

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

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

АЛАДВАН АМДЖЕД МАШУР АХМАД

УДК 616.514-037:572.087+612-071

ДИСЕРТАЦІЯ

**ПРОГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ І СОМАТО-
ТИПОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА КРОПИВ'ЯНКУ**

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

_____ Аладван Амджед Машур Ахмад

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

Вінниця – 2025

АНОТАЦІЯ

Аладван А. М. А. Прогностична значущість антропометричних і соматотипологічних показників у хворих на кропив'янку. – 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, 2025.

У дисертаційній роботі встановленні особливості клініко-анамнестичних і дерматологічних показників у хворих на гостру або хронічну кропив'янку легкого та тяжкого перебігу (відповідно ГК/ЛП, ГК/ТП, ХК/ЛП, ХК/ТП) українських чоловіків і жінок молодого віку, зв'язків між величиною дерматологічного індексу якості життя та клініко-анамнестичними й дерматологічними показниками, відмінності антропо-соматотипологічних показників між практично здоровими та хворими на кропив'янку чоловіками або жінками, розбіжності та статеві відмінності даних показників між хворими на кропив'янку, а також, побудовані та проведено аналіз дискримінантних моделей можливості виникнення та особливостей перебігу даного дерматозу в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла.

Встановлено, що незалежно від форми кропив'янки (гостра або хронічна) серед пацієнтів із *тяжким* перебігом переважають чоловіки з фізичним характером праці, наявністю алергічної реакції, присутністю в анамнезі стресового фактору, наявністю болю в ділянці ураження шкіри, на слизовій оболонці та на кінцівках, присутністю ангіонабряку шкіри та більшими значеннями дерматологічного індексу, а також жінки з наявністю алергічної реакції та фактору прийому ліків, болю в ділянці ураження шкіри, на волосистій частині голови та слизовій оболонці, присутністю ангіонабряку шкіри та більшими значеннями дерматологічного індексу. Серед пацієнтів із *легким* перебігом переважають чоловіки з розумовим характером праці й присутністю фактору вологості та жінки з присутністю фактору інсоляції. Серед хворих на *гостру форму* кропив'янки переважають чоловіки з розумовим характером праці та жінки з наявністю фактору вологості,

відчуттям печіння в ділянці ураження шкіри. Серед хворих *на хронічну форму* переважають чоловіки з наявністю алергічної реакції та фактору сезонності, із локалізацією ураження шкіри на волосистій частині голови й шкіри, на обличчі та жінки зі змішаним характером праці, наявністю факторів сезонності й інсоляції.

Доведено, що у хворих *чоловіків порівняно з жінками* пріоритетними є фактори температури, вологості й інсоляції та наявність локалізації ураження шкіри на кінцівках. У хворих *жінок порівняно з чоловіками* переважають частіше фактори алергічної реакції, хімічних речовин або косметики, прийому ліків, локалізації ураження шкіри на волосистій частині голови та більше значення дерматологічного індексу.

Уперше у хворих на кропив'янку українських чоловіків і жінок встановлені множинні прямі та зворотні, переважно середньої сили недостовірні (відповідно у чоловіків $r =$ від 0,31 до 0,54 та $r =$ від -0,31 до -0,58; відповідно у жінок $r =$ від 0,30 до 0,61 та $r =$ від -0,31 до -0,57), кореляції між дерматологічним індексом якості життя та клініко-анамнестичними показниками. Встановлені виражені прояви статевого диморфізму кореляцій між даними показниками у хворих на кропив'янку чоловіків і жінок, як за кількістю і силою, так часто і за напрямком отриманих зв'язків.

Уперше встановлені багаточисельні достовірні або тенденції відмінностей антропометричних показників між практично здоровими та хворими на кропив'янку чоловіками або жінками. А саме: *більші значення у хворих чоловіків і жінок* – маси тіла (на 9,17-35,22 % в усіх групах); ширини дистальних епіфізів плеча (на 4,19-7,85 %, за винятком жінок хворих на ГК/ТП, ХК/ЛП і ХК/ТП), передпліччя (на 4,49-14,05 %, за винятком чоловіків хворих на ГК/ЛП і ХК/ТП, а також жінок хворих на ГК/ТП) та стегна (на 4,63-9,81 %, за винятком чоловіків хворих на ГК/ЛП, ХК/ЛП і ХК/ТП, а також жінок хворих на ГК/ТП і ХК/ТП); величини поперечного середньогрудного, нижньогрудного та передньо-заднього середньогруднинного діаметрів (на 6,70-43,78 % в усіх групах); величини обхвату стегна (на 10,23-25,42 % в усіх групах); *більші значення лише у хворих чоловіків* – довжини тіла (на 2,88 % у хворих на ГК/ТП); висоти надгруднинної, акро-

міальної та пальцевої антропометричних точок (на 4,42-5,08 % у хворих на ГК/ТП); ширини плечей (на 3,28 % у хворих на ГК/ТП); міжостьової та міжгребеневої відстані таза (на 3,81-6,34 % у хворих на ГК/ТП); величини обхватів плеча у напруженому та ненапруженому станах, передпліччя у нижній частині, стегон і гомілки у нижній частині, грудної клітки на видиху (на 5,50-9,57 % у хворих на ГК/ТП), плеча у напруженому стані (на 5,93-7,43 % у хворих на ХК/ЛП і ХК/ТП), передпліччя у верхній частині (на 6,94 % у хворих на ХК/ЛП), талії, грудної клітки на вдиху та у спокійному стані (на 4,80-18,35 % в усіх групах) та шиї (на 6,72-12,29 % у хворих на ГК/ЛП, ГК/ТП і ХК/ЛП); товщини шкірно-жирових складок на грудях (на 36,07-40,13 % у хворих на ГК/ТП, ХК/ЛП і ХК/ТП), на животі (на 45,99-47,61 % у хворих на ГК/ТП і ХК/ТП) та на боці (на 29,30-62,79 % у хворих на ГК/ЛП, ГК/ТП і ХК/ЛП); *більші значення лише у хворих жінок* – довжини тіла (на 2,24-2,37 % у хворих на ГК/ЛП і ХК/ЛП); висоти надгрудниної, акроміальної та пальцевої антропометричних точок (на 3,22-8,76 % у хворих на ГК/ЛП, ХК/ЛП і ХК/ТП); ширини плечей (на 3,29-4,37 % у хворих на ГЛ/ТП і ХК/ЛП); міжостьової та міжгребеневої відстаней таза (на 4,77-16,09 % в усіх групах) і міжвертлюгової відстані таза (на 4,28 % у хворих на ГК/ЛП); величини обхватів плеча у напруженому та ненапруженому станах, стегон, шиї, талії, грудної клітки на вдиху, на видиху та у спокійному стані (на 4,51-33,95 % в усіх групах), передпліччя у нижній частині, гомілки у верхній і нижній частині (на 8,27-8,60 % у хворих на ГК/ЛП і ХК/ЛП), гомілки у нижній частині (на 6,71 % у хворих на ГК/ТП) та стопи (на 5,09 % у хворих на ГК/ЛП); товщини шкірно-жирових складок на грудях, на животі та на боці (на 30,40-110,73 % в усіх групах); *менші значення у хворих чоловіків і жінок* – ширини дистального епіфіза гомілки (на 5,88-11,22 % в усіх групах); товщини шкірно-жирових складок на задній і передній поверхнях плеча та на гомілці (на 22,04-106,52 % в усіх групах); *менші значення лише у хворих чоловіків* – міжвертлюгової відстані таза (на 4,73-7,16 % у хворих на ГК/ЛП, ХК/ЛП і ХК/ТП); обхвату стопи (на 3,45 % у хворих на ХК/ТП); товщини шкірно-жирової складки на передпліччі (на 26,45-34,61 % у хворих на ГК/ЛП, ХК/ЛП і ХК/ТП), під нижнім кутом лопатки (на

28,86-30,10 % у хворих на ХК/ЛП і ХК/ТП) та на стегні (на 48,84-113,33 % в усіх групах); *менші значення лише у хворих жінок* – ширини дистального епіфіза плеча (на 4,03 % у хворих на ГК/ТП); товщини шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки (на 41,46-46,40 % у хворих на ХК/ЛП і ХК/ТП) та на стегні (на 21,33-33,58 % в усіх групах).

Кількість достовірних або тенденцій відмінностей антропометричних показників між хворими на кропив'янку чоловіками або жінками значно менша: *між хворими чоловіками* – довжина тіла у хворих на ГК/ТП більша порівняно з хворими на ХК/ЛП і ГК/ЛП (на 2,99-3,46 %); висота надгруднинної антропометричної точки у хворих на ГК/ТП більша порівняно з хворими на ХК/ТП (на 3,78 %); ширина дистального епіфіза плеча більша у хворих на ГК/ТП і ХК/ЛП порівняно з хворими на ГК/ЛП і ХК/ТП (на 6,22-9,91 %), а стегна більша у хворих на ГК/ТП порівняно з хворими на ГК/ЛП (на 5,30 %); ширина плечей більша у хворих на ГК/ТП порівняно з хворими на ХК/ТП (на 4,84 %); міжгребенева та міжвертлюгова відстані таза у хворих на ГК/ТП більша порівняно з хворими на ХК/ТП (на 5,17-6,86 %); обхват шиї більший у хворих на ГК/ЛП порівняно з хворими на ГК/ТП (на 3,68 %), а стопи у хворих на ГК/ТП порівняно з хворими на ХК/ТП (на 6,02 %); товщина шкірно-жирової складки на стегні у хворих ГК/ТП більша порівняно з хворими на ГК/ЛП (на 28,36 %); *між хворими жінками* – маса тіла у хворих на ГК/ЛП більша порівняно з хворими на ГК/ТП (на 23,86 %); висота надгруднинної антропометричної точки у хворих на ГК/ЛП більша порівняно з хворими на ГК/ТП (на 3,10 %); ширина дистального епіфіза плеча та передпліччя більша у хворих на ГК/ЛП порівняно з хворими на ГК/ТП (на 5,76-8,57 %), і лише передпліччя у хворих на ХК/ТП порівняно з хворими на ГК/ТП (на 15,43 %); величина передньо-заднього середньогруднинного діаметру більша у хворих на ГК/ЛП порівняно з хворими на ГК/ТП (на 18,70 %); міжостьова відстань таза більша у хворих на ГК/ЛП порівняно з хворими на ГК/ТП (на 7,41 %); обхвати плеча у напруженому та ненапруженому станах, передпліччя у нижній частині, кисті, гомілки у верхній частині, стопи, грудної клітки на видиху та у спокійному стані більші у хворих на ГК/ЛП порівняно з хворими на ГК/ТП (на

4,10-17,92 %), а гомілки у нижній частині у хворих на ХК/ЛП порівняно з хворими на ХК/ТП (на 10,41 %).

Уперше при порівнянні компонентів і частоти розподілу соматотипів, а також показників компонентного складу маси тіла між хворими на кропив'янку та практично здоровими чоловіками або жінками встановлені наступні достовірні або тенденції відмінностей: *в усіх групах хворих чоловіків і жінок* – більші значення м'язових компонентів маси тіла (на 17,21-75,20 %); *лише у хворих чоловіків* – більші значення мезоморфного компоненту соматотипу (на 15,70-27,96 % у хворих на ГК/ТП і ХК/ЛП) та кісткового компоненту маси тіла (на 11,26 % у хворих на ГК/ТП), а також менші значення ектоморфного компоненту соматотипу (на 31,25-41,80 % у хворих на ГК/ЛП, ГК/ТП і ХК/ЛП); *лише у хворих жінок* – більші значення мезоморфного компоненту соматотипу (на 56,00-58,34 % у хворих на ГК/ЛП і ХК/ЛП), кісткового компоненту маси тіла (на 8,80 % у хворих на ГК/ЛП), частоти мезоморфного (на 37,30 % у хворих на ГК/ЛП) та ендомезоморфного соматотипів (на 28,20 % у хворих на ХК/ТП), а також менші значення ектоморфного компоненту соматотипу (на 39,88-46,90 % у хворих на ГК/ЛП, ХК/ЛП і ХК/ТП) та жирового компоненту маси тіла (на 17,51 % у хворих на ГК/ТП).

Встановлені лише поодинокі достовірні або тенденції відмінностей при порівнянні антропо-соматотипологічних показників між хворими на кропив'янку *чоловіками* (більші на 15,57-15,78 % значення кісткового компоненту маси тіла у хворих на ГК/ТП, ніж у хворих на ГК/ЛП і ХК/ТП) або *жінками* (більші значення – м'язових компонентів маси тіла у хворих на ГК/ЛП, ніж у хворих на ГК/ТП на 21,22-41,51 %; кісткового компоненту маси тіла у хворих на ГК/ЛП, ніж у хворих на ГК/ТП на 15,89 %; частоти мезоморфного соматотипу у хворих на ХК/ЛП, ніж у хворих на ХК/ТП на 50,00 %; частоти ендомезоморфного соматотипу у хворих на ГК/ТП, ніж у хворих на ГК/ЛП на 30,00 % та у хворих на ХК/ТП, ніж у хворих на ХК/ЛП на 40,00 %).

Уперше між відповідними групами хворих на кропив'янку чоловіків і жінок встановлені наступні достовірні або тенденції *проявів статевого диморфізму*.

му антропометричних і соматотипологічних показників: *більші значення у чоловіків* – маси тіла (на 42,39 % у хворих на ГК/ТП); довжини тіла (на 4,98-10,69 % в усіх групах хворих); висоти надгруднинної та акроміальної антропометричних точок (на 4,61-11,43 % в усіх групах хворих), лобкової (на 4,69-5,65 % у хворих на ГК/ТП і ХК/ТП), пальцевої та вертлюгової (на 5,90-8,66 % у хворих на ГК/ТП); ширини дистальних епіфізів плеча та передпліччя (на 3,21-29,90 % в усіх групах хворих), стегна (на 9,76-11,47 % у хворих на ГК/ТП і ХК/ТП), гомілки (на 9,15-13,66 % у хворих на ГК/ЛП, ГК/ТП і ХК/ЛП); поперечного середньогрудного, нижньогрудного та передньо-заднього середньогруднинного діаметрів (на 13,78-23,50 % у хворих на ГК/ТП і ХК/ТП), ширини плечей (на 5,94-16,04 % в усіх групах хворих); обхватів кисті та шиї в усіх групах хворих, плеча у напруженому та ненапруженому станах, передпліччя у верхній та нижній частині, стопи, талії, грудної клітки на вдиху, на видиху та у спокійному стані (на 11,33-28,42 % у хворих на ГК/ТП), передпліччя у верхній частині (на 12,09 % у хворих на ГК/ЛП), передпліччя у нижній частині (на 11,34 % у хворих на ХК/ЛП) і плеча у напруженому стані (на 16,10 % у хворих на ХК/ТП); товщини шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки (на 34,88 % у хворих на ХК/ЛП); мезоморфного компоненту соматотипу (на 26,57 % у хворих на ГК/ТП), м'язових компонентів маси тіла (на 22,27-56,65 % у хворих на ГК/ТП і ХК/ТП), кісткового компоненту маси тіла (на 18,98-59,65 % в усіх групах хворих), жирового компоненту маси тіла (на 22,01 % у хворих на ГК/ТП) та частоти мезоморфного соматотипу (на 50,00 % у хворих на ХК/ТП); *більші значення у жінок* – міжостьової, міжгребеневої та міжвертлюгової відстаней таза (на 6,14-8,61 % у хворих на ГК/ЛП); обхвату стегон (на 9,13 % у хворих на ГК/ЛП) і стегна (на 13,80 % у хворих на ХК/ЛП); товщини шкірно-жирових складок на передпліччі (на 32,26 % у хворих на ХК/ТП), на грудях (на 42,65-50,00 % у хворих на ГК/ЛП і ХК/ЛП) і на стегні (на 65,67-121,67 % у хворих на ГК/ЛП, ХК/ЛП і ХК/ТП); частоти ендомезоморфного (на 40,00 % у хворих на ХК/ТП) та середнього проміжного соматотипів (на 30,00 % у хворих на ГК/ТП).

Уперше на основі показників будови та розмірів тіла розроблені достовірні

дискримінантні моделі які дозволяють з високою ймовірністю прогнозувати можливість виникнення та особливості перебігу кропив'янки у *жінок* із гострою формою захворювання (коректність 89,4 %, статистика Wilks' Lambda=0,080; $p<0,001$). До складу побудованих моделей найбільш часто входять товщина шкірно-жирових складок (37,5 %), обхватні розміри тіла та ширина дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок (по 25,0 %). При моделюванні лише у хворих на кропив'янку жінок також побудовані достовірні дискримінантні моделі (коректність 52,5 %, статистика Wilks' Lambda=0,465; $p<0,001$), що дозволяють прогнозувати лише перебіг захворювання (легкий або тяжкий). До складу побудованих моделей входять м'язовий компонент маси тіла та товщина шкірно-жирової складки на передпліччі (по 50,0 %).

Розроблені на основі антропометричних і соматотипологічних показників достовірні дискримінантні моделі дозволяють прогнозувати можливість виникнення кропив'янки у *чоловіків* (коректність 83,6 %, статистика Wilks' Lambda=0,113; $p<0,001$). Достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації можлива лише між практично здоровими та хворими чоловіками. До складу побудованих моделей найбільш часто входять поперечні розміри тулуба та таза (37,5 %) і товщина шкірно-жирових складок (25,0 %). Лише у хворих на кропив'янку українських чоловіків також побудовані достовірні дискримінантні моделі (коректність 60,0 %, статистика Wilks' Lambda=0,620; $p<0,01$), що дозволяють прогнозувати лише форму захворювання (гостру або хронічну). До складу побудованих моделей входять кістковий компонент маси тіла та ширина плечей (по 50,0 %).

Таким чином, встановлені особливості клініко-анамнестичних, дерматологічних показників і показників будови та розмірів тіла в українських чоловіків та жінок молодого віку, хворих на різні форми кропив'янки легкого та важкого перебігу, а також побудовані достовірні високоінформативні моделі можливості виникнення та особливостей перебігу даного дерматозу стануть цінним доповненням для існуючих діагностичних технологій, позбавлять поширеного в клінічній медицині суб'єктивізму та збільшать ефективність впроваджувальних ліку-

вальних і профілактичних програм.

Ключові слова: захворювання шкіри (кропив'янка), клініко-анамнестичні та дерматологічні показники у хворих на кропив'янку чоловіків і жінок, дерматологічний індекс якості життя, кореляції, антропометрія (тотальні, поздовжні, поперечні та обхватні розміри тіла, товщина шкірно-жирових складок), компоненти соматотипу, компонентний склад маси тіла, дискримінантні моделі.

ANNOTATION

Aladwan A. M. A. The prognostic significance of anthropometric and somatotypological parameters in patients with urticaria. – 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, 2025.

The dissertation established the peculiarities of clinical-anamnestic and dermatological indicators in young Ukrainian men and women with acute or chronic urticaria of mild and severe courses (respectively AU/MU, AU/SU, CU/MU, CU/SU), the associations between the Dermatology Life Quality Index (DLQI) values and clinical-anamnestic and dermatological indicators, the differences in anthropometric and somatotypological parameters between practically healthy individuals and those with urticaria, the discrepancies and sex differences in these indicators among patients with urticaria, as well as the construction and analysis of discriminant models predicting the occurrence and course characteristics of this dermatosis depending on constitutional body parameters.

It was determined that regardless of the form of urticaria (acute or chronic), male patients with *severe* cases predominantly engage in physical labor, have a history of allergic reactions and stress factors, report pain in the affected skin areas, mucous membranes, and extremities, experience angioedema, and demonstrate higher DLQI values. Similarly, female patients with severe urticaria are characterized by allergic reactions, medication intake factors, pain in the affected skin areas, including the scalp,

mucous membranes, and angioedema, alongside higher DLQI scores. Among patients with *mild* cases, men predominantly engage in intellectual labor and are influenced by humidity factors, while women are more frequently affected by solar radiation. Patients with *acute* urticaria include men with intellectual labor backgrounds and women influenced by humidity factors and burning sensations in the affected skin areas. In *chronic* cases, men with allergic reactions, seasonality factors, and skin lesions localized to the scalp and face are more prevalent, whereas women with mixed labor types and factors such as seasonality and insolation predominate.

It was demonstrated that, *compared to women, male* patients are more influenced by temperature, humidity, and insolation factors, and their skin lesions are more commonly localized on the extremities. *Female patients, in contrast*, are more frequently affected by allergic reactions, exposure to chemicals or cosmetics, medication intake, and lesions on the scalp, along with higher DLQI values.

For the first time, multiple direct and inverse, predominantly moderate but statistically insignificant correlations were established between the DLQI and clinical-anamnestic indicators in Ukrainian men ($r=0.31$ to 0.54 and $r=-0.31$ to -0.58 , respectively) and women ($r=0.30$ to 0.61 and $r=-0.31$ to -0.57 , respectively) with urticaria. Pronounced manifestations of sexual dimorphism in these correlations were identified among men and women with urticaria, differing in quantity, strength, and direction of the associations obtained.

For the first time, numerous significant or trend-like differences in anthropometric parameters between practically healthy individuals and patients with urticaria have been identified in both men and women. Specifically, *greater values* in *male and female patients* include body weight (by 9.17-35.22 % in all groups); widths of the distal epiphyses of the humerus (by 4.19-7.85 %, except for women with AU/SU, CU/MU, and CU/SU), forearm (by 4.49-14.05 %, except for men with AU/MU and CU/SU, and women with AU/SU), and thigh (by 4.63-9.81 %, except for men with AU/MU, CU/MU, and CU/SU, and women with AU/SU and CU/SU); transverse diameters of the mid-thoracic, lower thoracic, and anteroposterior mid-sternal regions (by 6.70-43.78 % in all groups); thigh circumference (by 10.23-25.42 % in all groups); *greater*

values in male patients only include body length (by 2.88 % in patients with AU/SU); suprasternal, acromial, and fingertip anthropometric heights (by 4.42-5.08 % in patients with AU/SU); shoulder width (by 3.28 % in patients with AU/SU); interspinous and intercrestal distances of the pelvis (by 3.81-6.34 % in patients with AU/SU); circumferences of the upper arm in both flexed and relaxed states, lower forearm, thighs, lower leg, and chest at exhalation (by 5.50-9.57 % in patients with AU/SU), upper arm in flexed state (by 5.93-7.43 % in patients with CU/MU and CU/SU), upper forearm (by 6.94% in patients with CU/MU), waist, chest at inhalation and at rest (by 4.80-18.35% in all groups), and neck (by 6.72-12.29 % in patients with AU/MU, AU/SU, and CU/MU); skinfold thicknesses on the chest (by 36.07-40.13 % in patients with AU/SU, CU/MU, and CU/SU), abdomen (by 45.99-47.61 % in patients with AU/SU and CU/SU), and flank (by 29.30-62.79 % in patients with AU/MU, AU/SU, and CU/MU); *greater values in female patients only* include body length (by 2.24-2.37 % in patients with AU/MU and CU/MU); suprasternal, acromial, and fingertip anthropometric heights (by 3.22-8.76 % in patients with AU/MU, CU/MU, and CU/SU); shoulder width (by 3.29-4.37 % in patients with AU/SU and CU/MU); interspinous and intercrestal pelvic distances (by 4.77-16.09 % in all groups) and intertrochanteric distance of the pelvis (by 4.28 % in patients with AU/MU); circumferences of the upper arm in both flexed and relaxed states, thighs, neck, waist, chest at inhalation, exhalation, and at rest (by 4.51-33.95 % in all groups), lower forearm, upper and lower lower-leg (by 8.27-8.60 % in patients with AU/MU and CU/MU), lower lower-leg (by 6.71 % in patients with AU/SU), and foot (by 5.09 % in patients with AU/MU); skinfold thicknesses on the chest, abdomen, and flank (by 30.40-110.73 % in all groups); *lower values in both male and female patients* include the width of the distal epiphysis of the tibia (by 5.88-11.22 % in all groups); skinfold thicknesses on the posterior and anterior surfaces of the upper arm and lower leg (by 22.04-106.52 % in all groups); *lower values in male patients only* include the intertrochanteric distance of the pelvis (by 4.73-7.16 % in patients with AU/MU, CU/MU, and CU/SU); foot circumference (by 3.45 % in patients with CU/SU); skinfold thicknesses on the forearm (by 26.45-34.61 % in patients with AU/MU, CU/MU, and CU/SU), below the inferior angle of

the scapula (by 28.86-30.10 % in patients with CU/MU and CU/SU), and on the thigh (by 48.84-113.33 % in all groups); *lower values in female patients only* include the width of the distal epiphysis of the humerus (by 4.03 % in patients with AU/SU); skinfold thicknesses below the inferior angle of the scapula (by 41.46-46.40 % in patients with CU/MU and CU/SU) and on the thigh (by 21.33-33.58 % in all groups).

The number of reliable or trending differences in anthropometric indicators among men or women with urticaria is significantly smaller: *among male patients* – the body length in patients with AU/SU is greater compared to those with CU/MU and AU/MU (by 2.99-3.46 %); the height of the suprasternal anthropometric point in patients with AU/SU is greater compared to those with CU/SU (by 3.78 %); the width of the distal humeral epiphysis is greater in patients with AU/SU and CU/MU compared to those with AU/MU and CU/SU (by 6.22-9.91 %), and the femur is wider in patients with AU/SU compared to those with AU/MU (by 5.30 %); shoulder width is greater in patients with AU/SU compared to those with CU/SU (by 4.84 %); intercrestal and intertrochanteric pelvic distances are greater in patients with AU/SU compared to those with CU/SU (by 5.17-6.86 %); neck circumference is larger in patients with AU/MU compared to those with AU/SU (by 3.68 %), and foot circumference is larger in patients with AU/SU compared to those with CU/SU (by 6.02 %); the thickness of the skinfold on the thigh is greater in patients with AU/SU compared to those with AU/MU (by 28.36 %); *among female patients* – body mass in patients with AU/MU is greater compared to those with AU/SU (by 23.86 %); the height of the suprasternal anthropometric point in patients with AU/MU is greater compared to those with AU/SU (by 3.10 %); the width of the distal epiphysis of the humerus and forearm is greater in patients with AU/MU compared to those with AU/SU (by 5.76-8.57 %), and only the forearm in patients with CU/SU compared to those with AU/SU (by 15.43 %); the anterior-posterior mid-sternal diameter is larger in patients with AU/MU compared to those with AU/SU (by 18.70 %); the interspinous pelvic distance is greater in patients with AU/MU compared to those with AU/SU (by 7.41 %); circumferences of the arm in both tensed and relaxed states, lower forearm, hand, upper shin, foot, chest during exhalation, and at rest are larger in patients with AU/MU compared to those with

AU/SU (by 4.10-17.92 %), and the lower shin circumference in patients with CU/MU compared to those with CU/SU (by 10.41 %).

For the first time, when comparing the components and distribution frequency of somatotypes, as well as indicators of the body mass component composition between patients with urticaria and practically healthy men or women, the following reliable or trending differences were established: *in all groups of male and female patients* – greater values of muscle mass components (by 17.21-75.20 %); *only in male patients* – greater values of the mesomorphic somatotype component (by 15.70-27.96 % in patients with AU/SU and CU/MU) and the skeletal body mass component (by 11.26 % in patients with AU/SU), as well as smaller values of the ectomorphic somatotype component (by 31.25-41.80 % in patients with AU/MU, AU/SU, and CU/MU); *only in female patients* – greater values of the mesomorphic somatotype component (by 56.00-58.34 % in patients with AU/MU and CU/MU), the skeletal body mass component (by 8.80 % in patients with AU/MU), the frequency of mesomorphic (by 37.30 % in patients with AU/MU) and endo-mesomorphic somatotypes (by 28.20 % in patients with CU/SU), as well as smaller values of the ectomorphic somatotype component (by 39.88-46.90 % in patients with AU/MU, CU/MU, and CU/SU) and the fat mass component (by 17.51 % in patients with AU/SU).

Only isolated significant or trending differences were found when comparing anthropo-somatotypological indicators among *male* patients with urticaria (greater values of the skeletal body mass component in patients with AU/SU compared to those with AU/MU and CU/SU by 15.57-15.78 %) or *female* patients (greater values of the muscular body mass components in patients with AU/MU compared to those with AU/SU by 21.22-41.51 %; the skeletal body mass component in patients with AU/MU compared to those with AU/SU by 15.89 %; the frequency of the mesomorphic somatotype in patients with CU/MU compared to those with CU/SU by 50.00 %; the frequency of the endo-mesomorphic somatotype in patients with AU/SU compared to those with AU/MU by 30.00 % and in patients with CU/SU compared to those with CU/MU by 40.00 %).

For the first time, the following significant or trending *manifestations of sexual dimorphism* in anthropometric and somatotypological indicators were established be-

tween corresponding groups of male and female patients with urticaria: *greater values in men* – body mass (by 42.39 % in patients with AU/SU); body length (by 4.98-10.69 % across all patient groups); height of the suprasternal and acromial anthropometric points (by 4.61-11.43 % across all patient groups), pubic (by 4.69-5.65 % in patients with AU/SU and CU/SU), digital, and trochanteric points (by 5.90-8.66 % in patients with AU/SU); widths of the distal humeral and forearm epiphyses (by 3.21-29.90 % across all patient groups), femur (by 9.76-11.47 % in patients with AU/SU and CU/SU), and shin (by 9.15-13.66 % in patients with AU/MU, AU/SU, and CU/MU); transverse mid-sternal, lower sternal, and anterior-posterior mid-sternal diameters (by 13.78-23.50 % in patients with AU/SU and CU/SU), shoulder width (by 5.94-16.04 % across all patient groups); circumferences of the hand and neck across all patient groups, the arm in tensed and relaxed states, forearm in upper and lower parts, foot, waist, chest during inhalation, exhalation, and at rest (by 11.33-28.42 % in patients with AU/SU), forearm in the upper part (by 12.09 % in patients with AU/MU), forearm in the lower part (by 11.34 % in patients with CU/MU), and arm in the tensed state (by 16.10 % in patients with CU/SU); thickness of the subscapular skinfold (by 34.88 % in patients with CU/MU); mesomorphic somatotype component (by 26.57 % in patients with AU/SU), muscular body mass components (by 22.27-56.65 % in patients with AU/SU and CU/SU), skeletal body mass component (by 18.98-59.65 % across all patient groups), fat body mass component (by 22.01 % in patients with AU/SU), and frequency of the mesomorphic somatotype (by 50.00 % in patients with CU/SU); *greater values in women* – interspinous, intercrestal, and intertrochanteric pelvic distances (by 6.14-8.61 % in patients with AU/MU); hip circumference (by 9.13 % in patients with AU/MU) and thigh circumference (by 13.80 % in patients with CU/MU); thickness of the skinfolds on the forearm (by 32.26 % in patients with CU/SU), chest (by 42.65-50.00 % in patients with AU/MU and CU/MU), and thigh (by 65.67-121.67 % in patients with AU/MU, CU/MU, and CU/SU); frequency of endomesomorphic (by 40.00 % in patients with CU/SU) and central intermediate somatotypes (by 30.00 % in patients with AU/SU).

For the first time, based on body structure and size indicators, reliable discrimi-

nant models have been developed, allowing for a high probability prediction of the occurrence and course of urticaria in *women* with the acute form of the disease (accuracy 89.4 %, Wilks' Lambda statistic=0.080; $p<0.001$). The constructed models most frequently include skinfold thickness (37.5 %), body circumferences, and the width of distal epiphyses of long tubular bones of the limbs (25.0 % each). When modeling specifically for women with urticaria, additional reliable discriminant models were constructed (accuracy 52.5 %, Wilks' Lambda statistic=0.465; $p<0.001$), allowing for the prediction of disease severity (mild or severe). These models include the muscular body mass component and forearm skinfold thickness (50.0 % each).

Discriminant models based on anthropometric and somatotypological indicators also allow for the prediction of urticaria occurrence in *men* (accuracy 83.6 %, Wilks' Lambda statistic=0.113; $p<0.001$). A reliable classification interpretation is possible only between practically healthy and diseased men. The constructed models most frequently include transverse dimensions of the torso and pelvis (37.5 %) and skinfold thickness (25.0 %). For Ukrainian men with urticaria specifically, reliable discriminant models were also constructed (accuracy 60.0 %, Wilks' Lambda statistic=0.620; $p<0.01$), enabling the prediction of disease form (acute or chronic). These models include the skeletal body mass component and shoulder width (50.0 % each).

Thus, the identified clinical-anamnestic, dermatological indicators, and body structure and size features in young Ukrainian men and women with various forms of urticaria of mild and severe courses, as well as the developed reliable and highly informative models for predicting the occurrence and course of this dermatosis, will become a valuable addition to existing diagnostic technologies. They will eliminate the subjectivity commonly found in clinical medicine and enhance the effectiveness of implemented therapeutic and preventive programs.

Key words: skin diseases (urticaria), clinical and anamnestic and dermatological indicators in urticaria patients, men and women, dermatological quality of life index, correlations, anthropometry (total, longitudinal, transverse and girth body dimensions, skinfold thickness), somatotype components, body mass component composition, discriminant models.

Список публікацій здобувача, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації.

1. Aladwan, A. M. A., Skoruk, R. V., Kyrychenko, I. M., Dmytrenko, S. V., & Smolko, D. G. (2023). Discriminative models of the possibility of various forms of urticaria occurrence and characteristics of the course in Ukrainian men depending on the characteristics of the structure and body size. *World of Medicine and Biology*, 3(85), 11-15. doi: 10.26724/2079-8334-2023-3-85-11-15 (*Web of Science*)
2. Aladwan, A. M. A., Chaika, H. V., Belik, N. V., Smolko, D. G., & Obertynska, O. G. (2023). Modeling using discriminant analysis of the possibility of occurrence and features of the course of various forms of urticaria in Ukrainian women depending on the features of anthropo-somatotypological indicators. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(3), 360-365. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(3)-01
3. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Belik, N. V., Koliadenko, S. V., & Loboda, I. V. (2023). Peculiarities of clinical, anamnestic and dermatological indicators in Ukrainian men and women with urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(4), 601-607. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(4)-12
4. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Demyanenko, L. P., Kyrychenko, I. M., & Skoruk, R. V. (2024). Correlations between the value of the dermatological quality of life index and clinical and anamnestic indicators in Ukrainian men and women with urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 28(2), 233-238. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2024-28(2)-08
5. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Kyrychenko, V. I., Glushak, A. A., Prokopenko, O. S., Ocheretna, O. L., & Gunas, I. V. (2024). Girth sizes of the body in Ukrainian men and women with various forms of urticaria. *Reports of Morphology*, 30(3), 15-24. doi: 10.31393/morphology-journal-2024-30(3)-02 (*Scopus*)
6. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Smolko, D. G., Melnyk, T. V., & Gunas, I. V. (2024). Transverse body dimensions in Ukrainian men and women with

various forms of urticaria. *World of Medicine and Biology*, 3(89), 7-12. doi: 10.26724/2079-8334-2024-3-89-7-12 (*Web of Science*)

7. Aladwan, A. M. A. (2024). Peculiarities and sex differences of skinfold thickness in Ukrainian men and women with urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 28(3), 395-402. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2024-28(3)-05

8. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Bashynska, O. I., Demyanenko, L. P., Shpacova, N. A., & Gunas, I. V. (2024). Peculiarities of somatotype components and indicators of the component composition of body weight in Ukrainian men and women with various forms of urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 28(4), 582-589. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2024-28(4)-03

9. Aladwan Amjed Mashoor Ahmad (2021). Constitutional markers of urticaria and their prognostic significance (analysis of scientific literature). *Reports of Vinnytsia National Medical University*, 25(4), 668-671. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2021-25(4)-28

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації.

10. Aladwan, A. M. A. (2024). *Peculiarities and sex differences of total body dimensions in Ukrainian men and women with urticaria*. VII Міжнародна науково-практична конференція “Perspectives of Contemporary Science: Theory and Practice” (19-21 серпня 2024), Львів (стор. 60-65). Львів: Науково-видавничий центр “Sci-conf.com.ua”.

11. Aladwan, A. M. A. (2024). *Features of the width of distal epiphyses of long tubular bones of extremities in Ukrainian men and women with urticaria*. X Міжнародна науково-практична конференція “Perspectives of Contemporary Science: Theory and Practice” (11-13 листопада 2024), Львів (стор. 116-122). Львів: Науково-видавничий центр “Sci-conf.com.ua”.

12. Aladwan, A. M. A. (2024). *Features of longitudinal body dimensions in Ukrainian men and women with urticaria*. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference “Science in the modern world: innovations and challenges” (21-23 November 2024), Toronto (pp. 35-39). Perfect Publishing. Toronto,

Canada. URL: <https://sci-conf.com.ua/iii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-science-in-the-modern-world-innovations-and-challenges-21-23-11-2024-toronto-kanada-arhiv/>.

ЗМІСТ

	стор.
АНОТАЦІЯ	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	21
ВСТУП	24
РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	31
1.1. Кропив'янка: етіологія, патогенез, епідеміологія та клінічні особливості захворювання	31
1.2. Сучасні можливості застосування антропометричних показників у клінічній практиці	39
1.3. Роль антропометричних і соматотипологічних характеристик у прогнозуванні перебігу і виникнення шкірних захворювань	48
РОЗДІЛ 2 ЗАГАЛЬНА МЕТОДИКА І ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	54
2.1. Загальна методика та суб'єкти дослідження	54
2.1.1. Клінічна характеристика хворих на різні форми кропив'янки.	54
2.2. Методи дослідження	69
2.2.1. Клініко-інструментальні та анкетно-опитувальні.	69
2.2.2. Антропометричні та соматотипологічні.	70
2.2.3. Статистичного аналізу.	74
РОЗДІЛ 3 КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ТА ДЕРМАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РІЗНИХ ФОРМ КРОПИВ'ЯНКИ В УКРАЇНСЬКИХ ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК ТА ЗВ'ЯЗКИ ДАНИХ ПОКАЗНИКІВ ІЗ ВЕЛИЧИНОЮ ДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ІНДЕКСУ ЯКОСТІ ЖИТТЯ	75

3.1. Особливості клініко-анамнестичних і дерматологічних показників у хворих на кропив'янку	75
3.2. Особливості кореляцій між величиною дерматологічного індексу якості життя та клініко-анамнестичними й дерматологічними показниками в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку	93
РОЗДІЛ 4 ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ І СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ В УКРАЇНСЬКИХ ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК ХВОРИХ НА ГОСТРУ ТА ХРОНІЧНУ КРОПИВ'ЯНКУ ЛЕГКОГО ТА ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ	99
4.1. Особливості тотальних і парціальних розмірів тіла	99
4.2. Особливості товщини шкірно-жирових складок	127
4.3. Особливості компонентів соматотипу і показників компонентного складу маси тіла	135
РОЗДІЛ 5 ДИСКРИМІНАНТНІ МОДЕЛІ МОЖЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ РІЗНИХ ФОРМ КРОПИВ'ЯНКИ В УКРАЇНСЬКИХ ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ І СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ	145
АНАЛІЗ Й УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ	157
ВИСНОВКИ	190
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	195
ДОДАТКИ	227

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ГК/ЛП – хворі на гостру кропив'янку легкого перебігу;
ГК/ТП – хворі на гостру кропив'янку тяжкого перебігу;
ІМТ – індекс маси тіла;
НАЖХП – неалкогольна жирова хвороби печінки;
ХК/ЛП – хворі на хронічну кропив'янку легкого перебігу;
ХК/ТП – хворі на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу;
ХОЗЛ – хронічне обструктивне захворювання легень;
ХСК – хронічна спонтанна кропив'янка;
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);
CRIS – міжребенева відстань (см);
DLQI – дерматологічний індекс якості життя;
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.);
 OBB – обхват стегна (см);
 OBVB – 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);
 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);
 SPIN – міжостьова відстань (см);

TROCH – міжвертлюгова відстань (см);

W – маса тіла (кг).

ВСТУП

Актуальність теми. Кропив'янка є одним з найпоширеніших шкірних захворювань, яке проявляється сверблячими уртикарними висипами. Захворювання поділяється на гостру та хронічну форми, де хронічна форма триває понад шість тижнів і зазвичай має невизначену етіологію [115, 285]. Патогенез хронічної кропив'янки складний і передбачає активацію тучних клітин та базофілів, що призводить до вивільнення гістаміну й інших медіаторів запалення, які спричиняють свербіж та утворення висипань [115].

Поширеність кропив'янки варіює залежно від регіону. У дослідженні з Саудівської Аравії відзначено поширеність кропив'янки на рівні 22 % серед опитаних пацієнтів, причому жінки мали її значно частіше [81]. У Колумбії, за результатами дослідження у місті Картахена, захворювання виявлялося у 20 % випадків серед загальної популяції [180]. В Кореї хронічна кропив'янка трапляється у 0,5 % населення, з більшою частотою серед жінок і пацієнтів середнього віку [159]. Загальна поширеність хронічної кропив'янки серед дорослих у світі складає 1,4 % (95 % ДІ: 1,0-1,8 %). Для дітей поширеність дещо нижча, та складає 0,8 % (95 % ДІ: 0,5-1,1 %). Регіональні відмінності в поширеності захворювання значні – найвища поширеність хронічної кропив'янки серед дорослих спостерігається в Азії (1,7 %) і Європі (1,7 %), тоді як найнижча в Америці (0,8 %). Вікові відмінності також суттєві: захворюваність на хронічну кропив'янку збільшувалася з віком. Статеві відмінності показали, що жінки мають вищий ризик розвитку хронічної кропив'янки, ніж чоловіки, причому співвідношення жінок і чоловіків становить приблизно 2:1 [84].

Кропив'янка має значний негативний вплив на якість життя пацієнтів, що включає обмеження в повсякденній активності, психологічний стрес та емоційне напруження [41, 260]. Пацієнти з хронічною кропив'янкою стикаються зі зниженням фізичної та емоційної якості життя, що зумовлено постійним свербінням та дискомфортом, який спричиняє розлади сну і депресію [193]. Так, до-

слідження серед пацієнтів з Бразилії засвідчило, що понад 60 % респондентів відчували значне емоційне навантаження через симптоми кропив'янки [41].

Економічні витрати на лікування кропив'янки є суттєвими і включають як прямі витрати на лікування, так і непрямі втрати через зниження продуктивності праці. В США витрати, пов'язані з кропив'янкою, включають збільшення відвідувань лікарів, медичні обстеження та медикаментозне лікування, що разом створює суттєвий тягар для системи охорони здоров'я [260]. У середньому, пацієнти з кропив'янкою витрачають на лікування вдвічі більше, ніж особи без цього захворювання [193].

Огляд літературних джерел свідчить про те, що в останні десятиліття досягнутий значний прогрес у розумінні етіопатогенезу кропив'янки, встановлені деякі клінічні та анамнестичні ознаки, що передбачають несприятливий результат при цьому захворюванні [134, 227, 269]. Проте, виявлення хворих з максимальним ризиком ускладнень залишається невирішеним завданням. У зв'язку з розвитком і впровадженням у клінічну практику методів генетичного типування велика увага приділяється пошуку генетичних предикторів несприятливого перебігу даного дерматозу [48, 51, 72, 170]. Дотепер при оцінці ризику кропив'янки належним чином не враховувалися фенотипічні маркерні профілі, що мало модифікуються протягом життя і доступні візуалізації у повсякденній клінічній практиці. Сучасний антропоцентричний підхід до вирішення проблеми прогнозування ризику виникнення кропив'янки відкриває перспективи обліку конституційних (особистісно-типологічних, соматотипологічних) та генетичних факторів, що є основою психобіологічної реактивності індивідуума які визначають індивідуальну варіабельність патогенезу та клінічних проявів даного захворювання.

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 31 березня 2021 року). Дослідження виконується в рамках ініціативної наукової тематики кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницько-

го національного медичного університету ім. М. І. Пирогова “Новітні аспекти діагностики, перебігу та розробка і впровадження у практику сучасних методів комплексного лікування хронічних дерматозів та ППСШ” (№ державної реєстрації: 0119U000712). У її виконанні автору належать результати визначення особливостей будови та розмірів тіла в українських чоловіків і жінок хворих на гостру та хронічну кропив’янку легкого та тяжкого перебігу.

Мета дослідження. Встановлення особливостей клініко-анамнестичних і дерматологічних показників у хворих на гостру та хронічну кропив’янку легкого та тяжкого перебігу українських чоловіків і жінок молодого віку, зв’язків між величиною дерматологічного індексу якості життя й клініко-анамнестичними показниками та їх статеві відмінності. На підставі аналізу особливостей антропометричних і соматотипологічних показників чоловіків і жінок хворих на кропив’янку розробити прогностичні дискримінантні моделі можливості виникнення та особливостей перебігу даного захворювання.

Завдання дослідження.

1. Встановити особливості клініко-анамнестичних і дерматологічних показників у хворих на кропив’янку чоловіків і жінок та їх статеві відмінності.
2. Визначити особливості зв’язків між величиною дерматологічного індексу якості життя та клініко-анамнестичними й дерматологічними показниками у хворих на кропив’янку чоловіків і жінок та їх статеві відмінності.
3. Встановити особливості антропометричних показників у хворих на кропив’янку чоловіків і жінок порівняно з практично здоровими чоловіками та жінками.
4. Визначити особливості антропометричних показників між хворими на гостру та хронічну кропив’янку легкого та тяжкого перебігу чоловіками або жінками.
5. Встановити особливості соматотипологічних показників у хворих на кропив’янку чоловіків і жінок порівняно з практично здоровими чоловіками та жінками, а також між хворими на гостру та хронічну кропив’янку легкого та тяжкого перебігу чоловіками або жінками.

6. Дослідити прояви статевого диморфізму антропометричних і соматотипологічних показників у хворих на кропив'янку чоловіків і жінок.

7. Розробити та провести аналіз дискримінантних моделей ризику виникнення та особливостей перебігу кропив'янки у досліджуваних осіб в залежності від антропометричних і соматотипологічних показників.

Об'єкт дослідження – конституціональні маркери виникнення та перебігу кропив'янки.

Предмет дослідження – особливості клініко-анамнестичних, дерматологічних та антропо-соматотипологічних показників в українських чоловіків і жінок молодого віку, хворих на гостру та хронічну кропив'янку.

Методи дослідження: клініко-лабораторні – для верифікації діагнозу кропив'янки та оцінки клініко-анамнестичних показників у пацієнтів; антропометричні та соматотипологічні – для встановлення особливостей будови тіла; статистичного аналізу – для обґрунтування об'єктивності результатів дослідження та прогностичної оцінки ризику виникнення та особливостей перебігу кропив'янки.

Наукова новизна одержаних результатів. Уперше у хворих на гостру або хронічну кропив'янку легкого та тяжкого перебігу українських чоловіків і жінок молодого віку встановлені особливості кореляцій між величиною дерматологічного індексу якості життя та клініко-анамнестичними й дерматологічними показниками та прояви статевих розбіжностей зв'язків.

Розширені уявлення стосовно особливостей клініко-анамнестичних і дерматологічних показників у хворих на гостру або хронічну кропив'янку легкого та тяжкого перебігу українських чоловіків і жінок. Виявлені пріоритетні фактори виникнення та особливостей перебігу даного захворювання.

Уперше встановлені відмінності більшості антропометричних і соматотипологічних показників між практично здоровими та хворими на гостру або хронічну кропив'янку легкого та тяжкого перебігу українськими чоловіками або жінками, а також менш чисельні розбіжності даних показників між хворими на кропив'янку пацієнтами. Встановлені більші значення ширини дистального епі-

фіза стегна, а також менші значення ширини дистального епіфіза гомілки у хворих на кропив'янку чоловіків і жінок порівняно з практично здоровими чоловіками та жінками, є проявом «субпатологічного» конституціонального типу.

Уперше встановлені виражені прояви статевого диморфізму антропометричних і соматотипологічних показників у хворих на гостру або хронічну кропив'янку легкого та тяжкого перебігу українських чоловіків і жінок (у більшості випадків більші значення у чоловіків).

Уперше розроблені та проведено аналіз достовірних високоінформативних дискримінантних моделей можливості виникнення та особливостей перебігу кропив'янки в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла українських чоловіків і жінок.

Практичне значення одержаних результатів. Проведений аналіз клініко-анамнестичних і дерматологічних показників у хворих на гостру або хронічну кропив'янку легкого та тяжкого перебігу українських чоловіків і жінок молодого віку дозволяє відокремити найбільш значимі фактори ризику розвитку даного дерматозу та своєчасно призначити адекватну терапію.

Встановлені розбіжності антропометричних і соматотипологічних показників між практично здоровими та хворими на гостру та хронічну кропив'янку легкого та тяжкого перебігу чоловіками або жінками, а також між хворими на кропив'янку, розкривають розуміння конституціональних особливостей ризику виникнення та особливостей перебігу даного дерматозу, що, в свою чергу, сприяє підвищенню ефективності можливих діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів.

Розроблені в українських чоловіків і жінок дискримінантні моделі можливості виникнення та особливостей перебігу кропив'янки в залежності від антропо-соматотипологічних показників надають можливість здійснення ефективного скринінгу дорослого населення схильного до даного дерматозу та завчасно розробити заходи профілактики.

Результати досліджень використовуються в лекційних курсах та практич-

них заняттях на кафедрах: шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; дерматології та венерології Івано-Франківського національного медичного університету; дерматології та венерології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця; а також в практичній роботі лікарів консультативно-діагностичного відділу КНП «Вінницького обласного клінічного шкірно-венерологічного центру Вінницької обласної ради» та шкірно-венерологічного відділення військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

Особистий внесок здобувача. Дисертантом самостійно проведено патентно-інформаційний пошук; проведено анкетування, дерматологічне та антропометричне обстеження хворих на кропив'янку чоловіків і жінок; проведена статистична обробка отриманих результатів; написані розділи «Огляд літератури», «Загальна методика і основні методи дослідження» та усі розділи власних досліджень; оформлені додатки. Разом із науковим керівником проведено аналіз та узагальнення результатів дослідження, а також сформульовані висновки. В сумісних із науковим керівником і колегами публікаціях дисертанту належать основні ідеї та розробки стосовно особливостей клініко-анамнестичних, дерматологічних та антропо-соматотипологічних показників у хворих на гостру або хронічну кропив'янку легкого та тяжкого перебігу українських чоловіків і жінок. Первинні антропометричні та соматотипологічні показники практично здорових українських чоловіків і жінок молодого 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 5th Interactive Derma Academy “Challenging Certitudes in Dermatology” (Lisbon, 2022); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики дерматовенерологічної патології в умовах реформування медичної галузі» (Чернівці, 2022); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Особливості надання дерматовенерологічної допомоги населенню на етапі

реформування медичної галузі та в умовах воєнного стану в Україні» (Київ, 2023); науково-практичній конференції з міжнародною участю «П'ятий національний форум імунологів, алергологів, мікробіологів та спеціалістів клінічної медицини» (Харків – Київ, 2023); Всеукраїнський науково-практичній конференції з міжнародною участю «Здобутки та проблеми дерматовенерологічної науки в військовий час» (Харків, 2023); VII Міжнародній науково-практичній конференції “Perspectives of Contemporary Science: Theory and Practice” (Львів, 2024); X Міжнародній науково-практичній конференції “Perspectives of Contemporary Science: Theory and Practice” (Львів, 2024); Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference “Science in the modern world: innovations and challenges” (Toronto, 2024).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано дванадцять наукових праць (серед яких п'ять самостійних). Дев'ять статей опубліковано в наукових фахових журналах України (серед яких одна відноситься до міжнародної наукометричної бази Scopus і дві до бази Web of Science). Троє тез опубліковано в матеріалах міжнародних науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація представлена українською мовою на 256 сторінках (з яких 136 сторінок залікового машинописного тексту) і складається з анотації українською та англійською мовами, змісту, переліку умовних позначень, символів, одиниць, скорочень і термінів, вступу, аналітичного огляду літератури, загальної методики й основних методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків, списку використаних літературних джерел, з яких 4 викладені кирилицею та 281 – латиницею, а також трьох додатків. Дисертація ілюстрована 67 рисунками та 43 таблицями.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Кропив'янка: етіологія, патогенез, епідеміологія та клінічні особливості захворювання

Кропив'янка (уртикарія) є поширеним дерматологічним захворюванням, яке характеризується наявністю еритематозних висипів і пухирців, що супроводжуються свербіжем. Вона може бути гострою або хронічною та спричинена різноманітними етіологічними факторами, включаючи алергічні реакції, фізичні впливи, інфекції та аутоімунні механізми [160, 266]. Кропив'янка може виникати як реакція на інгалятні, харчові або медикаментозні алергени, а також у відповідь на фізичні чинники, такі як тиск, температура або сонячне світло [32, 213].

Основний патогенетичний механізм кропив'янки пов'язаний із активацією мастоцитів, клітин імунної системи, що містять великий запас медіаторів запалення, зокрема гістаміну. Вивільнення гістаміну та інших біологічно активних молекул призводить до розширення капілярів, підвищення їх проникності, що у свою чергу спричиняє утворення набряків на шкірі [61, 213]. Це один із основних механізмів, що лежить в основі клінічних проявів кропив'янки. Алергічні реакції, викликані різноманітними зовнішніми чинниками, сприяють активації мастоцитів, що зумовлює появу висипів і симптомів свербіжу [43, 160].

Аутоімунні механізми також відіграють важливу роль у розвитку кропив'янки, зокрема в хронічних формах захворювання. У пацієнтів з аутоімунною кропив'янкою організм виробляє антитіла, які стимулюють активацію мастоцитів через зв'язування з їх рецепторами. Цей процес спричиняє вивільнення медіаторів запалення і може тривати досить довго, що є характерним для хронічної спонтанної кропив'янки. Такі механізми часто спостерігаються у пацієнтів

із хронічною формою кропив'янки, яка може тривати більше шести тижнів без явної причини [137, 220].

Ще однією важливою формою кропив'янки є фізична кропив'янка, яка виникає внаслідок впливу фізичних чинників, таких як тепло, холод або тиск. Відповідно до даних досліджень, фізичні фактори можуть спровокувати або загострити існуючі симптоми у пацієнтів, які мають схильність до розвитку цієї форми захворювання. Така кропив'янка часто має тимчасовий характер і зникає після усунення провокуючого чинника [32, 213].

Також важливо зазначити, що кропив'янка може бути індукована іншими факторами, такими як стрес, інфекції або паразитарні інвазії. Інфекційні агенти можуть впливати на імунну систему, що призводить до її активації та розвитку запалення, в тому числі на шкірі. Паразитарні інфекції також можуть бути провокаторами кропив'янки, як це було виявлено в кількох дослідженнях [136, 222].

Епідеміологічні дослідження показують, що кропив'янка є однією з найбільш поширених шкірних хвороб, що зустрічаються в популяції, зокрема серед дітей та дорослих. Ризик розвитку хронічної кропив'янки може бути підвищений у осіб із супутніми алергічними захворюваннями, такими як астма або риніт, а також у тих, хто має генетичну схильність до захворювання [39, 160]. За результатами деяких досліджень, хронічна кропив'янка має великий вплив на якість життя пацієнтів, спричиняючи значний фізичний та емоційний дискомфорт [39].

Таким чином, кропив'янка є комплексним захворюванням, що має різноманітні етіологічні та патогенетичні механізми, від алергічних до аутоімунних та фізичних. Визначення точних механізмів розвитку захворювання є важливим для розробки ефективних підходів до діагностики та лікування [49, 61, 94].

Згідно з дослідженням, проведеним у Китаї, поширеність хронічної кропив'янки серед дорослого населення становить 0,5 %, що означає, що на кожні 100 000 осіб припадає 500 випадків хронічної кропив'янки [283]. Додатково, за даними національного дослідження, проведеного у Кореї, за період з 2010 по 2014 рік, кількість випадків хронічної кропив'янки серед дорослих склала 1,1 %

загальної популяції, що еквівалентно приблизно 1,5 мільйона осіб в країні [130, 159]. Це свідчить про значне поширення захворювання, особливо в країнах з високою чисельністю населення.

У європейських країнах ситуація також є подібною. В Італії, згідно з результатами національного дослідження, поширеність хронічної кропив'янки серед дорослих становить 0,5 %, що відображає близько 3 мільйонів випадків серед населення країни [154]. У Німеччині, де рівень досліджень хронічної кропив'янки є високим, близько 1,5 % дорослого населення мають цю форму захворювання. Це складає понад 1 мільйон людей, що страждають від хронічної кропив'янки на території Німеччини [267]. Аналогічні дані спостерігаються й в Польщі, де поширеність кропив'янки серед дорослих становить 0,7 %, що відповідає близько 1,2 мільйона людей [212].

Для дитячого населення поширеність кропив'янки зазвичай є нижчою, однак це не означає, що захворювання є рідкісним серед дітей. У Кореї, наприклад, серед дітей хронічна кропив'янка зустрічається з частотою 0,2 %, що відповідає 200 000 випадків серед дитячого населення країни [160]. В Італії, згідно з дослідженням, проведеним серед дітей, поширеність хронічної кропив'янки становить близько 0,3 %, що є відносно низьким показником порівняно з дорослими [40]. В США частота кропив'янки серед дітей становить приблизно 1,3 %, що в абсолютних значеннях означає близько 1 мільйона випадків серед дітей по всій країні [32]. У Таїланді поширеність кропив'янки серед дітей оцінюється на рівні 0,5 %, що є показником середніх значень для східноазіатських країн [59].

Важливою особливістю є те, що кропив'янка може розвиватися в будь-якому віці, але найбільш часто вона виявляється в молодому та середньому віці. Згідно з дослідженням, проведеним у Китаї, серед дорослих найбільший пік захворювання спостерігається в віці від 30 до 40 років, при цьому захворювання більш характерне для жінок (до 60 % випадків серед жінок) [163]. Такі ж результати були отримані в Польщі, де серед дорослих пацієнтів з хронічною кропив'янкою жінки становлять близько 70 % від усіх випадків [212].

Загалом, загальна поширеність кропив'янки в світі може досягати до 5 % на-

селення, що включає як випадки гострої, так і хронічної кропив'янки. Це означає, що на кожні 100 осіб припадає 5 випадків цього захворювання. Наприклад, в США, де нараховується понад 330 мільйонів людей, близько 16,5 мільйонів осіб можуть страждати від кропив'янки різних форм [32]. В Європі ситуація схожа, де в країнах з високим рівнем захворюваності на кропив'янку, таких як Великобританія та Німеччина, це захворювання має значний розмах. У Великобританії поширеність кропив'янки серед дорослих становить близько 1,6 %, що відповідає приблизно 1,5 мільйона осіб [223].

Не можна також забувати, що у багатьох випадках кропив'янка є хронічним захворюванням, що впливає на якість життя пацієнтів. За оцінками, в країнах Європи та Північної Америки хронічна кропив'янка вражає від 0,5 % до 1 % загальної популяції. Це особливо важливо для розуміння глобальної тягаря захворювання. У Китаї, де хронічна кропив'янка є значною проблемою, вона зустрічається у 0,5 % дорослого населення, що відповідає близько 7 мільйонам осіб [163, 283].

Поширеність кропив'янки також може залежати від факторів навколишнього середовища та способу життя. Виявлено, що уртикарія часто супроводжується іншими захворюваннями, такими як астма, алергічний риніт, а також певними психічними розладами. За даними дослідження, проведеного в Німеччині, близько 30 % пацієнтів з хронічною кропив'янкою також мають алергії на різні подразники [267]. Також виявлено, що в окремих регіонах високий рівень кропив'янки може бути пов'язаний з високою концентрацією забруднюючих речовин в атмосфері, що підтверджується даними з Іспанії та Португалії [53, 130].

Загалом, аналіз поширеності кропив'янки дозволяє виявити її значний розмах у різних країнах, підкреслюючи потребу у розвитку ефективних стратегій діагностики та лікування. Враховуючи, що хронічна кропив'янка є досить стійким захворюванням, яке може мати суттєвий вплив на повсякденне життя пацієнтів, надзвичайно важливо враховувати дані епідеміологічних досліджень для покращення лікувальних стратегій [118, 129, 209, 233, 242].

Лікування кропив'янки, особливо хронічної спонтанної кропив'янки (ХСК),

має значний вплив на систему охорони здоров'я, як в плані фінансових витрат, так і в аспекті використання медичних ресурсів. Кропив'янка, за різними оцінками, має поширеність в межах 0,5-1 % серед дорослого населення [151, 178], що створює значну кількість пацієнтів, які потребують лікування, що, в свою чергу, впливає на навантаження на медичні установи.

Згідно з дослідженням, проведеним в Італії, лікування ХСК призводить до значних витрат, особливо через частоту візитів до лікарів, необхідність у медикаментозному лікуванні та часто застосовуваних ін'єкціях [230]. Підраховано, що пацієнти з хронічною формою захворювання можуть здійснювати до 12 візитів до лікаря протягом року, що вже створює значне фінансове навантаження на систему охорони здоров'я [50]. До того ж, майже половина таких пацієнтів потребує госпіталізацій через ускладнення або недостатню ефективність лікування, що збільшує загальну вартість лікування [139].

За підрахунками, лікування пацієнтів з хронічною кропив'янкою обійдеться в 1000-1500 € на рік для кожного хворого в Європі, а у країнах Латинської Америки, де доступ до медичних послуг може бути обмеженим, витрати можуть бути вищими через більшу частоту госпіталізацій та необхідність у дорогих медикаментах [179, 201]. У багатьох країнах відзначено значну різницю в рівні витрат на лікування кропив'янки в залежності від застосовуваних методів. В Італії, наприклад, значна частина витрат йде на антигістамінні препарати та лікування за допомогою моноклональних антитіл, що є одним із найбільш дорогих методів терапії [151].

Важливим аспектом є й економічний вплив на працездатність пацієнтів, оскільки хронічна кропив'янка значно знижує якість життя пацієнтів, зокрема їх здатність до роботи. У дослідженні, проведеному в США, близько 35 % пацієнтів з ХСК повідомили про відсутність можливості працювати повний робочий день через симптоми захворювання, що значно збільшує витрати на лікування, а також створює додаткове навантаження на систему соціального забезпечення [50].

Ще одним важливим моментом є нерівномірний доступ до лікування серед різних країн. В країнах з низьким і середнім рівнем доходу, таких як Арген-

тина та інші країни Латинської Америки, витрати на лікування можуть бути значно більшими у відсотковому відношенні до валового внутрішнього продукту країни, ніж в Європі чи Північній Америці, де є більше можливостей для медичного страхування та доступу до ефективних методів лікування [201]. Так, у частині країн Латинської Америки, включаючи Аргентину, витрати на лікування ХСК складають значну частину від загальних медичних витрат на хронічні захворювання [201].

Загалом, лікування ХСК є високовартісним і накладає серйозне навантаження на систему охорони здоров'я, що підкреслює необхідність пошуку більш ефективних і доступних методів лікування для зменшення витрат. Крім того, важливо враховувати соціально-економічний вплив захворювання на працездатність населення та доступність лікування для всіх верств населення [139, 230].

Кропив'янка має значний вплив на якість життя пацієнтів, що зумовлено не тільки фізичними симптомами, але й емоційним, психічним та соціальним стресом. ХСК значно впливає на фізичний і психічний стан пацієнтів, ускладнюючи їх повсякденне життя. Пацієнти з ХСК часто стикаються з труднощами в управлінні симптомами захворювання, зокрема свербіжем, набряками та висипами, що знижує їхню здатність працювати, займатися повсякденними справами та підтримувати соціальні контакти [38, 224].

Однією з основних проблем, з якою стикаються пацієнти з ХСК, є порушення сну, що негативно впливає на їхнє загальне самопочуття. Порушення сну, пов'язане з постійним свербінням та дискомфортом, можуть значно знижувати якість життя пацієнтів, оскільки безсоння часто є результатом болісних симптомів [38, 55]. В одному з досліджень, проведених серед пацієнтів з ХСК, майже 60 % учасників повідомили про проблеми зі сном, що, в свою чергу, пов'язано з підвищеним рівнем тривожності та депресії [241].

Захворювання також має великий психосоціальний вплив на пацієнтів. Невпевненість у зовнішньому вигляді через наявність висипів, обмеження в соціальних контактах та труднощі в повсякденному житті часто призводять до розвитку депресії та тривожних розладів. Пацієнти з ХСК мають вищий рівень

стресу, що, в свою чергу, погіршує фізичний стан та подовжує час досягнення ремісії захворювання [24, 195]. Зокрема, у жінок з ХСК депресія та стрес є значними чинниками, які впливають на якість життя, оскільки жінки частіше стикаються з соціальним осудом і стигматизацією через видимі симптоми [195].

Іншим важливим аспектом є зв'язок між рівнем контролю захворювання та його впливом на якість життя. Пацієнти, у яких є труднощі з контролем симптомів, часто переживають більший вплив на своє психічне здоров'я та загальний емоційний стан [35, 90]. Водночас, дослідження показали, що пацієнти, які досягають кращого контролю над своїми симптомами, мають кращі показники якості життя, оскільки менший рівень свербіжів та зменшення набряків дозволяють їм відновити звичний ритм життя [224, 251].

Особливістю ХСК є також вплив на економічну складову життя пацієнтів, оскільки тривале лікування, необхідність у постійних медичних оглядах та терапії можуть значно обмежувати фінансові можливості пацієнтів. Це є важливим фактором, який підкреслює важливість не тільки медичних, але й соціальних заходів для полегшення життя пацієнтів з ХСК [35]. Пацієнти, які не мають належного доступу до лікування, можуть відчувати значні обмеження у своїй діяльності, що веде до зниження якості життя через економічні труднощі [196].

Високий рівень стресу, тривоги, депресія, порушення сну та обмеження в соціальній активності складають комплексний вплив на загальний стан пацієнтів з хронічною кропив'янкою, що значно знижує їхнє задоволення від життя. Крім того, зазначені психосоціальні фактори можуть виступати як основні перешкоди на шляху до ефективного лікування, оскільки їх вплив може погіршувати загальний прогноз для пацієнтів [90, 241].

Дослідження показують, що хронічна кропив'янка може бути пов'язана з високим рівнем тривожних і депресивних розладів [110, 141]. Пацієнти з ХСК часто відчують значні емоційні труднощі, які виявляються через підвищену тривожність, депресію та стрес, що суттєво знижує якість їхнього життя [112, 255]. Серед пацієнтів з ХСК, особливо серед підлітків, спостерігається висока

поширеність депресивних та тривожних симптомів, що обумовлено як фізичним дискомфортом від симптомів захворювання, так і соціальними та емоційними труднощами, які виникають у зв'язку з видимими висипаннями та свербіжем [89, 112].

Дослідження виявили, що пацієнти з хронічною кропив'янкою мають підвищений ризик розвитку психічних розладів, таких як тривога і депресія. Висока поширеність психічних порушень серед пацієнтів з ХСК підтверджується численними дослідженнями, в яких вказується, що понад 30 % пацієнтів з ХСК мають симптоми депресії або тривожного розладу [58, 244]. Крім того, психоемоційний стрес і тривога можуть стати не тільки результатом, а й чинником, що сприяє розвитку ХСК, посилюючи загострення симптомів захворювання [236, 244].

Особливу увагу слід приділити впливу емоційного стану на фізичні симптоми захворювання. Пацієнти з хронічною кропив'янкою, що супроводжується високим рівнем стресу та депресії, часто стикаються з погіршенням стану здоров'я, що посилюється через неспроможність контролювати симптоми. Свербіж та набряки можуть бути пов'язані з підвищеною емоційною нестабільністю, що також впливає на якість сну та загальне самопочуття [133, 244]. Високий рівень тривоги та депресії у пацієнтів з ХСК також сприяє розвитку порушень сну, що, в свою чергу, може погіршити психічний стан і збільшити складнощі у лікуванні [237].

Згідно з деякими дослідженнями, підвищений рівень депресії та тривожності серед пацієнтів з ХСК може бути частково обумовлений емоційним стресом, який викликають соціальні обмеження через хронічне захворювання. Пацієнти часто переживають соціальну ізоляцію або стикаються з дискримінацією через видимість висипань на шкірі, що сприяє формуванню комплексу неповноцінності і розвитку депресивних симптомів [78, 246]. Крім того, наявність фізичного дискомфорту, зокрема свербіжу і болю, може спричиняти додаткове навантаження на психічне здоров'я пацієнтів, що погіршує їхній психологічний стан і якість життя [27, 58].

Взаємозв'язок між ХСК та психічними розладами вимагає комплексного підходу до лікування, що зазвичай включає не лише медичне лікування симптомів кропив'янки, але й психотерапевтичну підтримку для зниження рівня тривоги і депресії у пацієнтів [78, 237].

1.2. Сучасні можливості застосування антропометричних показників у клінічній практиці

Застосування антропометричних показників у клінічній практиці набуло значної важливості завдяки їхньому потенціалу передбачати виникнення, перебіг і тяжкість різних захворювань. Такі параметри, як зріст, вага, пропорції тіла та соматотип, дозволяють глибше зрозуміти взаємозв'язок між будовою тіла та станом здоров'я. Зокрема, дослідження показали зв'язок антропометричних показників з показниками особливостями особистості людини – кореляція між показниками структури та розмірів тіла і психологічними характеристиками у здорових жінок мезоморфного соматотипу досягає значення $r=0,68$, що свідчить про помірний позитивний зв'язок між цими параметрами [30].

У сучасній судово-медичній практиці використання краніальних антропометричних параметрів для визначення статі в турецькій популяції виявило високу точність, де середній рівень достовірності досягав $p<0,001$. Ці результати підкреслюють важливість таких параметрів для диференціації статі в антропологічних та клінічних дослідженнях [75]. Подібним чином, аналіз кореляцій між одонтометричними параметрами та зростом у дослідженнях, спрямованих на визначення статі, показав статистично значущі зв'язки ($p<0,01$), що доводить їхню практичну цінність для прогнозування антропометричних особливостей [101]. Систематичний огляд антропометричних вимірів хребтового стовпа для визначення зросту встановив, що коефіцієнт кореляції між довжиною хребта і зростом досягає $r=0,89$ [56]. У судово-медичній антропології оцінка скелетних

залишків показала точність визначення статі на рівні понад 90 %, що забезпечується використанням ключових морфологічних ознак [148].

У дослідженнях цефалометричних параметрів верхніх дихальних шляхів у жінок із дуже широким типом обличчя виявлено кореляції на рівні $r=0,72$ між параметрами обличчя та розмірами дихальних шляхів, що може мати значення для діагностики респіраторних порушень [144]. Аналіз реограм стегна у молодих осіб різних соматотипів продемонстрував статистично значущі відмінності між чоловіками та жінками ($p<0,05$), що може свідчити про статеві особливості судинного здоров'я [96].

Розміри таламуса у чоловіків і жінок різних соматотипів також мали значущі кореляції з антропометричними параметрами ($r=0,65$, $p<0,01$). Це відкриває перспективи для використання таких показників у неврологічній практиці [95]. Сонографічні дослідження селезінки виявили зв'язок між її розмірами та соматотипом, де рівень кореляції досягав $r=0,59$, що підтверджує значення антропометричних показників для оцінки імунної функції [33].

Вивчення розмірів печінки у чоловіків різних соматотипів засвідчило відмінності на рівні $p<0,05$. Ці дані є ключовими для індивідуалізації підходів до лікування метаболічних порушень і хвороб печінки [97]. Крім того, дослідження споживання енергії залежно від соматотипу у жінок показало, що особи ендоморфного соматотипу споживають на 15 % більше калорій, ніж особи мезоморфного типу ($p<0,01$), що демонструє зв'язок між соматотипом і харчовими звичками [74].

Антропометричні показники, як-от зріст, маса тіла, пропорції тіла та соматотип, є важливими факторами для оцінки придатності до занять певними видами спорту. Сучасні дослідження підтверджують їхню значущість для індивідуалізації спортивної підготовки та прогнозування успіху в окремих дисциплінах. Зокрема, аналіз соматотипів спортсменів показав, що мезоморфний соматотип, що характеризується розвиненою мускулатурою та низьким вмістом жиру, переважає серед представників багатьох видів спорту, таких як футбол, волейбол та дзюдо [190, 191, 252].

Дослідження антропометричних характеристик жінок-волейболісток різних рівнів змагань виявило значущі відмінності між показниками соматотипу та тілобудови. Наприклад, гравці на високому рівні мали більші показники довжини тіла та мезоморфної складової, що було статистично достовірним ($p < 0,05$) [190]. Подібним чином, порівняння елітних дзюдоїстів із неспортсменами продемонструвало високий рівень мезоморфії серед спортсменів, що вказує на важливість цього типу тілобудови для досягнення успіху в дзюдо ($p < 0,01$) [191].

Особливості соматотипів молодих футболістів також корелюють із позицією на полі. Гравці нападу характеризуються більшим зростом та масою тіла порівняно з захисниками, що має статистичну значущість ($p < 0,05$). Такі дані дозволяють визначати оптимальний ігровий амплуа залежно від фізичних характеристик спортсмена [205]. Крім того, максимальне споживання кисню, яке є критичним показником фізичної працездатності, має сильну кореляцію з мезоморфним соматотипом ($r = 0,89$), що підтверджує важливість компонентного складу тіла для оцінки витривалості [182].

У підлітковому віці варіабельність серцевого ритму також залежить від соматотипу, де ендоморфний тип асоціюється з нижчими показниками адаптації серцево-судинної системи, а мезоморфний – із більш стабільними показниками ($p < 0,01$) [180]. Вплив антропо-соматотипологічних параметрів на мозковий кровообіг у здорових молодих людей мезоморфного типу виявляє значущу кореляцію між розмірами тіла та показниками церебральної гемодинаміки ($r = 0,68$) [67].

Таким чином, застосування антропометричних показників у спортивній практиці дозволяє оптимізувати вибір виду спорту, покращити результати тренувань та прогнозувати успіх спортсменів. Аналіз соматотипів і компонентного складу тіла дає змогу не лише оцінювати фізичну підготовленість, але й розробляти індивідуальні програми тренувань, що базуються на об'єктивних даних.

Антропометричні показники, зокрема зріст, індекс маси тіла (ІМТ) та окружність талії, дедалі частіше розглядаються як фактори ризику для розвитку

онкологічних захворювань. Висота тіла асоціюється з підвищеним ризиком розвитку певних видів раку, зокрема гліоми. За даними багаторічного дослідження, кожні додаткові 10 см зросту підвищують ризик розвитку гліоми на 24 % (коефіцієнт відношення ризиків, $HR=1,24$, 95 % CI : 1,10-1,39) [63]. Інше дослідження, проведене на вибірці з 784 192 пацієнтів, також підтвердило позитивну кореляцію між висотою та ризиком онкологічних захворювань ($p<0,01$), однак ступінь впливу залежав від типу пухлини [147].

Окружність талії є маркером абдомінального ожиріння, яке асоціюється зі зростанням ризику низки онкологічних захворювань, включно з колоректальним раком. У мультицентровому дослідженні було виявлено, що збільшення окружності талії на 10 см пов'язане зі зростанням ризику колоректального раку на 11 % ($HR=1,11$, 95 % CI : 1,05-1,18). Водночас, підвищений ІМТ може мати прогностичне значення для виживаності пацієнтів із онкологічними захворюваннями: більші значення ІМТ у деяких випадках асоціюються з кращим прогнозом, що підтверджено статистично достовірними результатами ($p<0,05$) [54].

Зріст тіла також має складну залежність із ризиком різних типів раку. Аналіз об'єднаних даних декількох когорт показав, що високий зріст є значущим фактором ризику не тільки для гліоми, але й для раку молочної залози та меланоми. Наприклад, зріст понад 180 см у чоловіків збільшує ризик смерті від онкологічних захворювань на 22 % порівняно з чоловіками зростом до 170 см ($HR=1,22$, 95 % CI : 1,15-1,30) [271].

Механізми, що лежать в основі зв'язку між антропометричними показниками та онкологічними патологіями, досі активно вивчаються. Висота тіла може асоціюватися з підвищеною кількістю клітин і, відповідно, з вищою ймовірністю виникнення генетичних мутацій, що можуть призвести до злоякісної трансформації [92]. Окрім того, у дослідженнях підкреслюється, що вплив антропометричних показників може змінюватися залежно від віку, статі та інших факторів, що потребує подальших досліджень для точнішого прогнозування ризиків [99, 147, 271].

Дослідження підтверджують, що соматотип та пов'язані з ним антропо-

метричні характеристики мають суттєвий вплив на стан органів та систем організму. Наприклад, було виявлено, що у чоловіків із нормальним кров'яним тиском мезоморфного соматотипу спостерігаються кращі показники периферичного кровообігу порівняно з чоловіками інших соматотипів ($p < 0,05$) [257]. У спортсменів мезоморфного соматотипу кореляція між конституційними характеристиками та показниками кардіоінтервалографії є статистично значущою ($r = 0,78$, $p < 0,01$), що підтверджує залежність роботи серцево-судинної системи від морфологічних параметрів [225].

Вивчення соматотипу в клінічній практиці дозволяє краще зрозуміти ризики хронічних захворювань [140]. Наприклад, у пацієнтів з хронічною хворобою нирок, які мали ендоморфний соматотип, виявлено вищу частоту депресивних розладів та зниження фізичної активності порівняно з іншими соматотипами ($p < 0,05$) [62]. Також встановлено, що особливості топографії нирок значною мірою залежать від соматотипологічних характеристик пацієнтів, що може бути враховано при проведенні ультразвукової діагностики [184].

Дослідження, присвячене впливу антропометричних показників на ризик хвороб нирок, показало, що у пацієнтів із високим ІМТ та ендоморфним соматотипом частота розвитку каменів у нирках значно вища порівняно з представниками інших соматотипів ($OR = 1,5$, 95 % CI: 1,1-2,0) [200]. Аналогічно, у людей з високою жировою масою тіла та низькою м'язовою масою підвищується ризик розвитку ураження органів-мішеней, як було показано у дослідженні серед літнього населення Китаю ($p < 0,01$) [274].

Щодо респіраторних захворювань, зокрема хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), встановлено, що низький ІМТ асоціюється зі зниженням м'язової сили та погіршенням перебігу захворювання ($p < 0,001$) [60, 273]. Вплив антропометричних характеристик на ризик та фенотипи ХОЗЛ також підтверджений у дорослого населення за допомогою аналізу змін соматотипу протягом життя [71].

Соматотип має значний вплив на ризик розвитку таких захворювань, як цукровий діабет 2 типу. У дослідженні пацієнтів мексиканської лікарні було

виявлено, що ендоморфний соматотип переважає серед осіб із діабетом, що свідчить про його зв'язок з підвищеним ризиком цього захворювання ($p < 0,05$) [256]. Аналогічно, у працівників урядових установ у Малайзії виявлено, що ендоморфний соматотип асоціюється з вищими факторами ризику серцево-судинних захворювань, включаючи підвищений артеріальний тиск, рівень холестерину та глюкози в крові ($p < 0,01$) [120]. Також слід зазначити, що порівняння різних антропометричних показників, таких як ІМТ, відсоток жирової маси, обхват талії та соматотип, показало, що соматотип може бути більш чутливим показником для оцінки ризику розвитку порушень глікемії. Зокрема, ендоморфний тип асоціювався з вищими рівнями глікемії серед пацієнтів на всіх етапах глікемічного спектру ($p < 0,001$) [216].

Вивчення взаємозв'язку між складом тіла та артеріальним тиском серед чоловіків у Західній Бенгалії підтвердило, що підвищена маса жирової тканини асоціюється зі зростанням рівня артеріального тиску ($r = 0,62$, $p < 0,01$) [149]. Це підкреслює важливість врахування показників складу тіла, таких як відсоток жирової маси та співвідношення обхватів талії й стегон, для оцінки ризику гіпертонії.

Дослідження показують, що у пацієнтів із кардіогенним шоком після гострого інфаркту міокарда спостерігається так званий «парадокс ожиріння», при якому вища маса тіла асоціюється із нижчою смертністю ($HR = 0,85$, $p < 0,05$) [108]. Водночас ожиріння в молодих дорослих значно підвищує ризик ішемічного інсульту ($OR = 2,0$, $p < 0,001$) [183].

Окрім того, зв'язок між соматотипом і функціональними параметрами організму є важливою темою досліджень [243]. Наприклад, ендоморфний соматотип асоціюється зі зниженими об'ємами легенів і підвищеним опором дихальних шляхів у порівнянні з іншими соматотипами ($p < 0,01$) [116]. У молодих жінок мезоморфного соматотипу виявлено позитивну кореляцію між спірометричними показниками (життєвою ємністю легень) та антропометричними характеристиками, такими як окружність грудної клітки ($r = 0,56$, $p < 0,05$) [150].

Дитяча антропометрія також має значення у передбаченні довгострокових ризиків. Аналіз даних 65 057 європейських жінок продемонстрував, що більші

розміри тіла в дитинстві асоціюються з підвищеним ризиком 17 різних несприятливих результатів у дорослому віці, включаючи серцево-судинні захворювання та рак грудей ($p < 0,001$) [162].

Соматотип також впливає на серцеві адаптації. У високопродуктивних спортсменів мезоморфний соматотип був пов'язаний зі збільшенням товщини лівого шлуночка серця, що підтверджує його адаптаційну роль при фізичних навантаженнях ($RMSEA = 0,05$, $p < 0,05$) [175]. Однак надлишкова маса тіла без метаболічного синдрому асоціюється із підвищеним ризиком інфаркту міокарда ($HR = 1,35$, $p < 0,05$) [248], що свідчить про необхідність врахування супутніх факторів ризику.

У контексті астми ожиріння є значущим модифікуючим фактором. Воно сприяє хронічному запаленню низького рівня та зменшенню ефективності контролю симптомів ($p < 0,001$) [206]. У той же час, систематичний огляд підтвердив можливість «парадоксу ожиріння» при інсультах, коли вища маса тіла асоціюється із кращими клінічними наслідками ($OR = 1,2$, $p < 0,01$) [194].

ІМТ та параметри ожиріння корелюють із ризиком розвитку фібриляції передсердь та ішемічного інсульту, причому цей зв'язок варіюється залежно від вікових груп ($HR = 1,42$ для осіб віком 40-59 років, $p < 0,001$) [9]. Надмірна маса тіла також пов'язана з підвищеним ризиком обструктивного апное сну, як серед дорослих ($OR = 2,0$, 95 % CI: 1,8-2,3), так і серед дітей із ожирінням ($OR = 3,2$, $p < 0,05$) [73, 122].

Центральне ожиріння виявлено як ключовий предиктор неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), навіть після корекції на загальний ІМТ ($OR = 2,35$, 95 % CI: 1,90-2,85) [200]. Це узгоджується з висновками, що НАЖХП є частим проявом метаболічного синдрому, до якого входять абдомінальне ожиріння, дисліпідемія, та гіперглікемія [70]. Збільшення маси тіла пов'язане також із ризиком прогресування НАЖХП до цирозу печінки або гепатоцелюлярної карциноми, що підтверджено даними, які демонструють підвищення частоти цих ускладнень серед пацієнтів з ожирінням ($p < 0,01$) [174].

Соматотип також асоціюється з різними станами здоров'я. Наприклад,

дослідження північноіндійської популяції показало, що ендоморфний соматотип корелює з підвищеним ризиком когнітивних порушень та депресії ($p < 0,05$) [123]. У той же час, компонентний склад тіла у пацієнтів з НАЖХП дозволяє більш точно оцінити ступінь захворювання, оскільки надлишок жирової маси є незалежним фактором ризику [208].

Надмірна маса тіла також впливає на нейродегенеративні процеси. Зокрема, дослідження за допомогою менделівської рандомізації виявило зворотний причинно-наслідковий зв'язок між підвищеним ІМТ та ризиком хвороби Паркінсона ($OR = 0,84$, $p < 0,001$) [192]. Водночас, ожиріння асоціюється із серйозними ускладненнями дихальної системи, включаючи підвищення опору дихальних шляхів та зниження оксигенації, що є характерним для обструктивного апное сну [104].

ІМТ асоціюється з ризиком деменції, хвороби Альцгеймера та Паркінсона. Метааналіз, що охоплював понад 5 мільйонів учасників, виявив дозозалежний зв'язок між ІМТ і ризиком цих захворювань (RR для $IMT < 20 \text{ кг/м}^2 = 1,34$; $p < 0,01$) [215]. Аналогічно, в іншому огляді зазначено, що надмірна маса тіла у середньому віці підвищує ризик деменції, тоді як у старшому віці ожиріння може мати захисний ефект ($HR = 0,88$ для осіб віком понад 65 років, $p < 0,05$) [211].

Вплив змін ваги на прогресування нейродегенеративних захворювань також підтверджено дослідженнями. У хворих на Паркінсона зменшення ІМТ корелювало з погіршенням функціонального стану за шкалою UPDRS ($r = 0,42$; $p < 0,01$) та скороченням виживаності [270]. Подібні результати отримано серед пацієнтів із хворобою Альцгеймера, де зниження маси тіла пов'язано зі швидшим прогресуванням когнітивного дефіциту ($p < 0,05$) [45].

Ожиріння є важливим фактором ризику розвитку хвороби Альцгеймера через вплив на запальні процеси та метаболізм мозку. Рівень лептину та інсулінорезистентність, характерні для ожиріння, сприяють накопиченню β -амілоїду, що є маркером Альцгеймера [22]. Проте результати магнітно-резонансного дослідження показують, що у деяких випадках так званий «парадокс ожиріння» може існувати, оскільки вищий ІМТ у старшому віці асоціюється зі зниженим ризиком когнітивних порушень ($p < 0,01$) [203].

Крім того, систематичний огляд встановив, що низький ІМТ у літньому віці пов'язаний з вищим ризиком деменції та її субтипів, таких як судинна деменція ($RR=1,47$, $p<0,001$), що підкреслює значення підтримання оптимальної ваги [156]. Також у дослідженнях з когортними вибірками підтверджено, що низький ІМТ може бути маркером ранніх проявів деменції [87].

У систематичному огляді та метааналізі, що охоплював дані про зв'язок між ІМТ та інсультом, було встановлено, що як надмірна вага, так і ожиріння асоціюються з підвищеним ризиком інсульту ($RR=1,27$ для $ІМТ>30$ кг/м², $p<0,01$) [264]. Ожиріння також є фактором ризику для розвитку гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, яка, в свою чергу, може призвести до серйозних ускладнень, зокрема виразки стравоходу [76, 80, 166].

Зріст є ще одним антропометричним показником, що має значення для прогнозування ризику розвитку деяких захворювань. Дослідження показали, що зниження росту пов'язане з підвищеним ризиком остеоартриту колінних та тазостегнових суглобів. У когорті, що включала понад 5 000 осіб, було зафіксовано, що зменшення зросту на 1 см збільшує ймовірність розвитку остеоартриту на 1,3 % ($OR=1,013$; $p<0,05$) [268]. Крім того, виявлено, що більша висота може бути асоційована з меншою ймовірністю розвитку серйозних хронічних захворювань, таких як остеоартрит або серцево-судинні захворювання [152, 284].

У зв'язку з оцінкою ризику розвитку нейродегенеративних захворювань, таких як хвороба Альцгеймера, ІМТ також відіграє важливу роль. Дослідження показали, що як ожиріння, так і надмірна вага в середньому віці можуть збільшувати ризик розвитку цієї хвороби в майбутньому. Наприклад, у дослідженні серед людей середнього віку з низьким і середнім рівнем доходів було відзначено, що підвищений ІМТ асоціюється з більшим ризиком розвитку легких когнітивних порушень, що є попереднім етапом деменції ($OR=1,21$ для $ІМТ>30$ кг/м², $p<0,05$) [238]. Інші дослідження також вказують на зворотний зв'язок між зменшенням ваги та прогресуванням когнітивних розладів [77].

Ожиріння та надмірна вага можуть значно підвищувати ймовірність розвитку ниркових захворювань, таких як нефроангіосклероз та гломерулонефрит.

В одному з досліджень було зазначено, що високий ІМТ асоціюється з підвищеним ризиком розвитку гломерулонефриту та погіршення функції нирок у пацієнтів, які не мають явних ознак ожиріння [91, 221, 229]. Інше дослідження вказує на те, що ожиріння пов'язане з розвитком інтерстиціальної фіброзної тканини в нирках пацієнтів із хворобою ІГА (імуноглобулін А) [272].

Зростання ІМТ також має значний вплив на розвиток інших захворювань, зокрема вікових катаракт. У метааналізі, що включав дані з різних досліджень, було показано, що ожиріння і надмірна вага підвищують ризик розвитку вікових катаракт, особливо серед літніх людей. Водночас, це явище має статеву залежність, де у жінок цей ризик вищий, ніж у чоловіків [157, 199, 277]. Ожиріння є серйозним чинником ризику для багатьох захворювань очей, що пов'язано з метаболічними змінами, які впливають на структуру та функцію ока.

Отже, антропометричні показники, такі як вага та зріст, мають високу прогностичну цінність для виявлення ризиків розвитку серйозних захворювань, таких як ниркові хвороби та вікові катаракти. Врахування цих показників у клінічній практиці дозволяє вчасно ідентифікувати осіб з підвищеним ризиком для таких захворювань і застосовувати профілактичні заходи для зниження ймовірності їх розвитку.

1.3. Роль антропометричних і соматотипологічних характеристик у прогнозуванні перебігу і виникнення шкірних захворювань

Антропометричні та соматотипологічні характеристики мають важливу роль у прогнозуванні виникнення та перебігу різних шкірних захворювань. Наприклад, кореляція між типом статури та ризиком розвитку псоріазу була виявлена у дослідженнях, які продемонстрували, що у чоловіків з певними соматотипами, такими як мезоморфний тип, ймовірність виникнення псоріазу була значно вищою, порівняно з іншими типами статури. Дослідження на основі ви-

мірювань об'ємів тіла показали, що більші об'єми тіла асоціюються з більш високою частотою виникнення псоріазу у чоловіків [6, 25].

Важливим є також вплив антропометричних характеристик на розвиток себорейного дерматиту, де дослідження показали зв'язок між товщиною шкірно-жирових складок і тяжкістю захворювання. У пацієнтів з більш вираженими шкірними складками спостерігалась більша ймовірність розвитку важчих форм себорейного дерматиту, що вказує на роль таких характеристик у прогнозуванні тяжкості цього захворювання [125, 214].

Іншим важливим аспектом є наявність меланоцитарних невусів. Виявлення специфічних антропометричних характеристик, таких як загальні та позовжні розміри тіла, дає можливість прогнозувати наявність та розвиток доброякісних невусів у чоловіків. Дослідження показали, що на основі цих характеристик можна створити моделі, які дозволяють ідентифікувати групи ризику та запобігати розвитку таких шкірних утворень [42, 102].

Останні дослідження також підтвердили зв'язок між різними соматотипами і розвитком гідраденіту суппуративного типу, але виявлено, що саме окружність талії є більш точним предиктором цього захворювання. У пацієнтів з високим рівнем ІМТ спостерігається більш тяжка форма гідраденіту суппуративного типу, що підтверджує необхідність врахування антропометричних характеристик при оцінці ризику виникнення цього дерматологічного захворювання [261, 263]. На відміну від інших захворювань, для гідраденіту важливіше враховувати саме метаболічні фактори, зокрема окружність талії, а не лише тип статури [247].

Дослідження, присвячені статевим відмінностям у пацієнтів з гідраденітом суппуративним, показали, що на тяжкість захворювання можуть впливати антропометричні показники, зокрема різниця в ІМТ у чоловіків та жінок. Відповідно до дослідження, проведеного Bianchi та колегами, значущі статеві відмінності були виявлені у клінічних характеристиках гідраденіту, причому у жінок виявлялися більш виражені симптоми при високому ІМТ, кореляція між ІМТ та тяжкістю захворювання склала 0,42 ($p < 0,05$) [47]. Крім того, досліджен-

ня, що аналізують вплив антропометричних показників на розвиток меланоцитарних невусів серед дітей, виявили, що індекс маси тіла є важливим предиктором ризику появи невусів у підлітків. Встановлена кореляція між високим ІМТ та збільшеною кількістю невусів серед школярів становить 0,36 ($p < 0,01$) [143]. Це свідчить про важливість антропометричних показників як факторів ризику розвитку різних шкірних захворювань.

Дослідження, проведене Li X. та співавторами [167], виявило, що зріст є незалежним фактором ризику для розвитку злоякісної меланоми, причому кореляція між висотою та кількістю невусів, що є маркерами ризику, склала 0,21 ($p < 0,01$). Важливо також зазначити, що ожиріння та надмірна вага можуть бути факторами ризику для розвитку різних дерматологічних захворювань, зокрема atopічного дерматиту. Систематичний аналіз показав позитивну кореляцію між ожирінням і тяжкістю atopічного дерматиту, де коефіцієнт кореляції складав 0,42 ($p < 0,05$) [281]. У дослідженні Ali Z. та співавторів [23] також підкреслено зв'язок між ожирінням та ризиком розвитку atopічного дерматиту, що було підтверджено в численних спостереженнях, з високим рівнем достовірності ($p < 0,01$).

Збільшення ІМТ сприяє погіршенню стану пацієнтів з atopічним дерматитом, особливо у дітей старше двох років. Встановлено кореляцію між підвищеним ІМТ і більш вираженими проявами дерматиту ($r = 0,33$, $p < 0,05$) [146]. Ожиріння є важливим патогенетичним фактором, що сприяє розвитку псоріазу та atopічного дерматиту, оскільки надмірна кількість жирової тканини стимулює запальні процеси, що підтверджено дослідженням Guo Z. та співавторів [100], які виявили значущу кореляцію між ожирінням та важкістю обох захворювань ($r = 0,45$, $p < 0,01$). Крім того, у дослідженні Lee J. H. та співавторів [158] виявлено, що абдомінальне ожиріння має особливе значення для розвитку atopічного дерматиту, з кореляцією 0,37 ($p < 0,05$) між окружністю талії та ймовірністю захворювання.

Ожиріння також пов'язане з більшою тяжкістю atopічного дерматиту, що підтверджується даними TRAETgermany Study Group. У цьому дослідженні бу-

ло встановлено, що пацієнти з ожирінням мають високий рівень захворюваності на середній та важкий атопічний дерматит, з кореляцією 0,48 ($p < 0,01$) між ІМТ та тяжкістю захворювання [253]. Дослідження на популяційній вибірці також показало, що ожиріння є важливим фактором ризику для розвитку атопічного дерматиту, з кореляцією 0,41 ($p < 0,05$) між ІМТ та появою захворювання в популяції [37].

Відзначено, що ожиріння є значущим фактором ризику для розвитку запальних шкірних захворювань, зокрема псоріазу та екземи, що частково пояснюється запальними процесами в організмі, спричиненими надмірною кількістю жирової тканини [185].

Існує тісний зв'язок між ожирінням і шкірними захворюваннями в дітей та підлітків, зокрема з акне, де кореляція між індексом маси тіла і тяжкістю захворювання склала 0,38 ($p < 0,05$) [181]. Сучасні дослідження також підтверджують взаємозв'язок між ожирінням та акне, зокрема, в дослідженні Snast I. та співавторів [239] було встановлено, що серед підлітків з ожирінням ризик розвитку акне зростає, причому статистична достовірність цієї асоціації була високою ($p < 0,01$). Підвищений ІМТ є фактором ризику для тяжкості акне у підлітків, з кореляцією 0,34 ($p < 0,05$) між ІМТ та кількістю акне [155].

Згідно з дослідженням Lajevardi V. та співавторів [153], високий ІМТ також асоціюється з більшою тяжкістю акне, де коефіцієнт кореляції був 0,40 ($p < 0,01$). Інше дослідження Lu L. та колег [171] вказує, що ожиріння та надмірна вага значно збільшують ризик розвитку акне серед підлітків та молодих людей, де кореляція з розвитком акне в групі з ожирінням становила 0,41 ($p < 0,01$). З іншого боку, в дослідженні Lu P. H. та Hsu C. H. [172] також було показано негативну кореляцію між ІМТ і кількістю акне у жінок з постпідлітковим акне, що є важливим аспектом для розуміння індивідуальних особливостей захворювання. Дійсно, доведено важливість антропометричних характеристик для прогнозування ризику розвитку акне, де кореляція між ІМТ і тяжкістю захворювання становила 0,36 ($p < 0,05$) [189]. Аналогічні висновки зробили Nasrat N. H. і Al-Yassen A. Q. [105], виявивши зв'язок між високим ІМТ і збільшенням кіль-

кості акне у пацієнтів, з коефіцієнтом кореляції 0,40 ($p < 0,01$).

Дослідження Yang C. C. та колег [275] показали, що в чоловіків з андрогенетичною алопецією високий ІМТ асоціюється з більш тяжким перебігом захворювання, де коефіцієнт кореляції склав 0,47 ($p < 0,05$). В іншому дослідженні, Danesh-Shakiba M. зі співавторами [65] дослідили зв'язок між антропометричними показниками та андрогенетичною алопецією, відзначивши значущу кореляцію між високим ІМТ та збільшенням ризику розвитку цього типу алопеції. Проте, не всі дерматологічні захворювання демонструють однаковий зв'язок з антропометричними характеристиками. Наприклад, дослідження Lee Y. B. і Lee W. S. [161] продемонструвало, що у пацієнтів з алопецією ареата кореляція між ІМТ і тяжкістю захворювання була незначною, з коефіцієнтом кореляції 0,15 ($p > 0,05$). Однак інші дослідження вказують на важливість ІМТ для розвитку різних шкірних захворювань. Наприклад, Ozbas Gok S. та співавтори [197] вивчали зв'язок між андрогенетичною алопецією та метаболічним синдромом, виявивши, що пацієнти з високим ІМТ мали більший ризик розвитку цього захворювання.

Інші дослідження, такі як дослідження Li S. та співавторів [165] продемонстрували взаємозв'язок між ожирінням і ризиком розвитку розацеа, де ІМТ став важливим фактором ризику для цієї патології. Нещодавно проведене дослідження Nam J. H. та співавторів [187] виявило, що м'язова маса також може мати взаємозв'язок з тяжкістю розацеа, що відкриває нові можливості для прогнозування та лікування цього захворювання. Результати Yao H. та колег [276] підтверджують наявність причинно-наслідкових зв'язків між ожирінням та розацеа, що може мати важливе значення для стратегій попередження та терапії цього шкірного захворювання.

У пацієнтів з бульозним пемфігоїдом високий ІМТ асоціюється з підвищеним ризиком розвитку цього захворювання, що підтверджується кореляцією 0,32 ($p < 0,05$) [282]. Такі антропометричні фактори, як вага та індекс маси тіла, можуть вказувати на метаболічні порушення, що сприяють розвитку аутоімунних захворювань шкіри. Інше дослідження, виявило, що у пацієнтів з пемфі-

гусом вища кількість жирової маси та метаболічний індекс пов'язані з тяжкими проявами хвороби [188]. Це свідчить про те, що для таких пацієнтів важливо контролювати ці параметри, оскільки вони можуть впливати на прогноз захворювання.

Також існує зв'язок між антропометричними характеристиками та іншими шкірними захворюваннями, зокрема гідраденітом. Дослідження van Straalen K. R. та співавторів [259] показало, що високий ІМТ при початку захворювання гідраденітом пов'язаний із більш тяжким перебігом. Додатково встановлено, що підвищена вага та зріст у дитинстві можуть бути важливими предикторами ризику розвитку гідраденіту у дорослому віці [119]. Такий зв'язок підкреслює значення моніторингу соматотипологічних характеристик з раннього віку для попередження розвитку шкірних захворювань.

Незважаючи на ці висновки, важливо враховувати, що деякі антропометричні фактори можуть мати різний вплив на різні типи шкірних захворювань. Наприклад, у дослідженні Hsu C. J. та колег [111] було показано, що у пацієнтів з рецидивуючим герпетичним стромальним кератитом ожиріння та надмірна вага підвищують ризик рецидивів навіть під час тривалого застосування антивірусної профілактики.

Таким чином, антропометричні та соматотипологічні характеристики можуть відігравати ключову роль у прогнозуванні перебігу та виникнення шкірних захворювань. Урахування цих факторів допомагає виявити високий ризик розвитку хвороб і створювати індивідуалізовані стратегії профілактики та лікування для пацієнтів.

Результати досліджень, які представлені в даному розділі дисертації, відображені в статті у фаховому науковому журналі України [10].

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА МЕТОДИКА І ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1. Загальна методика та суб'єкти дослідження

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-анамнестичне, дерматологічне та антропо-соматотипологічне обстеження 40 українських чоловіків та 40 українських жінок молодого віку (25-44 роки згідно вікової періодизації ВООЗ, 2015) хворих на гостру та хронічну кропив'янку легкого й тяжкого перебігу.

Усі дослідження були проведені за добровільною інформованою згодою пацієнтів.

В якості контрольної групи використані первинні показники будови та розмірів тіла 82 практично здорових українських чоловіків і 101 практично здорової української жінки аналогічної вікової групи, які були взяті 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 № 11 від 23.12.2021 та протокол № 12 від 11.12.2024) 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 кропив'янки.

Клінічно у всіх хворих на *гостру кропив'янку* легкого та тяжкого перебігу захворювання тривало ≤ 6 тижнів. Хворі скаржились на свербіж легкого та помір-

ного характеру, печіння шкіри. Миттєву появу висипки у вигляді чисельних уртикарних елементів рожевого кольору з нерівними поліциклічними краями, на голові, шиї, тулубі, кінцівках. Шкіра набуває рожево – перламутрового кольору, стає напруженою, щільною, болючою при пальпації. В окремих ділянках – схильна до злиття. Висипи існують 1-2 години, підсипають протягом доби від 20 до 50 уртикарних елементів, що спонтанно регресують із подальшим поверненням шкіри до нормального вигляду, зазвичай, в межах від 30 хвилин до 24 годин. Загальний перебіг – декілька днів. Також протікала кропив'янка у вигляді гострого обмеженого ангіонабряку губ і набряком інших ділянок шкіри. При тяжкому перебігу відмічався більш зливний характер висипки і з великою площею враження та втягуванням в патологічний процес слизових оболонок рота, носоглотки, гортані та статевих органів.

Клінічно у всіх хворих на *хронічну кропив'янку* легкого та тяжкого перебігу захворювання тривало >6 тижнів. Хронічна кропив'янка характеризувалася приступами висипання уртикарних елементів, що повторно рецидивують протягом місяців та років в анамнезі, інтенсивним свербіжем, печінням та болем шкіри. Висипи підсипають протягом доби більше 50 уртикарних елементів, що регресують повільним поверненням до нормального вигляду (може зайняти до 72 годин). Перебіг тяжкої хронічної кропив'янки у пацієнтів проходив зі злиттям елементів в обширні ділянки на шкірі та слизових оболонках (зливна кропив'янка). Під час загострення спостерігалися субфебрилітет, шлунково-кишкові розлади, артралгії, головний біль, нездужання, слабкість.

Клінічний випадок 1. Пацієнт С., 44 роки (рис. 2.1), звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на незначний свербіж, печіння шкіри в ділянці висипки на обличчі, тулубі, кінцівках. DLQI=10 балів. Urticaria activity score=4. Діагноз: Гостра кропив'янка, легкий перебіг.

Клінічний випадок 2. Пацієнт А., 31 рік (рис. 2.3, 2.4), звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на незначний свербіж, печіння шкіри в ділянці висипки на тулубі з переходом на верхні кінцівки. DLQI=10 балів. Urticaria activity score=4. Діагноз: Гостра кропив'янка, легкий перебіг.



А



Б

Рис. 2.1. Пацієнт С., діагноз: Гостра кропив'янка, легкий перебіг. Прояв висипки у вигляді незначного набряку обличчя, уртикарних плям на тулубі й верхніх кінцівках (А) та спині (Б).



А



Б

Рис. 2.2. Пацієнт А., діагноз: Гостра кропив'янка, легкий перебіг. Прояв висипки у вигляді уртикарних плям на тулубі та верхніх кінцівках (А, Б).

Клінічний випадок 3. Пацієнт О., 42 роки (рис. 2.3-2.5), звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на сильний свербіж, печіння шкіри в ділянці висипки на обличчі, голові, тулубі верхніх та нижніх кінцівках. DLQI=30 балів. Urticaria activity score=6. Діагноз: Гостра кропив'янка, тяжкий перебіг.



Рис. 2.3. Пацієнт О., діагноз: Гостра кропив'янка, тяжкий перебіг. набряк повік, губ, ніздрів (А); набряклі папули на голові зліва (Б) та справа (В), з втягуванням в процес шкіри вух у вигляді набряку яскраво червоного кольору; зливний процес у вигляді набряклих уртикарних елементів на руках (Г).



Рис. 2.4. Пацієнт О., діагноз: Гостра кропив'янка, тяжкий перебіг. Зливний процес у вигляді набряклих уртикарних елементів, що нагадують «жаління кропивою» на тулубі зліва (А) та справа (Б).

Клінічний випадок 4. Пацієнт І., 27 років (рис. 2.6, 2.7), звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на незначний свербіж, печіння шкіри в ділянці висипки на обличчі, голові, тулубі, що розпочалися більше 6 тижнів тому. DLQI=12 балів. Urticaria activity score=4. Діагноз: Хронічна кропив'янка, легкий перебіг.



Рис. 2.5. Пацієнт О., діагноз: Гостра кропив'янка, тяжкий перебіг. Зливний процес у вигляді набряклих «перламутрових» уртикарних елементів з периферичним червоним рефлєкторним бордюром на правій (А) та лівій (Б) нозі.



Рис. 2.6. Пацієнт І., діагноз: Хронічна кропив'янка, легкий перебіг. Уртикарії з периферичним червоним рефлєкторним бордюром в ділянці щоки, шиї справа (А) та в ділянці щоки, шиї з переходом на плечі зліва (Б).



Рис. 2.7. Пацієнт І., діагноз: Хронічна кропив'янка, легкий перебіг. Плямисті уртикарні елементи з тенденцією до злиття червоного кольору на спині (А); характерний червоний стійкий дермографізм на стегні справа (Б).

Клінічний випадок 5. Пацієнт Ю., 44 роки (рис. 2.8), звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на незначний свербіж, шкіри в ділянці висипки на обличчі, голові, що турбує більше місяця. З анамнезу відомо, що подібна клінічна картина періодично виникає на холодну погоду вже близько 3-х років поспіль. DLQI=10 балів. Urticaria activity score=3. Діагноз: Хронічна кропив'янка, легкий перебіг.

Клінічний випадок 6. Пацієнт М., 23 роки (рис. 2.9), звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на біль шкіри в ділянці висипки на обличчі. З анамнезу відомо, що подібна клінічна картина періодично виникає після куріння айкосу вже близько шести місяців. DLQI=10 балів. Urticaria activity score=4. Діагноз: Хронічна кропив'янка, легкий перебіг.



Рис. 2.8. Пацієнт Ю., діагноз: Хронічна кропив'янка, легкий перебіг. Характерні плямисті набряклі уртикарні елементи яскраво рожевого кольору на обличчі та голові (А, Б) та набрякла червона шкіра вушної раковини зліва (Б); набряклі червоні плями з периферичним вінчиком з втягуванням шкіри вушної раковини справа (В).



Рис. 2.9. Пацієнт М., діагноз: Хронічна кропив'янка, легкий перебіг. Обмежений ангіонабряк повік та губ зліва (А) та типовий стійкий червоний дермографізм справа (Б).

Клінічний випадок 7. Пацієнт В., 40 років (рис. 2.10), звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на біль та печіння шкіри в ділянці висипки на обличчі, тулубі, кінцівках, статевих органах, важкість дихати, слабкість. З анамнезу відомо, що захворювання відмічає протягом багатьох років. DLQI=30 балів. Urticaria activity score=6. Діагноз: Хронічна кропив'янка, тяжкий перебіг.

Клінічний випадок 8. Пацієнт Г., 44 роки (рис. 2.11), звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на сильний свербіж та печіння шкіри в ділянці висипки на тулубі, кінцівках, слабкість, підвищення температури. З анамнезу відомо, що захворювання відмічає протягом багатьох років. DLQI=20 балів. Urticaria activity score=6. Діагноз: Хронічна кропив'янка, тяжкий перебіг.



Рис. 2.10. Пацієнт В., діагноз: Хронічна кропив'янка, тяжкий перебіг. Процес поширений, симетричний з набряком обличчя, губ (А); з множинними більше 50 уртикарних плям яскраво червоного кольору, що схильні до злиття та підсилюються протягом 24 годин (Б); набряк кисті зліва (В) та класичні плямисті уртикарії з центральним блідуватим западінням із запальним червоним бордюром по периферії справа (Г).

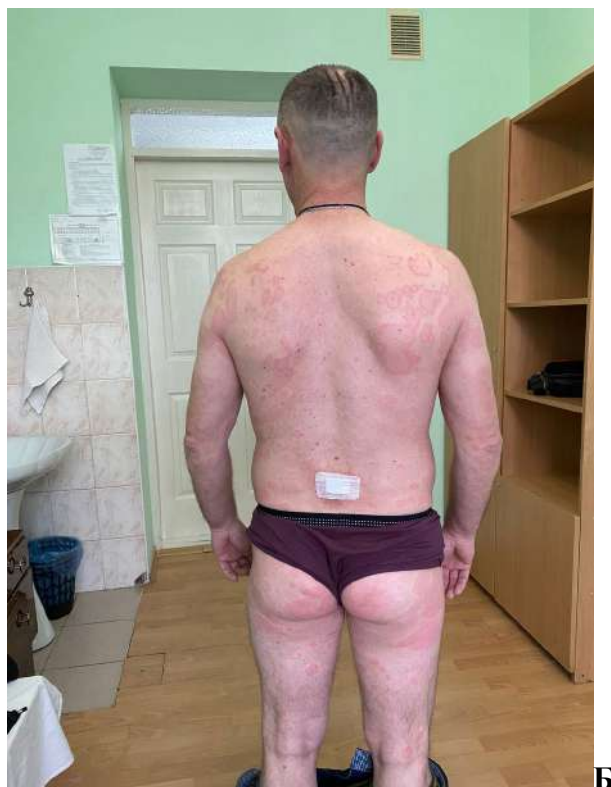


Рис. 2.11. Пацієнт Г., діагноз: Хронічна кропив'янка, тяжкий перебіг. Набряклі рожеві уртикарії з неправильними обрисами, рожевого кольору, з червоним вінчиком по периферії на тулубі, верхніх та нижніх кінцівках (А) з тенденцією до злиття (Б); вигляд збоку (В). Процес носить гострозапальний симетричний характер.

Клінічний випадок 9. Пацієнтка Т., 30 років (рис. 2.12, 2.13), звернулася у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на свербіж та печіння шкіри в ділянці висипки на шиї, тулубі, верхніх кінцівках. З анамнезу відомо, що захворювання розпочалося через декілька годин після вживання червоного вина. DLQI=10 балів. Urticaria activity score=4. Діагноз: Гостра кропив'янка, легкий перебіг.



А



Б

Рис. 2.12. Пацієнтка Т., діагноз: Гостра кропив'янка, легкий перебіг. Уртикарії рожевого кольору на обличчі (А); уртикарії у вигляді набряклих папул рожевого кольору зі зливним характером на лівій руці (Б).

Клінічний випадок 10. Пацієнтка Н., 43 роки (рис. 2.14, 2.15), звернулася у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на інтенсивний свербіж та печіння шкіри в ділянці висипки на шиї, тулубі, молочних залозах, верхніх кін-

цівках. DLQI=30 балів. Urticaria activity score=6. Діагноз: Гостра кропив'янка, тяжкий перебіг.



Рис. 2.13. Пацієнтка Т., діагноз: Гостра кропив'янка, легкий перебіг. Уртикарії у вигляді набряклих папул, плям рожевого кольору на шкірі шії (А) з переходом на груди (Б).



Рис. 2.14. Пацієнтка Н., діагноз: Гостра кропив'янка, тяжкий перебіг. Уртикарії у вигляді набряклих плям рожевого кольору на шкірі шії з переходом на зону декольте (А) та на шкірі обличчя, шії з переходом на зону декольте (Б).



Рис. 2.15. Пацієнтка Н., діагноз: Гостра кропив'янка, тяжкий перебіг. Уртикарії у вигляді набряклих плям рожевого кольору на шкірі молочних залоз (А, Б), відмічаються лінійні розчухи зліва (А).

Клінічний випадок 11. Пацієнтка Л., 35 років (рис. 2.16), звернулася у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на свербіж та печіння шкіри в ділянці ніг. З анамнезу відомо, що захворювання періодично рецидивує після спонтанного розрішення. DLQI=10 балів. Urticaria activity score=3. Діагноз: Хронічна кропив'янка, легкий перебіг.

Клінічний випадок 12. Пацієнтка Ю., 41 рік (рис. 2.17), звернулася у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на інтенсивний свербіж, біль та печіння шкіри в ділянці висипки, нездужання, слабкість, підвищення температури. З анамнезу відомо, що захворювання триває роками, точної причини не встановлено. DLQI=30 балів. Urticaria activity score=6. Діагноз: Хронічна кропив'янка, тяжкий перебіг.



А



Б

Рис. 2.16. Пацієнтка Л., діагноз: Хронічна кропив'янка, легкий перебіг. Уртикарії у вигляді дрібних тілесного кольору папул (А); уртикарії у вигляді перламутрових блискучих папул з рожевим вінчиком гіперемії на гомілках (Б).



А



Б

Рис. 2.17. Пацієнтка Ю., діагноз: Хронічна кропив'янка, тяжкий перебіг. Зливний, масивний набряклий процес представлений уртикаріями з запальним валом по краях на грудях і тулубі (А) та на нижніх кінцівках (Б).

2.2. Методи дослідження

2.2.1. Клініко-інструментальні та анкетно-опитувальні.

Встановлення діагнозу кропив'янки проводили відповідно номенклатури МКХ-10 (https://zakononline.com.ua/documents/show/116857_531218). Згідно до міжнародного керівництва, діагноз гостра кропив'янка виставляли пацієнтам з тривалістю захворювання ≤ 6 тижнів, а діагноз хронічна кропив'янка – пацієнтам з тривалістю захворювання ≥ 6 тижнів.

Оцінку ступеня тяжкості кропив'янки оцінювати за допомогою UAS7 Urticaria activity score “The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO Guideline for the Definition, Classification, Diagnosis and Management of Urticaria” <https://onlinelibrary.wiley.com>. – уніфікованої та простої шкали, що ґрунтується на оцінці основних ознак і симптомів кропив'янки (уртикарні елементи та свербіж), які були задокументовані пацієнтом, що спостерігалися протягом 24 год, один раз на день упродовж 7 послідовних днів. Отримані результати розцінювалися за шкалою інтерпретації: відсутність уртикарних елементів (0 балів) та свербіжу (0 балів); наявність ≤ 20 уртикарних елементів за 24 год. (1 бал) і легкий свербіж (1 бал) – легкий ступінь (0-2 бали); наявність 21-50 уртикарних елементів за 24 год. (2 бали) і помірний свербіж (2 бали) – середній ступінь (3-4 бали); наявність ≥ 50 уртикарних елементів за 24 год. або великі розміри уртикарних елементів (3 бали) і сильний свербіж (3 бали) – тяжкий ступінь (5-6 балів).

Усім хворим проведено анкетування з метою визначення характеру праці, різноманітних негативних факторів впливу на шкіру (стресу, температури, сезонності, вологості, повітря, хімічної речовини або косметики, інсоляції, ліків, їжі, лише у жінок гормональних змін), шкідливих звичок та обтяженої спадковості, а також визначення дерматологічного статусу хворих (скарги на свербіж, печіння та біль, локалізація ураження шкіри, наявність уртикарних плям, ангіонабряку, червоного стійкого дермографізму).

Для оцінки ступеня негативного впливу кропив'янки на різні аспекти життя пацієнта, що характеризують якість його життя в цілому, визначали дерматологічний індекс якості життя (The Dermatology Life Quality Index – DLQI) [82]. DLQI застосовується дерматологами для оцінки ступеня негативного впливу дерматологічного захворювання на різні аспекти життя пацієнта, що характеризують якість його життя в цілому. 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. 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.

2.2.2. Антропометричні та соматотипологічні.

Антропометричне обстеження чоловіків і жінок проведено у відповідності до методики Бунака В. В. [2] та рекомендацій Шапаренка П. П. [4]. Визначені наступні тотальні розміри тіла: маса (за допомогою медичних ваг, точність яких складала до 0,1 кг) та довжина (за допомогою металевого антропометра системи Мартіна, точність якого складала до 0,5 см) тіла, які вхходять до формули Дю Буа для розрахунку площі поверхні тіла (S):

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

де W – маса тіла (кг);

H – довжина тіла (см).

Серед парціальних розмірів тіла проведено визначення: поздовжніх розмірів тіла (висоти надгруднинної, лобкової, акроміальної, пальцевої та вертлюгової антропометричних точок) за допомогою металевого антропометра систе-

ми Мартіна (точність вимірів до 0,5 см); обхватних розмірів тіла (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) за допомогою сантиметрової стрічки (точність вимірів до 0,5 см, ліміт досліджень 100 замірів); ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок (плеча, передпліччя, стегна та гомілки) за допомогою штангенциркуля (точність вимірів до 0,1 см); поперечних розмірів тулуба (поперечний середньогруднинний і нижньогруднинний розміри грудної клітки, передньозадній розмір грудної клітки та ширина плечей) та розмірів таза (міжостьовий, міжгребеневий і міжвертлюговий) за допомогою великого толстотного циркуля (точність вимірів до 0,5 см); товщини шкірно-жирових складок (на задній та передній поверхнях плеча, на передпліччі, під лопаткою, на грудях, животі, боці, стегні та на гомілці) за допомогою каліпера (точність вимірів до 0,1 см).

Згідно схеми Хіт-Картера [52] проводили оцінку соматотипу, що містила в собі наступні первинні компоненти статури (в балах): 1) ендоморфний, який відображає ступінь розвитку жирової тканини людини; 2) мезоморфний, який відображає ступінь розвитку м'язів і кісток тіла людини; 3) екторморфний, який відображає ступінь витягнутості тіла людини.

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 – сума товщини шкірно-жирових складок на задній поверхні плеча, під лопаткою й на боці.

Мезоморфний компонент (MX) розраховували за наступною формулою:

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

де, відповідно, EPPL – ширина дистального епіфіза плеча (см);

EPB – ширина дистального епіфіза стегна (см);

OBPL – обхват плеча в напруженому стані (см);

OBG – обхват гомілки у верхній частині (см);

Н – довжина тіла (см).

Ектоморфний компонент (LX) розраховували за наступною формулою:

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

де ЗВК – зросто-ваговий коефіцієнт, що обраховується за наступною формулою:

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

Якщо зросто-ваговий коефіцієнт дорівнює від 38,25 до 40,75, то розрахунок здійснюється за наступною формулою:

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

Якщо зросто-ваговий коефіцієнт менше 38,25, то ектоморфія складає 0,1 бала.

Абсолютну кількість жирового (DM), кісткового (OM) та м'язового (MM) компонентів маси тіла (кг) розраховували за формулами Матейка [177].

Абсолютну кількість жирового компоненту маси тіла розраховували за наступною формулою:

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

де G – середня товщина шкірно-жирових складок (мм);

S – площа поверхні тіла (м²);

k – константа, що дорівнює 1,3.

Середню товщину шкірно-жирових складок розраховували за наступними формулами:

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

де G1 G7 – товщина шкірно-жирових складок на плечі (спереду і позаду), передпліччя, спині, животі, стегні, гомілці та під лопаткою (мм).

Абсолютну кількість м'язового компоненту маси тіла розраховували за наступною формулою:

$$MM = (H \times r^2 \times k) / 1000, \quad (2.9)$$

де, H – довжина тіла (см);

r – середня величина радіусів плеча, передпліччя, стегна, гомілки в місцях найбільшого розвитку мускулатури за винятком шкірно-жирового шару (см);

k – константа, що дорівнює 6,5.

Середню величину радіусів розраховували за наступною формулою:

$$r = \frac{C1 + C2 + C3 + C4}{\pi \cdot 8} - \frac{(d1 + d2) / 2 + d3 + d6 + d7}{80}, \quad (2.10)$$

де, $C1$ – окружність плеча (см);

$C2$ – окружність передпліччя у верхній треті (см);

$C3$ – окружність гомілки у верхній треті (см);

$C4$ – окружність стегна (см);

$d1$ – товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча (мм);

$d2$ – товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча (мм);

$d3$ – товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні передпліччя (мм);

$d6$ – товщина шкірно-жирової складки на стегні (мм);

$d7$ – товщина шкірно-жирової складки на гомілці (мм).

Абсолютну кількість кісткового компоненту маси тіла розраховували за наступною формулою:

$$OM = (o^2 \times H \times k) / 1000, \quad (2.11)$$

де, o^2 – квадрат середньої величини дистальних епіфізів плеча, передпліччя, стегна і гомілки;

H – довжина тіла (см);

k – константа, що дорівнює 1,2.

Також, абсолютну кількість м'язового компоненту маси тіла, визначали за допомогою формули Американського інституту харчування (кг) [109, 231]:

$$MA = H \times (0,0264 + 0,0029 \times AMA), \quad (2.12)$$

де, RT – довжина тіла (см);

AMA – площа м'язової тканини плеча (см²).

Площу м'язової тканини плеча розраховували за наступними формулами:

$$\text{для чоловіків} \quad AMA = \frac{(OP - \pi \cdot dl)^2}{4\pi} - 10, \quad (2.13)$$

$$\text{для жінок} \quad AMA = \frac{(OP - \pi \cdot dl)^2}{4\pi} - 6,5, \quad (2.14)$$

де dl – товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча (мм);

OP – обхват плеча в напруженому стані (см).

2.2.3. Статистичного аналізу.

Статистичний аналіз отриманих результатів проведений у ліцензійному статистичному пакеті "Statistica 6.0" з використанням непараметричних методів оцінки. Проведена оцінка характеру розподілів для кожного з отриманих варіаційних рядів, середні для кожної ознаки, що вивчається, стандартне квадратичне відхилення, процентильний розмах показників. Достовірність різниці значень між незалежними кількісними величинами визначена за допомогою U-критерія Мана-Уїтні. Оцінка зв'язків між дерматологічним індексом якості життя та клініко-анамнестичними показниками проведена за допомогою статистики Спірмена. Моделювання ризику виникнення та особливостей перебігу кропив'янки у чоловіків і жінок у залежності від антропометричних і соматотипологічних показників проведено за допомогою методу покрокового дискримінантного аналізу [1].

РОЗДІЛ 3

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ТА ДЕРМАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РІЗНИХ ФОРМ КРОПИВ'ЯНКИ В УКРАЇНСЬКИХ ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК ТА ЗВ'ЯЗКИ ДАНИХ ПОКАЗНИКІВ ІЗ ВЕЛИЧИНОЮ ДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ІНДЕКСУ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

3.1. Особливості клініко-анамнестичних і дерматологічних показників у хворих на кропив'янку

Встановлено, що в українських чоловіків із фізичним характером праці відсоток хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу (ГК/ТП) має тенденцію ($p=0,067$) до більших значень порівняно з хворими на гостру кропив'янку легкого перебігу (ГК/ЛП); у чоловіків із розумовим характером праці відсоток хворих на ГК/ЛП має незначну тенденцію ($p=0,077$ в обох випадках) до більших значень, ніж у хворих на ГК/ТП та хронічну кропив'янку легкого перебігу (ХК/ЛП) (табл. 3.1). В українських жінок із змішаним характером праці відсоток хворих на ХК/ЛП достовірно ($p<0,05$) більший порівняно з ГК/ЛП (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Відсотковий розподіл українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку
за характером праці (%).**

Групи обстеження		Характер праці		
		фізичний	розумовий	змішаний
1	ГК-ЛП чол. (n=10)	10	30	60
2	ГК-ТП чол. (n=10)	50 ^t	0	50
3	ХК-ЛП чол. (n=10)	40 [*]	0	60
4	ХК-ТП чол. (n=10)	20	0	80
p1-2		0,0667	0,0766	0,6585

Продовження табл. 3.1

p3-4		0,3420	1,0000	0,3420
p1-3		0,1387	0,0766	1,0000
p2-4		0,1766	1,0000	0,1766
1	ГК-ЛП жін. (n=10)	10	70	20
2	ГК-ТП жін. (n=10)	10	40*	50
3	ХК-ЛП жін. (n=10)	0	30 ^t	70
4	ХК-ТП жін. (n=10)	0	40*	60
p1-2		1,0000	0,1943	0,1766
p3-4		1,0000	0,6448	0,6448
p1-3		0,3185	0,0905	0,0374
p2-4		0,3185	1,0000	0,6585

Примітки: тут і в наступних таблицях розділу, ГК-ЛП – гостра кропив'янка легкий перебіг; ГК-ТП – гостра кропив'янка тяжкий перебіг; ХК-ЛП – хронічна кропив'янка легкий перебіг; ХК-ТП – хронічна кропив'янка тяжкий перебіг; p1-2, p3-4, p1-3, p2-4 – достовірність відмінностей показників між відповідними групами чоловіків або жінок; * – достовірність відмінностей відповідних показників між чоловіками та жінками на рівні $<0,05$; ^t – наявність тенденції відмінностей відповідних показників між чоловіками та жінками.

При порівнянні відсотку хворих із відповідним характером праці між чоловіками та жінками встановлено: у чоловіків із фізичним характером праці – достовірно ($p<0,05$) більший відсоток хворих на ХК/ЛП і тенденція ($p=0,067$) до більших значень відсотку хворих на ГК/ТП; у жінок із розумовим характером праці – достовірно ($p<0,05$ в обох випадках) більші відсотки хворих на ГК/ТП і хронічну кропив'янку тяжкого перебігу (ХК/ТП) та тенденція ($p=0,077$) до більших значень відсотку хворих на ХК/ЛП (див. табл. 3.1).

Серед хворих чоловіків, у яких розвиток симптомів кропив'янки ймовірно був пов'язаний із наявністю алергічної реакції відсоток хворих на ХК/ТП достовірно ($p<0,05$) більший порівняно з хворими на ГК/ТП і має тенденцію ($p=0,067$) до більшої величини порівняно з хворими на ХК/ЛП (табл. 3.2). У жінок з наявністю алергічної реакції встановлено незначну тенденцію ($p=0,077$) до

більшої величини відсотку хворих на ГК/ТП порівняно з ГК/ЛП (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Наявність алергічної реакції в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	10 (n=10)	0 (n=10)	0,3185
2	ГК-ТП	0 (n=10)	30 (n=10)	0,0766
3	ХК-ЛП	10 (n=10)	20 (n=10)	0,5390
4	ХК-ТП	50 (n=10)	50 (n=10)	1,0000
p1-2		0,3185	0,0766	
p3-4		0,0667	0,1766	
p1-3		1,0000	0,1534	
p2-4		0,0188	0,3734	

Примітка: тут і в наступних таблицях розділу, p – достовірність відмінностей показників між чоловіками та жінками.

При порівнянні відсотку хворих із наявністю алергічної реакції між відповідними групами чоловіків і жінок встановлено незначну тенденцію ($p=0,077$) до більших значень відсотку хворих на ГК/ТП жінок (див. табл. 3.2).

Серед хворих чоловіків, у яких розвиток симптомів кропив'янки ймовірно був пов'язаний із наявністю в анамнезі стресового фактору відсоток хворих на ХК/ТП має тенденцію ($p=0,067$) до більшої величини порівняно з хворими на ХК/ЛП (табл. 3.2). Між групами хворих жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей відсотків наявності в анамнезі стресового фактору (див. табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Наявність стресового фактору в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	40 (n=10)	60 (n=10)	0,3829
2	ГК-ТП	60 (n=10)	80 (n=10)	0,3420

Продовження табл. 3.3

3	ХК-ЛП	50 (n=10)	70 (n=10)	0,3734
4	ХК-ТП	90 (n=10)	90 (n=10)	1,0000
	p1-2	0,3829	0,3420	
	p3-4	0,0667	0,2783	
	p1-3	0,6585	0,6448	
	p2-4	0,1387	0,5390	

При порівнянні відсотків хворих із наявністю в анамнезі стресового фактору між відповідними групами чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей (див. табл. 3.3).

Між групами хворих чоловіків або жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей відсотків наявності в анамнезі температурного фактору (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Наявність температурного фактору в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	90 (n=10)	50 (n=10)	0,0667
2	ГК-ТП	90 (n=10)	80 (n=10)	0,5390
3	ХК-ЛП	80 (n=10)	80 (n=10)	1,0000
4	ХК-ТП	90 (n=10)	100 (n=10)	0,3185
	p1-2	1,0000	0,1766	
	p3-4	0,5390	0,1534	
	p1-3	0,5390	0,1766	
	p2-4	1,0000	0,1534	

При порівнянні відсотку хворих із наявністю температурного фактору між відповідними групами чоловіків і жінок встановлено тенденцію ($p=0,067$) до більших значень відсотку хворих на ГК/ЛП чоловіків (див. табл. 3.4).

Серед хворих чоловіків, у яких розвиток симптомів кропив'янки ймовірно був пов'язаний із наявністю фактору сезонності в анамнезі відсоток хворих на ХК/ЛП має незначну тенденцію ($p=0,077$) до більшої величини порівняно з

хворими на ГК/ЛП (табл. 3.5). У жінок з наявністю фактору сезонності в анамнезі встановлено достовірно ($p < 0,05$) більший відсоток хворих на ХК/ТП порівняно з хворими на ГК/ТП, а відсоток жінок хворих на ХК/ЛП має незначну тенденцію ($p = 0,077$) до більшої величини порівняно з хворими на ГК/ЛП (див. табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Наявність фактору сезонності в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	0 (n=10)	0 (n=10)	1,0000
2	ГК-ТП	10 (n=10)	0 (n=10)	0,3185
3	ХК-ЛП	30 (n=10)	30 (n=10)	1,0000
4	ХК-ТП	30 (n=10)	40 (n=10)	0,6448
p1-2		0,3185	1,0000	
p3-4		1,0000	0,6448	
p1-3		0,0766	0,0766	
p2-4		0,2783	0,0382	

При порівнянні відсотків хворих із наявністю в анамнезі фактору сезонності між відповідними групами чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей (див. табл. 3.5).

Серед хворих чоловіків, у яких розвиток симптомів кропив'янки ймовірно був пов'язаний із наявністю фактору вологості відсоток хворих на ХК/ЛП достовірно ($p < 0,05$ в обох випадках) більший порівняно з хворими на ХК/ТП і ГК/ЛП (табл. 3.6). У жінок з наявністю фактору вологості встановлено достовірно ($p < 0,05$) більший відсоток хворих на ГК/ЛП порівняно з ХК/ЛП (див. табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Наявність фактору вологості в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	30 (n=10)	60 (n=10)	0,1943

Продовження табл. 3.6

2	ГК-ТП	60 (n=10)	30 (n=10)	0,1943
3	ХК-ЛП	90 (n=10)	10 (n=10)	0,0022
4	ХК-ТП	30 (n=10)	40 (n=10)	0,6448
	p1-2	0,1943	0,1943	
	p3-4	0,0135	0,1387	
	p1-3	0,0135	0,0308	
	p2-4	0,1943	0,6448	

При порівнянні відсотку хворих із наявністю в анамнезі фактору вологості між відповідними групами чоловіків і жінок встановлено достовірно ($p < 0,01$) більше значення відсотку хворих на ХК/ЛП чоловіків (див. табл. 3.6).

Між групами хворих чоловіків або жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей відсотків наявності в анамнезі фактору повітря (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Наявність фактору повітря в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	0 (n=10)	0 (n=10)	1,0000
2	ГК-ТП	10 (n=10)	0 (n=10)	0,3185
3	ХК-ЛП	0 (n=10)	0 (n=10)	1,0000
4	ХК-ТП	0 (n=10)	0 (n=10)	1,0000
	p1-2	0,3185	1,0000	
	p3-4	1,0000	1,0000	
	p1-3	1,0000	1,0000	
	p2-4	0,3185	1,0000	

При порівнянні відсотків хворих із наявністю в анамнезі фактору повітря між відповідними групами чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей (див. табл. 3.7).

Між групами хворих чоловіків або жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей відсотків наявності в анамнезі фактору хімічної речови-

ни або косметики (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Наявність фактору хімічної речовини або косметики в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	20 (n=10)	50 (n=10)	0,1766
2	ГК-ТП	10 (n=10)	60 (n=10)	0,0308
3	ХК-ЛП	30 (n=10)	50 (n=10)	0,3734
4	ХК-ТП	40 (n=10)	50 (n=10)	0,6585
p1-2		0,5390	0,6585	
p3-4		0,6448	1,0000	
p1-3		0,6119	1,0000	
p2-4		0,1387	0,6585	

При порівнянні відсотку хворих із наявністю в анамнезі фактору хімічної речовини або косметики між відповідними групами чоловіків і жінок встановлено достовірно ($p < 0,05$) до більше значення відсотку хворих на ГК/ТП жінок (див. табл. 3.8).

Серед хворих жінок, у яких розвиток симптомів кропив'янки ймовірно був пов'язаний із наявністю фактору інсоляції відсоток хворих на ХК/ЛП достовірно ($p < 0,05$) більший порівняно з хворими на ГК/ЛП, а у хворих на ХК/ТП має незначну тенденцію ($p = 0,077$) до більшої величини порівняно з хворими на ГК/ТП (табл. 3.9). Між групами хворих чоловіків не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей відсотків наявності в анамнезі фактору інсоляції (див. табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Наявність фактору інсоляції в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	10 (n=10)	10 (n=10)	1,0000
2	ГК-ТП	40 (n=10)	0 (n=10)	0,0382

Продовження табл. 3.9

3	ХК-ЛП	30 (n=10)	60 (n=10)
4	ХК-ТП	20 (n=10)	30 (n=10)
p1-2	0,1387	0,3185	
p3-4	0,6119	0,1943	
p1-3	0,2783	0,0308	
p2-4	0,3420	0,0766	

При порівнянні відсотку хворих із наявністю фактору інсоляції між відповідними групами чоловіків і жінок встановлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення відсотку хворих на ГК/ТП чоловіків (див. табл. 3.9).

Між групами хворих жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей відсотків наявності в анамнезі фактору гормональних змін (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Наявність фактору гормональних змін в українських жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Жінки
1	ГК-ЛП	10 (n=10)
2	ГК-ТП	20 (n=10)
3	ХК-ЛП	30 (n=10)
4	ХК-ТП	20 (n=10)
p1-2		0,5390
p3-4		0,6119
p1-3		0,2783
p2-4		1,0000

Серед хворих жінок, у яких розвиток симптомів кропив'янки ймовірно був пов'язаний із наявністю фактору прийому ліків, відсоток хворих на ГК/ТП достовірно ($p < 0,05$) більший порівняно з хворими на ГК/ЛП (табл. 3.11). Між групами хворих чоловіків не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей відсотків наявності в анамнезі фактору прийому ліків (див. табл. 3.11).

При порівнянні відсотку хворих із наявністю фактору прийому ліків між

відповідними групами чоловіків і жінок встановлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення відсотку хворих на ГК/ТП жінок (див. табл. 3.11).

Таблиця 3.11

Наявність фактору прийому ліків в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	20 (n=10)	0 (n=10)	0,1534
2	ГК-ТП	0 (n=10)	40 (n=10)	0,0382
3	ХК-ЛП	0 (n=10)	0 (n=10)	1,0000
4	ХК-ТП	20 (n=10)	10 (n=10)	0,5390
p1-2		0,1534	0,0382	
p3-4		0,1534	0,3185	
p1-3		0,1534	1,0000	
p2-4		0,1534	0,1387	

Між групами хворих чоловіків або жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей відсотків наявності в анамнезі харчового фактору (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Наявність харчового фактору в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	20 (n=10)	20 (n=10)	1,0000
2	ГК-ТП	50 (n=10)	30 (n=10)	0,3734
3	ХК-ЛП	50 (n=10)	30 (n=10)	0,3734
4	ХК-ТП	50 (n=10)	50 (n=10)	1,0000
p1-2		0,1766	0,6119	
p3-4		1,0000	0,3734	
p1-3		0,1766	0,6119	
p2-4		1,0000	0,3734	

При порівнянні відсотків хворих із наявністю в анамнезі харчового фактору між відповідними групами чоловіків і жінок не встановлено достовірних

або тенденцій відмінностей (див. табл. 3.12).

Між групами хворих чоловіків або жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей відсотків наявності в анамнезі фактору шкідливих звичок (табл. 3.13).

Таблиця 3.13

Наявність шкідливих звичок в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Шкідливі звички		
		відсутні	паління	алкоголь
1	ГК-ЛП чол. (n=10)	30	70*	0
2	ГК-ТП чол. (n=10)	20	80*	0
3	ХК-ЛП чол. (n=10)	20	80**	0
4	ХК-ТП чол. (n=10)	20	80**	0
p1-2		0,6119	0,6119	1,0000
p3-4		1,0000	1,0000	1,0000
p1-3		0,6119	0,6119	1,0000
p2-4		1,0000	1,0000	1,0000
1	ГК-ЛП жін. (n=10)	90*	10	0
2	ГК-ТП жін. (n=10)	80*	20	0
3	ХК-ЛП жін. (n=10)	100**	0	0
4	ХК-ТП жін. (n=10)	90**	10	0
p1-2		0,5390	0,5390	1,0000
p3-4		0,3185	0,3185	1,0000
p1-3		0,3185	0,3185	1,0000
p2-4		0,5390	0,5390	1,0000

Примітка: ** – достовірність відмінностей відповідних показників між чоловіками та жінками на рівні $<0,01$.

При порівнянні відсотку хворих із наявністю фактору шкідливих звичок між відповідними групами чоловіків і жінок встановлено достовірно ($p<0,05-0,01$) більші значення відсотку відсутності даних звичок в усіх групах хворин на кропив'янку жінок і достовірно ($p<0,05-0,01$) більші значення відсотку паління в усіх групах хворих на кропив'янку чоловіків (див. табл. 3.13).

Між групами хворих чоловіків або жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей відсотків наявності в анамнезі фактору обтяженої спадковості (табл. 3.14).

Таблиця 3.14

Наявність обтяженої спадковості в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	0 (n=10)	0 (n=10)	1,0000
2	ГК-ТП	0 (n=10)	0 (n=10)	1,0000
3	ХК-ЛП	0 (n=10)	10 (n=10)	0,3185
4	ХК-ТП	0 (n=10)	0 (n=10)	1,0000
p1-2		1,0000	1,0000	
p3-4		1,0000	0,3185	
p1-3		1,0000	0,3185	
p2-4		1,0000	1,0000	

При порівнянні відсотків хворих із наявністю в анамнезі фактору обтяженої спадковості між відповідними групами чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей (див. табл. 3.14).

Між групами хворих чоловіків або жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей відсотків наявності свербіжів (табл. 3.15).

Таблиця 3.15

Наявність свербіжів в ділянці ураження шкіри в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	100 (n=10)	100 (n=10)	1,0000
2	ГК-ТП	100 (n=10)	100 (n=10)	1,0000
3	ХК-ЛП	100 (n=10)	100 (n=10)	1,0000
4	ХК-ТП	100 (n=10)	100 (n=10)	1,0000
p1-2		1,0000	1,0000	
p3-4		1,0000	1,0000	
p1-3		1,0000	1,0000	
p2-4		1,0000	1,0000	

При порівнянні відсотків хворих із наявністю свербіжів між відповідними групами чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей (див. табл. 3.15).

В українських жінок із наявністю печіння в ділянці ураження шкіри відсоток хворих на ГК/ТП достовірно ($p < 0,01$) більший порівняно з хворими на ГК/ЛП (табл. 3.16).

Таблиця 3.16

Наявність печіння в ділянці ураження шкіри в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	60 (n=10)	60 (n=10)	1,0000
2	ГК-ТП	90 (n=10)	80 (n=10)	0,5390
3	ХК-ЛП	50 (n=10)	30 (n=10)	0,3734
4	ХК-ТП	80 (n=10)	100 (n=10)	0,1534
p1-2		0,1387	0,3420	
p3-4		0,1766	0,0041	
p1-3		0,6585	0,1943	
p2-4		0,5390	0,1534	

При порівнянні відсотків хворих із наявністю печіння в ділянці ураження шкіри між відповідними групами чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей (див. табл. 3.16).

В українських чоловіків із наявністю болю в ділянці ураження шкіри відсоток хворих на ГК/ТП і ХК/ТП достовірно ($p < 0,05-0,01$) більший порівняно з хворими на ГК/ЛП і ХК/ЛП (табл. 3.17). У жінок з наявністю болю в ділянці ураження шкіри також встановлено достовірно ($p < 0,01$ в обох випадках) більші величини відсотку хворих на ГК/ТП і ХК/ТП порівняно з хворими на ГК/ЛП і ХК/ЛП (див. табл. 3.17).

При порівнянні відсотків хворих із наявністю болю в ділянці ураження шкіри між відповідними групами чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей (див. табл. 3.17).

В українських чоловіків із наявністю локалізації ураження шкіри на воло-

Таблиця 3.17

Наявність болю в ділянці ураження шкіри в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	0 (n=10)	0 (n=10)	1,0000
2	ГК-ТП	60 (n=10)	70 (n=10)	0,6448
3	ХК-ЛП	10 (n=10)	0 (n=10)	0,3185
4	ХК-ТП	70 (n=10)	60 (n=10)	0,6448
p1-2		0,0090	0,0041	
p3-4		0,0135	0,0090	
p1-3		0,3185	1,0000	
p2-4		0,6448	0,6448	

систій частині голови відсоток хворих на ХК/ТП достовірно ($p < 0,05$) більший порівняно з хворими на ГК/ТП (табл. 3.18). У жінок з наявністю локалізації ураження шкіри на волосистій частині голови встановлено достовірно ($p < 0,05$) більший відсоток хворих на ГК/ТП порівняно з хворими на ГК/ЛП (табл. 3.18).

Таблиця 3.18

Локалізація ураження шкіри на волосистій частині голови в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	10 (n=10)	0 (n=10)	0,3185
2	ГК-ТП	0 (n=10)	40 (n=10)	0,0382
3	ХК-ЛП	10 (n=10)	10 (n=10)	1,0000
4	ХК-ТП	40 (n=10)	20 (n=10)	
p1-2		0,3185	0,0382	
p3-4		0,1387	0,5390	
p1-3		1,0000	0,3185	
p2-4		0,0382	0,3420	

При порівнянні відсотку хворих із наявністю локалізації ураження шкіри на волосистій частині голови між відповідними групами чоловіків і жінок встановлено достовірно ($p < 0,05$) більший відсоток хворих на ГК/ТП жінок (див.

табл. 3.18).

В українських чоловіків із наявністю локалізації ураження шкіри на обличчі відсоток хворих на ХК/ТП має тенденцію ($p=0,067$) до більших значень порівняно з хворими на ГК/ТП (табл. 3.19). Між групами хворих жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей відсотків наявності локалізації ураження шкіри на обличчі (див. табл. 3.19).

Таблиця 3.19

Локалізація ураження шкіри на обличчі в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	10 (n=10)	40 (n=10)	0,1387
2	ГК-ТП	40 (n=10)	80 (n=10)	0,0845
3	ХК-ЛП	50 (n=10)	60 (n=10)	0,6585
4	ХК-ТП	50 (n=10)	70 (n=10)	0,3734
p1-2		0,1387	0,0845	
p3-4		1,0000	0,6448	
p1-3		0,0667	0,3829	
p2-4		0,6585	0,6119	

При порівнянні відсотків хворих із наявністю ураження шкіри на обличчі між відповідними групами чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей (див. табл. 3.19).

В українських чоловіків із наявністю локалізації ураження на слизовій оболонці відсоток хворих на ГК/ТП достовірно ($p<0,05$) більший порівняно з хворими на ГК/ЛП (табл. 3.20). У жінок із наявністю локалізації ураження на слизовій оболонці відсоток хворих на ГК/ТП також достовірно ($p<0,01$) більший порівняно з хворими на ГК/ЛП (див. табл. 3.20).

При порівнянні відсотків хворих із наявністю локалізації ураження на слизовій оболонці між відповідними групами чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей (див. табл. 3.20).

Між групами хворих чоловіків або жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей відсотків наявності локалізації ураження шкіри на тулу-

бі (табл. 3.21).

Таблиця 3.20

Локалізація ураження шкіри на слизовій оболонці в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	0 (n=10)	0 (n=10)	1,0000
2	ГК-ТП	40 (n=10)	60 (n=10)	0,3829
3	ХК-ЛП	10 (n=10)	10 (n=10)	1,0000
4	ХК-ТП	40 (n=10)	40 (n=10)	1,0000
p1-2		0,0382	0,0090	
p3-4		0,1387	0,1387	
p1-3		0,3185	0,3185	
p2-4		1,0000	0,3829	

Таблиця 3.21

Локалізація ураження шкіри на тулубі в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	80 (n=10)	60 (n=10)	0,3420
2	ГК-ТП	80 (n=10)	90 (n=10)	0,5390
3	ХК-ЛП	90 (n=10)	70 (n=10)	0,2783
4	ХК-ТП	100 (n=10)	80 (n=10)	0,1534
p1-2		1,0000	0,1387	
p3-4		0,3185	0,6119	
p1-3		0,5390	0,6448	
p2-4		0,1534	0,5390	

При порівнянні відсотків хворих із наявністю локалізації ураження шкіри на тулубі між відповідними групами чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей (див. табл. 3.21).

В українських чоловіків із наявністю локалізації ураження шкіри на кінцівках відсоток хворих на ХК/ТП достовірно ($p < 0,05$) більший порівняно з хворими на ХК/ЛП (табл. 3.22). У жінок із наявністю локалізації ураження шкіри

на кінцівках встановлено достовірно ($p < 0,05$) більшу величину відсотку хворих на ГК/ЛП порівняно з ХК/ЛП (див. табл. 3.22).

Таблиця 3.22

Локалізація ураження шкіри на кінцівках в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	90 (n=10)	80 (n=10)	0,5390
2	ГК-ТП	90 (n=10)	60 (n=10)	0,1387
3	ХК-ЛП	60 (n=10)	30 (n=10)	0,1943
4	ХК-ТП	100 (n=10)	70 (n=10)	0,0766
p1-2		1,0000	0,3420	
p3-4		0,0382	0,0905	
p1-3		0,1387	0,0374	
p2-4		0,3185	0,6448	

При порівнянні відсотку хворих із наявністю локалізації ураження шкіри на кінцівках між відповідними групами чоловіків і жінок встановлено незначну тенденцію ($p = 0,077$) до більших значень відсотку хворих на ХК/ТП чоловіків (див. табл. 3.22).

Між групами хворих чоловіків або жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей відсотків наявності уртикарних плям на шкірі (табл. 3.23).

Таблиця 3.23

Наявність уртикарних плям на шкірі в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	100 (n=10)	100 (n=10)	1,0000
2	ГК-ТП	100 (n=10)	100 (n=10)	1,0000
3	ХК-ЛП	100 (n=10)	90 (n=10)	0,3185
4	ХК-ТП	100 (n=10)	100 (n=10)	1,0000
p1-2		1,0000	1,0000	
p3-4		1,0000	0,3185	
p1-3		1,0000	0,3185	
p2-4		1,0000	1,0000	

При порівнянні відсотків хворих із наявністю уртикарних плям на шкірі між відповідними групами чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей (див. табл. 3.23).

В українських чоловіків із наявністю ангіонабряку шкіри відсоток хворих на ГК/ТП і ХК/ТП достовірно ($p < 0,05-0,01$) більший порівняно з хворими на ГК/ЛП і ХК/ЛП (табл. 3.24). У жінок з наявністю ангіонабряку шкіри також встановлено достовірно ($p < 0,01$ в обох випадках) більший відсоток хворих на ГК/ТП і ХК/ТП порівняно з хворими на ГК/ЛП і ХК/ЛП (див. табл. 3.24).

Таблиця 3.24

Наявність ангіонабряку шкіри в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	30 (n=10)	10 (n=10)	0,2783
2	ГК-ТП	100 (n=10)	90 (n=10)	0,3185
3	ХК-ЛП	40 (n=10)	20 (n=10)	0,3420
4	ХК-ТП	90 (n=10)	100 (n=10)	0,3185
p1-2		0,0041	0,0022	
p3-4		0,0308	0,0018	
p1-3		0,6448	0,5390	
p2-4		0,3185	0,3185	

При порівнянні відсотків хворих із наявністю ангіонабряку шкіри між відповідними групами чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей (див. табл. 3.24).

Між групами хворих чоловіків або жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей відсотків наявності червоного стійкого дермографізму (табл. 3.25).

При порівнянні відсотків хворих із наявністю червоного стійкого дермографізму між відповідними групами чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей (див. табл. 3.25).

Серед хворих чоловіків встановлено достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більше значення дерматологічного індексу якості життя у хворих на ГК/ТП і

Таблиця 3.25

Наявність червоного стійкого дермографізму в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (%).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	90 (n=10)	100 (n=10)	0,3185
2	ГК-ТП	100 (n=10)	100 (n=10)	1,0000
3	ХК-ЛП	100 (n=10)	100 (n=10)	1,0000
4	ХК-ТП	100 (n=10)	100 (n=10)	1,0000
p1-2		0,3185	1,0000	
p3-4		1,0000	1,0000	
p1-3		0,3185	1,0000	
p2-4		1,0000	1,0000	

ХК/ТП порівняно з хворими на ГК/ЛП і ХК/ЛП (табл. 3.26). У хворих жінок також встановлено достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більше значення дерматологічного індексу якості життя у хворих на ГК/ТП і ХК/ТП порівняно з хворими на ГК/ЛП і ХК/ЛП (див. табл. 3.26).

Таблиця 3.26

Дерматологічний індекс якості життя в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку (бали, $M \pm \sigma$).

Групи обстеження		Чоловіки	Жінки	p
1	ГК-ЛП	7,600 $\pm$ 2,066	8,100 $\pm$ 2,514	>0,05
2	ГК-ТП	17,70 $\pm$ 4,97	20,30 $\pm$ 3,53	>0,05
3	ХК-ЛП	9,400 $\pm$ 2,221	9,000 $\pm$ 2,667	>0,05
4	ХК-ТП	18,80 $\pm$ 4,85	22,80 $\pm$ 3,49	<0,05
p1-2		<0,001	<0,001	
p3-4		<0,001	<0,001	
p1-3		>0,05	>0,05	
p2-4		>0,05	>0,05	

При порівнянні величини дерматологічного індексу якості життя між відповідними групами чоловіків і жінок встановлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення даного показника у хворих на ХК/ТП жінок (див. табл. 3.26).

3.2. Особливості кореляцій між величиною дерматологічного індексу якості життя та клініко-анамнестичними й дерматологічними показниками в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку

У чоловіків із ГК/ЛП встановлені наступні достовірні сильні та середньої сили недостовірні (враховували, оскільки при поділі на різні групи хворих на кропив'янку кількість спостережень дорівнювала 10) кореляції між величиною дерматологічного індексу якості життя та клініко-анамнестичними показниками (табл. 3.27): сильний прямий зв'язок – із наявністю або відсутністю шкідливих звичок ($r=0,82$); середньої сили прямі зв'язки – з наявністю або відсутністю алергічних реакцій ($r=0,42$), з наявністю або відсутністю фактору впливу температури на шкіру ($r=0,36$), з наявністю або відсутністю фактору впливу інсоляції на шкіру ($r=0,42$), з наявністю або відсутністю фактору впливу їжі на шкіру ($r=0,45$), з наявністю або відсутністю локалізації ураження шкіри на тулубі ($r=0,31$) та з наявністю або відсутністю локалізації ураження шкіри на кінцівках ($r=0,54$); середньої сили зворотні зв'язки – з наявністю або відсутністю печіння в ділянці ураження шкіри ($r=-0,58$), з наявністю або відсутністю локалізації ураження шкіри на обличчі ($r=-0,36$), з наявністю або відсутністю ангіонабряку шкіри ($r=-0,31$) та наявністю або відсутністю червоного стійкого демографізму шкіри ($r=-0,42$).

Таблиця 3.27

Кореляції між величиною дерматологічного індексу якості життя та клініко-анамнестичними й дерматологічними показниками в українських чоловіків і жінок хворих на кропив'янку.

Групи Показники	Чоловіки				Жінки			
	ГК-ЛП (n=10)	ГК-ТП (n=10)	ХК-ЛП (n=10)	ХК-ТП (n=10)	ГК-ЛП (n=10)	ГК-ТП (n=10)	ХК-ЛП (n=10)	ХК-ТП (n=10)
HAR-PR	0,12	0,14	-0,15	0,44	0,62	0,60	0,24	0,25
AL-RE	0,42		-0,06	-0,73		0,15	-0,05	0,43

Продовження табл. 3.27

F-V-SHK1	-0,15	-0,22	0,48	0,52	-0,22	-0,57	0,71	0,47
F-V-SHK2	0,36	-0,23	0,74	0,41	0,46	0,22	-0,05	
F-V-SHK3		-0,35	0,12	0,08			-0,04	-0,40
F-V-SHK4	0,20	0,14	0,06	-0,34	0,61	-0,31	-0,12	0,43
F-V-SHK5		-0,35						
F-V-SHK6	0,27	-0,35	-0,20	0,25	-0,35	0,00	0,32	-0,39
F-V-SHK7	0,42	0,00	-0,12	0,31	-0,12		0,00	-0,31
F-V-SHK8					0,23	0,09	-0,31	-0,13
F-V-SHK9	0,04			-0,44		0,36		0,30
F-V-SHK10	0,45	-0,49	0,33	-0,45	0,04	-0,57	-0,31	-0,11
SCH-Z	0,82	0,22	-0,37	0,17	-0,29	-0,13		0,30
SPAD							-0,12	
SVERB								
PECHIN	-0,58	0,00	-0,04	0,35	0,18	0,22	-0,31	
BIL		0,11	0,43	0,15		0,19		-0,07
LOK-VCG	-0,06		0,43	0,39		0,14	-0,42	0,22
LOC-OBL	-0,36	0,32	-0,11	-0,21	0,04	-0,18	0,55	-0,54
LOC-SL		0,11	-0,06	-0,18		-0,04	-0,12	-0,40
LOK-TUL	0,31	0,26	-0,56		-0,75	-0,23	0,43	0,13
LOK-KIN	0,54	0,53	0,08		-0,18	-0,36	0,24	-0,27
U-PL							0,12	
ANG-SHK	-0,31		0,00	-0,17	-0,47	-0,23	0,32	
DERMOG	-0,42							

Примітки: ГК-ЛП – гостра кропив'янка легкий перебіг; ГК-ТП – гостра кропив'янка тяжкий перебіг; ХК-ЛП – хронічна кропив'янка легкий перебіг; ХК-ТП – хронічна кропив'янка тяжкий перебіг; HAR-PR – характер праці (фізичний 1, розумовий 2, змішаний 3); AL-RE – алергічна реакція (нема 1, є 2); F-V-SHK1 – фактор впливу стресу на шкіру (нема 1, є 2); F-V-SHK2 – фактор впливу температури на шкіру (нема 1, є 2); F-V-SHK3 – фактор впливу сезонності на шкіру (нема 1, є 2); F-V-SHK4 – фактор впливу вологості на шкіру (нема 1, є 2); F-V-SHK5 – фактор впливу повітря на шкіру (нема 1, є 2); F-V-SHK6 – фактор впливу хімічної речовини або косметики на шкіру (нема 1, є 2); F-V-SHK7 – фактор впливу інсоляції на шкіру (нема 1, є 2); F-V-SHK8 – фактор впливу ли-

ше у жінок гормональних змін на шкіру (нема 1, є 2); F-V-SHK9 – фактор впливу ліків на шкіру (нема 1, є 2); F-V-SHK10 – фактор впливу їжі на шкіру (нема 1, є 2); SCH-Z – шкідливі звички (нема 1, куріння 2, алкоголь 3); SPAD – спадковість (необтяжена 1, обтяжена 2); SVERB – свербіж (нема 1, є 2); PЕCHIN – печіння (нема 1, є 2); BIL – біль (нема 1, є 2); LOK-VCG – локалізація волосистої частини голови (нема 1, є 2); LOK-OBL – локалізація обличчя (нема 1, є 2); LOK-SL – локалізація слизові (нема 1, є 2); LOK-TUL – локалізація тулуб (нема 1, є 2); LOK-KIN – локалізація кінцівки (нема 1, є 2); UR-PL – уртикарні плями (нема 1, є 2); ANG-SHK – ангіонабряк шкіри (нема 1, є 2); DERMOG – червоний стійкий демографізм (нема 1, є 2); помаранчевим фоном виділені прямі сильні достовірні зв'язки; жовтим фоном виділені прямі середньої сили недостовірні зв'язки; синім фоном виділені зворотні сильні достовірні зв'язки; зеленим фоном виділені зворотні середньої сили недостовірні зв'язки.

У чоловіків із ГК/ТП встановлені наступні середньої сили недостовірні кореляції між величиною дерматологічного індексу якості життя та клініко-анамнестичними показниками (див. табл. 3.27): середньої сили прямі зв'язки – з наявністю або відсутністю локалізації ураження шкіри на обличчі ($r=0,32$) та з наявністю або відсутністю локалізації ураження шкіри на кінцівках ($r=0,53$); середньої сили зворотні зв'язки – з наявністю або відсутністю фактору впливу сезонності на шкіру ($r=-0,35$), з наявністю або відсутністю фактору впливу повітря на шкіру ($r=-0,35$), з наявністю або відсутністю фактору впливу хімічної речовини або косметики на шкіру ($r=-0,35$) та з наявністю або відсутністю фактору впливу їжі на шкіру ($r=-0,49$).

У чоловіків із ХК/ЛП встановлені наступні достовірні та середньої сили недостовірні кореляції між величиною дерматологічного індексу якості життя та клініко-анамнестичними показниками (див. табл. 3.27): сильний прямий зв'язок – із наявністю або відсутністю фактору впливу температури на шкіру ($r=0,74$); середньої сили прямі зв'язки – з наявністю або відсутністю фактору впливу стресу на шкіру ($r=0,48$), з наявністю або відсутністю фактору впливу їжі на шкіру

($r=0,33$), з наявністю або відсутністю болю в ділянці ураження шкіри ($r=0,43$) та з наявністю або відсутністю локалізації ураження шкіри у волосистій частині голови ($r=0,43$); середньої сили зворотні зв'язки – з наявністю або відсутністю шкідливих звичок ($r=-0,37$) та з наявністю або відсутністю локалізації ураження шкіри на тулубі ($r=-0,56$).

У чоловіків із ХК/ТП встановлені наступні достовірні та середньої сили недостовірні кореляції між величиною дерматологічного індексу якості життя та клініко-анамнестичними показниками (див. табл. 3.27): сильний зворотній зв'язок – із наявністю або відсутністю алергічних реакцій ($r=-0,73$); середньої сили прямі зв'язки – з характером праці ($r=0,44$), з наявністю або відсутністю фактору впливу стресу на шкіру ($r=0,52$), з наявністю або відсутністю фактору впливу температури на шкіру ($r=0,41$), з наявністю або відсутністю фактору впливу інсоляції на шкіру ($r=0,31$), з наявністю або відсутністю печіння в ділянці ураження шкіри ($r=0,35$) та з наявністю або відсутністю локалізації ураження шкіри у волосистій частині голови ($r=0,39$); середньої сили зворотні зв'язки – з наявністю або відсутністю фактору впливу вологості на шкіру ($r=-0,34$), з наявністю або відсутністю фактору впливу ліків на шкіру ($r=-0,44$) та з наявністю або відсутністю фактору впливу їжі на шкіру ($r=-0,45$).

У жінок із ГК/ЛП встановлені наступні достовірні та сильні й середньої сили недостовірні кореляції між величиною дерматологічного індексу якості життя та клініко-анамнестичними показниками (див. табл. 3.27): сильний достовірний зворотній зв'язок – із наявністю або відсутністю локалізації ураження шкіри на тулубі ($r=-0,75$); сильні недостовірні прямі зв'язки – з характером праці ($r=0,62$) та з наявністю або відсутністю фактору впливу вологості на шкіру ($r=0,61$); середньої сили прямий зв'язок – з наявністю або відсутністю фактору впливу температури на шкіру ($r=0,46$); середньої сили зворотні зв'язки – з наявністю або відсутністю фактору впливу хімічної речовини або косметики на шкіру ($r=-0,35$) та з наявністю або відсутністю ангіонабряку шкіри ($r=-0,47$).

У жінок із ГК/ТП встановлені наступні сильні й середньої сили недостовірні кореляції між величиною дерматологічного індексу якості життя та клініко-анам-

нестичними показниками (див. табл. 3.27): сильний недостовірний прямий зв'язок – із характером праці ($r=0,60$); середньої сили прямий зв'язок – із наявністю або відсутністю фактору впливу ліків на шкіру ($r=0,36$); середньої сили зворотні зв'язки – з наявністю або відсутністю фактору впливу стресу на шкіру ($r=-0,57$), з наявністю або відсутністю фактору впливу вологості на шкіру ($r=-0,31$), з наявністю або відсутністю фактору впливу їжі на шкіру ($r=-0,57$) та з наявністю або відсутністю локалізації ураження шкіри на кінцівках ($r=-0,36$).

У жінок із ХК/ЛП встановлені наступні достовірні та середньої сили недостовірні кореляції між величиною дерматологічного індексу якості життя та клініко-анамнестичними показниками (див. табл. 3.27): сильний прямий зв'язок – із наявністю або відсутністю фактору впливу стресу на шкіру ($r=0,71$); середньої сили прямі зв'язки – з наявністю або відсутністю фактору впливу хімічної речовини або косметики на шкіру ($r=0,32$), з наявністю або відсутністю локалізації ураження шкіри на обличчі ($r=0,55$), з наявністю або відсутністю локалізації ураження шкіри на тулубі ($r=0,43$) та з наявністю або відсутністю ангіонабряку шкіри ($r=0,32$); середньої сили зворотні зв'язки – з наявністю або відсутністю лише у жінок фактору впливу гормональних змін на шкіру ($r=-0,31$), з наявністю або відсутністю фактору впливу їжі на шкіру ($r=-0,31$), з наявністю або відсутністю печіння в ділянці ураження шкіри ($r=-0,31$) та з наявністю або відсутністю локалізації ураження шкіри у волосистій частині голови ($r=-0,42$).

У жінок із ХК/ТП встановлені наступні достовірні та середньої сили недостовірні кореляції між величиною дерматологічного індексу якості життя та клініко-анамнестичними показниками (див. табл. 3.27): середньої сили прямі зв'язки – з наявністю або відсутністю алергічних реакцій ($r=0,43$), з наявністю або відсутністю фактору впливу стресу на шкіру ($r=0,47$), з наявністю або відсутністю фактору впливу вологості на шкіру ($r=0,43$), з наявністю або відсутністю фактору впливу ліків на шкіру ($r=0,30$) та з наявністю або відсутністю шкідливих звичок ($r=0,30$); середньої сили зворотні зв'язки – з наявністю або відсутністю фактору впливу сезонності на шкіру ($r=-0,40$), з наявністю або відсутністю фактору впливу хімічної речовини або косметики на шкіру ($r=-0,39$), з наявністю або

відсутністю фактору впливу інсоляції на шкіру ($r=-0,31$), з наявністю або відсутністю локалізації ураження шкіри на обличчі ($r=-0,54$) та з наявністю або відсутністю локалізації ураження шкіри на слизовій оболонці ($r=-0,40$).

Таким чином, нами встановленні особливості клініко-анамнестичних і дерматологічних показників у хворих на гостру або хронічну кропив'янку легкого та тяжкого перебігу українських чоловіків і жінок та зв'язків даних показників із величиною дерматологічного індексу якості життя.

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами в двох статтях у фахових наукових журналах України [17, 18].

РОЗДІЛ 4

ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ І СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ В УКРАЇНСЬКИХ ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК ХВОРИХ НА ГОСТРУ ТА ХРОНІЧНУ КРОПИВ'ЯНКУ ЛЕГКОГО ТА ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ

4.1. Особливості тотальних і парціальних розмірів тіла

Встановлено, що *маса тіла* достовірно більша або має виражену тенденцію до більших значень у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($83,40 \pm 15,74$ кг, $p=0,057$), ГК/ТП ($90,70 \pm 14,67$ кг, $p<0,001$) і ХК/ЛП ($81,20 \pm 9,76$ кг, $p<0,05$) порівняно зі здоровими чоловіками ($73,68 \pm 10,40$ кг) (рис. 4.1, табл. В.1). Величина даного показника достовірно більша або має виражену тенденцію до більших значень у жінок хворих на ГК/ЛП ($78,90 \pm 18,94$ кг, $p<0,001$), ГК/ТП ($63,70 \pm 7,99$ кг, $p=0,059$), ХК/ЛП ($77,00 \pm 16,87$ кг, $p<0,001$) та ХК/ТП ($70,40 \pm 13,12$ кг, $p<0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($58,35 \pm 8,22$ кг) (див. рис. 4.1, табл. В.1). Крім того, величина маси тіла має виражену тенденцію до більших значень ($p=0,053$) у жінок хворих на ГК/ЛП порівняно з жінками хворими на ГК/ТП (див. рис. 4.1, табл. В.1).

При порівнянні маси тіла між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлено лише достовірно більше значення у чоловіків хворих на ГК/ТП ($p<0,001$) (див. рис. 4.1, табл. В.1).

Довжина тіла достовірно більша лише у чоловіків хворих на ГК/ТП ($182,3 \pm 4,3$ см, $p<0,001$) порівняно зі здоровими чоловіками ($177,2 \pm 6,5$ см) (рис. 4.2, див. табл. В.1). Величина даного показника має тенденції до більших значень у жінок хворих на ГК/ЛП ($168,6 \pm 4,9$ см, $p=0,055$) і ХК/ЛП ($168,8 \pm 7,2$ см, $p=0,065$) порівняно зі здоровими жінками ($164,9 \pm 6,1$ см) (див. рис. 4.2, табл. В.1). Крім того, величина довжини тіла достовірно більша ($p<0,05$) у чоловіків

хворих на ГК/ТП порівняно з чоловіками хворими на ХК/ТП ($176,2 \pm 5,7$ см) та має тенденцію до більших значень ($p=0,070$) у чоловіків хворих на ГК/ТП порівняно з чоловіками хворими на ГК/ЛП ($177,0 \pm 7,3$ см) (див. рис. 4.2, табл. В.1).

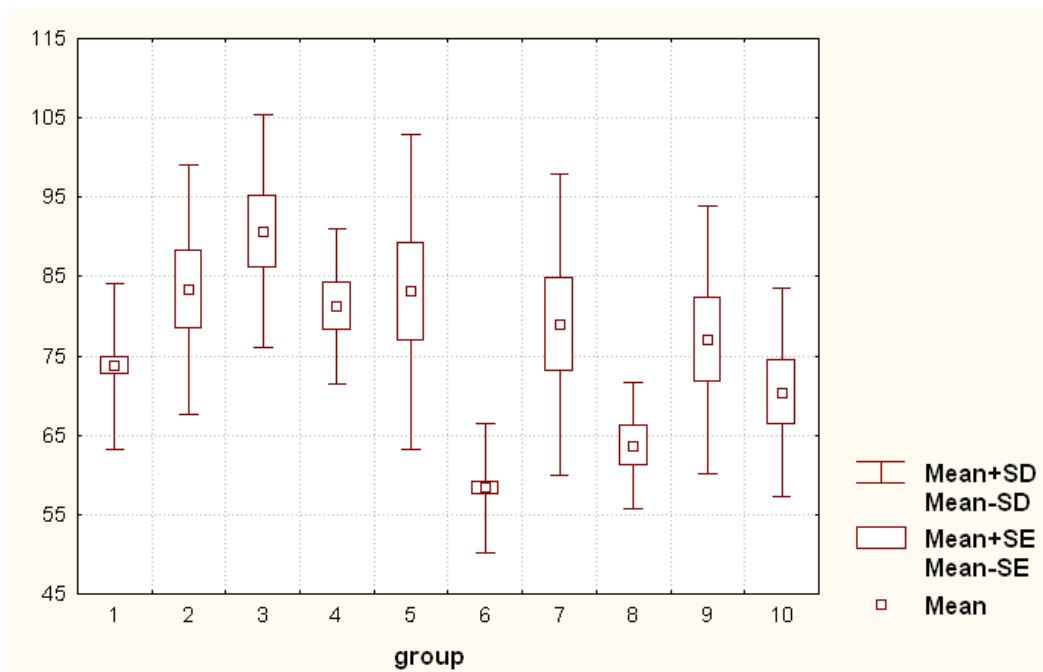


Рис. 4.1. Маса тіла у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (кг). На даному та в подібних рисунках розділу: 1 – здорові чоловіки; 2 – хворі на гостру кропив'янку легкого перебігу чоловіки; 3 – хворі на гостру кропив'янку тяжкого перебігу чоловіки; 4 – хворі на хронічну кропив'янку легкого перебігу чоловіки; 5 – хворі на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу чоловіки; 6 – здорові жінки; 7 – хворі на гостру кропив'янку легкого перебігу жінки; 8 – хворі на гостру кропив'янку тяжкого перебігу жінки; 9 – хворі на хронічну кропив'янку легкого перебігу жінки; 10 – хворі на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу жінки; group – відповідні групи обстежених чоловіків і жінок; Mean – середнє значення; Mean±SE – середнє значення ± помилка середньої; Mean±SD – середнє значення ± стандартне відхилення.

При порівнянні довжини тіла між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення ($p<0,05-0,001$) у чоловіків хворих на ГК/ЛП, ГК/ТП (у жінок $164,7 \pm 7,4$ см), ХК/ЛП (у чоловіків $178,1 \pm 3,7$ см) і ХК/ТП (у жінок $167,6 \pm 4,7$ см) (див. рис. 4.2, табл. В.1).

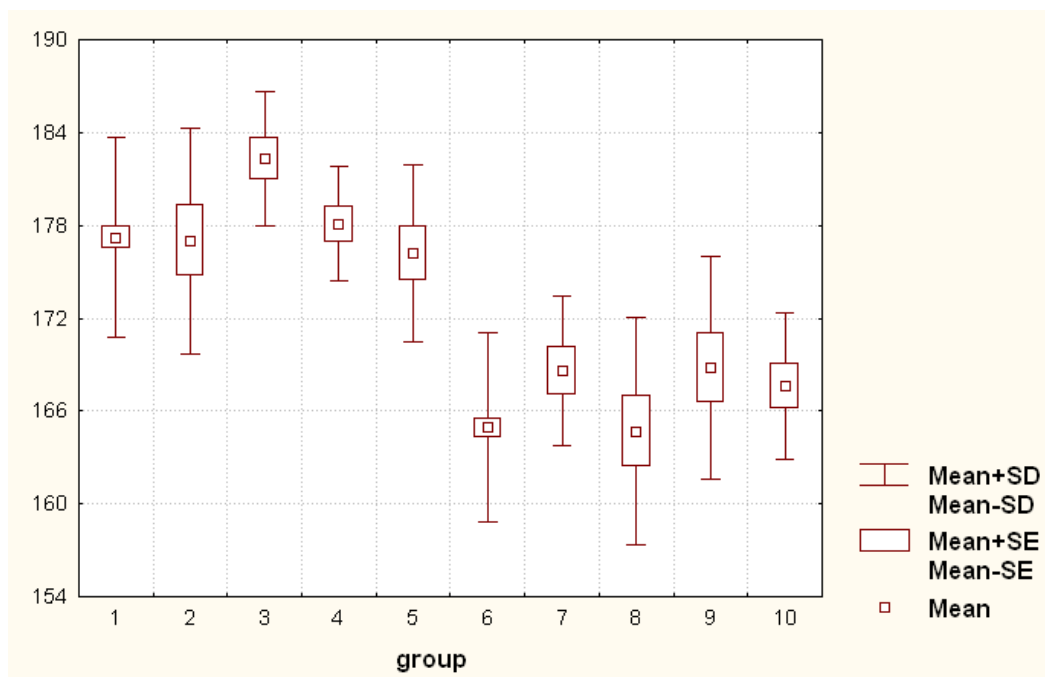


Рис. 4.2. Довжина тіла у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

Встановлено, що *висота надгруднинної антропометричної точки* достовірно більша лише у чоловіків хворих на ГК/ТП ($151,1 \pm 6,3$ см, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими чоловіками ($143,8 \pm 6,1$ см) (рис. 4.3, табл. В.2). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($139,8 \pm 5,2$ см, $p < 0,01$), ХК/ЛП ($139,1 \pm 6,7$ см, $p < 0,05$) і ХК/ТП ($138,4 \pm 6,1$ см, $p < 0,05$) порівняно зі здоровими жінками ($133,8 \pm 5,9$ см) (див. рис. 4.3, табл. В.2). Крім того, величина висоти надгруднинної антропометричної точки має виражену тенденцію до більших значень ($p = 0,058$) у чоловіків хворих на ГК/ТП порівняно з чоловіками хворими на ХК/ТП ($145,6 \pm 5,9$ см), а також тенденцію до більших значень ($p = 0,070$) у жінок хворих на ГК/ЛП порівняно з жінками хворими на ГК/ТП ($135,6 \pm 6,3$ см) (див. рис. 4.3, табл. В.2).

При порівнянні величини висоти надгруднинної антропометричної точки між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення ($p < 0,05-0,01$) у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($146,5 \pm 6,5$ см), ГК/ТП, ХК/ЛП ($146,1 \pm 2,7$ см) і ХК/ТП (див. рис. 4.3, табл. В.2).

Між хворими та здоровими чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей *висоти лобкової антропометричної точ-*

ки (рис. 4.4, див. табл. В.2). Також не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей величини даного показника між хворими чоловіками або жінками (див. рис. 4.4, табл. В.2).

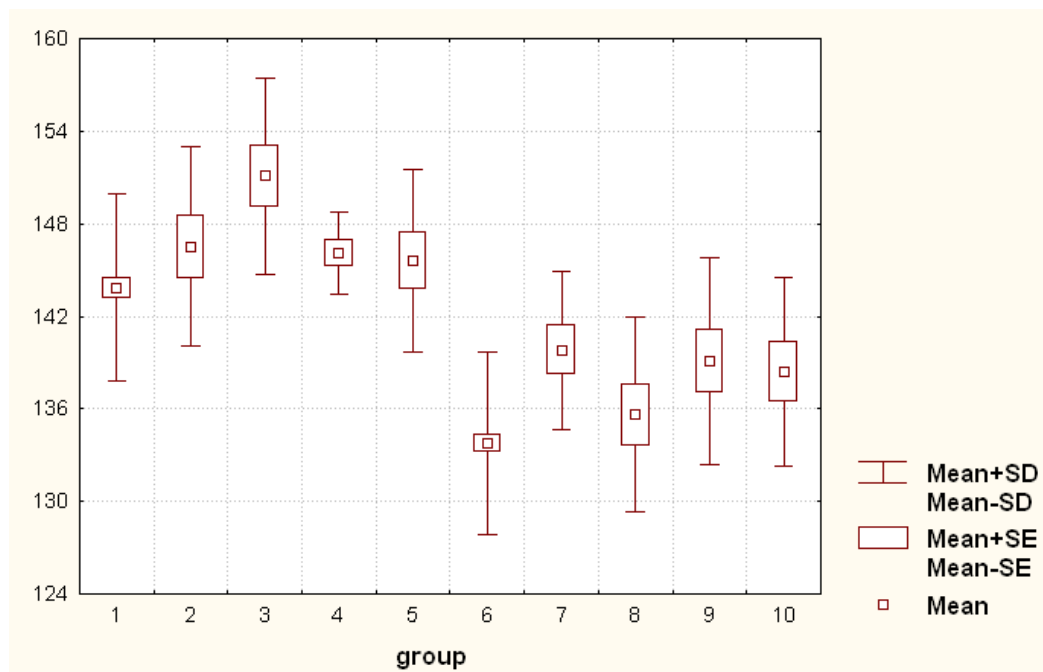


Рис. 4.3. Висота надгрудниної антропометричної точки у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

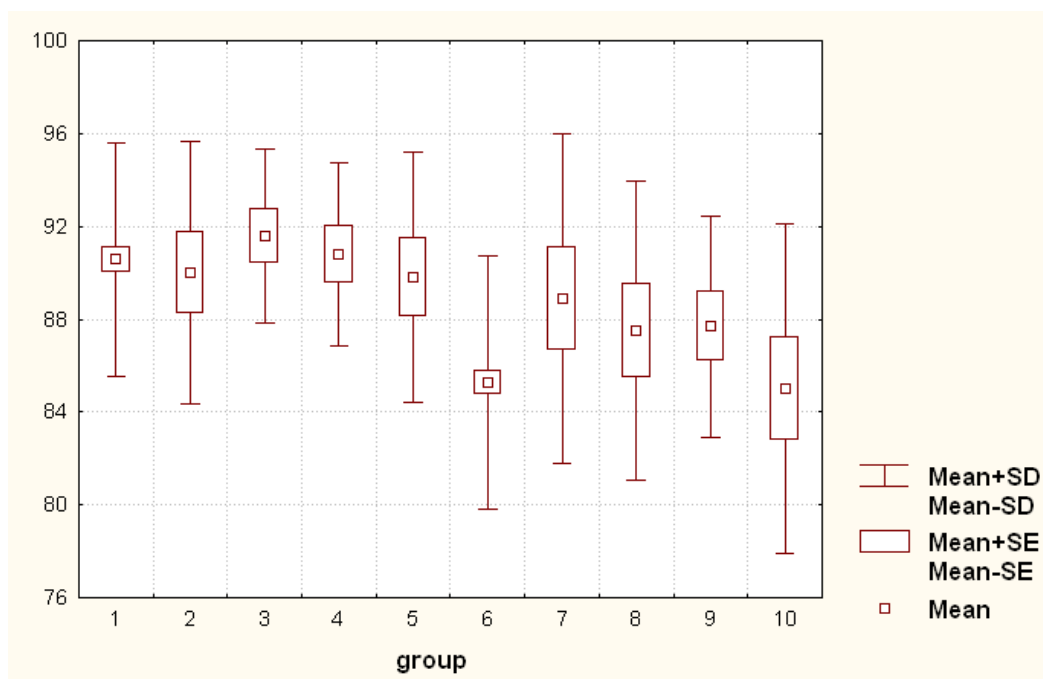


Рис. 4.4. Висота лобкової антропометричної точки у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні висоти лобкової антропометричної точки між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені лише тенденції до більших значень ($p=0,059$ і $p=0,076$) у чоловіків хворих на ГК/ТП (відповідно у чоловіків – $91,60\pm 3,75$ см, у жінок – $87,50\pm 6,45$ см) і ХК/ТП (відповідно у чоловіків – $89,80\pm 5,41$ см, у жінок – $85,00\pm 7,12$ см) (див. рис. 4.4, табл. В.2).

Висота акроміальної антропометричної точки достовірно більша лише у чоловіків хворих на ГК/ТП ($153,4\pm 6,6$ см, $p<0,01$) порівняно зі здоровими чоловіками ($146,9\pm 7,1$ см) (рис. 4.5, див. табл. В.2). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($141,4\pm 5,1$ см, $p<0,01$), ХК/ЛП ($141,2\pm 6,8$ см, $p<0,05$) і ХК/ТП ($140,9\pm 5,7$ см, $p<0,05$) порівняно зі здоровими жінками ($133,8\pm 5,9$ см) (див. рис. 4.5, табл. В.2).

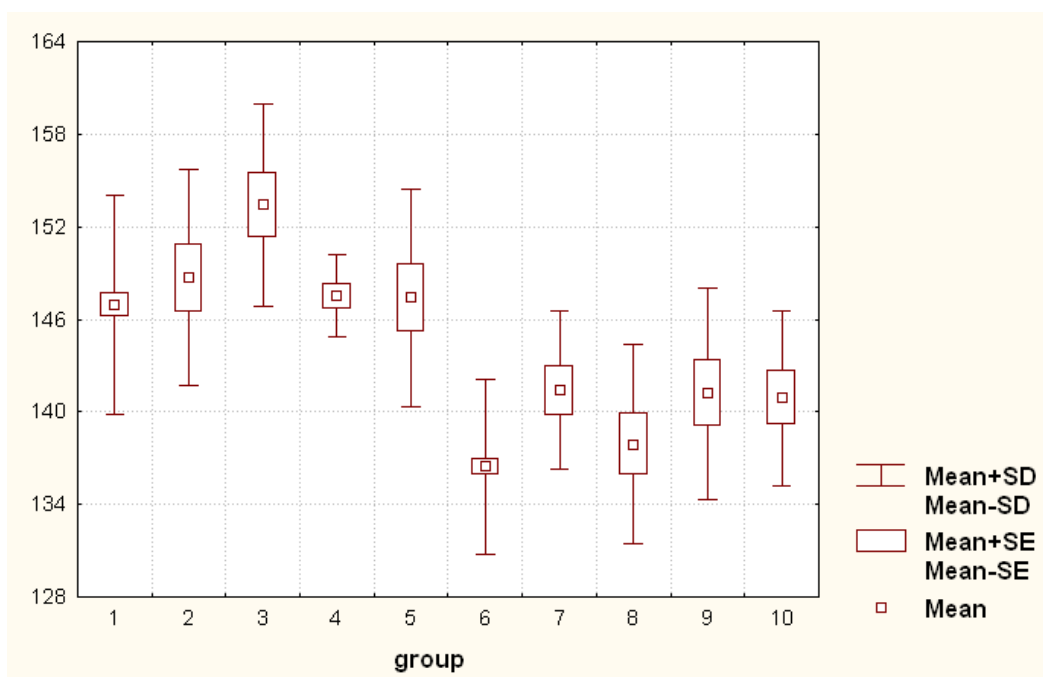


Рис. 4.5. Висота акроміальної антропометричної точки у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні висоти акроміальної антропометричної точки між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення ($p<0,05-0,001$) у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($148,7\pm 7,0$ см), ГК/ТП (у жінок $137,9\pm 6,5$ см), ХК/ЛП ($147,5\pm 2,7$ см) і ХК/ТП ($147,4\pm 7,1$ см) (див. рис. 4.5, табл. В.2).

Висота пальцевої антропометричної точки достовірно більша лише у чоловіків хворих на ГК/ТП ($69,00 \pm 4,22$ см, $p < 0,05$) порівняно зі здоровими чоловіками ($65,85 \pm 4,95$ см) (рис. 4.6, див. табл. В.2). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($67,10 \pm 4,15$ см, $p < 0,01$), ХК/ЛП ($66,00 \pm 3,59$ см, $p < 0,05$) і ХК/ТП ($68,40 \pm 8,40$ см, $p < 0,05$) порівняно зі здоровими жінками ($62,89 \pm 4,19$ см) (див. рис. 4.6, табл. В.2).

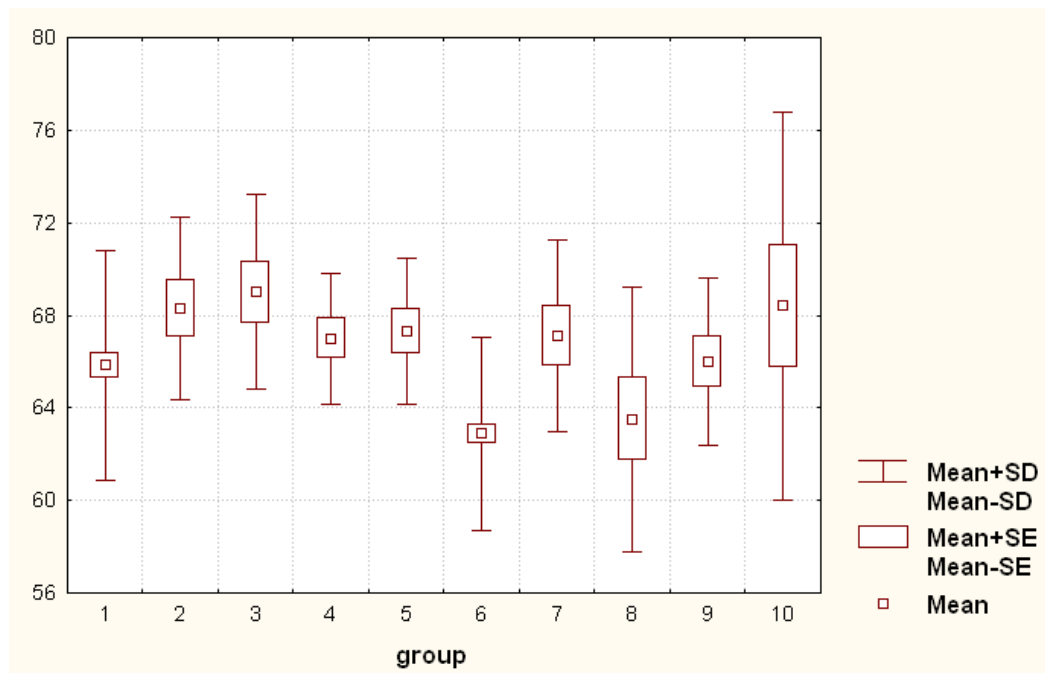


Рис. 4.6. Висота пальцевої антропометричної точки у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні висоти пальцевої антропометричної точки між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлено лише достовірно більше значення ($p < 0,05$) у чоловіків хворих на ГК/ТП (у жінок $63,50 \pm 5,72$ см) (див. рис. 4.6, табл. В.2).

Між хворими та здоровими чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей висоти *вертлюгової антропометричної точки* (рис. 4.7, див. табл. В.2). Також не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей величини даного показника між хворими чоловіками або жінками (див. рис. 4.7, табл. В.2).

При порівнянні висоти вертлюгової антропометричної точки між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлено лише достовірно більше

значення ($p<0,05$) у чоловіків хворих на ГК/ТП (відповідно у чоловіків – $93,40\pm3,78$ см; у жінок – $88,20\pm5,69$ см) (див. рис. 4.7, табл. В.2).

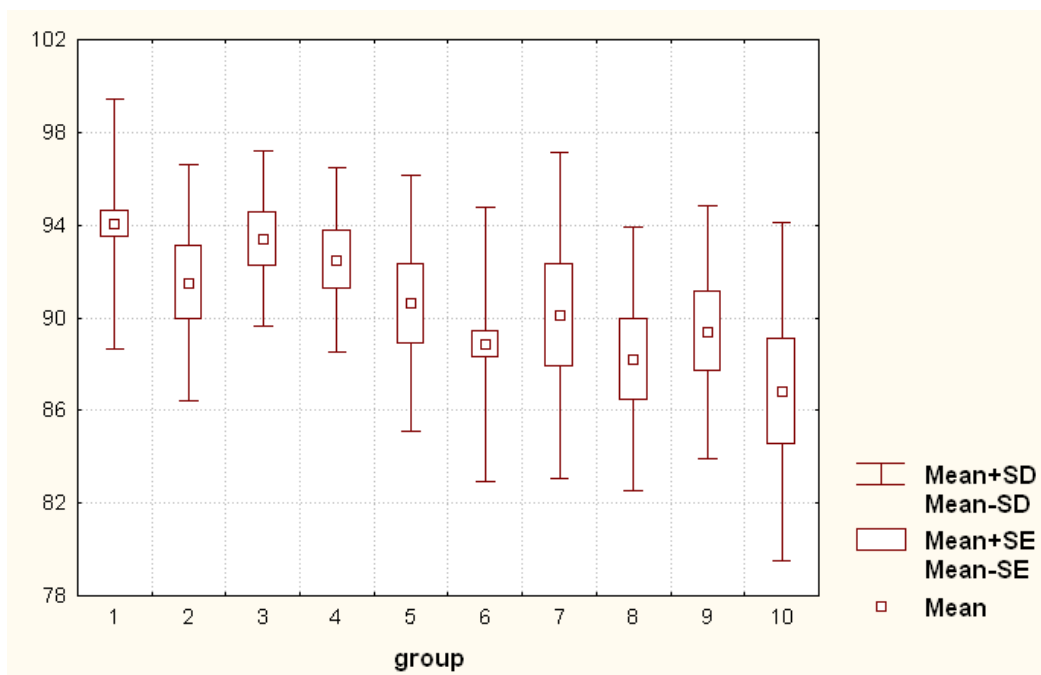


Рис. 4.7. Висота вертлюгової антропометричної точки у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

Встановлено, що *обхват плеча у напруженому стані* достовірно більший або має тенденцію до більших значень у чоловіків хворих на ГК/ТП ($36,10\pm4,12$ см, $p<0,01$), ХК/ЛП ($35,20\pm2,96$ см, $p<0,05$) та ХК/ТП ($35,70\pm5,03$ см, $p=0,063$) порівняно зі здоровими чоловіками ($33,23\pm2,84$ см) (рис. 4.8, табл. В.3). Величина даного показника достовірно більша або має тенденцію до більших значень у жінок хворих на ГК/ЛП ($35,20\pm4,83$ см, $p<0,001$), ГК/ТП ($29,85\pm2,86$ см, $p=0,076$), ХК/ЛП ($34,25\pm4,71$ см, $p<0,001$) та ХК/ТП ($30,75\pm3,39$ см, $p<0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($27,96\pm2,92$ см) (див. рис. 4.8, табл. В.3). Крім того, величина обхвату плеча у напруженому стані достовірно більша ($p<0,05$) у жінок хворих на ГК/ЛП порівняно з жінками хворими на ГК/ТП (див. рис. 4.8, табл. В.3).

При порівнянні обхвату плеча у напруженому стані між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення у чоловіків хворих на ГК/ТП ($p<0,01$) і ХК/ТП ($p<0,05$) (див. рис. 4.8, табл. В.3).

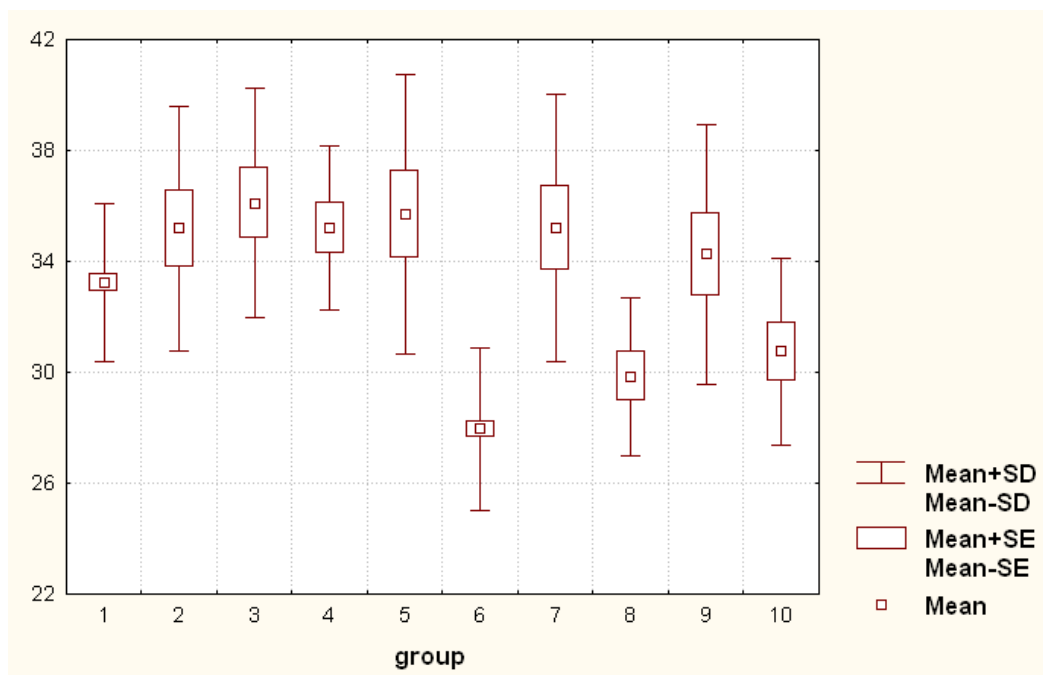


Рис. 4.8. Обхват плеча у напруженому стані у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

Обхват плеча у ненапруженому стані достовірно більший лише у чоловіків хворих на ГК/ТП ($32,40 \pm 3,92$ см, $p < 0,05$) порівняно зі здоровими чоловіками ($30,17 \pm 2,94$ см) (рис. 4.9, див. табл. В.3). Величина даного показника достовірно більша або має виражену тенденцію до більших значень у жінок хворих на ГК/ЛП ($33,40 \pm 4,38$ см, $p < 0,001$), ГК/ТП ($28,50 \pm 2,72$ см, $p = 0,054$), ХК/ЛП ($31,50 \pm 4,84$ см, $p < 0,01$) та ХК/ТП ($29,40 \pm 3,20$ см, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($26,54 \pm 2,88$ см) (див. рис. 4.9, табл. В.3). Крім того, величина обхвату плеча у ненапруженому стані достовірно більша ($p < 0,05$) у жінок хворих на ГК/ЛП порівняно з жінками хворими на ГК/ТП (див. рис. 4.9, табл. В.3).

При порівнянні обхвату плеча у ненапруженому стані між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлено лише достовірно більше значення у чоловіків хворих на ГК/ТП ($p < 0,05$) (див. рис. 4.9, табл. В.3).

Між хворими та здоровими чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей обхвату передпліччя у верхній частині (рис. 4.10, див. табл. В.3). Також не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей величини даного показника між хворими чоловіками або жінками (див. рис. 4.10, табл. В.3).

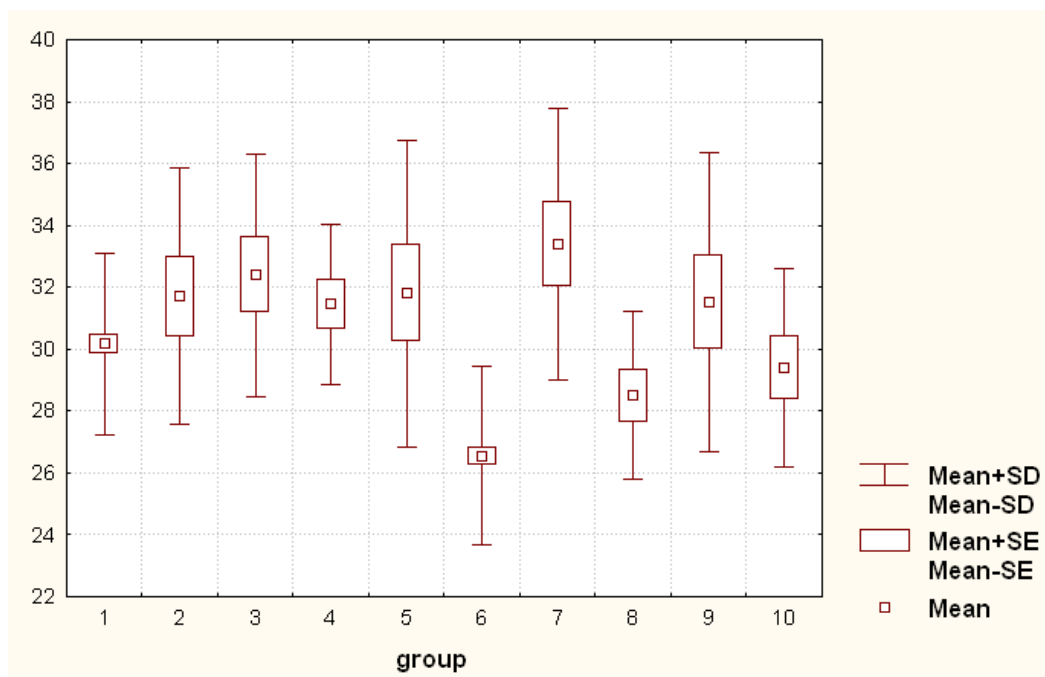


Рис. 4.9. Обхват плеча у ненапруженому стані у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

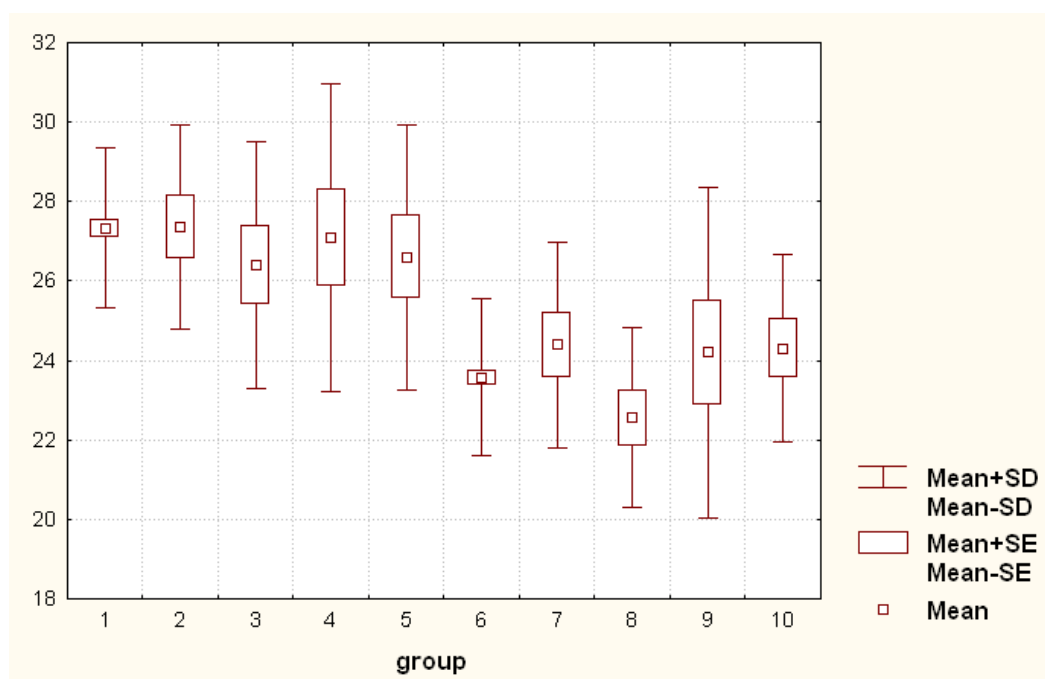


Рис. 4.10. Обхват передпліччя у верхній частині у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні обхвату передпліччя у верхній частині між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($27,35 \pm 2,57$ см, $p < 0,05$) і ГК/ТП ($26,40 \pm 3,13$ см, $p < 0,01$) (відповідно у жінок $24,40 \pm 2,59$ см і $22,55 \pm 2,27$ см) (див. рис. 4.10, табл. В.3).

Обхват передпліччя у нижній частині достовірно більший або має тенденцію до більших значень у чоловіків хворих на ГК/ТП ($18,40 \pm 1,56$ см, $p < 0,05$) та ХК/ЛП ($18,65 \pm 2,17$ см, $p = 0,066$) порівняно зі здоровими чоловіками ($17,44 \pm 1,24$ см) (рис. 4.11, див. табл. В.3). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($16,80 \pm 0,95$ см, $p < 0,001$) та ХК/ЛП ($16,75 \pm 1,64$ см, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($15,47 \pm 1,14$ см) (див. рис. 4.11, табл. В.3). Крім того, величина обхвату передпліччя у нижній частині достовірно більша ($p < 0,01$) у жінок хворих на ГК/ЛП порівняно з жінками хворими на ГК/ТП ($15,35 \pm 0,88$ см) (див. рис. 4.11, табл. В.3).

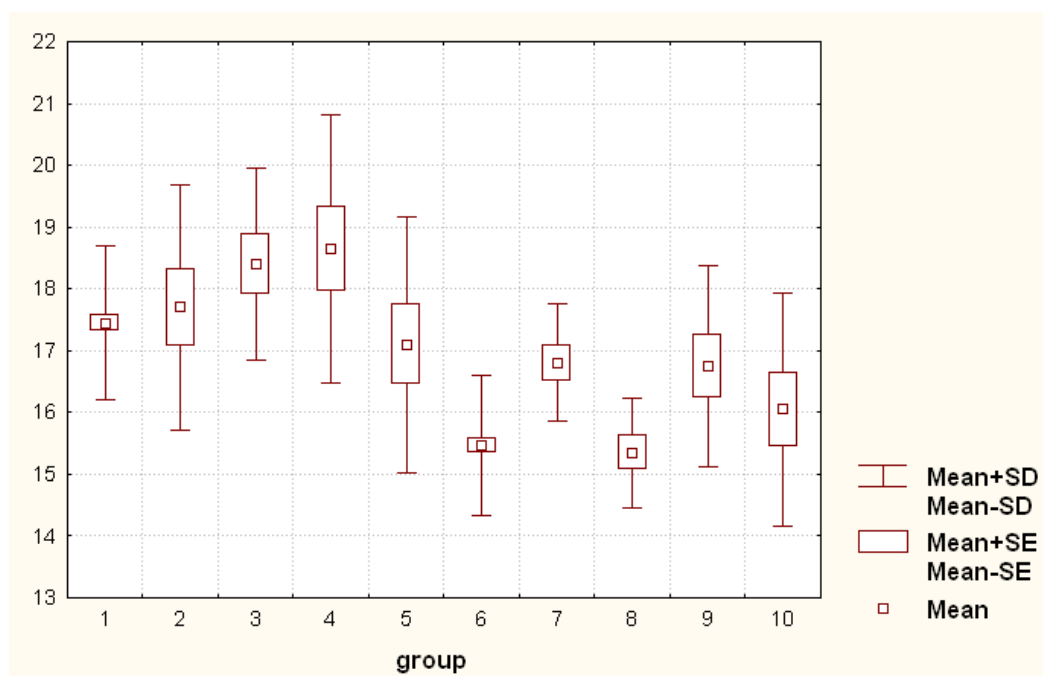


Рис. 4.11. Обхват передпліччя у нижній частині у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні передньо-заднього середньогруднинного діаметру між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення у чоловіків хворих на ГК/ТП ($p < 0,001$) і ХК/ЛП ($p < 0,05$) (див. рис. 4.11, табл. В.3).

Між хворими та здоровими чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей *обхвату кисті* (рис. 4.12, див. табл. В.3). Встановлено, що величина даного показника достовірно більша ($p < 0,05$) у жінок хворих на ГК/ЛП ($19,05 \pm 0,72$ см) порівняно з жінками хворими на ГК/ТП

(18,30±0,67 см) (див. рис. 4.12, табл. В.3).

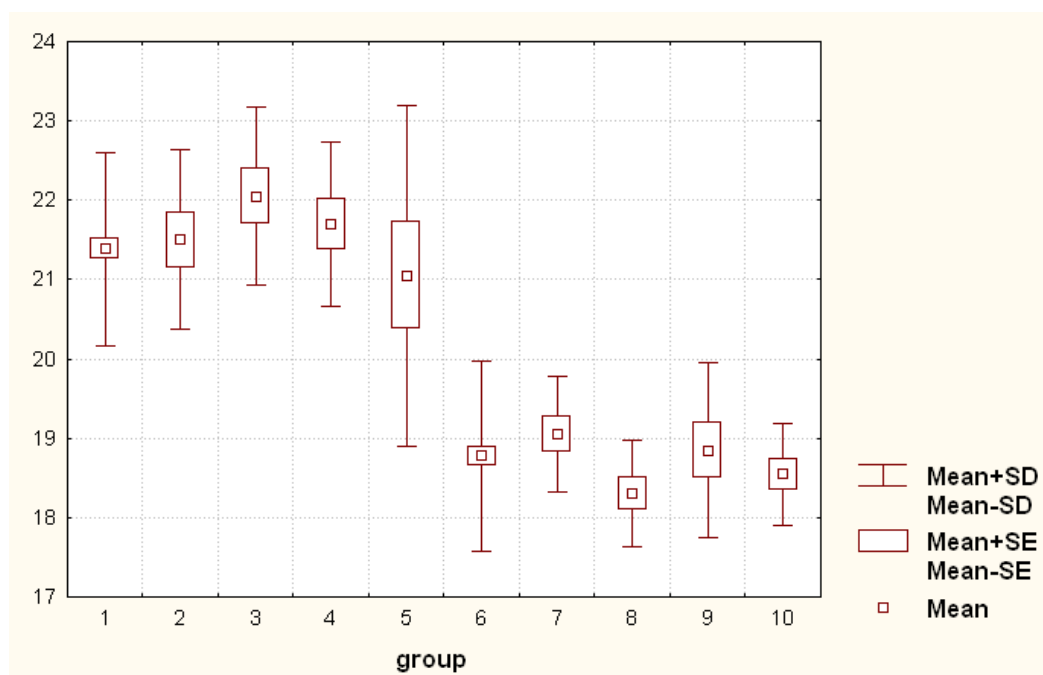


Рис. 4.12. Обхват кисті у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні обхвату кисті між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення ($p < 0,05-0,001$) у чоловіків хворих на ГК/ЛП (21,50±1,13 см), ГК/ТП (22,05±1,25 см), ХК/ЛП (21,70±1,03 см; відповідно у жінок – 18,85±1,11 см) та ХК/ТП (21,05±2,15 см; відповідно у жінок – 18,55±0,64 см) (див. рис. 4.12, табл. В.3).

Обхват стегна достовірно більший або має виражену тенденцію до більших значень у чоловіків хворих на ГК/ЛП (61,10±6,21 см, $p < 0,001$), ГК/ТП (61,30±4,62 см, $p < 0,001$), ХК/ЛП (58,70±5,08 см, $p < 0,01$) та ХК/ТП (59,80±9,14 см, $p = 0,052$) порівняно зі здоровими чоловіками (53,25±4,49 см) (рис. 4.13, див. табл. В.3). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП (66,50±8,24 см, $p < 0,001$), ГК/ТП (59,80±4,92 см, $p < 0,001$), ХК/ЛП (66,80±7,94 см, $p < 0,001$) та ХК/ТП (62,50±7,26 см, $p < 0,001$) порівняно зі здоровими жінками (53,26±4,48 см) (див. рис. 4.13, табл. В.3).

При порівнянні обхвату стегна між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлено достовірно більше значення лише у жінок хворих на ХК/ЛП ($p < 0,05$) (див. рис. 4.13, табл. В.3).

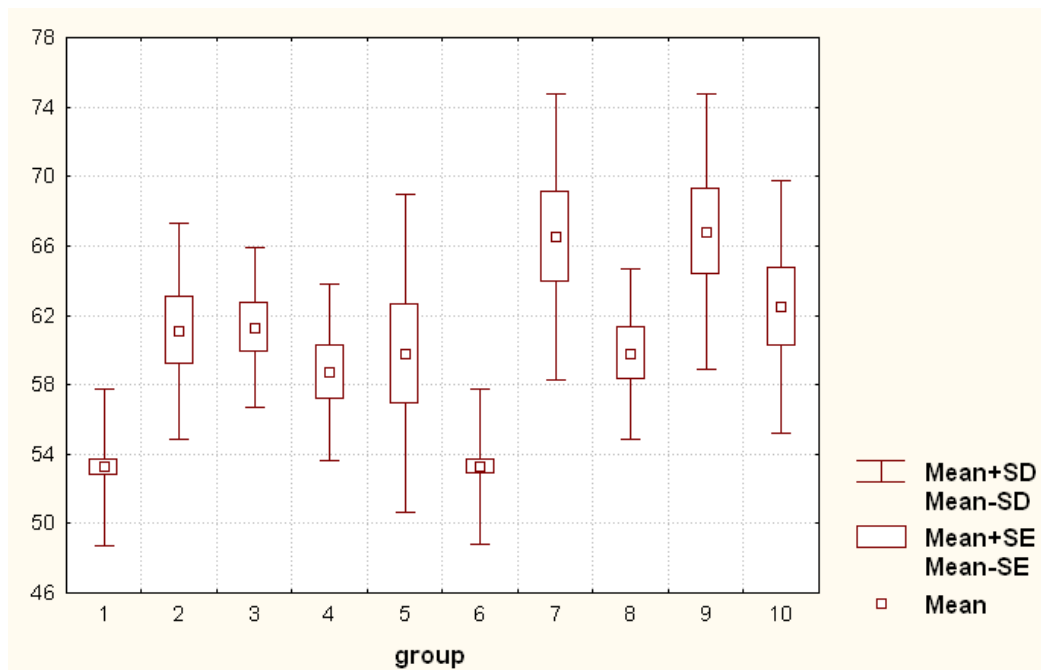


Рис. 4.13. Обхват стегна у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

Обхват стегон достовірно більший лише у чоловіків хворих на ГК/ТП ($103,2 \pm 7,9$ см, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими чоловіками ($95,04 \pm 6,39$ см) (рис. 4.14, див. табл. В.3). Величина даного показника достовірно більша або має тенденцію до більших значень у жінок хворих на ГК/ЛП ($107,6 \pm 11,7$ см, $p < 0,001$), ГК/ТП ($99,40 \pm 7,57$ см, $p < 0,05$), ХК/ЛП ($108,8 \pm 14,0$ см, $p < 0,01$) та ХК/ТП ($102,9 \pm 12,1$ см, $p = 0,061$) порівняно зі здоровими жінками ($95,08 \pm 6,95$ см) (див. рис. 4.14, табл. В.3).

При порівнянні обхвату стегон між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлено достовірно більше значення ($p < 0,05$) лише у жінок хворих на ГК/ЛП (відповідно у чоловіків $98,60 \pm 8,07$ см) (див. рис. 4.14, табл. В.3).

Обхват гомілки у верхній частині достовірно більший у жінок хворих на ГК/ЛП ($39,10 \pm 3,25$ см, $p < 0,001$) та ХК/ЛП ($39,00 \pm 4,71$ см, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($34,85 \pm 2,94$ см) (рис. 4.15, див. табл. В.3). Крім того, величина даного показника достовірно більша ($p < 0,05$) у жінок хворих на ГК/ЛП порівняно з жінками хворими на ГК/ТП ($36,10 \pm 2,23$ см) (див. рис. 4.15, табл. В.3).

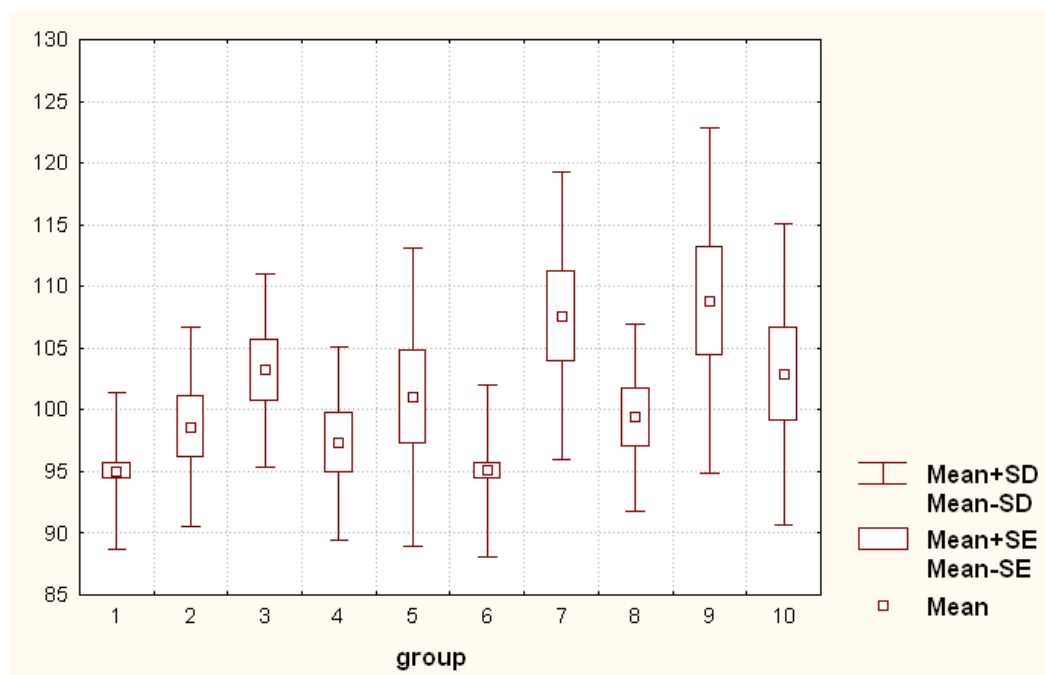


Рис. 4.14. Обхват стегон у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

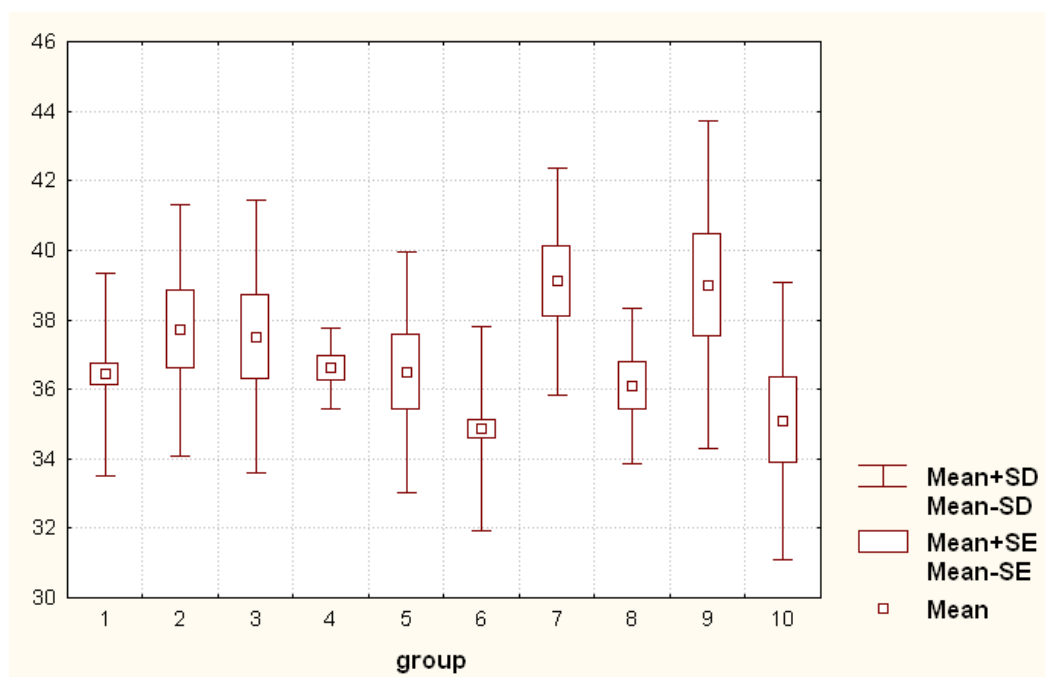


Рис. 4.15. Обхват гомілки у верхній частині у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні обхвату гомілки у верхній частині між відповідними групами хворих чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей (див. рис. 4.15, табл. В.3).

Обхват гомілки у нижній частині достовірно більший лише у чоловіків хворих на ГК/ТП ($25,50 \pm 2,47$ см, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими чоловіками ($23,41 \pm 1,87$ см) (рис. 4.16, див. табл. В.3). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($25,20 \pm 2,66$ см, $p < 0,001$), ГК/ТП ($23,70 \pm 2,00$ см, $p < 0,05$) та ХК/ЛП ($25,45 \pm 3,62$ см, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($22,21 \pm 1,61$ см) (див. рис. 4.16, табл. В.3). Крім того, величина обхвату гомілки у нижній частині має тенденцію до більших значень ($p = 0,076$) у жінок хворих на ХК/ЛП порівняно з жінками хворими на ХК/ТП ($23,05 \pm 1,80$ см) (див. рис. 4.16, табл. В.3).

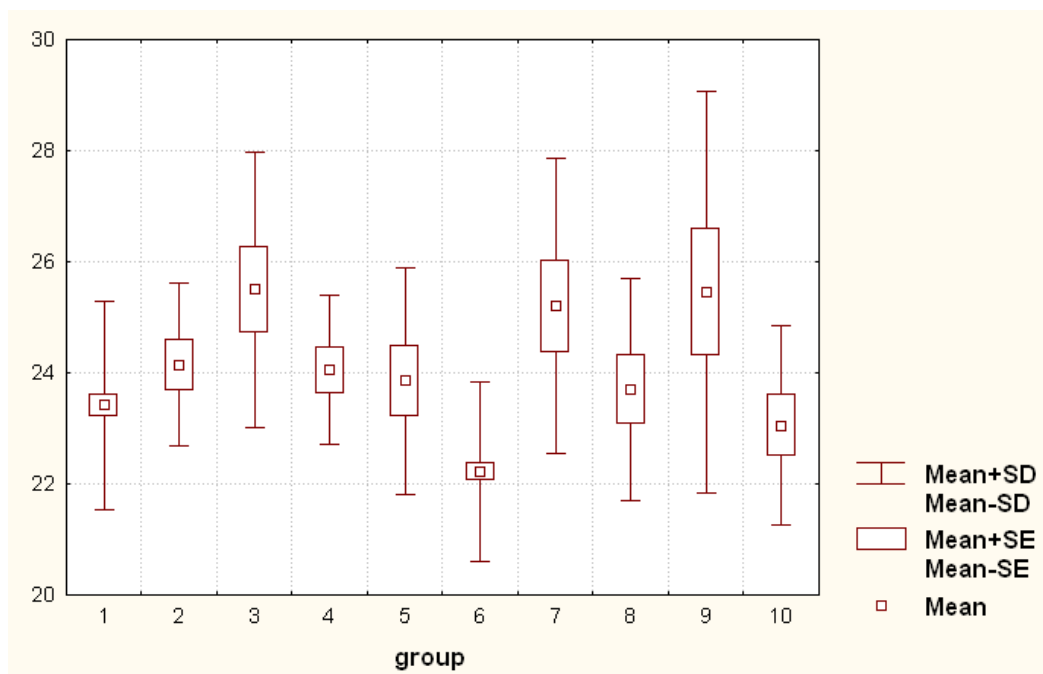


Рис. 4.16. Обхват гомілки у нижній частині у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні обхвату гомілки у нижній частині між відповідними групами хворих чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей (див. рис. 4.16, табл. В.3).

Обхват стопи має лише незначну тенденцію до менших значень у чоловіків хворих на ХК/ТП ($24,10 \pm 2,22$ см, $p = 0,079$) порівняно зі здоровими чоловіками ($24,96 \pm 1,46$ см) (рис. 4.17, див. табл. В.3). Величина даного показника достовірно більша лише у жінок хворих на ГК/ЛП ($23,95 \pm 1,19$ см, $p < 0,05$) порівняно зі здоровими жінками ($22,79 \pm 1,28$ см) (див. рис. 4.17, табл. В.3). Крім того,

величина обхвату стопи достовірно більша ($p<0,05$) у чоловіків хворих на ГК/ТП ($25,55\pm0,76$ см) порівняно з чоловіками хворими на ХК/ТП; а у жінок хворих на ГК/ЛП має тенденцію до більших значень ($p=0,076$) порівняно з жінками хворими на ГК/ТП ($22,95\pm0,90$ см) (див. рис. 4.17, табл. В.3).

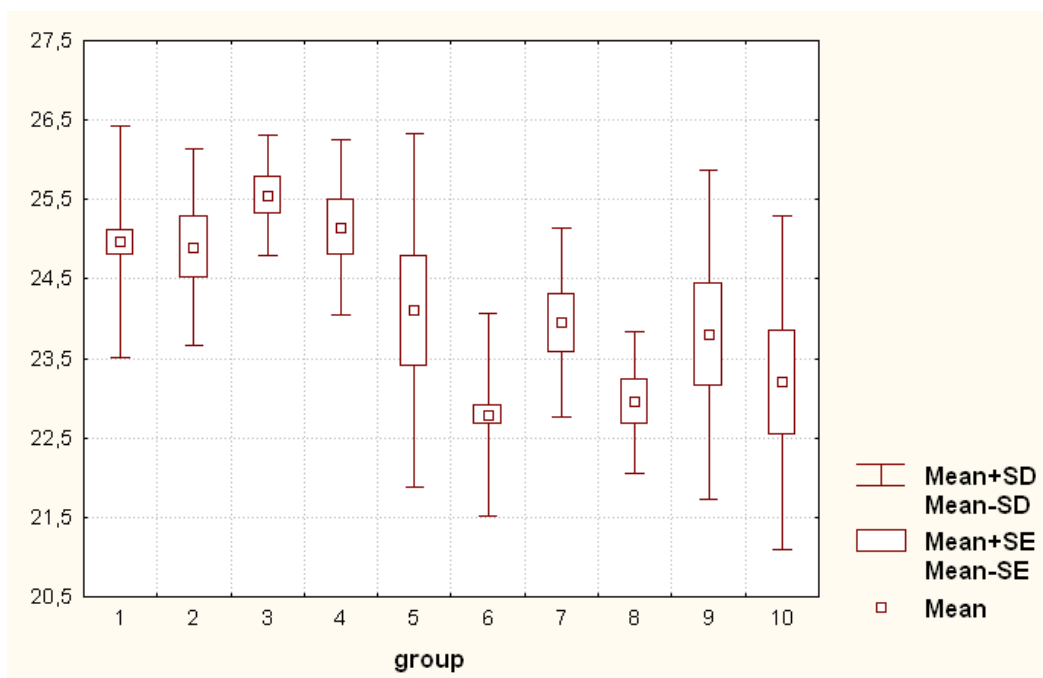


Рис. 4.17. Обхват стопи у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні обхвату стопи між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлено лише достовірно більше значення у чоловіків хворих на ГК/ТП ($p<0,001$) (див. рис. 4.17, табл. В.3).

Обхват ший достовірно більший у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($40,80\pm2,97$ см, $p<0,001$), ГК/ТП ($42,30\pm3,27$ см, $p<0,001$) та ХК/ЛП ($40,20\pm1,99$ см, $p<0,001$) порівняно зі здоровими чоловіками ($37,67\pm1,92$ см) (рис. 4.18, див. табл. В.3). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($35,90\pm3,93$ см, $p<0,001$), ГК/ТП ($33,40\pm1,90$ см, $p<0,01$), ХК/ЛП ($35,20\pm2,90$ см, $p<0,001$) та ХК/ТП ($33,90\pm2,38$ см, $p<0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($31,96\pm1,45$ см) (див. рис. 4.18, табл. В.3). Крім того, величина обхвату ший достовірно більша ($p<0,05$) у чоловіків хворих на ГК/ТП порівняно з чоловіками хворими на ГК/ЛП (див. рис. 4.18, табл. В.3).

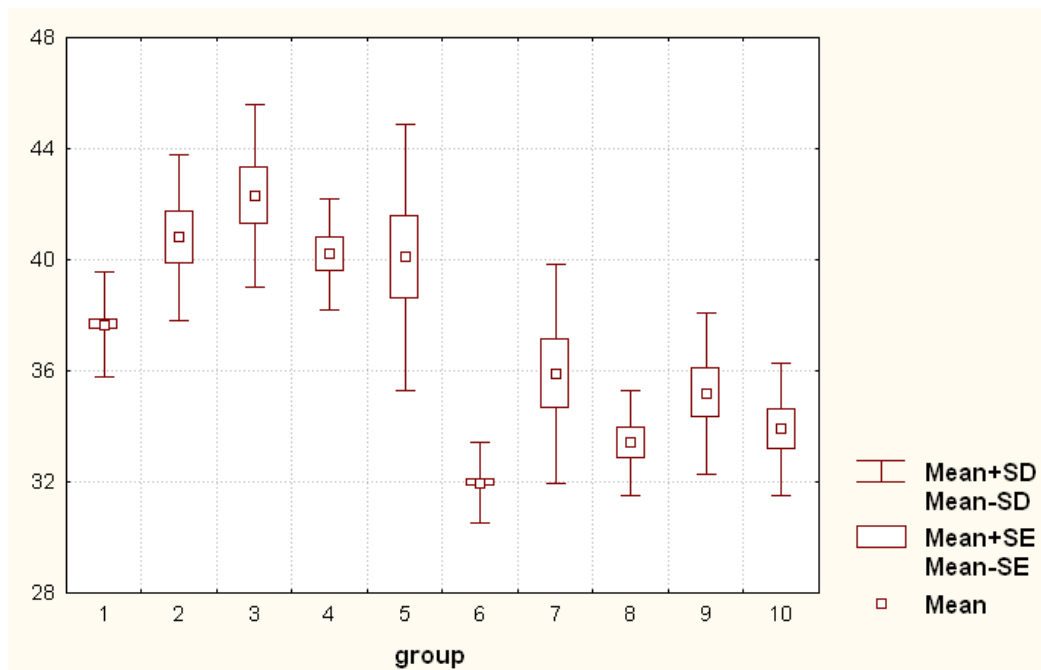


Рис. 4.18. Обхват шії у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При обхваті шії між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($p < 0,05$), ГК/ТП ($p < 0,001$), ХК/ЛП ($p < 0,01$) та ХК/ТП ($40,10 \pm 4,79$ см, $p < 0,01$) (див. рис. 4.18, табл. В.3).

Обхват талії достовірно більший у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($90,50 \pm 13,89$ см, $p < 0,01$), ГК/ТП ($97,60 \pm 13,38$ см, $p < 0,001$), ХК/ЛП ($89,50 \pm 12,29$ см, $p < 0,01$) та ХК/ТП ($93,90 \pm 18,90$ см, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими чоловіками ($79,48 \pm 7,32$ см) (рис. 4.19, див. табл. В.3). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($92,40 \pm 19,81$ см, $p < 0,001$), ГК/ТП ($76,00 \pm 20,24$ см, $p < 0,05$), ХК/ЛП ($88,20 \pm 20,53$ см, $p < 0,001$) та ХК/ТП ($83,80 \pm 12,04$ см, $p < 0,001$) порівняно зі здоровими жінками ($68,98 \pm 6,29$ см) (див. рис. 4.19, табл. В.3).

При порівнянні обхвату талії між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлено лише достовірно більше значення у чоловіків хворих на ГК/ТП ($p < 0,01$) (див. рис. 4.19, табл. В.3).

Обхват грудної клітки на вдиху достовірно більший у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($107,9 \pm 9,9$ см, $p < 0,01$), ГК/ТП ($111,3 \pm 9,2$ см, $p < 0,001$), ХК/ЛП ($104,8 \pm$

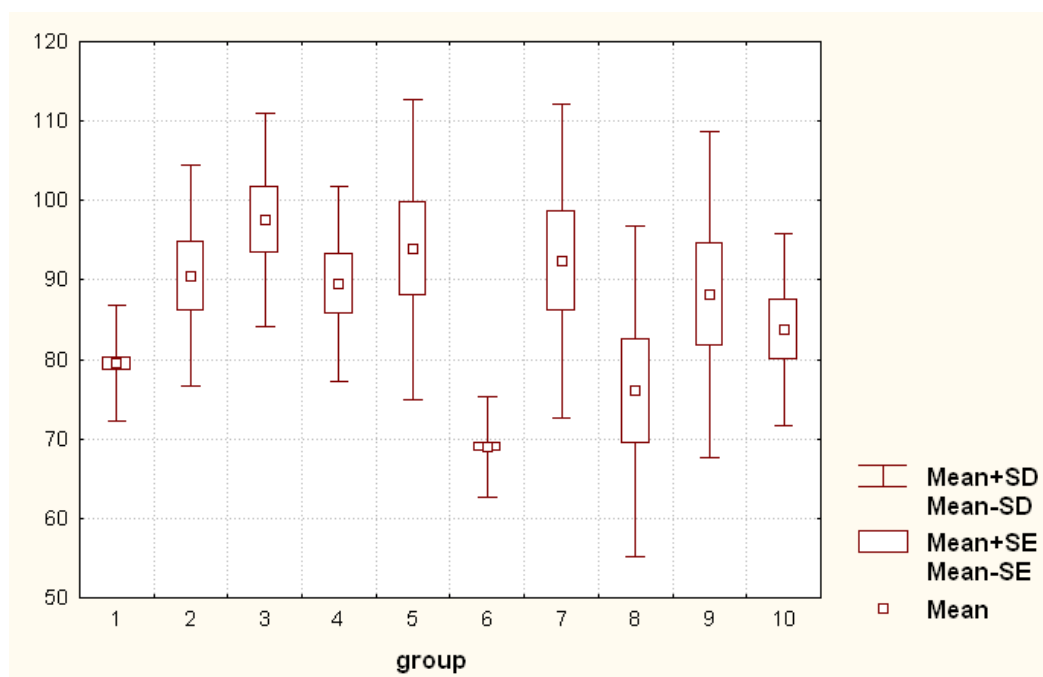


Рис. 4.19. Обхват талії у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

6,1 см, $p < 0,05$) та ХК/ТП ($108,0 \pm 14,3$ см, $p < 0,05$) порівняно зі здоровими чоловіками ($100,0 \pm 6,0$ см) (рис. 4.20, див. табл. В.3). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($107,2 \pm 12,6$ см, $p < 0,001$), ГК/ТП ($97,50 \pm 7,23$ см, $p < 0,01$), ХК/ЛП ($104,7 \pm 13,2$ см, $p < 0,001$) та ХК/ТП ($100,3 \pm 9,4$ см, $p < 0,001$) порівняно зі здоровими жінками ($89,75 \pm 5,88$ см) (див. рис. 4.20, табл. В.3).

При порівнянні обхвату грудної клітки на вдиху між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлено лише достовірно більше значення у чоловіків хворих на ГК/ТП ($p < 0,01$) (див. рис. 4.20, табл. В.3).

Обхват грудної клітки на видиху достовірно більший лише у чоловіків хворих на ГК/ТП ($102,1 \pm 8,5$ см, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими чоловіками ($93,18 \pm 6,39$ см) (рис. 4.21, див. табл. В.3). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($99,20 \pm 12,52$ см, $p < 0,001$), ГК/ТП ($89,80 \pm 7,98$ см, $p < 0,01$), ХК/ЛП ($96,20 \pm 13,26$ см, $p < 0,001$) та ХК/ТП ($92,20 \pm 9,52$ см, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($82,68 \pm 6,33$ см) (див. рис. 4.21, табл. В.3). Крім того, величина обхвату грудної клітки на видиху має тенденцію до

більших значень ($p=0,070$) у жінок хворих на ГК/ЛП порівняно з жінками хворими на ГК/ТП (див. рис. 4.21, табл. В.3).

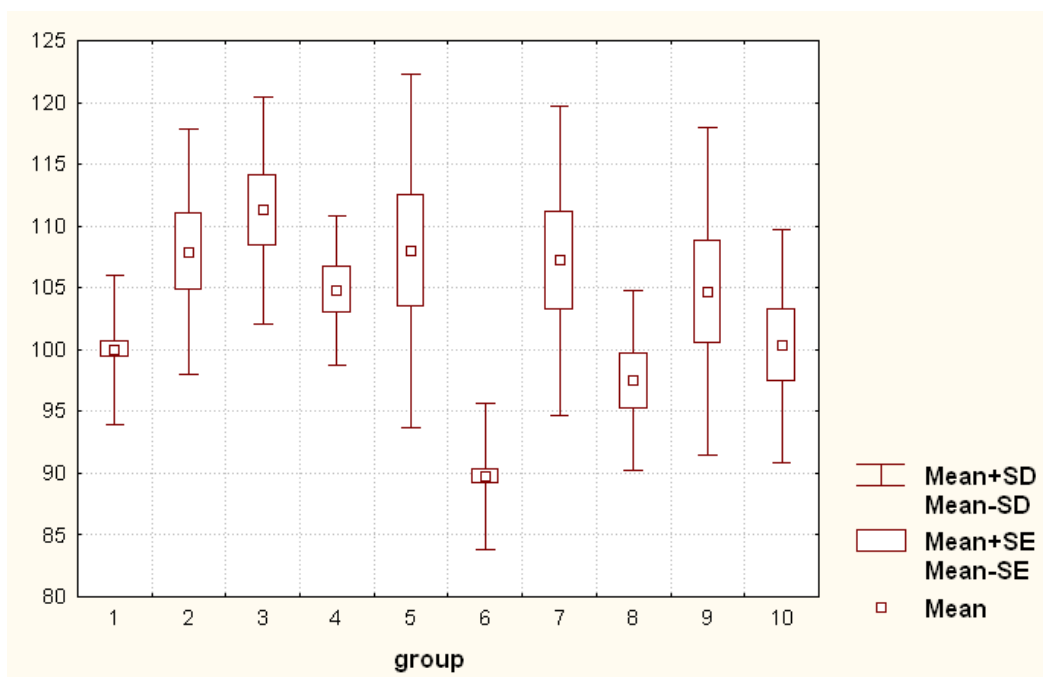


Рис. 4.20. Обхват грудної клітки на вдиху у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

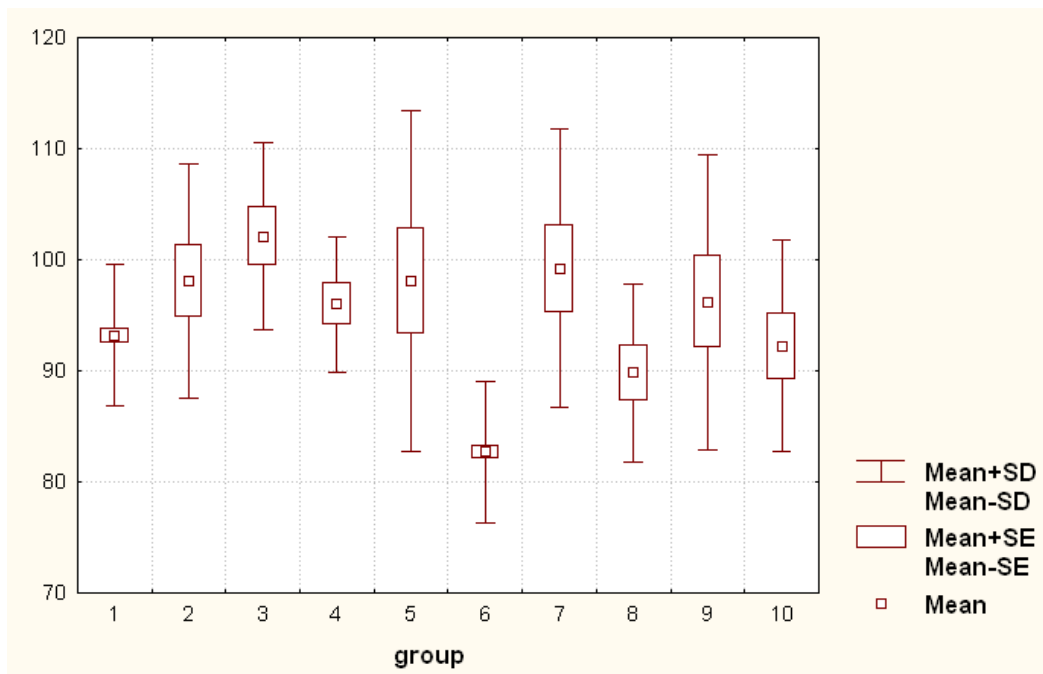


Рис. 4.21. Обхват грудної клітки на видиху у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні обхвату грудної клітки на видиху між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлено лише достовірно більше значення у

чоловіків хворих на ГК/ТП ($p<0,01$) (див. рис. 4.21, табл. В.3).

Обхват грудної клітки у спокійному стані достовірно більший у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($103,0\pm10,8$ см, $p<0,01$), ГК/ТП ($107,0\pm9,3$ см, $p<0,001$), ХК/ЛП ($101,0\pm6,5$ см, $p<0,05$) та ХК/ТП ($103,2\pm15,0$ см, $p<0,05$) порівняно зі здоровими чоловіками ($95,20\pm6,57$ см) (рис. 4.22, див. табл. В.3). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($102,9\pm12,5$ см, $p<0,001$), ГК/ТП ($93,30\pm7,90$ см, $p<0,01$), ХК/ЛП ($100,7\pm13,1$ см, $p<0,001$) та ХК/ТП ($95,70\pm9,81$ см, $p<0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($85,34\pm6,20$ см) (див. рис. 4.22, табл. В.3). Крім того, величина обхвату грудної клітки у спокійному стані має тенденцію до більших значень ($p=0,065$) у жінок хворих на ГК/ЛП порівняно з жінками хворими на ГК/ТП (див. рис. 4.22, табл. В.3).

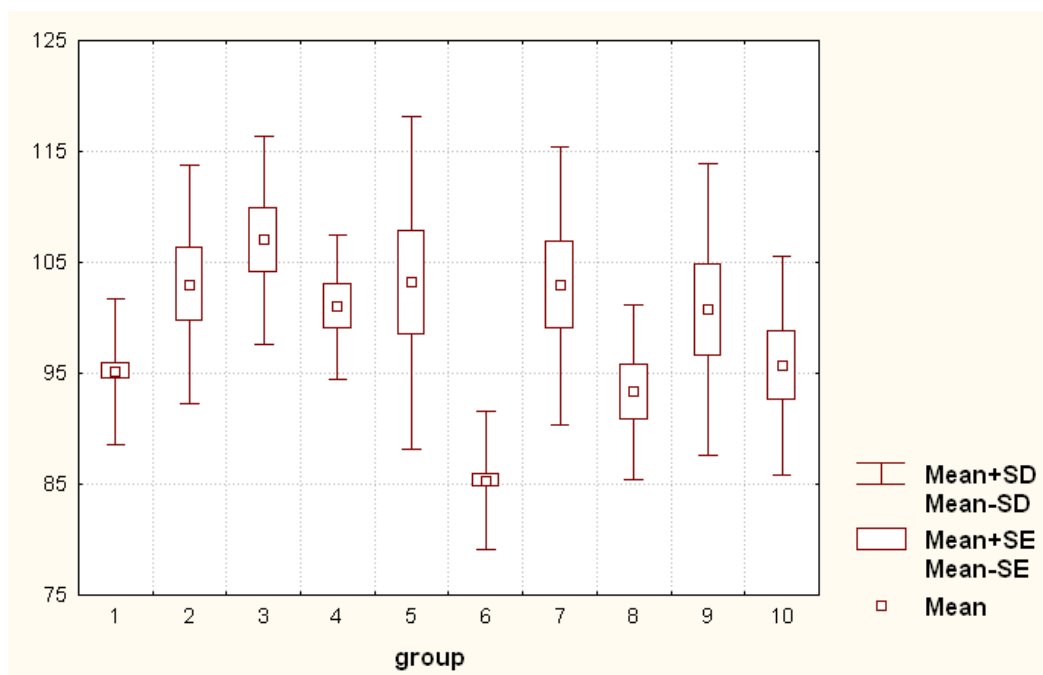


Рис. 4.22. Обхват грудної клітки у спокійному стані у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні обхвату грудної клітки у спокійному стані між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлено лише достовірно більше значення у чоловіків хворих на ГК/ТП ($p<0,01$) (див. рис. 4.22, табл. В.3).

Встановлено, що *ширина дистального епіфіза плеча* достовірно більша у чоловіків хворих на ГК/ТП ($7,430\pm0,510$ см, $p<0,01$) і ХК/ЛП ($7,340\pm0,417$ см, $p<0,01$) порівняно зі здоровими чоловіками ($6,889\pm0,438$ см) (рис. 4.23, табл.

В.4). Величина даного показника має тенденцію до більших значень у жінок хворих на ГК/ЛП ($6,210 \pm 0,463$ см, $p=0,064$) і тенденцію до менших значень у жінок хворих на ГК/ТП ($5,720 \pm 0,343$ см, $p=0,062$) порівняно зі здоровими жінками ($5,960 \pm 0,366$ см) (див. рис. 4.23, табл. В.4). Крім того, величина ширини дистального епіфіза плеча достовірно більша ($p<0,05$ в усіх випадках) у чоловіків хворих на ГК/ТП порівняно з чоловіками хворими на ГК/ЛП ($6,760 \pm 0,620$ см), у чоловіків хворих на ХК/ЛП порівняно з чоловіками хворими на ХК/ТП ($6,910 \pm 0,458$ см), у чоловіків хворих на ХК/ЛП порівняно з чоловіками хворими на ГК/ЛП, у чоловіків хворих на ГК/ТП порівняно з чоловіками хворими на ХК/ТП; а також достовірно більша ($p<0,05$) у жінок хворих на ГК/ЛП порівняно з жінками хворими на ГК/ТП (див. рис. 4.23, табл. В.4).

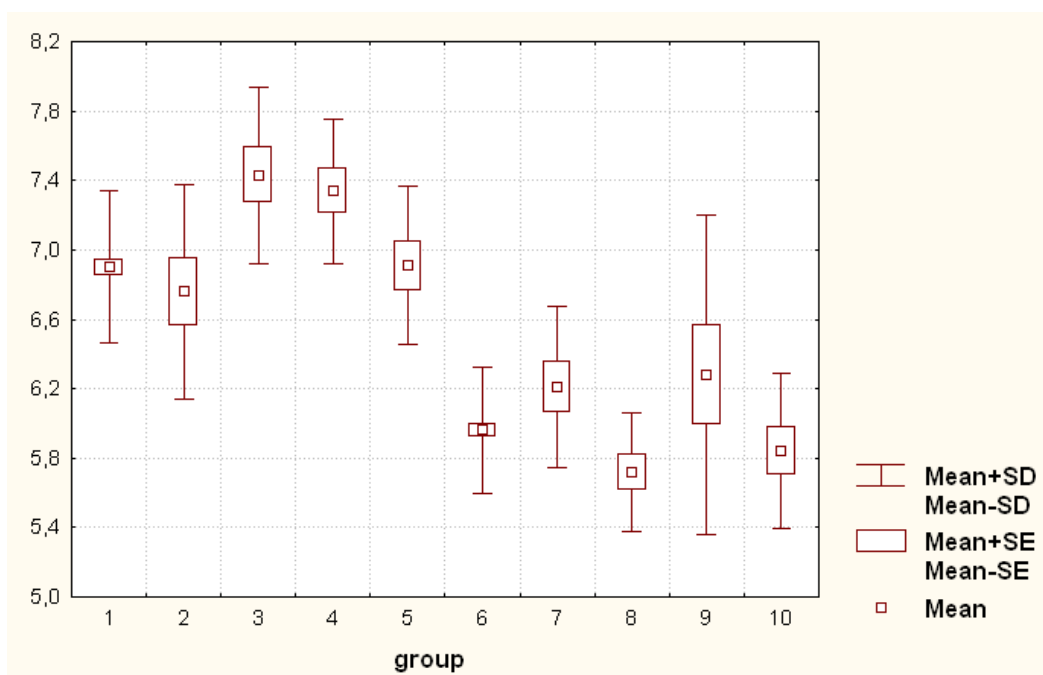


Рис. 4.23. Ширина дистального епіфіза плеча у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні ширини дистального епіфіза плеча між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші або тенденція до більших значень у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($p=0,054$), ГК/ТП ($p<0,001$), ХК/ЛП (відповідно у жінок – $6,280 \pm 0,925$ см, $p<0,01$) і ХК/ТП (відповідно у жінок – $5,840 \pm 0,445$ см, $p<0,001$) (див. рис. 4.23, табл. В.4).

Ширина дистального епіфіза передпліччя достовірно більша у чоловіків

хворих на ГК/ТП ($6,060 \pm 0,420$ см, $p < 0,05$) і ХК/ЛП ($6,070 \pm 0,383$ см, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими чоловіками ($5,724 \pm 0,327$ см) (рис. 4.24, див. табл. В.4). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($5,140 \pm 0,750$ см, $p < 0,05$), ХК/ЛП ($5,390 \pm 0,522$ см, $p < 0,001$) і ХК/ТП ($5,610 \pm 0,320$ см, $p < 0,05$) порівняно зі здоровими жінками ($4,919 \pm 0,287$ см) (див. рис. 4.24, табл. В.4). Крім того, величина ширини дистального епіфіза передпліччя достовірно більша ($p < 0,05$ в обох випадках) у жінок хворих на ГК/ЛП порівняно з жінками хворими на ГК/ТП ($4,860 \pm 0,196$ см) та у жінок хворих на ХК/ТП порівняно з жінками хворими на ГК/ТП (див. рис. 4.24, табл. В.4).

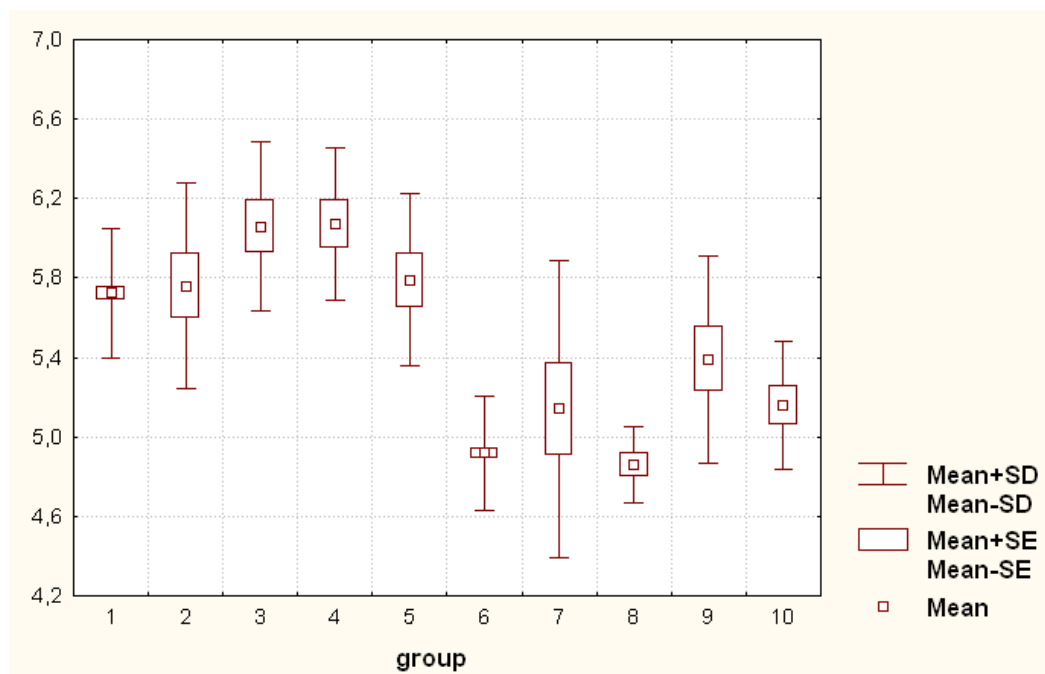


Рис. 4.24. Ширина дистального епіфіза передпліччя у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні ширини дистального епіфіза передпліччя між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення ($p < 0,05-0,001$) у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($5,760 \pm 0,517$ см), ГК/ТП, ХК/ЛП і ХК/ТП ($5,790 \pm 0,433$ см, $p < 0,01$) (див. рис. 4.24, табл. В.4).

Ширина дистального епіфіза стегна достовірно більша у чоловіків хворих на ГК/ТП ($9,330 \pm 0,422$ см, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими чоловіками ($8,917 \pm 0,437$ см) (рис. 4.25, див. табл. В.4). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($8,820 \pm 0,660$ см, $p < 0,01$) і ХК/ЛП ($8,940 \pm$

1,079 см, $p<0,05$) порівняно зі здоровими жінками ($8,141\pm0,580$ см) (див. рис. 4.25, табл. В.4). Крім того, величина ширини дистального епіфіза стегна достовірно більша ($p<0,05$) у чоловіків хворих на ГК/ТП порівняно з чоловіками хворими на ГК/ЛП ($8,860\pm0,474$ см) (див. рис. 4.25, табл. В.4).

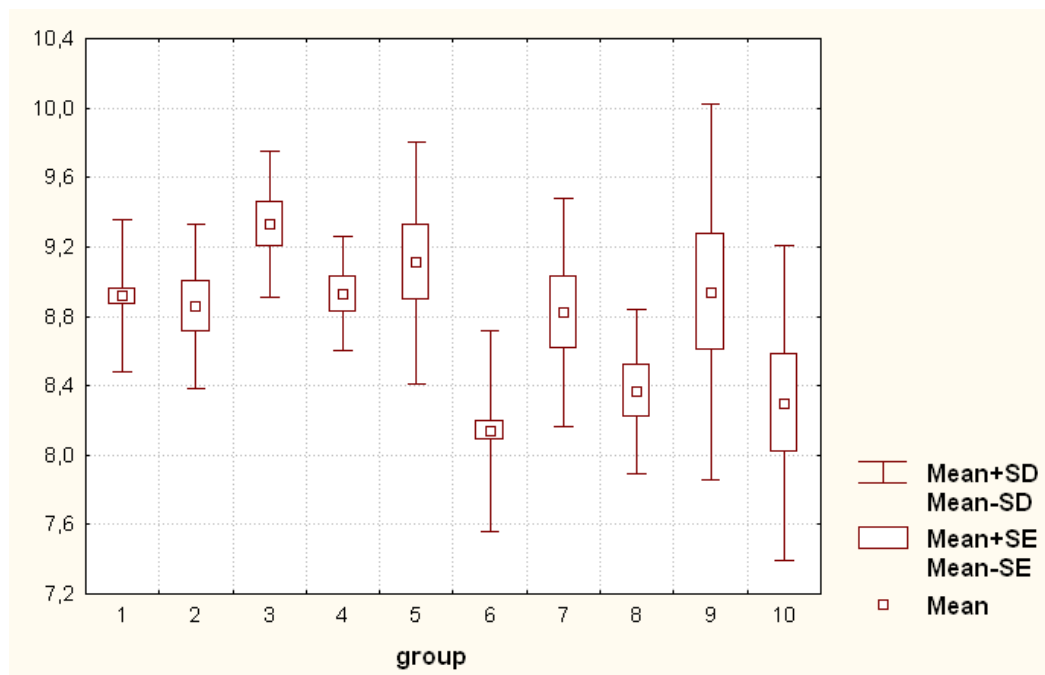


Рис. 4.25. Ширина дистального епіфіза стегна у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні ширини дистального епіфіза стегна між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення у чоловіків хворих на ГК/ТП (відповідно у жінок – $8,370\pm0,474$ см, $p<0,001$) і ХК/ТП ($9,110\pm0,697$ см, відповідно у жінок – $8,300\pm0,910$ см, $p<0,05$) (див. рис. 4.25, табл. В.4).

Ширина дистального епіфіза гомілки достовірно менша у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($6,710\pm0,608$ см, $p<0,01$), ГК/ТП ($6,740\pm0,591$ см, $p<0,01$), ХК/ЛП ($6,680\pm0,579$ см, $p<0,01$) і ХК/ТП ($6,460\pm0,546$ см, $p<0,001$) порівняно зі здоровими чоловіками ($7,277\pm0,469$ см) (рис. 4.26, див. табл. В.4). Величина даного показника достовірно менша у жінок хворих на ГК/ЛП ($6,120\pm0,432$ см, $p<0,01$), ГК/ТП ($5,930\pm0,316$ см, $p<0,001$), ХК/ЛП ($6,120\pm0,851$ см, $p<0,05$) і ХК/ТП ($6,020\pm0,454$ см, $p<0,05$) порівняно зі здоровими жінками ($6,502\pm0,436$ см) (див. рис. 4.26, табл. В.4).

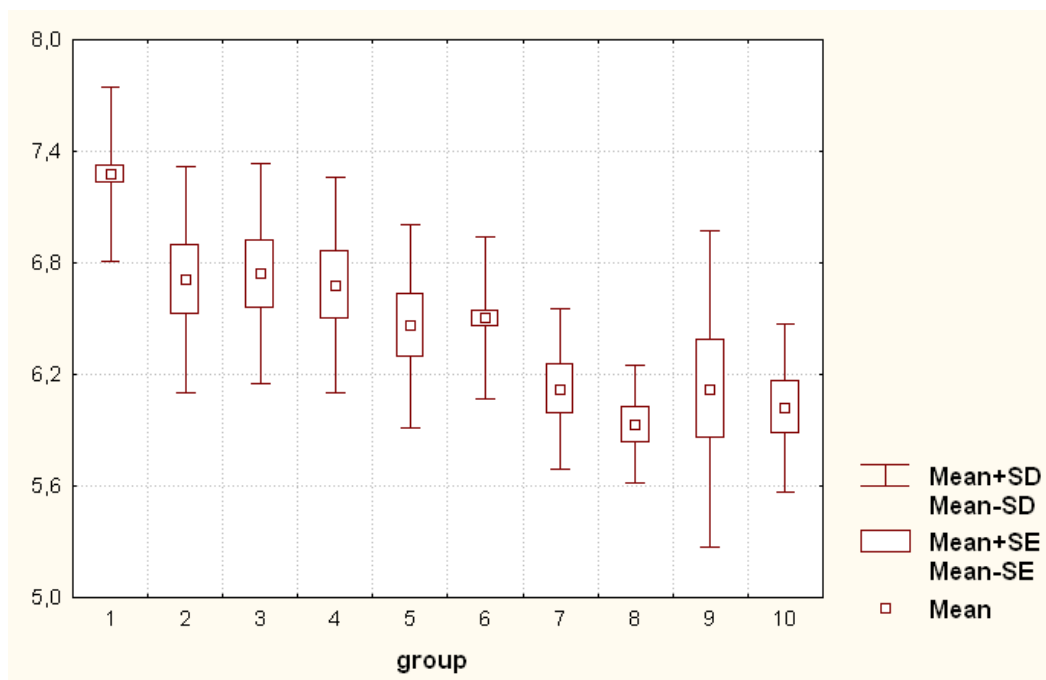


Рис. 4.26. Ширина дистального епіфіза гомілки у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні ширини дистального епіфіза гомілки між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші або тенденція до більших значень у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($p < 0,05$), ГК/ТП ($p < 0,01$) і ХК/ЛП ($p = 0,054$) (див. рис. 4.26, табл. В.4).

Встановлено, що *поперечний середньогрудний діаметр* достовірно більший у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($31,50 \pm 2,59$ см, $p < 0,001$), ГК/ТП ($32,50 \pm 2,95$ см, $p < 0,001$), ХК/ЛП ($30,40 \pm 2,22$ см, $p < 0,05$) та ХК/ТП ($31,00 \pm 4,24$ см, $p < 0,05$) порівняно зі здоровими чоловіками ($28,35 \pm 2,19$ см) (рис. 4.27, табл. В.5). Величина даного показника достовірно більша, або має тенденції до більших значень у жінок хворих на ГК/ЛП ($30,10 \pm 4,01$ см, $p < 0,001$), ГК/ТП ($27,70 \pm 2,36$ см, $p < 0,01$), ХК/ЛП ($29,40 \pm 3,44$ см, $p < 0,001$) та ХК/ТП ($26,90 \pm 3,73$ см, $p = 0,065$) порівняно зі здоровими жінками ($25,21 \pm 1,72$ см) (див. рис. 4.27, табл. В.5).

При порівнянні поперечного середньогрудного діаметру між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення у чоловіків хворих на ГК/ТП ($p < 0,01$) і ХК/ТП ($p < 0,05$) (див. рис. 4.27, табл. В.5).

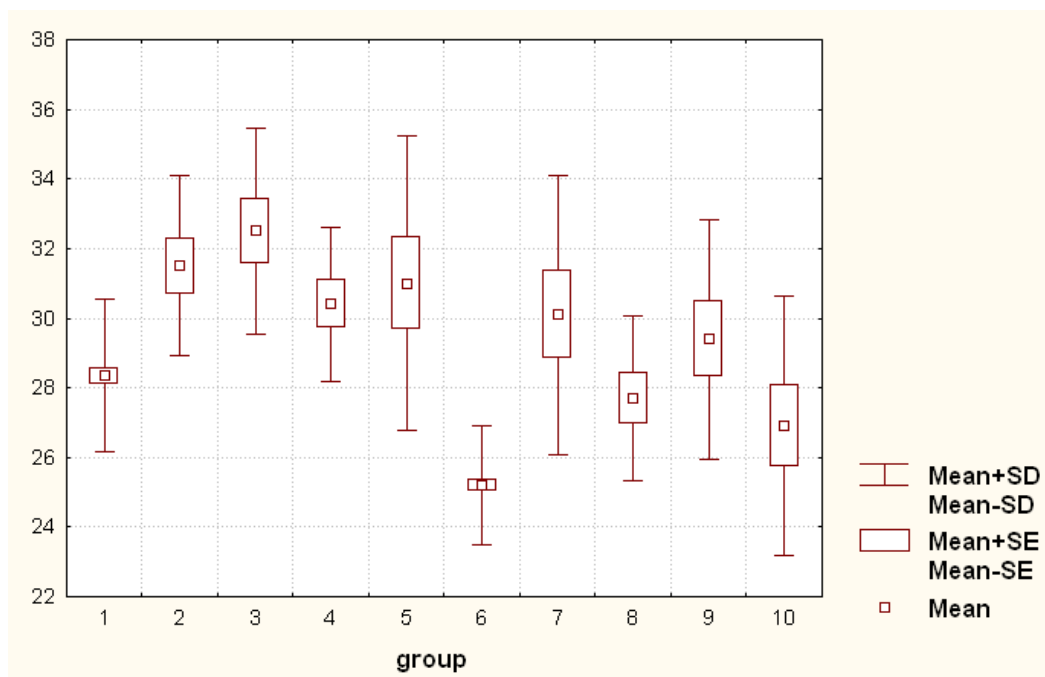


Рис. 4.27. Поперечний середньогрудний діаметр у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

Поперечний нижньогрудний діаметр достовірно більший у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($28,80 \pm 3,01$ см, $p < 0,001$), ГК/ТП ($29,40 \pm 2,59$ см, $p < 0,001$), ХК/ЛП ($28,00 \pm 1,70$ см, $p < 0,001$) та ХК/ТП ($28,90 \pm 3,41$ см, $p < 0,001$) порівняно зі здоровими чоловіками ($25,30 \pm 2,26$ см) (рис. 4.28, див. табл. В.5). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($27,50 \pm 3,84$ см, $p < 0,001$), ГК/ТП ($24,80 \pm 2,15$ см, $p < 0,001$), ХК/ЛП ($26,90 \pm 3,93$ см, $p < 0,001$) та ХК/ТП ($25,40 \pm 2,22$ см, $p < 0,001$) порівняно зі здоровими жінками ($22,01 \pm 1,93$ см) (див. рис. 4.28, табл. В.5).

При порівнянні поперечного нижньогрудного діаметру між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення у чоловіків хворих на ГК/ТП ($p < 0,01$) і ХК/ТП ($p < 0,05$) (див. рис. 4.28, табл. В.5).

Передньо-задній середньогрудний діаметр достовірно більший у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($23,40 \pm 3,44$ см, $p < 0,001$), ГК/ТП ($24,70 \pm 2,45$ см, $p < 0,001$), ХК/ЛП ($23,50 \pm 2,76$ см, $p < 0,001$) та ХК/ТП ($24,60 \pm 3,98$ см, $p < 0,001$) порівняно зі здоровими чоловіками ($19,93 \pm 2,12$ см) (рис. 4.29, див. табл. В.5). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($24,60 \pm 4,25$ см, $p < 0,001$), ГК/ТП ($20,00 \pm 2,79$ см, $p < 0,001$), ХК/ЛП ($23,20 \pm$

4,44 см, $p<0,001$) та ХК/ТП ($21,10\pm2,85$ см, $p<0,001$) порівняно зі здоровими жінками ($17,11\pm1,41$ см) (див. рис. 4.29, табл. В.5). Крім того, величина передньо-заднього середньогруднинного діаметру достовірно більша ($p<0,05$) у жінок хворих на ГК/ЛП порівняно з жінками хворими на ГК/ТП (див. рис. 4.29, табл. В.5).

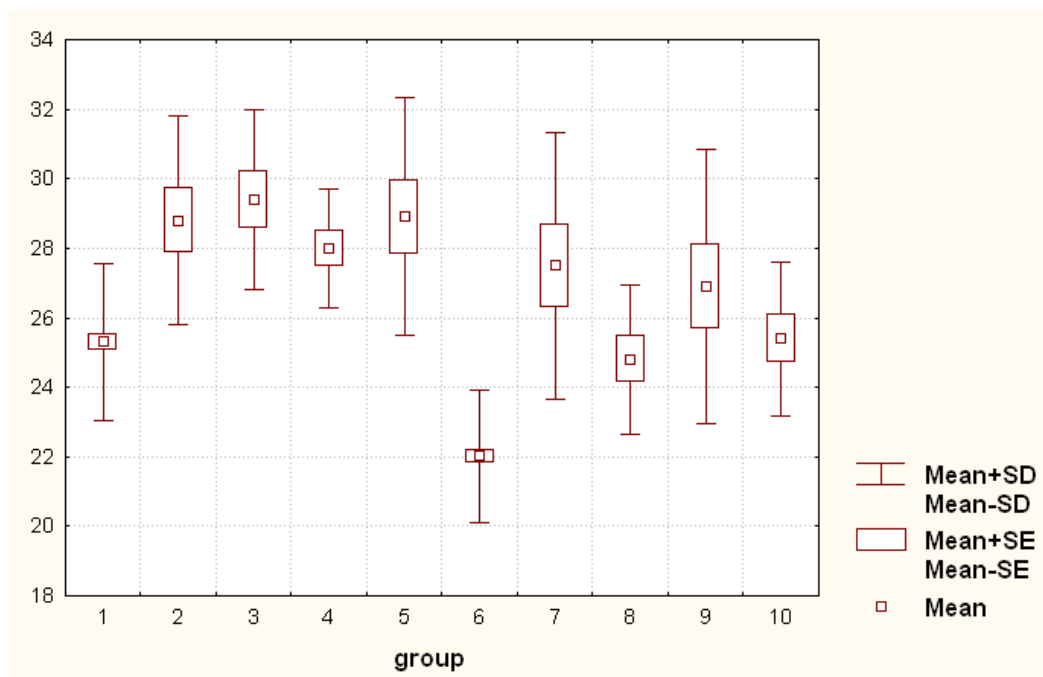


Рис. 4.28. Поперечний нижньогрудний діаметр у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні передньо-заднього середньогруднинного діаметру між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення у чоловіків хворих на ГК/ТП ($p<0,01$) і ХК/ТП ($p<0,05$) (див. рис. 4.29, табл. В.5).

Ширина плечей має виражену тенденцію до більших значень у чоловіків хворих на ГК/ТП ($43,40\pm2,50$ см, $p=0,051$) порівняно зі здоровими чоловіками ($42,02\pm2,64$ см) (рис. 4.30, див. табл. В.5). Величина даного показника достовірно більша або має незначну тенденцію до більших значень у жінок хворих на ГК/ЛП ($38,30\pm1,83$ см, $p=0,080$) та ХК/ЛП ($38,70\pm1,34$ см, $p<0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($37,08\pm1,85$ см) (див. рис. 4.30, табл. В.5). Крім того, ширина плечей має тенденцію до більших значень ($p=0,076$) у чоловіків хворих на ГК/ТП порівняно з чоловіками хворими на ХК/ТП ($41,30\pm2,83$ см) (див. рис. 4.30, табл. В.5).

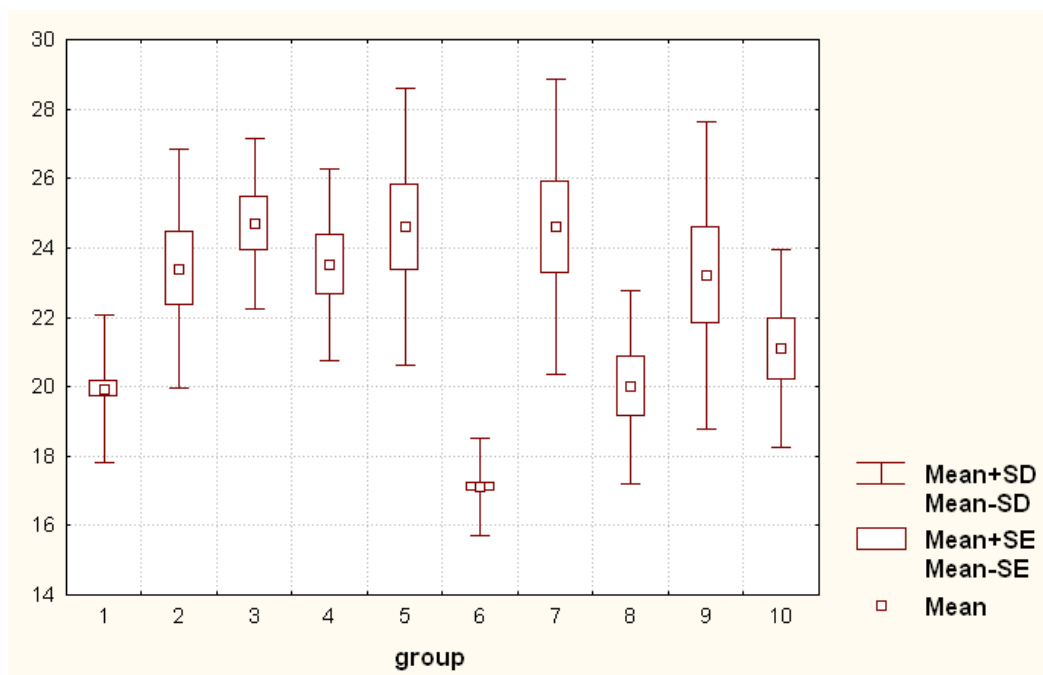


Рис. 4.29. Передньо-задній середньогруднинний діаметр у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

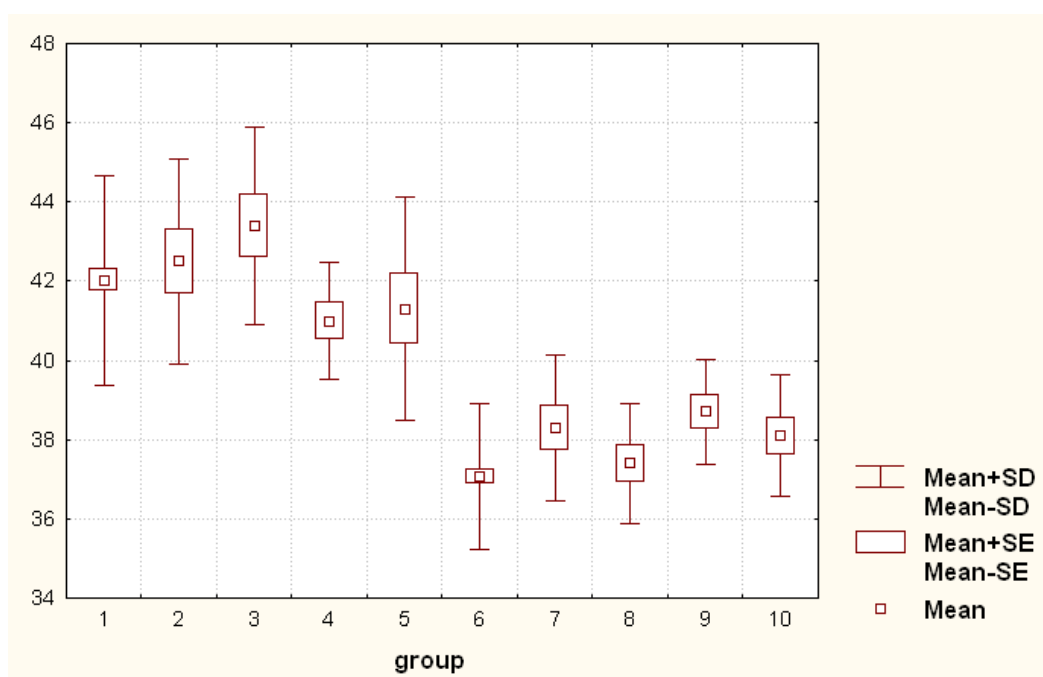


Рис. 4.30. Ширина плечей у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні ширини плечей між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($42,50 \pm 2,59$ см, $p < 0,01$) і ХК/ЛП ($41,00 \pm 1,49$ см, $p < 0,01$), а також у чоловіків хворих ГК/ТП ($p < 0,001$), ніж у жінок на хворих ГК/ТП ($34,70 \pm 1,51$ см) і у

чоловіків хворих ХК/ТП ($p<0,05$), ніж у жінок хворих на ХК/ТП ($38,10\pm1,52$ см) (див. рис. 4.30, табл. В.5).

Встановлено, що *міжостьова відстань таза* достовірно більша у чоловіків хворих на ГК/ТП ($28,00\pm1,49$ см, $p<0,01$) порівняно зі здоровими чоловіками ($26,33\pm1,98$ см) (рис. 4.31, див. табл. В.5). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($29,00\pm1,56$ см, $p<0,001$), ГК/ТП ($27,00\pm1,70$ см, $p<0,01$), ХК/ЛП ($27,50\pm3,44$ см, $p<0,01$) та ХК/ТП ($27,10\pm2,02$ см, $p<0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($24,98\pm2,18$ см) (див. рис. 4.31, табл. В.5). Крім того, величина міжостьової відстані таза достовірно більша ($p<0,05$) у жінок хворих на ГК/ЛП порівняно з жінками хворими на ГК/ТП (див. рис. 4.31, табл. В.5).

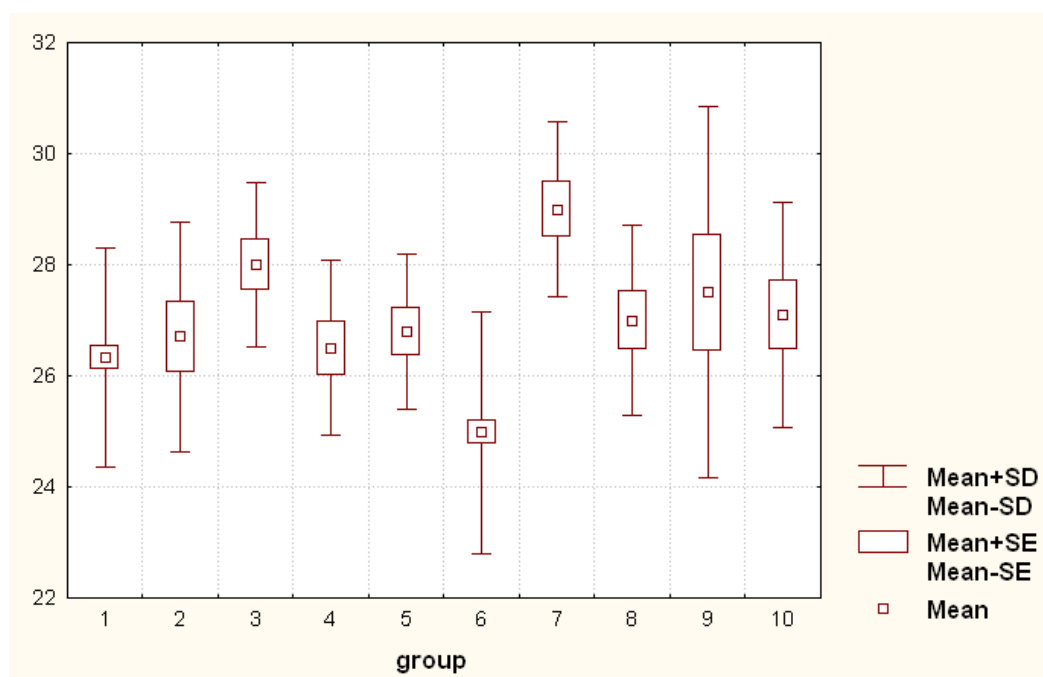


Рис. 4.31. Міжостьова відстань у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні міжостьової відстані таза між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення у жінок хворих на ГК/ЛП ($p<0,05$), ніж у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($26,70\pm2,06$ см) (див. рис. 4.31, табл. В.5).

Міжгребенева відстань таза має тенденцію до більших значень у чоловіків хворих на ГК/ТП ($30,50\pm1,51$ см, $p=0,075$) порівняно зі здоровими чолові-

ками ($29,38 \pm 2,02$ см) (рис. 4.32, див. табл. В.5). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($31,10 \pm 1,66$ см, $p < 0,001$), ГК/ТП ($29,60 \pm 1,84$ см, $p < 0,05$), ХК/ЛП ($30,60 \pm 2,41$ см, $p < 0,01$) та ХК/ТП ($29,20 \pm 1,03$ см, $p < 0,05$) порівняно зі здоровими жінками ($27,87 \pm 2,31$ см) (див. рис. 4.32, табл. В.5). Крім того, величина міжгребеневої відстані таза достовірно більша ($p < 0,05$) у чоловіків хворих на ГК/ТП порівняно з чоловіками хворими на ХК/ТП ($29,00 \pm 1,05$ см) (див. рис. 4.32, табл. В.5).

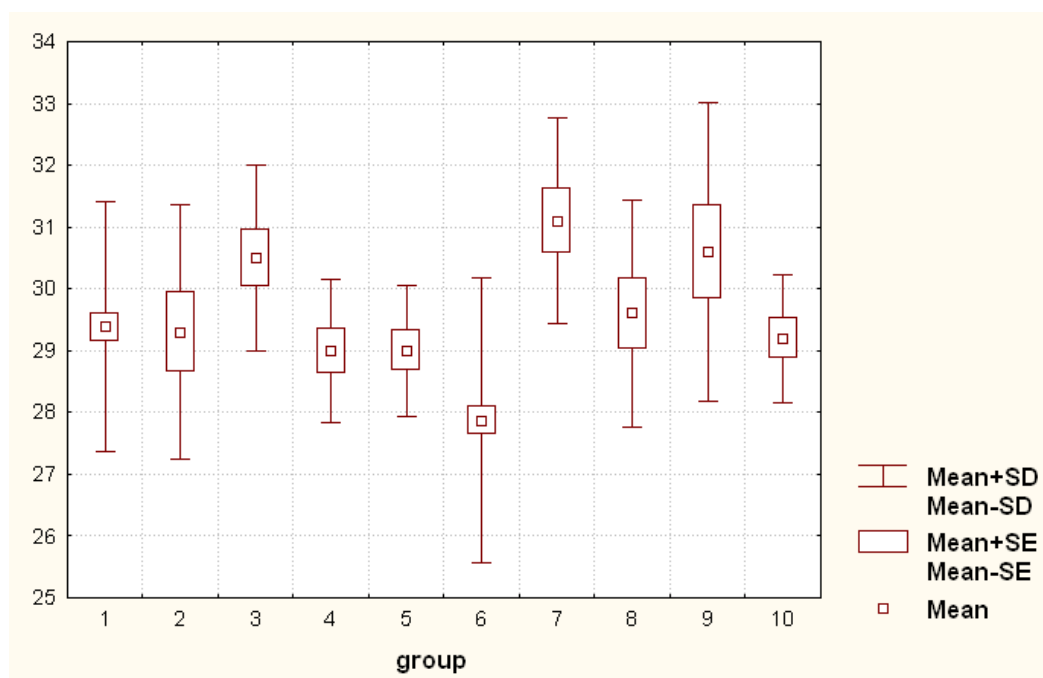


Рис. 4.32. Міжгребенева відстань у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні міжгребеневої відстані таза між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення у жінок хворих на ГК/ЛП ($p < 0,05$), ніж у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($29,30 \pm 2,06$ см) (див. рис. 4.32, табл. В.5).

Міжвертлюгова відстань таза достовірно менша у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($31,40 \pm 2,17$ см, $p < 0,05$), ХК/ЛП ($31,30 \pm 1,83$ см, $p < 0,05$) та ХК/ТП ($30,60 \pm 0,84$ см, $p < 0,001$) порівняно зі здоровими чоловіками ($32,96 \pm 2,10$ см) (рис. 4.33, див. табл. В.5). Величина даного показника має тенденцію до більших значень у жінок хворих на ГК/ЛП ($33,60 \pm 2,22$ см, $p = 0,062$) порівняно зі здоровими жінками ($32,22 \pm 1,89$ см) (див. рис. 4.33, табл. В.5). Крім того, величина міжвертлюго-

вої відстані таза достовірно більша ($p < 0,05$) у чоловіків хворих на ГК/ТП (32,70±2,11 см) порівняно з чоловіками хворими на ХК/ТП (див. рис. 4.33, табл. В.5).

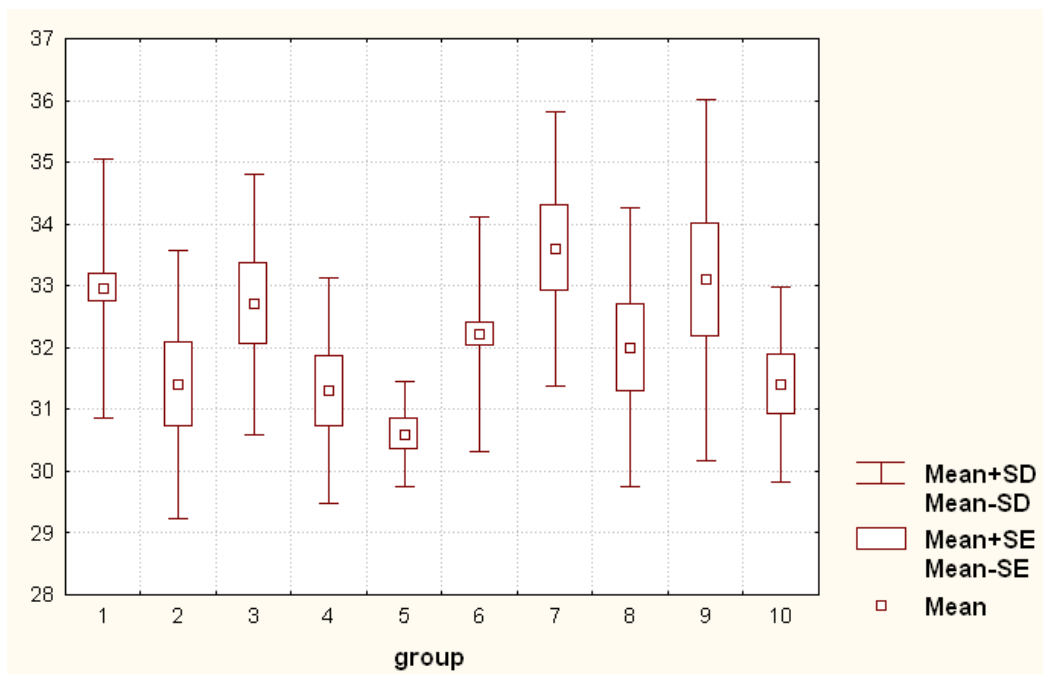


Рис. 4.33. Міжвертлюгова відстань у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (см).

При порівнянні міжвертлюгової відстані таза між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення у жінок хворих на ГК/ЛП ($p < 0,05$) (див. рис. 4.33, табл. В.5).

4.2. Особливості товщини шкірно-жирових складок

Встановлено, що *товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча* достовірно менша у чоловіків хворих на ГК/ЛП (4,400±1,174 мм, $p < 0,001$), ГК/ТП (4,500±1,509 мм, $p < 0,001$), ХК/ЛП (4,700±1,337 мм, $p < 0,001$) і ХК/ТП (3,800±1,549 мм, $p < 0,001$) порівняно зі здоровими чоловіками (7,848±2,914 мм) (рис. 4.34, табл. В.6). Величина даного показника достовірно менша у жінок хворих на ГК/ЛП (4,800±1,687 мм, $p < 0,001$), ГК/ТП (4,000±1,414 мм,

$p < 0,001$), ХК/ЛП ($4,800 \pm 2,486$ мм, $p < 0,01$) і ХК/ТП ($4,400 \pm 1,265$ мм, $p < 0,001$) порівняно зі здоровими жінками ($7,870 \pm 2,718$ мм) (див. рис. 4.34, табл. В.6).

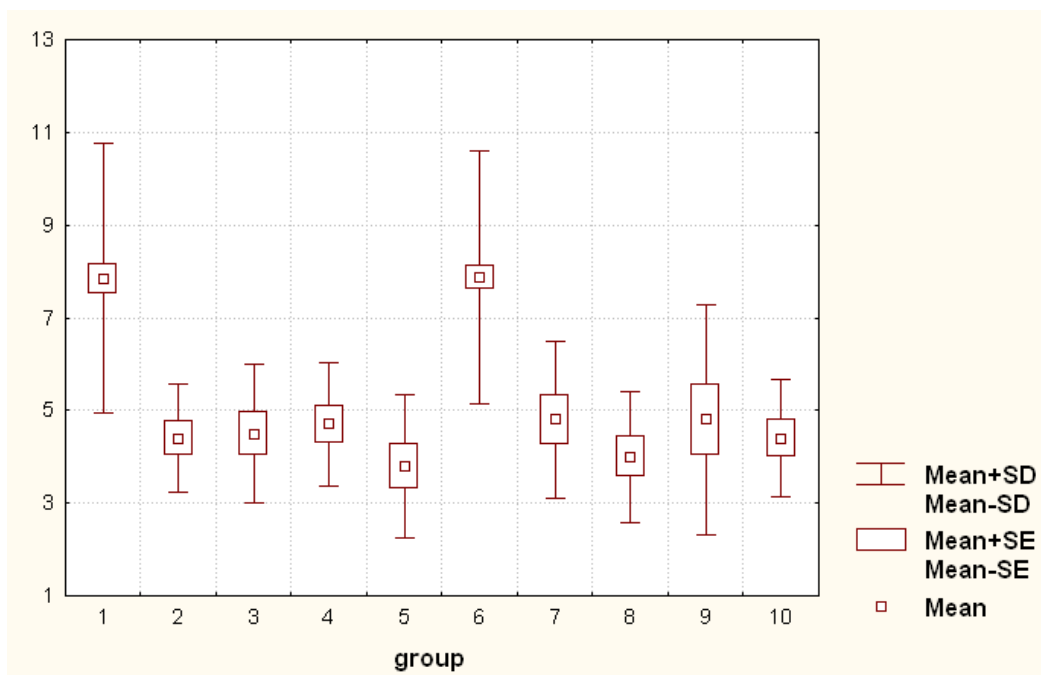


Рис. 4.34. Товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (мм).

Не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей при порівнянні товщини шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча між відповідними групами хворих чоловіків і жінок (див. рис. 4.34, табл. В.6).

Товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча достовірно менша у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($3,400 \pm 0,699$ мм, $p < 0,001$), ГК/ТП ($3,500 \pm 1,179$ мм, $p < 0,01$), ХК/ЛП ($3,500 \pm 1,080$ мм, $p < 0,001$) і ХК/ТП ($3,400 \pm 1,506$ мм, $p < 0,001$) порівняно зі здоровими чоловіками ($5,592 \pm 2,132$ мм) (рис. 4.35, див. табл. В.6). Величина даного показника достовірно менша або має тенденцію до менших значень у жінок хворих на ГК/ЛП ($3,500 \pm 1,179$ мм, $p < 0,001$), ГК/ТП ($3,400 \pm 0,516$ мм, $p < 0,001$), ХК/ЛП ($4,700 \pm 2,058$ мм, $p = 0,074$) і ХК/ТП ($3,800 \pm 1,751$ мм, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($5,736 \pm 1,991$ мм) (див. рис. 4.35, табл. В.6).

Не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей при порівнянні товщини шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча між відповідними групами хворих чоловіків і жінок (див. рис. 4.35, табл. В.6).

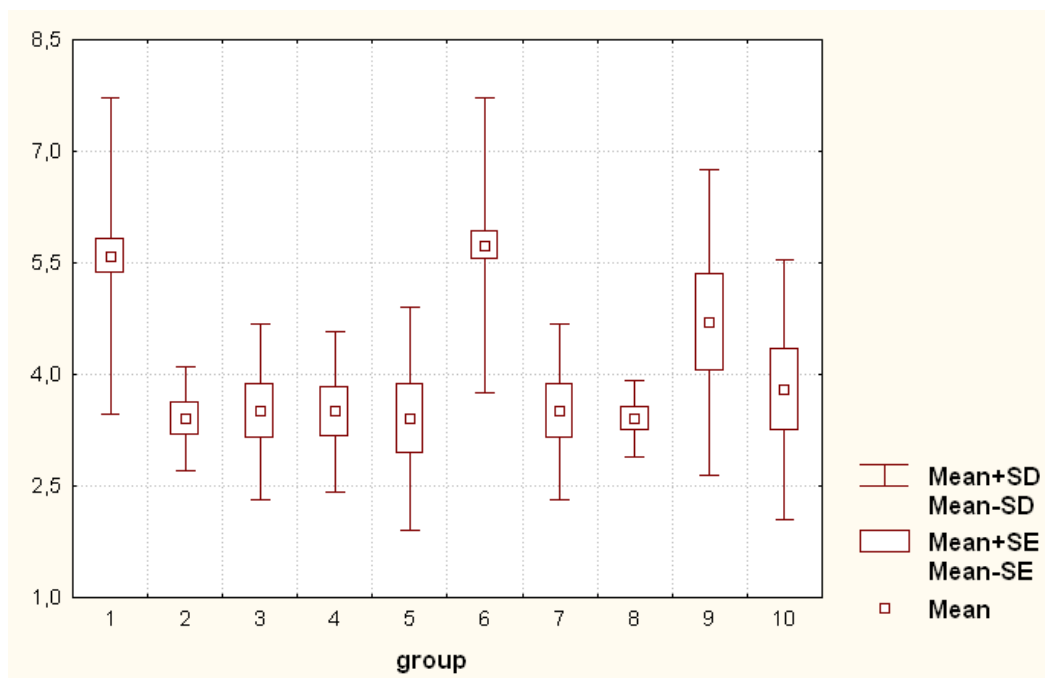


Рис. 4.35. Товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (мм).

Товщина шкірно-жирової складки на передпліччі достовірно менша у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($3,200 \pm 1,033$ мм, $p < 0,05$), ХК/ЛП ($3,300 \pm 1,829$ мм, $p < 0,05$) і ХК/ТП ($3,100 \pm 0,994$ мм, $p < 0,05$) порівняно зі здоровими чоловіками ($4,173 \pm 1,621$ мм) (рис. 4.36, див. табл. В.6). Не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей при порівнянні величини даного показника між хворими та здоровими жінками, а також між хворими чоловіками або хворими жінками (див. рис. 4.36, табл. В.6).

При порівнянні товщини шкірно-жирової складки на передпліччі між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлено достовірно більше значення у жінок хворих на ХК/ТП ($4,100 \pm 0,876$ мм, $p < 0,05$) (див. рис. 4.36, табл. В.6).

Товщина шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки достовірно менша у чоловіків хворих на ХК/ЛП ($10,40 \pm 3,47$ мм, $p < 0,05$) і ХК/ТП ($10,50 \pm 3,37$ мм, $p < 0,05$) порівняно зі здоровими чоловіками ($13,53 \pm 3,92$ мм) (рис. 4.37, див. табл. В.6). Величина даного показника достовірно менша у жінок хворих на ГК/ТП ($8,600 \pm 1,776$ мм, $p < 0,001$) і ХК/ТП ($8,900 \pm 1,969$ мм, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($12,59 \pm 3,56$ мм) (див. рис. 4.37, табл. В.6).

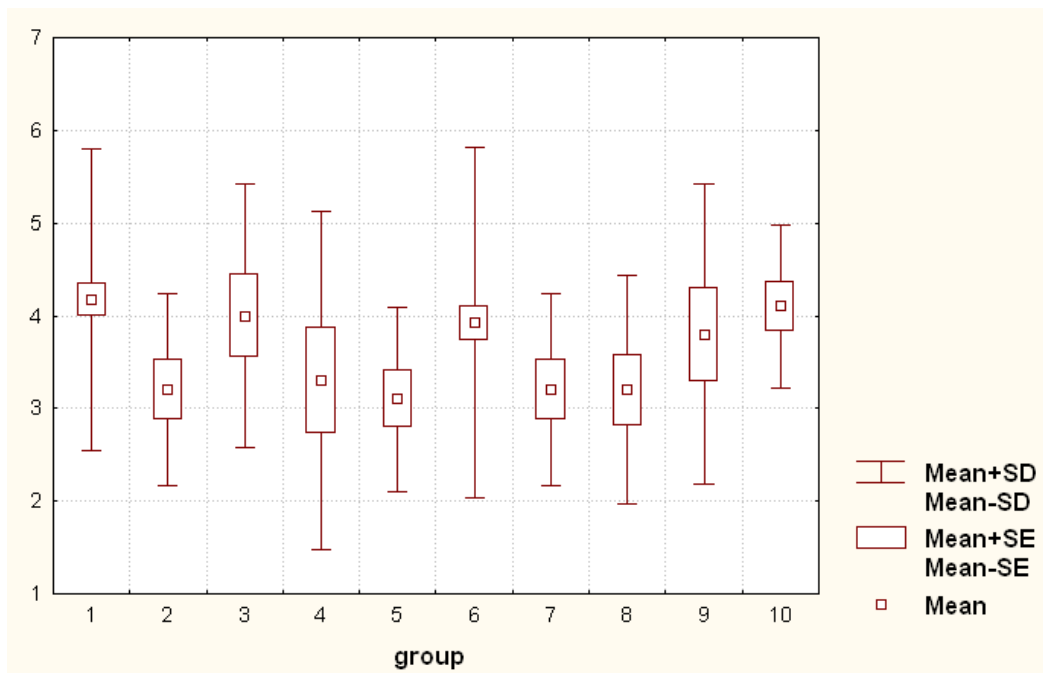


Рис. 4.36. Товщина шкірно-жирової складки на передпліччі у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (мм).

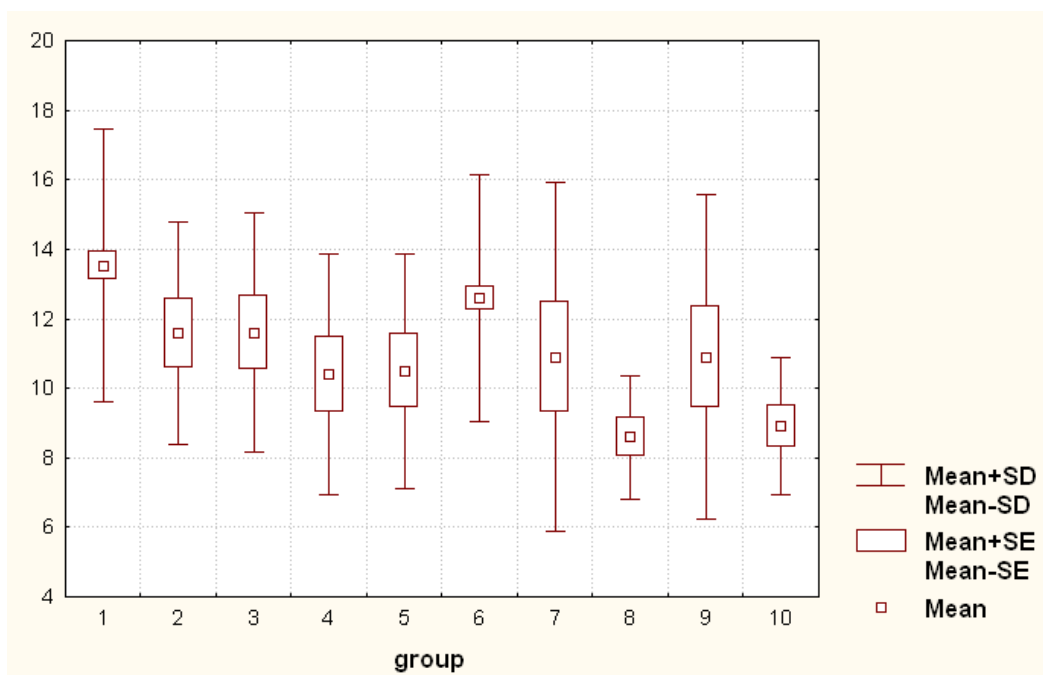


Рис. 4.37. Товщина шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (мм).

При порівнянні товщини шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлено достовірно більше значення у чоловіків хворих на ГК/ТП ($11,60 \pm 3,44$ мм, $p < 0,05$) (див. рис. 4.37, табл. В.6).

Товщина шкірно-жирової складки на грудях достовірно більша у чоловіків хворих на ГК/ТП ($6,900 \pm 2,079$ мм, $p < 0,01$), ХК/ЛП ($6,800 \pm 3,120$ мм, $p < 0,05$) і ХК/ТП ($6,700 \pm 2,214$ мм, $p < 0,05$) порівняно зі здоровими чоловіками ($4,924 \pm 1,729$ мм) (рис. 4.38, див. табл. В.6). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($8,100 \pm 2,807$ мм, $p < 0,001$), ГК/ТП ($7,700 \pm 3,129$ мм, $p < 0,01$), ХК/ЛП ($9,700 \pm 3,773$ мм, $p < 0,001$) і ХК/ТП ($7,900 \pm 3,348$ мм, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($4,603 \pm 1,341$ мм) (див. рис. 4.38, табл. В.6).

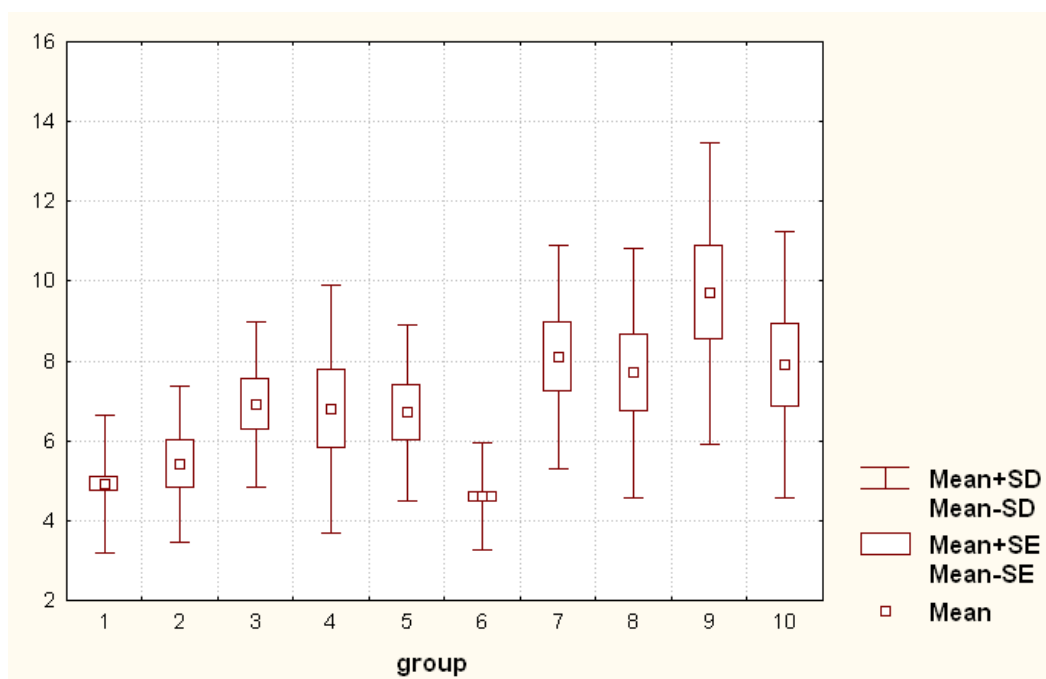


Рис. 4.38. Товщина шкірно-жирової складки на грудях у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (мм).

При порівнянні товщини шкірно-жирової складки на грудях між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більше значення у жінок хворих на ГК/ЛП (відповідно у чоловіків – $5,400 \pm 1,955$ мм, $p < 0,05$) і тенденція до більших значень у жінок хворих на ХК/ЛП ($p = 0,070$) (див. рис. 4.38, табл. В.6).

Товщина шкірно-жирової складки на животі достовірно більша або має тенденцію до більших значень у чоловіків хворих на ГК/ТП ($18,20 \pm 6,97$ мм, $p < 0,01$) і ХК/ТП ($18,00 \pm 9,25$ мм, $p = 0,062$) порівняно зі здоровими чоловіками ($12,33 \pm 4,79$ мм) (рис. 4.39, див. табл. В.6). Величина даного показника достовірно більша або має тенденції до більших значень у жінок хворих на ГК/ЛП

($19,80 \pm 7,52$ мм, $p < 0,05$), ГК/ТП ($18,10 \pm 6,69$ мм, $p = 0,068$), ХК/ЛП ($22,00 \pm 11,67$ мм, $p = 0,051$) і ХК/ТП ($19,10 \pm 6,21$ мм, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($13,88 \pm 5,01$ мм) (див. рис. 4.39, табл. В.6).

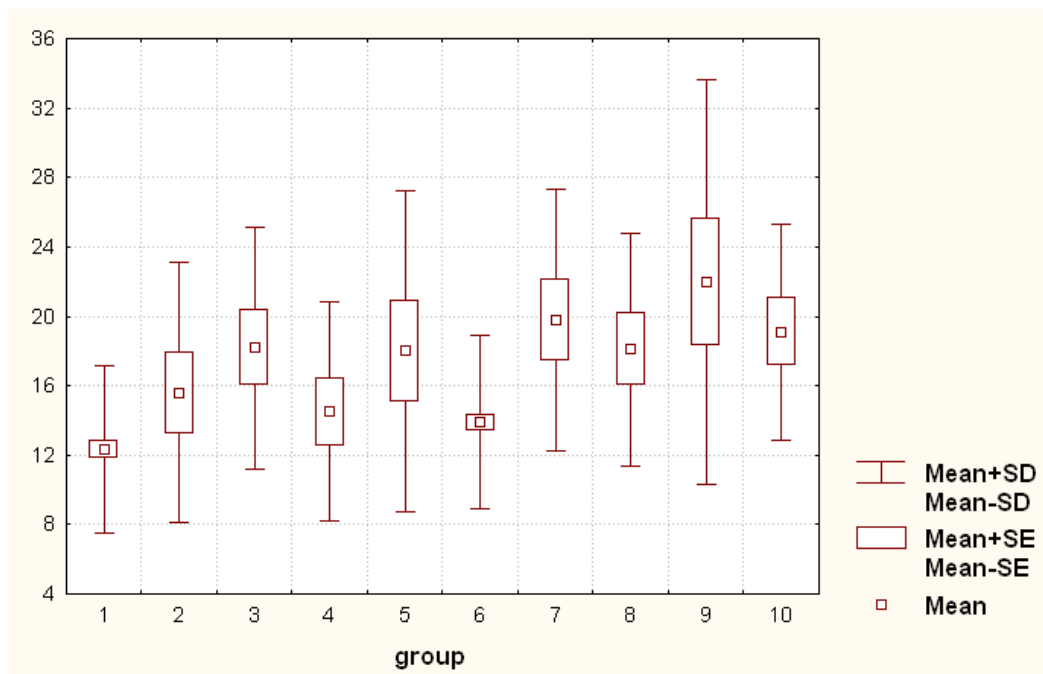


Рис. 4.39. Товщина шкірно-жирової складки на животі у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (мм).

Не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей при порівнянні товщини шкірно-жирової складки на животі між відповідними групами хворих чоловіків і жінок (див. рис. 4.39, табл. В.6).

Товщина шкірно-жирової складки на боці достовірно більша або має виражену тенденцію до більших значень у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($13,90 \pm 5,70$ мм, $p = 0,051$), ГК/ТП ($17,50 \pm 6,40$ мм, $p < 0,01$) і ХК/ЛП ($14,30 \pm 4,79$ мм, $p < 0,05$) порівняно зі здоровими чоловіками ($10,75 \pm 4,41$ мм) (рис. 4.40, див. табл. В.6). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($18,50 \pm 7,43$ мм, $p < 0,01$), ГК/ТП ($17,40 \pm 6,35$ мм, $p < 0,05$), ХК/ЛП ($19,60 \pm 8,97$ мм, $p < 0,01$) і ХК/ТП ($19,50 \pm 7,34$ мм, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($12,06 \pm 4,57$ мм) (див. рис. 4.40, табл. В.6).

Не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей при порівнянні товщини шкірно-жирової складки на боці між відповідними групами хворих чоловіків і жінок (див. рис. 4.40, табл. В.6).

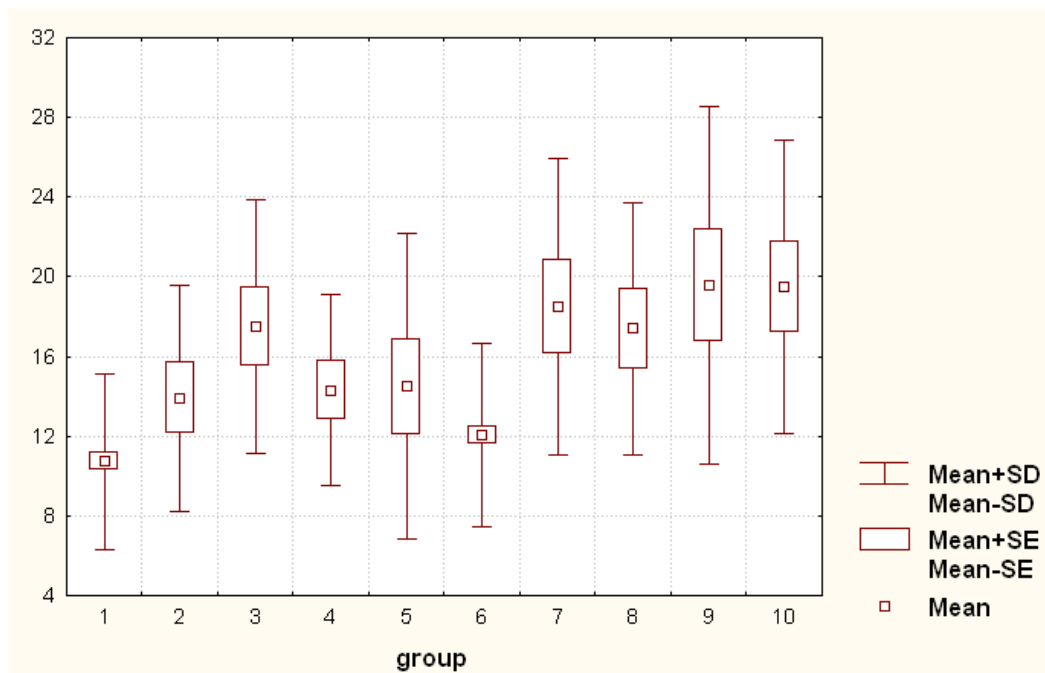


Рис. 4.40. Товщина шкірно-жирової складки на боку у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (мм).

Товщина шкірно-жирової складки на стегні достовірно менша у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($6,700 \pm 2,003$ мм, $p < 0,001$), ГК/ТП ($8,600 \pm 2,319$ мм, $p < 0,001$), ХК/ЛП ($6,000 \pm 1,333$ мм, $p < 0,001$) і ХК/ТП ($7,100 \pm 2,079$ мм, $p < 0,001$) порівняно зі здоровими чоловіками ($12,80 \pm 3,85$ мм) (рис. 4.41, див. табл. В.6). Величина даного показника достовірно менша або має тенденцію до менших значень у жінок хворих на ГК/ЛП ($11,10 \pm 3,25$ мм, $p < 0,05$), ГК/ТП ($10,90 \pm 3,96$ мм, $p < 0,01$) і ХК/ТП ($12,00 \pm 3,62$ мм, $p = 0,063$) порівняно зі здоровими жінками ($14,56 \pm 3,98$ мм) (див. рис. 4.41, табл. В.6). Крім того, величина товщини шкірно-жирової складки на стегні має тенденцію до більших значень ($p = 0,064$) у чоловіків хворих на ГК/ТП порівняно з чоловіками хворими на ГК/ЛП (див. рис. 4.41, табл. В.6).

При порівнянні товщини шкірно-жирової складки на стегні між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення у жінок хворих на ГК/ЛП ($p < 0,01$), ХК/ЛП ($13,30 \pm 4,81$ мм, $p < 0,01$) і ХК/ТП ($p < 0,01$) (див. рис. 4.41, табл. В.6).

Товщина шкірно-жирової складки на гоміліці менша у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($6,300 \pm 1,418$ мм, $p < 0,01$), ГК/ТП ($7,200 \pm 1,317$ мм, $p < 0,05$), ХК/ЛП ($6,100 \pm$

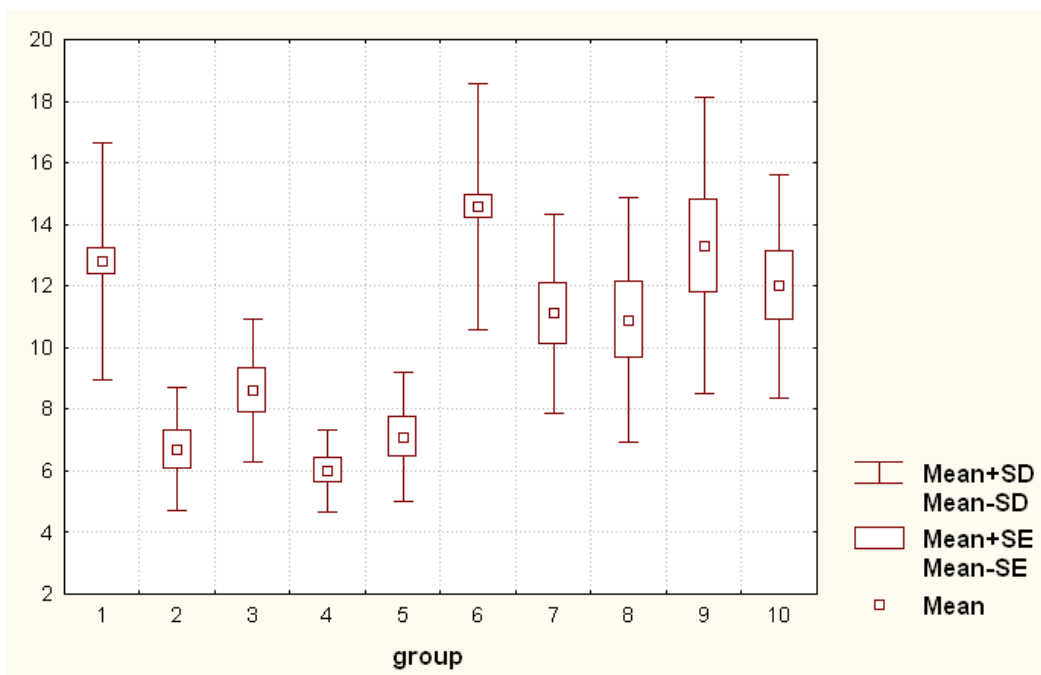


Рис. 4.41. Товщина шкірно-жирової складки на стегні у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (мм).

1,969 мм, $p < 0,01$) і ХК/ТП ($6,100 \pm 2,331$ мм, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими чоловіками ($8,982 \pm 2,691$ мм) (рис. 4.42, див. табл. В.6). Величина даного показника достовірно менша у жінок хворих на ГК/ЛП ($8,200 \pm 3,120$ мм, $p < 0,05$), ГК/ТП ($6,700 \pm 1,636$ мм, $p < 0,01$), ХК/ЛП ($8,100 \pm 3,510$ мм, $p < 0,05$) і ХК/ТП ($7,700 \pm 2,312$ мм, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($10,71 \pm 2,79$ мм) (див. рис. 4.42, табл. В.6).

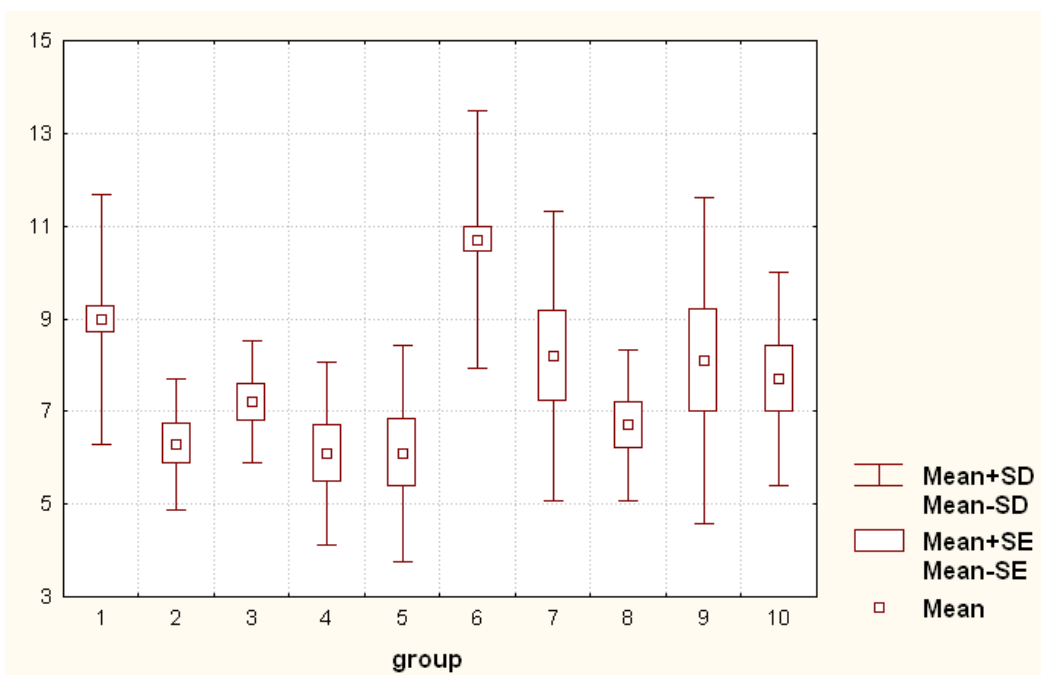


Рис. 4.42. Товщина шкірно-жирової складки на гомілці у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (мм).

Не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей при порівнянні товщини шкірно-жирової складки на гомілці між відповідними групами хворих чоловіків і жінок (див. рис. 4.42, табл. В.6).

4.3. Особливості компонентів соматотипу і показників компонентного складу маси тіла

Між хворими та здоровими чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей *величини ендоморфного компоненту соматотипу* (рис. 4.43, табл. В.7). Також не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей величини даного показника між хворими чоловіками або між хворими жінками (див. рис. 4.43, табл. В.7).

Не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей при порівнянні величини ендоморфного компоненту соматотипу між відповідними групами хворих чоловіків і жінок (див. рис. 4.43, табл. В.7).

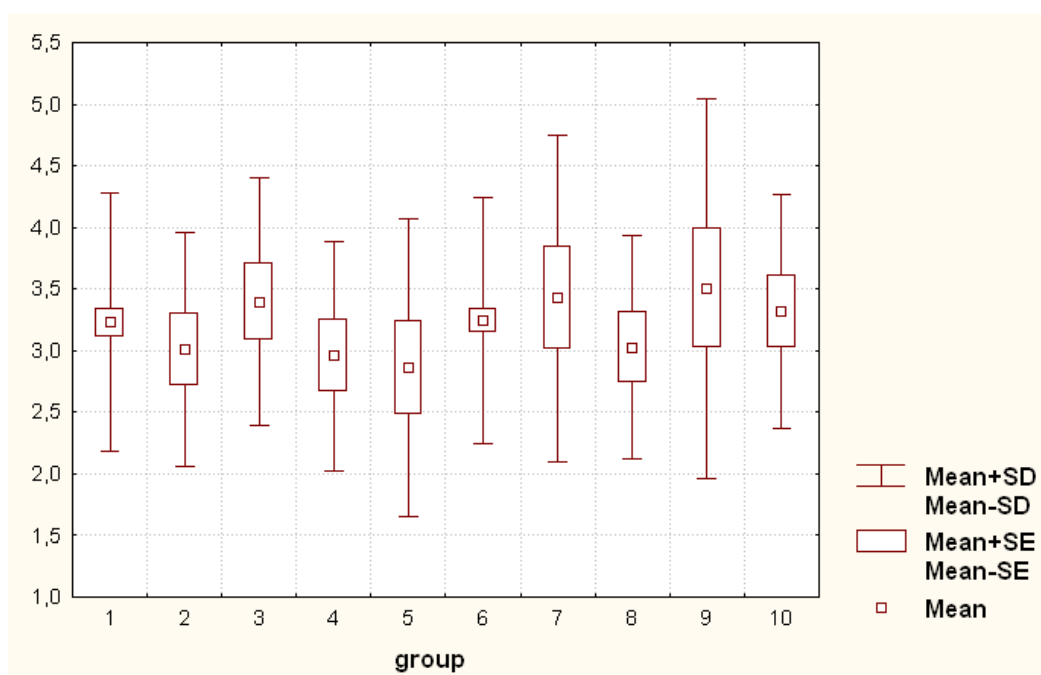


Рис. 4.43. Величина ендоморфного компоненту соматотипу у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (бал).

Величина мезоморфного компоненту соматотипу достовірно більша або має тенденцію до більших значень у чоловіків хворих на ГК/ТП ($5,425 \pm 1,556$ бал., $p < 0,05$) і ХК/ЛП ($6,000 \pm 1,333$ бал., $p = 0,060$) порівняно зі здоровими чоловіками ($4,689 \pm 1,332$ бал.) (рис. 4.44, див. табл. В.7). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($5,955 \pm 2,297$ бал., $p < 0,01$) і ХК/ЛП ($5,867 \pm 2,953$ бал., $p < 0,05$) порівняно зі здоровими жінками ($3,761 \pm 1,463$ бал.) (див. рис. 4.44, табл. В.7).

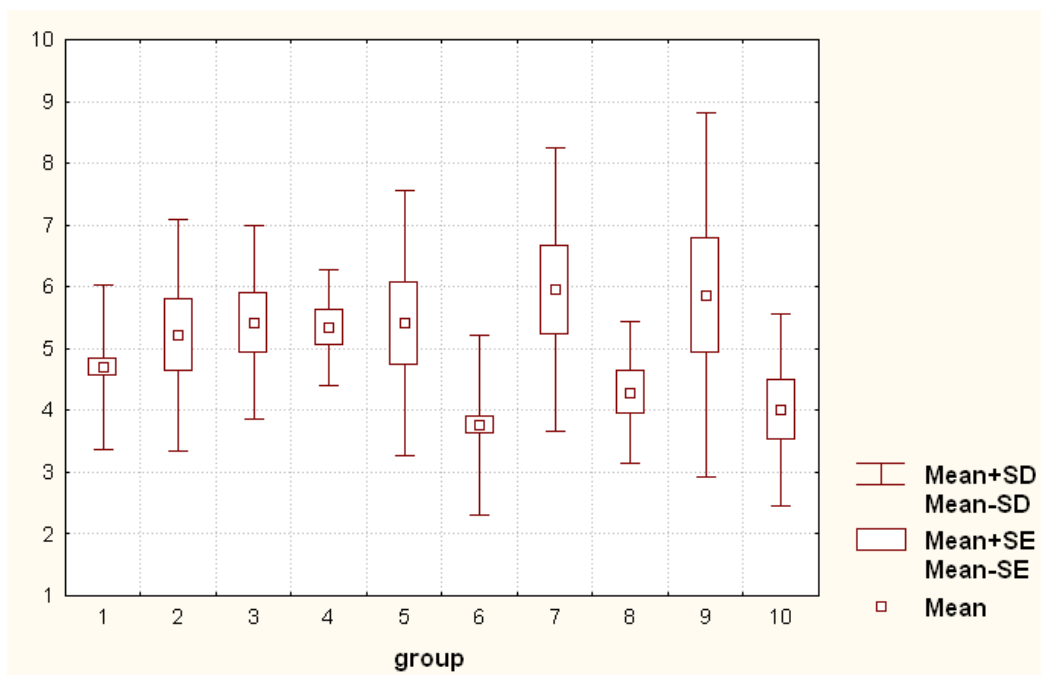


Рис. 4.44. Величина мезоморфного компоненту соматотипу у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (бал).

При порівнянні величини мезоморфного компоненту соматотипу між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення ($p < 0,05$) у чоловіків хворих на ГК/ТП (відповідно у жінок $4,286 \pm 1,150$ бал.) (див. рис. 4.44, табл. В.7).

Величина екоморфного компоненту соматотипу достовірно менша або має тенденцію до менших значень у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($1,497 \pm 1,208$ бал., $p < 0,05$), ГК/ТП ($1,462 \pm 1,231$ бал., $p < 0,05$) і ХК/ЛП ($1,727 \pm 1,112$ бал., $p = 0,079$) порівняно зі здоровими чоловіками ($2,512 \pm 1,253$ бал.) (рис. 4.45, див. табл. В.7). Величина даного показника достовірно менша у жінок хворих на ГК/ЛП ($1,486 \pm 1,910$ бал., $p < 0,05$), ХК/ЛП ($1,454 \pm 1,806$ бал., $p < 0,05$) і ХК/ТП

($1,646 \pm 1,168$ бал., $p < 0,05$) порівняно зі здоровими жінками ($2,738 \pm 1,374$ бал.) (див. рис. 4.45, табл. В.7).

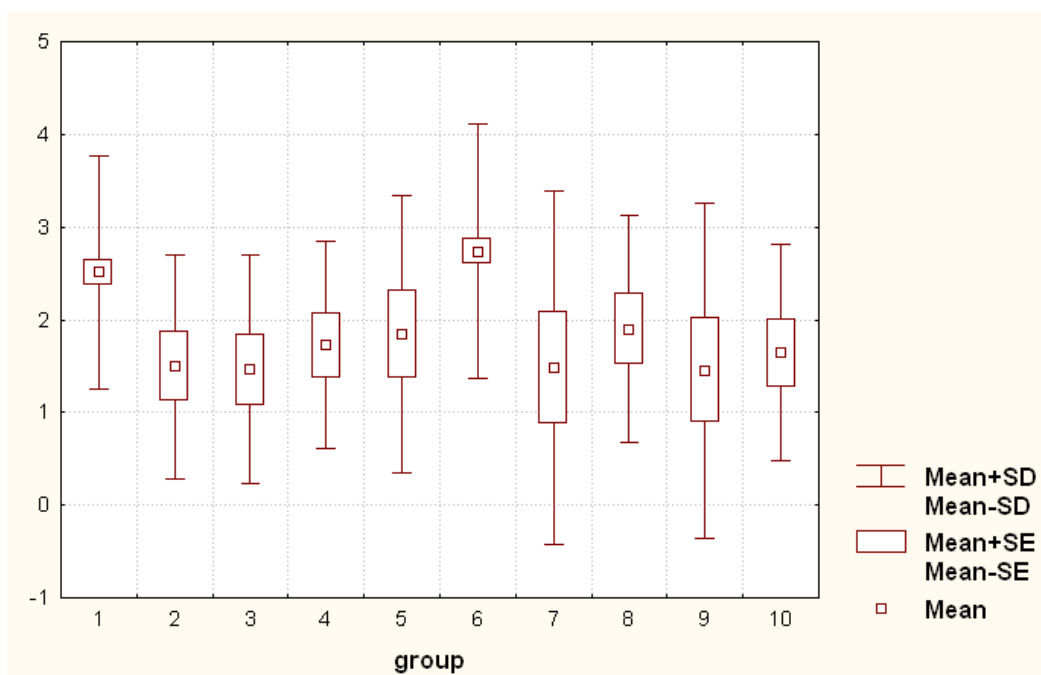


Рис. 4.45. Величина ектоморфного компоненту соматотипу у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (бал.).

Не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей при порівнянні величини ектоморфного компоненту соматотипу між відповідними групами хворих чоловіків і жінок (див. рис. 4.45, табл. В.7).

Величина м'язового компоненту маси тіла за Матейко достовірно більша у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($46,06 \pm 16,92$ кг, $p < 0,05$), ГК/ТП ($42,58 \pm 6,97$ кг, $p < 0,001$), ХК/ЛП ($40,11 \pm 4,90$ кг, $p < 0,01$) і ХК/ТП ($43,21 \pm 8,75$ кг, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими чоловіками ($34,22 \pm 5,88$ кг) (рис. 4.46, див. табл. В.7). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($41,90 \pm 7,17$ кг, $p < 0,001$), ГК/ТП ($33,01 \pm 4,55$ кг, $p < 0,001$), ХК/ЛП ($40,92 \pm 8,83$ кг, $p < 0,01$) і ХК/ТП ($43,21 \pm 8,75$ кг, $p < 0,01$) порівняно зі здоровими жінками ($34,22 \pm 5,88$ кг) (див. рис. 4.46, табл. В.7). Крім того, величина м'язового компоненту маси тіла за Матейко достовірно більша ($p < 0,01$) у жінок хворих на ГК/ЛП порівняно з жінками хворими на ГК/ТП (див. рис. 4.46, табл. В.7).

При порівнянні величини м'язового компоненту маси тіла за Матейко між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлено достовірно бі-

льше значення у чоловіків хворих на ГК/ТП ($p<0,01$) і виражена тенденція до більших значень у чоловіків хворих на ХК/ТП ($p=0,059$) (див. рис. 4.46, табл. В.7).

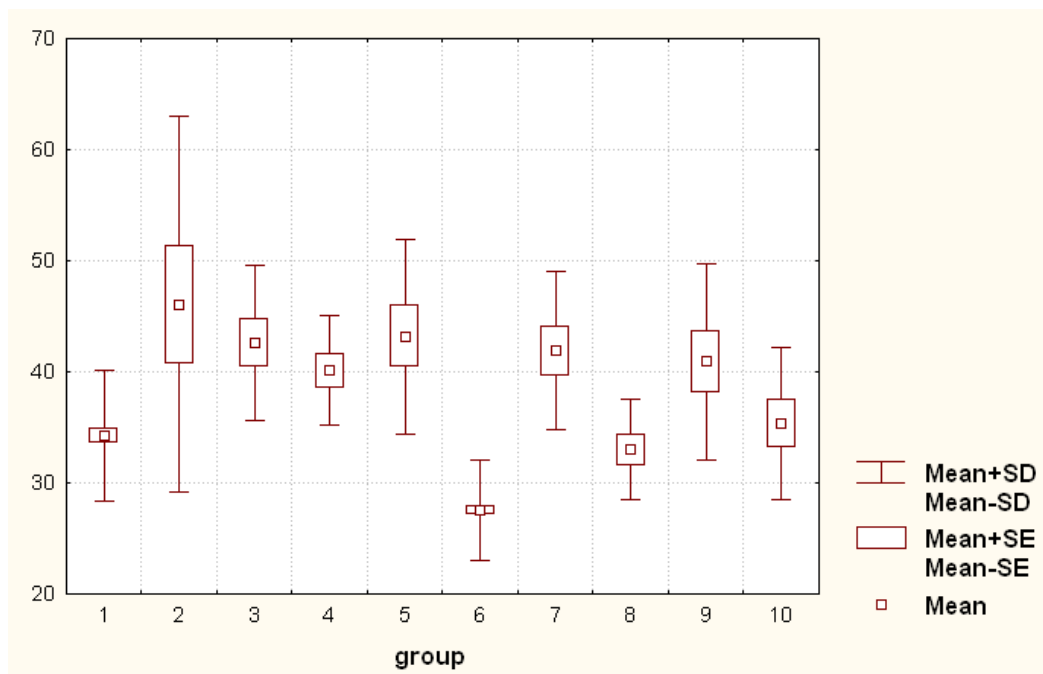


Рис. 4.46. Величина м'язового компоненту маси тіла за Матейко у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (кг).

Величина м'язового компоненту маси тіла за Американським інститутом харчування (AIX) достовірно більша у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($47,73 \pm 14,39$ кг, $p<0,05$), ГК/ТП ($50,99 \pm 12,01$ кг, $p<0,001$), ХК/ЛП ($46,53 \pm 7,77$ кг, $p<0,01$) і ХК/ТП ($48,80 \pm 14,19$ кг, $p<0,05$) порівняно зі здоровими чоловіками ($38,67 \pm 7,20$ кг) (рис. 4.47, див. табл. В.7). Величина даного показника достовірно більша у жінок хворих на ГК/ЛП ($46,06 \pm 11,94$ кг, $p<0,001$), ГК/ТП ($32,55 \pm 5,80$ кг, $p<0,01$), ХК/ЛП ($43,66 \pm 11,27$ кг, $p<0,001$) і ХК/ТП ($34,97 \pm 7,24$ кг, $p<0,001$) порівняно зі здоровими жінками ($26,29 \pm 5,75$ кг) (див. рис. 4.47, табл. В.7). Крім того, величина м'язового компоненту маси тіла за AIX достовірно більша ($p<0,01$) у жінок хворих на ГК/ЛП порівняно з жінками хворими на ГК/ТП (див. рис. 4.47, табл. В.7).

При порівнянні величини м'язового компоненту маси тіла за AIX між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші

значення у чоловіків хворих на ГК/ТП ($p<0,01$) і ХК/ТП ($p<0,05$) (див. рис. 4.47, табл. В.7).

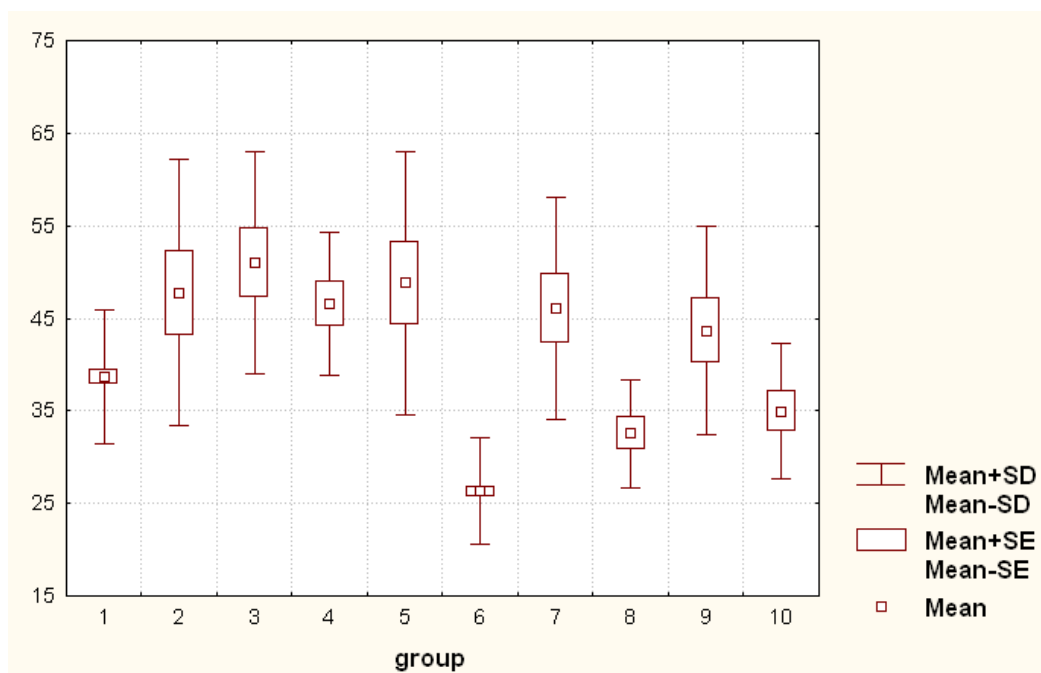


Рис. 4.47. Величина м'язового компоненту маси тіла за АІХ у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (кг).

Величина кісткового компоненту маси тіла за Матейко достовірно більша лише у чоловіків хворих на ГК/ТП ($12,25 \pm 1,25$ кг, $p<0,01$) порівняно зі здоровими чоловіками ($11,01 \pm 1,30$ кг) (рис. 4.48, див. табл. В.7). Величина даного показника достовірно більша лише у жінок хворих на ГК/ЛП ($8,892 \pm 1,047$ кг, $p<0,05$) порівняно зі здоровими жінками ($8,173 \pm 1,151$ кг) (див. рис. 4.48, табл. В.7). Крім того, величина кісткового компоненту маси тіла за Матейко достовірно більша ($p<0,05$ в усіх випадках) у чоловіків хворих на ГК/ТП порівняно з чоловіками хворими на ГК/ЛП ($10,58 \pm 1,61$ кг), у чоловіків хворих на ГК/ТП порівняно з чоловіками хворими на ХК/ТП ($10,60 \pm 1,37$ кг), а також у жінок хворих на ГК/ЛП порівняно з жінками хворими на ГК/ТП ($7,673 \pm 0,899$ кг) (див. рис. 4.48, табл. В.7).

При порівнянні величини кісткового компоненту маси тіла за Матейко між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення у чоловіків хворих на ГК/ЛП ($p<0,01$), ГК/ТП ($p<0,001$), ХК/ЛП ($11,28 \pm 1,18$ кг, відповідно у жінок $9,166 \pm 2,409$ кг, $p<0,01$) і ХК/ТП (відповідно у

жінок $8,117 \pm 0,796$ кг, $p < 0,001$) (див. рис. 4.48, табл. В.7).

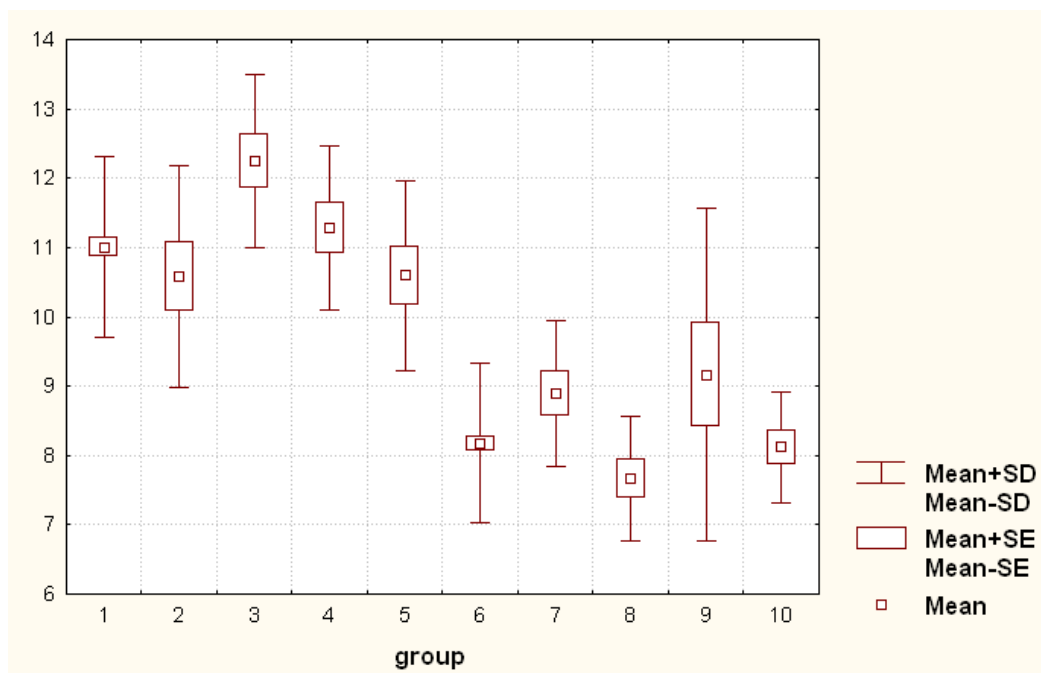


Рис. 4.48. Величина кісткового компоненту маси тіла за Матейко у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (кг).

Величина жирового компоненту маси тіла за Матейко лише у жінок хворих на ГК/ТП ($8,719 \pm 2,588$ кг) має тенденцію до менших значень ($p = 0,061$) порівняно зі здоровими жінками ($10,57 \pm 2,94$ кг) (рис. 4.49, табл. В.7).

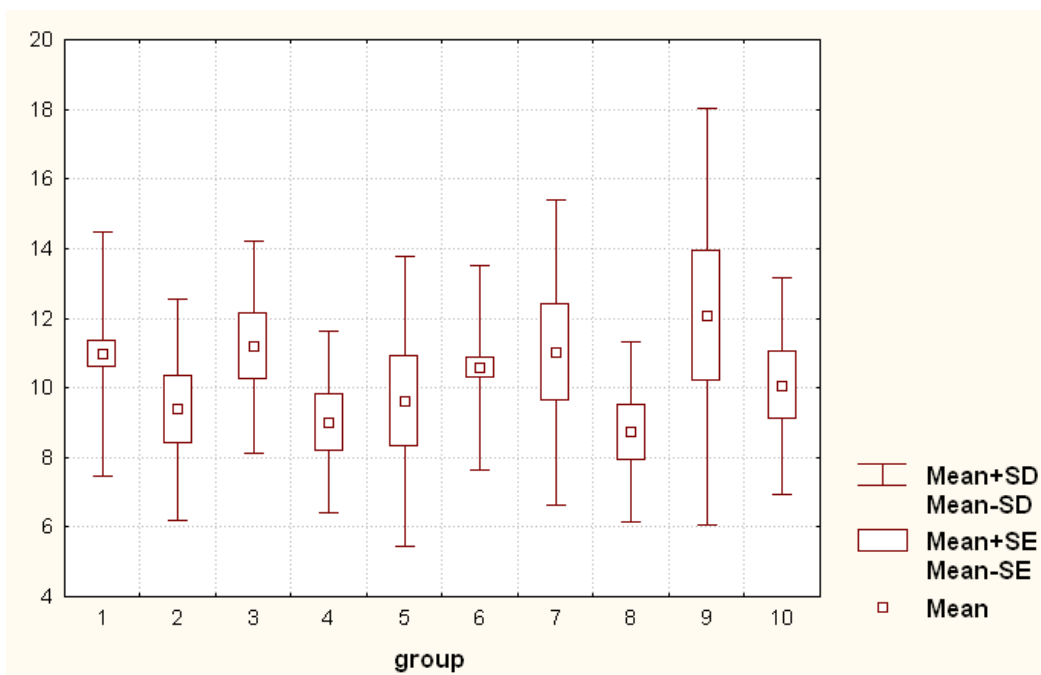


Рис. 4.49. Величина жирового компоненту маси тіла за Матейко у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (кг).

При порівнянні величини жирового компоненту маси тіла за Матейко між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлено лише виражену тенденцію до більших значень ($p=0,059$) у чоловіків хворих на ГК/ТП ($11,18 \pm 3,05$ кг) (див. рис. 4.49, табл. В.7).

При порівнянні частоти розподілу соматотипів між хворими на кропив'янку та здоровими чоловіками, а також між хворими на різні форми та різний перебіг кропив'янки чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій розбіжностей (рис. 4.50, табл. 4.1).

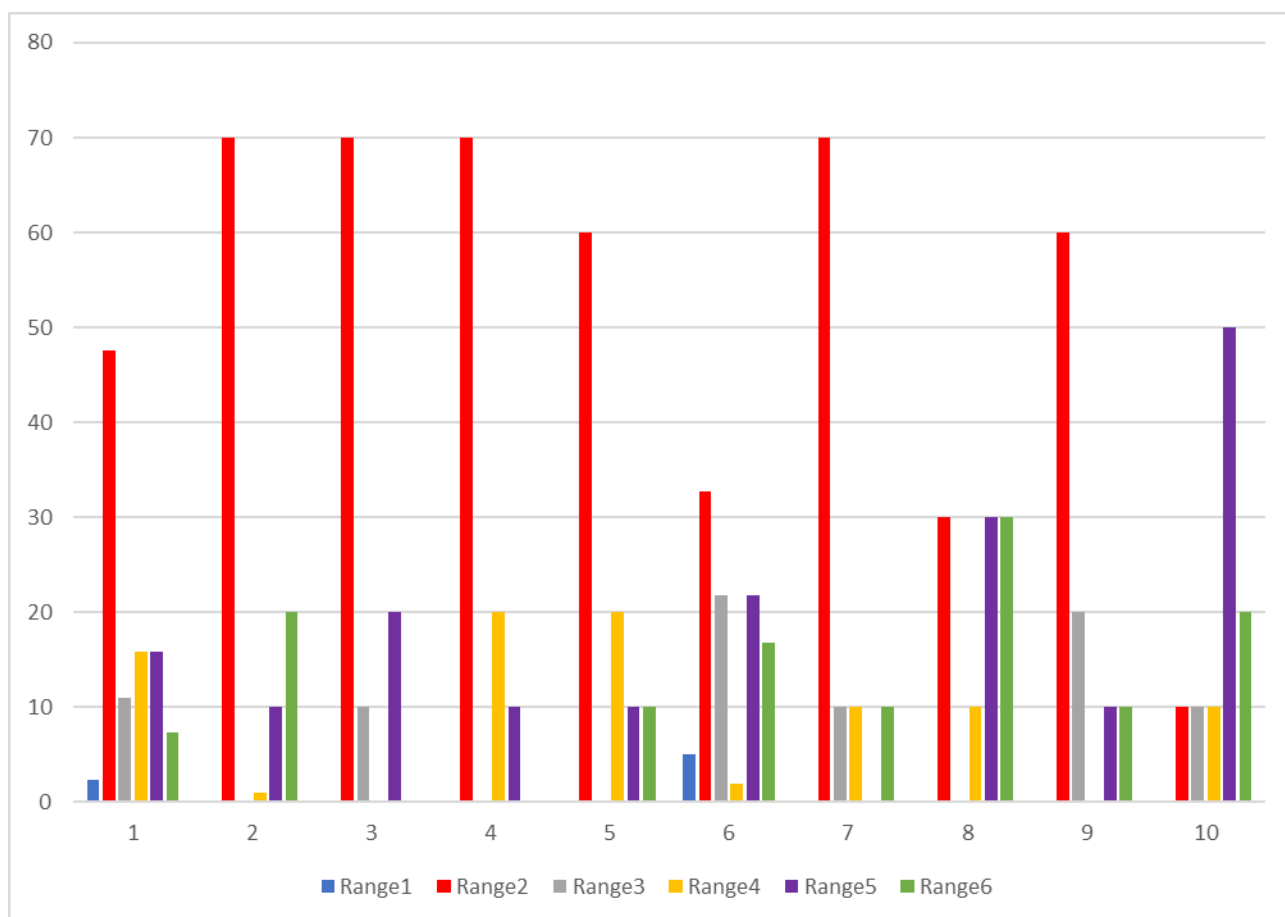


Рис. 4.50. Розподіл соматотипів у здорових і хворих на кропив'янку чоловіків і жінок (%). На даному рисунку: 1 – здорові чоловіки; 2 – хворі на ГК/ЛП чоловіки; 3 – хворі на ГК/ТП чоловіки; 4 – хворі на ХК/ЛП чоловіки; 5 – хворі на ХК/ТП чоловіки; 6 – здорові жінки; 7 – хворі на ГК/ЛП жінки; 8 – хворі на ГК/ТП жінки; 9 – хворі на ХК/ЛП жінки; 10 – хворі на ХК/ТП жінки; Range 1 – ендоморфи; Range 2 – мезоморфи; Range 3 – екторморфи; Range 4 – екто-мезоморфи; Range 5 – ендомезоморфи; Range 6 – середній проміжний соматотип.

Таблиця 4.1

Розподіл соматотипів у практично здорових і хворих на кропив'янку українських чоловіків і жінок (%).

Групи обстеження		Тип соматотипу					
		Ендо-	Мезо-	Екто-	Екто-мезо-	Ендо-мезо-	Серед. пром.
1	Здорові чол. (n=82)	2,4	47,6*	11,0	15,9***	15,9	7,3
2	ГК-ЛП чол. (n=10)	0	70,0	0	1	10,0	20,0
3	ГК-ТП чол. (n=10)	0	70,0	10,0	0	20,0	0
4	ХК-ЛП чол. (n=10)	0	70,0	0	20,0	10,0	0
5	ХК-ТП чол. (n=10)	0	60,0*	0	20,0	10,0	10,0
p1-2		0,6281	0,1844	0,2724	0,1769	0,6254	0,1815
p1-3		0,6281	0,1844	0,9239	0,1769	0,7414	0,3792
p1-4		0,6281	0,1844	0,2724	0,7414	0,6254	0,3792
p1-5		0,6281	0,4609	0,2724	0,7414	0,6254	0,7616
p2-3		1,0000	1,0000	0,3185	1,0000	0,5390	0,1534
p4-5		1,0000	0,6448	1,0000	1,0000	1,0000	0,3185
p2-4		1,0000	1,0000	1,0000	0,1534	1,0000	0,1534
p3-5		1,0000	0,6448	0,3185	0,1534	0,5390	0,3185
1	Здорові жін. (n=101)	5,0	32,7	21,8 ^t	2,0	21,8	16,8 ^t
2	ГК-ЛП жін. (n=10)	0	70,0	10,0	10,0	0	10,0
3	ГК-ТП жін. (n=10)	0	30,0	0	10,0	30,0	30,0 ^t
4	ХК-ЛП жін. (n=10)	0	60,0	20,0	0	10,0	10,0
5	ХК-ТП жін. (n=10)	0	10,0	10,0	10,0	50,0 ^t	20,0
p1-2		0,4708	0,0209	0,3819	0,1409	0,1020	0,5787
p1-3		0,4708	0,8622	0,1020	0,1409	0,5551	0,3022
p1-4		0,4708	0,0874	0,8953	0,6526	0,3819	0,5787
p1-5		0,4708	0,1404	0,3819	0,1409	0,0500	0,7981
p2-3		1,0000	0,0905	0,3185	1,0000	0,0766	0,2783
p4-5		1,0000	0,0308	0,5390	0,3185	0,0667	0,5390
p2-4		1,0000	0,6448	0,5390	0,3185	0,3185	1,0000
p3-5		1,0000	0,2783	0,3185	1,0000	0,3734	0,6119

Примітки: *, *** – достовірність відмінностей між відповідними групами чоловіків і жінок на рівні <0,05 або <0,001; ^t – тенденції відмінностей між відповідними групами чоловіків і жінок.

При порівнянні частоти розподілу соматотипів між хворими на кропив'янку та здоровими жінками встановлені достовірно більші значення ($p < 0,05$ в обох випадках) частоти мезоморфного соматотипу у хворих на ГК/ЛП (відповідно 70,0 % у хворих і 32,7 % у здорових) і частоти енто-мезоморфного соматотипу у хворих на ХК/ТП (відповідно 50,0 % у хворих і 21,8 % у здорових) (див. рис. 4.50, табл. 4.1).

При порівнянні частоти розподілу соматотипів між хворими на різні форми та різний перебіг кропив'янки жінками встановлені достовірно більші значення ($p < 0,05$) частоти мезоморфного соматотипу у хворих на ХК/ЛП (60,0 %) порівняно з хворими на ХК/ТП (10,0 %), а також тенденції до більших значень ($p = 0,077$ і $p = 0,067$) частоти енто-мезоморфного соматотипу у хворих на ГК/ТП (30,0 %) порівняно з хворими на ГК/ЛП (0,0 %) та у хворих ХК/ТП (50,0 %) порівняно з хворими на ХК/ЛП (10,0 %) (див. рис. 4.50, табл. 4.1).

При порівнянні частоти розподілу соматотипів між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлено достовірно більші значення ($p < 0,05$) частоти мезоморфного соматотипу у хворих на ХК/ТП чоловіків (60,0 %) порівняно з хворими на ХК/ТП жінками (10,0 %), а також тенденції до більших значень ($p = 0,067$ і $p = 0,077$) частоти енто-мезоморфного соматотипу у хворих на ХК/ТП жінок (50,0 %) порівняно з хворими на ХК/ТП чоловіками (10,0 %) і частоти середнього проміжного соматотипу у хворих на ГК/ТП жінок (30,0 %) порівняно з хворими на ГК/ТП чоловіками (0,0 %) (див. рис. 4.50, табл. 4.1).

Таким чином, в результаті порівняльного аналізу антропометричних і соматотипологічних показників між практично здоровими та хворими на гостру або хронічну кропив'янку легкого або тяжкого перебігу українськими чоловіками або жінками молодого віку встановлені достовірні та тенденції відмінностей даних розмірів тіла, що створює передумови для розуміння конституціональних особливостей виникнення та перебігу даного дерматозу. Крім того, встановлені виражені прояви статевого диморфізму антропометричних і соматотипологічних показників між хворими на гостру або хронічну кропив'янку легкого або тяжкого перебігу чоловіками та жінками.

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами в чотирьох статтях у фахових наукових журналах України, одна з яких відноситься до міжнародної наукометричної бази Scopus і одна до бази Web of Science [13, 16, 19, 20], та в трьох тезах міжнародних науково-практичних конференцій [11, 12, 14].

РОЗДІЛ 5

ДИСКРИМІНАНТНІ МОДЕЛІ МОЖЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ РІЗНИХ ФОРМ КРОПИВ'ЯНКИ В УКРАЇНСЬКИХ ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ І СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ

При розподілі на практично здорових і хворих на *гостру кропив'янку легкого і тяжкого перебігу та хронічну кропив'янку легкого і тяжкого перебігу українських чоловіків*, при урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників, дискримінантна функція охоплює 100 % практично здорових чоловіків, 40,0 % чоловіків хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу, 60,0 % чоловіків хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу, 40,0 % чоловіків хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу та 60,0 % чоловіків хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу. Взагалі модель, що враховує показники будови та розмірів тіла у практично здорових і хворих на гостру або хронічну кропив'янку легкого або тяжкого перебігу українських чоловіків коректна в 83,6 % випадків.

Встановлено, що між практично здоровими та хворими на різні форми легкого та тяжкого перебігу кропив'янки чоловіками дискримінантними змінними є товщина шкірно-жирових складок на стегні та на боку, ендоморфний компонент соматотипу, ширина дистального епіфіза гомілки, поперечний нижньогрудний діаметр, міжвертлюгова та міжкостьова відстані таза, м'язовий компонент маси тіла за Matiegka (табл. 5.1), серед яких найбільший внесок у дискримінацію мають товщина шкірно-жирової складки на боку та міжвертлюгова відстань таза. В цілому сукупність усіх антропометричних і соматотипологічних змінних має виражену (статистика Уїлкса лямбда = 0,113; $p < 0,001$) дискримінацію між здоровими та хворими на різні форми різного перебігу кропив'янки українськими чоловіками (див. табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Звіт покрокового дискримінантного аналізу практично здорових і хворих на різні форми кропив'янки різного перебігу чоловіків у залежності від особливостей показників будови та розмірів тіла.

Wilks' Lambda: 0,113 approx. F (2,41)=10,25 p<0,0000				
Дискримінантні змінні	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level
товщина шкірно-жирової складки на стегні	0,140	0,808	6,546	0,0001
товщина шкірно-жирової складки на боку	0,156	0,728	10,27	0,0000
ендоморфний компонент соматотипу	0,140	0,806	6,603	0,0001
ширина дистального епіфіза гомілки	0,141	0,802	6,799	0,0001
поперечний нижньогрудний діаметр	0,137	0,828	5,711	0,0003
міжвертлюгова відстань таза	0,156	0,727	10,31	0,0000
міжостьова відстань таза	0,135	0,838	5,329	0,0006
м'язовий компонент маси тіла за Matiegka	0,128	0,882	3,691	0,0074

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.

За допомогою визначених коефіцієнтів класифікаційних дискримінантних функцій є можливість визначити показник класифікації (Df), який дозволяє віднести отримані антропо-соматотимпологічні показники до «типових» для здорових або хворих на різні форми різного перебігу кропив'янки чоловіків. Нижче у вигляді рівнянь наведено визначення показника Df, де віднесення до практично здорових чоловіків можливе при значенні Df, близькому до 240,9; до чоловіків хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу – при значенні Df, близькому до 211,4; до чоловіків хворих на гостру кропив'янку важкого перебігу – при значенні Df, близькому до 231,5; до чоловіків хворих на хронічну кропив'янку

легкого перебігу – при значенні Df, близькому до 216,7; до чоловіків хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу – при значенні Df, близькому до 206,3:

Df (для здорових чоловіків) = товщина шкірно-жирової складки на стегні $\times 0,110$ + товщина шкірно-жирової складки на боку $\times 0,269$ - ендоморфний компонент соматотипу $\times 3,387$ + ширина дистального епіфіза гомілки $\times 26,00$ - поперечний нижньогрудний діаметр $\times 0,504$ + міжвертлюгова відстань таза $\times 9,008$ + міжостьова відстань таза $\times 2,257$ - м'язовий компонент маси тіла за Matiegka $\times 1,274$ - 240,9;

Df (для чоловіків хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу) = -товщина шкірно-жирової складки на стегні $\times 0,698$ + товщина шкірно-жирової складки на боку $\times 1,276$ - ендоморфний компонент соматотипу $\times 8,057$ + ширина дистального епіфіза гомілки $\times 20,92$ + поперечний нижньогрудний діаметр $\times 0,842$ + міжвертлюгова відстань таза $\times 6,774$ + міжостьова відстань таза $\times 3,596$ - м'язовий компонент маси тіла за Matiegka $\times 0,965$ - 211,4;

Df (для чоловіків хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу) = -товщина шкірно-жирової складки на стегні $\times 0,703$ + товщина шкірно-жирової складки на боку $\times 2,189$ - ендоморфний компонент соматотипу $\times 11,65$ + ширина дистального епіфіза гомілки $\times 21,12$ + поперечний нижньогрудний діаметр $\times 0,627$ + міжвертлюгова відстань таза $\times 7,558$ + міжостьова відстань таза $\times 3,881$ - м'язовий компонент маси тіла за Matiegka $\times 1,205$ - 231,5;

Df (для чоловіків хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу) = -товщина шкірно-жирової складки на стегні $\times 0,888$ + товщина шкірно-жирової складки на боку $\times 1,722$ - ендоморфний компонент соматотипу $\times 9,330$ + ширина дистального епіфіза гомілки $\times 21,41$ + поперечний нижньогрудний діаметр $\times 0,626$ + міжвертлюгова відстань таза $\times 7,359$ + міжостьова відстань таза $\times 3,505$ - м'язовий компонент маси тіла за Matiegka $\times 1,175$ - 216,7;

Df (для чоловіків хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу) = товщина шкірно-жирової складки на стегні $\times 0,659$ + товщина шкірно-жирової складки на боку $\times 1,723$ - ендоморфний компонент соматотипу $\times 10,29$ + ширина дистального епіфіза гомілки $\times 19,66$ + поперечний нижньогрудний діаметр $\times 1,069$ + міжвертлюгова відстань таза $\times 6,411$ + міжостьова відстань таза $\times 3,967$ - м'язовий компонент маси тіла за Matiegka $\times 1,011$ - 206,3;

де (тут і в подальшому), розміри товщини шкірно-жирових складок – в мм; ендоморфний компонент соматотипу – в балах; ширина дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток – в см; поперечні розміри тулуба та таза – в см; показники компонентного складу маси тіла – в кг.

Розрахований критерій χ^2 дозволяє визначити статистичну значимість усіх дискримінантних функцій (табл. 5.2). Із результатів наведених у таблиці 5.2 видно, що при урахуванні показників будови та розмірів тіла можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації лише між практично здоровими та хворими чоловіками.

Таблиця 5.2

Звіт покрокового аналізу з включенням критерію χ^2 для усіх канонічних коренів у практично здорових і хворих на різні форми різного перебігу кропив'янки чоловіків при урахуванні показників будови та розмірів тіла.

	Eigen-value	Canonical R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	df	p-level
0	5,887	0,925	0,113	249,4	32	0,0000
1	0,191	0,401	0,780	28,43	21	0,1286
2	0,053	0,225	0,929	8,386	12	0,7543
3	0,022	0,146	0,979	2,458	5	0,7828

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.

При розподілі українських чоловіків лише на *гостру кропив'янку легкого і тяжкого перебігу та хронічну кропив'янку легкого і тяжкого перебігу*, при урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників, дискримінантна функція охоплює 50,0 % чоловіків хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу, 70,0 % чоловіків хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу, 80,0 % чоловіків хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу та 40,0 % чоловіків хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу. Взагалі модель, що враховує показники будови та розмірів тіла у хворих на гостру або хронічну кропив'янку легкого або тяжкого перебігу українських чоловіків коректна в 60,0 % випадків.

Встановлено, що між хворими на різні форми легкого та тяжкого перебігу кропив'янки чоловіками дискримінантними змінними є кістковий компонент маси тіла за Matiegka та ширина плечей (табл. 5.3), серед яких найбільший внесок у дискримінацію має кістковий компонент маси тіла за Matiegka. В цілому сукупність усіх антропометричних змінних має незначну (статистика Уїлкса лямбда = 0,620; $p < 0,01$) дискримінацію між хворими на різні форми різного перебігу кропив'янки українськими чоловіками (див. табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Звіт покрокового дискримінантного аналізу хворих на різні форми кропив'янки різного перебігу чоловіків у залежності від особливостей показників будови та розмірів тіла.

Wilks' Lambda: 0,620 approx. F (6,70)=3,15 $p < 0,0086$				
Дискримінантні змінні	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level
кістковий компонент маси тіла за Matiegka	0,850	0,730	4,321	0,0108
ширина плечей	0,782	0,793	3,052	0,0412

У вигляді рівнянь наведено визначення показника Df, де віднесення до чоловіків хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу – при значенні Df, близькому до 178,8; до чоловіків хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу – при значенні Df, близькому до 177,4; до чоловіків хворих на хронічну кро-

пив'янку легкого перебігу – при значенні Df, близькому до 160,0; до чоловіків хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу – при значенні Df, близькому до 166,8:

Df (для чоловіків хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу) = -кістковий компонент маси тіла за $\text{Matiegka} \times 6,850 + \text{ширина плечей} \times 10,05 - 178,8$;

Df (для чоловіків хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу) = -кістковий компонент маси тіла за $\text{Matiegka} \times 5,440 + \text{ширина плечей} \times 9,645 - 177,4$;

Df (для чоловіків хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу) = -кістковий компонент маси тіла за $\text{Matiegka} \times 5,454 + \text{ширина плечей} \times 9,237 - 160,0$;

Df (для чоловіків хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу) = -кістковий компонент маси тіла за $\text{Matiegka} \times 6,317 + \text{ширина плечей} \times 9,633 - 166,8$.

За допомогою критерій χ^2 визначена статистична значимість усіх дискримінантних функцій (табл. 5.4). Із результатів визначених показників Df і наведених у таблиці 5.4 видно, що при урахуванні показників будови та розмірів тіла можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації лише між хворими на гостру та хронічну кропив'янку чоловіками.

Таблиця 5.4

Звіт покрокового аналізу з включенням критерію χ^2 для усіх канонічних коренів у хворих на різні форми різного перебігу кропив'янки чоловіків при урахуванні показників будови та розмірів тіла.

	Eigen-value	Canonicl R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	df	p-level
0	0,370	0,520	0,620	17,20	6	0,0086
1	0,176	0,387	0,850	5,851	2	0,0537

При розподілі на практично здорових і хворих на гостру кропив'янку легкого і тяжкого перебігу та хронічну кропив'янку легкого і тяжкого перебігу українських жінок, при урахуванні антропометричних і соматотипологічних

показників, дискримінантна функція охоплює 100 % практично здорових жінок, 60,0 % жінок хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу, 70,0 % жінок хворих на гостру кропив'янку важкого перебігу, 70,0 % жінок хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу та 50,0 % жінок хворих на хронічну кропив'янку важкого перебігу. Взагалі модель, що враховує показники будови та розмірів тіла у практично здорових і хворих на гостру або хронічну кропив'янку легкого або важкого перебігу українських жінок коректна в 89,4 % випадків.

Встановлено, що між практично здоровими та хворими на різні форми легкого та важкого перебігу кропив'янки жінками дискримінантними змінними є передньо-задній середньогруднинний діаметр, товщина шкірно-жирових складок на гомілці, під нижнім кутом лопатки та на боку, обхват стегна та передпліччя у верхній частині, ширина дистальних епіфізів передпліччя та гомілки (табл. 5.5), серед яких найбільший внесок у дискримінацію має обхват стегна. В цілому сукупність усіх антропометричних і соматотипологічних змінних має виражену (статистика Уїлкса лямбда = 0,080; $p < 0,001$) дискримінацію між здоровими та хворими на різні форми різного перебігу кропив'янки українськими жінками (див. табл. 5.5).

Таблиця 5.5

Звіт покрокового дискримінантного аналізу практично здорових і хворих на різні форми кропив'янки різного перебігу жінок у залежності від особливостей показників будови та розмірів тіла.

Wilks' Lambda: 0,080 approx. F (2,47)=14,54 $p < 0,0000$				
Дискримінантні змінні	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level
передньо-задній середньогруднинний діаметр	0,106	0,753	10,48	0,0000
товщина шкірно-жирової складки на гомілці	0,103	0,780	9,009	0,0000
обхват стегна	0,144	0,557	25,45	0,0000
обхват передпліччя у верхній частині	0,105	0,767	9,719	0,0000
ширина дистального епіфіза передпліччя	0,106	0,756	10,33	0,0000
ширина дистального епіфіза гомілки	0,090	0,887	4,080	0,0038

Продовження табл. 5.5

товщина складки під нижнім кутом лопатки	0,102	0,782	8,910	0,0000
товщина шкірно-жирової складки на боку	0,102	0,783	8,859	0,0000

У вигляді рівнянь наведено визначення показника Df, де віднесення до практично здорових жінок можливе при значенні Df, близькому до 190,2; до жінок хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу – при значенні Df, близькому до 260,4; до жінок хворих на гостру кропив'янку важкого перебігу – при значенні Df, близькому до 222,4; до жінок хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу – при значенні Df, близькому до 268,6; до жінок хворих на хронічну кропив'янку важкого перебігу – при значенні Df, близькому до 239,3:

Df (для здорових жінок) = передньо-задній середньогруднинний діаметр $\times 1,248$ - товщина шкірно-жирової складки на гомілці $\times 2,152$ + обхват стегна $\times 2,857$ - обхват передпліччя у верхній частині $\times 0,770$ + ширина дистального епіфіза передпліччя $\times 32,67$ + ширина дистального епіфіза гомілки $\times 17,38$ - товщина складки під нижнім кутом лопатки $\times 0,900$ - товщина шкірно-жирової складки на боку $\times 1,248$ - 190,2;

Df (для жінок хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу) = передньо-задній середньогруднинний діаметр $\times 3,347$ - товщина шкірно-жирової складки на гомілці $\times 3,651$ + обхват стегна $\times 4,303$ - обхват передпліччя у верхній частині $\times 2,944$ + ширина дистального епіфіза передпліччя $\times 42,76$ + ширина дистального епіфіза гомілки $\times 11,16$ - товщина складки під нижнім кутом лопатки $\times 1,778$ - товщина шкірно-жирової складки на боку $\times 1,070$ - 260,4;

Df (для жінок хворих на гостру кропив'янку важкого перебігу) = передньо-задній середньогруднинний діаметр $\times 1,920$ - товщина шкірно-жирової складки на гомілці $\times 3,583$ + обхват стегна $\times 3,966$ - обхват передпліччя у верхній частині $\times 2,486$ + ширина дистального епіфіза передпліччя $\times 39,91$ + ширина дисталь-

ного епіфіза гомілки×13,08 - товщина складки під нижнім кутом лопатки×1,995
- товщина шкірно-жирової складки на боку×0,591 - 222,4;

Df (для жінок хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу) = передньо-задній середньогруднинний діаметр×2,740 - товщина шкірно-жирової складки на гомілці×3,818 + обхват стегна×4,471 - обхват передпліччя у верхній частині×3,186 + ширина дистального епіфіза передпліччя×46,49 + ширина дистального епіфіза гомілки×10,61 - товщина складки під нижнім кутом лопатки×1,977 - товщина шкірно-жирової складки на боку×0,830 - 268,6;

Df (для жінок хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу) = передньо-задній середньогруднинний діаметр×1,983 - товщина шкірно-жирової складки на гомілці×3,591 + обхват стегна×4,050 - обхват передпліччя у верхній частині×2,353 + ширина дистального епіфіза передпліччя×42,86 + ширина дистального епіфіза гомілки×11,93 - товщина складки під нижнім кутом лопатки×2,174 - товщина шкірно-жирової складки на боку×0,532 - 239,3;

де (тут і в подальшому), обхватні розміри тіла – в см.

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 показників будови та розмірів тіла можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації між здоровими та хворими жінками, а також між хворими на легкий та тяжкий перебіг гострої кропив'янки жінками.

Таблиця 5.6

Звіт покрокового аналізу з включенням критерію χ^2 для усіх канонічних коренів у практично здорових і хворих на різні форми різного перебігу кропив'янки жінок при урахуванні показників будови та розмірів тіла.

	Eigen-value	Canonical R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	df	p-level
0	7,709	0,941	0,080	334,4	32	0,0000
1	0,312	0,488	0,698	47,60	21	0,0008

Продовження табл. 5.6

2	0,067	0,251	0,916	11,65	12	0,4745
3	0,023	0,150	0,978	3,013	5	0,6980

При розподілі українських жінок на гостру кропив'янку легкого і тяжкого перебігу та хронічну кропив'янку легкого і тяжкого перебігу, при урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників, дискримінантна функція охоплює 80,0 % жінок хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу, 40,0 % жінок хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу, 40,0 % жінок хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу та 50,0 % жінок хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу. Взагалі модель, що враховує показники будови та розмірів тіла у хворих на гостру або хронічну кропив'янку легкого або тяжкого перебігу українських жінок коректна в 52,5 % випадків.

Встановлено, що між хворими на різні форми легкого та тяжкого перебігу кропив'янки жінками дискримінантними змінними є м'язовий компонент маси тіла за формулою Американського інституту харчування та товщина шкірно-жирової складки на передпліччі (табл. 5.7), серед яких найбільший внесок у дискримінацію має м'язовий компонент маси тіла за формулою Американського інституту харчування. В цілому сукупність усіх антропометричних змінних має середньо виражену (статистика Уїлкса лямбда = 0,465; $p < 0,001$) дискримінацію між хворими на різні форми різного перебігу кропив'янки українськими жінками (див. табл. 5.7).

Таблиця 5.7

Звіт покрокового дискримінантного аналізу хворих на різні форми кропив'янки різного перебігу жінок у залежності від особливостей показників будови та розмірів тіла.

Wilks' Lambda: 0,465 approx. F (2,70)=5,44 $p < 0,0001$				
Дискримінантні змінні	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level
м'язовий компонент маси тіла за формулою Американського інституту харчування	0,898	0,518	10,86	0,0000

Продовження табл. 5.7

товщина шкірно-жирової складки на передпліччі	0,713	0,653	6,206	0,0017
---	-------	-------	-------	--------

У вигляді рівнянь наведено визначення показника Df, де віднесення до жінок хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу – при значенні Df, близькому до 13,84; до жінок хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу – при значенні Df, близькому до 7,399; до жінок хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу – при значенні Df, близькому до 12,11; до жінок хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу – при значенні Df, близькому до 8,876:

Df (для жінок хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу) = м'язовий компонент маси тіла за формулою Американського інституту харчування $\times 0,622$ - товщина шкірно-жирової складки на передпліччі $\times 1,162$ - 13,84;

Df (для жінок хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу) = м'язовий компонент маси тіла за формулою Американського інституту харчування $\times 0,332$ + товщина шкірно-жирової складки на передпліччі $\times 0,377$ - 7,399;

Df (для жінок хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу) = м'язовий компонент маси тіла за формулою Американського інституту харчування $\times 0,502$ - товщина шкірно-жирової складки на передпліччі $\times 0,123$ - 12,11;

Df (для жінок хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу) = м'язовий компонент маси тіла за формулою Американського інституту харчування $\times 0,282$ + товщина шкірно-жирової складки на передпліччі $\times 1,249$ - 8,876.

За допомогою критерій χ^2 визначена статистична значимість усіх дискримінантних функцій (табл. 5.8). Із результатів визначених показників Df і наведених у таблиці 5.8 видно, що при урахуванні показників будови та розмірів тіла можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації лише між хворими на легкий та тяжкий перебіг кропив'янки жінками.

Таблиця 5.8

Звіт покрокового аналізу з включенням критерію χ^2 для усіх канонічних коренів у хворих на різні форми різного перебігу кропив'янки жінок при урахуванні показників будови та розмірів тіла.

	Eigen-value	Canonical R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	df	p-level
0	0,978	0,703	0,465	27,55	6	0,0001
1	0,087	0,283	0,920	3,000	2	0,2231

Таким чином, в українських чоловіків і жінок на основі особливостей показників будови та розмірів тіла побудовані достовірні дискримінантні моделі, які дозволяють з високою ймовірністю віднести досліджуваних до «типових» для здорових або хворих на кропив'янку, а у жінок також на хворих із легким і тяжким перебігом гострої кропив'янки. При урахуванні показників будови та розмірів тіла між хворими на кропив'янку чоловіками можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації лише між гострою та хронічною формами захворювання, а між хворими на кропив'янку жінками – лише між легким і тяжким перебігом захворювання.

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами в двох статтях у фахових наукових журналах України, одна з яких відноситься до міжнародної наукометричної бази Web of Science [15, 21].

РОЗДІЛ 6

АНАЛІЗ Й УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ

У попередніх розділах дисертації були встановлені особливості клініко-анамнестичних, дерматологічних та антропо-соматотипологічних показників, їх статеві розбіжності та зв'язки між величиною дерматологічного індексу якості життя та клініко-анамнестичними показниками у хворих на гостру та хронічну кропив'янку легкого й тяжкого перебігу українських чоловіків і жінок молодого віку, а також побудовані достовірні дискримінантні моделі можливості виникнення та особливостей перебігу кропив'янки в залежності від показників будови та розмірів тіла.

Актуальність проблеми, яка досліджується, обґрунтовується стійкою тенденцією щодо збільшення частоти кропив'янки протягом останніх десяти років в Україні. Це пояснюють передусім несприятливими факторами: низькою якістю питної води та їжі, екологічними чинниками, неконтрольованим застосуванням лікарських препаратів, впливом токсичних побутових хімічних речовин. Висока частота і складність диференційної діагностики різних форм кропив'янки є основними причинами суттєвих труднощів у підборі терапії. Стратегії профілактики кропив'янки мають плануватись ефективно для зменшення частоти її прояву та ступеня тяжкості симптомів. Це має включати медичні оцінки та тести, адаптацію звичок до способу життя пацієнта, виявлення, відстеження тригерів та усунення їх, а також піклування про фізичне і психічне здоров'я [138, 219].

Пошук нових прогностичних клініко-лабораторних та конституціональних маркерів, зокрема, дозволяє визначити індивідуалізований терапевтичний підхід, відстежити зміни в активності дерматозу, передбачити відповідь на лікування, що є актуальним завданням сучасної медицини [64, 210]. В цілому науковці схиляються до думки, що такі патології як метаболічний синдром та ожиріння грають ключову роль у патогенезі виникнення кропив'янки, що в свою чергу робить антропометричні показники важливими маркерами, що ма-

ють прийматися до уваги [66].

При аналізі літературних джерел не знайдено жодної роботи, де б було описано залежність частоти виникнення кропив'янки різної форми і тяжкості перебігу залежно від характеру праці. В нашому дослідженні встановлено, що серед *чоловіків фізичного характеру праці* спостерігається тенденція ($p=0,067$) до більшої величини відсотку хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу (50 %) порівняно з хворими на аналогічну форму дерматозу легкого перебігу (10 %). Серед *чоловіків розумового характеру праці* встановлено незначну тенденцію ($p=0,077$ в обох випадках) до більшої величини відсотку хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу (30 %) порівняно з хворими на гостру форму дерматозу тяжкого перебігу та хронічну форму дерматозу легкого перебігу (0 % в обох випадках). Серед *жінок змішаного характеру праці* встановлено достовірно ($p<0,05$) більшу величину відсотку хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу (70 %) порівняно з гострою формою дерматозу аналогічної тяжкості перебігу (20 %).

Особиста історія алергії або попередні спалахи кропив'янки підвищують загальний ризик дерматозу. До того ж, алергія та кропив'янка мають спільні патогенетичні механізми. При певних аутоімунних розладах імунна система помилково атакує здорові клітини тіла, що може стати провокуючим факторами ризику дерматозу; особливо це стосується захворювань щитовидної залози та ревматоїдного артрити [31, 227]. Кропив'янка, спричинена опосередкованим імуноглобуліном E та неімуноглобуліном E, вивільненням гістаміну та інших медіаторів запалення тучними клітинами та базофілами зазвичай проявляється сильним свербінням, іноді з набряком підшкірної або інтерстиціальної клітковини. Незважаючи на те, що вона часто є самообмеженим і доброякісним процесом, захворювання може спричиняти значний дискомфорт і тривати від місяців до років. Рядом науковців [31, 36, 227] встановлено переважання випадків тяжкого перебігу і хронізації дерматозу, спровокованого алергічною реакцією.

Нами *серед хворих чоловіків*, у яких розвиток симптомів кропив'янки ймовірно був пов'язаний із наявністю *алергічної реакції*, встановлено достовір-

но ($p < 0,05$) більший відсоток у хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу (50 %) порівняно з хворими на гостру форму дерматозу тяжкого перебігу (0 %) і тенденцію ($p = 0,067$) до більшої величини – порівняно з хворими на хронічну форму дерматозу легкого перебігу (10 %). Серед жінок з наявністю *алергічної реакції* встановлено незначну тенденцію ($p = 0,077$) до більшої величини відсотку хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу (30 %) порівняно з аналогічною формою дерматозу легкого перебігу (0 %).

Сенсибілізація до алергенів відбувається тихо і без відома пацієнта, тоді як ефекторна фаза пов'язана з певними симптомами, такими як ринокон'юнктивіт, астма, кропив'янка, шлунково-кишкові симптоми або навіть анафілактичний шок. Як виняток, лише у пацієнтів віком до 15 років алергія частіше діагностується у чоловіків. На більш пізньому етапі життя жінки явно частіше страждають від респіраторних алергій і кропив'янки. Крім того, спостерігалось співвідношення 60:40 серед пацієнтів жіночої та чоловічої статі з важкою алергією. Також у пацієнток жіночої статі задокументовано понад 60 % випадків переважання анафілаксії [121]. Нами лише серед жінок хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу встановлено незначну тенденцію ($p = 0,077$) до більшої величини відсотку осіб (30 %) з наявністю *алергічної реакції*, порівняно з чоловіками аналогічної групи порівняння (0 %).

Життя з високим рівнем стресу може викликати фізичну реакцію шкіри, яка спричиняє кропив'янку, яку називають стресовою висипкою. Згідно з багатьма клінічними спостереженнями [142] припускається, що психологічний стрес може бути як тригерним фактором у виникненні хронічної кропив'янки, так і модулюючим у тяжкості перебігу захворювання та ефективності терапії. Так, під час пандемії COVID-19 та масової ізоляції повідомлялося про надмірний страх, стрес і тривогу серед людей. Пацієнти, які страждали на хронічну форму даного дерматозу відчували недостатній контроль захворювання. S. Tawil і співавт. [245] повідомляють про позитивну кореляцію між тяжкістю захворювання та наявністю фактору стресу. S. Beyaz та ін. [46] встановили, що бал активності кропив'янки 7 (UAS7) та кількість пацієнтів із більш тяжким ступенем перебігу де-

дерматозу під час пандемії були вищими порівняно з періодом до пандемії. Аналогічно, нами встановлено тенденцію ($p=0,067$) до більшої величини відсотку *наявності в анамнезі стресового фактору* серед чоловіків хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу (90 %) порівняно з представниками легкого перебігу аналогічної форми дерматозу (50 %).

Фізичні фактори, такі як холод і тепло можуть викликати кропив'янку. Холодова кропив'янка зазвичай є ідіопатичною, але вона може виникнути у пацієнтів із залежними від холоду антитілами, такими як кріоглобуліни або холодові аглютиніни. У хворих з'являється свербіж, еритема і кропив'янка на тій частині тіла, яка була піддана впливу холоду. Місцева кропив'янка, викликана теплом, зустрічається рідко [68, 85]. У деяких пацієнтів може розвинутися кропив'янка як під впливом тепла, так і холоду [262]. Згідно даних Seo J. H. і співавт. [228] поширеність холодової та теплової кропив'янки за 5 років становила 0,019 %, причому у пацієнтів жіночої статі вона була в 1,2 рази вищою, ніж у пацієнтів чоловічої статі (55 % проти 45 %). P. E. C. K. Gabrielle та співавт. [86] також встановлено, що у дорослих всі типи кропив'янки більш поширені у жінок, ніж у чоловіків, за винятком холінергічної кропив'янки, яка більш виражена як у дорослих чоловіків, так і у дітей. S. Wertenteil, A. Strunk та A. Garg [269] встановлено, що на кропив'янку, яка виникла внаслідок впливу тепла і холоду жінки старше 20 років хворіють принаймні вдвічі частіше, ніж чоловіки аналогічного віку. Власне, результати нашого дослідження відрізняються від даних закордонних колег. Серед чоловіків хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу з *наявністю температурного фактору* встановлено тенденцію ($p=0,067$) до більшої величини відсотку осіб (90 %) порівняно з жінками аналогічної групи порівняння (50 %). Це може бути пов'язано з соціально-побутовими моментами, як от специфіка роботи, умов життя, фізичної активності тощо.

Більшість форм кропив'янки є хронічними, стійкими і тривають часто від кількох років до десятиліть. До 40 % пацієнтів, які хворіють на хронічну кропив'янку більше 6 місяців, згідно даних Rosman Y. та співавт. [217], будуть мати сезонно залежну кропив'янку через 10 років. Говорити за виключно сезонність

відносно причини виникнення гострої форми дерматозу немає можливості, адже гостра кропив'янка – це недуга, яка триває менше 6 тижнів. Причину, що лежить в її основі можна визначити в приблизно в 15-20 % випадків. Проте у більшості хворих з хронічною кропив'янкою, яка зберігається більше 6-8 років, значно частіше (65-68 %) можна визначити основну причину захворювання [138]. Саме тому, і у нашому дослідженні практично відсутні хворі із сезонно залежною формою гострого дерматозу. *Серед хворих чоловіків*, у яких спостерігався обтяжливий анамнез за фактором *сезонності* встановлено незначну тенденцію ($p=0,077$) до більшої величини відсотку хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу (30 %) порівняно з хворими на гостру форму дерматозу аналогічного перебігу (0 %). *Серед хворих жінок*, у яких розвиток симптомів кропив'янки ймовірно був пов'язаний із сезонністю, встановлено достовірно ($p<0,05$) більший відсоток хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу (40 %) порівняно з хворими на гостру форму дерматозу тяжкого перебігу (0 %); а величина відсотку жінок, хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу (30 %) має незначну тенденцію ($p=0,077$) до більшої величини порівняно з хворими на гостру форму дерматозу легкого перебігу (0 %).

Аквагенна кропив'янка – це форма індукованого дерматозу, при якому контакт з будь-яким джерелом води, незалежно від її температури чи рН, викликає невеликі сверблячі набряки, оточені вогнищами [265]. Діагноз ґрунтується на анамнезі, результатах водно-провокаційної проби і частіше перебігає більш легко порівняно з іншими формами кропив'янки. З огляду на те, що фактор вологості є одним із найбільш частим провокуючих чинників, контакт із водою є практично неминучим у багатьох сферах життєдіяльності людини, а кропив'янка «встигає» проявитися як гостра, так і хронічна форма дерматозу [245]. Нами *серед хворих чоловіків*, у яких розвиток симптомів кропив'янки ймовірно був пов'язаний із наявністю *фактору вологості* встановлено достовірно ($p<0,05$) більший відсоток хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу (90 %) порівняно хворими на хронічну форму дерматозу тяжкого перебігу (30 %) і з хворими на гостру форму дерматозу легкого перебігу (30 %). *Серед хворих жінок*, у яких розвиток

симптомів кропив'янки ймовірно був пов'язаний із наявністю фактору вологості встановлено достовірно ($p < 0,05$) більший відсоток хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу (60 %) порівняно хворими на хронічну форму дерматозу легкого перебігу (10 %).

З доступної наукової літератури показано переважання жінок над чоловіками стосовно частоти виникнення аквагенної кропив'янки [262]. В нашому дослідженні, навпаки, *серед чоловіків* хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу, у яких розвиток симптомів кропив'янки ймовірно був пов'язаний із наявністю *фактору вологості*, встановлено достовірно ($p < 0,01$) більший відсоток чоловіків (90 %) *порівняно з жінками* аналогічної групи порівняння (10 %).

Епізод кропив'янки від дії чинника забрудненості повітря може тривати від кількох хвилин до кількох годин, років. Симптоми зазвичай зникають самі по собі після припинення його впливу. Довгостроковий прогноз повітряіндукованої кропив'янки дуже різний. Іноді стан перестає виникати через кілька років, але може тривати довго. Багато людей добре справляються з даним станом, змінюючи спосіб життя незалежно від того, яка форма прояву дерматозу і статі [164]. Нами, за наявністю *фактору повітря*, також не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей між чоловіками і/або жінками з різними формами і ступенями тяжкості кропив'янки.

Незважаючи на значне використання косметики, більшість людей не знають про її побічні реакції. Вважається, що близько 95 % жінок і 75 % чоловіків щодня користувалися косметикою. Кропив'янка має більш важкий перебіг і більш поширену побічну реакцію, спричинену косметикою, саме у осіб жіночої статі за рахунок більш частого її використання [134]. Так нами, *серед жінок* хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу, у яких розвиток симптомів захворювання ймовірно був пов'язаний із наявністю *фактору хімічної речовини або косметики*, встановлено достовірно ($p < 0,05$) більший відсоток осіб (60 %) *порівняно з чоловіками* аналогічної групи порівняння (10 %).

Сонячна кропив'янка – хронічне набуте порушення фоточутливості. Воно складається з рецидивуючих епізодів кропив'янки на ділянках шкіри, які під-

даються впливу сонячного світла. Незважаючи на те, що зазвичай це доброякісний стан, воно може бути надзвичайно інвалідизуючим із наростанням тяжкості перебігу з роками, обмежуючи повсякденну діяльність і серйозно змінюючи якість життя пацієнтів [107]. Саме тому відсоток пацієнтів із хронічною формою даного дерматозу є значно більшим за аналогічний показник при гострій формі. Уражаються всі типи шкіри та етнічні групи в усьому світі, дещо частіше у жінок, ніж у чоловіків [207]. В нашому дослідженні *серед хворих жінок*, у яких розвиток симптомів кропив'янки ймовірно був пов'язаний із наявністю *фактору інсоляції* встановлено достовірно ($p < 0,05$) більший відсоток хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу (60 %) порівняно з хворими на гостру форму дерматозу легкого перебігу (10 %) та незначну тенденцію ($p = 0,077$) до більших значень у жінок хворих на хронічну форму дерматозу тяжкого перебігу (30 %) порівняно із пацієнтками хворими на гостру форму кропив'янки аналогічної тяжкості перебігу (0 %). Однак, *серед чоловіків* хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу, у яких розвиток симптомів кропив'янки ймовірно був пов'язаний із наявністю *фактору інсоляції*, встановлено достовірно ($p < 0,05$) більший відсоток осіб (40 %) *порівняно з жінками* аналогічної групи порівняння (0 %).

За наявністю фактору *гормональних змін* нами не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей *між жінками* з різними формами і ступенями тяжкості кропив'янки. Це пояснюється тим, що дерматоз може бути пов'язаний з деякими захворюваннями та станами, що характеризуються гормональними змінами, включаючи ендокринопатію, менструальний цикл, вагітність, менопаузу та прийом гормональних контрацептивів або замісної гормональної терапії і немає чіткої залежності від тяжкості прояву та формою дерматозу [44].

Висипання у вигляді кропив'янки можуть з'явитися від 1-2 годин до 15 днів після перорального прийому препаратів. Висипання проявляються швидше при внутрішньовенному введенні ліків, ніж при пероральному введенні та найчастіше дана форма дерматозу набуває тяжкого перебігу [168]. Аналогічно у нашому дослідженні *серед хворих жінок*, у яких розвиток симптомів кро-

пив'янки ймовірно був пов'язаний із наявністю *фактору прийому ліків* встановлено достовірно ($p < 0,05$) більший відсоток хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу (40 %) порівняно з хворими на аналогічну форму дерматозу легкого перебігу (0 %). Також, *серед жінок* хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу, у яких розвиток симптомів кропив'янки ймовірно був пов'язаний із наявністю *фактору прийому ліків*, встановлено достовірно ($p < 0,05$) більший відсоток осіб (40 %) порівняно з чоловіками аналогічної групи порівняння (0 %).

За наявністю *харчового фактору, шкідливих звичок і обтяженої спадковості* не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей між чоловіками і/або жінками з різними формами і ступенями тяжкості кропив'янки.

Прояви кропив'янки можуть відрізнятися у різних осіб. Іноді висипка та набряк можуть виникати нетривало та досить швидко зникати. Але найчастіше вони зникають в одному місці і з'являються на іншій ділянці. При цьому кропив'янка часто супроводжується сильним свербінням або навіть відчуттям печіння, болю. Якщо висипка захоплює глибокі тканини, руки, повіки, кінцівки, язик та геніталії такий перебіг дерматозу вважають тяжким [232]. За наявністю *свербежу* нами не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей між чоловіками і/або жінками з різними формами та ступенями тяжкості кропив'янки. Однак, *серед хворих жінок* з наявністю *печіння в ділянці ураження шкіри* встановлено достовірно ($p < 0,01$) більший відсоток хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу (100 %) порівняно з хворими на аналогічну форму дерматозу легкого перебігу (30 %).

Серед хворих чоловіків із наявністю *болю в ділянці ураження шкіри* встановлено достовірно ($p < 0,05-0,01$) більший відсоток хворих на гостру (60 %) і хронічну (70 %) кропив'янку тяжкого перебігу порівняно з хворими на аналогічні форми дерматозу легкого перебігу (відповідно 0 % і 10 %). Також *серед хворих жінок* із наявністю *болю в ділянці ураження шкіри* встановлено достовірно ($p < 0,01$ в обох випадках) більший відсоток хворих на гостру (70 %) і хронічну (60 %) кропив'янку тяжкого перебігу порівняно з хворими на аналогічні форми дерматозу легкого перебігу (0 % в обох випадках).

Серед хворих чоловіків із наявністю локалізації ураження шкіри на волосистій частині голови встановлено достовірно ($p < 0,05$) більший відсоток хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу (40 %) порівняно хворими на гостру форму дерматозу тяжкого перебігу (0 %); а серед хворих жінок з наявністю локалізації ураження шкіри на волосистій частині голови – достовірно ($p < 0,05$) більший відсоток хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу (40 %) порівняно з хворими на аналогічну форму дерматозу легкого перебігу (0 %). Крім того, серед жінок хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу з локалізацією ураження шкіри на волосистій частині голови встановлено достовірно ($p < 0,05$) більший відсоток осіб (40 %) порівняно з чоловіками аналогічної групи порівняння (0 %).

Серед хворих чоловіків із наявністю локалізації ураження шкіри на обличчі встановлено тенденцію ($p = 0,067$) до більших значень у хворих на хронічну форму дерматозу легкого перебігу (50 %) порівняно із пацієнтками хворими на гостру форму кропив'янки аналогічної тяжкості перебігу (10 %).

Серед хворих чоловіків і жінок із наявністю локалізації ураження на слизовій оболонці встановлено достовірно ($p < 0,05-0,01$) більший відсоток хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу (відповідно 40 % і 60 %) порівняно хворими на гостру форму дерматозу легкого перебігу (0 % в обох випадках).

За наявністю локалізації ураження шкіри на тулубі не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей між чоловіками і/або жінками з різними формами та ступенями тяжкості кропив'янки.

Серед хворих чоловіків із наявністю локалізації ураження шкіри на кінцівках встановлено достовірно ($p < 0,05$) більший відсоток хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу (100 %) порівняно хворими на хронічну форму дерматозу легкого перебігу (60 %). Серед хворих жінок із наявністю локалізації ураження шкіри на кінцівках встановлено достовірно ($p < 0,05$) більший відсоток хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу (80 %) порівняно хворими на хронічну форму дерматозу легкого перебігу (30 %). Також, серед хворих чоловіків із наявністю локалізації ураження шкіри на кінцівках встановлено незначну

тенденцію ($p=0,077$) до більших значень відсотку хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу (100 %) *порівняно з жінками* на аналогічну форму і тяжкість перебігу дерматозу (70 %).

За наявністю уртикарних плям на шкірі не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей між чоловіками і/або жінками з різними формами та ступенями тяжкості кропив'янки.

Якщо висипом вражаються більш глибокі тканини, у хворого можливий розвиток ангіоневротичного набряку, що може розвиватися стрімко. При цьому спостерігається ущільнення шкіри, при натисненні на м'які тканини відмічається вм'ятина. Особливо небезпечним є ураження органів дихання, що потребує невідкладної медичної допомоги [134].

Серед хворих чоловіків із наявністю ангіонабряку шкіри встановлено достовірно ($p<0,05-0,01$) більший відсоток хворих на гостру (100 %) і хронічну (90 %) кропив'янку тяжкого перебігу порівняно з хворими на аналогічні форми дерматозу легкого перебігу (відповідно 30 % і 40 %). Також серед хворих жінок із наявністю ангіонабряку шкіри встановлено достовірно ($p<0,01$ в обох випадках) більший відсоток хворих на гостру (90 %) і хронічну (100 %) кропив'янку тяжкого перебігу порівняно з хворими на аналогічні форми дерматозу легкого перебігу (10 % і 20 % відповідно).

За наявністю червоного стійкого дермографізму не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей між чоловіками і/або жінками з різними формами та ступенями тяжкості кропив'янки.

Дерматологічний індекс якості життя застосовується в ході клінічних досліджень для визначення психологічного впливу стану шкіри та переваг, отриманих при лікуванні. Цей метод включає опитування щодо регулярного застосування та оцінки якості пацієнтів із дерматологічними захворюваннями. L. Lugović-Mihić і ін. [173] було зафіксовано суттєво більші значення даного показника у хворих з тяжким перебігом атопічного дерматиту порівняно з пацієнтами з легким перебігом захворювання. Значна кількість пацієнтів із високими показниками відчували тривогу, невпевненість, а також вплив захворювання

на дозвілля.

Як *серед хворих чоловіків*, так і *серед хворих жінок*, нами встановлено достовірно ($p < 0,001$ в усіх випадках) більше значення *дерматологічного індексу якості життя* хворих на гостру (відповідно $17,70 \pm 4,97$ і $20,30 \pm 3,53$ балів) та хронічну ($18,80 \pm 4,85$ і $22,80 \pm 3,49$ балів) кропив'янку тяжкого перебігу порівняно з хворими на гостру (відповідно $7,600 \pm 2,066$ і $8,100 \pm 2,514$ балів) та хронічну (відповідно $9,400 \pm 2,221$ і $9,000 \pm 2,667$ балів) форми дерматозу легкого перебігу. Також, *серед жінок* хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу встановлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення дерматологічного індексу якості життя ($22,80 \pm 3,49$ балів) *порівняно з чоловіками* аналогічної групи порівняння ($18,80 \pm 4,85$).

Таким чином, проведений вище порівняльний аналіз пріоритету чинників між особами з тяжким і легким перебігом в свою чергу сприяє ефективному контролю активного захворювання та створенню умов для тривалого періоду ремісії при цьому захворюванні. Вивчення даних факторів дозволяє попередити перехід гострої форми кропив'янки в хронічну, без своєчасної діагностики і лікування від якої позбутися буде набагато важче. Зазначені фактори у своїй більшості гарно модифікуються як в соціально-побутовому аспекті, так і в превентивно-організаційному, що дозволяє досягнути контроль над симптомами кропив'янки та підвищенню якості життя пацієнтів, керуючись власне гендерними їх особливостями.

Для оцінки якості життя пацієнтів існує безліч опитувальників. Серед них варті уваги опитувальники загального типу, такі як World Health Organization QoL Assessment-Brief, Medical Outcomes Survey Short Form-36 (SF-36), Medical Outcomes Survey Short Form-12 (SF-12), Nottingham Health Profile (NHP), Satisfaction Profile (SAT-P), Euro-QoL, Work Productivity and Activity Inventory (WPAI-AS), дерматологічні VQ-Dermato, Dermatology Quality of Life Index (DQLI), Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI), Dermatology Quality Of Life Scales (DQOLS), Dermatology-Specific Quality of Life (DSQL), Skindex-29, Skindex-16, та специфічні для кропив'янки Chronic urticaria–quality of life

questionnaire, Urticaria Severity Score [117, 193, 279].

Усі вищенаведені опитувальники набули широкого застосування при оцінці якості життя пацієнтів з кропив'янкою і дозволяють оцінити вплив різних аспектів на стан пацієнта. Так, дослідження за шкалою Chronic urticaria–quality of life questionnaire показав $1,04 \pm 1,61$ бали на шкалі від 0 до 6, а CU-Q2oL, показав 36 балів зі 100 у осіб з хронічною кропив'янкою. Найбільший вплив на якість життя мали аспекти, пов'язані зі сном, психічним станом та харчуванням. Найвищі середні бали отримали пункти нервовості та сорому через висипання, а найнижчі – з набряком губ і обмеженнями в спортивних заняттях [69].

При оцінюванні 1443 пацієнта з кропив'янкою, жителів Японії дослідниками встановлено, що відповідно до DLQI середній бал складав 4,8. Між тестом контролю уртикарії (UCT) та DLQI виявлено сильну кореляцію зі коефіцієнтом кореляції Спірмена -0,72 [114].

Відповідно до даних опитування 110 осіб з хронічною кропив'янкою за допомогою опитувальника CU-Q2oL виявлено, що активність захворювання була єдиним предиктором погіршення якості життя, однак, вона лише помірно корелювала із загальним балом CU-Q2oL ($r=0,40$, $p<0,0001$) [145]. Тобто варто звертати увагу на інші додаткові фактори, окрім активності захворювання, які також впливають на якість життя пацієнтів.

500 пацієнтів корейської національності з хронічною спонтанною кропив'янкою були обстежені з використанням CU-QoL, DLQI та EQ-5D-5L. Отримано середні результати на рівні $57,5 \pm 29,7$, $10,2 \pm 7,6$, та $0,8 \pm 0,2$ відповідно. За 6 місяців лікування виявлено негативні кореляції між UAS7 та CU-QoL, EQ-5D-5L, EQ-5D-5L, та позитивна кореляція з показником DLQI ($p<0,001$) [278].

Вікові і статеві відмінності показників якості життя є важливими при інтерпретації отриманих результатів. 149 непальців з хронічною кропив'янкою обстежено з використанням DLQI. Середній бал становив $8,30 \pm 6,73$, у чоловіків він був значно вищим, ніж у жінок ($p<0,02$) і негативно корелював з віком ($p<0,01$) [202].

Має місце створення нових опитувальників. Колектив авторів на чолі з Ruft J. [218] розроблено і провалідовано на 88 пацієнтах інструмент для оцінки якості життя пацієнтів з холінергічною кропив'янкою, який вони назвали Cholinergic Urticaria Quality-of-Life Questionnaire (CholU-QoL). Остаточна версія опитувальника містила 28 пунктів і домени симптоми, функціональне життя, соціальна взаємодія, терапія, емоції.

Опитувальники якості життя також є важливим елементом для оцінки ефективності лікувальних засобів. Так, DLQI був використаний при оцінюванні впливу омалізумабу на лікування хронічної кропив'янки і показав 12-му тижні статистично значущі відмінності порівняно з ранніми термінами спостереження ($p < 0,0001$) [124]. Дослідження скандинавської популяції з H1-антигістаміно-резистентною хронічною кропив'янкою виявили помірне порушення якості життя даного континенту осіб, що мали середній бал DLQI 7,7, на фоні високого рівня використання медичних препаратів, що свідчить про неефективність фармакологічного лікування [249].

Необхідність врахування як фізичних, так і психологічних аспектів необхідні для покращення якості життя хворих на хронічну спонтанну кропив'янку. Оцінювання методів тестування CSU, UCT та UAS показує, що ці діагностичні інструменти не тільки допомагають оцінити тяжкість та контроль симптомів кропив'янки, але й відображають вплив захворювання на якість життя пацієнтів, зокрема UCT має сильний кореляційний зв'язок з показниками якості життя [186].

Оскільки при розподілі хворих чоловіків і жінок на групи гострої або хронічної кропив'янки легкого або тяжкого перебігу кількість спостережень у кожній з них складала 10 пацієнтів, нами проводився аналіз не лише достовірних, але й середньої сили недостовірних зв'язків.

При проведенні *кількісного аналізу* достовірних і середньої сили недостовірних кореляцій в українських чоловіків і жінок молодого віку хворих на гостру або хронічну кропив'янку різного перебігу між дерматологічним індексом якості життя (DLQI) та клініко-анамнестичними показниками встановлено:

у чоловіків хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу – 11 зв'язків із 25 можливих (44,0 %), серед яких 4,0 % сильних прямих достовірних ($r=0,82$), 24,0 % середньої сили прямих недостовірних (r від 0,31 до 0,54) і 16,0 % середньої сили зворотніх недостовірних (r від -0,31 до -0,58);

у жінок хворих на гостру кропив'янку легкого перебігу – 6 зв'язків із 25 можливих (24,0 %), серед яких 12,0 % середньої сили прямих недостовірних (r від 0,46 до 0,61), 4,0 % сильних зворотніх достовірних ($r=-0,75$) і 8,0 % середньої сили зворотніх недостовірних ($r=-0,35$ і -0,47);

у чоловіків хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу – 6 зв'язків із 25 можливих (24,0 %), серед яких 8,0 % середньої сили прямих недостовірних ($r=0,32$ і 0,53) і 16,0 % середньої сили зворотніх недостовірних (r від -0,35 до -0,49);

у жінок хворих на гостру кропив'янку тяжкого перебігу – 6 зв'язків із 25 можливих (24,0 %), серед яких 8,0 % середньої сили прямих недостовірних ($r=0,36$ і 0,60) і 16,0 % середньої сили зворотніх недостовірних (r від -0,31 до -0,57);

у чоловіків хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу – 7 зв'язків із 25 можливих (28,0 %), серед яких 4,0 % сильних прямих достовірних ($r=0,74$), 16,0 % середньої сили прямих недостовірних (r від 0,33 до 0,48) і 8,0 % середньої сили зворотніх недостовірних (r -0,37 і -0,56);

у жінок хворих на хронічну кропив'янку легкого перебігу – 9 зв'язків із 25 можливих (36,0 %), серед яких 4,0 % сильних прямих достовірних ($r=0,71$), 16,0 % середньої сили прямих недостовірних (r від 0,32 до 0,55) і 16,0 % середньої сили зворотніх недостовірних (r від -0,31 до -0,42);

у чоловіків хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу – 10 зв'язків із 25 можливих (40,0 %), серед яких 24,0 % середньої сили прямих недостовірних (r від 0,31 до 0,52), 4,0 % сильних зворотніх достовірних ($r=-0,73$) і 12,0 % середньої сили зворотніх недостовірних (r від -0,34 до -0,45);

у жінок хворих на хронічну кропив'янку тяжкого перебігу – 10 зв'язків із 25 можливих (40,0 %), серед яких 20,0 % середньої сили прямих недостовірних

(r = від 0,30 до 0,47) і 20,0 % середньої сили зворотніх недостовірних (r = від -0,31 до -0,54).

Таким чином, встановлені нами в українських чоловіків і жінок хворих на гостру або хронічну кропив'янку різного перебігу кореляції між величиною дерматологічного індексу якості життя та клініко-анамнестичними показниками розширюють сучасні уявлення відносно ризику виникнення та особливостей перебігу даного захворювання.

Пацієнти з хронічною кропив'янкою відчують значне зниження якості життя [93]. Вони часто відчують емоційний і фізичний дискомфорт, включаючи сильний свербіж, втому, проблеми зі сном, стрес і депресію [79, 113]. Кропив'янка також спричиняє значні економічні витрати як для пацієнтів, так і для системи охорони здоров'я [193]. Витрати включають прямі медичні витрати (ліки, відвідування лікаря, госпіталізація) і непрямі витрати (втрата продуктивності через пропуски робочих днів або зниження працездатності). Соціальні наслідки включають обмеження можливості пацієнтів брати участь у громадській та професійній діяльності. Пацієнти часто відчують обмеження в повсякденній діяльності, що призводить до соціальної ізоляції та зниження якості життя [193]. Тому медицина зацікавлена в пошуку альтернативних, дешевих способів прогнозування ризику цієї патології.

Антропометрія, як наука про вимірювання людського тіла, має великий потенціал для оцінки ризику кропив'янки. Особливості різних розмірів тіла можуть вплинути на виникнення та перебіг захворювання. Дослідження показують, що різні антропометричні параметри можуть бути пов'язані з ризиком розвитку кропив'янки, наприклад, високий індекс маси тіла або специфічний розподіл жирової тканини [280].

Зв'язок між ризиком виникнення чи особливостями перебігу різних дерматологічних захворювань та особливостями антропометричних показників висвітлені в різноманітних роботах за останнє десятиліття [8, 28, 98, 103, 128].

В нашому дослідженні встановлено, що, маса тіла достовірно більша ($p < 0,05-0,001$) або має виражені тенденції до більших значень ($p = 0,057$ і

$p=0,059$) як у чоловіків, так і у жінок хворих на ГК/ЛП (відповідно на 13,19 % і 35,22 %), ГК/ТП (відповідно на 23,10 % і 9,17 %), ХК/ЛП (відповідно на 10,21 % і 31,96 %) і ХК/ТП (відповідно на 12,79 % і 20,65 %) порівняно зі здоровими чоловіками або здоровими жінками; а довжина тіла – достовірно більша ($p<0,01$) лише у чоловіків хворих на ГК/ТП (на 2,88 %), а також має тенденції до більших значень ($p=0,055$ і $p=0,065$) у жінок хворих на ГК/ЛП (на 2,24 %) і ХК/ЛП (на 2,37 %).

При порівнянні тотальних розмірів тіла між хворими чоловіками або хворими жінками встановлено, що величина маси тіла лише у жінок хворих на ГК/ЛП має виражену тенденцію до більших значень ($p=0,053$) порівняно з жінками хворими на ГК/ТП (на 23,86 %); а довжина тіла – лише у чоловіків хворих на ГК/ТП достовірно більша ($p<0,05$) або має тенденцію до більших значень ($p=0,070$) порівняно з чоловіками хворими на ХК/ЛП (на 3,46 %) і ГК/ЛП (на 2,99 %).

При порівнянні тотальних розмірів тіла між відповідними групами хворих чоловіків і хворих жінок встановлено, що величина маси тіла достовірно більша ($p<0,001$) лише у чоловіків хворих на ГК/ТП (на 42,39 %), а довжина тіла – достовірно більша ($p<0,05-0,001$) в усіх групах хворих чоловіків (відповідно на 4,98 % у хворих на ГК/ЛП, на 10,69 % у хворих на ГК/ТП, на 5,51 % у хворих на ХК/ЛП і на 5,13 % у хворих на ХК/ТП).

Високий індекс маси тіла за результатами дослідження корейських вчених пов'язаний з підвищеним ризиком розвитку хронічної спонтанної кропив'янки, а також збільшення окружності талії. Абдомінальне ожиріння може бути важливим фактором ризику розвитку хронічної спонтанної кропив'янки [132].

Такі ж дані були отримані щодо псоріазу, іншого поширеного дерматологічного захворювання. Люди з ожирінням мають значно вищий ризик розвитку цього захворювання порівняно з людьми з нормальною вагою. Збільшення окружності талії, як маркер абдомінального ожиріння, також пов'язане з підвищеним ризиком розвитку псоріазу [240].

Крім того, встановлено також зв'язок між ожирінням і тяжкістю перебігу

псоріазу. Дослідження показали, що пацієнти з більш високим індексом маси тіла частіше схильні до розвитку важких форм цього захворювання. Вчені пояснюють це тим, що ожиріння та псоріаз мають спільні патогенетичні механізми, включаючи хронічне системне запалення. Адипокіни, продукти жирової тканини, можуть сприяти запальним процесам, які погіршують перебіг псоріазу [83]. Це також може мати місце як патогенетична ланка при кропив'янці.

За даними Aamir I. S. зі співавторами [5] пацієнти з хронічною кропив'янкою мали середній індекс маси тіла $27,16 \pm 3,82$ кг/м², що було значно вищим порівняно з контрольною групою, де середній індекс маси тіла становив $23,28 \pm 2,61$ кг/м² ($p < 0,001$). Результати дослідження показали позитивну кореляцію між підвищеним індексом маси тіла і ризиком розвитку хронічної ідіопатичної кропив'янки, з коефіцієнтом кореляції $r = 0,42$ ($p < 0,05$), що підтверджує значимість цієї асоціації. В іншому дослідженні виявлено, що у 42 % пацієнтів з хронічною ідіопатичною кропив'янкою індекс маси тіла становить понад 30, що вказує на ожиріння, у порівнянні з 24 % у контрольних групах [57]. Дані лабораторних досліджень також вказують на існування зв'язку з підвищеною вагою тіла. У пацієнтів з хронічною кропив'янкою рівень лептину вищий на 25 %, а рівень адипонектину знижений на 15 % порівняно з контрольними групами [254].

Схожі тенденції виявлено і для інших дерматологічних захворювань, і це стосується всіх вікових категорій. Дослідження Darlenski R. зі співавторами [66] показало, що ожиріння асоціюється з різними шкірними проблемами, включаючи акне, псоріаз і екзему. Виявлено, що пацієнти з ожирінням мають на 30 % більше ризику розвитку цих захворювань порівняно з нормальною вагою. 60 % дітей з ожирінням мають шкірні захворювання, такі як акантозис нігріканс і стрії [106]. Літні пацієнти з підвищеним ІМТ частіше мають шкірні ураження, такі як дерматофітія і стрії. Зокрема, у 50 % пацієнтів з ІМТ понад 30 були виявлені шкірні ураження, порівняно з 20 % у пацієнтів з нормальним ІМТ [204].

У дослідженні, проведеному Toizumi M. та співавторами [250], було проаналізовано зв'язок між астмою, ринокон'юнктивітом, екземою та перинаталь-

ними антропометричними факторами у в'єтнамських дітей. Низька вага матері до вагітності була пов'язана з підвищеним ризиком розвитку екземи у дітей (OR=1,26; 95 %, CI=1,02-1,56).

При порівнянні поздовжніх розмірів тіла між хворими на кропив'янку чоловіками або жінками з практично здоровими чоловіками або жінками встановлено: у хворих на ГК/ТП чоловіків достовірно більші ($p<0,05-0,01$) значення висоти надгруднинної, акроміальної та пальцевої антропометричних точок (відповідно на 5,08 %, 4,42 % і 4,78 %); а також у хворих на ГК/ЛП, ХК/ЛП і ХК/ТП жінок достовірно більші ($p<0,05-0,01$) значення висоти надгруднинної (відповідно на 4,48 %, 3,96 % і 3,44 %), акроміальної (відповідно на 3,59 %, 3,44 % і 3,22 %) та пальцевої (відповідно на 6,69 %, 4,95 % і 8,76 %) антропометричних точок.

Практично не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей величини поздовжніх розмірів тіла між хворими на кропив'янку чоловіками або хворими на кропив'янку жінками: лише висота надгруднинної антропометричної точки у чоловіків хворих на ГК/ТП на 3,78 % більша ($p=0,058$), ніж у хворих на ХК/ТП і у жінок хворих на ГК/ЛП на 3,10 % більша ($p=0,070$), ніж у хворих на ГК/ТП.

При порівнянні поздовжніх розмірів тіла між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші ($p<0,05-0,001$) значення у хворих на ГК/ЛП, ГК/ТП, ХК/ЛП і ХК/ТП чоловіків висоти надгруднинної (відповідно на 4,79 %, 11,43 %, 5,03 % і 5,20 %) та акроміальної (відповідно на 5,16 %, 11,24 %, 4,46 % і 4,61 %) антропометричних точок; у хворих на ГК/ТП і ХК/ТП чоловіків висоти лобкової антропометричної точки (відповідно на 4,69 % і 5,65 %); лише у хворих на ГК/ТП чоловіків висоти пальцевої (на 8,66 %) та вертлюгової (на 5,90 %) антропометричних точок.

Антропометричні дослідження набули поширення у клінічній медицині як інструмент для оцінки ризиків розвитку різних захворювань, зокрема шкірних. Наприклад, було виявлено, що жінки з акне часто мають підвищені рівні статевих гормонів, метаболічні порушення та ожиріння, що корелює з розвитком цьо-

го захворювання. Це підкреслює значущість антропометрії в оцінці впливу метаболічних та гормональних факторів на стан шкіри [88]. Подібні підходи були використані для прогнозування перебігу екземи, де у чоловіків визначали можливість виникнення різних форм захворювання залежно від їхніх антропометричних характеристик, таких як індекс маси тіла, окружність талії та інші показники [258]. J. I. Silverberg та A. S. Paller [234] підтвердили, що наявність екземи у підлітків пов'язана зі зміною статури, зокрема із зменшенням зросту. Вони проаналізували дані з дев'яти досліджень у США і встановили, що діти з екземою мають менший зріст у порівнянні зі здоровими однолітками.

При порівнянні ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок між хворими на кропив'янку чоловіками або жінками з практично здоровими чоловіками або жінками встановлено: як у хворих на ГК/ЛП, ГК/ТП, ХК/ЛП і ХК/ТП чоловіків та і у хворих жінок достовірно менші ($p < 0,05-0,001$) значення ширини дистального епіфіза гомілки (відповідно на 7,79 % у чоловіків і на 5,88 % у жінок, на 7,38 % у чоловіків і на 8,80 % у жінок, на 8,20 % у чоловіків і на 5,88 % у жінок, на 11,22 % у чоловіків і на 7,41 % у жінок); у хворих на ГК/ТП і ХК/ЛП чоловіків достовірно більші ($p < 0,05-0,01$) значення ширини дистальних епіфізів плеча (відповідно на 7,85 % і 6,55 %) та передпліччя (відповідно на 5,87 % і 6,04 %), у хворих на ГК/ТП чоловіків достовірно більші ($p < 0,01$) значення ширини дистального епіфіза стегна (на 4,63 %); у хворих на ГК/ЛП жінок має тенденцію ($p = 0,064$) до більших значень, а у хворих на ГК/ТП жінок тенденцію ($p = 0,062$) до менших значень ширини дистального епіфіза плеча (відповідно на 4,19 % і 4,03 %), у хворих на ГК/ЛП, ХК/ЛП і ХК/ТП жінок достовірно більші ($p < 0,05-0,001$) значення ширини дистального епіфіза передпліччя (відповідно на 4,49 %, 9,58 % і 14,05 %) та у хворих на ГК/ЛП і ХК/ЛП жінок достовірно більші ($p < 0,05-0,01$) значення ширини дистального епіфіза стегна (відповідно на 8,34 % і 9,81 %).

При порівнянні ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок між хворими на кропив'янку чоловіками або хворими на кропив'янку жінками встановлено: ширина дистального епіфіза плеча достовірно більша

($p < 0,05$ в усіх випадках) у чоловіків хворих на ГК/ТП, ніж у хворих на ГК/ЛП і ХК/ТП (відповідно на 9,91 % і 7,53 %), у чоловіків хворих на ХК/ЛП, ніж у хворих на ХК/ТП і ГК/ЛП (відповідно на 6,22 % і 8,58 %) та у жінок хворих на ГК/ЛП, ніж у хворих на ГК/ТП (на 8,57 %); ширина дистального епіфіза передпліччя достовірно більша ($p < 0,05$ в обох випадках) у жінок хворих на ГК/ЛП, ніж у хворих на ГК/ТП (на 5,76 %) та у жінок хворих на ХК/ТП, ніж у хворих на ГК/ТП (на 15,43 %); ширина дистального епіфіза стегна достовірно більша ($p < 0,05$) у чоловіків хворих на ГК/ТП, ніж у хворих на ГК/ЛП (на 5,30 %).

При порівнянні ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені: достовірно більші ($p < 0,05-0,001$), або тенденція до більших значень ($p = 0,054$) у хворих на ГК/ЛП, ГК/ТП, ХК/ЛП і ХК/ТП чоловіків ширини дистальних епіфізів плеча (відповідно на 8,86 %, 29,90 %, 16,88 % і 18,32 %) та передпліччя (відповідно на 12,06 %, 24,69 %, 12,62 % і 3,21 %); достовірно більші ($p < 0,05-0,001$) значення у хворих на ГК/ТП і ХК/ТП чоловіків ширини дистального епіфіза стегна (відповідно на 11,47 % і 9,76 %); достовірно більші ($p < 0,05-0,01$), або тенденція до більших значень ($p = 0,054$) у хворих на ГК/ЛП, ГК/ТП і ХК/ЛП чоловіків ширини дистального епіфіза гомілки (відповідно на 9,64 %, 13,66 % і 9,15 %).

Встановлено, що величина поперечного середньогрудного, нижньогрудного та передньо-заднього середньогруднинного діаметрів достовірно більша ($p < 0,05-0,001$) у чоловіків хворих на ГК/ЛП (відповідно на 11,11 % – 13,83 % – 17,41 %), ГК/ТП (відповідно на 14,64 % – 16,21 % – 23,93 %), ХК/ЛП (відповідно на 7,23 % – 10,67 % – 17,91 %) і ХК/ТП (відповідно на 9,35 % – 14,23 % – 23,43 %) порівняно зі здоровими чоловіками; а ширина плечей – має лише виражену тенденцію до більших значень ($p = 0,051$) у чоловіків хворих на ГК/ТП (на 3,28 %).

Також встановлено, що величина поперечного середньогрудного, нижньогрудного та передньо-заднього середньогруднинного діаметрів достовірно більша ($p < 0,05-0,001$) або має тенденцію до більших значень ($p = 0,065$) у жінок

хворих на ГК/ЛП (відповідно на 19,40 % – 24,94 % – 43,78 %), ГК/ТП (відповідно на 9,88 % – 12,68 % – 16,89 %), ХК/ЛП (відповідно на 16,62 % – 22,22 % – 35,59 %) і ХК/ТП (відповідно на 6,70 % – 15,40 % – 23,32 %) порівняно зі здоровими жінками; а ширина плечей – достовірно більша ($p < 0,01$) або має незначну тенденцію до більших значень ($p = 0,080$) у жінок хворих на ГК/ЛП (на 3,29 %) та ХК/ЛП (на 4,37 %).

При порівнянні діаметрів тулуба між хворими чоловіками або хворими жінками встановлено, що величина передньо-заднього середньогруднинного діаметру достовірно більша ($p < 0,05$) у жінок хворих на ГК/ЛП (на 18,70 %) порівняно з жінками хворими на ГК/ТП; а ширина плечей – має лише тенденцію до більших значень ($p = 0,076$) у чоловіків хворих на ГК/ТП (на 4,84 %) порівняно з чоловіками хворими на ХК/ТП.

При порівнянні поперечного середньогрудного, нижньогрудного та передньо-заднього середньогруднинного діаметрів між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення ($p < 0,05-0,01$) у чоловіків хворих на ГК/ТП (відповідно на 17,33 % – 18,55 % – 23,50 %) і ХК/ТП (відповідно на 15,24 % – 13,78 % – 16,59 %); а ширина плечей – достовірно більша ($p < 0,05-0,001$) у чоловіків хворих на ГК/ЛП (на 10,97 %), ГК/ТП (на 16,04 %), ХК/ЛП (на 5,94 %) і ХК/ТП (на 8,40 %).

Також встановлено, що міжостьова та міжребенева відстані таза достовірно більші ($p < 0,01$) або мають тенденцію до більших значень ($p = 0,075$) у чоловіків хворих на ГК/ТП порівняно зі здоровими чоловіками (відповідно на 6,34 % – 3,81 %); а міжвертлюгова відстань – достовірно менша ($p < 0,05-0,001$) у чоловіків хворих на ГК/ЛП (на 4,73 %), ХК/ЛП (на 5,04 %) та ХК/ТП (на 7,16 %) порівняно зі здоровими чоловіками.

У жінок хворих на ГК/ЛП, ГК/ТП, ХК/ЛП і ХК/ТП величина міжостьової та міжребеневої відстаней таза достовірно більша ($p < 0,05-0,001$) порівняно зі здоровими жінками (відповідно на 16,09 % – 8,09 % – 10,09 % – 8,49 % та на 11,59 % – 6,21 % – 9,80 % – 4,77 %); а міжвертлюгова відстань – має лише тенденцію до більших значень ($p = 0,062$) у жінок хворих на ГК/ЛП (на 4,28 %) по-

рівняно зі здоровими жінками.

При порівнянні відстаней таза між хворими чоловіками або хворими жінками встановлено, що величина міжгребеневої та міжвертлюгової відстаней таза у чоловіків хворих на ГК/ТП достовірно більша ($p < 0,05$ в обох випадках) порівняно з чоловіками хворими на ХК/ТП (відповідно на 5,17 % – 6,86 %); а міжкостьова відстань таза – достовірно більша ($p < 0,05$) у жінок хворих на ГК/ЛП (на 7,41 %) порівняно з жінками хворими на ГК/ТП.

При порівнянні міжкостьової, міжгребеневої та міжвертлюгової відстаней таза між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші значення ($p < 0,05$ в усіх випадках) у жінок хворих на ГК/ЛП (відповідно на 8,61 % – 6,14 % – 7,01 %).

Встановлено, що у порівнянні зі здоровими чоловіками: величина обхватів плеча у напруженому та ненапруженому станах і передпліччя у нижній частині достовірно більша ($p < 0,05-0,001$) у чоловіків хворих на ГК/ТП (відповідно на 8,64 % – 7,39 % – 5,50 %); обхват плеча у напруженому стані – достовірно більший ($p < 0,05$) або має тенденцію до більших значень ($p = 0,063$) у чоловіків хворих на ХК/ЛП (на 5,93 %) та хворих на ХК/ТП (на 7,43 %); обхват передпліччя у верхній частині – має тенденцію до більших значень ($p = 0,066$) у чоловіків хворих на ХК/ЛП (на 6,94 %); величина обхвату стегна достовірно більша ($p < 0,01-0,001$) або має тенденцію до більших значень ($p = 0,052$) у чоловіків хворих на ГК/ЛП (на 14,74 %), ГК/ТП (на 15,12 %), ХК/ЛП (на 10,23 %) та ХК/ТП (на 12,30 %); обхват стегон і гомілки у нижній частині – достовірно більший ($p < 0,01$ в обох випадках) у чоловіків хворих на ГК/ТП (відповідно на 8,59 % і 8,93 %); обхват стопи – має тенденцію до менших значень ($p = 0,079$) у чоловіків хворих на ХК/ТП (на 3,45 %); величина обхватів талії, грудної клітки на вдиху та у спокійному стані достовірно більші ($p < 0,05-0,001$) у чоловіків хворих на ГК/ЛП (відповідно на 13,86 % – 7,9 % – 8,19 %), ГК/ТП (відповідно на 22,80 % – 11,30 % – 12,39 %), ХК/ЛП (відповідно на 12,61 % – 4,80 % – 18,35 %) та ХК/ТП (відповідно на 18,14 % – 8,00 % – 8,40 %); обхват шиї – достовірно більший ($p < 0,001$ в усіх випадках) у чоловіків хворих на ГК/ЛП (на 8,31 %),

ГК/ТП (на 12,29 %) та ХК/ЛП (на 6,72 %); обхват грудної клітки на видиху – достовірно більший ($p<0,01$) у чоловіків хворих на ГК/ТП (на 9,57 %).

При порівнянні зі здоровими жінками: величина обхватів плеча у напруженому та ненапруженому станах достовірно більша ($p<0,01-0,001$) або має тенденції до більших значень ($p=0,054-0,076$) у жінок хворих на ГК/ЛП (відповідно на 25,89 % і 25,85 %), ГК/ТП (відповідно на 6,76 % і 7,39 %), ХК/ЛП (відповідно на 22,50 % і 18,69 %) та ХК/ТП (відповідно на 9,98 % і 10,78 %); обхват передпліччя у нижній частині – достовірно більший ($p<0,01-0,001$) у жінок хворих на ГК/ЛП (на 8,60 %) та ХК/ЛП (на 8,27 %); величина обхватів стегна та стегон достовірно більша ($p<0,05-0,001$) або має тенденцію до більших значень ($p=0,061$) у жінок хворих на ГК/ЛП (відповідно на 24,86 % і 13,17 %), ГК/ТП (відповідно на 12,28 % і 4,54 %), ХК/ЛП (відповідно на 25,42 % і 14,43 %) та ХК/ТП (відповідно на 17,35 % і 8,22 %); обхвати гомілки у верхній і нижній частині та обхват стопи – достовірно більші ($p<0,05-0,001$) у жінок хворих на ГК/ЛП (відповідно на 12,20 % – 13,46 % – 5,09 %); обхвати гомілки у верхній і нижній частині – достовірно більші ($p<0,01$ в обох випадках) у жінок хворих на ХК/ЛП (відповідно на 11,91 % і 14,59 %); лише обхват гомілки у нижній частині – достовірно більший ($p<0,05$) у жінок хворих на ГК/ТП (на 6,71 %); величина обхватів шиї, талії, грудної клітки на вдиху, на видиху та у спокійному стані достовірно більші ($p<0,05-0,001$) у жінок хворих на ГК/ЛП (відповідно на 12,33 % – 33,95 % – 19,44 % – 19,98 % – 20,58 %), ГК/ТП (відповідно на 4,51 % – 10,18 % – 8,64 % – 8,61 % – 9,33 %), ХК/ЛП (відповідно на 10,14 % – 27,86 % – 16,66 % – 16,35 % – 18,00 %) та ХК/ТП (відповідно на 6,07 % – 21,48 % – 11,75 % – 11,51 % – 12,14 %).

При порівнянні обхватних розмірів тіла між хворими на кропив'янку українськими чоловіками встановлені лише достовірно більші значення ($p<0,05$ в обох випадках) обхвату шиї у хворих на ГК/ЛП порівняно з хворими на ГК/ТП (на 3,68 %) та обхвату стопи у хворих на ГК/ТП порівняно з хворими на ХК/ТП (на 6,02 %). У хворих на ГК/ЛП жінок порівняно з хворими на ГК/ТП жінками встановлені достовірно більші ($p<0,05-0,01$) або тенденція до більших значень

($p=0,065-0,076$) обхватів плеча у напруженому (на 17,92 %) та ненапруженому станах (на 17,19 %), передпліччя у нижній частині (на 9,45 %), кисті (на 4,10 %), гомілки у верхній частині (на 8,31 %), стопи (на 4,36 %), грудної клітки на видиху (на 10,47 %) та у спокійному стані (на 10,29 %); а також тенденція до більших значень ($p=0,076$) обхвату гомілки у нижній частині у жінок хворих на ХК/ЛП порівняно з жінками хворими на ХК/ТП (на 10,41 %).

Встановлені виражені прояви статевого диморфізму обхватних розмірів тіла між хворими на кропив'янку українськими чоловіками та жінками: достовірно більші значення ($p<0,05-0,001$) обхватів кисті та шиї у чоловіків хворих на ГК/ЛП (відповідно на 12,86 % і 13,65 %), ГК/ТП (відповідно на 20,49 % і 26,65 %), ХК/ЛП (відповідно на 15,12 % і 14,20 %) та ХК/ТП (відповідно на 13,48 % і 18,29 %); достовірно більші значення ($p<0,05-0,001$) обхватів плеча у напруженому (на 20,94 %) та ненапруженому станах (на 13,68 %), передпліччя у верхній (на 17,07 %) та нижній частині (на 19,87 %), стопи (на 11,33 %), талії (на 28,42 %), грудної клітки на вдиху (на 14,15 %), на видиху (на 13,70 %) та у спокійному стані (на 14,68 %) у чоловіків хворих на ГК/ТП; достовірно більші значення ($p<0,05$ в обох випадках) обхвату передпліччя у верхній частині (на 12,09 %) у чоловіків хворих на ГК/ЛП та обхвату стегон (на 9,13 %) у жінок хворих на ГК/ЛП; достовірно більші значення ($p<0,05$ в обох випадках) обхвату передпліччя у нижній частині (на 11,34 %) у чоловіків хворих на ХК/ЛП та обхвату стегна (на 13,80 %) у жінок хворих на ХК/ЛП; достовірно більше значення ($p<0,05$) обхвату плеча у напруженому стані (на 16,10 %) у чоловіків хворих на ХК/ТП.

У дослідженні Kim Y. H. та інших [131] було встановлено, що високий об'єм талії, а не високий індекс маси тіла, може бути предиктивним фактором ризику тривалішої тривалості хронічної спонтанної кропив'янки. Пацієнти з значним об'ємом талії (≥ 90 см для чоловіків і ≥ 85 см для жінок) мали значно довший середній період захворювання (понад 2 роки) у порівнянні з пацієнтами з нормальним об'ємом талії. Що важливо – індекс маси тіла сам по собі не показав значущого впливу на тривалість захворювання, що підкреслює важливість контролю об'єму талії як індикатора ризику.

A. R. Khasawneh та інші [126] вивчили зв'язок між вираженістю себорейного дерматиту та антропометричними показниками як у чоловіків, так і у жінок. Вони виявили значущі кореляції між тяжкістю себорейного дерматиту та емоційним впливом себореї з антропо-соматотипологічними характеристиками, такими як індекс маси тіла. В подальшому дослідженні ці ж автори [127] показали, що окружність тіла пацієнтів з різною тяжкістю себорейного дерматиту суттєво варіює залежно від соматотипу, що вказує на певну залежність тяжкості симптомів від фізіологічних характеристик тіла.

У дослідженні Lokaj-Berisha V. та ін. [169] виявлено, що високий ІМТ є важливим фактором ризику розвитку кропив'янки у чоловіків і жінок. Ці результати підтверджують гіпотезу, що ожиріння може сприяти підвищенню ризику алергічних реакцій у різних популяціях. P. Kolkhir та M. Maurer [135] у своєму дослідженні розглянули коморбідні стани, що супроводжують хронічну спонтанну кропив'янку, і виявили, що ожиріння є одним із факторів, що погіршує перебіг цього захворювання. Зокрема, було відзначено, що пацієнти з ожирінням мають підвищений ризик розвитку важких форм кропив'янки.

J. I. Silverberg та E. L. Simpson [235] дослідили зв'язок між ожирінням і екземою в підлітків у США. Виявилось, що ожиріння пов'язане з підвищеною частотою та тяжкістю екземи, а також з погіршенням загального стану здоров'я пацієнтів. Згідно з результатами цього дослідження, у підлітків із підвищеним ІМТ частота екземи була на 40% вищою порівняно з підлітками з нормальною вагою.

K. Sas та A. Reich [226] встановили, що високий ІМТ є фактором ризику важкої форми акне у підлітків. У їхньому дослідженні підлітки з ІМТ вище 25 мали вдвічі більшу ймовірність розвитку важкого акне в порівнянні з однолітками з нормальною вагою. Також виявлено зв'язок між підвищеним ІМТ і важкістю акне серед підлітків і молодих дорослих у Нігерії. Було встановлено, що в осіб із надмірною вагою частота важких форм акне була значно вищою, ніж у людей з нормальною вагою [29, 34].

O. B. A. R. Al-Qaraleh [26] також вивчав різницю товщини шкірно-

жирових складок у чоловіків із псоріазом різного ступеня тяжкості, з урахуванням соматотипу. Його дослідження показали, що пацієнти з важкими формами псоріазу, як правило, мають більшу товщину шкірно-жирових складок, і цей показник варіює в залежності від соматотипу, що підкреслює важливість антропометричних показників у розвитку даного дерматозу.

При порівнянні товщини шкірно-жирових складок між хворими на кропив'янку чоловіками або хворими на кропив'янку жінками з практично здоровими чоловіками або жінками встановлено: як у хворих чоловіків, так і у хворих жінок достовірно менші ($p < 0,05-0,001$) або тенденція до менших значень ($p = 0,074$) товщини шкірно-жирових складок на задній (відповідно у хворих на ГК/ЛП на 78,36 % і 63,96 %, у хворих на ГК/ТП на 74,40 % і 96,75 %, у хворих на ХК/ЛП на 66,98 % і 63,96 %, у хворих на ХК/ТП на 106,52 % і 78,86 %) і передній (відповідно у хворих на ГК/ЛП на 64,47 % і 63,89 %, у хворих на ГК/ТП на 59,77 % і 68,71 %, у хворих на ХК/ЛП на 59,77 % і 22,04 %, у хворих на ХК/ТП на 64,47 % і 50,95 %) поверхнях плеча та на гомілці (відповідно у хворих на ГК/ЛП на 42,57 % і 30,61 %, у хворих на ГК/ТП на 24,75 % і 59,85 %, у хворих на ХК/ЛП на 47,25 % і 32,22 %, у хворих на ХК/ТП на 47,25 % і 39,09 %); у хворих жінок – достовірно більші ($p < 0,05-0,001$) або тенденції до більших значень ($p = 0,051$ і $p = 0,068$) товщини шкірно-жирових складок на грудях (відповідно у хворих на ГК/ЛП на 75,97 %, у хворих на ГК/ТП на 67,28 %, у хворих на ХК/ЛП на 110,73 %, у хворих на ХК/ТП на 71,63 %), на животі (відповідно у хворих на ГК/ЛП на 42,65 %, у хворих на ГК/ТП на 30,40 %, у хворих на ХК/ЛП на 58,50 %, у хворих на ХК/ТП на 37,61 %) та на боці (відповідно у хворих на ГК/ЛП на 53,40 %, у хворих на ГК/ТП на 44,28 %, у хворих на ХК/ЛП на 62,52 %, у хворих на ХК/ТП на 61,69 %), а також достовірно менші ($p < 0,05-0,001$) або тенденція до менших значень ($p = 0,063$) товщини шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки (відповідно у хворих на ХК/ЛП на 46,40 %, у хворих на ХК/ТП на 41,46 %) та на стегні (відповідно у хворих на ГК/ЛП на 31,17 %, у хворих на ГК/ТП на 33,58 %, у хворих на ХК/ТП на 21,33 %); у хворих чоловіків – достовірно більші ($p < 0,05-0,01$) або тенденції до

більших значень ($p=0,051$ і $p=0,062$) товщини шкірно-жирових складок на грудях (відповідно у хворих на ГК/ТП на 40,13 %, у хворих на ХК/ЛП на 38,10 %, у хворих на ХК/ТП на 36,07 %), на животі (відповідно у хворих на ГК/ТП на 47,61 %, у хворих на ХК/ТП на 45,99 %) та на боці (відповідно у хворих на ГК/ЛП на 29,30 %, у хворих на ГК/ТП на 62,79 %, у хворих на ХК/ЛП на 33,02 %), а також достовірно менші значення ($p<0,05-0,001$) товщини шкірно-жирової складки на передпліччі (відповідно у хворих на ГК/ЛП на 30,41 %, у хворих на ХК/ЛП на 26,45 %, у хворих на ХК/ТП на 34,61 %), під нижнім кутом лопатки (відповідно у хворих на ХК/ЛП на 30,10 %, у хворих на ХК/ТП на 28,86 %) та на стегні (відповідно у хворих на ГК/ЛП на 91,04 %, у хворих на ГК/ТП на 48,84 %, у хворих на ХК/ЛП на 113,33 %, у хворих на ХК/ТП на 80,28 %).

При порівнянні товщини шкірно-жирових складок між хворими на кропив'янку чоловіками або хворими на кропив'янку жінками практично не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей – лише у чоловіків хворих ГК/ТП складка на стегні на 28,36 % більша ($p=0,064$), ніж у хворих на ГК/ЛП чоловіків.

При порівнянні товщини шкірно-жирових складок між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші ($p<0,05-0,01$) або тенденція до більших значень ($p=0,070$) у хворих жінок товщини шкірно-жирових складок на передпліччі (у хворих на ХК/ТП на 32,26 %), на грудях (відповідно у хворих на ГК/ЛП на 50,00 %, у хворих на ХК/ЛП на 42,65 %) і на стегні (відповідно у хворих на ГК/ЛП на 65,67 %, у хворих на ХК/ЛП на 121,67 %, у хворих на ХК/ТП на 69,01 %) та достовірно менше значення ($p<0,05$) товщини шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки (у хворих на ХК/ЛП на 34,88 %).

Встановлені особливості поширеності кропив'янки серед осіб різних етнічних груп, осіб різної статі та віку [269] наводить на думку, щодо можливості існування певних зв'язків щодо ризику виникнення даного захворювання та соматотипологічними показниками.

У сучасних дослідженнях активно вивчається зв'язок між антропометричними показниками, соматотипом та ризиком розвитку шкірних захворювань. Зокрема, Abdel-Rahman A. Q. O. B. та інші [7] надають ґрунтовний аналіз можливості передбачення ризику розвитку псоріазу у чоловіків різних соматотипів, спираючись на дискримінантні моделі, побудовані з урахуванням антропосоматотипологічних характеристик. Вони виявили, що певні соматотипологічні показники значно корелюють із ймовірністю виникнення та перебігу псоріазу ($p < 0.05$), що вказує на суттєве значення фізіологічних відмінностей у прогресуванні даного захворювання.

Крім псоріазу, зв'язок між соматотипом і акне у юнаків та дівчат було досліджено Gunas I. та іншими [98]. Вони показали, що у пацієнтів з акне спостерігаються особливості у складі маси тіла, які залежать від соматотипу. Це підтверджує наявність індивідуальних анатомічних і фізіологічних особливостей, які, можливо, впливають на виникнення та перебіг акне.

L. R. Mateshuk-Vatseba та I. O. Chaplyk-Chyzho [176] аналізували конституційні відмінності між здоровими і хворими на піодермію чоловіками і жінками. Їх дослідження виявили помітні конституційні відмінності між цими групами, підкреслюючи, що певні соматотипи можуть підвищувати вразливість до піодермії.

В дослідженнях Khasawneh A. R. та ін. [128] серед параметрів асоційованих із несприятливим прогнозом розвитку генералізованої жирної форми себореїного дерматиту різного ступеня важкості, виявляються м'язовий компонент маси тіла за методиками Matiegka та Американського інституту харчування, жировий компонент маси тіла (як у чоловіків, так і у жінок) та мезоморфний і екоморфний компоненти соматотипу (лише у жінок).

При порівнянні компонентів соматотипу, частоти розподілу соматотипів за методикою Хіт-Картер і показників компонентного складу маси тіла між хворими на кропив'янку чоловіками або хворими на кропив'янку жінками з практично здоровими чоловіками або жінками встановлено: як у хворих чоловіків, так і у хворих жінок достовірно більші ($p < 0,05-0,001$) значення величини

м'язового компоненту маси тіла за Матейко (відповідно у хворих на ГК/ЛП на 34,60 % і 52,31 %, у хворих на ГК/ТП на 24,43 % і 19,99 %, у хворих на ХК/ЛП на 17,21 % і 48,75 %, у хворих на ХК/ТП на 26,27 % і 28,46 %) та АІХ (відповідно у хворих на ГК/ЛП на 23,43 % і 75,20 %, у хворих на ГК/ТП на 31,86 % і 23,81 %, у хворих на ХК/ЛП на 20,33 % і 66,07 %, у хворих на ХК/ТП на 26,20 % і 33,02 %); у хворих чоловіків достовірно більші ($p<0,05-0,01$) або тенденція до більших значень ($p=0,060$) величини мезоморфного компоненту соматотипу (відповідно у хворих на ГК/ТП на 15,70 %, у хворих на ХК/ЛП на 27,96 %) та величини кісткового компоненту маси тіла за Матейко (лише у хворих на ГК/ТП на 11,26 %), а також достовірно менші ($p<0,05$) або тенденція до менших значень ($p=0,079$) величини екоморфного компоненту соматотипу (відповідно у хворих на ГК/ЛП на 40,41 %, у хворих на ГК/ТП на 41,80 %, у хворих на ХК/ЛП на 31,25 %); у хворих жінок – достовірно більші ($p<0,05-0,01$) значення величини мезоморфного компоненту соматотипу (відповідно у хворих на ГК/ЛП на 58,34 %, у хворих на ХК/ЛП на 56,00 %), величини кісткового компоненту маси тіла за Матейко (лише у хворих на ГК/ЛП на 8,80 %), частоти мезоморфного соматотипу (у хворих на ГК/ЛП на 37,30 %), частоти ендомезоморфного соматотипу (у хворих на ХК/ТП на 28,20 %), а також достовірно менші ($p<0,05$) або тенденція до менших значень ($p=0,061$) величини екоморфного компоненту соматотипу (відповідно у хворих на ГК/ЛП на 45,73 %, у хворих на ХК/ЛП на 46,90 %, у хворих на ХК/ТП на 39,88 %) та величини жирового компоненту маси тіла за Матейко (лише у хворих на ГК/ТП на 17,51 %).

При порівнянні компонентів соматотипу, частоти розподілу соматотипів за методикою Хіт-Картер і показників компонентного складу маси тіла між хворими на кропив'янку чоловіками або хворими на кропив'янку жінками встановлені лише поодинокі достовірні або тенденції відмінностей: між чоловіками – у хворих на ГК/ТП величина кісткового компоненту маси тіла за Матейко на 15,78 % і 15,57 % більша ($p<0,05$, в обох випадках), ніж у хворих на ГК/ЛП і ХК/ТП; між жінками – у хворих на ГК/ЛП величина м'язового компоненту маси тіла за Матейко та АІХ на 21,22 % і 41,51 % більша ($p<0,01$), ніж у

хворих на ГК/ТП, у хворих на ГК/ЛП величина кісткового компоненту маси тіла за Матейко на 15,89 % більша ($p < 0,05$), ніж у хворих на ГК/ТП, у хворих на ХК/ЛП частота мезоморфного соматотипу на 50,00 % більша ($p < 0,05$), ніж у хворих на ХК/ТП, у хворих на ГК/ТП частота енто-мезоморфного соматотипу на 30,00 % більша ($p = 0,077$), ніж у хворих на ГК/ЛП, а у хворих на ХК/ТП на 40,00 % більша ($p = 0,067$), ніж у хворих на ХК/ЛП.

При порівнянні компонентів соматотипу, частоти розподілу соматотипів за методикою Хіт-Картер і показників компонентного складу маси тіла між відповідними групами хворих чоловіків і жінок встановлені достовірно більші ($p < 0,05-0,001$) або тенденції до більших значень ($p = 0,059$ в обох випадках) у хворих чоловіків величини мезоморфного компоненту соматотипу (на 26,57 % у хворих на ГК/ТП), величини м'язового компоненту маси тіла за Матейко та АІХ (відповідно на 22,48 % і 56,65 % у хворих на ГК/ТП, на 22,27 % і 39,55 % у хворих на ХК/ТП), величини кісткового компоненту маси тіла за Матейко (на 18,98 % у хворих на ГК/ЛП, на 59,65 % у хворих на ГК/ТП, на 23,06 % у хворих на ХК/ЛП, на 30,59 % у хворих на ХК/ТП), величини жирового компоненту маси тіла за Матейко (на 22,01 % у хворих на ГК/ТП), частоти мезоморфного соматотипу (на 50,00 % у хворих на ХК/ТП); а також тенденції до більших значень ($p = 0,067$ і $p = 0,077$) у хворих жінок частоти енто-мезоморфного соматотипу (на 40,00 % у хворих на ХК/ТП) та частоти середнього проміжного соматотипу (на 30,00 % у хворих на ГК/ТП).

Наразі в світовій літературі є обмежена кількість публікацій присвячена пошуку взаємозв'язку соматотипологічних показників саме з ризиком виникнення кропив'янки. Y. N. Kim та ін. [131] виявили існування взаємозв'язку між ризиком виникнення кропив'янки та багатьма антропометричними показниками. Зокрема, встановлено, що зі збільшенням окружності талії та ІМТ зростає ризик виникнення даної патології. Окрім того показник окружності талії є прогностичним для передбачення тривалості кропив'янки. В іншому дослідженні, виконаному на турецькій популяції осіб не виявлено достовірних зв'язків між антропометричними показниками і ризиком виникнення кропив'янки. Водно-

час автори виявили достовірні зв'язки між даною патологією та такими лабораторними показниками як кількість нейтрофілів і значенням С-реактивного білка ($p=0,008$ і $p=0,024$ відповідно) [198].

Y. S. Kim та ін. [132] виконали метааналіз, що охоплював понад 23 мільйони осіб із періодом спостереження близько 5,4 років, з яких майже 300 тисяч захворіли на кропив'янку за цей час. Кропив'янка розвивалася значно частіше у людей похилого віку, жінок, із низькими показниками індексу маси тіла, обводу талії та супутніми захворюваннями в анамнезі ($p<0,0001$).

Для встановлення антропо-соматотипологічних показників, що краще всього розрізняють (дискримінують) групи практично здорових і хворих на гостру або хронічну кропив'янку легкого і тяжкого перебігу українських чоловіків або жінок, в нашому дослідженні був застосований покроковий дискримінантний аналіз.

При розподілі на *практично здорових і хворих на гостру кропив'янку легкого і тяжкого перебігу та хронічну кропив'янку легкого і тяжкого перебігу українських жінок*, при урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників, дискримінантна функція охоплює 89,4 % випадків. При аналізі отриманих дискримінантних рівнянь встановлено, що в українських жінок можлива достовірна ($p<0,001$) інтерпретація отриманих показників класифікації як між практично здоровими та хворими на кропив'янку, так і між хворими на легкий та тяжкий перебіг гострої кропив'янки жінками (статистика Wilks' Lambda=0,080). До складу даних моделей входять товщина шкірно-жирових складок (37,5 %), обхватні розміри тіла та ширина дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок (по 25,0 %), передньо-задній середньогруднинний діаметр (12,5 %). Найбільший внесок у дискримінацію між здоровими та хворими на кропив'янку жінками, а також між хворими на легкий та тяжкий перебіг гострої кропив'янки жінками має обхват стегна. Майже рівномірне входження до дискримінантних моделей ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок і поперечних розмірів тулуба, які згідно літературних джерел [3] мають високу генетичну детермінованість, а також товщини шкірно-жирових

складок і обхватних розмірів тіла тіла, які мають низьку генетичну детермінованість [3], вказують на рівномірний вплив генетичних та середовищних факторів на виникнення та особливості перебігу даного мультифакторіального захворювання.

При розподілі *українських жінок* лише на *гостру та хронічну кропив'янку легкого і тяжкого перебігу*, при урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників, дискримінантна функція охоплює 52,5 % випадків. Встановлено, що при урахуванні показників будови та розмірів тіла можлива достовірна ($p < 0,001$) інтерпретація отриманих показників класифікації лише між хворими на легкий та тяжкий перебіг кропив'янки (статистика Wilks' Lambda=0,465). До складу даних моделей входять м'язовий компонент маси тіла за формулою Американського інституту харчування (вносить найбільший внесок у дискримінацію) та товщина шкірно-жирової складки на передпліччі (по 50,0 %), які згідно літературних джерел [3] низько генетично детерміновані.

При розподілі на *практично здорових і хворих на гостру та хронічну кропив'янку легкого і тяжкого перебігу українських чоловіків*, при урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників, дискримінантна функція охоплює 83,6 % випадків. При аналізі отриманих нами дискримінантних рівнянь встановлено, що у чоловіків можлива достовірна ($p < 0,001$) інтерпретація отриманих показників класифікації лише між практично здоровими та загальною групою хворих на кропив'янку (статистика Wilks' Lambda=0,113). До складу даних моделей входять товщина шкірно-жирових складок (25,0 %), поперечні розміри тулуба та таза (37,5 %), ширина дистального епіфіза гомілки, ендоморфний компонент соматотипу та м'язовий компонент маси тіла за Matiegka (по 12,5 %). Найбільший внесок у дискримінацію між здоровими та хворими на кропив'янку чоловіками мають товщина шкірно-жирової складки на боку та міжвертлюгова відстань таза. Рівномірний відсоток входження до дискримінантних моделей поперечних розмірів тіла, які є високо генетично детермінованими, а також товщини шкірно-жирових складок, ендоморфного компонента соматотипу та м'язового компонента маси тіла, які є низько генетично детермінованими [3],

вказують як на генетичну схильність, так і на вплив зовнішніх факторів на виникнення даного мультифакторіального захворювання.

При розподілі українських чоловіків лише на гостру кропив'янку легкого і тяжкого перебігу та хронічну кропив'янку легкого і тяжкого перебігу, при урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників, дискримінантна функція охоплює 60,0 % випадків. Встановлено, що при урахуванні показників будови та розмірів тіла можлива достовірна достовірна ($p < 0,01$) інтерпретація отриманих показників класифікації лише між хворими на гостру та хронічну кропив'янку (статистика Wilks' Lambda=0,620). До складу даних моделей входять кістковий компонент маси тіла за Matiegka (вносить найбільший внесок у дискримінацію) та ширина плечей (по 50,0 %), які є високо генетично детермінованими показниками [3].

Підводячи підсумок усього дослідження слід підкреслити, що встановлені особливості показників будови та розмірів тіла в українських чоловіків та жінок молодого віку, хворих на гостру або хронічну кропив'янку легкого та тяжкого перебігу, а також побудовані достовірні високоінформативні моделі можливості виникнення та особливостей перебігу даного дерматозу стануть цінним доповненням для існуючих діагностичних технологій, позбавлять поширеного в клінічній медицині суб'єктивізму та збільшать ефективність впроваджувальних лікувальних і профілактичних програм.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі подано вирішення науково-практичної задачі, яка полягає у встановленні особливостей клініко-анамнестичних і дерматологічних показників у хворих на гостру або хронічну кропив'янку легкого та важкого перебігу українських чоловіків і жінок молодого віку, зв'язків між величиною дерматологічного індексу якості життя та клініко-анамнестичними й дерматологічними показниками, відмінностей антропометричних і соматотипологічних показників між практично здоровими та хворими на кропив'янку чоловіками або жінками, розбіжностей та статевих відмінностей даних показників між хворими на кропив'янку, а також, побудові дискримінантних моделей можливості виникнення та особливостей перебігу даного дерматозу в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла.

1. Встановлено, що незалежно від форми кропив'янки (гостра або хронічна) серед пацієнтів із *тяжким* перебігом переважають чоловіки з фізичним характером праці, наявністю алергічної реакції, присутністю в анамнезі стресового фактору, наявністю болю в ділянці ураження шкіри, на слизовій оболонці та на кінцівках, присутністю ангіонабряку шкіри та більшими значеннями дерматологічного індексу, а також жінки з наявністю алергічної реакції та фактору прийому ліків, болю в ділянці ураження шкіри, на волосистій частині голови та слизовій оболонці, присутністю ангіонабряку шкіри та більшими значеннями дерматологічного індексу. Серед пацієнтів із *легким* перебігом переважають чоловіки з розумовим характером праці й присутністю фактору вологості та жінки з присутністю фактору інсоляції.

Серед хворих на *гостру форму* кропив'янки переважають чоловіки з розумовим характером праці та жінки з наявністю фактору вологості, відчуттям печіння в ділянці ураження шкіри. Серед хворих на *хронічну форму* переважають чоловіки з наявністю алергічної реакції та фактору сезонності, із локалізацією ураження шкіри на волосистій частині голови й шкіри на обличчі та жінки зі

змішаним характером праці, наявністю факторів сезонності й інсоляції.

У хворих *чоловіків порівняно з жінками* пріоритетними є фактори температури, вологості й інсоляції та наявність локалізації ураження шкіри на кінцівках. У хворих *жінок порівняно з чоловіками* переважають частіше фактори алергічної реакції, хімічних речовин або косметики, прийому ліків, локалізації ураження шкіри на волосистій частині голови та більше значення дерматологічного індексу.

2. У хворих на гостру або хронічну кропив'янку легкого або тяжкого перебігу українських чоловіків і жінок встановлені множинні прямі та зворотні, переважно середньої сили недостовірні (відповідно у чоловіків r від 0,31 до 0,54 та r від -0,31 до -0,58; відповідно у жінок r від 0,30 до 0,61 та r від -0,31 до -0,57), кореляції між дерматологічним індексом якості життя та клініко-анамнестичними показниками. Встановлені виражені прояви статевого диморфізму кореляцій між даними показниками у хворих на кропив'янку чоловіків і жінок, як за кількістю і силою, так часто і за напрямком отриманих зв'язків.

3. Серед тотальних і парціальних розмірів тіла між хворими на гостру та хронічну кропив'янку легкого і тяжкого перебігу українськими чоловіками або жінками та практично здоровими чоловіками або жінками встановлені наступні найчастіші (з більшістю груп хворих) достовірні або тенденції відмінностей: *більші значення у хворих чоловіків і жінок* – маси тіла (на 9,17-35,22 %); ширини дистальних епіфізів плеча, передпліччя та стегна (на 4,19-14,05 %); величини поперечного середньогрудного, нижньогрудного та передньо-заднього середньогруднинного діаметрів (на 6,70-43,78 %); величини обхвату стегна (на 10,23-25,42 %); *більші значення лише у хворих чоловіків* – обхватів плеча у напруженому стані, шиї, талії, грудної клітки на вдиху та у спокійному стані (на 4,80-18,35 %); товщини шкірно-жирових складок на грудях, на животі та на боці (на 29,30-62,79 %); *більші значення лише у хворих жінок* – висоти надгруднинної, акроміальної та пальцевої антропометричних точок (на 3,22-8,76 %); ширини плечей (на 3,29-4,37 %); міжостьової та міжребеневої відстаней таза (на 4,77-16,09 %); обхватів плеча у напруженому та ненапруженому станах, стегон, шиї,

талії, грудної клітки на вдиху, на видиху та у спокійному стані, передпліччя у нижній частині, гомілки у верхній та нижній частині (на 4,51-33,95 %); товщини шкірно-жирових складок на грудях, на животі та на боці (на 30,40-110,73 %); *менші значення у хворих чоловіків і жінок* – ширини дистального епіфіза гомілки (на 5,88-11,22 %); товщини шкірно-жирових складок на задній і передній поверхнях плеча та на гомілці (на 22,04-106,52 %); *менші значення лише у хворих чоловіків* – міжвертлюгової відстані таза (на 4,73-7,16 %); товщини шкірно-жирової складки на передпліччі, під нижнім кутом лопатки та на стегні (на 26,45-113,33 %); *менші значення лише у хворих жінок* – товщини шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки та на стегні (на 21,33-46,40 %).

4. Серед тотальних і парціальних розмірів тіла між хворими на гостру та хронічну кропив'янку легкого і тяжкого перебігу українськими чоловіками або жінками встановлені наступні найчастіші достовірні або тенденції відмінностей: *між чоловіками* – ширина дистального епіфіза плеча більша (на 6,22-9,91 %) у хворих на ГК/ТП і ХК/ЛП порівняно з хворими на ГК/ЛП і ХК/ТП, а стегна більша (на 5,30 %) у хворих на ГК/ТП порівняно з хворими на ГК/ЛП; міжгребенева та міжвертлюгова відстані таза у хворих на ГК/ТП більша порівняно з хворими на ХК/ТП (на 5,17-6,86 %); *між жінками* – ширина дистального епіфіза плеча та передпліччя більша (на 5,76-8,57 %) у хворих на ГК/ЛП порівняно з хворими на ГК/ТП, і лише передпліччя у хворих на ХК/ТП порівняно з хворими на ГК/ТП (на 15,43 %); обхвати плеча у напруженому та ненапруженому станах, передпліччя у нижній частині, кисті, гомілки у верхній частині, стопи, грудної клітки на видиху та у спокійному стані більші (на 4,10-17,92 %) у хворих на ГК/ЛП порівняно з хворими на ГК/ТП. Між хворими чоловіками або жінками встановлені лише поодинокі достовірні розбіжності інших тотальних і парціальних розмірів тіла.

5. При порівнянні компонентів і частоти розподілу соматотипів, а також показників компонентного складу маси тіла між хворими на кропив'янку та практично здоровими чоловіками або жінками встановлені наступні найчастіші достовірні або тенденції відмінностей: *в усіх групах хворих чоловіків і жінок* – більші значення м'язових компонентів маси тіла (на 17,21-75,20 %); *лише у хворих*

чоловіків – більші значення мезоморфного компоненту соматотипу (на 15,70-27,96 %), а також менші значення екоморфного компоненту соматотипу (на 31,25-41,80 %); *лише у хворих жінок* – більші значення мезоморфного (на 56,00-58,34 %) та менші значення екоморфного (на 39,88-46,90 %) компонентів соматотипу. Встановлені лише поодинокі достовірні або тенденції відмінностей при порівнянні антропо-соматотипологічних показників між хворими на кропив'янку чоловіками або жінками.

6. Між відповідними групами хворих на кропив'янку чоловіків і жінок встановлені наступні найчастіші (з більшістю груп хворих) достовірні або тенденції *проявів статевого диморфізму* антропометричних і соматотипологічних показників: *більші значення у чоловіків* – довжини тіла (на 4,98-10,69 %); висоти надгруднинної, акроміальної та лобкової антропометричних точок (на 4,61-11,43 %); ширини дистальних епіфізів плеча, передпліччя, стегна та гомілки (на 3,21-29,90 %); поперечного середньогрудного, нижньогрудного та передньозаднього середньогруднинного діаметрів і ширини плечей (на 5,94-23,50 %); обхватів кисті та шиї (на 12,86-26,65 %); м'язових компонентів маси тіла (на 22,27-56,65 %); *більші значення у жінок* – товщини шкірно-жирових складок на грудях і на стегні (на 32,26-121,67 %).

7. На основі показників будови та розмірів тіла розроблені достовірні дискримінантні моделі які дозволяють з високою ймовірністю прогнозувати можливість виникнення та особливості перебігу кропив'янки у *жінок* із гострою формою захворювання (коректність 89,4 %, статистика Wilks' Lambda=0,080; $p<0,001$). До складу побудованих моделей найбільш часто входять товщина шкірно-жирових складок (37,5 %), обхватні розміри тіла та ширина дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок (по 25,0 %). При моделюванні лише у хворих на кропив'янку жінок також побудовані достовірні дискримінантні моделі (коректність 52,5 %, статистика Wilks' Lambda=0,465; $p<0,001$), що дозволяють прогнозувати лише перебіг захворювання (легкий або тяжкий). До складу побудованих моделей входять м'язовий компонент маси тіла та товщина шкірно-жирової складки на передпліччі (по 50,0 %).

Розроблені на основі антропометричних і соматотипологічних показників достовірні дискримінантні моделі дозволяють прогнозувати можливість виникнення кропив'янки у чоловіків (коректність 83,6 %, статистика Wilks' Lambda=0,113; $p<0,001$). Достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації можлива лише між практично здоровими та хворими чоловіками. До складу побудованих моделей найбільш часто входять поперечні розміри тулуба та таза (37,5 %) і товщина шкірно-жирових складок (25,0 %). Лише у хворих на кропив'янку українських чоловіків також побудовані достовірні дискримінантні моделі (коректність 60,0 %, статистика Wilks' Lambda=0,620; $p<0,01$), що дозволяють прогнозувати лише форму захворювання (гостру або хронічну). До складу побудованих моделей входять кістковий компонент маси тіла та ширина плечей (по 50,0 %).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антомонов, М. Ю. (2018) Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. К.: МИЦ «Мединформ».
2. Бунак, В. В. (1941). *Антропометрия*. М.: Наркомпрос РСФСР.
3. Калмин, О. В., & Галкина, Т. Н. (2020). *Медицинская антропология: учебное пособие*. Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Научно-издательский центр ИНФРА-М».
4. Шапаренко, П. П. (2000). *Антропометрія*. Вінниця, 2000.
5. Aamir, I. S., Choudry, U. K., & Mannan, N. (2016). Association between chronic idiopathic urticaria and body mass index. *Pakistan Journal of Physiology*, 12(1), 35-37.
6. Abdel-Rahman, A. Q. O. B., Maievskyi, O. Y., Glushak, A. A., Olkhova, I. V., & Chaika, H. V. (2021). Total, longitudinal and transverse body sizes in men with psoriasis of different somatotypes. *Reports of Morphology*, 27(4), 35-40.
7. Abdel-Rahman, A. Q. O. B., Dmytrenko, S. V., Kyrychenko, V. I., Datsenko, G. V., & Gunas, V. I. (2021). Discriminant models of the possibility of occurrence and course of psoriasis in men of the general group and different somatotypes depending on the characteristics of anthropo-somatotypological indicators. *Reports of Morphology*, 27(3), 67-72.
8. Ahmad, A. O. A. A. O., 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.
9. Ahn, H. J., Lee, S. R., Choi, E. K., Han, K. D., Rhee, T. M., Kwon, S., ... & Lip, G. Y. (2022). Associations between obesity parameters and the risk of incident atrial fibrillation and ischaemic stroke in the different age groups. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 9, 906844.
10. Aladwan Amjed Mashoor Ahmad (2021). Constitutional markers of urticaria and their prognostic significance (analysis of scientific literature). *Reports of*

Vinnytsia National Medical University, 25(4), 668-671.

11. Aladwan, A. M. A. (2024). *Features of longitudinal body dimensions in Ukrainian men and women with urticaria*. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference "Science in the modern world: innovations and challenges" (21-23 November 2024), Toronto (pp. 35-39). Perfect Publishing. Toronto, Canada.
12. Aladwan, A. M. A. (2024). *Features of the width of distal epiphyses of long tubular bones of extremities in Ukrainian men and women with urticaria*. X Міжнародна науково-практична конференція "Perspectives of Contemporary Science: Theory and Practice" (11-13 листопада 2024), Львів (стор. 116-122). Львів: Науково-видавничий центр "Sci-conf.com.ua".
13. Aladwan, A. M. A. (2024). Peculiarities and sex differences of skinfold thickness in Ukrainian men and women with urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 28(3), 395-402.
14. Aladwan, A. M. A. (2024). *Peculiarities and sex differences of total body dimensions in Ukrainian men and women with urticaria*. VII Міжнародна науково-практична конференція "Perspectives of Contemporary Science: Theory and Practice" (19-21 серпня 2024), Львів (стор. 60-65). Львів: Науково-видавничий центр "Sci-conf.com.ua".
15. Aladwan, A. M. A., Chaika, H. V., Belik, N. V., Smolko, D. G., & Oberzynska, O. G. (2023). Modeling using discriminant analysis of the possibility of occurrence and features of the course of various forms of urticaria in ukrainian women depending on the features of anthropo-somatotypological indicators. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(3), 360-365.
16. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Bashynska, O. I., Demyanenko, L. P., Shpacova, N. A., & Gunas, I. V. (2024). Peculiarities of somatotype components and indicators of the component composition of body weight in Ukrainian men and women with various forms of urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 28(4), 582-589.
17. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Belik, N. V., Koliadenko, S. V.,

& Loboda, I. V. (2023). Peculiarities of clinical, anamnestic and dermatological indicators in Ukrainian men and women with urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(4), 601-607.

18. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Demyanenko, L. P., Kyrychenko, I. M., & Skoruk, R. V. (2024). Correlations between the value of the dermatological quality of life index and clinical and anamnestic indicators in Ukrainian men and women with urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 28(2), 233-238.

19. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Kyrychenko, V. I., Glushak, A. A., Prokopenko, O. S., Ocheretna, O. L., & Gunas, I. V. (2024). Girth sizes of the body in Ukrainian men and women with various forms of urticaria. *Reports of Morphology*, 30(3), 15-24.

20. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Smolko, D. G., Melnyk, T. V., & Gunas, I. V. (2024). Transverse body dimensions in Ukrainian men and women with various forms of urticaria. *World of Medicine and Biology*, 3(89), 7-12.

21. Aladwan, A. M. A., Skoruk, R. V., Kyrychenko, I. M., Dmytrenko, S. V., & Smolko, D. G. (2023). Discriminative models of the possibility of various forms of urticaria occurrence and characteristics of the course in Ukrainian men depending on the characteristics of the structure and body size. *World of Medicine and Biology*, 3(85), 11-15.

22. Alford, S., Patel, D., Perakakis, N., & Mantzoros, C. S. (2018). Obesity as a risk factor for Alzheimer's disease: weighing the evidence. *Obesity reviews*, 19(2), 269-280.

23. 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.

24. Almeida, A. R., Oliveiros, B., & Gonçalo, M. (2021). Relation between Chronic Urticaria and Quality of Life: An Observational Study of 112 Portuguese Patients. *Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology*, 79(3), 233-240.

25. Al-Qaraleh, O. B. A. R., Dmytrenko, S. V., Kondratiuk, A. I., Golubovsky, I. A., & Rekun, T. O. (2021). Girth body sizes in men with psoriasis of different somatotypes. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (43), 24-28.
26. Al-Qaraleh, O. B. A. R. (2020). Skinfold thickness in men with mild and severe psoriasis without and taking into account the somatotype. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (40), 48-53.
27. Altınöz, A. E., Taşkıntuna, N., Altınöz, Ş. T., & Ceran, S. (2014). A cohort study of the relationship between anger and chronic spontaneous urticaria. *Advances in therapy*, 31, 1000-1007.
28. Ambiel, M. V., & Roselino, A. M. (2014). Prevalence of metabolic syndrome and its components in a Brazilian sample of pemphigus patients. *Anais brasileiros de dermatologia*, 89, 752-756.
29. Anaba, L. E., Ogunbiyi, O. A., & George, O. A. (2019). Adolescent facial acne vulgaris and body mass index: any relationship?. *West African Journal of Medicine*, 36(2), 129-132.
30. Andriievskyi, I. I., Serebrennikova, O. A., Kyrychenko, I. M., Zhuchenko, I. I., & Gunas, V. I. (2020). Correlations of body structure and size indicators with personality indicators of practically healthy women with mesomorphic somatotype. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (39), 35-44.
31. Annabathula, A., Priya, S., & Srinivas, C. R. (2018). Kumkum-induced allergic contact dermatitis: Are we missing the actual culprit?. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 84(2), 153-156.
32. Antia, C., Baquerizo, K., Korman, A., Bernstein, J. A., & Alikhan, A. (2018). Urticaria: A comprehensive review: Epidemiology, diagnosis, and work-up. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 79(4), 599-614.
33. Antonets, O. V., Gunas, I. V., Kryvko, Y. Y., Prokopenko, S. V., & Glushak, A. A. (2017). Connections sonographic parameters of spleen with indicators of structure and size of the body in almost healthy women with different somatotype. *Reports of Morphology*, 23(1), 84-89.
34. Anyachukwu, C. C., Onyeso, O. K. K., & Ezema, C. I. (2018). Age,

body mass and physical activity determinants of facial acne severity among Southern Nigerian adolescents and young adults. *W Indian Med J*, 5(2), 66-71.

35. Arias-Cruz, A., González-Díaz, S. N., Macías-Weinmann, A., Ibarra-Chávez, J. A., Sánchez-Guerra, D., Leal-Villarreal, L., & Salinas-Díaz, M. D. R. (2018). Quality of life in chronic urticaria and its relationship with economic impact and disease control in patients attended to at the University Hospital of Monterrey, Mexico. *Revista Alergia México*, 65(3), 250-258.

36. Arshad, S. H., Karmaus, W., Zhang, H., & Holloway, J. W. (2017). Multigenerational cohorts in patients with asthma and allergy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 139(2), 415-421.

37. Ascott, A., Mansfield, K. E., Schonmann, Y., Mulick, A., Abuabara, K., Roberts, A., ... & Langan, S. M. (2021). Atopic eczema and obesity: a population-based study. *British Journal of Dermatology*, 184(5), 871-879.

38. Ates, H., Firat, S., Buhari, G. K., Keren, M., Cifci, B., & Erkekol, F. Ö. (2022). Relationships between quality of life, sleep problems, and sleep quality in patients with chronic idiopathic urticaria. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 21(9), 4072-4079.

39. Balp, M. M., Vietri, J., Tian, H., & Isherwood, G. (2015). The impact of chronic urticaria from the patient's perspective: a survey in five European countries. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 8, 551-558.

40. Balp, M. M., Weller, K., Carboni, V., Chirilov, A., Papavassilis, C., Severin, T., ... & Maurer, M. (2018). Prevalence and clinical characteristics of chronic spontaneous urticaria in pediatric patients. *Pediatric Allergy and Immunology*, 29(6), 630-636.

41. Balp, M. M., Lopes da Silva, N., Vietri, J., Tian, H., & Ensina, L. F. (2017). The burden of chronic urticaria from Brazilian patients' perspective. *Dermatology and therapy*, 7, 535-545.

42. Basim, Y. H. N., Serebrennikova, O. A., Gunas, I. V., Kyrychenko, Y. V., & Rekun, T. O. (2021). Features of total and longitudinal body sizes in men with benign nevi. *Reports of Morphology*, 27(3), 61-66.

43. Bernstein, J. A., Lang, D. M., Khan, D. A., Craig, T., Dreyfus, D., Hsieh, F., ... & Wallace, D. (2014). The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 133(5), 1270-1277.
44. Bernstein, J. A., Bouillet, L., Caballero, T., & Staevska, M. (2021). Hormonal effects on urticaria and angioedema conditions. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 9(6), 2209-2219.
45. Besser, L. M., Gill, D. P., Monsell, S. E., Brenowitz, W., Meranus, D. H., Kukull, W., & Gustafson, D. R. (2014). Body mass index, weight change, and clinical progression in mild cognitive impairment and Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 28(1), 36-43.
46. Beyaz, S., Demir, S., Oztop, N., Karadag, P., Coskun, R., Colakoglu, B., ... & Gelincik, A. (2021). Psychological burden of COVID-19 on mild and moderate chronic spontaneous urticaria. In *Allergy Asthma Proc* (pp. e107-e115).
47. Bianchi, L., Caposiena Caro, R. D., Ganzetti, G., Molinelli, E., Dini, V., Oranges, T., ... & Offidani, A. M. (2019). Sex-related differences of clinical features in hidradenitis suppurativa: analysis of an Italian-based cohort. *Clinical and Experimental Dermatology*, 44(5), e177-e180.
48. Bozek, A., Krajewska, J., Filipowska, B., Polanska, J., Rachowska, R., Grzanka, A., & Jarzab, J. (2010). HLA status in patients with chronic spontaneous urticaria. *International archives of allergy and immunology*, 153(4), 419-423.
49. Bracken, S. J., Abraham, S., & MacLeod, A. S. (2019). Autoimmune theories of chronic spontaneous urticaria. *Frontiers in immunology*, 10, 627.
50. Broder, M. S., Raimundo, K., Antonova, E., & Chang, E. (2015). Resource use and costs in an insured population of patients with chronic idiopathic/spontaneous urticaria. *American journal of clinical dermatology*, 16, 313-321.
51. Calamita, Z. (2012). HLA in patients with chronic spontaneous urticaria who are positive for anti-thyroid antibodies. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 27(5), 661-662.
52. Carter, J. L., & Heath B. H. (1990). *Somatotyping – development and applications*. Cambridge University Press.

53. Carvalho, D., Aguiar, P., Ferrinho, P., Mendes-Bastos, P., & Palma-Carlos, A. (2019). Eczema and urticaria in the adult population in Portugal: a prevalence study. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*, 110(9), 744-751.
54. Chen, Y., Zheng, X., Liu, C., Liu, T., Lin, S., Xie, H., ... & Shi, H. (2024). Anthropometrics and cancer prognosis: a multicenter cohort study. *The American journal of clinical nutrition*, 149, 4275-4282.
55. Choi, G. S., Nam, Y. H., Park, C. S., Kim, M. Y., Jo, E. J., Park, H. K., & Kim, H. K. (2020). Anxiety, depression, and stress in Korean patients with chronic urticaria. *The Korean journal of internal medicine*, 35(6), 1507-1516.
56. Choong, C. L., Alias, A., Abas, R., Wu, Y. S., Shin, J. Y., Gan, Q. F., ... & Choy, K. W. (2020). Application of anthropometric measurements analysis for stature in human vertebral column: a systematic review. *Forensic Imaging*, 20, 200360.
57. Choudhary, D., & Shrestha, S. Y. (2020). Association of Obesity with Chronic Idiopathic Urticaria at Birat Medical College and Teaching Hospital. *Birat Journal of Health Sciences*, 5(2), 1087-1090.
58. Chu, C. Y., Cho, Y. T., Jiang, J. H., Chang, C. C., Liao, S. C., & Tang, C. H. (2020). Patients with chronic urticaria have a higher risk of psychiatric disorders: a population-based study. *British Journal of Dermatology*, 182(2), 335-341.
59. Chu, C. Y., Cho, Y. T., Jiang, J. H., Eve, I., Lin, C., & Tang, C. H. (2017). Epidemiology and comorbidities of patients with chronic urticaria in Taiwan: A nationwide population-based study. *Journal of dermatological science*, 88(2), 192-198.
60. Chung, C., Kim, H., Lee, K. N., Shin, D. W., Lee, S. W., & Han, K. (2024). Association between body mass index and chronic obstructive pulmonary disease in young individuals: a nationwide population-based cohort study. *Scientific Reports*, 14(1), 31976.
61. Church, M. K., Kolkhir, P., Metz, M., & Maurer, M. (2018). The role and relevance of mast cells in urticaria. *Immunological reviews*, 282(1), 232-247.
62. Cinarli, F. S., Çiftçi, R., Cinarli, S., & Ulutas, O. (2022). Somatotype Characteristics of Patients with Non-Dialysis Chronic Kidney Disease and its Rela-

tionships with Physical Activity and Depression. *International Journal of morphology*, 40(5), 1328-1334.

63. Cote, D. J., Downer, M. K., Smith, T. R., Smith-Warner, S. A., Egan, K. M., & Stampfer, M. J. (2018). Height, waist circumference, body mass index, and body somatotype across the life course and risk of glioma. *Cancer Causes & Control*, 29, 707-719.

64. Curto-Barredo, L., Archilla, L. R., Vives, G. R., Pujol, R. M., & Giménez-Arnau, A. M. (2018). Clinical features of chronic spontaneous urticaria that predict disease prognosis and refractoriness to standard treatment. *Acta dermatovenereologica*, 98(7-8), 641-647.

65. Danesh-Shakiba, M., Poorolajal, J., & Alirezaei, P. (2020). Androgenetic alopecia: relationship to anthropometric indices, blood pressure and life-style habits. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology*, 13, 137-143.

66. Darlenski, R., Mihaylova, V., & Handjieva-Darlenska, T. (2022). The link between obesity and the skin. *Frontiers in nutrition*, 9, 855573.

67. Datsenko, G. V., Shayuk, A. V., Dzevulska, I. V., Kyselyova, T. M., & Kyrychenko, V. I. (2018). Features of correlations of cerebral circulation indicators with anthropo-somatotypological parameters of the body in practically healthy young men of mesomorphic somatotype. *Biomedical and biosocial anthropology*, (32), 13-20.

68. De Martinis, M., Sirufo, M. M., & Ginaldi, L. (2019). A “stadium” urticaria, cold urticaria is still a mostly unknown disease, with a wide spectrum of severity degrees and few therapeutic certainties: is omalizumab one of these? reflections from a clinical case report. *Iran. Red. Crescent. Med. J*, 21(1), 84250.

69. Dias, G. A. C., Pires, G. V., Valle, S. O. R. D., Dortas, S. D., Levy, S., França, A. T., ... & Canonica, W. G. (2016). Impact of chronic urticaria on the quality of life of patients followed up at a university hospital. *Anais brasileiros de dermatologia*, 91(6), 754-759.

70. Dietrich, P., & Hellerbrand, C. (2014). Non-alcoholic fatty liver disease, obesity and the metabolic syndrome. *Best practice & research Clinical gastroenterology*, 28(4), 637-653.

71. Divo, M. J., Oto, M. M., Macario, C. C., Lopez, C. C., de-Torres, J. P., Trigo, J. M. M., ... & Celli, B. R. (2020). Somatotypes trajectories during adulthood and their association with COPD phenotypes. *ERJ Open Research*, 6(3), 00122-2020.
72. Doğan, N., Çildağ, S., Yenisey, Ç., & Şentürk, T. (2020). The association between chronic spontaneous urticaria and HLA class I and class II antigen. *Turkish journal of medical sciences*, 50(5), 1231-1235.
73. Dong, Z., Xu, X., Wang, C., Cartledge, S., Maddison, R., & Islam, S. M. S. (2020). Association of overweight and obesity with obstructive sleep apnoea: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Medicine*, 17, 100185.
74. Drywien, M., Frackiewicz, J., Górnicka, M., Wielgosz, J., Sobolewska, A., & Kulik, S. (2016). Influence of the somatotype on intake of energy and nutrients in women. *Anthropological Notebooks*, 22(3), 147-157.
75. Ekizoglu, O., Hocaoglu, E., Inci, E., Can, I. O., Solmaz, D., Aksoy, S., ... & Sayin, I. (2016). Assessment of sex in a modern Turkish population using cranial anthropometric parameters. *Legal Medicine*, 21, 45-52.
76. El-Serag, H. B., & Thrift, A. P. (2021). Obesity and gastroesophageal reflux disease. *The Esophagus*, 36, 624-632.
77. Emmerzaal, T. L., Kiliaan, A. J., & Gustafson, D. R. (2015). 2003-2013: a decade of body mass index, Alzheimer's disease, and dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 43(3), 739-755.
78. Emre, E., & Tazegul, G. (2021). Evaluation of Anxiety, Depression and Quality of Life in Patients with Chronic Urticaria. *Asthma Allergy Immunology/Astim Allerji Immunoloji*, 19(1), 6.
79. Farshidfar, Z., Hashemitari, A., Hashemitari, S. P., & Darougar, S. (2024). Investigating Anxiety and Depression in Chronic Urticaria: Cause or Effect?. *Immunoregulation*, 6(1), 65-70.
80. Fass, O. (2016). Obesity and Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). *Bariatric Times*, 13(5), 10-15.
81. Fatani, M. I., Bahashwan, E., Alfif, K. A., Khan, A. S., Cheikh, M. M., & Kalo, B. B. (2015). The prevalence of urticaria and its clinical patterns in Makkah,

Saudi Arabia. *J Health Sci*, 5(3A), 6-9.

82. Finlay, A. Y., & Khan, G. K. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and experimental dermatology*, 19(3), 210-216.

83. Fleming, P., Kraft, J., Gulliver, W. P., & Lynde, C. (2015). The relationship of obesity with the severity of psoriasis: a systematic review. *Journal of cutaneous medicine and surgery*, 19(5), 450-456.

84. Fricke, J., Ávila, G., Keller, T., Weller, K., Lau, S., Maurer, M., ... & Keil, T. (2020). Prevalence of chronic urticaria in children and adults across the globe: systematic review with meta-analysis. *Allergy*, 75(2), 423-432.

85. Fukumoto, T., Ogura, K., Fukunaga, A., & Nishigori, C. (2018). Aquagenic urticaria: severe extra-cutaneous symptoms following cold water exposure. *Allergology International*, 67(2), 295-297.

86. Gabrielle, P. E. C. K., Hashim, M. J., Shaughnessy, C., Muddasani, S., Elsayed, N. A., & Fleischer, A. B. (2021). Global epidemiology of urticaria: increasing burden among children, females and low-income regions. *Acta Dermato-Venereologica*, 101(4), adv00433.

87. García-Ptacek, S., Faxén-Irving, G., Čermáková, P., Eriksdotter, M., & Religa, D. (2014). Body mass index in dementia. *European journal of clinical nutrition*, 68(11), 1204-1209.

88. Gayen, R., Podder, I., Chakraborty, I., & Chowdhury, S. N. (2021). Sex hormones, metabolic status, and obesity in female patients with acne vulgaris along with clinical correlation: an observational cross-sectional study. *Indian Journal of Dermatology*, 66(1), 60-66.

89. Ghazanfar, M. N., Sørensen, J. A., Zhang, D., Holgersen, N. K., Vestergaard, C., & Thomsen, S. F. (2023). Occurrence and risk factors of mental disorders in patients with chronic urticaria. *World Allergy Organization Journal*, 16(11), 100835.

90. Gieler, U., Gieler, T., Schut, C., Niemeier, V., Peters, E. M., & Kupfer, J. (2015). Quality of life and comorbidities in urticaria: what is known?. *Current Dermatology Reports*, 4, 77-82.

91. Gigante, A., Giannakakis, K., Di Mario, F., Barbano, B., Rosato, E., Pofi, R., ... & Cianci, R. (2018). BMI, nephroangiosclerosis and glomerulonephritis: is there any meeting point?. *Nephrology*, 23(11), 991-996.
92. Giovannucci, E. (2019). A growing link – what is the role of height in cancer risk?. *British Journal of Cancer*, 120(6), 575-576.
93. Gonçalo, M., Giménez-Arnau, A., Al-Ahmad, M., Ben-Shoshan, M., Bernstein, J. A., Ensina, L. F., ... & Maurer, M. (2021). The global burden of chronic urticaria for the patient and society. *British Journal of Dermatology*, 184(2), 226-236.
94. Greaves, M. W. (2014). Pathology and classification of urticaria. *Immunology and Allergy Clinics*, 34(1), 1-9.
95. Gunas, I. V., & Babych, L. V. (2018). Comparative analysis of CT-sizes of thalamus in apparently healthy young men and women in age and somatotypological aspect. *Вісник наукових досліджень*, (1), 104-109.
96. Gunas, I. V., Hmel, L. L., Smolko, N. M., & Smolko, D. G. (2019). Indicators of thigh rheogram in practically healthy young men and young women of different somatotypes. *World of Medicine and Biology*, 15(69), 55-59.
97. Gunas, I. V., Melnik, M. P., Prokopenko, S. V., Serebrennikova, O. A., & Glushak, A. A. (2017). Features sizes of liver in healthy men with different somatotypes. *Biomedical and biosocial anthropology*, (28), 21-23.
98. 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.
99. Gunas, I., Prokopenko, S., & Melnik, M. (2016). Sonographic parameters of the pancreas and gall bladder in healthy men from Podillya region of Ukraine of different somatotypes. *Current Issues in Pharmacy and Medical Sciences*, 29(2), 94-96.
100. Guo, Z., Yang, Y., Liao, Y., Shi, Y., & Zhang, L. J. (2022). Emerging roles of adipose tissue in the pathogenesis of psoriasis and atopic dermatitis in obesity. *JID Innovations*, 2(1), 100064.

101. Gupta, A., Kumar, K., Shetty, D. C., Wadhwan, V., Jain, A., & Khanna, K. S. (2014). Stature and gender determination and their correlation using odontometry and skull anthropometry. *Journal of forensic dental sciences*, 6(2), 101-106.
102. Haddad, N. Y., Dmytrenko, S. V., Mateshuk-Vatseba, L. R., Khapitska, O. P., & Kyrychenko, V. I. (2022). Discriminant models of the possibility of benign nevi occurrence and features in men depending on the characteristics of anthroposomatotypological indicators. *Reports of Morphology*, 28(2), 69-74.
103. Haddad, N. Y., Chaika, H. V., Kyrychenko, I. M., Shapoval, O. M., & Dronenko, V. G. (2023). Correlations of the dermatoscopic index with anthropometric and somatotypological parameters of men with benign nevi. *Reports of Morphology*, 29(3), 5-11.
104. Hamilton, G. S., & Joosten, S. A. (2017). Obstructive sleep apnoea and obesity. *Australian family physician*, 46(7), 460-463.
105. Hasrat, N. H., & Al-Yassen, A. Q. (2022). The relationship between body mass index and acne vulgaris-a comparative study. *Medical Journal of Basrah University*, 40(2), 143-150.
106. Hasse, L., Jamiolkowski, D., Reschke, F., Kapitzke, K., Weiskorn, J., Kordonouri, O., ... & Ott, H. (2023). Pediatric obesity and skin disease: cutaneous findings and associated quality-of-life impairments in 103 children and adolescents with obesity. *Endocrine Connections*, 12(9), e230235.
107. Haylett, A. K., Koumaki, D., & Rhodes, L. E. (2018). Solar urticaria in 145 patients: Assessment of action spectra and impact on quality of life in adults and children. *Photodermatology, photoimmunology & photomedicine*, 34(4), 262-268.
108. Hermansen, G. F., Junker Udesen, N. L., Josiassen, J., Lerche Helgestad, O. K., Møller, E. E., Povlsen, A. L., ... & Møller, J. E. (2021). Association of body mass index with mortality in patients with cardiogenic shock following acute myocardial infarction: a contemporary Danish cohort analysis. *Cardiology*, 146(5), 575-582.
109. Heymsfield, S. B. (1982). Anthropometric measurement of muscle mass: revised equations for calculating bone-free arm muscle area. *Am J Clin Nutr*, 36(4), 680-690.

110. Hsieh, P. Y., Chang, C. Y., Chou, C. C., Lin, Y. R., & Chen, C. Y. (2014). Urticaria in adolescence increases the risk of developing new-onset depression: a database study. *Journal of Acute Medicine*, 4(3), 120-126.
111. Hsu, C. J., Hung, J. H., Lin, I. H., Tseng, S. H., Lin, S. H., & Huang, Y. H. (2022). Overweight and obesity as risk factors for recurrent herpetic stromal keratitis during long-term antiviral prophylaxis. *Viruses*, 14(12), 2812.
112. Huang, Y., Xiao, Y., Jing, D., Li, J., Zhang, J., Chen, X., & Shen, M. (2021). Association of chronic spontaneous urticaria with anxiety and depression in adolescents: a mediation analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 655802.
113. Huang, Y., Xiao, Y., Zhang, X., Li, J., Chen, X., & Shen, M. (2020). A meta-analysis of observational studies on the association of chronic urticaria with symptoms of depression and anxiety. *Frontiers in Medicine*, 7, 39.
114. Itakura, A., Tani, Y., Kaneko, N., & Hide, M. (2018). Impact of chronic urticaria on quality of life and work in Japan: results of a real-world study. *The Journal of dermatology*, 45(8), 963-970.
115. Jain, S. (2014). Pathogenesis of chronic urticaria: an overview. *Dermatology research and practice*, 2014(1), 674709.
116. Jaiswal, K. N., Talwar, A., Vayyat, S., & Bade, G. G. (2024). Effect of somatotypes on lung volumes, capacities and respiratory impedance: A pilot study. *Lung India*, 41(1), 3-10.
117. Jáuregui, I., Ortiz de Frutos, F. J., Ferrer, M., Giménez-Arnau, A., Sastre, J., Bartra, J., ... & Valero, A. (2014). Assessment of severity and quality of life in chronic urticaria. *J Investig Allergol Clin Immunol*, 24(2), 80-86.
118. Jorge, J. S., Sánchez, A., Cardona, R., & Sánchez, J. (2019). Prevalence of drugs as triggers of exacerbations in chronic urticaria. *J Investig Allergol Clin Immunol*, 29(2).
119. Jørgensen, A. H. R., Aarestrup, J., Baker, J. L., & Thomsen, S. F. (2020). Association of birth weight, childhood body mass index, and height with risk of hidradenitis suppurativa. *JAMA dermatology*, 156(7), 746-753.
120. Kamarudin, K. S., Yi, L. Y., & Muda, W. A. M. W. (2021). Somatotype

and cardiovascular diseases risk factors among government employees in Kuala Terengganu, Malaysia. *International Journal of Kinanthropometry*, 1(1), 61-71.

121. Kanani, A., Betschel, S. D., & Warrington, R. (2018). Urticaria and angioedema. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 14(2), 1-13.

122. Kassim, R., Harris, M. A., Leong, G. M., & Heussler, H. (2016). Obstructive sleep apnoea in children with obesity. *Journal of paediatrics and child health*, 52(3), 284-290.

123. Kaur, G., Gaur, R., & Saraswathy, K. N. (2022). Somatotype Characteristics of a Mendelian Population from North India and Its association with Cognitive Impairment and Depression. *The Oriental Anthropologist*, 22(2), 278-292.

124. Khalil, S., McBride, D., Gimenez-Arnau, A., Grattan, C., Balp, M. M., & Stull, D. E. (2015). Weekly urticaria activity score (UAS7) and dermatology life quality index (DLQI) in validation of chronic spontaneous/idiopathic urticaria (CSU/CIU) health states. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 135(2), AB131.

125. Khasawneh, A. R., Dmytrenko, S. V., Serheta, I. V., Bondar, S. A., & Anfilova, M. R. (2022). Skinfold thickness in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Reports of Morphology*, 28(2), 20-24.

126. Khasawneh, A. R., Dmytrenko, S. V., Kizina, I. E., Kyrychenko, Y. V., & Prokopenko, S. V. (2020). Correlations between the severity of oily skin and the emotional impact of oily skin with anthropo-somatotypological parameters of men and women with seborrheic dermatitis. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (41), 60-66.

127. Khasawneh, A. R., Serheta, I. V., Belik, N. V., Dovhan, A. O., & Zhuchenko, I. I. (2021). Girth body dimensions in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Reports of Morphology*, 27(4), 22-27.

128. 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. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 26(2), 209-214.

129. Kim, J. K., Har, D., Brown, L. S., & Khan, D. A. (2018). Recurrence of chronic urticaria: incidence and associated factors. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 6(2), 582-585.
130. Kim, Y. S., Park, S. H., Han, K., Bang, C. H., Lee, J. H., & Park, Y. M. (2018). Prevalence and incidence of chronic spontaneous urticaria in the entire Korean adult population. *British Journal of Dermatology*, 178(4), 976-977.
131. Kim, Y. H., Do Han, K., Bang, C. H., Lee, J. H., Lee, J. Y., Park, Y. G., & Park, Y. M. (2021). High waist circumference rather than high body mass index may be a predictive risk factor for the longer disease duration of chronic spontaneous urticaria. *Scientific Reports*, 11(1), 1875.
132. Kim, Y. S., Han, K., Lee, J. H., Lee, J. Y., & Park, Y. M. (2019). Can Body mass index and/or waist circumference be the risk factors of chronic spontaneous urticaria?: a nationwide population-based study. *Annals of dermatology*, 31(4), 482-485.
133. Koca, T. T., Nazik, H., Mülayim, M. K., & Öztürk, P. (2019). The relation of chronic idiopathic urticaria with fibromyalgia, sleep disturbance and anxiety. *Journal of Contemporary Medicine*, 9(2), 151-155.
134. Kocatürk, E., & Grattan, C. (2019). Is chronic urticaria more than skin deep?. *Clinical and translational allergy*, 9(1), 1-9.
135. Kolkhir, P., & Maurer, M. (2021). Chronic spontaneous urticaria and comorbidities. *Urticaria and Angioedema*, 77-107.
136. Kolkhir, P., Balakirski, G., Merk, H. F., Olisova, O., & Maurer, M. (2016). Chronic spontaneous urticaria and internal parasites—a systematic review. *Allergy*, 71(3), 308-322.
137. Kolkhir, P., Church, M. K., Weller, K., Metz, M., Schmetzer, O., & Maurer, M. (2017). Autoimmune chronic spontaneous urticaria: what we know and what we do not know. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 139(6), 1772-1781.
138. Kolkhir, P., Giménez-Arnau, A. M., Kulthanan, K., Peter, J., Metz, M., & Maurer, M. (2022). Urticaria. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 61.

139. Kolkhir, P., Pogorelov, D., Darlenski, R., Caminati, M., Tanno, L. K., Le Pham, D., ... & Maurer, M. (2018). Management of chronic spontaneous urticaria: a worldwide perspective. *World Allergy Organization Journal*, 11, 14.
140. Konjengbam, H., Pebam, E., Singh, A. R., Yumnam, M., Devi, Y. L., & Meitei, S. Y. (2024). Body adiposity and body types susceptibility to kidney stone disease among the Meiteis of Manipur: A cross-sectional study. *Papers on Anthropology*, 33(1), 85-97.
141. Konstantinou, G. N., & Konstantinou, G. N. (2023). Psychiatric comorbidities in children and adolescents with chronic urticaria. *World Journal of Pediatrics*, 19(4), 315-322.
142. Konstantinou, G. N., & Konstantinou, G. N. (2020). Psychological stress and chronic urticaria: a neuro-immuno-cutaneous crosstalk. A systematic review of the existing evidence. *Clinical Therapeutics*, 42(5), 771-782.
143. Kontautiene, S., Stang, A., Gollnick, H., & Valiukeviciene, S. (2015). The role of phenotype, body mass index, parental and sun exposure factors in the prevalence of melanocytic nevi among schoolchildren in Lithuania. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29(8), 1506-1516.
144. Kostiuchenko-Faifor, O. S., Shayuk, A. V., Perlova, A. V., Vakhovskyi, V. V., Glushak, A. A., Poberezhets, O. L., & Bogomaz, O. V. (2024). Correlations of the upper respiratory tract cephalometric parameters in ukrainian young women with a very wide face type. *Reports of Vinnytsia National Medical University*, 28(1), 23-28.
145. Koti, I., Weller, K., Makris, M., Tiligada, E., Psaltopoulou, T., Papageorgiou, C., ... & Maurer, M. (2013). Disease activity only moderately correlates with quality of life impairment in patients with chronic spontaneous urticaria. *Dermatology*, 226(4), 371-379.
146. Koutroulis, I., Magnelli, L., Gaughan, J., Weiner, E., & Kratimenos, P. (2015). Atopic dermatitis is more severe in children over the age of two who have an increased body mass index. *Acta Paediatrica*, 104(7), 713-717.
147. Krieg, S., Roderburg, C., Krieg, A., Luedde, T., Loosen, S. H., & Kostev, K. (2023). The association between body height and cancer: a retrospective

analysis of 784,192 outpatients in Germany. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 149(8), 4275-4282.

148. Krishan, K., Chatterjee, P. M., Kanchan, T., Kaur, S., Baryah, N., & Singh, R. K. (2016). A review of sex estimation techniques during examination of skeletal remains in forensic anthropology casework. *Forensic science international*, 261, 165-e1.

149. Kundu, R. N., & Biswas, S. (2016). Relationship of blood pressure and body composition among adult Bengalee male of North 24 Parganas, West Bengal, India. *Asian Man (The)-An International Journal*, 10(1), 78-83.

150. Kyrychenko, Y. V., Sarafyniuk, L. A., Khapitska, O. P., Dus, S. V., & Yakusheva, Y. I. (2023). Peculiarities of correlations between spirometric and anthropometric indicators in practically healthy young women of mesomorphic somatotype. *Reports of Morphology*, 29(3), 58-66.

151. Lacour, J. P., Khemis, A., Giordano-Labadie, F., Martin, L., Staumont-Salle, D., Hacard, F., ... & Berard, F. (2018). The burden of chronic spontaneous urticaria: unsatisfactory treatment and healthcare resource utilization in France (the AS-SURE-CSU study). *European Journal of Dermatology*, 28, 795-802.

152. Lai, F. Y., Nath, M., Hamby, S. E., Thompson, J. R., Nelson, C. P., & Samani, N. J. (2018). Adult height and risk of 50 diseases: a combined epidemiological and genetic analysis. *BMC medicine*, 16, 187.

153. Lajevardi, V., Ghodsi, S. Z., Daneshpazhooh, M., Kazemi, H., Aryanian, Z., & Goodarzi, A. (2014). The relationship between body mass index and the severity of acne. *Iranian Journal of Dermatology*, 17(1), 13-17.

154. Lapi, F., Cassano, N., Pegoraro, V., Cataldo, N., Heiman, F., Cricelli, I., ... & Vena, G. A. (2016). Epidemiology of chronic spontaneous urticaria: results from a nationwide, population-based study in Italy. *British Journal of Dermatology*, 174(5), 996-1004.

155. Lech, K., & Reich, A. (2019). High body mass index is a risk factor for acne severity in adolescents: a preliminary report. *Acta Dermatovenereologica Croatica*, 27(2), 81-85.

156. Lee, C. M., Woodward, M., Batty, G. D., Beiser, A. S., Bell, S., Berr, C., ... & Huxley, R. R. (2020). Association of anthropometry and weight change with risk of dementia and its major subtypes: a meta-analysis consisting 2.8 million adults with 57 294 cases of dementia. *Obesity Reviews*, 21(4), e12989.
157. Lee, D. S., Han, K., Kim, H. A., Lee, S. Y., Park, Y. H., Yim, H. W., ... & Park, Y. M. (2015). The gender-dependent association between obesity and age-related cataracts in middle-aged Korean adults. *PloS one*, 10(5), e0124262.
158. Lee, J. H., Han, K. D., Jung, H. M., 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.
159. Lee, N., Lee, J. D., Lee, H. Y., Kang, D. R., & Ye, Y. M. (2017). Epidemiology of chronic urticaria in Korea using the Korean Health Insurance Database, 2010-2014. *Allergy, asthma & immunology research*, 9(5), 438-445.
160. Lee, S. J., Ha, E. K., Jee, H. M., Lee, K. S., Lee, S. W., Kim, M. A., ... & Han, M. Y. (2017). Prevalence and risk factors of urticaria with a focus on chronic urticaria in children. *Allergy, asthma & immunology research*, 9(3), 212-219.
161. Lee, Y. B., & Lee, W. S. (2022). Alopecia areata and body mass index: A retrospective analysis of 257 cases. *Annals of Dermatology*, 34(4), 305-308.
162. Li, J., Eriksson, M., He, W., Hall, P., & Czene, K. (2017). Associations between childhood body size and seventeen adverse outcomes: analysis of 65,057 European women. *Scientific Reports*, 7(1), 16917.
163. Li, J., Mao, D., Liu, S., Liu, P., Tian, J., Xue, C., ... & Zhang, J. (2022). Epidemiology of urticaria in China: a population-based study. *Chinese Medical Journal*, 135(11), 1369-1375.
164. Li, J., Song, G., Mu, Z., Lan, X., Yang, F., Li, L., & Han, X. (2023). The differential impact of air pollutants on acute urticaria and chronic urticaria: a time series analysis. *Environmental Science and Pollution Research*, 30(6), 14656-14662.
165. 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.

166. Li, T., Cong, L., Chen, J., & Deng, H. (2022). Association of obesity with coronary artery disease, erosive esophagitis and gastroesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 51(8), 1690-1705.

167. Li, X., Kraft, P., De Vivo, I., Giovannucci, E., Liang, L., & Nan, H. (2020). Height, nevus count, and risk of cutaneous malignant melanoma: Results from 2 large cohorts of US women. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 83(4), 1049-1056.

168. Li, X., Liu, H., Zhao, L., Liu, J., Cai, L., Liu, L., & Zhang, W. (2017). Clinical observation of adverse drug reactions to non-ionic iodinated contrast media in population with underlying diseases and risk factors. *The British journal of radiology*, 90(1070), 20160729.

169. Lokaj-Berisha, V., Gacaferri-Lumezi, B., Minci-Bejtullahu, G., Latifi-Pupovci, H., Karahoda-Gjurgjeala, N., Berisha, N., & Morina, T. (2015). Gender associated high body mass index in allergic diseases. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 3(1), 69-74.

170. Losol, P., Yoo, H. S., & Park, H. S. (2014). Molecular genetic mechanisms of chronic urticaria. *Allergy, asthma & immunology research*, 6(1), 13-21.

171. Lu, L., Lai, H. Y., Pan, Z., Wu, Z., Chen, W., & Ju, Q. (2017). Obese/overweight and the risk of acne vulgaris in Chinese adolescents and young adults. *Hong Kong J Dermatol Venereol*, 25(1), 5-12.

172. Lu, P. H., & Hsu, C. H. (2015). Body mass index is negatively associated with acne lesion counts in Taiwanese women with post-adolescent acne. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29(10), 2046-2050.

173. 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.

174. Marengo, A., Rosso, C., & Bugianesi, E. (2016). Liver cancer: connections with obesity, fatty liver, and cirrhosis. *Annual review of medicine*, 67(1), 103-117.
175. Martínez-Cervantes, T. J., Martínez-Martínez, L. D. J., Martínez-Martínez, T. J., Hernández-Suárez, R. M. G., Gámez, C. E. B., Garza, J. Á., & Salas-Fraire, O. (2018). Relationship between left ventricular hypertrophy and somatotype of high performance athletes using structural equations modeling. *Archivos de Medicina del Deporte*, 35(1), 29-34.
176. 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.
177. Matiegka, J. (1921). The testing of physical effeciency. *Amer J Phys Anropol*, 2(3), 25-38.
178. Maurer, M., Abuzakouk, M., Bérard, F., Canonica, W., Oude Elberink, H., Giménez-Arnau, A., ... & Balp, M. M. (2017). The burden of chronic spontaneous urticaria is substantial: real-world evidence from ASSURE-CSU. *Allergy*, 72(12), 2005-2016.
179. Maurer, M., Houghton, K., Costa, C., Dabove, F., Ensina, L. F., Giménez-Arnau, A., ... & Chapman-Rothe, N. (2018). Differences in chronic spontaneous urticaria between Europe and Central/South America: results of the multi-center real world AWARE study. *World Allergy Organization Journal*, 11, 32.
180. Miranda-Machado, P. A., & Hoyos-Sánchez, B. D. L. C. (2017). Prevalence of urticaria in Cartagena, Colombia. *Revista alergia México*, 64(2), 163-170.
181. Mirmirani, P., & Carpenter, D. M. (2014). Skin disorders associated with obesity in children and adolescents: a population-based study. *Pediatric dermatology*, 31(2), 183-190.
182. Miroshnichenko, V. M., Furman, Y. M., Brezdeniuk, O. Y., Onyshchuk, V. E., Gavrylova, N. V., & Salnykova, S. V. (2020). Correlation of maximum oxygen consumption with component composition of the body, body mass of men with dif-

ferent somatotypes aged 25-35. *Pedagogy of Physical Culture and Sports*, 24(6), 290-296.

183. Mitchell, A. B., Cole, J. W., McArdle, P. F., Cheng, Y. C., Ryan, K. A., Sparks, M. J., ... & Kittner, S. J. (2015). Obesity increases risk of ischemic stroke in young adults. *Stroke*, 46(6), 1690-1692.

184. Monastyrskiy, V. M., & Pivtorak, V. I. (2018). Somatotypological features of topographic kidney anatomy of patients without any kidney and urinary tract diseases. *Biomedical and biosocial anthropology*, (30), 56-61.

185. Nakamizo, S., Honda, T., & Kabashima, K. (2019). Obesity and inflammatory skin diseases. *Trends in Immunotherapy*, 3(1), 50-57.

186. Nakatani, S., Oda, Y., Washio, K., Fukunaga, A., & Nishigori, C. (2019). The Urticaria Control Test and Urticaria Activity Score correlate with quality of life in adult Japanese patients with chronic spontaneous urticaria. *Allergology International*, 68(2), 279-281.

187. Nam, J. H., Yang, J., Park, J., Seo, J. H., Chang, Y., Ryu, S., & Kim, W. S. (2019). Association between rosacea severity and relative muscle mass: A cross-sectional study. *The Journal of Dermatology*, 46(1), 11-17.

188. Nasimi, M., Abedini, R., Najafi, M. T., Teymourpour, A., & Tootoonchi, N. (2022). Body Composition, Metabolic Index, and Phase Angle Evaluated by Bioelectrical Impedance Analysis in Patients with Pemphigus vulgaris. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 4(1), 94.

189. Neupane, S., Basnet, B., & Sharma, T. D. (2018). Association between acne and body mass index: A hospital based cross sectional study. *Nepal Journal of Dermatology, Venereology & Leprology*, 16(1), 53-56.

190. Nikolaidis, P. T., Afonso, J., & Busko, K. (2015). Differences in anthropometry, somatotype, body composition and physiological characteristics of female volleyball players by competition level. *Sport Sciences for Health*, 11, 29-35.

191. Noh, J. W., Kim, J. H., & Kim, J. (2014). Somatotype analysis of elite judo athletes compared with nonathletes for health science research. *Toxicology and Environmental Health Sciences*, 6, 99-105.

192. Noyce, A. J., Kia, D. A., Hemani, G., Nicolas, A., Price, T. R., De Pablo-Fernandez, E., ... & Wood, N. W. (2017). Estimating the causal influence of body mass index on risk of Parkinson disease: a Mendelian randomisation study. *PLoS medicine*, 14(6), e1002314.
193. O'Donnell, B. F. (2014). Urticaria: impact on quality of life and economic cost. *Immunology and Allergy Clinics*, 34(1), 89-104.
194. Oesch, L., Tatlisumak, T., Arnold, M., & Sarikaya, H. (2017). Obesity paradox in stroke—Myth or reality? A systematic review. *PloS one*, 12(3), e0171334.
195. Ograczyk-Piotrowska, A., Gerlicz-Kowalczyk, Z., Pietrzak, A., & Zalewska-Janowska, A. M. (2018). Stress, itch and quality of life in chronic urticaria females. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, 35(2), 156-160.
196. Oles-Krykowska, A., Badura-Brzoza, K., & Brzoza, Z. (2019). Does angioedema influence the quality of life in patients with chronic spontaneous urticaria?. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 122(5), 539-541.
197. Ozbas Gok, S., Akin Belli, A., & Dervis, E. (2015). Is there really relationship between androgenetic alopecia and metabolic syndrome?. *Dermatology research and practice*, 2015(1), 980310.
198. Oztop, N., Beyaz, S., & Orcen, C. (2022). Abdominal Obesity and Metabolic Parameters in Chronic Spontaneous Urticaria. *Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tip Bulteni*, 60(3), 263-269.
199. Pan, C. W., & Lin, Y. (2014). Overweight, obesity, and age-related cataract: a meta-analysis. *Optometry and Vision Science*, 91(5), 478-483.
200. Pang, Q., Zhang, J. Y., Song, S. D., Qu, K., Xu, X. S., Liu, S. S., & Liu, C. (2015). Central obesity and nonalcoholic fatty liver disease risk after adjusting for body mass index. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 21(5), 1650-1662.
201. Parisi, C. A. S., Ritchie, C., Petriz, N., & Torres, C. M. (2016). Direct medical costs of chronic urticaria in a private health organization of Buenos Aires, Argentina. *Value in Health Regional Issues*, 11, 57-59.
202. Paudel, S., Parajuli, N., Sharma, R. P., Dahal, S., & Paudel, S. (2020).

Chronic urticaria and its impact on the quality of life of Nepalese patients. *Dermatology Research and Practice*, 2020(1), 6694191.

203. Pegueroles, J., Jiménez, A., Vilaplana, E., Montal, V., Carmona-Iragui, M., Pané, A., ... & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. (2018). Obesity and Alzheimer's disease, does the obesity paradox really exist? A magnetic resonance imaging study. *Oncotarget*, 9(78), 34691-34698.

204. Pepple, E. F., Amadi, E. S., Otiike-Odibi, B., & Bell-Gam, H. I. (2022). Body Mass Index (BMI) and Cutaneous Lesions among the Elderly Patients in a Tertiary Hospital in Rivers State. *European J Nutr Food Saf*, 14(10), 15-22.

205. Perroni, F., Vetrano, M., Camolese, G., Guidetti, L., & Baldari, C. (2015). Anthropometric and somatotype characteristics of young soccer players: Differences among categories, subcategories, and playing position. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 29(8), 2097-2104.

206. Peters, U., Dixon, A. E., & Forno, E. (2018). Obesity and asthma. *Journal of Allergy and Clinical immunology*, 141(4), 1169-1179.

207. Photiou, L., Foley, P., & Ross, G. (2019). Solar urticaria—An Australian case series of 83 patients. *Australasian Journal of Dermatology*, 60(2), 110-117.

208. Pivtorak, K. V. (2019). Component composition of body weight in patients with non-alcoholic fatty liver disease. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (35), 5-10.

209. Poddighe, D. (2019). The prevalence of chronic spontaneous urticaria (CSU) in the pediatric population. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(5), e149.

210. Puxeddu, I., Petrelli, F., Angelotti, F., Croia, C., & Migliorini, P. (2019). Biomarkers in chronic spontaneous urticaria: current targets and clinical implications. *Journal of asthma and allergy*, 12, 285.

211. Qu, Y., Hu, H. Y., Ou, Y. N., Shen, X. N., Xu, W., Wang, Z. T., ... & Yu, J. T. (2020). Association of body mass index with risk of cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 115, 189-198.

212. Raciborski, F., Kłak, A., Czarnecka-Operacz, M., Jenerowicz, D., Sybilski, A., Kuna, P., & Samoliński, B. (2018). Epidemiology of urticaria in Poland—nationally representative survey results. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, 35(1), 67-73.
213. Radonjic-Hoesli, S., Hofmeier, K. S., Micaletto, S., Schmid-Grendelmeier, P., Bircher, A., & Simon, D. (2018). Urticaria and angioedema: an update on classification and pathogenesis. *Clinical reviews in allergy & immunology*, 54, 88-101.
214. Raed, K. A. (2021). Transverse body sizes in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (43), 34-39.
215. Rahmani, J., Roudsari, A. H., Bawadi, H., Clark, C., Ryan, P. M., Salehisahlabadi, A., ... & Razaz, J. M. (2022). Body mass index and risk of Parkinson, Alzheimer, Dementia, and Dementia mortality: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies among 5 million participants. *Nutritional neuroscience*, 25(3), 423-431.
216. Rajendran, R., Sharma, V. K., Ananthakrishnan, R., Kolar, V. V., Hanumanthappa, N., & Subramanian, S. K. (2022). Comparison of body composition using body mass index, body fat percentage (bioimpedance), waist circumference, hip circumference, and somatotyping across complete glycemic spectrum. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 12(12), 2120-2125.
217. Rosman, Y., Hershko, A. Y., Meir-Shafir, K., Kedem, R., Lachover-Roth, I., Mekori, Y. A., & Confino-Cohen, R. (2019). Characterization of chronic urticaria and associated conditions in a large population of adolescents. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(1), 129-135.
218. Ruft, J., Asady, A., Staubach, P., Casale, T., Sussmann, G., Zuberbier, T., ... & Altrichter, S. (2018). Development and validation of the Cholinergic Urticaria Quality-of-Life Questionnaire (CholU-QoL). *Clinical & Experimental Allergy*, 48(4), 433-444.
219. Sabroe, R. A. (2014). Acute urticaria. *Immunology and Allergy Clinics*, 34(1), 11-21.

220. Saini, S. S. (2014). Chronic spontaneous urticaria: etiology and pathogenesis. *Immunology and Allergy Clinics*, 34(1), 33-52.
221. Salvatore, S. P., Chevalier, J. M., Kuo, S. F., Audia, P. F., & Seshan, S. V. (2017). Kidney disease in patients with obesity: It is not always obesity-related glomerulopathy alone. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11(5), 597-606.
222. Sánchez, J., Amaya, E., Acevedo, A., Celis, A., Caraballo, D., & Cardona, R. (2017). Prevalence of inducible urticaria in patients with chronic spontaneous urticaria: associated risk factors. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 5(2), 464-470.
223. Sánchez-Borges, M., Ansotegui, I. J., Baiardini, I., Bernstein, J., Canonica, G. W., Ebisawa, M., ... & Martell, J. A. O. (2021). The challenges of chronic urticaria part 1: Epidemiology, immunopathogenesis, comorbidities, quality of life, and management. *World Allergy Organization Journal*, 14(6), 100533.
224. Sánchez-Díaz, M., Salazar-Nievas, M. C., Molina-Leyva, A., & Arias-Santiago, S. (2022). Type D personality is associated with poorer quality of life in patients with chronic spontaneous urticaria: a cross-sectional study. *Acta Dermatovenereologica*, 102, 676.
225. Sarafyniuk, L. A., Syvak, A. V., Yakusheva, Y. I., & Borejko, T. I. (2019). Correlations of cardiointervalographic indicators with constitutional characteristics in athletes of mesomorphic somatotype. *Biomedical and biosocial anthropology*, (35), 17-22.
226. Sas, K., & Reich, A. (2019). High body mass index is a risk factor for acne severity in adolescents: a preliminary report. *Acta Dermatovenereologica Croatica*, 27(2), 81-81.
227. Schaefer, P. (2017). Acute and chronic urticaria: evaluation and treatment. *American family physician*, 95(11), 717-724.
228. Seo, J. H., & Kwon, J. W. (2019). Epidemiology of urticaria including physical urticaria and angioedema in Korea. *The Korean journal of internal medicine*, 34(2), 418-425.
229. Shah, P. P., Brady, T. M., Meyers, K. E., O'Shaughnessy, M. M., Gib-

son, K. L., Srivastava, T., ... & Sethna, C. B. (2021). Association of obesity with cardiovascular risk factors and kidney disease outcomes in primary proteinuric glomerulopathies. *Nephron*, 145(3), 245-255.

230. Shaker, M., Oppenheimer, J., Wallace, D., Lang, D. M., Rambasek, T., Dykewicz, M., & Greenhawt, M. (2020). Optimizing value in the evaluation of chronic spontaneous urticaria: a cost-effectiveness analysis. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 8(7), 2360-2369.

231. Shephard, R. J. (2005). *Body composition in biological anthropology*. Cambridge University Press, Cambridge, UK; New York.

232. Shin, M. (2021). Food allergies and food-induced anaphylaxis: role of cofactors. *Clinical & Experimental Pediatrics*, 64(8), 393-399.

233. Shin, M., & Lee, S. (2017). Prevalence and causes of childhood urticaria. *Allergy, asthma & immunology research*, 9(3), 189-190.

234. Silverberg, J. I., & Paller, A. S. (2015). Association between eczema and stature in 9 US population-based studies. *JAMA dermatology*, 151(4), 401-409.

235. Silverberg, J. I., & Simpson, E. L. (2014). Association between obesity and eczema prevalence, severity and poorer health in US adolescents. *Dermatitis*, 25(4), 172-181.

236. Sinichi, F., & Kiafar, B. (2019). Relationship between anxiety, depression and stressful life events with chronic idiopathic urticaria. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 21(3), 208-213.

237. Skrzypulec-Frankel, A., Bieniek, K., & Kasperska-Zajac, A. (2018). The association between sexual dysfunctions and severity of symptoms in patients with chronic spontaneous urticaria. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 14, 20.

238. Smith, L., Shin, J. I., Oh, H., Carmichael, C., Jacob, L., Stefanac, S., ... & Koyanagi, A. (2022). Body mass index and mild cognitive impairment among middle-aged and older adults from low-and middle-income countries. *Journal of Alzheimer's Disease*, 85(3), 1095-1105.

239. Snast, I., Dalal, A., Twig, G., Astman, N., Kedem, R., Levin, D., ... & Levi, A. (2019). Acne and obesity: A nationwide study of 600,404 adolescents. *Jour-*

nal of the American Academy of Dermatology, 81(3), 723-729.

240. Snekvik, I., Smith, C. H., Nilsen, T. I., Langan, S. M., Modalsli, E. H., Romundstad, P. R., & Saunes, M. (2017). Obesity, waist circumference, weight change, and risk of incident psoriasis: prospective data from the HUNT study. *Journal of Investigative Dermatology*, 137(12), 2484-2490.

241. Stadler, P. C., Marsela, E., Kämmerer, T., Frommherz, L. H., Clanner-Engelshofen, B., French, L. E., ... & Reinholz, M. (2022). Impact of allergic reactions and urticaria on mental health and quality of life. *Allergologia et Immunopathologia*, (2), 124-130.

242. Staubach, P., Mann, C., Peveling-Oberhag, A., Lang, B. M., Augustin, M., Hagenström, K., ... & Petersen, J. (2021). Epidemiology of urticaria in German children. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 19(7), 1013-1019.

243. Subramanian, S. K., Sharma, V. K., & Rajendran, R. (2019). Assessment of heart rate variability for different somatotype category among adolescents. *Journal of Basic and Clinical Physiology and Pharmacology*, 30(3), 20180104.

244. Tat, T. S. (2019). Higher levels of depression and anxiety in patients with chronic urticaria. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 25, 115-120.

245. Tawil, S., Irani, C., Kfoury, R., Abramian, S., Salameh, P., Weller, K., ... & Ezzedine, K. (2023). Association of Chronic Urticaria with Psychological Distress: A Multicentre Cross-sectional Study. *Acta Dermato-Venereologica*, 103, adv00865.

246. Telia, Z. (2022). Anxiety and depression in patients with chronic urticaria. *Georgian Scientists*, 4(4), 253-260.

247. Theut Riis, P., Saunte, D. M., Benhadou, F., Del Marmol, V., Guillem, P., El-Domyati, M., ... & Jemec, G. B. E. (2018). Low and high body mass index in hidradenitis suppurativa patients – different subtypes?. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 32(2), 307-312.

248. Thomsen, M., & Nordestgaard, B. G. (2014). Myocardial infarction and ischemic heart disease in overweight and obesity with and without metabolic syndro-

me. *JAMA internal medicine*, 174(1), 15-22.

249. Thomsen, S. F., Pritzler, E. C., Anderson, C. D., Vaugelade-Baust, N., Dodge, R., Dahlborn, A. K., & Vestergaard, C. (2017). Chronic urticaria in the real-life clinical practice setting in Sweden, Norway and Denmark: baseline results from the non-interventional multicentre AWARE study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 31(6), 1048-1055.

250. Toizumi, M., Hashizume, M., Nguyen, H. A., Yasunami, M., Kitamura, N., Iwasaki, C., ... & Yoshida, L.-M. (2019). Asthma, rhinoconjunctivitis, eczema, and the association with perinatal anthropometric factors in Vietnamese children. *Scientific Reports*, 9(1), 2655.

251. Tomaszewska, K., Słodka, A., Tarkowski, B., & Zalewska-Janowska, A. (2023). Neuro-immuno-psychological aspects of chronic urticaria. *Journal of Clinical Medicine*, 12(9), 3134.

252. Tóth, T., Michalíková, M., Bednarčíková, L., Živčák, J., & Kneppo, P. (2014). Somatotypes in sport. *Acta mechanica et automatica*, 8(1), 27-32.

253. Traidl, S., Hollstein, M. M., Kroeger, N., Fischer, S., Heratizadeh, A., Heinrich, L., ... & TREATgermany Study Group. (2025). Obesity is linked to disease severity in moderate to severe atopic dermatitis – Data from the prospective observational TREATgermany registry. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 39(1), 136-144.

254. Trinh, H. K. T., Pham, D. L., Ban, G. Y., Lee, H. Y., Park, H. S., & Ye, Y. M. (2016). Altered systemic adipokines in patients with chronic urticaria. *International archives of allergy and immunology*, 171(2), 102-110.

255. Tzur Bitan, D., Berzin, D., & Cohen, A. (2021). The association of chronic spontaneous urticaria (CSU) with anxiety and depression: a nationwide cohort study. *Archives of Dermatological Research*, 313(1), 33-39.

256. Urrutia-García, K., Martínez-Cervantes, T. J., Salas-Fraire, O., & Guevara-Neri, N. P. (2015). Somatotype of patients with type 2 diabetes in a university hospital in Mexico. *Medicina Universitaria*, 17(67), 71-74.

257. Vadzyuk, S. N., Horban, L. I., Papinko, I. Y., & Zukow, W. (2019). Fea-

tures of peripheral circulation in young people of different somatotype with normal and high blood pressure. *Journal of Education, Health and Sport*, 9(9), 762-774.

258. 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.

259. van Straalen, K. R., Vanlaerhoven, A. M., Ardon, C. B., & van der Zee, H. H. (2021). Body mass index at the onset of hidradenitis suppurativa. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft= Journal of the German Society of Dermatology: JDDG*, 19(3), 437-439.

260. Vietri, J., Turner, S. J., Tian, H., Isherwood, G., Balp, M. M., & Gabriel, S. (2015). Effect of chronic urticaria on US patients: analysis of the National Health and Wellness Survey. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 115(4), 306-311.

261. Vossen, A. R., van der Zee, H. H., Onderdijk, A. J., Boer, J., & Prens, E. P. (2017). Hidradenitis suppurativa is not associated with the metabolic syndrome based on body type: a cross-sectional study. *The Journal of dermatology*, 44(2), 154-159.

262. Wang, F., Zhao, Y. K., Luo, Z. Y., Gao, Q., Wu, W., Sarkar, R., & Luo, D. Q. (2017). Aquagenic cutaneous disorders. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 15(6), 602-608.

263. Wang, H., Wu, B., Luo, M., Han, Y., Chen, J., Liu, J., ... & Xiao, X. (2025). Association of hidradenitis suppurativa (HS) with waist circumference: A bi-directional two-sample Mendelian randomization study of HS with metabolic syndrome. *The Journal of Dermatology*, 52(1), 155-158.

264. Wang, X., Huang, Y., Chen, Y., Yang, T., Su, W., Chen, X., ... & Ma, Y. (2022). The relationship between body mass index and stroke: a systemic review and meta-analysis. *Journal of Neurology*, 269(12), 6279-6289.

265. Wassef, C., Laureano, A., & A Schwartz, R. (2017). Aquagenic urticaria: a perplexing physical phenomenon. *Acta Dermatovenereologica Croatica*, 25(3), 234-234.

266. Wedi, B., Wieczorek, D., Raap, U., & Kapp, A. (2014). Urticaria. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 12(11), 997-1009.
267. Weller, K., Maurer, M., Bauer, A., Wedi, B., Wagner, N., Schliemann, S., ... & Staubach, P. (2022). Epidemiology, comorbidities, and healthcare utilization of patients with chronic urticaria in Germany. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 36(1), 91-99.
268. Welling, M., Auvinen, J., Lehenkari, P., Männikkö, M., Karppinen, J., & Eskola, P. J. (2017). Association between height and osteoarthritis of the knee and hip: the Northern Finland Birth Cohort 1966 Study. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 20(9), 1095-1104.
269. Wertenteil, S., Strunk, A., & Garg, A. (2019). Prevalence estimates for chronic urticaria in the United States: A sex-and age-adjusted population analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(1), 152-156.
270. Wills, A. M. A., Pérez, A., Wang, J., Su, X., Morgan, J., Rajan, S. S., ... & Boyd, J. (2016). Association between change in body mass index, unified Parkinson's disease rating scale scores, and survival among persons with Parkinson disease: secondary analysis of longitudinal data from NINDS exploratory trials in Parkinson disease long-term study 1. *JAMA neurology*, 73(3), 321-328.
271. Wirén, S., Häggström, C., Ulmer, H., Manjer, J., Bjørge, T., Nagel, G., ... & Stattin, P. (2014). Pooled cohort study on height and risk of cancer and cancer death. *Cancer Causes & Control*, 25, 151-159.
272. Wu, C., Wang, A. Y., Li, G., & Wang, L. (2018). Association of high body mass index with development of interstitial fibrosis in patients with IgA nephropathy. *BMC nephrology*, 19, 381.
273. Xavier, R. F., Pereira, A. C. A., Lopes, A. C., Cavalheri, V., Pinto, R. M., Cukier, A., ... & Carvalho, C. R. (2019). Identification of phenotypes in people with COPD: influence of physical activity, sedentary behaviour, body composition and skeletal muscle strength. *Lung*, 197, 37-45.
274. Xiong, J., Qian, Y., Yu, S., Ji, H., Teliewubai, J., Chi, C., ... & Xu, Y. (2021). Somatotype and Its Impact on Asymptomatic Target Organ Damage in the

Elderly Chinese: The Northern Shanghai Study. *Clinical Interventions in Aging*, 16, 887-895.

275. Yang, C. C., Hsieh, F. N., Lin, L. Y., Hsu, C. K., Sheu, H. M., & Chen, W. (2014). Higher body mass index is associated with greater severity of alopecia in men with male-pattern androgenetic alopecia in Taiwan: a cross-sectional study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 70(2), 297-302.

276. Yao, H., Shen, S., Gao, X., Song, X., & Xiang, W. (2024). Assessing causal relationship between obesity and rosacea: A two-sample Mendelian randomization study. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 23(10), 3421.

277. Ye, J., Lou, L. X., He, J. J., & Xu, Y. F. (2014). Body mass index and risk of age-related cataract: a meta-analysis of prospective cohort studies. *PloS one*, 9(2), e89923.

278. Ye, Y. M., Koh, Y. I., Choi, J. H., Kim, M. A., Park, J. W., Kim, T. B., ... & Park, H. S. (2022). The burden of symptomatic patients with chronic spontaneous urticaria: a real-world study in Korea. *The Korean Journal of Internal Medicine*, 37(5), 1050-1060.

279. Yousif, S. Z., & Yaaqub, P. Y. (2022). The Quality of Life in Patients with Chronic Urticaria. *Annals of the College of Medicine, Mosul*, 44(1), 14-21.

280. Zbiciak-Nylec, M., Wcisło-Dziadecka, D., Kasprzyk, M., Kulig, A., Laszczak, J., Noworyta, M., ... & Brzoza, Z. (2018). Overweight and obesity may play a role in the pathogenesis of chronic spontaneous urticaria. *Clinical and experimental dermatology*, 43(5), 525-528.

281. 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.

282. Zhang, B., Chen, X., Liu, Y., Chen, F., Yang, N., & Li, L. (2022). Relationship between bullous pemphigoid and metabolic syndrome: a 12-year case-control study conducted in China. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 13, 20406223221130707.

283. Zhang, X., Song, X., Zhang, M., Li, C., Huang, Z., Liu, B., ... & Wang, L.

(2022). Prevalence and risk factors of chronic urticaria in China: A nationwide cross-sectional study. *Allergy*, 77(7), 2233-2236.

284. Zheng, H., & Chen, C. (2015). Body mass index and risk of knee osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of prospective studies. *BMJ open*, 5(12), e007568.

285. Zuberbier, T., Aberer, W., Asero, R., Abdul Latiff, A. H., Baker, D., Ballmer-Weber, B., ... & Maurer, M. (2018). The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*, 73(7), 1393-1414.

ДОДАТКИ

Додаток А

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

1. Aladwan, A. M. A., Skoruk, R. V., Kyrychenko, I. M., Dmytrenko, S. V., & Smolko, D. G. (2023). Discriminative models of the possibility of various forms of urticaria occurrence and characteristics of the course in Ukrainian men depending on the characteristics of the structure and body size. *World of Medicine and Biology*, 3(85), 11-15. doi: 10.26724/2079-8334-2023-3-85-11-15. (Фахове видання України. Видання включено до міжнародної наукометричної бази Web of Science)

Skoruk R. V. – допомога в оформленні та поданні статті до друку;

Kyrychenko I. M. – допомога в роботі над літературними джерелами;

Dmytrenko S. V. – формулювання наукового напрямку статті, допомога при узагальненні отриманих результатів та висновків;

Smolko D. G. – фінансування статті.

2. Aladwan, A. M. A., Chaika, H. V., Belik, N. V., Smolko, D. G., & Obertynska, O. G. (2023). Modeling using discriminant analysis of the possibility of occurrence and features of the course of various forms of urticaria in Ukrainian women depending on the features of anthropo-somatotypological indicators. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(3), 360-365. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(3)-01. (Фахове видання України)

Chaika H. V. – допомога при узагальненні отриманих результатів;

Belik N. V. – допомога в оформленні та поданні статті до друку;

Smolko D. G. – допомога в роботі над літературними джерелами;

Obertynska O. G. – фінансування статті.

3. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Belik, N. V., Koliadenko, S. V., & Loboda, I. V. (2023). Peculiarities of clinical, anamnestic and dermatological indicators in Ukrainian men and women with urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(4), 601-607. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(4)-12. (Фахове видання України)

Dmytrenko S. V. – формулювання наукового напрямку статті, допомога при узагальненні отриманих результатів та висновків;

Belik N. V. – допомога в роботі над літературними джерелами;

Koliadenko S. V. – допомога в оформленні та поданні статті до друку;

Loboda I. V. – фінансування статті.

4. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Demyanenko, L. P., Kyrychenko, I. M., & Skoruk, R. V. (2024). Correlations between the value of the dermatological quality of life index and clinical and anamnestic indicators in Ukrainian men and women with urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 28(2), 233-238. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2024-28(2)-08. (Фахове видання України)

Dmytrenko S. V. – формулювання наукового напрямку статті, допомога при узагальненні отриманих результатів та висновків;

Demyanenko L. P. – допомога в оформленні та поданні статті до друку;

Kyrychenko I. M. – допомога в роботі над літературними джерелами;

Skoruk R. V. – допомога в роботі над літературними джерелами, фінансування статті.

5. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Kyrychenko, V. I., Glushak, A. A., Prokopenko, O. S., Ocheretna, O. L., & Gunas, I. V. (2024). Girth sizes of the body in Ukrainian men and women with various forms of urticaria. *Reports of Morphology*, 30(3), 15-24. doi: 10.31393/morphology-journal-2024-30(3)-02. (Фахове видання України. Видання включено до міжнародної наукометричної бази Scopus)

Dmytrenko S. V. – концептуалізація та супервізія статті;

Kyrychenko V. I. – програмне забезпечення та фінансування статті;

Glushak A. A. – візуалізація даних та фінансування статті;

Prokopenko O. S. – візуалізація даних та фінансування статті;

Ocheretna O. L. – програмне забезпечення та фінансування статті;

Gunas I. V. – формальний аналіз та перевірка статті.

6. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Smolko, D. G., Melnyk, T. V., & Gunas, I. V. (2024). Transverse body dimensions in Ukrainian men and women with various forms of urticaria. *World of Medicine and Biology*, 3(89), 7-12. doi: 10.26724/2079-8334-2024-3-89-7-12. (Фахове видання України. Видання включено до міжнародної наукометричної бази Web of Science)

Dmytrenko S. V. – формулювання наукового напрямку статті, допомога при узагальненні отриманих результатів та висновків;

Smolko D. G. – допомога в роботі над літературними джерелами;

Melnyk T. V. – допомога в оформленні та поданні статті до друку, фінансування статті;

Gunas I. V. – допомога при узагальненні отриманих результатів та висновків.

7. Aladwan, A. M. A. (2024). Peculiarities and sex differences of skinfold thickness in Ukrainian men and women with urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 28(3), 395-402. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2024-28(3)-05. (Фахове видання України)

8. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Bashynska, O. I., Demyanenko, L. P., Shpacova, N. A., & Gunas, I. V. (2024). Peculiarities of somatotype components and indicators of the component composition of body weight in Ukrainian men and women with various forms of urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 28(4), 582-589. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2024-28(4)-03. (Фахове видання України)

Dmytrenko S. V. – формулювання наукового напрямку статті, допомога при узагальненні отриманих результатів та висновків;

Bashynska O. I. – допомога в роботі над літературними джерелами;

Demyanenko L. P. – допомога в оформленні та поданні статті до друку;

Shpacova N. A. – допомога в оформленні та поданні статті до друку;

Gunas I. V. – допомога при узагальненні отриманих результатів та висновків, фінансування статті.

9. Aladwan Amjed Mashoor Ahmad (2021). Constitutional markers of urticaria and their prognostic significance (analysis of scientific literature). *Reports of Vinnytsia National Medical University*, 25(4), 668-671. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2021-25(4)-28. (Фахове видання України)

НАУКОВІ ПРАЦІ, ЯКІ ЗАСВІДЧУЮТЬ АПРОБАЦІЮ МАТЕРІАЛІВ ДИСЕРТАЦІЇ

10. Aladwan, A. M. A. (2024). *Peculiarities and sex differences of total body dimensions in Ukrainian men and women with urticaria*. VII Міжнародна науково-практична конференція “Perspectives of Contemporary Science: Theory and Practice” (19-21 серпня 2024), Львів (стор. 60-65). Львів: Науково-видавничий центр “Sci-conf.com.ua”.

11. Aladwan, A. M. A. (2024). *Features of the width of distal epiphyses of long tubular bones of extremities in Ukrainian men and women with urticaria*. X Міжнародна науково-практична конференція “Perspectives of Contemporary Science: Theory and Practice” (11-13 листопада 2024), Львів (стор. 116-122). Львів: Науково-видавничий центр “Sci-conf.com.ua”.

12. Aladwan, A. M. A. (2024). *Features of longitudinal body dimensions in Ukrainian men and women with urticaria*. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference “Science in the modern world: innovations and challenges” (21-23 November 2024), Toronto (pp. 35-39). Perfect Publishing. Toronto, Canada. URL: <https://sci-conf.com.ua/iii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-science-in-the-modern-world-innovations-and-challenges-21-23-11-2024-toronto-kanada-arhiv/>.

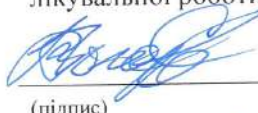
Апробація результатів дисертації:

- 5th Interactive Derma Academy “Challenging Certitudes in Dermatology” (Lisbon, 27-28 May 2022) – стендова доповідь;

- науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики дерматовенерологічної патології в умовах реформування медичної галузі» (Чернівці, 29-30 вересня 2022) – стендова доповідь;
- науково-практична конференція з міжнародною участю «Особливості надання дерматовенерологічної допомоги населенню на етапі реформування медичної галузі та в умовах воєнного стану в Україні» (Київ, 16-17 травня 2023) – усна доповідь;
- науково-практична конференція з міжнародною участю «П’ятий національний форум імунологів, алергологів, мікробіологів та спеціалістів клінічної медицини» (Харків – Київ, 24-25 травня 2023) – стендова доповідь;
- Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Здобутки та проблеми дерматовенерологічної науки в військовий час» (Харків, 23-24 листопада 2023) – стендова доповідь;
- VII Міжнародна науково-практична конференція “Perspectives of Contemporary Science: Theory and Practice” (Львів, 19-21 серпня 2024) – публікація;
- X Міжнародна науково-практична конференція “Perspectives of Contemporary Science: Theory and Practice” (Львів, 11-13 листопада 2024) – публікація;
- Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference “Science in the modern world: innovations and challenges” (Toronto, 21-23 November 2024) – публікація.

Додаток Б

Акти впроваджень

Погоджено
Проректор ЗВО з науково-педагогічної та лікувальної роботи

 (підпис) Василь ПОГОРІЛИЙ (Ім'я Прізвище)
 « 17 » грудня 2024 р.

Затверджую
Проректор ЗВО з науково- педагогічної роботи і міжнародних зв'язків

 (підпис) Інна АНДРУШКО (Ім'я Прізвище)
 « 17 » грудня 2024 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва роботи: «Прогностична значимість антропометричних і соматотипологічних показників у хворих на кропив'янку».

1. Автор: Аладван Амджед Машур Ахмад, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

2. Пропозиція до впровадження: Уперше в українських чоловіків і жінок хворих на гостру або хронічну кропив'янку легкого або тяжкого перебігу встановлені особливості та статеві розбіжності (більші значення у чоловіків) тотальних та парціальних розмірів тіла. Уперше на основі показників будови та розмірів тіла розроблені достовірні дискримінантні моделі які дозволяють з високою ймовірністю прогнозувати можливість виникнення та особливості перебігу кропив'янки у жінок із гострою формою захворювання (коректність 89,4 %, статистика Wilks' Lambda=0,080; $p<0,001$). До складу побудованих моделей найбільш часто входять товщина шкірно-жирових складок (37,5 %), обхватні розміри тіла та ширина дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок (по 25,0 %). При моделюванні лише у хворих на кропив'янку українських жінок, побудовані достовірні дискримінантні моделі (коректність 52,5 %, статистика Wilks' Lambda=0,465; $p<0,001$) дозволяють прогнозувати лише перебіг захворювання (легкий або тяжкий). До складу побудованих моделей входять м'язовий компонент маси тіла та товщина шкірно-жирової складки на передпліччі (по 50,0 %). Уперше розроблені на основі антропометричних і соматотипологічних показників достовірні дискримінантні моделі дозволяють прогнозувати можливість виникнення кропив'янки в українських чоловіків (коректність 83,6 %, статистика Wilks' Lambda=0,113; $p<0,001$). Достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації можлива лише між практично здоровими та хворими чоловіками. До складу побудованих моделей найбільш часто входять поперечні розміри тулуба та таза (37,5 %) і товщина шкірно-жирових складок (25,0 %). Лише у хворих на кропив'янку українських чоловіків, побудовані достовірні дискримінантні моделі (коректність 60,0 %, статистика Wilks' Lambda=0,620; $p<0,01$) дозволяють прогнозувати лише форму захворювання (гостру або хронічну). До складу побудованих моделей входять кістковий компонент маси тіла та ширина плечей (по 50,0 %).

3. Актуальність дослідження: Актуальність проблеми, яка досліджується, обґрунтовується стійкою тенденцією щодо збільшення частоти кропив'янки протягом останніх десяти років в Україні. Це пояснюють передусім несприятливими низькою якістю питної води та їжі, екологічними чинниками, неконтрольованим застосуванням лікарських препаратів, впливом токсичних побутових хімічних речовин. Висока частота і складність диференційної діагностики різних форм кропив'янки є основними причинами суттєвих труднощів у підборі терапії. Стратегії профілактики кропив'янки мають плануватись ефективно для зменшення частоти її прояву та ступеня тяжкості симптомів. Це має включати медичні оцінки та тести, адаптацію звичок до способу життя пацієнта, виявлення, відстеження тригерів та усунення їх, а також піклування про фізичне і психічне здоров'я (Kolkhir P. et al., 2022). Пошук нових прогностичних клініко-лабораторних та конституціональних маркерів, зокрема, дозволяє визначити індивідуалізований терапевтичний підхід, відстежити зміни в активності дерматозу, передбачити відповідь на лікування, що є актуальним завданням сучасної медицини (Curto-Barredo L. et al., 2018; Puxeddu I. et al., 2019). В цілому науковці схиляються до думки, що такі патології як метаболічний синдром та ожиріння грають ключову роль у патогенезі виникнення кропив'янки, що в свою чергу робить антропометричні показники важливими маркерами, що мають прийматися до уваги (Zbiciak-Nylec M. et al., 2018).

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

5. Джерела інформації:

1. Aladwan, A. M. A., Skoruk, R. V., Kyrychenko, I. M., Dmytrenko, S. V., & Smolko, D. G. (2023). Discriminative models of the possibility of various forms of urticaria occurrence and characteristics of the course in Ukrainian men depending on the characteristics of the structure and body size. *World of Medicine and Biology*, 3(85), 11-15.
2. Aladwan, A. M. A., Chaika, H. V., Belik, N. V., Smolko, D. G., & Obertynska, O. G. (2023). Modeling using discriminant analysis of the possibility of occurrence and features of the course of various forms of urticaria in Ukrainian women depending on the features of anthropo-somatotypological indicators. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(3), 360-365.
3. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Kyrychenko, V. I., Glushak, A. A., Prokopenko, O. S., Ocheretna, O. L., & Gunas, I. V. (2024). Girth sizes of the body in Ukrainian men and women with various forms of urticaria. *Reports of Morphology*, 30(3), 15-24.
4. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Smolko, D. G., Melnyk, T. V., & Gunas, I. V. (2024). Transverse body dimensions in Ukrainian men and women with various forms of urticaria. *World of Medicine and Biology*, 3(89), 7-12.
5. Aladwan, A. M. A. (2024). Peculiarities and sex differences of skinfold thickness in Ukrainian men and women with urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 28(3), 395-402.

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

Початок впровадження: квітень 2024 р. – грудень 2024 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

Івано-Франківського національного
медичного університету
професор

Паталія КОЗАНЬ
« 16 » грудень 2024 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Пропозиція для впровадження:** Прогностична значимість антропометричних і соматотипологічних показників у хворих на кропив'янку.
2. **Установа-розробник:** Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.
3. **Автор впровадження:** Аладван Амджед Машур Ахмад, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.
4. **Джерела інформації:** 1) Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Belik, N. V., Koliadenko, S. V., & Loboda, I. V. (2023). Peculiarities of clinical, anamnestic and dermatological indicators in Ukrainian men and women with urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(4), 601-607.
2) Aladwan, A. M. A., Skoruk, R. V., Kyrychenko, I. M., Dmytrenko, S. V., & Smolko, D. G. (2023). Discriminative models of the possibility of various forms of urticaria occurrence and characteristics of the course in Ukrainian men depending on the characteristics of the structure and body size. *World of Medicine and Biology*, 3(85), 11-15.
3) Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Demyanenko, L. P., Kyrychenko, I. M., & Skoruk, R. V. (2024). Correlations between the value of the dermatological quality of life index and clinical and anamnestic indicators in Ukrainian men and women with urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 28(2), 233-238.
5. **Де впроваджено:** у навчальний процес на кафедрі дерматології та венерології Івано-Франківського національного медичного університету.
6. **Термін впровадження:** травень 2024 р. – грудень 2024 р.
7. **Форма впровадження:** у навчальний процес зі студентами спеціальності "Медицина", лікарями-інтернами і лікарями-слухачами спеціальності "Дерматовенерологія" при викладанні питань етіопатогенезу кропив'янки.
8. **Ефективність впровадження:** підвищення рівня знань/вмін студентів спеціальності "Медицина", лікарів-інтернів та лікарів-слухачів спеціальності "Дерматовенерологія" з питань етіопатогенезу кропив'янки.

Відповідальний за впровадження

Завідувач кафедри дерматології та венерології
Івано-Франківського національного медичного
університету, к.мед.н., доцент
« 16 » грудень 2024 р.

Олександр АЛЕКСАНДРУК

Додаток Б3

«Затверджую»

Перший проректор з науково-педагогічної роботи
Та післядипломної освіти

Національного медичного університету

імені О. О. Богомольця
член-кореспондент НАМН України

д.мед.н., проф.

Науменко О. М.



18 грудня 2024 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва роботи: «Прогностична значимість антропометричних і соматотипологічних показників у хворих на кропив'янку».

1. Автор: Аладван Амджед Машур Ахмад, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

2. Пропозиція до впровадження: Уперше в українських чоловіків і жінок хворих на гостру або хронічну кропив'янку легкого або тяжкого перебігу встановлені особливості кореляцій та їх статеві розбіжності між дерматоскопічним індексом якості життя та клініко-анамнестичними показниками. Розширені уявлення стосовно особливостей клініко-анамнестичних і дерматологічних показників та їх статевих розбіжностей у хворих на гостру та хронічну кропив'янку легкого й тяжкого перебігу українських чоловіків і жінок молодого віку. Уперше в українських чоловіків і жінок побудовані та проведено аналіз достовірних дискримінантних моделей можливості виникнення та особливостей перебігу кропив'янки в залежності від показників будови та розмірів тіла.

3. Актуальність дослідження: Загальна поширеність хронічної кропив'янки серед дорослих у світі складає 1,4% (95% ДІ: 1,0–1,8%). Для дітей поширеність дещо нижча, та складає 0,8% (95% ДІ: 0,5–1,1%). Регіональні відмінності в поширеності захворювання значні - найвища поширеність хронічної кропив'янки серед дорослих спостерігається в Азії (1,7%) і Європі (1,7%), тоді як найнижча в Америці (0,8%). Вікові відмінності також суттєві: захворюваність на хронічну кропив'янку збільшувалася з віком. Сексуальні відмінності показали, що жінки мають вищий ризик розвитку хронічної кропив'янки, ніж чоловіки, причому співвідношення жінок і чоловіків становить приблизно 2:1 (Fricke J. et al., 2020). Відмічається зростання захворюваності на кропив'янку як серед дорослих так і особливо серед дітей. У регіонах з низьким рівнем доходу кропив'янка має значно більший вплив на здоров'я населення, що може бути пов'язано з обмеженим доступом до медичних послуг та вищим рівнем стресу і забруднення навколишнього середовища (Gabrielle P.E. et al., 2021). Якість життя у пацієнтів із хронічною кропив'янкою значно знижена, що підтверджувалося високими показниками за шкалами DLQI (Dermatology Life Quality Index) та CU-Q2oL (Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire). Пацієнти з погано контрольованою кропив'янкою (відповідно до показника UAS7, що оцінює активність кропив'янки за останні 7 днів) мають значно нижчі показники якості життя порівняно з тими, у кого захворювання добре контрольоване. Варто зазначити,

що пацієнти витрачають значні кошти на лікування та медичні обстеження, що підкреслює важливість належного контролю захворювання для зменшення фінансового навантаження (Arias-Cruz A. et al., 2018). Зважаючи на значну поширеність та тяжкість захворювання, що проявляються у впливі на психоемоційний стан пацієнта. Важливим є створення механізмів раннього виявлення ризику виникнення даної патології.

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

5. Джерела інформації:

1) Aladwan, A. M. A., Skoruk, R. V., Kyrychenko, I. M., Dmytrenko, S. V., & Smolko, D. G. (2023). Discriminative models of the possibility of various forms of urticaria occurrence and characteristics of the course in Ukrainian men depending on the characteristics of the structure and body size. *World of Medicine and Biology*, 3(85), 11-15.

2) Aladwan, A. M. A., Chaika, H. V., Belik, N. V., Smolko, D. G., & Obertynska, O. G. (2023). Modeling using discriminant analysis of the possibility of occurrence and features of the course of various forms of urticaria in Ukrainian women depending on the features of anthropo-somatotypological indicators. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(3), 360-365.

3) Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Belik, N. V., Koliadenko, S. V., & Loboda, I. V. (2023). Peculiarities of clinical, anamnestic and dermatological indicators in Ukrainian men and women with urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(4), 601-607.

4) Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Demyanenko, L. P., Kyrychenko, I. M., & Skoruk, R. V. (2024). Correlations between the value of the dermatological quality of life index and clinical and anamnestic indicators in Ukrainian men and women with urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 28(2), 233-238.

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

Початок впровадження: березень 2024 р. – грудень 2024 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 СТЕПАНЕНКО

Додаток Б4

«Затверджую»

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

Пет'яков М. С.

«15 травня» 2024 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиція для впровадження:** Прогностична значимість антропометричних і соматотипологічних показників у хворих на кропив'янку.
2. **Установа-розробник:** Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.
3. **Автор впровадження:** Аладван Амджед Машур Ахмад, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.
4. **Джерела інформації:** 1). Aladwan, A. M. A., Skoruk, R. V., Kyrychenko, I. M., Dmytrenko, S. V., & Smolko, D. G. (2023). Discriminative models of the possibility of various forms of urticaria occurrence and characteristics of the course in Ukrainian men depending on the characteristics of the structure and body size. *World of Medicine and Biology*, 3(85), 11-15.
2). Aladwan, A. M. A., Chaika, H. V., Belik, N. V., Smolko, D. G., & Obertynska, O. G. (2023). Modeling using discriminant analysis of the possibility of occurrence and features of the course of various forms of urticaria in ukrainian women depending on the features of anthropo-somatotypological indicators. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(3), 360-365.
3). Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Belik, N. V., Koliadenko, S. V., & Loboda, I. V. (2023). Peculiarities of clinical, anamnestic and dermatological indicators in Ukrainian men and women with urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(4), 601-607.
5. **Де впроваджено:** комунальне неприбуткове підприємство Вінницького обласного клінічного шкірно-венерологічного центру Вінницької обласної ради.
6. **Термін впровадження:** травень 2024 р. – листопад 2024 р.
7. **Форма впровадження:** результати дослідження впроваджено у практичну діяльність лікарів комунального неприбуткового підприємства Вінницького обласного клінічного шкірно-венерологічного центру Вінницької обласної Ради.
8. **Ефективність впровадження:** покращення діагностики та лікування хворих на кропив'янку.

Відповідальний за впровадження:

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

Тетяна СТЕЛЬМАЦУК

Додаток Б5

«Затверджую»
 Начальник військово-медичного клінічного
 центру Центрального регіону
 Полковник м/с

Пашковський С. М.

« 9 » листопада 2024 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва роботи: «Прогностична значимість антропометричних і соматотипологічних показників у хворих на кропив'янку».

1. Автор: Аладван Амджед Машур Ахмад, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

2. Пропозиція до впровадження: Уперше між хворими на гостру та хронічну кропив'янку легкого і тяжкого перебігу українськими чоловіками або жінками та практично здоровими українськими чоловіками або жінками встановлені розбіжності тотальних і парціальних розмірів тіла. Для більшості тотальних і парціальних розмірів тіла встановлені виражені прояви статевих диморфізмів між хворими українськими чоловіками та жінками (більші значення у чоловіків).

3. Актуальність дослідження: Поширеність кропив'янки серед населення є значною, і вона часто залишається недооціненою як пацієнтами, так і лікарями. Згідно з даними глобальних епідеміологічних досліджень, частота хронічної кропив'янки коливається від 0,5 до 1% серед дорослих, тоді як у дітей цей показник дещо нижчий – близько 0,1%. У таких країнах, як Німеччина, Італія та Китай, захворюваність на хронічну кропив'янку у дорослих перевищує 1%, що свідчить про значну кількість пацієнтів, що потребують належного діагностування та лікування (Fricke J. et al., 2020). Антропометричні дослідження набули поширення у клінічній медицині як інструмент для оцінки ризиків розвитку різних захворювань, зокрема шкірних. Наприклад, було виявлено, що жінки з акне часто мають підвищені рівні статевих гормонів, метаболічні порушення та ожиріння, що корелює з розвитком цього захворювання. Це підкреслює значущість антропометрії в оцінці впливу метаболічних та гормональних факторів на стан шкіри (Gayen R. et al., 2021). Подібні підходи були використані для прогнозування перебігу екземи, де у чоловіків визначали можливості виникнення різних форм захворювання залежно від їхніх антропометричних характеристик, таких як індекс маси тіла, окружність талії та інші показники (Vadzyuk S. N. et al., 2022). Таким чином, актуальним є вивчення антропометричних особливостей, зокрема поздовжніх розмірів тіла, у пацієнтів з кропив'янкою, оскільки це може допомогти виявити потенційні зв'язки між антропометрією та перебігом цього захворювання. Дослідження поздовжніх розмірів тіла у чоловіків та жінок, хворих на кропив'янку, може надати нові інсайти щодо впливу статевих та соматичних характеристик на клінічний перебіг цього

поширеного захворювання, що дозволить покращити підходи до його діагностики та лікування.

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

5. Джерела інформації: 1. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Kyrychenko, V. I., Glushak, A. A., Prokopenko, O. S., Ocheretna, O. L., & Gunas, I. V. (2024). Girth sizes of the body in Ukrainian men and women with various forms of urticaria. *Reports of Morphology*, 30(3), 15-24.

2. Aladwan, A. M. A., Dmytrenko, S. V., Smolko, D. G., Melnyk, T. V., & Gunas, I. V. (2024). Transverse body dimensions in Ukrainian men and women with various forms of urticaria. *World of Medicine and Biology*, 3(89), 7-12.

3. Aladwan, A. M. A. (2024). Peculiarities and sex differences of skinfold thickness in Ukrainian men and women with urticaria. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 28(3), 395-402.

4. Aladwan, A. M. A. (2024). *Features of longitudinal body dimensions in Ukrainian men and women with urticaria*. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference "Science in the modern world: innovations and challenges" (21-23 November 2024), Toronto (pp. 35-39). Perfect Publishing. Toronto, Canada.

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

Термін впровадження: квітень 2024 р. – грудень 2024 р.

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

8. Соціально-економічний ефект: покращення діагностики та лікування хворих на кропив'янку з урахуванням конституціональних особливостей організму.

Відповідальний за впровадження:

Начальник шкіряно-венерологічного відділення
військово-медичного клінічного
центру Центрального регіону
підполковник м/с



Ганна ГОРЧУК

Додаток В

Антропо-соматотипологічні відмінності між практично здоровими та хворими на гостру та хронічну кропив'янку легкого або тяжкого перебігу українськими чоловіками і/або жінками.

- ГК/ЛП – хворі на гостру кропив'янку легкого перебігу;
- ГК/ТП – хворі на гостру кропив'янку тяжкого перебігу;
- ХК/ЛП – хворі на хронічну кропив'янку легкого перебігу;
- ХК/ТП – хворі на хронічну кропив'янку 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);
- 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);
- EPPLR – 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);
- r – достовірність відмінностей між здоровими або хворими чоловіками та жінками;
- PNG – поперечний нижньогрудний діаметр (см);
- PSG – поперечний середньогрудний діаметр (см);
- $r_{ГК/ЛП - ГК/ТП}$ – достовірність відмінностей між хворими на ГК/ЛП та ГК/ТП;
- $r_{ГК/ЛП - ХК/ЛП}$ – достовірність відмінностей між хворими на ГК/ЛП та ХК/ЛП;
- $r_{ГК/ТП - ХК/ТП}$ – достовірність відмінностей між хворими на ГК/ТП та ХК/ТП;
- $r_{З-ГК/ЛП}$ – достовірність відмінностей між здоровими та хворими на ГК/ЛП;
- $r_{З-ГК/ТП}$ – достовірність відмінностей між здоровими та хворими на ГК/ТП;

$p_{з-хк/лп}$ – достовірність відмінностей між здоровими та хворими на ХК/ЛП;

$p_{з-хк/тп}$ – достовірність відмінностей між здоровими та хворими на ХК/ТП;

$p_{хк/лп-хк/тп}$ – достовірність відмінностей між хворими на ХК/ЛП та ХК/ТП;

SGK – передньо-задній середньогруднинний діаметр (см);

SPIN – міжостьова відстань (см);

TROCH – міжвертлюгова відстань (см);

W – маса тіла (кг).

Таблица В.1

Порівняння тотальних розмірів тіла між здоровими та хворими на кропів'янку чоловіками і/або жінками ($M \pm \sigma$).

[illegible]

Таблица В.2

Порівняння поздовжніх розмірів тіла між здоровими та хворими на кропів'янку чоловіками і/або жінками ($M \pm \sigma$).

Показники	Здорові	Хворі				p _{З-ГК/ЛП}	p _{З-ГК/ТП}	p _{З-ХК/ЛП}	p _{З-ХК/ТП}	p _{ГК/ЛП-ГК/ТП}	p _{ХК/ЛП-ХК/ТП}	p _{ГК/ЛП-ХК/ЛП}	p _{ГК/ТП-ХК/ТП}
		ГК/ЛП	ГК/ТП	ХК/ЛП	ХК/ТП								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
АТНД чол.	143,8± 6,1	146,5± 6,5	151,1± 6,3	146,1± 2,7	145,6± 5,9	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	=0,058
АТНД жін.	133,8± 5,9	139,8± 5,2	135,6± 6,3	139,1± 6,7	138,4± 6,1	<0,01	>0,05	<0,05	<0,05	=0,070	>0,05	>0,05	>0,05
p	<0,001	<0,05	<0,01	<0,01	<0,05								

