

популяцій зв'язаних ретикулоцитів, кліток внутрішнього і зовнішнього епітелію емалевого органа.

В подальшому планується вивчення ультраструк-

тури кліток проміжного шару емалевого органа в різні періоди онтогенезу при допомозі трансмісійного електронного мікроскопа.

### Література

Быков В.Л. Функциональная морфология и гистогенез органов полости рта / В.Л. Быков. - СПб.: СПбГМУ, 1995. - 270 с.

Гемонов В.В. Развитие и строение органов ротовой полости и зубов / В.В. Гемонов, Э.Н. Лаврова, Л.И. Фалин - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. - 256 с.

Прилуцкий О.К. Строение зубного мешочка, наружного эпителия и пульпы эмалевого органа зачатка резца

4-месячного зародыша человека / А.К. Прилуцкий // Стоматологический альманах. - 2003. - № 5. - С. 8 - 11.

Прилуцкий О.К. Структурное обеспечение трофики эмалевого органа зубных зачатков людини в эмбриогенезі: автореф. дис. на здобуття наук. ст. канд. мед. наук: спец. 14.03.01 "Нормальна анатомія" / О.К. Прилуцкий. - Харків, 2004. - 18 с.

Старченко И.И. Применение метода пластинации в стереоморфологичес-

ких исследованиях / И.И. Старченко, А.К. Прилуцкий // Вісник пробл. біол. і мед. - 2006. - Вип. 2. - С. 420 - 422.

Старченко И.И. Сравнительная характеристика строения зачатков первых и вторых молочных моляров на ранних этапах онтогенеза / И.И. Старченко // Акт. пробл. сучасної мед.: Вісник Української медичної стоматологічної академії. - 2009. - Т. 9, Вип. 2. - С. 172 - 174.

### РОЛЬ КЛІТИН ПРОМІЖНОГО ШАРУ ЕМАЛЕВОГО ОРГАНУ В ОДОНТОГЕНЕЗІ

Старченко І.І., Рогоуля В.О., Білоконь С.О.

**Резюме.** У роботі вивчалось походження і значення клітин проміжного шару в одонтогенезі. Встановлено, що вказані клітинні елементи мають епітеліальне походження і є похідними зубної пластинки. На пізніших етапах одонтогенезу вони забезпечують механічний зв'язок між зірчастими ретикулцитами і клітками внутрішнього і зовнішнього епітелію емалевого органа, беруть участь в опосередкованому забезпеченні трофічних процесів енамелобластів. Висловлюється припущення, що клітини проміжного шару є камбіальними клітками для клітинних елементів емалевого органа.

**Ключові слова:** розвиток зуба, емалевий орган, клітини проміжного шару емалевого органа.

### A ROLE OF CELLS OF INTERMEDIATE LAYER OF ENAMEL ORGAN IN ODONTOGENESIS

Starchenko I.I., Rogulya V.O., Bilokon' S.O.

**Summary.** In work an origin and value of cells of intermediate layer was studied in odontogenesis. It is set that the indicated cellular elements have an epithelium origin and are derivative dental plate. On more late stages of odontogenesis they provide mechanical connection between stellar reticulum and cells of internal and external epithelium of enamel organ, take part in the mediated providing of trophic processes of enameloblasts. Supposition speaks out, that cells of intermediate layer are cambial cells for the cellular elements of enamel organ.

**Key words:** development of tooth, enamel organ, cells of intermediate layer of enamel organ.

© Тихолаз В.О., Гумінський Ю.Й., Школьніков В.С.

УДК: 572.087:616-071.3:616.1/.4:616.895.8

## СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ МАСИ, ПЛОЩІ, ПОЗДОВЖНИХ ТА ПОПЕРЕЧНИХ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ РОЗМІРІВ ТІЛА У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ В УМОВАХ ТРИВАЛОГО СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ

Тихолаз В.О., Гумінський Ю.Й., Школьніков В.С.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра анатомії людини (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

**Резюме.** Проведене дослідження встановило наступні найбільш виражені відмінності між групами хворих і здорових людей: достовірно менше значення маси та площі поверхні тіла у чоловіків з тривалістю стаціонарного лікування до 6 місяців, та більше значення даних показників у жінок з тривалістю стаціонарного лікування більше 1 року; менше значення міжкостової та міжребеневої відстані у чоловіків, та більше значення міжвертлюгової відстані у жінок, які перебували у стаціонарі до 6 місяців; достовірно більше значення дистального епіфізу плеча та передпліччя у чоловіків з тривалістю стаціонарного лікування більше 1 року.

**Ключові слова:** маса тіла, поздовжні та поперечні розміри тіла, параноїдна форма шизофренії.

### Вступ

Однією з актуальних проблем сучасної медицини і фізіології є вивчення біологічно і фізіологічно обумовленої мінливості організму людини, необхідної для адек-

ватного врівноваження і поєднання організму з постійною зміною умов зовнішнього середовища [Агаджанян и др., 2001].



На жодному етапі онтогенезу тіло людини не має сталої структури за рахунок впливу чисельних ендотажних факторів, в тому числі і соціальних. Формування та розвиток соматичного здоров'я людини розглядається багатьма авторами з позицій теорії адаптації до середовища існування та умовами життєдіяльності [Баевский, Берсенева, 2001]. Актуальним є комплексний підхід до оцінки адаптаційних можливостей організму людини з урахуванням типологічних особливостей і виявлення маркерних ознак схильності до захворювань [Агаджанян и др., 2001; Бутова и др., 2001; Корнетов, 2004; Гришко, Бутова, 2008].

Тривала адаптація організму хворого до нозокоміальних факторів, таких як нервово-емоційні, фізичні навантаження, особливості харчування, побуту, принципово нові соціальні умови викликає структурно-функціональні зміни в організмі людини. Тому вивчення антропометричних показників у хворих на параноїдну форму шизофренії, які тривало лікуються в умовах стаціонару, дозволить виявити соматичні зміни в організмі під впливом комплексу нозокоміальних факторів.

**Мета.** Встановити зміни антропометричних показників (маси, площі поверхні тіла, поздовжніх та поперечних розмірів) у хворих на параноїдну форму шизофренії чоловіків та жінок Подільського регіону України в залежності від тривалості стаціонарного лікування.

### Матеріали та методи

За методикою В.В. Бунака в модифікації П.П. Шапенка [2004] проведено антропометричне обстеження 146 чоловіків та 113 жінок першого періоду зрілого віку пацієнтів Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенка, хворих на параноїдну форму шизофренії. Всіх обстежених було розділено на дві групи: у першу групу увійшли 63 чоловіки та 66 жінок із тривалістю стаціонарного лікування до 6 місяців; у другу групу увійшли 83 чоловіки та 47 жінок, тривалість стаціонарного лікування яких перевищувала один рік.

В якості контролю були використані антропометричні дані (маса, поздовжні та поперечні розміри тіла) 99 практично здорових чоловіків та 99 практично здорових жінок першого періоду зрілого віку з банку даних науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Статистичний аналіз отриманих результатів проведено у програмному пакеті "STATISTICA 6.1" з використанням параметричних та непараметричних

методів. Для оцінки відмінностей між групами застосовували t-критерій Стьюдента при умові, що розподіл значень ознак був нормальним, а дисперсії рівними. Якщо не виконувались вищеперераховані умови, то відмінність між ознаками визначали за допомогою U-критерію Мана-Уїтні.

### Результати. Обговорення

Встановлено менше значення маси тіла у чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, які перебувають у стаціонарі до 6 місяців у порівнянні з практично здоровими чоловіками (на 7,7%) і чоловіками, тривалість стаціонарного лікування яких складає більше 1 року (на 8,8%). У практично здорових чоловіків та чоловіків, хворих на шизофренію, які лікуються стаціонарно більше 1 року, значення маси тіла не відрізняються.

Маса тіла у жінок, які знаходяться у стаціонарі більше 1 року, порівняно з практично здоровими та хворими, тривалість стаціонарного лікування яких складає не більше 6 місяців, є більшою (відповідно на 6,3% та 7,2%). У практично здорових жінок та жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії, які перебувають у стаціонарі до 6 місяців, значення маси тіла достовірно не відрізняється (табл. 1).

Довжина тіла достовірно менша (на 2,4%) у хворих на параноїдну форму шизофренії чоловіків, незалежно від тривалості стаціонарного лікування. Між різними групами жінок достовірна різниця довжини тіла не спостерігається. Площа поверхні тіла має ідентичний характер до попередніх показників, тому що вона є похідним розрахунковим індексом з двох попередніх, що зберігає їх загальну характеристику із тенденцією до усереднення.

Довжина тулубу у чоловіків та жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії, є достовірно меншою (на 4,6% та 5,5%) порівняно з практично здоровими та не залежить від тривалості перебування хворих у стаціонарі.

**Таблиця 1.** Показники маси, довжини та площі тіла у хворих на параноїдну форму шизофренії різної статі, які тривало перебувають у стаціонарі ( $M \pm \sigma$ ).

Показник	Стать	Практично здорові	Тривалість стаціонарного лікування до 6 місяців	Тривалість стаціонарного лікування більше 1 року	$p_{1,2}$	$p_{1,3}$	$p_{2,3}$
Маса тіла (кг)	Ч	72,37±9,41	66,81±8,19	73,29±12,12	<0,05	>0,05	<0,05
	Ж	59,46±8,50	58,69±6,55	63,23±12,12	>0,05	<0,05	<0,05
Довжина тіла (см)	Ч	178,06±6,50	173,85±6,19	173,54±6,52	<0,05	<0,05	>0,05
	Ж	164,96±6,25	164,36±5,00	164,33±6,37	>0,05	>0,05	>0,05
Площа поверхні тіла (м <sup>2</sup> )	Ч	1,90±0,14	1,80±0,12	1,87±0,15	<0,05	>0,05	<0,05
	Ж	1,64±0,12	1,64±0,09	1,68±0,17	>0,05	<0,05	<0,05

**Примітки:** тут і в подальшому Ч - чоловіки; Ж - жінки;  $p_{1,2}$  - достовірність відмінностей між здоровими та хворими з тривалістю стаціонарного лікування до 6 місяців;  $p_{1,3}$  - достовірність відмінностей між здоровими та хворими з тривалістю стаціонарного лікування більше 1 року;  $p_{2,3}$  - достовірність відмінностей між хворими з різною тривалістю стаціонарного лікування (до 6 місяців і більше 1 року).



**Таблиця 2.** Показники поздовжніх розмірів сегментів тіла, хворих на параноїдну форму шизофренії, різної статі, що тривало перебувають у стаціонарі ( $M \pm \sigma$ ).

Показник	Стать	Практично здорові	Тривалість стаціонарного лікування до 6 місяців	Тривалість стаціонарного лікування більше 1 року	$P_{1-2}$	$P_{1-3}$	$P_{2-3}$
Довжина тулуба (см)	Ч	53,66±3,49	51,18±4,01	50,73±4,28	<0,05	<0,05	>0,05
	Ж	49,18±3,94	46,67±2,31	46,18±2,52	<0,05	<0,05	>0,05
Довжина верхньої кінцівки (см)	Ч	82,12±4,53	79,07±5,82	77,99±4,14	<0,05	<0,05	>0,05
	Ж	74,04±4,12	74,24±3,30	73,86±3,60	>0,05	>0,05	>0,05
Довжина нижньої кінцівки (см)	Ч	93,90±5,99	92,04±4,85	93,28±7,16	<0,05	>0,05	>0,05
	Ж	87,49±5,95	90,96±4,31	90,69±4,43	<0,05	<0,05	>0,05

**Таблиця 3.** Показники ширини дистальних епіфізів верхньої та нижньої кінцівок хворих на параноїдну форму шизофренії, різної статі, що тривало перебувають у стаціонарі ( $M \pm \sigma$ ).

Показник	Стать	Практично здорові	Тривалість стаціонарного лікування до 6 місяців	Тривалість стаціонарного лікування більше 1 року	$P_{1-2}$	$P_{1-3}$	$P_{2-3}$
Д/епіфіз плеча (см)	Ч	6,88±0,44	6,88±0,57	7,35±1,94	>0,05	<0,05	>0,05
	Ж	5,89±0,41	6,15±0,30	6,35±0,36	<0,05	<0,05	<0,05
Д/епіфіз передпліччя (см)	Ч	5,76±0,33	5,56±0,38	5,22±0,46	<0,05	<0,05	<0,05
	Ж	4,93±0,27	5,08±0,22	5,18±0,30	<0,05	<0,05	<0,05
Д/епіфіз стегна (см)	Ч	8,96±0,48	8,98±0,59	9,72±1,08	>0,05	<0,05	<0,05
	Ж	8,23±0,52	8,40±0,47	8,65±0,57	<0,05	<0,05	<0,05
Д/епіфіз гомілки (см)	Ч	7,27±0,42	6,90±0,72	6,34±0,87	<0,05	<0,05	<0,05
	Ж	6,37±0,40	6,52±0,28	6,62±0,46	<0,05	<0,05	>0,05

**Таблиця 4.** Показники поперечних розмірів хворих на параноїдну форму шизофренії різної статі, що тривало перебувають у стаціонарі ( $M \pm \sigma$ ).

Показник	Стать	Практично здорові	Тривалість стаціонарного лікування до 6 місяців	Тривалість стаціонарного лікування більше 1 року	$P_{1-2}$	$P_{1-3}$	$P_{2-3}$
Ширина голови (см)	Ч	15,55±0,77	14,90±0,76	14,96±0,90	<0,05	<0,05	>0,05
	Ж	15,12±0,78	14,23±1,00	15,00±0,87	<0,05	>0,05	<0,05
Ширина плечей (см)	Ч	41,97±2,59	41,13±2,30	40,53±2,02	<0,05	<0,05	>0,05
	Ж	36,69±2,64	36,93±1,66	37,27±1,98	>0,05	>0,05	>0,05
Міжгострова відстань (см)	Ч	26,00±1,81	25,23±1,57	26,55±2,32	<0,05	>0,05	<0,05
	Ж	24,77±2,16	26,45±1,48	26,87±2,04	<0,05	<0,05	>0,05
Міжребенева відстань (см)	Ч	29,08±1,20	28,23±1,94	29,28±2,06	<0,05	>0,05	<0,05
	Ж	26,72±2,95	29,62±1,58	30,30±2,44	<0,05	<0,05	>0,05
Міжвертлюгова відстань (см)	Ч	33,07±1,85	32,25±1,82	32,29±2,07	<0,05	<0,05	>0,05
	Ж	32,34±1,98	32,76±1,64	33,2±2,53	>0,05	<0,05	>0,05

Встановлено достовірно менше (на 5,0%) значення довжини верхньої кінцівки чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, у порівнянні із практично здоровими. Різниця довжини верхньої кінцівки в залежності від тривалості стаціонарного лікування відсутня. Довжина верхньої кінцівки у хворих на параноїдну форму шизофренії жінок та практично здорових осіб

достовірно не відрізняється.

Довжина нижньої кінцівки у чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, при лікуванні в умовах стаціонару до 6 місяців, достовірно менша (на 2,1%) порівняно з практично здоровими чоловіками. У хворих чоловіків, які перебувають у стаціонарі більше 1 року, у порівнянні із практично здоровими чоловіками довжина нижньої кінцівки достовірно не відрізняється. У жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії, встановлено достовірно більше (на 4%) значення даного розміру, яке не залежить від тривалості стаціонарного лікування.

У чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, тривалість стаціонарного лікування яких складає більше 1 року, встановлено достовірно більше (на 6,8%) значення ширини дистального епіфізу плеча порівняно з практично здоровими чоловіками. При порівнянні з хворими чоловіками, тривалість стаціонарного лікування яких складає до 6 місяців, достовірна різниця відсутня. У хворих на параноїдну форму шизофренії жінок, тривалість стаціонарного лікування яких складає до 6 місяців і більше 1 року, встановлено достовірно більше значення ширини дистального епіфізу плеча (відповідно на 4,3% та 7,3%) у порівнянні із практично здоровими жінками (табл. 3).

У чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, тривалість стаціонарного лікування яких складає до 6 місяців і більше 1 року, встановлено достовірно менше (на 3,5% та 9% відповідно) значення ширини дистального епіфізу передпліччя у порівнянні з практично здоровими чоловіками. У хворих на параноїдну форму шизофренії жінок, тривалість стаціонарного лікування яких складає до 6 місяців і більше 1 року, встановлено достовірно більше значення ширини дистального епіфізу передпліччя (на 3% та 4,8%) у порівнянні з практично здоровими жінками.



Встановлено достовірно більше значення ширини дистального епіфізу стегна у чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, тривалість стаціонарного лікування яких складає більше 1 року у порівнянні з практично здоровими чоловіками, (на 7,8%) і чоловіками, хворими на шизофренію, тривалість стаціонарного лікування яких складає до 6 місяців (на 7,6%). У хворих на параноїдну форму шизофренії жінок, тривалість стаціонарного лікування яких складає до 6 місяців і більше 1 року, встановлено достовірно більше значення ширини дистального епіфізу стегна (відповідно на 2% та 4,8%) у порівнянні із практично здоровими жінками.

У чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, тривалість стаціонарного лікування яких складає до 6 місяців і більше 1 року, встановлено достовірно менше (на 5% та 12,8%) значення ширини дистального епіфізу гомілки у порівнянні з практично здоровими чоловіками. У хворих на параноїдну форму шизофренії жінок, тривалість стаціонарного лікування яких складає до 6 місяців і більше 1 року, встановлено достовірно більше (на 2,3% та 3,8%) значення ширини дистального епіфізу гомілки у порівнянні з практично здоровими жінками.

При порівнянні ширини голови між досліджуваними групами встановлено достовірно менше значення даного показника у чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, які лікуються стаціонарно до 6 місяців і більше 1 року (на 4,1% та 3,8%), у порівнянні з практично здоровими чоловіками. У жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії, достовірно менше значення ширини голови встановлено у хворих, тривалість стаціонарного лікування яких складає до 6 місяців у порівнянні з іншими групами на 5,9% та 5,1% відповідно (див. табл. 3).

Ширина плечей у чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, які тривало стаціонарно лікуються достовірно менша (відповідно на 3,4% та 1,5%) у порівнянні з іншими групами обстежених. У хворих на параноїдну форму шизофренії жінок відсутня достовірна різниця між показниками з різною тривалістю стаціонарного лікування та практично здоровими.

У хворих на параноїдну форму шизофренії чоловіків достовірно менше значення міжкостової відстані встановлено у групі з тривалістю стаціонарного лікування до 6 місяців у порівнянні з іншими групами обстежених (на 3% та 5% відповідно). Відсутня достовірна різниця даного показника між групою практично здорових чоловіків та чоловіків, тривалість стаціонарного лікування

яких складає більше 1 року. Міжкостова відстань достовірно більша (на 7,8%) у хворих жінок на параноїдну форму шизофренії у порівнянні із практично здоровими жінками. Більший показник міжкостової відстані не залежить від тривалості стаціонарного лікування. Зміни міжребеневої відстані у чоловіків і жінок мають ідентичний характер.

Міжвертлюгова відстань у чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, які стаціонарно лікуються до 6 місяців і більше 1 року, достовірно менша (на 2,5% та 2,3%) у порівнянні з практично здоровими чоловіками. У хворих на параноїдну форму шизофренії жінок значення міжвертлюгової відстані достовірно більше в групі, де тривалість стаціонарного лікування більше 1 року (на 2,6%). Між групами з тривалістю стаціонарного лікування до 6 місяців і практично здоровими жінками відсутня достовірна різниця даного показника.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. У чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, з тривалістю стаціонарного лікування до 6 місяців, більш виражені відмінності антропометричних показників порівняно зі здоровими чоловіками встановлені для маси та площі поверхні тіла, довжини нижньої кінцівки, міжкостової та міжребеневої відстані. При тривалості стаціонарного лікування більше 1 року статистично значимі відмінності були встановлені для ширини дистального епіфізу плеча та дистального епіфізу стегна.

2. У жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії з тривалістю стаціонарного лікування до 6 місяців, більш виражені відмінності антропометричних показників у порівнянні із здоровими жінками встановлені для ширини голови, а також для міжвертлюгової відстані. При тривалості стаціонарного лікування більше 1 року статистично значимі відмінності були встановлені для маси та площі тіла. Відсутні зміни ширини дистальних епіфізів у жінок з різною тривалістю стаціонарного лікування.

В ході дослідження виявлено зміни антропометричних показників (маси, площі поверхні тіла, поздовжніх та поперечних розмірів) у хворих на параноїдну форму шизофренії, які зумовлені тривалою дією комплексу нозокоміальних факторів. Виникає необхідність у подальшому дослідженні інших антропометричних показників (обхватних розмірів, індексів пропорційності будови тіла) у хворих, які тривало лікуються в умовах стаціонару.

### Література

Агаджанян Н.А. Разработка новых методов исследования эколого-физиологических механизмов адаптации человека / Н.А. Агаджанян, Л.Т. Сушкова, В.В. Нефедьев // Эколого-физиологические проблемы адаптации: Матер. X Междунар. симп. - М.: Изд-во РУДН, 2001. - С. 17 - 20.

Баевский Р.М. Адаптационные возмож-

ности организма и понятие физиологической нормы / Р.М. Баевский, А.П. Берсенева // Тез. докл. XVIII съезда физиол. Об-ва им. И.П. Павлова - Казань, М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - С. 304 - 307.

Бутова О.А. Здоровье как междисциплинарная категория / О.А. Бутова, Л.Д. Цатурян, С.С. Каюмова // Про-

блемы развития биологии и химии на Северном Кавказе: Материалы научной конференции. - Ставрополь: Изд-во СГУ, 2001. - С. 165 - 167.

Гришко Е.А. Морфологические аспекты адаптации организма военнослужащих десантно-штурмового полка Ставропольского гарнизона в раз-



личные периоды прохождения службы по призыву / Е.А. Гришко, О.А. Бутова // Физиологические проблемы адаптации. - Ставрополь: Изд-во СГУ, 2008. - С. 76 - 78.

- методологическая основа целостного подхода в медицине (Editorial) / Н.А. Корнетов // Biomedical & Biosocial Anthropology. - Винница, 2004. - № 2. - Р. 101 - 105.

нальности соматовисцеральных соотношений организма человека / П.П. Шапаренко, Ю.И. Гуминский // Морфология. Тезисы докладов VII Конгресса Международной Ассоциации морфологов - 2004. - Т. 126. - С. 138.

Корнетов Н.А. Клиническая антропология Шапаренко П.П. Принцип пропорцио-

#### ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ МАССЫ, ПЛОЩАДИ, ПРОДОЛЬНЫХ И ПОПЕРЕЧНЫХ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ РАЗМЕРОВ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОГО СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Тихолаз В.О., Гуминский Ю.И., Школьников В.С.

**Резюме.** Проведенное исследование установило следующие наиболее выражены отличия между группами больных и здоровых людей: достоверно меньшее значение массы и площади поверхности тела у мужчин с длительностью стационарного лечения до 6 месяцев, и большее значение данных показателей у женщин с длительностью стационарного лечения больше 1 года; меньшее значение расстояния межостевой и межребневой у мужчин, и большее значение межвертлужного расстояния у женщин, которые находились в стационаре до 6 месяцев; достоверно большее значение дистального эпифиза плеча и предплечья у мужчин с длительностью стационарного лечения больше 1 года.

**Ключевые слова:** масса тела, продольные и поперечные размеры тела, параноидная форма шизофрении.

#### SEXUAL FEATURES OF MASS, AREAS, LONGITUDINAL AND TRANSVERSAL ANTHROPOMETRIC SIZES OF BODY AT PATIENTS BY PARANOID FORM OF SCHIZOPHRENIA IN THE CONDITIONS OF THE PROTRACTED STATIONARY TREATMENT

Tyholaz V.O., Guminskiy Y.Y., Shkolnikov V.S.

**Summary.** The conducted research set the followings differences are most expressed between the groups of sick and healthy people: for certain less value of mass and area of surface of body for men with duration of stationary treatment to 6 months, and greater value of these indexes for women with duration of stationary treatment more than 1 year; less value of distance of interspine and intercost in men, and greater value interfeur distances for women, which were in permanent establishment to 6 months; for certain greater value of distal epiphysis shoulder and forearm for men with duration of stationary treatment more than 1 year.

**Key words:** mass of body, longitudinal and transversal sizes of body, paranoid form of schizophrenia.

© Кучма І.Ю., Симиренко Л.Л., Цейтлін Н.А., Волянський А.Ю.

УДК: 61:612.017:615.371

#### ІМУНОГОРМОНАЛЬНІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ У ЩУРІВ ЗА УМОВ ІМУНІЗАЦІЇ НА ТЛІ ВВЕДЕННЯ 1-МЕТИЛ-2-МЕРКАПТОІМІДАЗОЛУ

Кучма І.Ю., Симиренко Л.Л., Цейтлін Н.А., Волянський А.Ю.

ДУ "Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова АМН України" (вул. Пушкінська, 14, м. Харків, 61057, Україна)

**Резюме.** Досліджено зв'язок сироваткового рівня дифтерійних і правцевих антитоксинів з концентрацією тиреоїдних і глюкокортикоїдних гормонів у динаміці формування імунної відповіді на АДП-анатоксин у 3-місячних самців щурів лінії Wistar на тлі введення 1-метил-2-меркаптоїмідазолу протягом експерименту. Отримано математичну прогностичну модель імунногормональної взаємодії та визначено функціональні біохімічні маркери рівня специфічного антитілогенезу за цих умов.

**Ключові слова:** гіпотиреоїдний стан організму, тиреоїдні гормони, кортикостерон, антитілогенез, АДП-анатоксин, щури.

#### Вступ

Вакцинація є найбільш доступним засобом у боротьбі з інфекціями. Поряд зі значними досягненнями на цей час виявилось, що і в умовах масової імунізації можливим є повернення керованих інфекцій, якщо число щеплених опускається нижче критичного рівня. Особливо актуально залишається профілактика інфекційних захворювань у ослаблених дітей та людей похилого віку. Тривалий імунологічний моніторинг (1995-2004 р.р.) визначив спад напруженості популяційного імунітету до правця у населення України. У віковому аспекті правець сьогодні є хворобою людей похилого віку [Чумаченко та ін., 2006]. Визначено ендемію зобу серед дітей, які проживають в Харківській, Дніпропетровській, Донецькій областях та Автономній Республіці Крим [Лузанчук та ін.,

2004], охарактеризовано епідеміологічні аспекти субклінічного гіпотиреозу у юних вагітних жінок [Левченко, Фадеев, 2002; Шелестова, 2004; Бондарь, 2008]. Широке розповсюдження захворювань щитоподібної залози та її вразливості в екологічно несприятливих умовах життя обумовлюють негативні зміни в імунному статусі, що, без сумніву, впливає на ефективність щеплень. Регуляторна роль тиреоїдних гормонів в імуногенезі та підвищення частоти дисфункції щитоподібної залози на тлі погіршення стану навколишнього середовища свідчать про необхідність розробки діагностичних і прогностичних критеріїв ефективності вакцинації з урахуванням гормонального стану організму. З метою виявлення додаткових резервів стимуляції імуногенезу, удосконалення