(23), e949.
121. Kimball, A. B., & Linder, M. D. (Eds.). (2013). *Dermatological diseases and cumulative life course impairment* (Vol. 44). Karger Medical and Scientific Publishers.
122. Kirichenko, E. Y., Skatchkov, S. N., & Ermakov, A. M. (2021). Structure and functions of gap junctions and their constituent connexins in the mammalian CNS. *Biochemistry (Moscow), Supplement Series A: Membrane and Cell Biology, 15*(2), 107-119.
123. Kjær, C., Larsen, L. K., Sondrup, M. A., Huntjens, P., Fedders, S. R., & Gazerani, P. (2018). ABO blood types in atopic dermatitis: A Danish survey. *Clinical & Experimental Dermatology and Therapies, 2018*(1), CEDT-144.

124. Koleva, M., Nacheva, A., & Boev, M. (2002). Somatotype and disease prevalence in adults. *Reviews on environmental health*, 17(1), 65-84.
125. Lan, C. C. E., Tu, H. P., Wu, C. S., Ko, Y. C., Yu, H. S., Lu, Y. W., ... & Chen, G. S. (2011). Distinct SPINK5 and IL-31 polymorphisms are associated with atopic eczema and non-atopic hand dermatitis in Taiwanese nursing population. *Experimental dermatology*, 20(12), 975-979.
126. Lee, C. Y., Chen, M. H., Jeng, M. J., Hsu, J. W., Tsai, S. J., Bai, Y. M., ... & Su, T. P. (2016). Longitudinal association between early atopic dermatitis and subsequent attention-deficit or autistic disorder: A population-based case-control study. *Medicine*, 95(39), e5005.
127. Lee, J. H., Do Han, K., mi Jung, H., Youn, Y. H., Lee, J. Y., Park, Y. G., ... & Park, Y. M. (2016). Association between obesity, abdominal obesity, and adiposity and the prevalence of atopic dermatitis in young Korean adults: the Korea national health and nutrition examination survey 2008-2010. *Allergy, asthma & immunology research*, 8(2), 107-114.
128. Leonhard, K., & Persönlichkeiten. A. (1976). *Auflage*. Berlin.
129. Li, S., Cho, E., Drucker, A. M., Qureshi, A. A., & Li, W. Q. (2017). Obesity and risk for incident rosacea in US women. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 77(6), 1083-1087.
130. Lim, H. W., Collins, S. A., Resneck Jr, J. S., Bolognia, J. L., Hodge, J. A., Rohrer, T. A., ... & Moyano, J. V. (2017). The burden of skin disease in the United States. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 76(5), 958-972.
131. Lugović-Mihić, L., Ljubešić, L., Mihić, J., Vuković-Cvetković, V., Troškot, N., & Šitum, M. (2013). Psychoneuroimmunologic aspects of skin diseases. *Acta Clinica Croatica*, 52(3), 337-345.
132. Lugović-Mihić, L., Meštrović-Štefekov, J., Ferček, I., Pondeljak, N., Lazić-Mosler, E., & Gašić, A. (2021). Atopic Dermatitis Severity, Patient Perception of the Disease, and Personality Characteristics: How Are They Related to Quality of Life?. *Life*, 11(12), 1434.

133. Luo, X., Xiang, J., Dong, X., Cai, F., Suo, J., Wang, Z., & Liu, M. (2013). Association between obesity and atopic disorders in Chinese adults: an individually matched case–control study. *BMC public health*, *13*(1), 1-5.
134. Maievskiy, O. Y., Dmitrenko, S. V., Terekhovska, O. I., Cherepakha, O. L., & Ocheretna, O. L. (2017). Distribution variants of somatotype in healthy and patients with acne boys and girls from Podilsky region of Ukraine. *Світ медицини та біології*, *13*(4(62)), 24-27.
135. Małyszczak, K. (2015). Somatization in anxiety disorders. *Med. After Diploma*, *7*, 45-50.
136. Marshall, C., Taylor, R., & Bewley, A. (2016). Psychodermatology in Clinical Practice: Main Principles. *Acta dermato-venereologica*, *96*(217), 30-34.
137. Mateshuk-Vatseba, L. R., & Chaplyk-Chyzho, I. O. (2018). The most pronounced constitutional differences between healthy and sick with pyoderma in men or women in the western region of Ukraine. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, *(30)*, 20-26.
138. Matiegka J. (1921). The testing of physical effeciency. *Amer. J. Phys. Antropol.*, *2*(3), 25-38.
139. McClafferty, H., Vohra, S., Bailey, M., Brown, M., Esparham, A., Gerstbacher, D., ... & Gold, M. (2017). Pediatric integrative medicine. *Pediatrics*, *140*(3), e20171961.
140. McElroy, A. (2018). *Medical anthropology in ecological perspective*. Routledge.
141. Merve, H. M., Sevilay, K., & Sibel, O. (2017). *Psoriasis and genetics*. Büyük Başak (Tran.), Psoriasis, K. Sevilay, Ed, 1.
142. Mitra, R., Mishra, N., & Rath, G. P. (2014). Blood groups systems. *Indian journal of anaesthesia*, *58*(5), 524-528.
143. Mizara, A., Papadopoulos, L., & McBride, S. R. (2012). Core beliefs and psychological distress in patients with psoriasis and atopic eczema attending secondary care: the role of schemas in chronic skin disease. *British Journal of Dermatology*, *166*(5), 986-993.

144. Mulick, A. R., Allen, V., Williams, H. C., Grindlay, D. J., Pearce, N., Abuabara, K., & Langan, S. M. (2018). Classifying atopic dermatitis: protocol for a systematic review of subtypes (phenotypes) and associated characteristics. *BMJ open*, 8(9), e023097.
145. Myslevecsek, J. (2015). The basis of the stress reaction. *Current science*, 109(4), 716-726.
146. Nahm, D. H. (2016). Associations of atopic dermatitis with obesity and unmarried status in young adults: evidence for atopic dermatitis as a life-style disorder with high social impact. *Allergy, asthma & immunology research*, 8(2), 89-91.
147. Nobles, T., Muse, M. E., & Schmieder, G. J. (2022). Dermatographism. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
148. Noda, S., Suárez-Fariñas, M., Ungar, B., Kim, S. J., de Guzman Strong, C., Xu, H., ... & Guttman-Yassky, E. (2015). The Asian atopic dermatitis phenotype combines features of atopic dermatitis and psoriasis with increased TH17 polarization. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 136(5), 1254-1264.
149. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dmytrenko, S. V., Shayuk, A. V., Gunas, I. V., & Prokopenko S. V. (2020). Peculiarities of girth body sizes in men with mild and severe psoriasis course. *Reports of Morphology*, 26(4), 62-67.
150. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh. (2020). Skinfold thickness in men with mild and severe psoriasis without and taking into account the somatotype. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (40), 48-53.
151. Önder, S., & Etgü, F. Y. (2021). Is There An Association Between Blood Group Types And Chronic Spontaneous Urticaria?. *Int J Acad Med Pharm*, 3(3), 208-211.
152. Otsuka, A., Nomura, T., Rerknimitr, P., Seidel, J. A., Honda, T., & Kabashima, K. (2017). The interplay between genetic and environmental factors in the pathogenesis of atopic dermatitis. *Immunological reviews*, 278(1), 246-262.
153. Perusini, J., & Fanselow, M. (2015). Neurobehavioral perspectives on the distinction between fear and anxiety. *Learning & Memory*, 22(9), 417-425.

154. Rather, P. A., Hassan, I., Naaz, S., Rasool, F., & Reshi, R. (2014). Evaluation of ABO blood types in various dermatoses in Kashmiri population: A case-control study. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 24(3), 224-230.
155. Richard, M. A., Corgibet, F., Beylot-Barry, M., Barbaud, A., Bodemer, C., Chaussade, V., ... & Ezzedine, K. (2018). Sex-and age-adjusted prevalence estimates of five chronic inflammatory skin diseases in France: results of the «OBJECTIFS PEAU» study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 32(11), 1967-1971.
156. Roberts, G. H., Santorico, S. A., & Spritz, R. A. (2020). Deep genotype imputation captures virtually all heritability of autoimmune vitiligo. *Human molecular genetics*, 29(5), 859-863.
157. Rønstad, A. T. M., Halling-Overgaard, A. S., Hamann, C. R., Skov, L., Egeberg, A., & Thyssen, J. P. (2018). Association of atopic dermatitis with depression, anxiety, and suicidal ideation in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 79(3), 448-456.
158. Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of consulting and clinical psychology*, 43(1), 56-67.
159. Sampogna, F., Tabolli, S., Giannantoni, P., Paradisi, A., & Abeni, D. (2016). Relationship between psychosocial burden of skin conditions and symptoms: measuring the attributable fraction. *Acta dermato-venereologica*, 96(1), 60-63.
160. Santer, M., Muller, I., Yardley, L., Burgess, H., Selinger, H., Stuart, B. L., & Little, P. (2014). Supporting self-care for families of children with eczema with a web-based intervention plus health care professional support: pilot randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3), e3035.
161. Sanyal, R. D., Pavel, A. B., Glickman, J., Chan, T. C., Zheng, X., Zhang, N., ... & Guttman-Yassky, E. (2019). Atopic dermatitis in African American patients is TH2/TH22-skewed with TH1/TH17 attenuation. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 122(1), 99-110.

162. Schonmann, Y., Mansfield, K. E., Hayes, J. F., Abuabara, K., Roberts, A., Smeeth, L., & Langan, S. M. (2020). Atopic eczema in adulthood and risk of depression and anxiety: a population-based cohort study. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 8(1), 248-257.
163. Schut, C., Bosbach, S., Gieler, U., & Kupfer, J. (2014). Personality traits, depression and itch in patients with atopic dermatitis in an experimental setting: a regression analysis. *Acta dermato-venereologica*, 94(1), 20-25.
164. Schut, C., Weik, U., Tews, N., Gieler, U., Deinzer, R., & Kupfer, J. (2015). Coping as mediator of the relationship between stress and itch in patients with atopic dermatitis: a regression and mediation analysis. *Experimental dermatology*, 24(2), 148-150.
165. Shariatpanahi, G., Hashemi, R., Asadabadi, M., Shirzadi, N., Sadat Hadadi, N., & Shakoei, S. (2020). Association between metabolic syndrome and acne in teenage girls: a cross-sectional study. *Iranian Journal of Dermatology*, 23(3), 85-90.
166. Shchelkova, O. Y. (2012). The Main Areas of Research Activities in St. Petersburg School of Medical (Clinical) Psychology. *Vestnik of Saint Petersburg University. Series 16. Psychology. Education*, 1, 53-90.
167. Shin, J., Choi, Y., Park, E. C., Lee, K. H., Hwang, S. Y., Oh, S. H., & Lee, S. G. (2016). Psychiatry outpatient visits by atopic dermatitis patients varying in the complexity of their prescriptions: A nationwide cohort study conducted from 2005 to 2013. *Medicine*, 95(49), e5411.
168. Shrestha, S., Miao, R., Wang, L., Chao, J., Yuce, H., & Wei, W. (2017). Burden of atopic dermatitis in the United States: analysis of healthcare claims data in the commercial, Medicare, and Medi-Cal databases. *Advances in therapy*, 34(8), 1989-2006.
169. Shyu, C., Lin, H., Lin, C., & Fu, L. (2012). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in patients with pediatric allergic disorders: a nationwide, population-based study. *J. Microbiol. Immunol. Infect.*, 45, 237-242.
170. Silverberg, J. I. (2011). Role of childhood obesity in atopic dermatitis. *Expert Review of Dermatology*, 6(6), 635-642.

171. Silverberg, J. I. (2015). Health care utilization, patient costs, and access to care in US adults with eczema: a population-based study. *JAMA dermatology*, *151*(7), 743-752.
172. Silverberg, J. I. (2019). Comorbidities and the impact of atopic dermatitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, *123*(2), 144-151.
173. Silverberg, J. I., & Simpson, E. L. (2014). Associations of childhood eczema severity: A US population based study. *Dermatitis: contact, atopic, occupational, drug*, *25*(3), 107-114.
174. Situm, M., Koli, M., & Buljan, M. (2016). Psychodermatology. *Acta Med Croatica*, *70*, 35-38.
175. Strom, M. A., Fishbein, A. B., Paller, A. S., & Silverberg, J. I. (2016). Association between atopic dermatitis and attention deficit hyperactivity disorder in US children and adults. *British Journal of Dermatology*, *175*(5), 920-929.
176. Suárez, A. L., Feramisco, J. D., John, K. O. O., & Steinhoff, M. (2012). Psychoneuroimmunology of psychological stress and atopic dermatitis: pathophysiologic and therapeutic updates. *Acta dermato-venereologica*, *92*(1), 7.
177. Sudha, P. I., Singh, J., & Sodhi, G. S. (2021). The dermal ridges as the infallible signature of skin: An overview. *Indian Journal of Dermatology*, *66*(6), 649.
178. Sun, Y. G., & Chen, Z. F. (2007). A gastrin-releasing peptide receptor mediates the itch sensation in the spinal cord. *Nature*, *448*(7154), 700-703.
179. Tabhane, M. K., Palikundwar, K. G., Ksheersagar, D. D., Meshram, M. M., & Rahule, A. S. (2014). Comparative study of finger print pattern in vitiligo population of vidarbha region of india. *Medico-Legal Update*, *14*(1), 122-126.
180. Takahashi, H., Tsuji, H., & Honma, M. (2013) Japanese patients with psoriasis and atopic dermatitis show distinct personality profiles. *The Journal of Dermatology*, *40*(5), 370-373.
181. Tamagawa-Mineoka, R., & Katoh, N. (2020). Atopic dermatitis: identification and management of complicating factors. *International Journal of Molecular Sciences*, *21*(8), 2671.

182. Taylor, C. T., Lyubomirsky, S., & Stein, M. B. (2017). Upregulating the positive affect system in anxiety and depression: Outcomes of a positive activity intervention. *Depression and anxiety, 34*(3), 267-280.
183. Terzi, E., Türsen, B., Dursun, P., Erdem, T., & Türsen, Ü. (2016). The relationship between ABO blood groups and acne vulgaris. *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences, 4*(1), 26-28.
184. Thomsen, S. F. (2014). Atopic dermatitis: natural history, diagnosis, and treatment. *International Scholarly Research Notices, 2014*.
185. Thyssen, J. P., Hamann, C. R., Linneberg, A., Dantoft, T. M., Skov, L., Gislason, G. H., ... & Egeberg, A. (2018). Atopic dermatitis is associated with anxiety, depression, and suicidal ideation, but not with psychiatric hospitalization or suicide. *Allergy, 73*(1), 214-220.
186. Vanessa, V. V., Wan Ahmad Kammal, W. S. L., Lai, Z. W., & How, K. N. (2022). A Review of Moisturizing Additives for Atopic Dermatitis. *Cosmetics, 9*(4), 75.
187. Vatsala, A. R., Mangala, H. C., Ajay, K. T., & Naseema, B. (2013). Sanga-me. Digito-Palmar Dermatoglyphic study in eczema patients in Davangere District. *Int J Biol Med Res, 4*(4), 3565-3569.
188. Wang, Y. H. (2022). Eczema has different effects on the psychological state of patients depending on the site affected. *Clinical and Experimental Dermatology, 47*(1), 200-201.
189. Weidinger, S., Illig, T., Baurecht, H., Irvine, A. D., Rodriguez, E., Diaz-Lacava, A., ... & Lee, S. P. (2006). Loss-of-function variations within the filaggrin gene predispose for atopic dermatitis with allergic sensitizations. *Journal of Allergy and Clinical Immunology, 118*(1), 214-219.
190. Whiteley, J., Emir, B., Seitzman, R., & Makinson, G. (2016). The burden of atopic dermatitis in US adults: results from the 2013 National Health and Wellness Survey. *Current medical research and opinion, 32*(10), 1645-1651.
191. Wise, T. N. (2014). Psychosomatics: past, present and future. *Psychotherapy and psychosomatics, 83*(2), 65-69.

192. Xie, Q. W., Dai, X., Tang, X., Chan, C. H., & Chan, C. L. (2019). Risk of mental disorders in children and adolescents with atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology, 10*, 1773.
193. Yang, S. H. I. Y. O. N. G., Xu, W., Tan, C., Li, M., Li, D., Zhang, C., ... & Wu, J. (2022). Heat Stress Weakens the Skin Barrier Function in Sturgeon by Decreasing Mucus Secretion and Disrupting the Mucosal Microbiota. *Frontiers in microbiology, 13*, 860079.
194. Zentner, M., & Shiner, R. L. (2012). *Fifty years of progress in temperament research: A synthesis of major themes, findings, and challenges and a look forward. Handbook of temperament* (pp. 673-700). The Guilford Press.
195. Zhang, A., & Silverberg, J. I. (2015). Association of atopic dermatitis with being overweight and obese: a systematic review and metaanalysis. *Journal of the American Academy of Dermatology, 72*(4), 606-616.
196. Zhang, Y., Cai, Y., Shi, M., Jiang, S., Cui, S., Wu, Y., ... & Chen, H. D. (2016). The prevalence of vitiligo: a meta-analysis. *PloS one, 11*(9), e0163806.

ДОДАТКИ

Додаток А

НАУКОВІ ПРАЦІ, В ЯКИХ ОПУБЛІКОВАНІ ОСНОВНІ НАУКОВІ РЕ- ЗУЛЬТАТИ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Dmytrenko, S. V., Ahmad Al-Omary Ala'a Osama, Dzevulska, I. V., Skoruk, R. V., & Gunas, I. V. (2020). Features of longitudinal and transverse body sizes in men with various forms of eczema. *Reports of Morphology*, 26(4), 16-21.
2. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Dmytrenko S. V., Chaika V. H., Isakova, N. M., & Gunas, I. V. (2021). Skinfold thickness in men with various forms of eczema. *World of Medicine and Biology*, 3(77), 11-15.
3. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad (2021). Indicators of the level of subjective control in men with various forms of eczema. *Reports of Morphology*, 27(3), 29-34.
4. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Stepanenko, R. L., Mateshuk-Vatseba, L. R., Kizina I. E., & Rekun T. O. (2021). Leading typological characteristics of temperament and psychodynamic features of personality in men with various forms of eczema. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(3), 493-497.
5. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad (2021). Indicators of severity and accentuated personality traits in men with various forms of eczema. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(4), 559-562.
6. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Vadzyuk, S. N., Shkolnikov, V. S., Prokopenko, S. V., & Gunas I. V. (2022). Discriminant models of possibilities occurrence and features of the course of different forms of eczema in men depending on the characteristics of anthropometric indicators. *Reports of Morphology*, 28(1), 11-16.
7. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad (2019). Constitutional and psychological

features of the occurrence and course of eczema in men and women (analysis of scientific literature). *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 23(4), 728-732.

НАУКОВІ ПРАЦІ, ЯКІ ЗАСВІДЧУЮТЬ АПРОБАЦІЮ МАТЕРІАЛІВ ДИСЕРТАЦІЇ

8. Аль-Омарі, А. О. А. (2022). *Особливості тотальних розмірів тіла у чоловіків хворих на різні форми екземи*. Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Морфогенез та регенерація органів людини та тварин в нормі, при патології та за умов корекції» присвячена 100-річчю з дня народження професора І.О. Жутаєва, Полтава (стор. 18-19). Полтава: ПДМУ.

9. Аль-Омарі Ала'а Осама Ахмад (2022). *Особливості компонентів соматотипу в українських чоловіків хворих на різні форми екземи*. The XXXIII International Scientific and Practical Conference “Trends in the development of science in the modern world”, Graz (pp. 197-199). Graz, Austria.

10. Аль-Омарі, А. О. А. (2022). *Особливості показників компонентного складу маси тіла в українських чоловіків хворих на різні форми екземи*. The 8th International scientific and practical conference “Eurasian scientific discussions”, Barcelona (pp. 51-53). Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain.

НАУКОВІ ПРАЦІ, ЯКІ ДОДАТКОВО ВІДОБРАЖАЮТЬ НАУКОВІ РЕЗУЛЬТАТИ ДИСЕРТАЦІЇ

11. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Dmytrenko, S. V., Drachuk, O. P., Yasko, V. V., & Gunas, I. V. (2020). Features of the girth sizes of the body in men with various forms of eczema. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (39), 51-56.

12. Аль-Омарі Ала'а Осама Ахмад, Дмитренко, С. В., & Костенко, М. П. (2021). *Комп'ютерна програма для прогнозування можливості захворювання на екзему «Eczema Test»*. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 110215; заявл. 15.11.2021, № с202108263, опубл. 13.12.2021.

Апробація результатів дисертації:

- Перший міжнародний конгрес АМВС (м. Одеса, 22-23 серпня 2021) – стендова доповідь;
- Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Морфогенез та регенерація органів людини та тварин в нормі, при патології та за умов корекції» присвяченої 100-річчю з дня народження професора І.О. Жутаєва (м. Полтава, 14 квітня 2022) – публікація, усна доповідь;
- The XXXIII International Scientific and Practical Conference “Trends in the development of science in the modern world” (Graz, 23-26 August 2022) – публікація;
- The 8th International scientific and practical conference “Eurasian scientific discussions” (Barcelona, 29-31 August 2022) – публікація;
- Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Інфекції шкіри, хронічні дерматози та інфекції, що передаються статевим шляхом в період особливої епідеміологічної ситуації, пов’язаною з COVID-19» та майстер-клас «Сучасні можливості диференційної діагностики в дерматоонкології» (м. Харів, 17-18 листопада 2022) – стендова доповідь.

Додаток Б

Акти впроваджень

«Затверджую»

Проректор закладу вищої освіти з наукової
роботи Вінницького національного медичного
університету ім. М. І. Пирогова



Олег ВЛАСЕНКО

2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва роботи: «Особливості виникнення і перебігу екземи: соматотипологічні та психологічні аспекти».

1. Автор: Аль-Омарі Ала'а Осама Ахмад, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

2. Пропозиція до впровадження: Уперше у чоловіків із різними формами і тяжкістю дерматозу встановлено, що більшість обхватних розмірів тіла більші (окрім, обхвату стопи) порівняно зі здоровими особами. Також уперше встановлено, що більшість показників товщини шкірно-жирових складок (окрім складки на боку) у чоловіків із різними формами і тяжкістю екземи має достовірно менші значення, ніж у здорових чоловіків. Не виявлено достовірних або тенденцій відмінностей обхватних розмірів тіла між хворими на істинну та мікробну екзему, а також практично не виявлено відмінностей між хворими з легким та тяжким перебігом захворювання (лише обхват шиї достовірно менший у хворих чоловіків на істинну екзему легкого перебігу порівняно з тяжким перебігом). Між хворими на істинну та/або мікробну екзему різного перебігу важкості виявлені лише поодинокі відмінності товщини шкірно-жирових складок. Виявлені розбіжності обхватних розмірів тіла та товщини шкірно-жирових складок можна застосовувати для прогнозування фенотипового прояву екземи.

3. Актуальність дослідження: Дослідження зв'язку типів конституції із різними захворюваннями створює передумови для розуміння особливостей їх перебігу та факторів ризику або резистентності. Відомо, що стандартний вплив викликає неоднакову адаптивну реакцію у осіб різних типологічних категорій. Однак в клінічній медицині, як і раніше, широко використовується середньостатистичний підхід до пацієнта без урахування його конституціональної приналежності, що істотно знижує ефективність впроваджуваних лікувальних і профілактичних програм. Тому доцільним видається розгляд аспекту адаптації, зокрема морфологічної, з обов'язковим порівнянням морфометричних показників у здорових та хворих пацієнтів та між групами пацієнтів з різними ступенями важкості дерматозу.

4. Установа-розробник: Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.

5. Джерела інформації:

1. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Dmytrenko, S. V., Drachuk, O. P., Yasko, V. V., & Gunas, I. V. (2020). Features of the girth sizes of the body in men with various forms of eczema. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (39), 51-56.

2. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Dmytrenko S. V., Chaika V. H., Isakova N. M., & Gunas I. V. (2021). Skinfold thickness in men with various forms of eczema. *World of Medicine and Biology*, 3(77), 11-15.

6. Ким і коли впроваджено: кафедра шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

Початок впровадження: грудень 2021 р.

Протокол засідання кафедри № 8 від 10 лютого 2022 р.

7. Форма впровадження: результати дослідження впроваджено у навчальний процес та лекційний курс.

8. Соціально-економічний ефект: покращення підготовки молодих спеціалістів.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри шкірних
та венеричних хвороб з
курсом післядипломної освіти,
д.мед.н., професор



Сергій БОНДАР

Додаток Б2

«Затверджую»

Перший проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти,
член-кореспондент НАМН України
Національного медичного університету
імені О. О. Богомольця

д.мед.д. проф.

Науменко О.М.

2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва роботи: «Особливості виникнення і перебігу екземи: соматотипологічні та психологічні аспекти».

1. Автор: Аль-Омарі Ала'а Осама Ахмад, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

2. Пропозиція до впровадження: У хворих з різними формами та ступенем тяжкості екземи встановлено переважання акцентуації характеру гіпертимного типу. Це дозволяє розглядати даний тип акцентуації як один із важливих критеріїв оцінки мотивації звернення пацієнта до дерматолога та прихильності до лікування, визначити слабкі місця його характеру, передбачати фактори, які здатні викликати декомпенсації або психогенні реакції, що супроводжуються дезадаптацією.

Пацієнтам із екземою у більшій мірі притаманна амбіверсія, проте ця характеристика темпераменту визначає лише особливості поведінки в межах індивідуальної норми реакції і не є предиктором даного дерматозу. Характер психологічної структури особистості хворих на екзему відображає проблему хронічної соціальної і психічної дезадаптації на тлі тривалого та важкого перебігу захворювання. У хворих із тяжким перебігом дерматозу відмічається вищий рівень нейротизму (істина екзема) і ситуативної тривожності (мікробна екзема) порівняно з пацієнтами з легким перебігом захворювання. У пацієнтів з мікробною екземою (незалежно від її тяжкості) відмічається вищий рівень ситуативної тривожності порівняно з пацієнтами з істиною екземою.

Порівняно із здоровими досліджуваними у хворих на істину екзему відмічається більший рівень суб'єктивного контролю в області загальної інтернальності, досягнень, навчальних (професійних) відносин (легкий перебіг) і міжособистісних відносин (тяжкий перебіг). У хворих на мікробну екзему відмічається зворотня ситуація: порівняно з групою контролю при легкому і важкому перебігу величина досліджуваного показника менша в області невдач і міжособистісних відносин. Хворі на істину екзему достовірно відрізняються від пацієнтів з мікробною екземою вищими показниками рівня суб'єктивного контролю в області загальної інтернальності, невдач, навчальних (професійних) і міжособистісних відносин. Зниження рівня суб'єктивного контролю в області навчальних (професійних) відносин (істина екзема) і міжособистісних відносин (мікробна екзема) відрізняє хворих з тяжким перебігом дерматозу від пацієнтів з легким перебігом.

3. Актуальність дослідження: Наразі зростає інтерес до досліджень, присвячених вивченню індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з різними дерматозами.

Актуальними є дослідження особливостей сприйняття пацієнтом свого становища в залежності від захворювання в контексті його систем цінностей, можливостей, планів тощо. Інтенсивний темп життя, збільшення емоційного навантаження потребує значних нервових та інтелектуальних зусиль. Це, так звані, «ножиці», що виникають між природними адаптаційними можливостями людини та умовами її життя, що зумовлює зростання захворюваності на хронічні дерматози, серед яких чільне місце посідає екзема. Дослідження, що проводяться в нашій країні, спрямовані переважно на вивчення впливу психоемоційних чинників при затяжних формах дерматозу, а також на розробку методів психотерапевтичної та фармакологічної корекції даних порушень. Закордонні ж колеги переважно трактують екзему з погляду класичної психосоматики. Це дерматоз, в основі якого закладена тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановлюваними змінами і патологічними порушеннями в шкірі і її похідних. Аналіз даних літературних джерел дозволяє зробити висновок про різноспрямоване трактування характеру психо-особистісних змін у хворих на екзему. Проте, з якого б ракурсу ми не розглядали дану проблему, важливо пам'ятати, що недооцінка психічного стану пацієнтів може призвести до необгрунтованого призначення лікарських препаратів і процедур. І якщо не враховувати емоційний фактор при шкірних захворюваннях, особливості характеру хворих, то для більшої їх частини терапевтична допомога буде неефективною.

4. Установа-розробник: Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.

5. Джерела інформації:

1. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad (2021). Indicators of the level of subjective control in men with various forms of eczema. *Reports of Morphology*, 27(3), 29-34.

2. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Stepanenko, R. L., Matashuk-Vatseba, L. R., Kizina I. E., & Rekun T. O. (2021). Leading typological characteristics of temperament and psychodynamic features of personality in men with various forms of eczema. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(3), 493-497.

3. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad (2021). Indicators of severity and accentuated personality traits in men with various forms of eczema. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(4), 559-562.

6. Ким і коли впроваджено: кафедра дерматології та венерології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

Початок впровадження: вересень 2021 р. – квітень 2022 р.

7. Форма впровадження: результати дослідження впроваджено у навчальний процес та лекційний курс.

8. Соціально-економічний ефект: покращення підготовки молодих спеціалістів.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри дерматології та венерології з курсом косметології НМУ імені О. О. Богомольця член-кореспондент НАМН України д.мед.н., професор

Віктор Іванович Степаненко

Додаток БЗ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Проректор закладу вищої освіти
 з науково-педагогічної роботи
 Буковинського державного
 медичного університету

доцент  Ігор ГЕРУШ
 2022 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

1. **Пропозиція для впровадження:** вивчення та оцінка особливостей виникнення і перебігу екземи: соматотипологічні та психологічні аспекти.
2. **Установа-розробник:** Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова.
3. **Автор впровадження:** Аль-Омарі Ала'а Осама Ахмад, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова.
4. **Джерела інформації:** 1) Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Dmytrenko, S. V., Drachuk, O. P., Yasko, V. V., & Gunas, I. V. (2020). Features of the girth sizes of the body in men with various forms of eczema. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (39), 51-56.
 2) Dmytrenko, S. V., Ahmad Al-Omary Ala'a Osama, Dzevulska, I. V., Skoruk, R. V., & Gunas, I. V. (2020). Features of longitudinal and transverse body sizes in men with various forms of eczema. *Reports of Morphology*, 26(4), 16-21.
 3). Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Dmytrenko S. V., Chaika V. H., Isakova N. M., & Gunas I. V. (2021). Skinfold thickness in men with various forms of eczema. *World of Medicine and Biology*, 3(77), 11-15.
5. **Де впроваджено:** у навчальний процес на кафедрі дерматовенерології Буковинського державного медичного університету МОЗ України.
6. **Термін впровадження:** вересень 2021 р. – квітень 2022 р.
7. **Форма впровадження:** у навчальний процес зі студентами спеціальності “Медицина”, лікарями-інтернами і лікарями-слухачами спеціальності “Дерматовенерологія” при викладанні питань етіопатогенезу та перебігу екземи.
8. **Ефективність впровадження:** підвищення рівня знань/вмін студентів спеціальності “Медицина”, лікарів-інтернів та лікарів-слухачів спеціальності “Дерматовенерологія” з питань етіопатогенезу та перебігу екземи.

Відповідальний за впровадження

Завідувач кафедри дерматовенерології
 Буковинського державного медичного
 університету, д. мед. н., професор

« 20 » 04 2022 р.



Ольга ДЕНИСЕНКО

дії навколишнього середовища на неї ззовні. Безпосередньою причиною підвищеної уваги до даного дерматологічного захворювання є не тільки не до кінця виявлені механізми виникнення та лікування але широка розповсюдженість даної патології. Не менше важливим елементом, що вказує на тяжкість проблеми даного захворювання є показник матеріальних витрат на дане захворювання. З урахуванням його хронічного та рецидивуючого характеру даний компонент необхідно враховувати. Згідно даних німецького дослідження, річні витрати на екзему складають в середньому 8799 євро, з них 70% складають непрямі витрати. Зважаючи на всі ці дані, дослідниками ведуться пошуки ефективних, проте простих і дешевих методів раннього виявлення, передбачення виникнення даного захворювання, прогнозування тяжкості та форми його перебігу. Одним з перспективних напрямків, який вже досліджується вченими є конституціональний підхід щодо виявлення специфічних та достовірних антропометричних маркерів виникнення екземи, тому доречним є проведення аналогічного типу дослідження з використанням української популяції.

4. Установа-розробник: Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.

5. Джерела інформації:

1. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Vadzyuk, S. N., Shkolnikov, V. S., Prokopenko, S. V., & Gunas I. V. (2022). Discriminant models of possibilities occurrence and features of the course of different forms of eczema in men depending on the characteristics of anthropometric indicators. *Reports of Morphology*, 28(1), 11-16.

2. Аль-Омарі Ала'а Осама Ахмад, Дмитренко, С.В., & Костенко, М.П. (2021). *Комп'ютерна програма для прогнозування можливості захворювання на екзему «Eczema Test»*. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 110215; заявл. 15.11.2021, № с202108263, опубл. 13.12.2021.

6. Ким і коли впроваджено: шкіряно-венерологічне відділення військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

Термін впровадження: : січень 2022 р. – лютий 2022 р.

7. Форма впровадження: результати дослідження впроваджено у практичну діяльність лікарів дерматовенерологів шкіряно-венерологічне відділення військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

8. Соціально-економічний ефект: покращення діагностики та лікування хворих на екзему.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач шкіряно-венерологічного відділення
військово-медичного клінічного
центру Центрального регіону
підполковник



Ганна ГОРЧУК

Додаток Б5

«Затверджую»

Директор КНП «Вінницького обласного
клінічного шкірно-венерологічного
центру Вінницької обласної Ради»
к.мед.н., доцент

Максим ТРЕТ'ЯКОВ



_____ 2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва роботи: «Особливості виникнення і перебігу екземи: соматотипологічні та психологічні аспекти».

1. Автор: Аль-Омарі Ала'а Осама Ахмад, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

2. Пропозиція до впровадження: Уперше розроблені на основі антропометричних показників тіла достовірні дискримінантні моделі дозволяють у українських чоловіків з високою ймовірністю прогнозувати лише можливість виникнення та форми екземи. До складу побудованих дискримінантних рівнянь в усіх групах чоловіків (при розподілі хворих на істину екзему легкого і тяжкого перебігу та мікробну екзему легкого і тяжкого перебігу; при розподілі хворих лише на істину та мікробну екзему; при розподілі хворих лише на екзему легкого або тяжкого перебігу) найбільш часто входять товщина шкірно-жирових складок і діаметри тіла. Найбільший внесок у дискримінацію в усіх групах чоловіків вносить ширина плечей. Розроблена комп'ютерна програма "EczemaTest" надає можливість провести прогностичну оцінку належності або неналежності пацієнта до групи підвищеного ризику захворювання на різні форми екземи, та особливостей перебігу даного захворювання.

3. Актуальність дослідження: Екзема є поширеним мультифакторіальним захворюванням шкіри, що має тенденцію до хронізації і має різні клінічні форми залежно від локалізації і характеру шкірних проявів. Світова статистика показує, що поширеність екземи становить близько 1-2% дорослого населення, а питома вага серед інших дерматозів складає 30-40%. Особливо варто зазначити, що екзема є фінансово обтяжливим захворюванням, що потребує з урахуванням свого хронічного перебігу великих фінансових затрат. Дані обставини вимагають від науковців пошук не тільки ефективних методів лікування даного захворювання але і методів попередження і прогнозування його виникнення. Дослідження зв'язку типів конституції із різними захворюваннями створює передумови для розуміння особливостей їх перебігу та факторів ризику або резистентності. Однак в клінічній медицині, як і раніше, широко використовується середньостатистичний підхід до пацієнта без урахування його конституціональної приналежності, що істотно знижує ефективність впроваджуваних лікувальних і профілактичних програм. Одним із ефективних методів вирішення останнього питання є застосування антропометричного методу дослідження, що вже довів свою ефективність в багатьох інших дослідженнях щодо інших захворювань шкіри.

4. Установа-розробник: Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.

5. Джерела інформації:

1. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Vadzyuk, S. N., Shkolnikov, V. S., Prokopenko, S. V., & Gunas I. V. (2022). Discriminant models of possibilities occurrence and features of the course of different forms of eczema in men depending on the characteristics of anthropometric indicators. *Reports of Morphology*, 28(1), 11-16.

2. Аль-Омарі Ала'а Осама Ахмад, Дмитренко, С. В., & Костенко, М. П. (2021). *Компютерна програма для прогнозування можливості захворювання на екзему «Eczema Test»*. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 110215; заявл. 15.11.2021, № с202108263, опубл. 13.12.2021.

6. Ким і коли впроваджено: комунальне неприбуткове підприємство Вінницького обласного клінічного шкірно-венерологічного центру Вінницької обласної Ради.

Термін впровадження: грудень 2021 р. – лютий 2022 р.

7. Форма впровадження: результати дослідження впроваджено у практичну діяльність лікарів дерматовенерологів КНП «Вінницького обласного клінічного шкірно-венерологічного центру Вінницької обласної Ради».

8. Соціально-економічний ефект: покращення діагностики та лікування хворих на екзему з урахуванням ситуативної і особистісної тривожності.

Відповідальний за впровадження:

Старший лікар консультативно-діагностичного відділу
КНП «Вінницького обласного
клінічного шкірно-венерологічного центру
Вінницької обласної Ради»



Тетяна СТЕЛЬМАЩУК

Додаток В

Антропо-соматотипологічні відмінності між практично здоровими та хворими на істинну та мікробну екзему легкого та важкого перебігу українськими чоловіками.

ІЕ/ЛП – хворі на істинну екзему легкого перебігу;

ІЕ/ТП – хворі на істинну екзему важкого перебігу;

МЕ/ЛП – хворі на мікробну екзему легкого перебігу;

МЕ/ТП – хворі на мікробну екзему важкого перебігу;

$r_{z-іє/лп}$ – достовірність відмінностей між здоровими та хворими на ІЕ/ЛП;

$r_{z-іє/тп}$ – достовірність відмінностей між здоровими та хворими на ІЕ/ТП;

$r_{z-ме/лп}$ – достовірність відмінностей між здоровими та хворими на МЕ/ЛП;

$r_{z-ме/тп}$ – достовірність відмінностей між здоровими та хворими на МЕ/ТП;

$r_{іє/лп-іє/тп}$ – достовірність відмінностей між хворими на ІЕ/ЛП та ІЕ/ТП;

$r_{іє/лп-ме/лп}$ – достовірність відмінностей між хворими на ІЕ/ЛП та МЕ/ЛП;

$r_{іє/лп-ме/тп}$ – достовірність відмінностей між хворими на ІЕ/ЛП та МЕ/ТП;

$r_{іє/тп-ме/лп}$ – достовірність відмінностей між хворими на ІЕ/ТП та МЕ/ЛП;

$r_{іє/тп-ме/тп}$ – достовірність відмінностей між хворими на ІЕ/ТП та МЕ/ТП;

$r_{ме/лп-ме/тп}$ – достовірність відмінностей між хворими на МЕ/ЛП та МЕ/ТП;

АСR – ширина плечей (см);

ATL – висота лобкової антропометричної точки (см);

ATND – висота надгруднинної антропометричної точки (см);

ATP – висота пальцевої антропометричної точки (см);

ATPL – висота акроміальної антропометричної точки (см);

ATV – висота вертлюгової антропометричної точки (см);

CRIS – міжгребенева відстань (см);

DM – жировий компонент маси тіла (кг);

EPB – ширина дистального епіфіза стегна (см);

EPG – ширина дистального епіфіза гомілки (см);

EPPL – ширина дистального епіфіза плеча (см);

EPPR – ширина дистального епіфіза передпліччя (см);
FX – ендоморфний компонент соматотипу (бал.);
GB – товщина шкірно-жирової складки на боку (мм);
GBD – товщина шкірно-жирової складки на стегні (мм);
GG – товщина шкірно-жирової складки на животі (мм);
GGL – товщина шкірно-жирової складки на гомілці (мм);
GGR – товщина шкірно-жирової складки на грудях (мм);
GL – товщина шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки (мм);
GPPL – товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча (мм);
GPR – товщина шкірно-жирової на передпліччі (мм);
GZPL – товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча (мм);
H – довжина тіла (см);
LX – ектоморфний компонент соматотипу (бал.);
MM – м'язовий компонент маси тіла (кг);
MX – мезоморфний компонент соматотипу (бал.);
OBVV – обхват стегон (см);
OBG1 – обхват гомілки у верхній частині (см);
OBG2 – обхват гомілки у нижній частині (см);
OBGK1 – обхват грудної клітки на вдиху (см);
OBGK2 – обхват грудної клітки на видиху (см);
OBGK3 – обхват грудної клітки у спокійному стані (см);
OBK – обхват кисті (см); OVB – обхват стегна (см);
OBPL1 – обхват плеча у напруженому стані (см);
OBPL2 – обхват плеча у ненапруженому стані (см);
OBPR1 – обхват передпліччя у верхній частині (см);
OBPR2 – обхват передпліччя у нижній частині (см);
OBS – обхват стопи (см);
OBSh – обхват шиї (см);
OBT – обхват талії (см);
OM – кістковий компонент маси тіла (кг);

PNG – поперечний нижньогрудний діаметр (см);

PSG – поперечний середньогрудний діаметр (см);

S – площа поверхні тіла (m^2);

SGK – передньо-задній середньогруднинний діаметр (см);

SPIN – міжостьова відстань (см);

TROCH – міжвертлюгова відстань (см);

W – маса тіла (кг).

Продовження табл. В.7

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
LX	2,512± 1,253	2,316± 1,580	1,626± 1,316	1,697± 1,540	1,538± 1,371	>0,05	<0,05	<0,01	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
MM	34,22± 5,88	40,85± 8,01	44,01± 7,96	41,80± 8,30	42,41± 10,91	<0,01	<0,001	<0,001	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
OM	11,01± 1,30	11,42± 1,38	11,61± 1,29	11,47± 1,70	11,25± 2,89	>0,05	=0,097	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
DM	10,96± 3,50	8,384± 3,372	9,600± 3,359	10,04± 4,00	10,37± 3,75	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Таблиця В.8

Порівняння розподілу соматотипів між здоровими та хворими на екзему чоловіками (%).

Показники	Здорові (n=82)	Хворі				Pз-іє/лп	Pз-іє/тп	Pз-ме/лп	Pз-ме/тп	Pіє/лп - іє/тп	Pіє/лп - ме/лп	Pіє/лп - ме/тп	Pіє/тп - ме/лп	Pіє/тп - ме/тп	Pме/лп - ме/тп
		ІЕ/ЛП (n=16)	ІЕ/ТП (n=18)	МЕ/ЛП (n=28)	МЕ/ТП (n=10)										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Ендоморфи	2,4	0	0	0	0	0,5328	0,5084	0,4100	0,6216	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Мезоморфи	47,6	50,0	72,2	71,4	50,0	0,8608	0,0615	0,0314	0,8863	0,1931	0,1632	1,0	0,9534	0,2508	0,2288
Ектоморфи	11,0	12,5	5,6	7,1	10,0	0,8624	0,4914	0,5452	0,9239	0,4846	0,5516	0,8477	0,8415	0,6690	0,7716
Екто-мезоморфи	15,9	6,25	0	7,1	0	0,3160	0,0727	0,2443	0,1769	0,2897	0,9147	0,4280	0,2540	1,0	0,3925

Продовження табл. В.8

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Ендо- мезоморфи	15,9	6,25	11,1	10,7	30,0	0,3160	0,6071	0,5022	0,2701	0,6220	0,6238	0,1155	0,9662	0,2219	0,1593
Середній проміжний	7,3	25,0	11,1	3,6	10,0	0,0348	0,5914	0,4899	0,7616	0,2965	0,0374	0,3445	0,3206	0,9288	0,4425

Додаток Г

Відмінності показників особливості особистості між практично здоровими та хворими на істинну та мікробну екзему легкого та тяжкого перебігу українськими чоловіками.

ІЕ/ЛП – хворі на істинну екзему легкого перебігу;

ІЕ/ТП – хворі на істинну екзему тяжкого перебігу;

МЕ/ЛП – хворі на мікробну екзему легкого перебігу;

МЕ/ТП – хворі на мікробну екзему тяжкого перебігу;

$r_{z-іє/лп}$ – достовірність відмінностей між здоровими та хворими на ІЕ/ЛП;

$r_{z-іє/тп}$ – достовірність відмінностей між здоровими та хворими на ІЕ/ТП;

$r_{z-ме/лп}$ – достовірність відмінностей між здоровими та хворими на МЕ/ЛП;

$r_{z-ме/тп}$ – достовірність відмінностей між здоровими та хворими на МЕ/ТП;

$r_{іє/лп-іє/тп}$ – достовірність відмінностей між хворими на ІЕ/ЛП та ІЕ/ТП;

$r_{іє/лп-ме/лп}$ – достовірність відмінностей між хворими на ІЕ/ЛП та МЕ/ЛП;

$r_{іє/лп-ме/тп}$ – достовірність відмінностей між хворими на ІЕ/ЛП та МЕ/ТП;

$r_{іє/тп-ме/лп}$ – достовірність відмінностей між хворими на ІЕ/ТП та МЕ/ЛП;

$r_{іє/тп-ме/тп}$ – достовірність відмінностей між хворими на ІЕ/ТП та МЕ/ТП;

$r_{ме/лп-ме/тп}$ – достовірність відмінностей між хворими на МЕ/ЛП та МЕ/ТП;

*, ** або *** – відповідні достовірні відмінності ($p < 0,05$, $p < 0,01$ і $p < 0,001$) показників особливостей особистості між практично здоровими та хворими на екзему чоловіками;

t – відповідні тенденції відмінностей показників особливостей особистості між практично здоровими та хворими на екзему чоловіками;

AZ_E – показник за шкалою екстраверсії-інтроверсії за Айзенком (бал.);

AZ_L – показник за шкалою нещирості за Айзенком (бал.);

AZ_N – показник за шкалою нейротизму за Айзенком (бал.);

SH_C – показник акцентуації характеру циклотимного типу за Шмішеком (бал.);

SH_DC – показник акцентуації характеру дистимного типу за Шмішеком (бал.);

- SH_DM – показник акцентуації характеру демонстративного типу за Шмішеком (бал.);
- SH_EK – показник акцентуації характеру екзальтованого типу за Шмішеком (бал.);
- SH_EM – показник акцентуації характеру емотивного типу за Шмішеком (бал.);
- SH_G – показник акцентуації характеру гіпертимного типу за Шмішеком (бал.);
- SH_P – показник акцентуації характеру педантичного типу за Шмішеком (бал.);
- SH_T – показник акцентуації характеру тривожного типу за Шмішеком (бал.);
- SH_V – показник акцентуації характеру збудливого типу за Шмішеком (бал.);
- SH_Z – показник акцентуації характеру застрягаючого типу за Шмішеком (бал.);
- SP_LT – показник особистісної тривожності за Спілбергером (бал.);
- SP_ST – показник ситуативної (реактивної) тривожності за Спілбергером (бал.);
- USK_1 – показник шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю за Роттером (стени);
- USK_2 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень за Роттером (стени);
- USK_3 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач за Роттером (стени);
- USK_4 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі сімейних відносин за Роттером (стени);
- USK_5 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин за Роттером (стени);
- USK_6 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин за Роттером (стени);
- USK_7 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі здоров'я і хвороби за Роттером (стени).

Продовження табл. Г.2

1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
AZ_E	2	3,66	12,50	0	0	10,00	0,1319	0,0623	0,8477	1,0000	0,1836	0,0986
	3	8,54	6,25	22,22	10,71	10,00	0,1987	0,6231	0,7301	0,2946	0,4259	0,9503
	4	41,46	37,50	38,89	32,14	70,00	0,9342	0,7200	0,1199	0,6413	0,1268	0,0446
	5	42,68	31,25	38,89	46,43	0*	0,6449	0,3302	0,0608	0,6172	0,0312	0,0117
	6	3,66	12,50	0	10,71	10,00	0,1319	0,8580	0,8477	0,1581	0,1836	0,9503
AZ_N	1	12,20	6,25	0	7,14	10,00	0,2897	0,9118	0,7301	0,2527	0,1836	0,7750
	2	10,98	62,50***	27,78t	42,86***	40,00*	0,0502	0,2170	0,2740	0,3067	0,5129	0,8759
	3	34,15	6,25*	55,56	17,86	20,00	0,0044	0,2865	0,2963	0,0108	0,0800	0,8817
	4	17,07	18,75	16,67	25,00	20,00	0,8748	0,6366	0,9379	0,5073	0,8273	0,7514
	5	15,85	6,25	0t	7,14	10,00	0,2897	0,9108	0,7301	0,2527	0,1836	0,7750
	6	9,76	0	0	0	0	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
AZ_L	1	35,37	12,50t	22,22	17,86	20,00	0,4634	0,6425	0,6108	0,7178	0,8919	0,8817
	2	64,63	87,50t	77,78	82,14	80,00	0,4634	0,6425	0,6108	0,7178	0,8919	0,8817

Таблиця Г.3

Частота зустрічаємості психодинамічних особливостей особистості у практично здорових і хворих на екзему українських чоловіків (%).

Показники	Здорові (n=82)	Хворі				p ₃₋₄	p ₃₋₅	p ₃₋₆	p ₄₋₅	p ₄₋₆	p ₅₋₆
		ІЕ/ЛІП (n=16)	ІЕ/ТІП (n=18)	МЕ/ЛІП (n=28)	МЕ/ТІП (n=10)						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Продовження табл. Г.4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
SH_T	9,220± 5,493	8,533± 4,838	5,333± 2,196	7,714± 4,721	7,500± 5,148	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	=0,053	>0,05	>0,05	=0,054	>0,05	>0,05
SH_C	12,95± 5,27	11,60± 5,18	10,17± 3,28	11,57± 4,38	9,600± 3,098	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
SH_DM	12,29± 3,91	10,67± 4,94	11,78± 3,62	11,64± 3,81	10,60± 2,99	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
SH_V	12,40± 5,27	7,533± 3,944	6,833± 4,091	8,464± 4,903	6,900± 5,109	<0,01	<0,001	<0,001	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
SH_DC	7,902± 4,123	8,600± 6,791	6,667± 3,343	6,964± 4,004	7,800± 3,795	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
SH_EK	13,61± 5,82	14,00± 3,70	14,00± 4,60	13,50± 3,87	13,20± 3,79	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Таблиця Г.5

Частота зустрічальності показників вираженості та особливостей акцентуованих рис особистості у практично здорових і хворих на екзему українських чоловіків (%).

Показники	Здорові (n=82)	Хворі				p ₃₋₄	p ₃₋₅	p ₃₋₆	p ₄₋₅	p ₄₋₆	p ₅₋₆	
		ІЕ/ЛІП (n=16)	ІЕ/ТІП (n=18)	МЕ/ЛІП (n=28)	МЕ/ТІП (n=10)							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
SH_G	1	23,17	37,5	0*	21,43	10	0,0073	0,2561	0,1371	0,0409	0,1836	0,4288
	2	39,02	12,50*	16,67t	25,00	50	0,7341	0,3284	0,0467	0,5073	0,0727	0,1530
	3	37,80	43,75	83,33***	53,57	40	0,0219	0,5343	0,8522	0,0445	0,0265	0,4661

Продовження табл. Г.5

1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SH_Z	1	48,78	62,50	38,89	42,86	50,00	0,1789	0,2170	0,5362	0,7908	0,5741	0,6990
	2	50,00	31,25	61,11	57,14	50,00	0,0913	0,1056	0,3486	0,7908	0,5741	0,6990
	3	1,22	0	0	0	0	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
SH_EM	1	65,85	56,25	55,56	75,00	80,00	0,9680	0,2060	0,2275	0,1768	0,2073	0,7514
	2	32,93	37,50	44,44	25,00	20,00	0,6842	0,3870	0,3563	0,1768	0,2073	0,7514
	3	1,22	0	0	0	0	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
SH_P	1	57,32	68,75	61,11	60,71	80,00	0,6449	0,5966	0,5352	0,9785	0,3146	0,2770
	2	39,02	25,00	33,33	32,14	10,00t	0,5983	0,6201	0,3545	0,9334	0,1836	0,1808
	3	3,66	0	5,56	7,14	10,00	0,3456	0,2802	0,2094	0,8332	0,6657	0,7750
SH_T	1	76,83	81,25	100*	89,29	80,00	0,0633	0,4588	0,9379	0,1581	0,0597	0,4605
	2	21,95	12,50	0*	10,71	20,00	0,1319	0,8580	0,6108	0,1581	0,0597	0,4605
	3	1,22	0	0	0	0	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
SH_C	1	53,66	62,50	83,33*	60,71	90,00*	0,1790	0,9072	0,1371	0,1108	0,6330	0,0958
	2	35,37	25,00	16,67	35,71	10,00	0,5530	0,4672	0,3545	0,1686	0,6333	0,1326
	3	10,98	0	0	3,57	0	1,000	0,4488	1,000	0,4220	1,000	0,5486
SH_DM	1	59,76	68,75	66,67	53,57	70,00	0,8978	0,3302	0,9470	0,3833	0,8579	0,3724
	2	36,59	18,75	27,78	46,43	30,00	0,5399	0,0734	0,5140	0,2126	0,9018	0,3724
	3	3,66	6,25	5,56	0	0	0,9325	0,1880	0,4280	0,2138	0,4545	1,000

