

ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ

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

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

Чаплик-Чижо Ірина Остапівна

УДК 611.01:616.5-002.3:572.511.3]-071.2(477.8)

### **ДИСЕРТАЦІЯ**

**КОНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ВІДМІННОСТІ МІЖ ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИМИ І  
ХВОРИМИ НА ПОДЕРМІІ ЧОЛОВІКАМИ ТА ЖІНКАМИ  
ЗАХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ**

14.03.01 – нормальна анатомія

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ І. О. Чаплик-Чижо

Науковий керівник: Матешук-Вацеба Леся Ростиславівна, доктор медичних наук, професор

Львів – 2018, Вінниця – 2018

## АНОТАЦІЯ

*Чаплик-Чижо І. О.* Конституціональні відмінності між практично здоровими і хворими на піодермії чоловіками та жінками Західного регіону України. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.03.01 «Нормальна анатомія» – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України, Вінниця, 2018.

На базі кафедр нормальної анатомії а також дерматології, венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького було проведено клінічне і антропологічне обстеження 45 хворих на піодермії чоловіків віком від 22 до 35 років, та 48 хворих на піодермії жінок віком від 21 до 35 років, а також 24 практично здорових чоловіків та 43 практично здорових жінок аналогічного віку, у третьому поколінні мешканців Західного регіону України. З бази даних науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова взяті первинні антропометричні показники 61 практично здорових чоловіків та 92 практично здорових жінок аналогічного віку, у третьому поколінні мешканців Тернопільської і Хмельницької областей України. Таким чином загальна група практично здорових чоловіків і жінок склала відповідно 85 і 135 мешканців із Західного регіону України.

Дотримуючись схеми, запропонованої Бунаком В. В., проведено антропометричне обстеження, яке містило в собі процедуру вимірювання довжини і маси тіла, поздовжніх, поперечних та обхватних розмірів, товщини шкірно-жирових складок. Оцінка соматотипу здійснювалась відповідно до математичної схеми за Хіт-Картером. Формули J. Matiegka слугували для визначення жирового, кісткового та м'язового компонентів маси тіла. Згідно метода американського інституту харчування, визначали м'язовий компонент.

У ліцензійному пакеті «STATISTICA 6.0» виконано статистичну обробку отриманих результатів із застосуванням параметричних та непараметричних

методів оцінки. Достовірність різниці значень між незалежними кількісними величинами при нормальному розподілі визначали за критерієм Стюдента, а в інших випадках за допомогою U-критерію Мана-Уїтні. Для розробки моделей можливості виникнення піодермій у чоловіків або жінок в залежності від антропо-соматотипологічних показників застосовували метод покрокового дискримінантного аналізу.

Вперше встановлені відмінності розподілу соматотипів між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками та жінками першого зрілого віку, мешканцями Західного регіону України. Визначено більший відсоток представників ендо-мезоморфного соматотипу у хворих на глибокі піодермії чоловіків (40,0%) порівняно зі здоровими чоловіками (14,1%); більший відсоток представниць мезоморфного соматотипу у хворих жінок загальної групи (54,2%) та з гострим перебігом піодермій (51,4%) порівняно зі здоровими жінками (34,8%), а також менший відсоток представниць екторморфного соматотипу у хворих на поверхневі піодермії жінок (4,3%) порівняно зі здоровими (20,0%) та хворими на хронічні піодермії жінками (27,3%).

Вперше встановлені відмінності антропометричних показників, компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла між чоловіками або жінками: здоровими та хворими на піодермії; здоровими та хворими на поверхневі й глибокі піодермії, що протікають гостро, або хронічні піодермії; хворими на різні форми піодермій.

Доведено, що у хворих на хронічні піодермії чоловіків, в більшості випадків, встановлені менші значення поперечних середньо- та нижньогруднинного розмірів грудної клітки і товщини шкірно-жирових складок, ендо- й мезоморфного компонентів соматотипу та кісткового й жирового компонентів маси тіла, ніж у чоловіків хворих на гострі піодермії та, окремо, на поверхневі й глибокі. У хворих на хронічні піодермії жінок, в більшості випадків, встановлені менші значення тотальних, більшості обхватних розмірів кінцівок, половини поперечних розмірів таза, ширини дистальних епіфізів плеча та стегна, м'язового (за формулами Матейка й американського інституту харчування) та

кісткового компонентів маси тіла, ніж у жінок хворих на глибокі піодермії. Також у хворих на хронічні піодермії жінок встановлена більша відсоткова частка представниць екоморфного соматотипу (27,3%), ніж у хворих на поверхневі піодермії (4,3%).

Встановлені виражені прояви статевого диморфізму антропометричних і показників компонентного складу маси тіла як у здорових, так і у хворих на різні форми піодермій. У здорових і хворих чоловіків, у більшості випадків, спостерігаються більші значення тотальних, поздовжніх розмірів тіла, поперечних розмірів тулуба, ширини дистальних епіфізів кінцівок і більшості обхватних розмірів тіла, а також м'язового та кісткового компонентів маси тіла. Також встановлено, що здорові чоловіки екто-мезоморфного (16,5%) та мезоморфного (47,1%) соматотипів мають більшу частоту порівняно із здоровими жінками аналогічних соматотипів (відповідно 3,0% і 34,8%); а здорові жінки ендоморфного (8,1 %) та середнього проміжного (17,0%) соматотипів мають більшу частоту, ніж у здорових чоловіків аналогічних соматотипів (відповідно 1,2% і 4,7%).

Розроблені дискримінантні моделі можливості виникнення та особливостей перебігу піодермій у чоловіків і жінок Західного регіону України в залежності від антропометричних, соматотипологічних і показників компонентного складу маси тіла допоможуть практичним лікарям більш коректно прогнозувати можливий ризик виникнення та особливості перебігу даного захворювання. Це, в свою чергу, дозволить сформувати диспансерні групи та проводити ранні профілактичні заходи стосовно попередження виникнення піодермій. На основі побудованих дискримінантних моделей (Патент на корисну модель № 112063; Патент на корисну модель № 115237) розроблена комп'ютерна програма (отримано авторське свідоцтво на твір № 67709), що дозволяє коректно і швидко враховувати особливості перебігу даного захворювання у чоловіків і жінок Західного регіону України в залежності від особливостей будови й розмірів тіла.

Вперше в побудованих за допомогою дискримінантного аналізу математичних моделях можливості захворювання та особливостей перебігу піодермій

у чоловіків і жінок Західного регіону України в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла, встановлено, що рівень дискримінації вищий в моделях особливостей перебігу піодермій (у чоловіків – коректність від 66,7% до 84,6% випадків при різних формах дерматозу; статистика Уїлкса лямбда = 0,416;  $p < 0,001$ ; у жінок – коректність від 45,5% до 91,3% випадків при різних формах дерматозу; статистика Уїлкса лямбда = 0,386;  $p < 0,001$ ), ніж у моделях можливості виникнення захворювання (у чоловіків – статистика Уїлкса лямбда = 0,618;  $F = 11,6$ ;  $p < 0,001$ ; коректність при практичній перевірці у 45,0% випадків; у жінок – статистика Уїлкса лямбда = 0,646;  $F = 11,5$ ;  $p < 0,001$ ; коректність при практичній перевірці у 50,0% випадків). При аналізі входження до моделей антропометричних, соматотипологічних і показників компонентного складу маси тіла, а також їх найбільшого внеску у дискримінацію, у більшості випадків, встановлені виражені статеві розбіжності, а також розбіжності між моделями можливості виникнення захворювання та особливостями його перебігу.

Встановлені індивідуально-типологічні особливості досліджуваних і проведений дискримінантний аналіз відображають особливості клінічних проявів піодермій, дозволяють виділити групи ризику та спрогнозувати важкість їх перебігу. Зазначене вище представляє великий інтерес для практичної медицини, як в профілактиці піодермій, так і для рекомендацій у проведенні корекційно-оздоровчих заходів, спрямованих на лікування та відновлення порушених функцій шкіри.

**Ключові слова:** : антропометрія, соматотип, здорові чоловіки та жінки Західного регіону України, хворі на різні форми піодермій.

## ANNOTATION

*Chaplyk-Chyzho I. O.* Constitutional differences between practically healthy and sick with pyoderma men and women of the Western region of Ukraine. – Qualifying scientific work on the manuscript rights.

Dissertation for obtaining scientific degree of Candidate of Medical Sciences,

specialty 14.03.01 «Normal anatomy». – Danylo Halytsky Lviv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, National Pirogov Memorial Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Vinnytsya, 2018.

On the basis of departments of polyclinics, family medicine and dermatology, venereology, and also normal anatomy of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University, a clinical and anthropological examination of 45 patients with pyoderma was conducted for men aged from 22 to 35 years old, and 48 patients with pyoderma women aged from 21 to 35 years old, as well as 24 practically healthy men and 43 practically healthy women of the same age, in the third generation residents of the Western region of Ukraine. From the database of the Research center of the National Pirogov Memorial Medical University taken primary anthropometric indicators of 61 practically healthy men and 92 practically healthy women of the same age, in the third generation of residents of Ternopil and Khmelnytsky region of Ukraine. Thus, the general group of practically healthy men and women was respectively 85 and 135 inhabitants from the Western regions of Ukraine.

Following the scheme proposed by V.V. Bunak, an anthropometric survey was carried out, which included a procedure of measuring the length and weight of the body, longitudinal, transverse and circumferential dimensions, thickness of skin and fat folds. The evaluation of the somatotype was carried out in accordance with the mathematical scheme of the Hit-Carter. Formulas J. Matiegka served to determine the fat, bone and muscle mass of the body. According to the American Institute of Nutrition method, the muscle component was determined.

In the license package "STATISTICA 6.0", the statistical processing of the results obtained using parametric and non-parametric estimation methods was performed. The reliability of the difference in values between independent quantitative values in normal distribution was determined by Student's criterion, and in other cases by the Man-Whitney U-criterion. To develop models for the occurrence of pyoderma in men or women, depending on the anthro-somatotopological indicators, a stepwise discriminant analysis method was used.

For the first time, differences were found between the distribution of somato-

types between healthy and patients with different forms of pyoderma by men or women of the first mature age, inhabitants of the Western region of Ukraine. A higher percentage of endo-mesomorphic somatotype in patients with deep piodermia males was detected (40.0%) compared with healthy men (14.1%); a higher percentage of mesomorphic somatotype in patients women of general group (54.2%) and with acute pyoderma (51.4%) compared with healthy women (34.8%), as well as a lower percentage of ectomorphic somatotype in patients with superficial pyoderma women (4.3%) compared to healthy (20.0%) and patients women with chronic pyoderma (27.3%).

The differences between the anthropometric indices, components of the somatotype and the components of the body composition of the body between men or women are first established: healthy and patients with pyoderma; healthy and patients with superficial and deep pyoderma, which is acute, or chronic pyoderma; patients with various forms of pyoderma.

It has been shown that in patients with chronic pyoderma men, in the majority of cases, lower values of the transverse mid- and lower thoracic dimensions and thickness of skin and fat folds, endo- and mesomorphic components of the somatotype and bone and fat mass of the body were determined, than that of male patients with acute pyoderma and, separately, on the surface and deep. In patients with chronic pyoderma women, in most cases, smaller values of the total, the majority of the circumference of the limbs, half of the transverse pelvis size, the width of the distal epiphyses of the shoulder and thigh, muscular (according to the Mateik and American Institute of Nutrition formulas) and bone components of the body mass are set, than in women suffering from deep pyoderma. Also, patients with chronic piodermia women have a higher percentage of ectomorphic somatotype (27.3%) than patients with superficial pyoderma (4.3%).

Established pronounced manifestations of sexual dimorphism of anthropometric and indicators of the component composition of body mass in both healthy and patients with various forms of pyoderma. In healthy and sick men, in most cases larger values of total, longitudinal body sizes, transverse sizes of the body, width of

distal epiphyses of long tubular limb bones and most of the covering body sizes, as well as muscle and bone components of body weight, are observed. It was also found that healthy men of ecto-mesomorphic (16.5%) and mesomorphic (47.1%) somatotypes have a higher frequency compared with healthy women of similar somatotypes (3.0% and 34.8% respectively); and healthy women with endomorphic (8.1%) and mean intermediate (17.0%) somatotypes have a higher frequency than healthy men of similar somatotypes (1.2% and 4.7% respectively).

Developed discriminant models of the possibility of occurrence and peculiarities of the course of pyoderma in men and women of the Western region of Ukraine, depending on the anthropometric, somatotypological and components of the body composition, will make available to practitioners to better predict the possible risk of occurrence and peculiarities of the course of the disease. This, in turn, will allow the formation of dispensary groups and early preventive measures to prevent pyoderma. Based on the constructed discriminant models (Patent for Utility Model No. 112063; Patent for Utility Model No. 115237), a computer program was developed (obtained the author's certificate on the work No. 67709), which allows correctly and quickly calculate features of the course of this disease in men and women of the Western region of Ukraine, depending on the peculiarities of the structure and size of the body.

For the first time, based on the discriminatory analysis of mathematical models, the possibility of disease and peculiarities of the pyoderma in men and women of the Western region of Ukraine, depending on the peculiarities of the constitutional parameters of the body, has been established that the level of discrimination is higher in models of peculiarities of piodermia (in men, the correctness is from 66,7% to 84,6% of cases in different forms of dermatosis, Wilkes lambda statistics = 0,416;  $p < 0,001$ ; in women - correctness from 45.5% to 91.3% in cases with various forms of dermatosis; Wilkes statistics lambda = 0,386;  $p < 0,001$ ) than in the models of the possibility of disease occurrence (in men - Wilkes lambda statistics = 0,618;  $F = 11,6$ ;  $p < 0,001$ ; correctness in practical examination in 45,0% of cases; in women - Wilkes lambda statistics = 0,646;  $F = 11,5$ ;  $p < 0,001$ ; correctness in practical examination in



50,0% of cases). In analyzing the entry into the models of anthropometric, somatotypological and indicators of the components of the body weight, as well as their largest contribution to discrimination, in most cases, expressed sexual differences, as well as differences between models of the possibility of occurrence of the disease and the peculiarities of its course.

The established individual-typological features of the investigated and carried out discriminatory analysis reflect the peculiarities of clinical manifestations of pyoderma, allow to identify risk groups and predict the severity of their course. The above make great interest to practical medicine, both in the prevention of pyoderma, and for recommendations in conducting corrective and recreational measures aimed at the treatment and restoration of impaired functions of the skin.

**Keywords:** anthropometry, somatotype, healthy men and women of the Western region of Ukraine, patients with different forms of pyodermas.

### **Список публікацій здобувача за темою дисертації:**

**Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:**

1. Чаплик-Чижо І.О. Особливості тотальних, поздовжніх розмірів тіла і ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок / І.О. Чаплик-Чижо // Світ медицини та біології. – 2015. – № 4. – С. 79-81.

2. Чаплик-Чижо І. О. Відмінності поперечних розмірів тіла між здоровими та хворими на піодермії чоловіками та жінками / І.О. Чаплик-Чижо // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2015. – № 25. – С. 85-87.

3. Кривко Ю.Я. Розбіжності обхватних розмірів тіла між здоровими та хворими на піодермії чоловіками та жінками / Ю.Я. Кривко, І.О. Чаплик-Чижо // Світ медицини та біології. – 2016. – № 1. – С. 53-55.

4. Чаплик-Чижо І. О. Відмінності товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими на піодермії чоловіками і жінками / І.О. Чаплик-Чижо // Вісник проблем біології і медицини. – 2016. – Том 1, Вип. 2. – С. 121-125.

5. Кривко Ю. Я. Особливості антропометричних показників у чоловіків і жінок Західного регіону України хворих на поверхневі та глибокі гострі піодермії / Ю.Я. Кривко, І.О. Чаплик-Чижо, С.Т. Чернокульський // Вісник морфології. – 2016. – Т. 22, № 1. – С. 125-127.

6. Кривко Ю.Я. Відмінності антропометричних показників між здоровими та хворими на хронічні піодермії чоловіками та жінками Західного регіону України / Ю.Я. Кривко, І.О. Чаплик-Чижо // Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина». – 2016. – випуск 1 (53). – С. 21-23.

7. Кривко Ю.Я. Особливості розподілу соматотипів у здорових і хворих на гострі та хронічні піодермії чоловіків і жінок Західного регіону України / Ю.Я. Кривко, І.О. Чаплик-Чижо // Вісник проблем біології і медицини. – 2016. – Вип. 3. – С. 201-206.

8. Чаплик-Чижо І.О. Розбіжності компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла між здоровими та хворими на гострі й хронічні піодермії чоловіками і жінками / І.О. Чаплик-Чижо // Вісник морфології. – 2016. – Т. 22, № 2. – С. 98-102.

9. Чаплик-Чижо І.О. Моделювання за допомогою дискримінантного аналізу можливості захворювання на піодермії чоловіків і жінок в залежності від особливостей будови та розмірів тіла / І.О. Чаплик-Чижо // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2016. – № 26. – С. 68-71.

10. Simulation using discriminant analysis the course of pyoderma in men and women of western region of Ukraine depending on the characteristics of constitutional parameters of body / Yu.Ya. Kryvko, I.V. Gunas, R.S. Vastyanov, I.O. Chaplyk-Chyzo // Journal of Education, Health and Sport. – 2016. – Vol. 6, № 6. – P. 599-605.

11. Mateshuk-Vatseba L.R. The most pronounced constitutional differences between healthy and sick with pyoderma in men or women in the western region of Ukraine / L.R. Mateshuk-Vatseba, I.O. Chaplyk-Chyzo // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2018. – № 30. – P. 50-55.

12. Чаплик-Чижо І.О. Значення деяких антропометричних показників у розвитку та перебігу піодермій / І.О. Чаплик-Чижо // Журнал дерматовенеро-

логії та косметології ім. М.О. Торсуєва. – 2015. – № 1-2. – С. 47-49.

13. Чаплик-Чижо І.О. Перспективи застосування антропометричних і соматотипологічних методів дослідження у превентивній діагностиці, прогнозуванні перебігу та профілактиці піодермій / І.О. Чаплик-Чижо // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2015. – № 2. – С. 94-100.

14. Патент на корисну модель № 112063 Україна, МПК А61В 10/00. Спосіб прогнозування ризику виникнення піодермій у чоловіків та жінок із застосуванням антропометричних, соматотипологічних показників і показників компонентного складу маси тіла / Чаплик-Чижо І.О., Сизон О.О., Чайковська С.Ю., Білинська О.А., Бабак І.Д., заявник та патентовласник Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. – № u201610303; заявл. 10.10.16; опубл. 25.11.16, Бюл. № 22.

15. Патент на корисну модель № 115237 Україна, МПК А61В 10/00. Спосіб прогнозування розвитку клінічних форм піодермій у чоловіків та жінок та їх перебігу в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла / Чаплик-Чижо І.О., Сизон О.О., Чайковська С.Ю., Возняк І.Я., Дашко М.О., Асцатуров Г.Є., заявник та патентовласник Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. – № u201610463; заявл. 17.10.16; опубл. 10.04.17, Бюл. № 7.

16. Чаплик-Чижо І.О. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №67709 Комп'ютерна програма для прогнозування можливості захворювання на піодермії "PyodermaTest" / І.О. Чаплик-Чижо, М.П. Костенко – 09.09.2016.

#### **Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:**

17. Чаплик-Чижо І.О. Відмінності товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими на піодермії / І.О. Чаплик-Чижо, М.О. Дашко // Програма та матеріали регіональної науково-практичної конференції "Святогірські дерматологічні дні: сучасні аспекти діагностики, лікування, профілактики дерматозів та інфекцій, що передаються статевим шляхом" 12-13 травня 2016р., м. Святогірськ, Україна – С. 37-38.

18. Чаплик-Чижо І.О. Прояви статевого диморфізму антропосоматотипологічних показників у хворих на піодермії мешканців західних регіонів України першого зрілого віку / І.О. Чаплик-Чижо // Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції "Вплив науково-технічного процесу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення" (8-9 липня 2016 року м. Київ). – Київ, 2016. – С. 57-59.

19. Особливості деяких антропометричних показників у хворих на піодермії / О.А. Білинська, І.О. Чаплик-Чижо, І.Д. Бабак, М.О. Дашко // Дерматологія, косметологія, сексопатологія. – 2016. – № 1-2 (3). – С. 86.

20. Чаплик-Чижо І.О. Статевий диморфізм компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла у хворих на гості та хронічні піодермії / І. О. Чаплик-Чижо // Збірник тез наукових робіт "Сучасна медицина: актуальні проблеми, шляхи вирішення та перспективи розвитку" (12-13 серпня 2016 року м. Одеса). – Одеса, 2016. – С. 89-92.

21. Чаплик-Чижо І.О. Статеві розбіжності антропометричних показників у хворих на поверхневі, глибокі та хронічні піодермії / І.О. Чаплик-Чижо // Збірник матеріалів науково-практичної конференції "Медична наука та практика: виклики і сьогодення" (26-27 серпня 2016 року м. Львів). – Львів, 2016. – С. 101-103.

22. Чаплик-Чижо І.О. Статеві відмінності обхватних розмірів тіла у мешканців західних регіонів України хворих на піодермії / І.О. Чаплик-Чижо, І.Я. Возняк, О.А. Білинська, І.Д. Бабак // Збірник наукових праць "Сучасні проблеми дерматовенерології, косметології та управління охороною здоров'я" (24 квітня 2017 року, м. Харків). – Харків, 2017. – Вип.14. – С. 152-153.

## ЗМІСТ

	стор.
<b>АНОТАЦІЯ</b>	2
<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ</b>	15
<b>ВСТУП</b>	16
<b>РОЗДІЛ 1 КОНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ, ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ І ДЕРМАТОЗІВ ЗОКРЕМА (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)</b>	23
1.1. Роль конституції у прогнозуванні мультифакторних захворювань	23
1.2. Значення антропогенетичних факторів у розвитку захворювань шкіри	30
<b>РОЗДІЛ 2 ЗАГАЛЬНА МЕТОДИКА І ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ</b>	40
2.1. Загальна методика і об'єкти дослідження	40
2.2. Методи дослідження	42
2.2.1. Антропометричні.	42
2.2.2. Соматотипологічні.	46
2.2.3. Статистичні.	49
<b>РОЗДІЛ 3 ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЗДОРОВИХ ТА ХВОРИХ НА ПОДЕРМІЇ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК</b>	50
<b>РОЗДІЛ 4 ОСОБЛИВОСТІ СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ТА ПОКАЗНИКІВ КОМПОНЕНТНОГО СКЛАДУ МАСИ ТІЛА У ЗДОРОВИХ ТА ХВОРИХ НА ПОДЕРМІЇ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК</b>	89

<b>РОЗДІЛ 5 ДИСКРИМІНАНТНІ МОДЕЛІ МОЖЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ПІОДЕРМІЙ У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОКАЗНИКІВ БУДОВИ ТА РОЗМІРІВ ТІЛА</b>	100
5.1. Моделювання можливості захворювання на піодермії	100
5.2. Моделювання особливостей перебігу піодермій	105
<b>АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ</b>	111
<b>ВИСНОВКИ</b>	138
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	141
<b>ДОДАТКИ</b>	171

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,  
СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ**

AIX – Американський інститут харчування

ТШЖС – товщина шкірно-жирової складки

ЩДЕ – ширина дистальних епіфізів

ЖК – жировий компонент

МК – м'язевий компонент

КК – кістковий компонент

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Зміна фундаментальних уявлень щодо медичної науки у зв'язку з появою нової концепції мультифакторності соматичних захворювань зумовила необхідність вивчення особливостей процесу адаптації людини, який в умовах сучасності передбачає великий розмах мінливості [12, 69]. Так, для оцінки стану здоров'я певної особи, необхідно мати уявлення про ті показники, які можуть вважатися нормальними саме для неї [36, 78, 79, 131, 205].

Для розробки клінічних стандартів враховуються всі можливі варіанти конституційної, анатомічної і індивідуальної мінливості [100, 140, 160]. Визначення індивідуальної норми, морфологічного нормативу потребує вивчення набору діагностичних ознак і зв'язків між ними, на підставі чого можна здійснити кількісний аналіз та сформувані основи кількісної (математичної) нормології [2, 3, 18, 19, 35, 80, 161, 233, 241, 243].

Антропологічний підхід в оцінці стану здоров'я і схильності до певної патології неодноразово обґрунтовував своє науково-практичне значення. Вивчення антропометричних і соматотипологічних даних з метою визначення стандартів та індексів, вікової динаміки, гендерних і конституціональних особливостей будови органів і перебігу процесів як у нормі, так і при патології є важливим етапом антропологічного дослідження [12, 20, 34, 62, 63, 203, 235, 244, 245]. Крім того, застосування антропометричних методів дозволяє вивчити біологічні особливості організму досліджуваного, оцінити, спрогнозувати особливості перебігу багатьох захворювань і цілеспрямовано сформувані їх групи ризику [81, 104, 127, 190, 204].

У руслі даного питання захворювання шкіри не є виключенням. Шкіра виконує велику кількість функцій і є об'єктивним індикатором загального стану організму, тобто має значну кількість морфофункціональних зв'язків з усіма органами і системами [9, 110, 120, 220]. І, як більшість іншої соматичної пато-



логії, дерматози є лише одним із прикладів мультифакторних захворювань [44, 177, 185, 189, 216].

Вищевикладене обумовлює актуальність порівняльного вивчення антропосоматотипологічних особливостей здорових досліджуваних і досліджуваних, які страждають на різні форми захворювання шкіри (піодермії), аналогічного вікового періоду з метою формування груп ризику стосовно виникнення даної патології.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Тема дисертації затверджена вченою радою медичного факультету факультету Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол № 4 від 19 грудня 2017 р.). Робота є фрагментом наукової тематики кафедр нормальної анатомії та оперативної хірургії з топографічною анатомією Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького “Структурна організація, ангіоархітектоніка та антропометричні особливості органів у внутрішньо- та позаутробному періодах розвитку, за умов екзо- та ендопатогенних факторів” (№ державної реєстрації: 0115U000041). У її виконанні автору належать результати щодо антропосоматотипологічних показників у здорових і хворих на піодермії чоловіків та жінок, що слугувало підґрунтям дисертаційної роботи.

**Мета дослідження.** Встановлення відмінностей антропометричних, соматотипологічних параметрів і показників компонентного складу маси тіла у практично здорових і хворих на піодермії чоловіків і жінок Західного регіону України.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчити відмінності антропометричних, соматотипологічних параметрів і показників компонентного складу маси тіла між практично здоровими та хворими на піодермії чоловіками першого зрілого віку мешканцями Західного регіону України.

2. Дослідити відмінності антропометричних, соматотипологічних параметрів і показників компонентного складу маси тіла між практично здоровими

та хворими на піодермії жінками першого зрілого віку мешканками Західного регіону України.

3. Встановити відмінності антропометричних, соматотипологічних параметрів і показників компонентного складу маси тіла між чоловіками хворими на гострі та хронічні піодермії.

4. Вивчити відмінності антропометричних, соматотипологічних параметрів і показників компонентного складу маси тіла між жінками хворими на гострі та хронічні піодермії.

5. Вивчити статеві розбіжності антропометричних, соматотипологічних параметрів і показників компонентного складу маси тіла між здоровими або між хворими на піодермії чоловіками і жінками.

6. Розробити дискримінантні моделі ризику виникнення піодермії у чоловіків і жінок першого зрілого віку мешканців Західного регіону України, з урахуванням конституціональних параметрів тіла.

7. Розробити дискримінантні моделі особливостей перебігу піодермії у чоловіків і жінок першого зрілого віку мешканців Західного регіону України, з урахуванням конституціональних параметрів тіла.

*Об'єкт дослідження* – конституціональні особливості здорових та хворих на піодермії.

*Предмет дослідження* – антропометричні, соматотипологічні параметри та показники компонентного складу маси тіла у здорових і хворих на піодермії чоловіків і жінок першого зрілого віку мешканців Західного регіону України.

*Методи дослідження:* антропометричні та соматотипологічні – для встановлення особливостей будови та розмірів тіла; статистичні – для статистичної обробки отриманих результатів та побудови дискримінантних моделей.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Уперше встановлені відмінності розподілу соматотипів між здоровими та хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками першого зрілого віку, мешканцями Західного регіону України. Визначено більший відсоток представників ендомезоморфного соматотипу у хворих на глибокі піодермії чоловіків порівняно

зі здоровими чоловіками; більший відсоток представниць мезоморфного соматотипу у хворих жінок загальної групи та з гострим перебігом піодермій порівняно зі здоровими жінками, а також менший відсоток представниць екоморфного соматотипу у хворих на поверхневі піодермії жінок порівняно зі здоровими та хворими на хронічні піодермії жінками.

Уперше встановлені відмінності антропометричних показників, компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла між чоловіками або жінками: здоровими та хворими на піодермії; здоровими та хворими на поверхневі й глибокі піодермії, що мають гострий перебіг, або хронічні піодермії; хворими на різні форми піодермій. Доведено, що більшість відмінностей антропометричних показників у чоловіків стосується товщини шкірно-жирових складок (ТШЖС); а у жінок – тотальних, поперечних і обхватних розмірів тіла, а також ширини дистальних епіфізів (ШДЕ) кінцівок. Як у чоловіків, так і у жінок у більшості випадків більші значення вказаних показників встановлені у хворих загальних груп, із гострим перебігом дерматозів та, окремо, з поверхневими й глибокими піодерміями, ніж у здорових і хворих на хронічні піодермії чоловіків або жінок.

Встановлені виражені прояви статевого диморфізму антропометричних і показників компонентного складу маси тіла як у здорових, так і у хворих на різні форми піодермій. У здорових і хворих чоловіків, у більшості випадків, спостерігаються більші значення тотальних, поздовжніх розмірів тіла, поперечних розмірів тулуба, ШДЕ кінцівок і більшості обхватних розмірів тіла, а також м'язового та кісткового компонентів маси тіла.

Уперше в побудованих за допомогою дискримінантного аналізу математичних моделях можливості розвитку та особливостей перебігу піодермій у чоловіків і жінок Західного регіону України залежно від особливостей конституціональних параметрів тіла, встановлено, що рівень дискримінації вищий у моделях особливостей перебігу піодермій, ніж у моделях можливості їх виникнення. При аналізі входження до моделей антропометричних, соматотипологічних і показників компонентного складу маси тіла, а також їх найбільшого

внеску у дискримінацію, у більшості випадків, встановлені виражені статеві розбіжності та відмінності між моделями можливості розвитку захворювання та особливостями його перебігу.

**Практичне значення одержаних результатів.** Розроблені дискримінантні моделі можливості виникнення та особливостей перебігу піодермій у чоловіків і жінок Західного регіону України залежно від антропометричних, соматотипологічних і показників компонентного складу маси тіла допоможуть практичним лікарям більш коректно прогнозувати можливий ризик виникнення та особливості перебігу даного захворювання. Це, в свою чергу, дозволить сформувати диспансерні групи та проводити ранні профілактичні заходи стосовно попередження виникнення піодермій. На основі побудованих дискримінантних моделей (Патент на корисну модель № 112063; Патент на корисну модель № 115237) розроблена комп'ютерна програма (отримано авторське свідоцтво на твір № 67709), що дозволяє коректно і швидко вираховувати особливості перебігу піодермій у чоловіків і жінок Західного регіону України в залежності від особливостей будови й розмірів тіла.

Основні положення та висновки дисертаційної роботи впроваджені в наукову роботу кафедр нормальної анатомії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (затв. 27 січня 2017 р.); кафедри оперативної хірургії з топографічною анатомією Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (затв. 15 квітня 2016 р.); анатомії людини Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова (затв. 18 березня 2016 р.); анатомії людини ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського» (затв. 2 лютого 2016 р.); анатомії людини та гістології медичного факультету Ужгородського національного університету (затв. 25 квітня 2016 р.); кафедри оперативної хірургії та топографічної анатомії Харківського національного медичного університету (затв. 30 березня 2016 р.); кафедри анатомії людини, оперативної хірургії та топографічної анатомії Запорізького державного медичного університету (затв. 21 квітня 2016 р.); кафедри анатомії людини імені М. Г. Туркевича

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» (затв. 31 березня 2016 р.), Самбірського медичного коледжу (затв. 29 квітня 2016 р.), а також у практичній діяльності лікарів Львівського шкірно-венерологічного диспансеру (затв. 18 січня 2016 р.).

**Особистий внесок здобувача.** Дисертація є самостійною науковою працею здобувача. Дисертантом здійснено розробку основних теоретичних і практичних положень проведеного дослідження. Автором самостійно проведені антропометричні вимірювання у хворих на піодермії та частини практично здорових чоловіків і жінок Західного регіону України та статистичний аналіз отриманих даних із наступною побудовою дискримінантних моделей; написаний аналітичний огляд літератури та усі розділи власних досліджень. Разом із науковим керівником проведений аналіз та узагальнення результатів роботи, а також сформульовані висновки. Частина результатів, що стосуються первинних антропо-соматотипологічних показників у здорових чоловіків і жінок, отримана з банку даних науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (у рамках договору про наукову співпрацю між кафедрою нормальної анатомії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та науково-дослідним центром Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова). У спільних статтях не були використані ідеї та результати роботи співавторів. В опублікованому свідоцтві про реєстрацію авторського права на твір (№ 67709) дисертанту належать результати моделювання за допомогою дискримінантного аналізу, на основі яких науковим співробітником науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова Костенком М. П. створена комп'ютерна програма.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертаційного дослідження були викладені та обговорені на: Всеукраїнській Таврійській науково-практичній конференції за участю міжнародних спеціалістів «Сучасні технології в рішенні організованих, епідеміологічних, клінічних та діагностичних задач дерматовенерології» (4-5 червня 2015 р., м. Херсон); науково-

практичній конференції за участі міжнародних спеціалістів «Індивідуальна анатомічна мінливість органів, систем, тканин людини та її значення для практичної медицини і стоматології» (19-20 травня 2016 р., м. Полтава); Регіональній науково-практичній конференції «Святогірські дерматологічні дні: сучасні аспекти діагностики, лікування, профілактики дерматозів та інфекцій, що передаються статевим шляхом» (12-13 травня 2016 р., м. Святогірськ); Міжнародній науково-практичній конференції «Вплив науково-технічного процесу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення» (8-9 липня 2016 р., м. Київ); науково-практичній конференції «Медична наука та практика: виклики і сьогодення» (26-27 серпня 2016 р., м. Львів); науково-практичній конференції дерматологів Львівської області (м. Львів, 16 листопада 2016 р.); науково-практичній конференції «Сучасні проблеми дерматовенерології, косметології та управління охороною здоров'я (24 квітня 2017 р., м. Харків).

**Публікації.** За матеріалами дисертаційного дослідження опубліковано 22 наукові роботи (з них 9 самостійних). 12 статей опубліковано в рекомендованих фахових наукових виданнях (серед яких 5 входять до переліку міжнародних наукометричних баз, 2 з яких – до бази Web of Science). 1 стаття опублікована в закордонному фаховому журналі (Польща). Отримано два патенти на корисні моделі та авторське свідоцтво на твір.

**Структура і обсяг дисертації.** Матеріали дисертації викладено українською мовою на 244 сторінках машинопису, з яких 114 сторінок основного тексту. Робота складається з анотації, переліку умовних скорочень, вступу, огляду літератури, загальної методики й основних методів дослідження, двох розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків, списку використаних літературних джерел (175 – кирилицею, 78 – латиницею), а також трьох додатків. Дисертація ілюстрована 54 рисунками, містить 67 таблиць.

## РОЗДІЛ 1

### КОНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ І ДЕРМАТОЗІВ ЗОКРЕМА (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

#### 1.1. Роль конституції у прогнозуванні мультифакторіальних захворювань

Однією з найважливіших проблем сучасної медицини є індивідуалізація програм діагностики, лікування, профілактики захворювань та реабілітації хворих. Успішність її вирішення багато в чому визначається тим, наскільки повно, системно будуть охарактеризовані соматична і психічна складові індивідуальності людини з урахуванням усього комплексу біологічних і психічних чинників, які здійснюють вплив на її здоров'я [69, 96, 100].

Важко оцінити весь спектр індивідуальних властивостей, але один з оптимальних варіантів реалізації такого підходу – облік типологічних соматичних конституціональних відмінностей, які виконують прогностичну функцію [30, 100, 105, 107, 130, 133, 158, 159, 162, 179]. Структура конституції така, що кожна окрема її ознака має здатність відображати загальні для певного типу конституції стан реактивності й процесів росту [69, 113-116, 138, 163, 164].

У своєму складі конституцію поділяють на загальну та спеціальну. Першу визначають як її генотип, а спеціальну – як її фенотипічні прояви в межах організму, окремої анатомо-функціональної системи, органа, тканини та внутрішньоклітинних мікроструктур і психічної сфери людини [69].

Для вирішення медичних проблем продовження життя, збереження здоров'я, попередження та лікування хвороб, потрібні знання про конституцію конкретної особи з визначенням спадково-генеалогічного фону, її онтогенетичної динаміки розвитку, яка містить в собі темпи росту та дозрівання, відносної синхронізації формування різних соматичних і психічних ознак, нюансів

сімейного виховання, соціокультурних умов життя та етнічної приналежності. При дотриманні зазначеної послідовності в науково-дослідній або клініко-практичній стратегії значно розширюється фокус терапевтичного підходу, який дає можливість побачити пацієнта, а не хворобу, а також спланувати рівень превентивних заходів і необхідність лікувального втручання, яке дотримується запитів біомедичної та клінічної антропології [121, 224].

Так, в роботах кардіологів в галузі клінічної антропології визначено особливості клінічного перебігу інфаркту міокарда у осіб різних соматотипів і розвитку гіпертрофії лівого шлуночка в ранньому та пізньому постінфарктному періоді. Встановлено, що серед жінок, хворих на інфаркт міокарда, найчастіше зустрічаються представниці мегалосомного соматотипа, а серед чоловіків – черевного, м'язового та невизначеного соматотипів. Найбільша частота проникаючого (трансмурального) інфаркту міокарда встановлена у досліджуваних черевного та невизначеного соматотипів [102, 111].

Найвищу частоту інфаркту встановлено для чоловіків черевного соматотипа та жінок мезосомного соматотипа. У жінок лептосомного соматотипа інфаркт міокарда частіше розвивається без зубця Q на передній стінці лівого шлуночка. У чоловіків з переднім розміщенням інфаркту міокарда відмічається більша відсоткова доля осіб м'язового соматотипа. Для жінок з мегалосомним соматотипом притаманна більш висока частота інфаркту міокарда задньої локалізації. В підгострому періоді інфаркту міокарда у хворих грудного соматотипа реєструються найнижчі показники загального холестерину та індексу атерогеності, а у чоловіків м'язового та черевного соматотипів – найвищі аналогічні показники. Через рік після інфаркту міокарда у чоловіків м'язового соматотипу частіше спостерігається потовщення (гіпертрофія) лівого шлуночка та рідше – регресія гіпертрофії лівого шлуночка [111].

Серед пацієнтів, у яких поєднується артеріальна гіпертензія з гіперурикемією достовірно частіше зустрічаються особи з м'язовим соматотипом. У осіб невизначеного соматотипу відмічались найвищі значення маси міокарда та його концентричний варіант гіпертрофії. У осіб грудного типу конституції



найчастіше реєструвався ексцентричний варіант гіпертрофії зазначеного шлуночка. При оцінці комплексу антропометричних ознак, що враховує розвиток трьох компонентів маси тіла визначено, що у чоловіків, які страждають на серцеву недостатність переважаючим є мускульний тип конституції. Даному типу конституції властивий середній рівень жирового (ЖК) та значний розвиток кісткового (КК) і м'язового компонентів (МК) маси тіла. Серед хворих жінок переважають особи з еуріпластичним типом конституції (виражене відкладення жиру на фоні атлетичного типу будови м'язів і скелета) [192].

Б.А. Никитюк та А.В. Хапалюк [95] зазначили, що конституційна дисоціація у вигляді ознак пренатального пришвидшеного онтогенезу (наявність завитків) і постнатального його сповільнення (астенічність соматотипу) переводять в протилежний нормальному стан ліпідно-гормонального обміну у хворих на ішемічну хворобу серця, підвищуючи витрати організму. Ішемічна хвороба серця перебігає тим сприятливіше, чим більш типовий характер має відповідна форма патологічної конституції у носія даної патології. І, навпаки, чим більш значущими є відхилення від типової патоконституціональної форми, тим більш злоякісний перебіг захворювання.

Хвороби органів травлення займають одне з провідних місць в практичній медицині. Саме тому, кількість робіт, виконаних на стику антропології та гастроентерології найбільша [8, 55, 47-50, 106, 112].

Так у дослідженнях Загромової Т.А. зі співавт. [55] у пацієнтів із виразкою дванадцятипалої кишки встановлені негативні тенденції в її розвитку при астенічному соматотипі, а саме – ранній вік початку захворювання, досить часті рецидиви та виражений больовий синдром при загостреннях хвороби.

Серед хворих на хронічний холецистит переважають жінки з надмірною кількістю жирової тканини. Встановлений кореляційний зв'язок функціонального стану жовчного міхура від кількості підшкірної клітковини. Чим більша питома вага жирової тканини, тим більша ймовірність прояву порушень моторно-евакуаторної функції жовчного міхура по гіпокінетичному типу. У жінок еуріпластичного та мезопластичного соматотипів відмічався високий вміст

макро- й мікроелементів жовчних каменів, а у жінок мезопластичного соматотипу переважали конкременти з низьким вмістом даних елементів [8].

Аналогічна тенденція відмічена в роботі Руских А.М. із співавт. [112], які досліджували конституціональні особливості цирозу. Підтверджено, що чоловіки андроморфного соматотипу незалежно від віку мають найменші значення показників кавальної системи печінки, проте великі значення показників портальної системи, що зумовлює високий ризик розвитку необоротних змін в структурі печінки і конституціональну схильність даного соматотипу до цирозу.

При дослідженні контингенту здорових і хворих на хронічні вірусні гепатити чоловіків і жінок Дугельним А.Г. із співавт. [47-50, 106], а також Прокопенко С.В. із співавт. [106] виявлені достовірні відмінності антропометричних і соматотипологічних показників та їх гендерні відмінності. Побудовані дискримінантні моделі можливості виникнення й особливостей перебігу хронічних вірусних гепатитів В і С.

Згідно результатам дослідження Гуревич Е.Б. із співавт. [38] встановлено, що соматотип не є визначальним у схильності до захворювання на хронічне запалення бронхів, а впливає тільки на його форми. Лише у жінок, мезоморфів спостерігалась найбільша частота захворювань.

А.А. Касимцев і Л.Ю. Вахтіна [60] встановили, що доліхоморфія та пришвидшений варіант розвитку є маркерами схильності до хронічних захворювань дихальної системи.

Згідно досліджень Бурбела Е.І. [14] визначення конституційного типу дає можливість спрогнозувати перебіг бронхіальної астми у дітей, що полегшить задачу планування лікування та реабілітації пацієнтів.

У різностатевих підлітків, хворих на різні типи алергічних ринітів спостерігаються “діатезні” конституціональні типи, яким притаманна різноспрямованість змін габаритних, поздовжніх, поперечних, обхватних розмірів тіла та товщини шкірно-жирових складок. Базуючись на отриманих результатах авторами розроблені дискримінантні моделі виникнення круглорічних і сезон-

них алергічних ринітів у міських підлітків Поділля [32].

За останні десять років з'явилися роботи [128, 206], присвячені різноманітним варіантам перебігу різних форм остеохондрозу у осіб різних конституціональних типів. Від соматотипових ознак поряд з місцевими особливостями будови хребетного каналу залежать рентгенологічні, МРТ і клінічні прояви компресійних синдромів остеохондрозу поперекового відділу. На думку Терехова А.Н. із співавт. [128], у виникненні остеохондрозу поперекового відділу хребта у чоловіків найважливішу роль відіграють величини габаритних розмірів тіла та показників компонентного складу маси тіла.

Н. В. Ісаєвою зі співавт. [57] у пацієнтів з епідуральним фіброзом спостерігається збільшення значень МК та КК, великі розміри передньо-заднього діаметра грудної клітки та більш високі показники маси тіла, зменшення кількості жирової маси. Важливу роль в злоякісному перебігу остеохондрозу та розвитку ускладнень відіграє антропологічна інверсія статі, власне, гінекоморфія у чоловіків.

Клініко-антропологічні дослідження в неврології та нейрохірургії не обмежуються остеохондрозом. Надзвичайно складні проблеми неврології пов'язані з особливостями реабілітації інсультних хворих. Особливо нагальним і значущим є індивідуальний підхід до пацієнта та проблема персоніфікації, яка допомагає вирішити конституціональна антропологія в психіатрії [67, 183].

Дослідження, проведені Деревцовою С.Н. [40] показали, що ризик розвитку інсульту та результати реабілітації в післяінсультному періоді пов'язані з конституційним типом пацієнта. Серед чоловіків, які перенесли інсульт, переважають нормостеніки та пікніки. Найбільш швидко підлягають реабілітації при застосуванні стандартних методик чоловіки з нормостенічним соматотипом. Чоловіки ж астеники досягають поліпшення значно пізніше. Найтриваліший курс реабілітації потребують чоловіки пікнічного соматотипа. Найчастіше гострі порушення мозкового кровообігу спостерігались у жінок нормостенічного та пікнічного соматотипів. Пацієнтки з астеничною тілобудовою віднов-

лювалися швидше, а жінки пікніки – значно повільніше.

Є.В. Мастюгіною та Н.Ф. Кондрашевою [90] доведено, що діти з мікромезосомним типом будови тіла частіше страждали на неврози та вегетосудинну дистонію. Переважаючою серед дітей з мезосомним і мікросомним типами була розумова відсталість різного ступеня важкості.

В дослідженнях Чайки Г.В. і Кучеренко О.М. [74, 75, 140, 141, 190] досліджені рівні статевих гормонів і ультразвукових параметрів матки та яєчників у різні фази менструального циклу дівчат пубертатного віку з аномальними матковими кровотечами в залежності від особливостей розмірів і будови тіла. Авторами доведено доцільність проведення антропо-соматотипологічних досліджень у дівчат із аномальними матковими кровотечами, побудовані та впроваджені дискримінантні моделі, що дозволяють за допомогою гормональних, ультразвукових показників та конституціональних параметрів тіла прогнозувати можливість виникнення пубертатних маткових кровотеч.

С.В. Дмитрієвим із співавт. [45] описані зв'язки між антропометричними ознаками та перебігом доброякісної гіперплазії передміхурової залози. У осіб пікнічного соматотипа достовірно частіше спостерігаються ускладнення геморагічного характеру, у астеників – інфекційно-запального (ймовірно за рахунок своєрідної імунної реакції організму). Представникам нормостенічного соматотипа властивий несприятливий перебіг гіперплазії простати, спричинений асиметрією вузлів і спрямованістю зростання гіперплазованої тканини в ділянці сечоміхурового трикутника.

С.Б. Мельнов із співавт. [91] відзначили порушення індивідуального морфогенезу у дітей та підлітків із тиреоїдною патологією.

В.В. Соколовим та Е.В. Чаплигіною [125] доведено, що при гіперпластичних змінах щитоподібної залози переважає мікром'язовий тип при середньому ступені вираженості ЖК та КК маси тіла. При вродженому ж гіпотиреозі переважаючим є макрокорпулентний тип при середньо-високих показниках вмісту кісткового компонента маси тіла.

В.В. Жмурик із співавт. [53, 54] у досліджуваних з цукровим діабетом I першого зрілого віку встановили притаманні для даного захворювання «діатезні» конституціональні типи, для яких характерне порушення пропорційності як антропометричних, так і соматотипологічних параметрів тіла. Дослідниками розроблені дискримінантні моделі виникнення цукрового діабету I типу у чоловіків і жінок Подільського регіону України в залежності від особливостей тілобудови.

В дослідженнях Школьник Е.Я. [170-174], Гумінського Ю.Й., Шепітько В.І. і Школьник Е.Я. [30] та Гунаса І.В. і Школьник Е.Я. [37] встановлені відмінності антропо-соматотипологічних показників, розподілу соматотипів і краніотипів між практично здоровими та хворими на гострий гнійний гайморит юнаками або чоловіками Подільського регіону України та побудовані дискримінантні моделі можливості даного захворювання в залежності від особливостей будови та розмірів тіла.

Згідно даних дослідження Козлова В.О. зі співавт. [64] у хлопчиків із більш високим рівнем інтенсивності карієсу зубів встановлено зменшення МК, КК та ЖК маси тіла за рахунок зменшення практично всіх груп антропометричних параметрів. Власне, на фоні феномену астенізації та грацилізації у практично здорових хлопчиків-підлітків спостерігалось збільшення карієсної ураженості зубів. У дівчаток із більш високим рівнем інтенсивності карієсу зубів реєструвалось збільшення кісткового та м'язового компонентів тіла за рахунок достовірного збільшення антропометричних показників, що свідчить за прискорення соматичного розвитку – феномен акселерації.

Таким чином, наведені дані наукової літератури свідчать про те, що до теперішнього часу накопичений значний теоретичний та клінічний матеріал, що підтверджує важливу роль соматотипа у виникненні та перебігу патологічних процесів в організмі людини. Так або інакше, питання клінічної антропології не вичерпали себе. Тому дослідження в цій галузі своєї актуальності до теперішнього часу не втратили.

## 1.2. Значення антропогенетичних факторів у розвитку захворювань шкіри

Встановлення правильного діагнозу хвороби в більшості випадків – запорука успішності лікування хворого. Існує думка, що діагностика шкірних і венеричних захворювань нескладна. Твердження засноване на тому, що все видно, все на поверхні, не потрібно настільки ретельно вивчати хворих, як це роблять лікарі інших спеціалізацій. Така думка є помилковою з ряду причин. У більшості випадків захворювання шкіри – це прояви на її поверхні різних, в окремих випадках важких, вісцеральних порушень, які властиві певному загальному захворюванню. Крім того, більшість дерматозів (червоний плоский лишай, псоріаз, екзема, численні генодерматози та ін.) мають значне число клінічних варіантів [118, 120].

Останнім часом все більше і більше розкривається роль шкіри як в здійсненні процесів нормальної життєдіяльності людини, так і при патологічних станах організму [119, 228]. Захворювання шкіри помітно знижують якість життя осіб, особливо молодого віку, погіршуючи їх фізичний та психологічний стан [166, 181, 182, 184, 195, 208, 219, 227, 238, 251, 253].

В останні два десятиріччя з'явилися роботи, в яких завдяки використанню антропологічного підходу в оцінці здоров'я людини виявлено зв'язок типу будови тіла – соматотипу з рядом дермато-венеричних захворювань [41, 77, 103, 108, 124, 175]. Однак, асоційованість їх клінічних проявів із типом тілобудови вивчені лише в окремих популяціях. Крім того, у більшості робіт відсутнє визначення діагностичної та прогностичної значимості кореляцій між клінічними проявами хвороби та соматотипом.

Більшість вчених схиляються до думки, що дерматологічні захворювання мають мультифакторну природу, а основою структурно-функціональних змін, характерних для них, можуть бути генетичні чинники [191, 199, 239]. Проте, до теперішнього часу це питання залишається практично не вивченим в належній мірі. Ця обставина, а також складність і дорожнеча генетичних дос-

ліджень, визначає актуальність пошуку більш доступних у повсякденній клінічній практиці маркерів генетичної схильності до формування зазначених нозологій, які відповідали б наступним критеріям: 1) інтегральний характер маркера та його стабільність, 2) простота та доступність методики дослідження, що не вимагає дорогого устаткування, реактивів і висококваліфікованого персоналу; 3) неінвазивність процедури обстеження та необтяжливість її для пацієнта. Цим вимогам відповідають антропометричні та соматотипологічні методи дослідження. Адже найбільш доступною для дослідження, відносно стійкою в онтогенезі та генетично-детермінованою характеристикою цілісності організму є морфофенотип конституції [68]. Морфофенотип (соматотип, соматичний тип, конституційно-морфологічний тип) є макроморфологічною підсистемою загальної конституції і загалом відображає основні особливості динаміки онтогенезу, метаболізму, загальної реактивності організму та біотипології особистості (темпераментні, енерго-динамічні властивості) [94].

Антропометричні методи дослідження дають можливість ув'язати зовнішні параметри тіла людини з особливостями будови внутрішніх органів, їх функцією та метаболізмом в нормі і при різній патології [104]. Соматотип за Хіт і Картером визначається як вектор, що містить три компоненти: бали ендоморфії, мезоморфії і екторморфії, які обчислюються за відповідними формулами на основі виміряних значень антропометричних ознак. Компоненти соматотипа можуть бути інтерпретовані таким чином: бал ендоморфії (ступінь розвитку ендодермальних тканин) визначає округлість тіла та його частин, розвиток жирової тканини та системи травлення; бал мезоморфії (ступінь розвитку мезодермальних тканин) характеризує розвиток скелета та мускулатури; бал екторморфії (ступінь розвитку ектодермальних тканин) визначає розвиток шкіри та нервової системи; високий бал екторморфії відповідає витягнутому тілу, тонким і довгим кінцівкам, вузькій та плоскій грудній клітці [187, 188].

Найважливішими показниками статури є тотальні розміри тіла (довжина та маса тіла), індекс маси тіла (відношення маси тіла до довжини тіла), співвідношення обхвату талії та обхвату стегон, відсоток вмісту жиру. Тип стату-

ри, який визначається за індексом співвідношення обхвату талії та стегон, детермінований переважно спадковими факторами та проявляється в особливостях розподілу м'язової маси і відкладення жиру. При значенні даного індексу менше 0,8 тип статури визначається як гіноїдний, якщо індекс варіює від 0,8 до 0,9 – проміжний, при індексі більше 0,9 тип статури – андроїдний [188].

До теперішнього часу накопичено велику кількість даних про частоту захворюваності людей із різною морфологічною та функціональною конституцією. Встановлено, що пікніки частіше за інші соматотипи страждають на алергічні захворювання. Внаслідок збільшення жирової маси тіла у пікніків частіше розвивається відносний імунодефіцит, це нерідко віддзеркалюється на стані їх шкіри – підвищена частота грибкових і стрептококових шкірних захворювань, гнійників, екземи [229].

Колектив закордонних дослідників [211] дослідили морфо-функціональні особливості шкіри та встановили дерматологічні захворювання, властиві певним конституціональним типам у осіб юнацького та старших вікових груп. Так, шкіра у екоморфів холодна на дотик, тьмяна, зневоднена і суха, відзначається схильність до спазму судин. Характерний гіперкератоз, зумовлений зниженням проліферативної активності клітин епідермісу. Слабоструктурований кератин не забезпечує повноцінний захист шкіри від агресивного впливу навколишнього середовища. Тому шкіра екоморфів характеризується підвищеною реактивністю та схильністю до розвитку гіперчутливості й алергічних реакцій. У ендоморфів шкіра м'яка, але не в'яла, як у екоморфів, і не пружна, як у мезоморфів. Дерма досить розвинена, часто буває потовщеною завдяки затримці рідини внаслідок конституціональної слабкості мікроциркуляції. Є схильність до стійкого розширення капілярів і мікросудин венозного русла. Цим пояснюється схильність ендоморфів до розвитку розацеа. Шкіра ендоморфів приймає активну участь в елімінації токсинів. Завдяки цьому вона стає більш щільною, змінюється рівень її рН, що створює сприятливі умови для розвитку патогенної мікрофлори і, власне, схильності до розвитку вугрової хвороби та мікозів. Ендоморфи, як правило, страждають на вологу екзему, боро-



давки, герпес, комедони, акне та постакне. Шкіра мезоморфів відрізняється достатньо товстим епідермісом і дермою, схильна до себореї та розвитку гіперпігментації і невусів.

Відомо, що клітини Лангерганса визначають специфіку початкових етапів патологічних процесів в шкірі при алергічних реакціях, атопії, різних дерматозах і лімфомах [103]. У зв'язку із цим актуальним є вивчення морфологічних особливостей та ультраструктури колаген-протеогліканових комплексів дерми у здорових осіб в залежності від типу тілобудови.

А.Р. Халіуліна [135] досліджувала взаємозв'язок соматотипа та особливостей ультраструктури шкіри у здорових осіб. Найбільша товщина епідермісу і відповідно зміст CD1a-іммунопозитивних клітин виявлена у юнаків гіперстенічного та нормостенічного соматотипів. Таким чином, можна припустити, що у осіб із нормостенічним і гіперстенічним типами статури рівень імунологічної відповіді шкіри вищий, ніж у осіб із астеничним типом статури.

О.О. Гайдаш із співавт. [22] методом атомно-силової мікроскопії вивчені структура та фізичні властивості позаклітинного матриксу дерми у осіб, які належать до різних соматотипів. Виявлено особливості міжклітинної речовини шкіри, що залежать від типу конституції, зумовлені варіаціями в структурі пор і в'язкості інтерстиціальної рідини.

При антропометричних дослідженнях хворих на сифіліс було встановлено, що у чоловіків при вторинному сифілісі з пустульозними проявами та з прихованим перебігом різко переважали особи з грудним соматотипом [123, 124].

Також, згідно даних дослідження Смикової А.М. [122] розв'язування клінічних проявів і негативація реакції мікропреципітації у хворих жінок пікнічного соматотипу із первинним, вторинним і прихованим сифілісом настає достовірно раніше, ніж у астеників і нормостеників. Розподіл за соматотипами хворих із різними формами сифілісу виявив, що при первинному та вторинному сифілісі пікнічний тип тілобудови реєструвався достовірно частіше, ніж при прихованому сифілісі та серорезистентності. Водночас нормостеники

серед хворих із первинним і вторинним сифілісом зустрічалися достовірно рідше.

Крім того, встановлена залежність варіантів клінічних проявів і динаміки серологічних реакцій при сифілісі від імуногенетичних та індивідуально-типологічних особливостей [124].

При дослідженні конституціональних особливостей клінічних проявів псоріазу та atopічного дерматиту, виявлена єдина тенденція до переважання в соматотипі ендоморфного компонента. Встановлені високі кореляційні зв'язки між важкістю перебігу патологічного процесу та ступенем розвитку жирової тканини [129].

За даними Шкурупій В.А. зі співавт. [175] соматотипологічну оцінку можна використовувати в якості простого неінвазивного методу для прогнозу захворювання на atopічний дерматит. Підставами для цього автори вважають асоціацію екоморфного та невизначеного соматотипів у хворих на atopічний дерматит з важким і середньо-важким перебігом захворювання з одного боку та високу частоту виявлення дисплазії сполучної тканини з іншого боку, а також відносну стійкість соматотипа в онтогенезі. Мезоморфний соматотип слід вважати прогностично сприятливим, невизначений та екоморфний соматотипи – прогностично несприятливими.

С.Ю. Терещенко та І.А. Новицький [129] розробили спосіб прогнозування ризику розвитку atopічного дерматиту у новонароджених за допомогою антропометричних та анамнестичних даних, що дозволяє виявляти дітей, які потребують лікувально-профілактичних заходів.

Н.Г. Лузгіна, Н.Н. Свечнікова та В.А. Шкурупій [77] дослідили 324 хворих на atopічний дерматит у віці від 2 років до 46 років – 124 (38,3%) чоловіків і 200 (61,7%) жінок. Групу контролю склали 42 людини у віці від 15 до 36 років – 18 чоловіків і 24 жінки, які мали у віці до 3 років дитячу екзему, а в подальшому житті проявів atopічного дерматиту не відзначалось. У період захворювання ураження шкіри носило обмежений характер. Встановлено, що серед хворих на atopічний дерматит переважають особи зі значно вираженим

компонентом ектоморфії та слабким розвитком мезоморфного компонента статури. При всіх варіантах перебігу хвороби переважають представники ендоморфного соматотипа та соматотипів із рівнозначним розвитком всіх компонентів статури. Клінічні прояви atopічного дерматиту асоційовані з особливостями соматотипу хворого. Мезоморфний соматотип властивий особам зі сприятливим перебігом atopічного дерматиту та переважає серед здорових індивідуумів. Ектоморфний і мікросомальний соматотипи властиві хворим на atopічний дерматит із важким і середньоважким перебігом.

А.В. Гара зі співавт. [23-26] та Гунас І.В. і Гара А.В. [31] встановили критерії та розробили дискримінантні моделі можливого виникнення і особливостей перебігу atopічного дерматиту у підлітків Поділля на підставі аналізу антропометричних, соматотипологічних і дерматогліфічних показників, а також різних форм і ступенів важкості захворювання. Авторами, в більшості випадків, виявлені менші значення ендоморфного компонента соматотипу та жирового й кісткового компонентів маси тіла у хворих на atopічний дерматит порівняно зі здоровими підлітками.

Т.Л. Процюк із співавт. [108] встановили, що ектоморфний та невизначений соматотипи слід вважати прогностично несприятливими для перебігу atopічного дерматиту, тому що вони асоціюються із важким і середньоважким перебігом захворювання у дітей. Мезоморфний соматотип слід вважати прогностично сприятливим, оскільки він асоціюється з легким перебігом хвороби, при якому можливий розвиток стійкої ремісії.

Спільна оцінка типу конституції та фенотипу N-ацетилювання може мати певне діагностичне значення у встановленні зв'язку із різними дерматологічними захворюваннями (алергози, вітіліго) [226].

О.Т. Вартанова [17] визначала вміст жирової маси тіла у 56 чоловіків юнацького та першого періоду зрілого віку (17-35 років), які страждають на псоріаз. Більшість здорових чоловіків (контрольна група) є представниками нанокорпулентного типу статури, тоді як більшість чоловіків, хворих на псоріаз – представники мікрокорпулентного типу. Привертає увагу те, що 25% чо-

ловіків, які страждають на псоріаз є представниками макрокорпулентного типу, тобто мають високий показник вираженості жирової маси, тоді як серед здорових представники аналогічного соматотипа становлять лише 2,73% чоловіків. Отримані дані можуть бути використані для скринінг-обстежень молодіжних контингентів з метою виявлення груп ризику за даній патології.

С.В. Дмитренко [41] встановлені особливості антропометричних, соматотипологічних показників і компонентного складу маси тіла у хворих на псоріаз чоловіків і жінок першого зрілого віку, які дозволили визначити «діатезні» конституціональні типи у хворих на псоріаз жителів Поділля. У хворих на обмежений та поширений псоріаз чоловіків і жінок порівняно зі здоровими жінками встановлені: тенденція до більших значень маси тіла, яка на тлі практично не зміненої, або зменшеної довжини тіла призводить до достовірного зменшення ектоморфного компоненту соматотипу; достовірно більші значення, або тенденції до більших значень більшості обхватів тулуба, ширини дистальних кінців частин кінцівок і, як наслідок цього, достовірне збільшення мезоморфного компоненту соматотипу та кісткової маси тіла, а також поперечних розмірів таза на фоні достовірного зменшення сагітального розміру грудної клітки; достовірно більша товщина підшкірно-жирових складок і як наслідок цього достовірне збільшення ендоморфного компоненту соматотипу та жирової маси тіла.

У хворих на поширений псоріаз чоловіків порівняно зі здоровими чоловіками встановлено: достовірно менші значення поперечних розмірів грудної клітки на фоні достовірно більшого сагітального розміру грудної клітки і більшості поперечних розмірів таза; достовірно менші значення, або тенденція до менших значень обхватних розмірів верхніх і нижніх кінцівок на фоні достовірно більших значень товщини усіх шкірно-жирових складок і, як наслідок цього, достовірно зменшення м'язової маси тіла та збільшення ендоморфного компонента соматотипу та жирової маси тіла [41].

В.Г. Ніколаєв, Сіндєєва Л.В. і Максименко В.Г. [98] проводили антропометричні обстеження та соматотипування чоловіків 17-60 років, які страждають різними клінічними формами псоріазу. У хворих на псоріаз, на відміну від

здорових чоловіків, визначені низькі значення абсолютної м'язової та кісткової маси при більш високих показниках відносної маси кісткової тканини. Важкість псоріатичного процесу має пряму пропорційну залежність від абсолютної кількості жиру. У досліджуваних пікнічного соматотипу клінічні симптоми захворювання виражені більш інтенсивно у порівнянні з особами астенічного та нормостенічного типів. Пікнікам властива велика площа ураження, інтенсивна інфільтрація, сильна ступінь лущення шкіри та тотальне ураження нігтьових пластинок. Виключно у осіб із пікнічним соматотипом були встановлені всі важкі клінічні форми псоріатичного ураження.

В роботі Кобилевої Н.Г. [61] не виявлені взаємозв'язки між клінічними проявами вугрової хвороби та конституціональними особливостями досліджуваних молодих людей. Власне, чітко простежуються етнічні особливості захворювання – пізніший дебют акне з легшими формами перебігу захворювання у хакасів і значне підвищення індексу трансепідермальної втрати води та жирності шкіри у європеїдів.

F. Novotny, P. Bagnaschi та V.V. Kolpakov [229] встановлено, що псоріаз зумовлений несприятливим генетичним фоном і пов'язаний із певними соматотипами. При соматотипологічному обстеженні 100 хворих на псоріаз у Празькій дерматовенерологічній клініці автори виявили в них більш виражену ендоморфну складову порівняно із дорослою здоровою чеською популяцією.

Згідно даних дослідження Хендогіної Я.О. [136] прижиттєва контактна біомікроскопія шкіри виявила, що прояви вугрової хвороби в 2 рази частіше визначалися в учнів мускульного, черевного та невизначеного соматотипів, ніж у представників грудного. Прояви вугрової хвороби у вигляді конглобатних вузлів показували високу кореляцію зворотної спрямованості із параметрами жирової маси та жировими складками.

В.В. Чеботарев, Е.Н. Шиханова та М.В. Кошель [157] визначили переважний тип тілобудови у пацієнтів із початковими і важкими ступенями важкості акне. При порівнянні соматотипів пацієнтів обох груп у половини (52%) пацієнтів І групи переважав мезоморфний соматотип, тоді як ендоморфний та

ектоморфний соматотипи мали по 21% пацієнтів, а у 6% він не визначався. Навпаки, у пацієнтів II групи переважали крайні варіанти соматотипу – ендоморфний та екторморфний (35% і 31% відповідно), мезоморфний соматотип виявлено у 24% пацієнтів, а у 10% він не був визначений. Таким чином, наявність крайніх варіантів соматотипів (ендо- та екторморфний) є інформативним клінічним діагностичним критерієм диференціальної діагностики пацієнтів з наявністю або відсутністю дисплазії сполучної тканини.

I.M. Макаруч [82-84, 86] встановила, що в більшості випадків поперечні, тотальні та поздовжні розміри мають більші значення, а ТШЖС – менші значення у хворих на вугрову хворобу юнаків і дівчат порівняно із здоровими однолітками аналогічного віку. Крім того, у хворих юнаків або дівчат мезоморфів при порівнянні із здоровими досліджуваними із мезоморфним соматотипом встановлена менша кількість достовірних відмінностей обхватних розмірів тіла порівняно із числом відмінностей серед хворих і здорових осіб без урахування соматотипу, що пов'язано із меншим модифікуючим впливом на фенотипічні прояви вугрової хвороби мезоморфного соматотипу, порівняно з іншими соматотипами.

Таким чином, виявлені закономірності клінічних проявів у дерматологічних хворих залежно від соматотипу дають право рекомендувати застосування антропометричного та соматотипологічних методу в дерматологічній практиці. Поєднання стандартних методів діагностики з антропометрією дозволяє прогнозувати особливості перебігу шкірних захворювань у осіб різних соматотипів.

Незважаючи на значні успіхи, досягнуті у вивченні проблеми піодермій [176, 232], питання клінічних особливостей їх перебігу залежно від соматотипа та їх відмінностей порівняно із здоровими досліджуваними залишаються практично не вивченими. Це спрямовує на необхідність вивчення даних взаємозв'язків у перспективі майбутніх досліджень, що, в свою чергу, дасть можливість прогнозувати розвиток різних клінічних форм піодермій, а також оцінювати ефективність проведеної терапії.

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами в двох наукових статтях у фахових журналах [143, 145].

## РОЗДІЛ 2

### ЗАГАЛЬНА МЕТОДИКА І ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

#### 2.1. Загальна методика і об'єкти дослідження

На базі кафедр нормальної анатомії, а також дерматології, венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького було проведено клінічне і антропологічне обстеження 45 хворих на піодермії чоловіків віком від 22 до 35 років, та 48 хворих на піодермії жінок віком від 21 до 35 років, а також 24 практично здорових чоловіків та 43 практично здорових жінок аналогічного віку, у третьому поколінні мешканців Західного регіону України. З бази даних науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова взяті первинні антропометричні показники 61 практично здорових чоловіків та 92 практично здорових жінок аналогічного віку, у третьому поколінні мешканців Тернопільської і Хмельницької областей України. Таким чином загальна група практично здорових чоловіків і жінок склала відповідно 85 (середній вік  $26,96 \pm 0,44$  років) і 135 (середній вік  $26,56 \pm 0,35$  років) мешканців із Західного регіону України.

При аналізі хворих на піодермії *чоловіків* (середній вік  $27,93 \pm 0,63$  років) встановлено:

- серед загальної кількості хворих чоловіків стафілококові піодермії поверхневі з гострим перебігом складають 11,1%; стафілококові піодермії глибокі з гострим перебігом – 15,6%; стрептококові піодермії поверхневі з гострим перебігом – 11,1%; стрептококові піодермії глибокі з гострим перебігом – 11,1%; стафіло-стрептококові піодермії поверхневі з гострим перебігом – 6,7%; стафіло-стрептококові піодермії глибокі з гострим перебігом – 6,7%; хронічні стафілококові піодермії – 20,0%; хронічні стрептококові піодермії – 4,4%; хронічні стафіло-стрептококові піодермії – 13,3%;



- серед загальної кількості хворих чоловіків виявлено збудником стафілокок у 46,7%; стрептокок – 26,7%; стафілокок і стрептокок – 26,7%;
- супутня патологія відсутня;
- наявність сезонності захворювання встановлена у 31,1% від загальної кількості хворих;
- стаж захворювання до 1 року складав 71,1% від загальної кількості хворих;
- наявність рецидивів встановлена у 31,1% від загальної кількості хворих.

При аналізі хворих на піодермії *жінок чоловіків* (середній вік  $27,21 \pm 0,64$  років) встановлено:

- серед загальної кількості хворих жінок стафілококові піодермії поверхневі з гострим перебігом складають 12,5%; стафілококові піодермії глибокі з гострим перебігом – 27,1%; стрептококові піодермії поверхневі з гострим перебігом – 20,8%; стафіло-стрептококові піодермії поверхневі з гострим перебігом – 14,6%; стафіло-стрептококові піодермії глибокі з гострим перебігом – 2,1%; хронічні стафілококові піодермії – 14,6%; хронічні стрептококові піодермії – 8,3%;
- серед загальної кількості хворих жінок виявлено збудником стафілокок у 54,2%; стрептокок – 29,2%; стафілокок і стрептокок – 16,7%;
- супутня патологія відсутня;
- наявність сезонності захворювання встановлена у 18,8% від загальної кількості хворих;
- стаж захворювання до 1 року складав 83,3% від загальної кількості хворих;
- наявність рецидивів встановлена у 18,8% від загальної кількості хворих.

Комітетом з біоетики Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького встановлено, що проведені клінічні та антропологічні дослідження не заперечують основним біоетичним нормам Гельсінської декларації, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (1977), а також відповідним положенням Всесвітньої організації охорони здоров'я та законам України (протокол № 4 від 23.04.2018 р.) [89].

## 2.2. Методи дослідження

### 2.2.1. Антропометричні.

Дотримуючись схеми, запропонованої Бунаком В.В. [13], проведено антропометричне обстеження, яке містило в собі процедуру вимірювання довжини і маси тіла, поздовжніх, поперечних та обхватних розмірів, товщини шкірно-жирових складок (ТШЖС).

*Довжину тіла* вимірювали за допомогою вертикального ростоміра (універсальний антропометр Мартіна). Перед вимірюванням знімали взуття. Обстежуваний стояв на майданчику ростоміра спиною до шкали, торкаючись шкали потилицею, міжлопатковою ділянкою, сідницями і п'ятами. Під час вимірювання обстежуваний повинний був стояти рівно, живіт підтягнутий, п'яти разом, стопи нарізно. Голову фіксували таким чином, щоб нижній край орбіти і верхній край зовнішнього слухового проходу знаходилися на одному рівні. Рухома планка фіксувалась на верхній точці голови без притиснення. Відлік показників ростоміра проводили за лівою шкалою.

*Масу тіла* визначали за допомогою спеціальних медичних терезів – вранці натще після дефекації і спорожнення сечового міхура, оголеним. Медичні ваги були правильно встановлені і відрегульовані. Площа поверхні тіла обраховувалась за методикою Дю Буа [165]:

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

де  $W$  – маса тіла (кг);

$H$  – зріст (см).

Висота антропометричних точок вимірювалась за допомогою універсального антропометра Мартіна.

*Верхньогруднинна точка* відповідає середині краю яремної вирізки ручки груднини. Дослідник розташовувався праворуч від обстежуваного. Рухливу муфту антропометра опускали уздовж штанги, витягували нижню лінійку на 15-20 см,

намацували рукою точку і прикладали до неї вільний кінець опущеної лінійки.

*Плечова*, або зовнішня точка акроміального відростка лопатки. При пошуку точки спочатку промацували ость лопатки і, піднімаючись по ній вгору, визначали положення плечової точки. Для перевірки правильності знаходження рухом руки в плечовому суглобі перевіряли стійкість точки: якщо вона рухлива, значить сталася помилка в її визначенні. При вимірюванні висоти плечової точки над підлогою ставали обличчям до обстежуваного, утримуючи антропометр у вертикальному положенні і встановлювали його в сагітальній площині, що проходила через вимірювану точку.

*Пальцева точка* відповідала нижній точці дистальної (крайньої) фаланги третього пальця кисті. Вимірювалась при обстрижених нігтях, без тиску на м'які тканини.

*Лобкова точка* відповідає верхньому краю лобкового симфізу. Вона лежить приблизно на межі волосистої частини. Визначали цю точку промацуванням верхнього краю лобкового симфізу через передню черевну стінку по серединній лінії. Обстежуваного просили втягнути живіт після видиху.

Сантиметровою стрічкою, яку розташовували паралельно підлозі та щільно притискали до тіла, не стягуючи його, вимірювали обхватні розміри. *Обхват грудної клітки* визначали в трьох станах: спокійного дихання (пауза), максимального вдиху і максимального видиху. Стрічку накладали ззаду по нижніх кутах лопаток при відведених в боки руках. Потім руки опускали: стрічка, зісковзуючи, лягала під кутами лопаток. Спереду стрічка проходила через місця прикріплення IV пари ребер до груднини (у чоловіків – по нижніх сегментах навколососкових ділянок, у жінок – вище грудних залоз). Всі три виміри грудної клітки здійснювали послідовно при одномоментному накладанні стрічки.

*Обхват плеча* (при максимальному напруженні і в стані розслаблення) в проксимальному відділі вимірювали при опущеній руці на рівні прикріплення дельтоподібного м'яза.

*Обхват передпліччя* вимірювали при опущеній руці в місці найбільшого розвитку м'язів (проксимальна третина), а мінімальний (дистальна третина) –

проксимальніше шилоподібних відростків.

*Обхват стегна* вимірювався в положенні обстежуваного: ноги випрямлені, стопи на ширині плечей, опора рівномірно розподілялась на обидві ноги. Стрічка накладалась горизонтально під сідничною складкою.

*Обхват гомілки* у верхній третині визначали в місці найбільшого розвитку м'язів, а у нижній третині – на 4-5 см вище нижньої гомілкової точки. Положення обстежуваного при вимірюванні гомілки аналогічне при визначенні обхвату стегна.

*Обхват шиї* вимірювали, наклавши сантиметрову стрічку нижнім краєм позаду над сьомим шийним хребцем. Збоку і спереду стрічка проходила по найбільш виступаючих місцях бічних ділянок шиї і замикалась над яремної западиною.

*Обхват талії* вимірювався строго горизонтально в найвужчому місці, приблизно на середині відстані між 10-м ребром і клубовим гребенем.

Під час вимірювання *обхвата стегон* сантиметрова стрічка проходила горизонтально навколо тулуба, позаду – по найбільш виступаючих точкам сідниць, спереду – по гнучкій пластині, прикладеній вертикально до живота для урахування його виступу.

*Обхват стопи* визначався в найширшій ділянці стопи.

*Обхват кисті* вимірювали перпендикулярно до осі передпліччя по променезап'ястковому суглобу через головку ліктьової кістки.

Щоразу після завершення 100 вимірювань сантиметрову стрічку змінювали на нову.

Ширина дистальних епіфізів (ШДЕ) частин кінцівок вимірювалась штангенциркулем. *ШДЕ плеча* становив найбільшу відстань між латеральним і медіальним надвиростками плечової кістки (в ділянці ліктя), *ШДЕ передпліччя* – найбільшу відстань між шилоподібними відростками променевої та ліктьової кісток; *ШДЕ стегна* – найбільшу відстань між медіальним і латеральним надвиростках стегнової кістки (в ділянці коліна); *ШДЕ гомілки* – найбільшу відстань між виступаючими точками медіальної і латеральної кісточок.

Вимірювання поперечних розмірів тіла здійснювалось великим товстотним циркулем. Тримали зігнуті S-подібно бранші між великими і вказівними пальцями, кінчиками середніх пальців знаходили відповідні антропометричні точки і притискали до них ніжки циркуля. Вимірювали:

- ширину плечей – відстань між правою і лівою акроміальними точками (при вимірюванні плечі не повинні бути підняті або опущені);
- поперечні діаметри грудної клітки (середньо- і нижньо-груднинний) – відстань між найбільш виступаючими боковими точками ребер;
- сагітальний діаметр грудної клітки (передньо-задній середньогруднинний розмір) – найбільша відстань між середньо-груднинною точкою і остистим відростком хребця, що лежить в цій же горизонтальній площині.

За допомогою тазоміру проводилося вимірювання тазових розмірів (три поперечних і один прямий): міжостьового (відстань між верхніми передніми клубовими остями); міжгребеневого (відстань між найбільш віддаленими точками гребенів клубових кісток); міжвертлюгового (відстань між великими вертлюгами стегнових кісток). При визначенні зовнішньої кон'югати гудзичок гілки тазомера встановлювали на середині верхнього зовнішнього краю симфізу, інший кінець притискали до надкрижової ямки, яка знаходиться між остистим відростком V поперекового хребця і початком серединного крижового гребеня (надкрижова ямка збігається з верхнім кутом крижового ромба).

Визначення ТШЖС проводили методом каліперометрії. При цьому правильно орієнтували складки на вимірюваній ділянці тіла з точним її захопленням і дотриманням контактного натиску інструментом. Захоплювали двома пальцями лівої руки складку, що становила не більше 5 см шкірно-жирового шару, виключаючи захоплення м'язів; правою рукою на складку накладали каліпер так, щоб ніжки циркуля були паралельні напрямку складок. Визначали наступні 9 шкірно-жирових складок:

- в ділянці спини – під нижнім кутом правої лопатки (коса складка);
- на задній поверхні плеча – приблизно на середині, над триголовим м'язом;

- на передній поверхні плеча – приблизно на середині, над двоголовим м'язом;
- у проксимальній третині латеральної поверхні передпліччя;
- на тильній поверхні кисті – на рівні середини третьої п'ясткової кістки (ця складка контрольна, оскільки характеризує товщину шкіри без підшкірної жирової клітковини);
- в ділянці грудей – по пахвовому краю правого великого грудного м'яза (5 см від пахвової ямки);
- в ділянці живота – на перетині пупкової ділянки з сосковою лінією (поздовжня);
- на передній поверхні правого стегна – над прямим м'язом стегна;
- на задній поверхні правої гомілки – латерально в підколінній ямці.

### 2.2.2. Соматотипологічні.

Оцінка соматотипу здійснювалась відповідно до математичної схеми за Хіт-Картером [188]. Процедура визначення соматотипу базувалась на послідовній оцінці одного з трьох первинних компонентів тілобудови. Ендоморфний компонент (F) визначає ступінь розвитку жирової тканини. Мезоморфний компонент (M) відображає відносний розвиток м'язів та кісток тіла. Ектоморфний компонент (L) дає характеристику відносної витягнутості тіла досліджуваного і є поєднанням між ендоморфною і мезоморфною ознаками тілобудови.

Ендоморфний компонент (F) визначали згідно наведеною нижче формули:

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

де X – сума ШЖС на задній поверхні плеча, під лопаткою і на боці.

Наступну формулу використовували для визначення мезоморфного компонента (M):

$$M = (0,858 \times \text{КП} + 0,601 \times \text{КС} + 0,188 \times \text{ОП} + 0,161 \times \text{ОГ}) - L \times 0,131 + 4,50, \quad (2.3)$$

де КП – ширина дистального епіфіза (ШДЕ) плеча (см);

КС – ШДЕ стегна (см);

ОП – обхват плеча в напруженому стані (см);

ОГ – обхват гомілки (см);

L – довжина тіла (см).

Обрахування ектоморфного компонента (L) використовували наведену нижче формулу:

$$L = \text{РВК} \times 0,732 - 28,58, \quad (2.4)$$

де РВК є зросто-ваговим коефіцієнтом, який визначався за формулою:

$$\text{РВК} = \frac{L}{\sqrt[3]{m}}, \quad (2.5)$$

де L – довжина тіла (см),

m – маса тіла (кг).

У ситуації, коли РВК знаходиться в межах 40,75-38,25, розрахунок проводиться за формулою:

$$L = \text{РВК} \times 0,463 - 17,63, \quad (2.6)$$

коли РВК менше або дорівнює 38,25, ектоморфія складає 0,1 бали.

Формула J. Matiegka слугувала для визначення жирового, кісткового та м'язового компонентів маси тіла [223]. Згідно метода американського інституту харчування (AIX), визначали м'язовий компонент [225].

Жировий компонент маси тіла є індикатором харчового (аліментарного) статусу людини та може динамічно змінюватися під впливом різних факторів. Наступну формулу застосовували для обрахування абсолютної кількості жирового компонента в масі тіла:

$$D = d \times S \times k, \quad (2.7)$$

де D – загальна кількість жирового компонента (кг);

d – середня товщина шару підшкірного жиру разом зі шкірою (мм);

S – поверхня тіла (м<sup>2</sup>);

$k$  – константа, рівна 1,3.

У чоловіків середню товщину підшкірного жиру разом із шкірою обраховували за такою формулою:

$$d = \frac{1}{2} \times \frac{d1 + d2 + d3 + d4 + d5 + d6 + d7 + d8}{8}, \quad (2.8)$$

де  $d1$  .....  $d8$  – ТШЖС (мм) на плечі, передпліччі, животі, спині, стегні, гомілці, під лопаткою і на грудях.

М'язовий компонент маси тіла людини є одним із показників тілобудови та індикатором його структурно-функціонального стану на етапах онтогенезу. Абсолютну кількість м'язової тканини визначали за нижче вказаною формулою:

$$M = L \times r^2 \times k, \quad (2.9)$$

де  $M$  – абсолютна маса м'язової тканини (кг);

$L$  – довжина тіла (см);

$r$  – середня величина радіусів плеча, передпліччя, стегна, гомілки в місцях найбільшого розвитку м'язів, окрім шкірно-жирового прошарку (см);

$k$  – константа, рівна 6,5.

Радіус даних сегментів визначали за обсягом обводу, яка дорівнює  $2\pi r$ .

Зміна кісткової маси визначається станом метаболічних процесів у відповідному періоді онтогенезу, регіонально – екологічними відмінностями, аліментарним забезпеченням нутрієнтного гомеостаза, режимом рухової активності, станом соматичного здоров'я і соматотипом. Абсолютну кількість кісткового компонента визначали за наведеною нижче формулою:

$$O = o^2 \times L \times k, \quad (2.10)$$

де  $O$  – абсолютна маса кісткової тканини (кг);

$o^2$  – квадрат середньої величини діаметрів дистальних частин плеча, передпліччя, стегна та гомілки;

$L$  – довжина тіла (см);

$k$  – константа, рівна 1,2.



Абсолютну кількість м'язової тканини визначали за формулою АІХ:

$$TMM = RT \times (0,0264 + 0,0029 \times AMA), \quad (2.11)$$

де TMM – кількість м'язової тканини (кг);

AMA – площа м'язової тканини плеча (см<sup>2</sup>);

RT – довжина тіла (см);

$$\text{для чоловіків} \quad AMA = \frac{(OP - \pi \cdot d1)^2}{4\pi} - 10, \quad (2.12)$$

$$\text{для жінок} \quad AMA = \frac{(OP - \pi \cdot d1)^2}{4\pi} - 6,5, \quad (2.13)$$

де d1 – ТШЖС на задній поверхні плеча (мм);

OP – обвід плеча в напруженому стані (см).

### 2.2.3. Статистичні.

У ліцензійному пакеті «STATISTICA 6.0» виконано статистичну обробку отриманих результатів із застосуванням параметричних та непараметричних методів оцінки [117]. Нами оцінена правильність розподілу ознак відповідно до кожного варіаційного ряду, середні значення за кожною, їх відхилення та стандартні похибки. Достовірність різниці значень між незалежними кількісними величинами при нормальному розподілі визначали за критерієм Стьюдента, а в інших випадках за допомогою U-критерію Мана-Уїтні. Для розробки моделей можливості виникнення піодермій у чоловіків або жінок в залежності від антропометричних і соматотипологічних показників застосовували метод покрокового дискримінантного аналізу [109].

### РОЗДІЛ 3

## ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЗДОРОВИХ ТА ХВОРИХ НА ПІОДЕРМІЇ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК

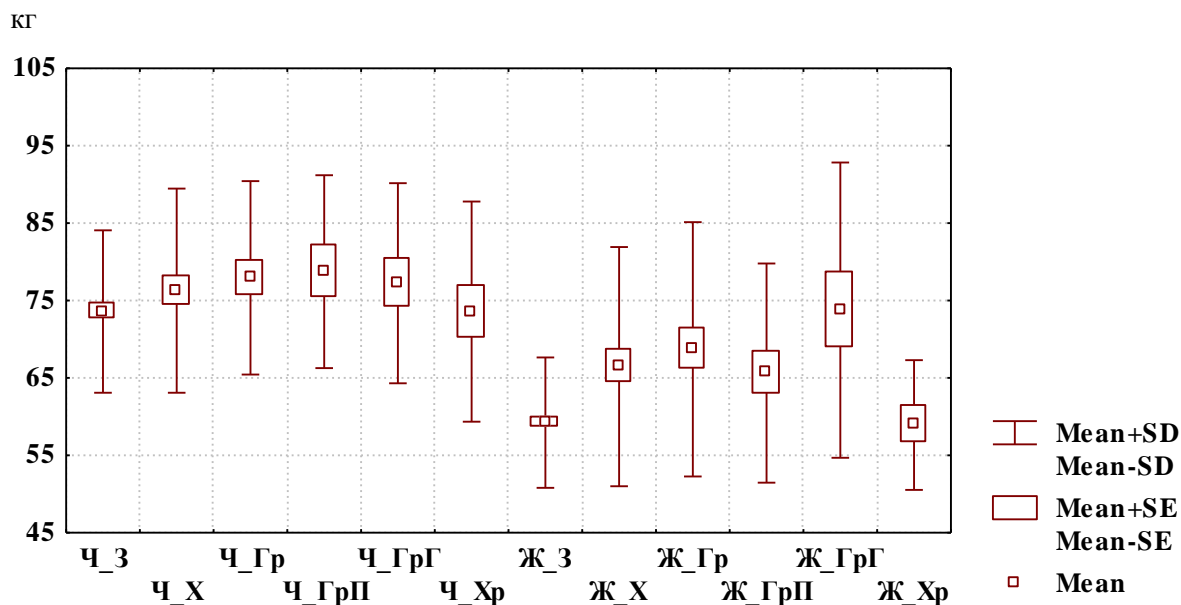
Антропометричні показники (середні значення та стандартне відхилення) у здорових і хворих на різні форми піодермії чоловіків (відповідно від загальної кількості хворих гострий перебіг – 62,2%; гострі поверхневі – 28,9%; гострі глибокі – 33,3%; хронічні – 37,8%) і жінок (відповідно від загальної кількості хворих гострий перебіг – 77,1%; гострі поверхневі – 47,9 %; гострі глибокі – 29,2%; хронічні – 22,9%) представлені в таблицях В.1-В.44.

Встановлено, що *маса тіла* у здорових жінок достовірно менша порівняно із хворими на піодермії жінками загальної групи, із гострим перебігом і з глибокою формою дерматозу ( $p < 0,01$  в усіх випадках) та має виражену тенденцію ( $p = 0,054$ ) до менших значень порівняно із хворими на поверхневу піодермію жінками (рис. 3.1; див. табл. В.1). У жінок із глибокою піодермією маса тіла достовірно більша ( $p < 0,05$ ) та у хворих жінок з гострим перебігом піодермії має тенденцію ( $p = 0,069$ ) до більших значень, ніж у хворих жінок із хронічними піодерміями (див. рис. 3.1; табл. В.1).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками та між хворими на різні форми піодермії чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей маси тіла (див. рис. 3.1; табл. В.1).

Як у здорових, так і у хворих чоловіків загальної групи та чоловіків із більшістю форм піодермії (окрім досліджуваних з глибокими піодерміями) даний параметр достовірно більший ( $p < 0,01-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.1; табл. В.1).

Встановлено, що *довжина тіла* у хворих на глибоку форму піодермії жінок достовірно більша ( $p < 0,05$ ), а у хворих жінок на гостру форму піодермії має виражену тенденцію ( $p = 0,054$ ) до більших значень порівняно із хворими на хронічні піодермії жінками (рис. 3.2; див. табл. В.2).



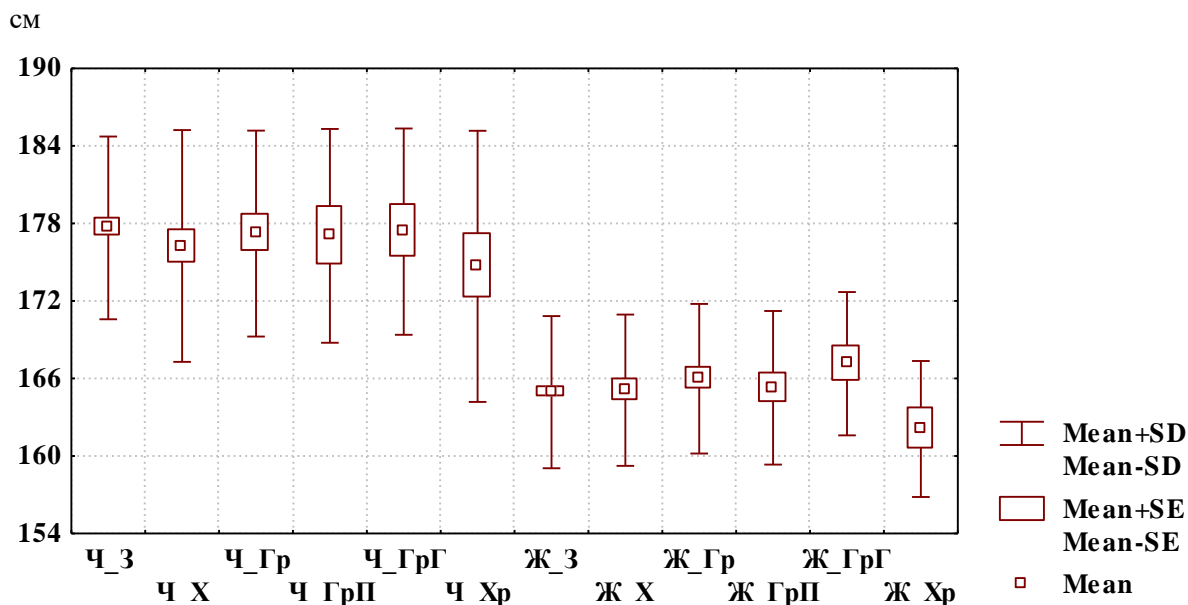
**Рис. 3.1.** Маса тіла у здорових та хворих на піодермії чоловіків і жінок (кг).

Тут і в подальшому:

1. Ч – чоловіки; 2. Ж – жінки;
3. \_З – здорові чоловіки або жінки;
4. \_Х – хворі на піодермії чоловіки або жінки загальних груп;
5. \_Гр – хворі на піодермії, що протікають гостро, чоловіки або жінки;
6. \_ГрП – хворі на поверхневі піодермії, що протікають гостро, чоловіки або жінки;
7. \_ГрГ – хворі на глибокі піодермії, що протікають гостро, чоловіки або жінки;
8. \_Хр – хворі на хронічні піодермії чоловіки або жінки;
9. Mean – середня вибірки;
10. Mean $\pm$ SE – похибка середньої;
11. Mean $\pm$ SD – стандартне відхилення.

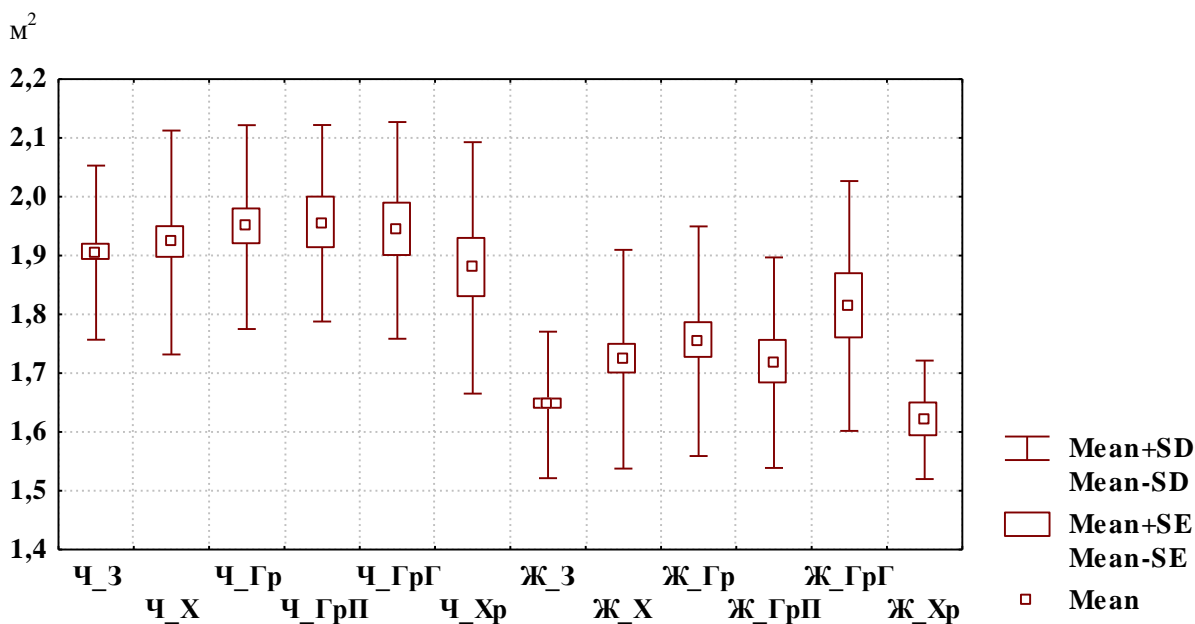
Між здоровими та хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками та між хворими на різні форми піодермії чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей довжини тіла (див. рис. 3.2; табл. В.2).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермії довжина тіла достовірно більша ( $p < 0,01-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.2; табл. В.2).



**Рис. 3.2.** Довжина тіла у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

Встановлено, що *площа поверхні тіла* у здорових жінок достовірно менша порівняно із хворими на піодермії жінками загальної групи, із гострим перебігом та з глибокою формою дерматоза ( $p < 0,01-0,001$ ) та має тенденцію ( $p = 0,062$ ) до менших значень порівняно із хворими на поверхневу піодермію жінками (рис. 3.3; див. табл. В.3).



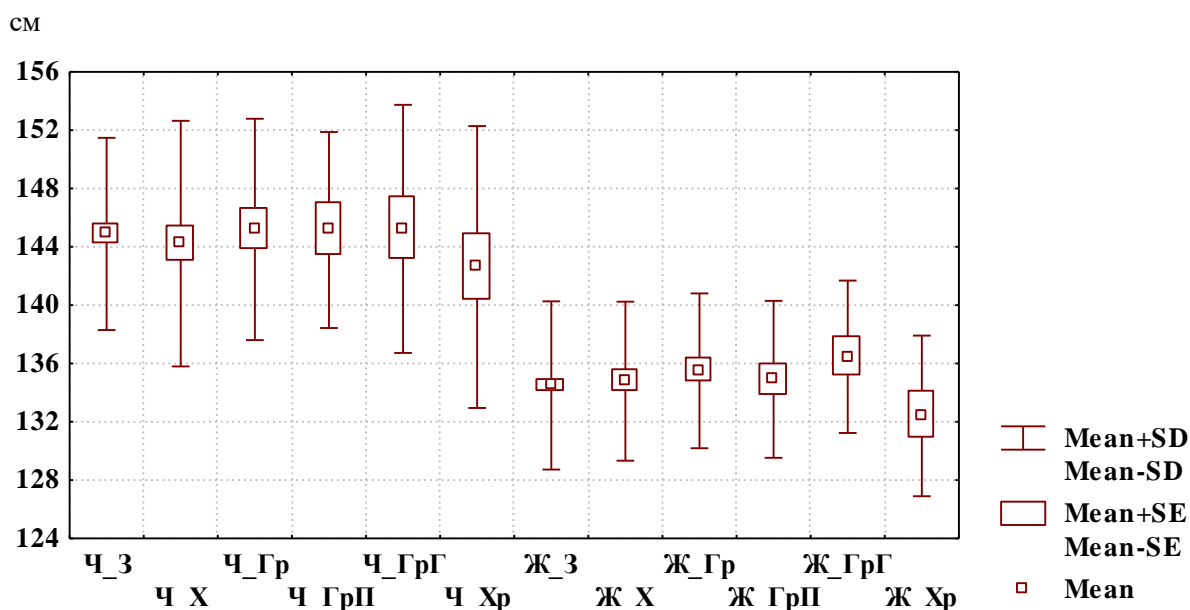
**Рис. 3.3.** Площа поверхні тіла у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок ( $m^2$ ).

У жінок із гострим перебігом піодермій та з глибокими піодерміями площа поверхні тіла достовірно більша ( $p < 0,05-0,01$ ) та у хворих жінок загальної групи має тенденцію ( $p = 0,069$ ) до більших значень, ніж у хворих жінок із хронічними піодерміями (див. рис. 3.3; табл. В.3).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками та між хворими на різні форми піодермії чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей площі поверхні тіла (див. рис. 3.3; табл. В.3).

Як у здорових, так і у хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермій (окрім досліджуваних з глибокими піодерміями) площа поверхні тіла достовірно більша ( $p < 0,001$  в усіх випадках), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.3; табл. В.3).

Встановлено, що між здоровими та хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками і між хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей висоти надгруднинної точки (рис. 3.4; див. табл. В.4).

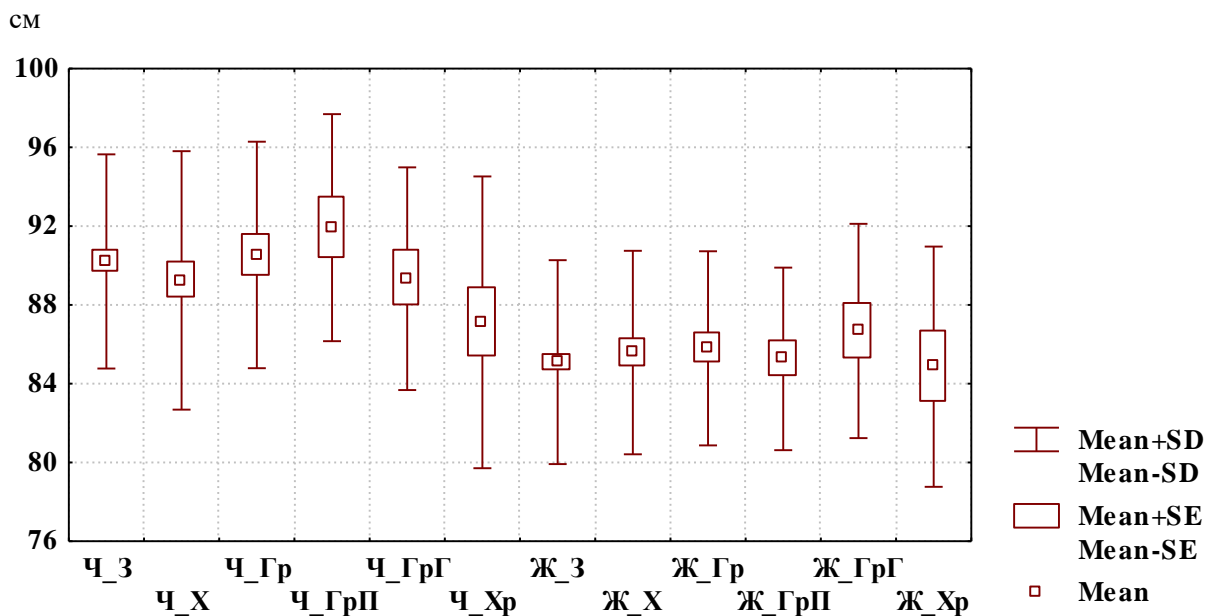


**Рис. 3.4.** Висота верхньогруднинної антропометричної точки у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермій висота надгруднинної точки достовірно більша ( $p < 0,01-0,001$ ), ніж у хво-

рих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.4; табл. В.4).

Встановлено, що висота лобкової точки у чоловіків із поверхневими піодерміями достовірно більша ( $p < 0,05$ ), ніж у хворих чоловіків із хронічними піодерміями (рис. 3.5; див. табл. В.5).

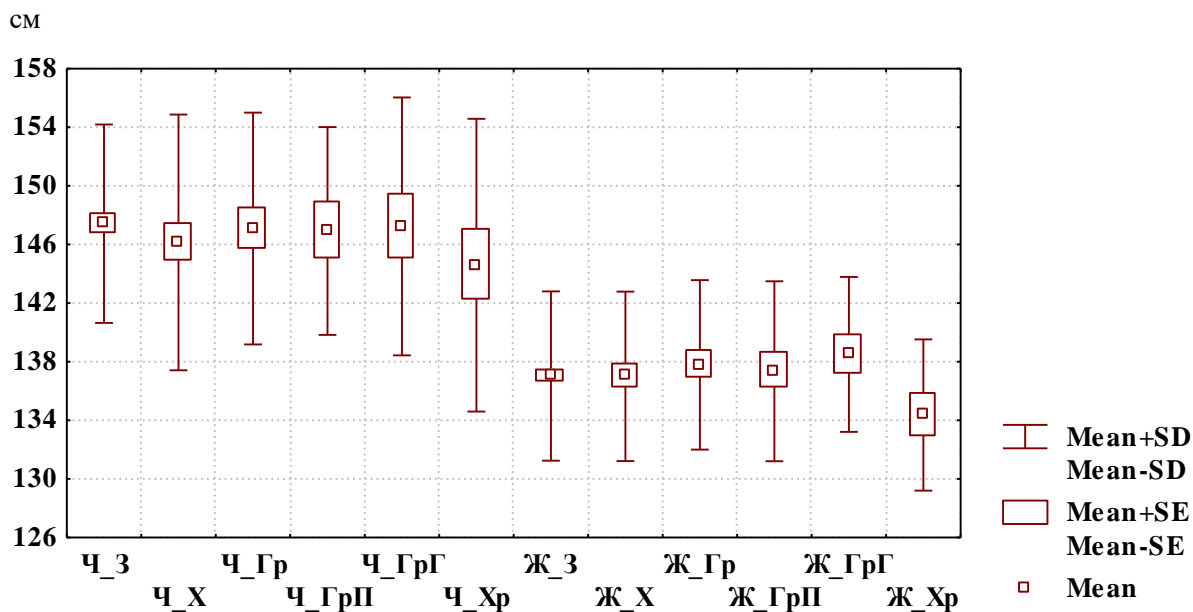


**Рис. 3.5.** Висота лобкової антропометричної точки у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками та між хворими на різні форми піодермії жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей висоти лобкової точки (див. рис. 3.5; табл. В.5).

Як у здорових, так і у хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермій (окрім досліджуваних з глибокими і хронічними піодерміями) висота лобкової точки достовірно більша ( $p < 0,01-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.5; табл. В.5).

Встановлено, що між здоровими та хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками і між хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей висоти плечової точки (рис. 3.6; див. табл. В.6).



**Рис. 3.6.** Висота плечової антропометричної точки у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермії висота плечової точки достовірно більша ( $p < 0,01-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.6; табл. В.6).

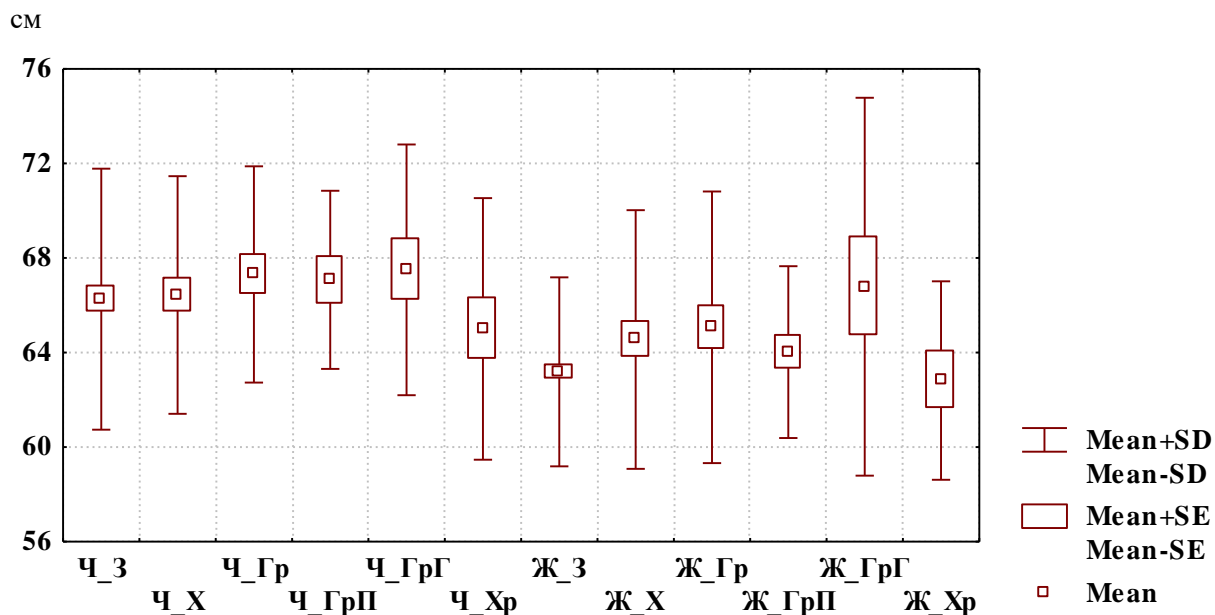
Встановлено, що між здоровими та хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками і між хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей *висоти пальцевої точки* (рис. 3.7; див. табл. В.7).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермії (окрім досліджуваних з глибокими і хронічними піодерміями) висота пальцевої точки достовірно більша ( $p < 0,05-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.7; табл. В.7).

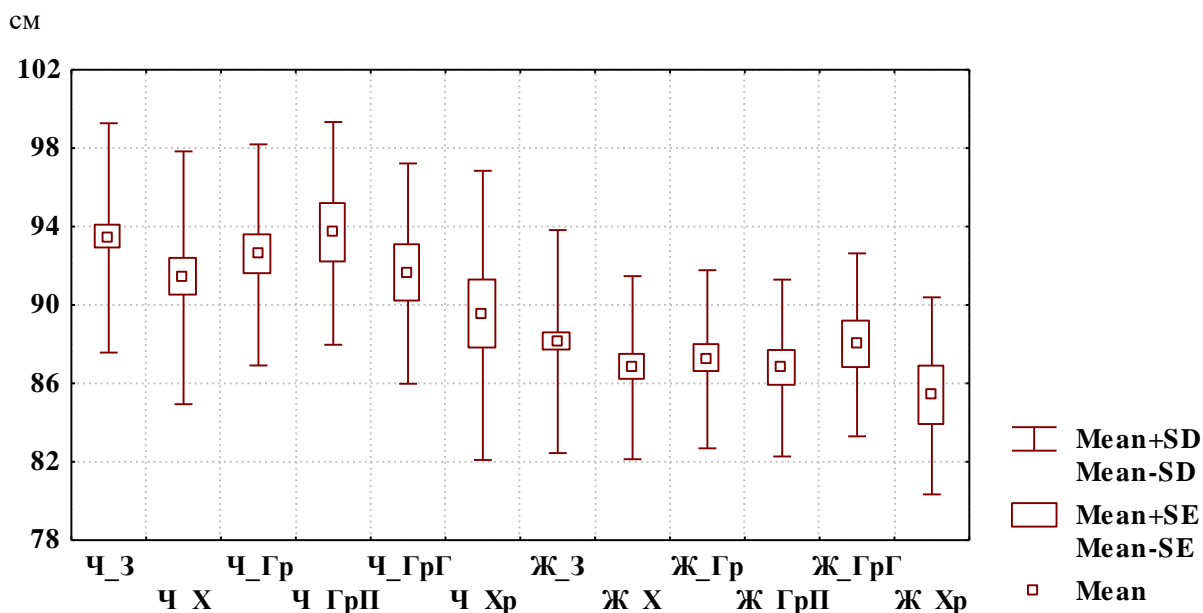
Встановлено, що *висота вертлюгової точки* у здорових чоловіків достовірно більша ( $p < 0,05$ ) порівняно із хворими чоловіками із хронічними піодерміями та має тенденцію до більших значень ( $p = 0,069$ ) порівняно із загальною групою хворих чоловіків (рис. 3.8; див. табл. В.8).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії жінками та між хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками не встановлено достові-

рних або тенденцій відмінностей висоти вертлюгової точки (див. рис. 3.8; табл. В.8).



**Рис. 3.7.** Висота пальцевої антропометричної точки у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).



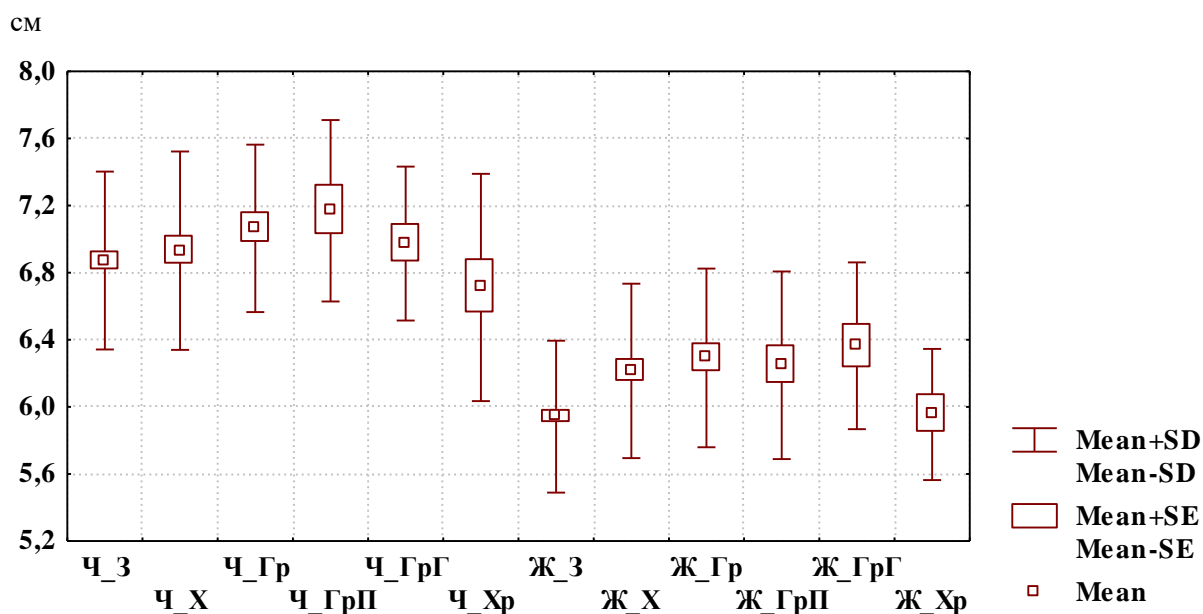
**Рис. 3.8.** Висота вертлюгової антропометричної точки у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермій (окрім досліджуваних з глибокими піодерміями і хронічними піодерміями)



висота вертлюгової точки достовірно більша ( $p < 0,001$  в усіх випадках), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.8; табл. В.8).

Встановлено, що *ширина дистального епіфіза (ШДЕ) плеча* у хворих на поверхневу піодермію чоловіків має тенденцію ( $p = 0,069$ ) до більших значень порівняно із хворими чоловіками з хронічними піодерміями (рис. 3.9; див. табл. В.9).



**Рис. 3.9.** ШДЕ плеча у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

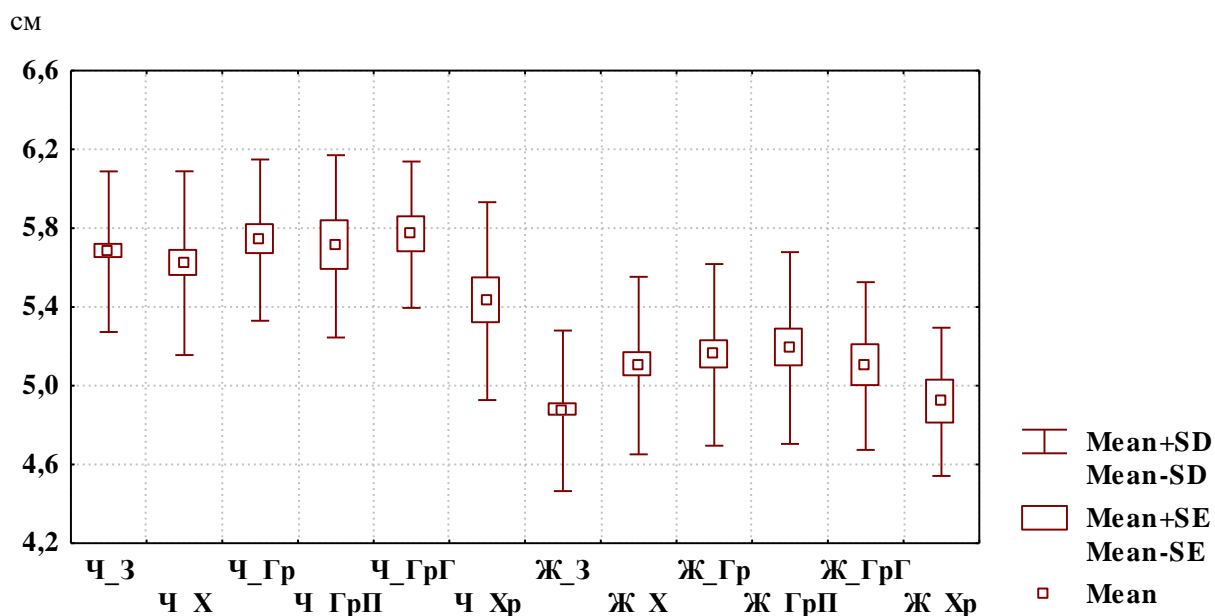
ШДЕ плеча у здорових жінок достовірно менша ( $p < 0,05-0,001$ ) порівняно із хворими жінками загальної групи та з усіма формами піодермій (окрім досліджуваних з хронічними піодерміями) (див. рис. 3.9; табл. В.9).

ШДЕ плеча у хворих жінок з глибокими піодерміями достовірно більша ( $p < 0,05$ ) та у жінок з гострим перебігом має тенденцію ( $p = 0,068$ ) до більших значень порівняно із хворими на хронічні піодермії жінками (див. рис. 3.9; табл. В.9).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей ШДЕ плеча (див. рис. 3.9; табл. В.9). У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермій ШДЕ плеча достовірно більша ( $p < 0,01-0,001$ ), ніж у хворих жінок

аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.9; табл. В.9).

Встановлено, що *ШДЕ передпліччя* у здорових чоловіків має тенденцію ( $p=0,068$ ) до більших значень порівняно із хворими на хронічні піодермії чоловіками (рис. 3.10; див. табл. В.10).



**Рис. 3.10.** ШДЕ передпліччя у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

ШДЕ передпліччя у хворих чоловіків з гострим перебігом піодермій має тенденцію ( $p=0,069$ ) до більших значень порівняно із хворими на хронічні піодермії чоловіками (див. рис. 3.10; табл. В.10).

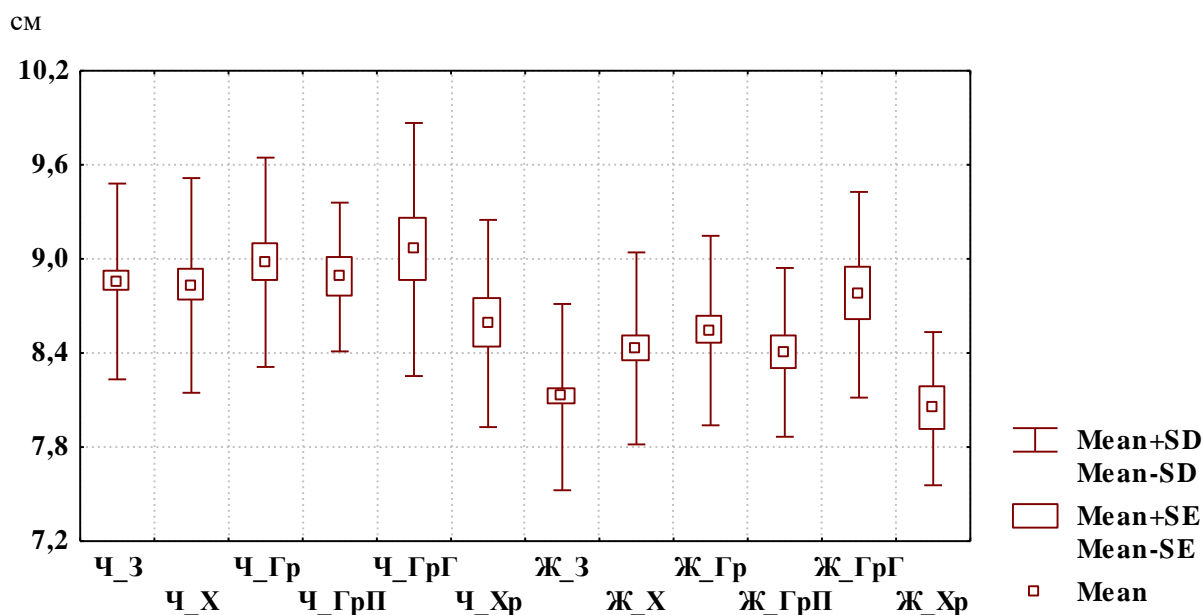
ШДЕ передпліччя у здорових жінок достовірно менша ( $p<0,01$  в усіх випадках) порівняно із хворими жінками загальної групи, з гострим перебігом та з поверхневою піодермією (див. рис. 3.10; табл. В.10).

Між хворими на різні форми піодермії жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей ШДЕ передпліччя (див. рис. 3.10; табл. В.10).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермій ШДЕ передпліччя достовірно більша ( $p<0,01-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.10; табл. В.10).

Встановлено, що *ШДЕ стегна* у здорових жінок достовірно менша ( $p<0,05-0,001$ ) порівняно із хворими жінками загальної групи та з усіма форма-

ми піодермій (окрім досліджуваних з хронічними піодерміями) (рис. 3.11; див. табл. В.11).



**Рис. 3.11.** ШДЕ стегна у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

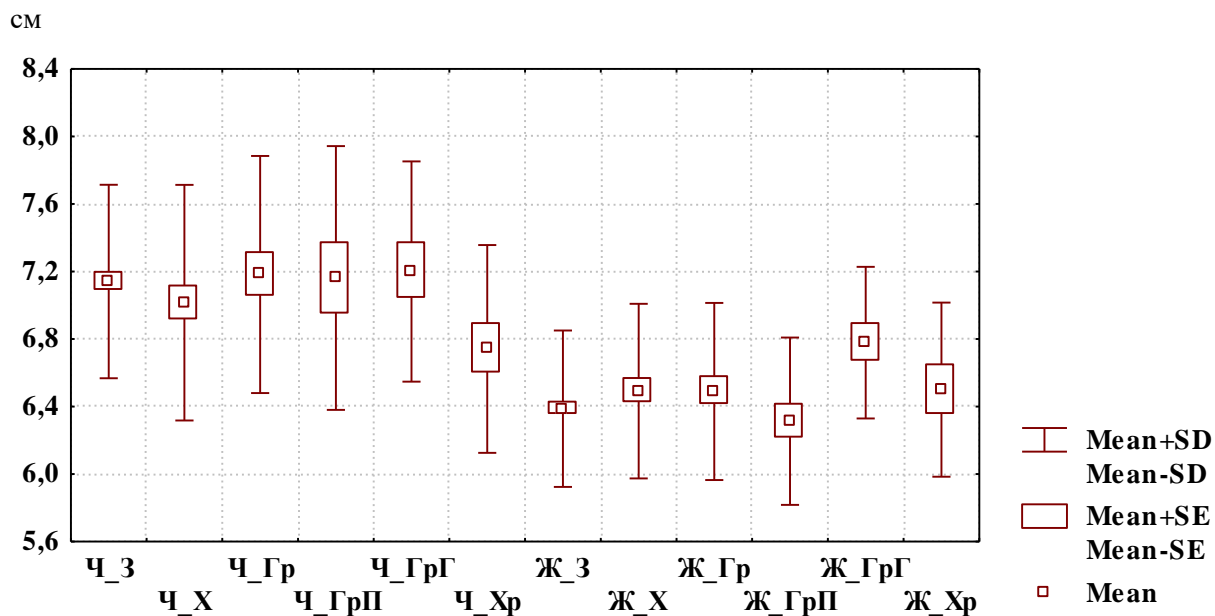
ШДЕ стегна у хворих жінок загальної групи, з гострим перебігом і з глибокими піодерміями достовірно більша ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із хворими на хронічні піодермії жінками (див. рис. 3.11; табл. В.11).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками та між хворими на різні форми піодермії чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей ШДЕ стегна (див. рис. 3.11; табл. В.11).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермій (окрім досліджуваних з глибокими піодерміями) ШДЕ стегна достовірно більша ( $p < 0,05-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.11; табл. В.11).

Встановлено, що ШДЕ гомілки у хворих на хронічні піодермії чоловіків достовірно менша ( $p < 0,05$ ) порівняно із здоровими чоловіками (рис. 3.12; див. табл. В.12).

ШДЕ гомілки у хворих на хронічні піодермії чоловіків достовірно менша ( $p < 0,05$ ) порівняно із хворими чоловіками з гострим перебігом піодермій, а та-



**Рис. 3.12.** ШДЕ гомілки у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

кож має тенденції ( $p=0,060$  і  $p=0,062$ ) до менших значень порівняно із хворими чоловіками на поверхневій та глибокій піодермії (див. рис. 3.12; табл. В.12).

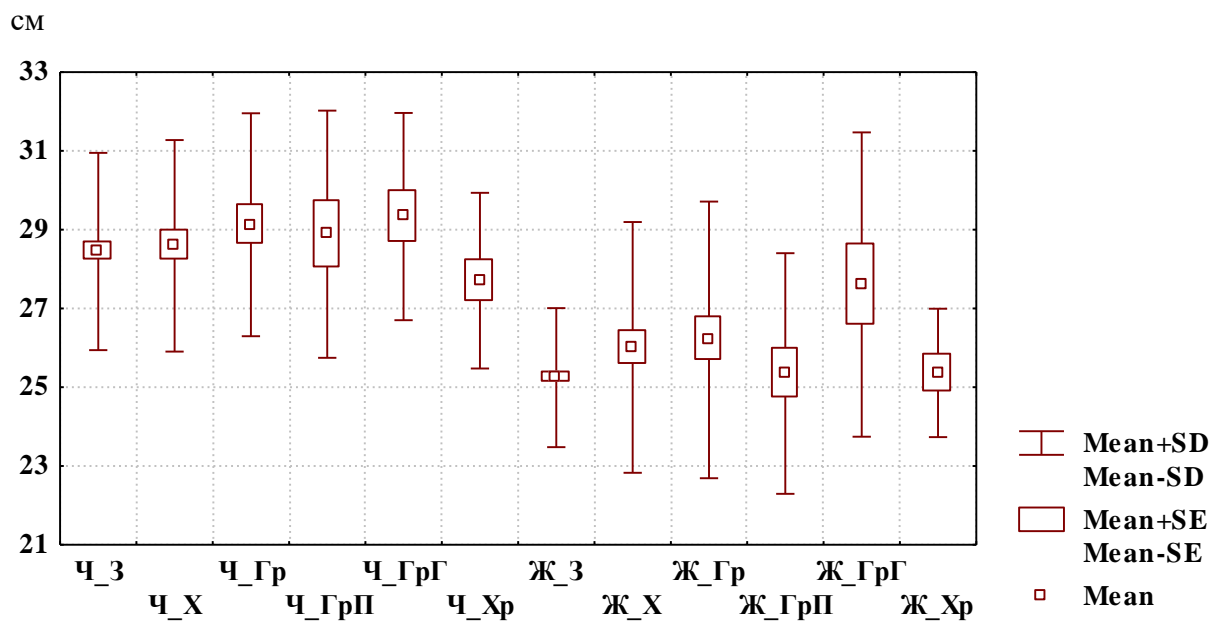
ШДЕ гомілки у хворих на глибокій піодермії жінок достовірно більша ( $p<0,05$ ) порівняно із здоровими жінками (див. рис. 3.12; табл. В.12).

У хворих на глибокій піодермії жінок ШДЕ гомілки достовірно більша ( $p<0,05-0,01$ ) порівняно із хворими жінками загальної групи, з гострим перебігом та поверхневими піодерміями (див. рис. 3.12; табл. В.12).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермії (окрім досліджуваних з глибокими і хронічними піодерміями) ШДЕ гомілки достовірно більша ( $p<0,01-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.12; табл. В.12).

Встановлено, що *поперечний середньо-груднинний розмір* грудної клітки у хворих на хронічні піодермії чоловіків достовірно менший ( $p<0,05$ ) порівняно із хворими на гострий перебіг і глибокими піодерміями чоловіками та має тенденцію ( $p=0,065$ ) до менших значень порівняно із досліджуваними з поверхневими піодерміями (рис. 3.13; див. табл. В.13).

Поперечний середньо-груднинний розмір грудної клітки у хворих на гли-



**Рис. 3.13.** Поперечний середньо-груднинний розмір грудної клітки у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

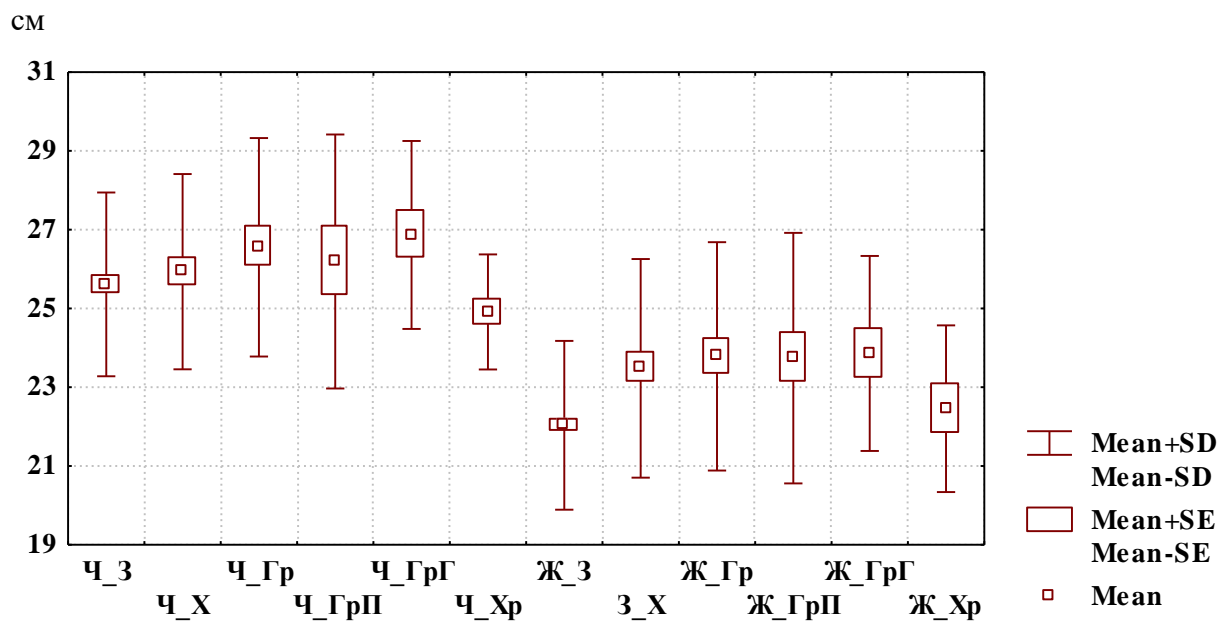
бок піодермії жінок достовірно більший ( $p < 0,05$ ) порівняно із здоровими жінками (див. рис. 3.13; табл. В.13). У хворих на глибокі піодермії жінок середньо-груднинний розмір грудної клітки має тенденції ( $p = 0,061-0,065$ ) до більших значень порівняно із хворими на хронічні та поверхневі піодермії жінками (див. рис. 3.13; табл. В.13).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей поперечного середньо-груднинного розміру грудної клітки (див. рис. 3.13; табл. В.13).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермій (окрім досліджуваних з глибокими піодерміями) поперечний середньо-груднинний розмір грудної клітки достовірно більший ( $p < 0,01-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.13; табл. В.13).

Встановлено, що *поперечний нижньо-груднинний розмір* грудної клітки у здорових чоловіків має тенденцію ( $p < 0,067$ ) до менших значень порівняно із хворими на глибокі піодермії чоловіками (рис. 3.14; див. табл. В.14).

Поперечний нижньо-груднинний розмір грудної клітки у хворих з гострим перебігом піодермій і глибокими піодерміями чоловіків достовірно біль-



**Рис. 3.14.** Поперечний нижньо-груднинний розмір грудної клітки у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

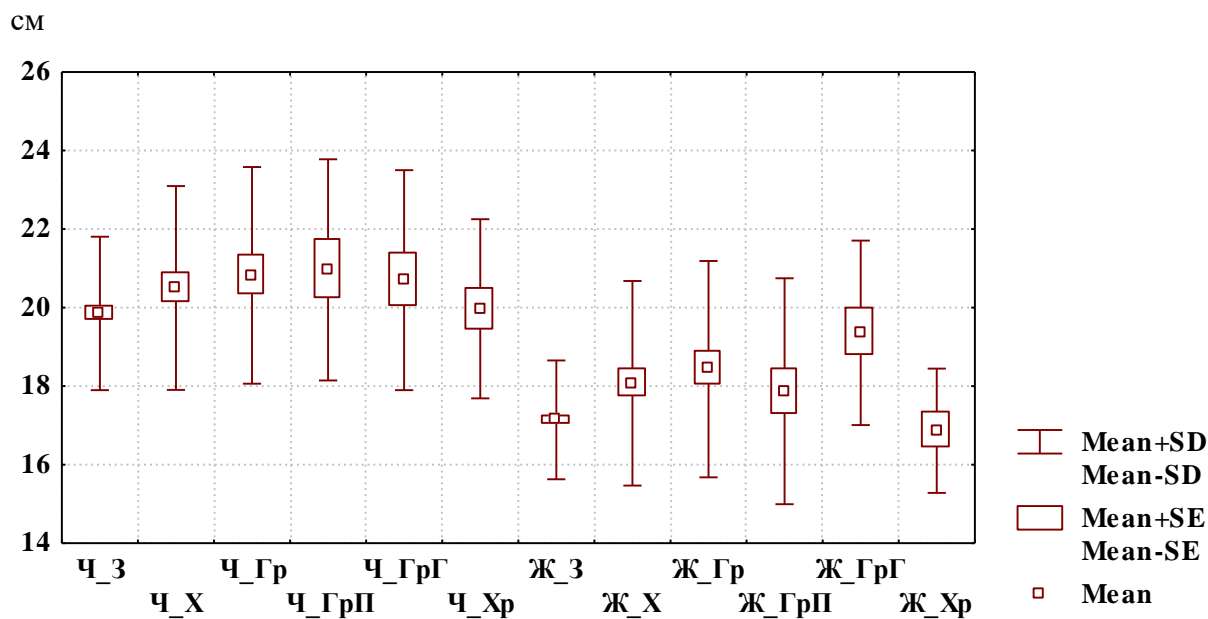
ший ( $p < 0,05$  в обох випадках) порівняно із хворими на хронічні піодермії чоловіками (див. рис. 3.14; табл. В.14).

Поперечний нижньо-груднинний розмір грудної клітки у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,01-0,001$ ) порівняно із хворими на піодермії жінками загальної групи, із гострим перебігом, поверхневою і з глибокою формою дерматоза (див. рис. 3.14; табл. В.14).

Між хворими на різні форми піодермії жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей поперечного нижньо-груднинного розміра грудної клітки (див. рис. 3.14; табл. В.14).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермії поперечний нижньо-груднинний розмір грудної клітки достовірно більший ( $p < 0,05-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.14; табл. В.14).

Встановлено, що *передньо-задній середньо-груднинний розмір* у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,05-0,001$ ) порівняно із хворими на піодермії жінками загальної групи, із гострим перебігом, поверхневою і з глибокою формою дерматоза (рис. 3.15; див. табл. В.15).



**Рис. 3.15.** Передньо-задній середньо-груднинний розмір грудної клітки у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

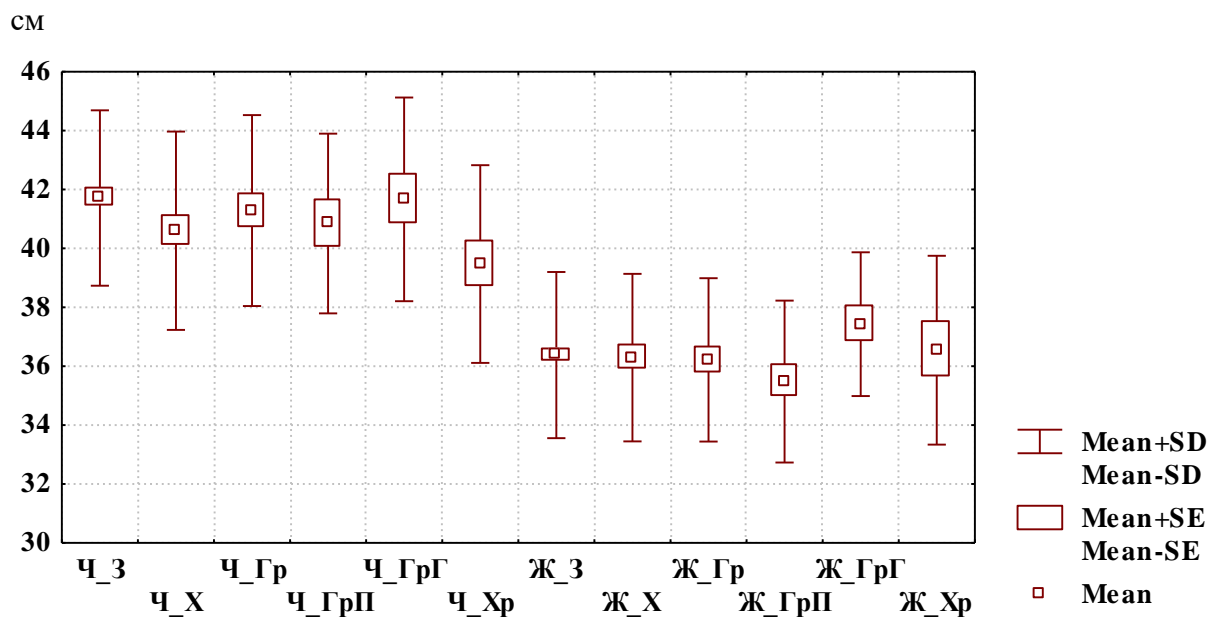
Передньо-задній середньо-груднинний розмір у хворих з гострим перебігом піодермій і з глибокими піодерміями жінок достовірно більший ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із хворими на хронічні піодермії жінками (див. рис. 3.15; табл. В.15). Крім того, зазначений розмір у жінок із поверхневими піодерміями має виражену тенденцію ( $p = 0,058$ ), а у хворих жінок загальної групи – тенденцію ( $p = 0,069$ ) до менших значень порівняно із жінками з глибокими піодерміями (див. рис. 3.15; табл. В.15).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками і між хворими на різні форми піодермій чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей передньо-заднього середньо-груднинного розміра грудної клітки (див. рис. 3.15; табл. В.15).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермій (окрім досліджуваних з глибокими піодерміями) передньо-задній середньо-груднинний розмір грудної клітки достовірно більший ( $p < 0,01-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.15; табл. В.15).

Встановлено, що *ширина плечей* у здорових чоловіків достовірно більша

( $p < 0,05$ ) порівняно із хворими на хронічні піодермії чоловіками (рис. 3.16; див. табл. В.16).



**Рис. 3.16.** Ширина плечей у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

Ширина плечей у хворих жінок із поверхевими піодерміями достовірно менша ( $p < 0,05$ ) порівняно із жінками із глибокими піодерміями (див. рис. 3.16; табл. В.16).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії жінками і між хворими на різні форми піодермії чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей ширини плечей (див. рис. 3.16; табл. В.16).

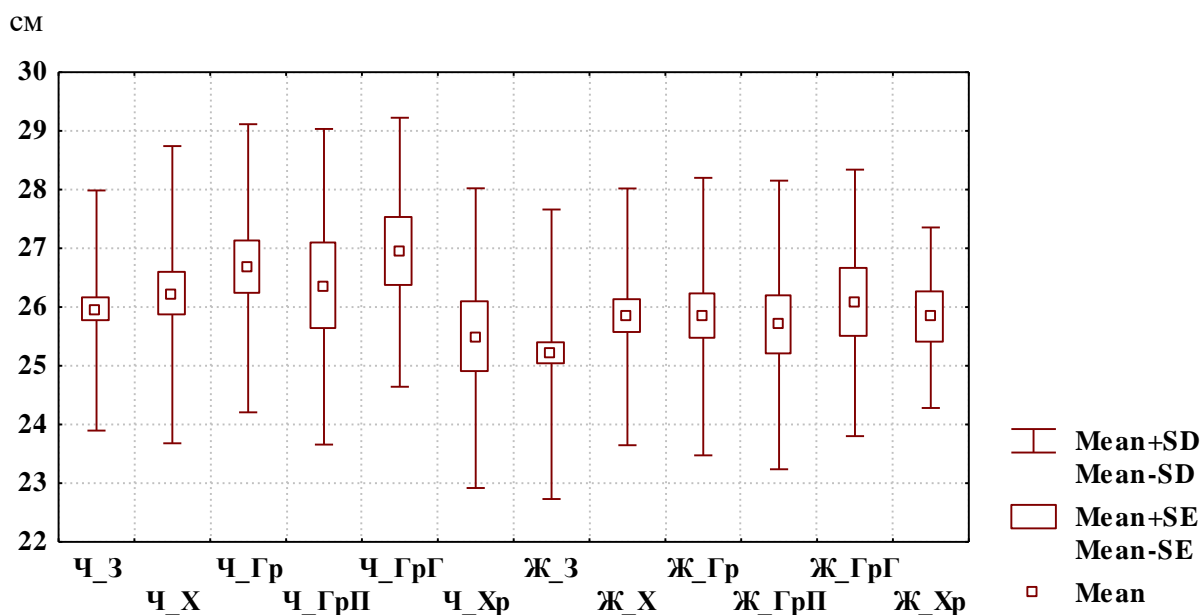
У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермії ширина плечей достовірно більша ( $p < 0,05-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.16; табл. В.16).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками і між хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей міжостьового розміра таза (рис. 3.17; див. табл. В.17).

Лише у здорових чоловіків міжостьовий розмір таза достовірно більший ( $p < 0,05$ ), ніж у хворих жінок аналогічної групи порівняння (див. рис. 3.17; табл.

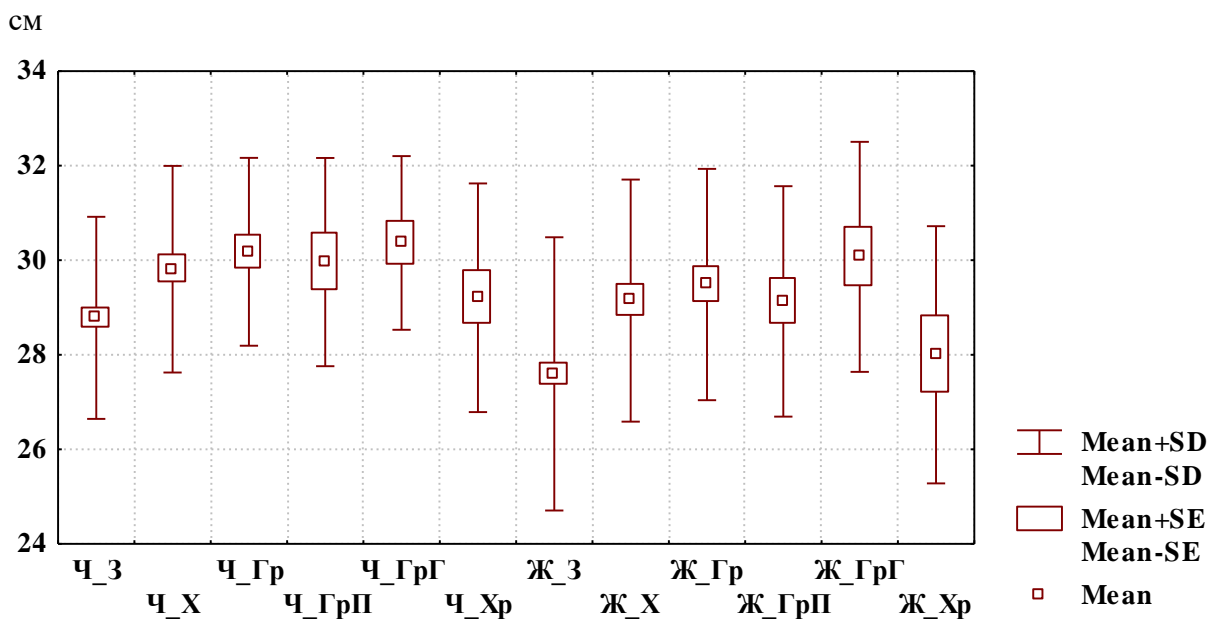


В.17).



**Рис. 3.17.** Міжостьовий розмір таза у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

Встановлено, що *міжгребневий розмір таза* у здорових чоловіків достовірно менший ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із хворими чоловіками загальної групи, з гострим перебігом та з глибокими піодерміями (рис. 3.18; див. табл. В.18).

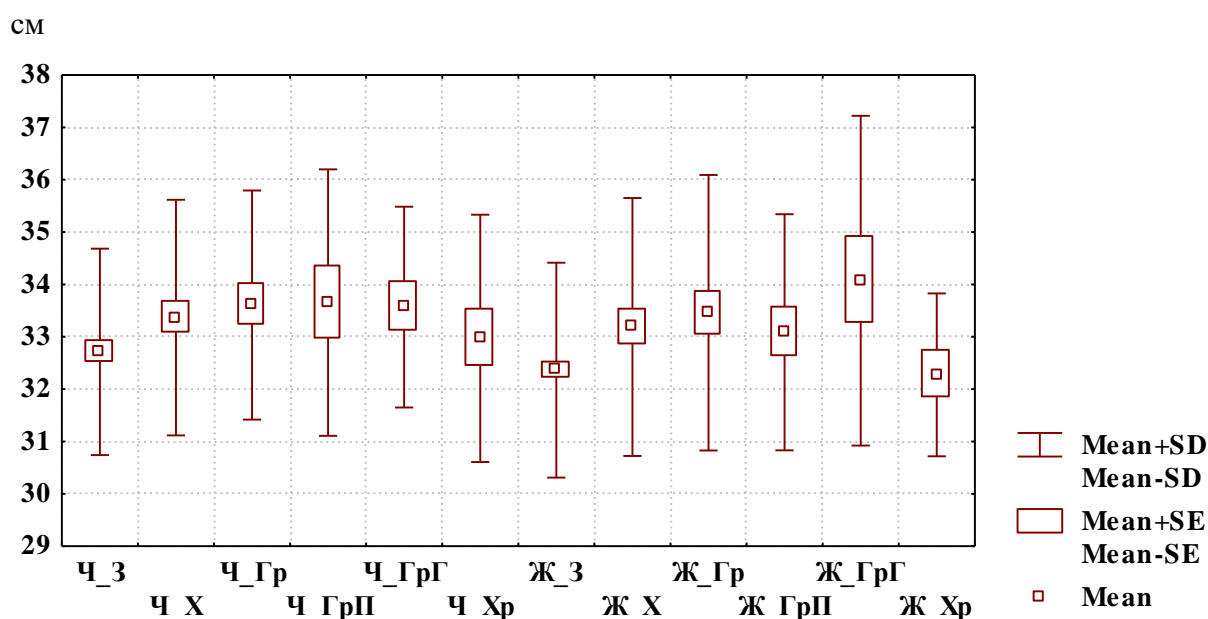


**Рис. 3.18.** Міжгребневий розмір таза у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

Міжребеневий розмір таза у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,05-0,001$ ) порівняно із жінками загальної групи, з гострим перебігом та з поверхневими і глибокими піодерміями (див. рис. 3.18; табл. В.18). Між хворими на різні форми піодермій чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей міжребеневого розміра таза (див. рис. 3.18; табл. В.18).

Лише у здорових чоловіків міжребеневий розмір таза достовірно більший ( $p < 0,01$ ), ніж у хворих жінок аналогічної групи порівняння (див. рис. 3.18; табл. В.18).

Встановлено, що міжвертлюговий розмір таза у здорових чоловіків має виражену тенденцію ( $p = 0,051$ ) до менших значень порівняно із хворими чоловіками з гострим перебігом піодермій (рис. 3.19; див. табл. В.19).



**Рис. 3.19.** Міжвертлюговий розмір таза у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

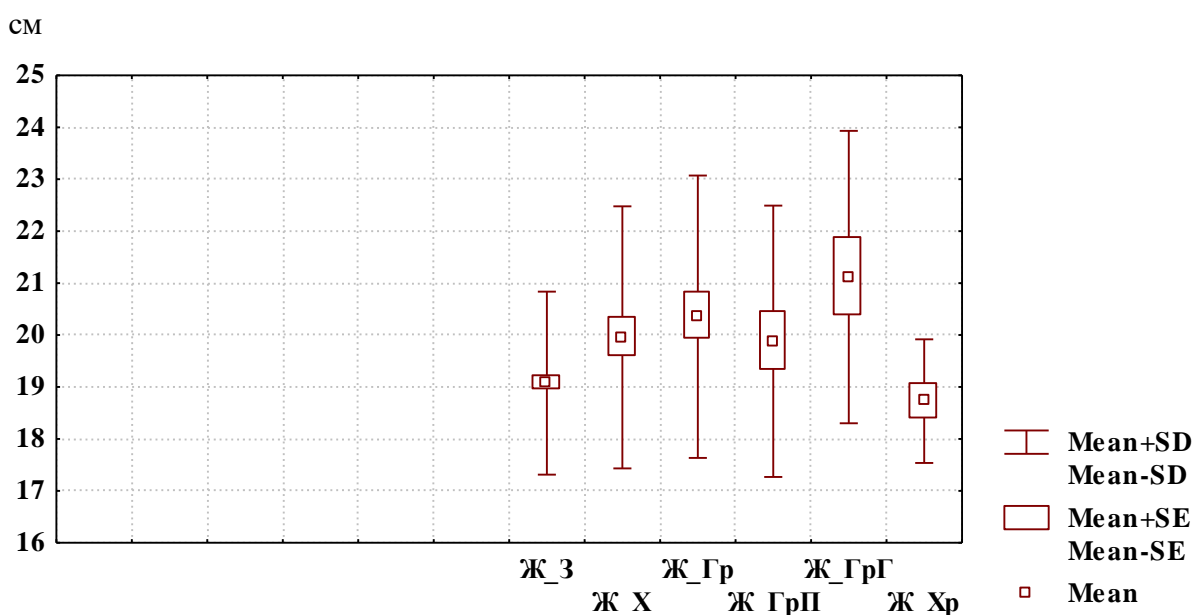
Міжвертлюговий розмір таза у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із жінками з гострим перебігом та з глибокими піодерміями і має виражену тенденцію ( $p = 0,051$ ) до менших значень порівняно із хворими жінками загальної групи (див. рис. 3.19; табл. В.19).

Міжвертлюговий розмір таза у хворих на глибокі піодермії жінок досто-

вірно більший ( $p < 0,05$ ) порівняно із хворими на хронічні піодермії жінками (див. рис. 3.19; табл. В.19).

Між хворими на різні форми піодермії чоловіками та між відповідними групами порівняння чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей міжвертлюгового розміра таза (див. рис. 3.19; табл. В.19).

Встановлено, що *поверхнева кон'югата* у здорових жінок достовірно менша ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із жінками з гострим перебігом та з глибокими піодерміями і має тенденцію ( $p = 0,065$ ) до менших значень порівняно із хворими жінками загальної групи (рис. 3.20; див. табл. В.20).

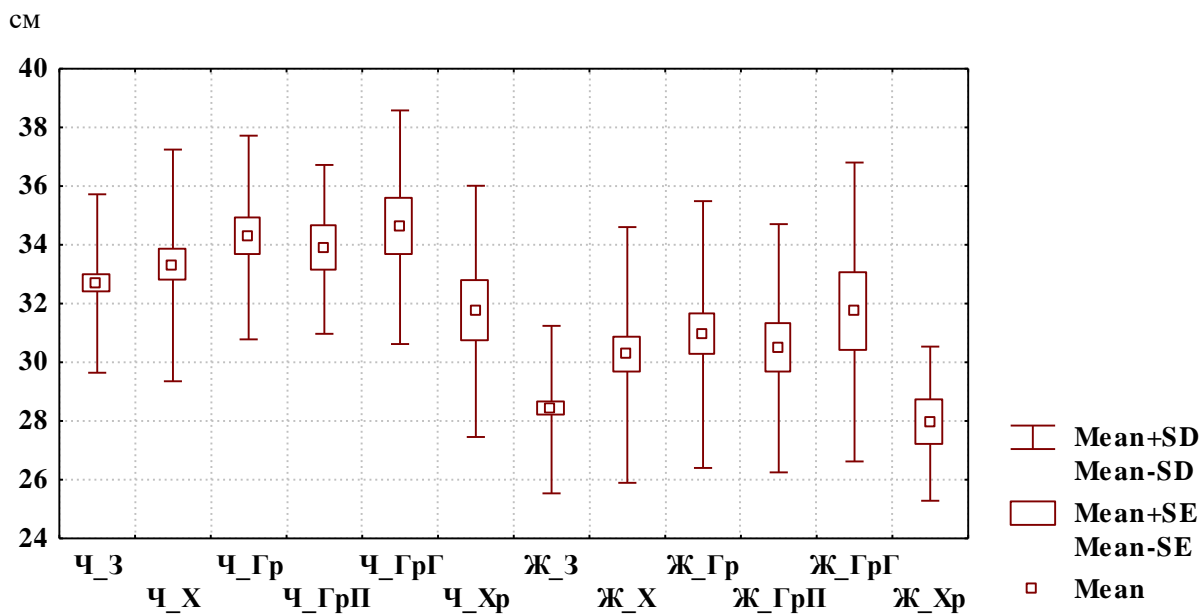


**Рис. 3.20.** Поверхнева кон'югата у здорових та хворих на піодермії жінок (см).

Поверхнева кон'югата у хворих на глибокі піодермії жінок достовірно більша ( $p < 0,05$ ) та у хворих жінок з гострим перебігом дерматоза має виражену тенденцію ( $p = 0,059$ ) до більших значень порівняно із хворими на хронічні піодермії жінками (див. рис. 3.20; табл. В.20).

Встановлено, що *обхват плеча при максимальній нарузі* у здорових чоловіків має виражену тенденцію ( $p = 0,059$ ) до менших значень порівняно із хворими чоловіками з гострим перебігом піодермії (рис. 3.21; див. табл. В.21).

Обхват плеча при максимальній нарузі у хворих з гострим перебігом піо-



**Рис. 3.21.** Обхват плеча при максимальній напрузі у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

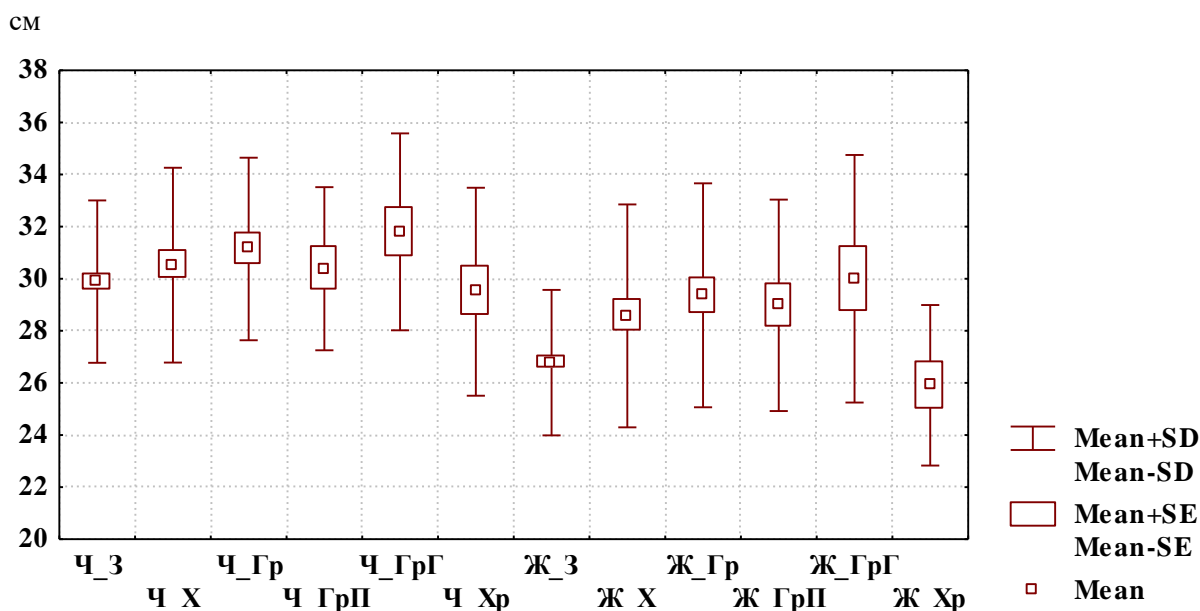
дермій чоловіків достовірно більший ( $p < 0,05$ ) і у хворих чоловіків із глибокими піодерміями має тенденцію ( $p = 0,069$ ) до більших значень порівняно із чоловіками з хронічними піодерміями (див. рис. 3.21; табл. В.21).

Обхват плеча при максимальній напрузі у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із хворими жінками загальної групи, з гострим перебігом дерматоза та з поверхневими і глибокими піодерміями (див. рис. 3.21; табл. В.21).

Обхват плеча при максимальній напрузі у хворих з гострим перебігом дерматоза і з глибокими піодерміями жінок достовірно більший ( $p < 0,05$  в обох випадках) порівняно із хворими на хронічні піодермії жінками (див. рис. 3.21; табл. В.21).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермій (окрім досліджуваних з глибокою піодермією) обхват плеча при максимальній напрузі достовірно більший ( $p < 0,05-0,001$ ) та у хворих чоловіків з глибокими піодерміями має тенденцію ( $p = 0,064$ ) до більших значень, ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.21; табл. В.21).

Встановлено, що *обхват плеча у розслабленому стані* у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,05-0,001$ ) порівняно із хворими жінками загальної групи, з гострим перебігом дерматозу та з поверхневими і глибокими піодерміями (рис. 3.22; див. табл. В.22).



**Рис. 3.22.** Обхват плеча у розслабленому стані у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

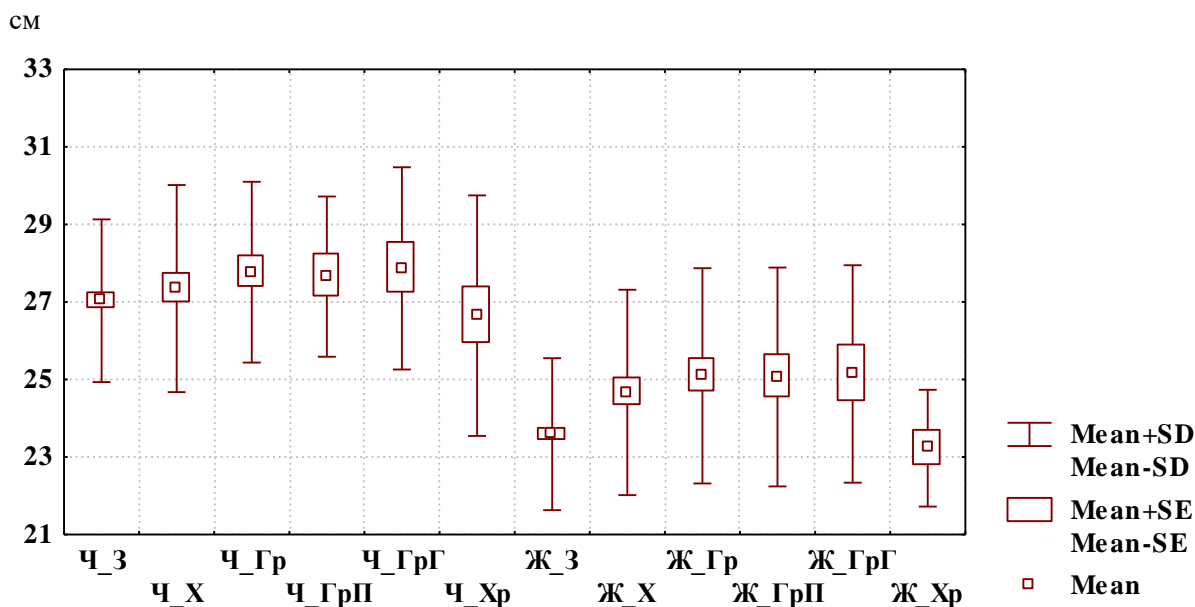
Обхват плеча у розслабленому стані у хворих жінок з гострим перебігом дерматоза і з глибокою піодермією достовірно більший ( $p < 0,05$  в обох випадках) порівняно із хворими на хронічні піодермії жінками. Крім того, у хворих на поверхневу піодермію даний параметр має виражену тенденцію ( $p = 0,056$ ) та у хворих жінок загальної групи – тенденцію ( $p = 0,066$ ) до більших значень порівняно із хворими на хронічні піодермії жінками (див. рис. 3.22; табл. В.22).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками і між хворими на різні форми піодермії чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей обхвата плеча у розслабленому стані (див. рис. 3.22; табл. В.22).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермії (окрім досліджуваних з поверхневими і глибокими піодерміями) обхват плеча у розслабленому стані достовірно більший ( $p < 0,05-0,001$ ), ніж у хворих

жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.22; табл. В.22).

Встановлено, що *обхват передпліччя у проксимальній третині* у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із хворими жінками загальної групи, з гострим перебігом дерматоза та з поверхневими і глибокими піодерміями (рис. 3.23; див. табл. В.23).



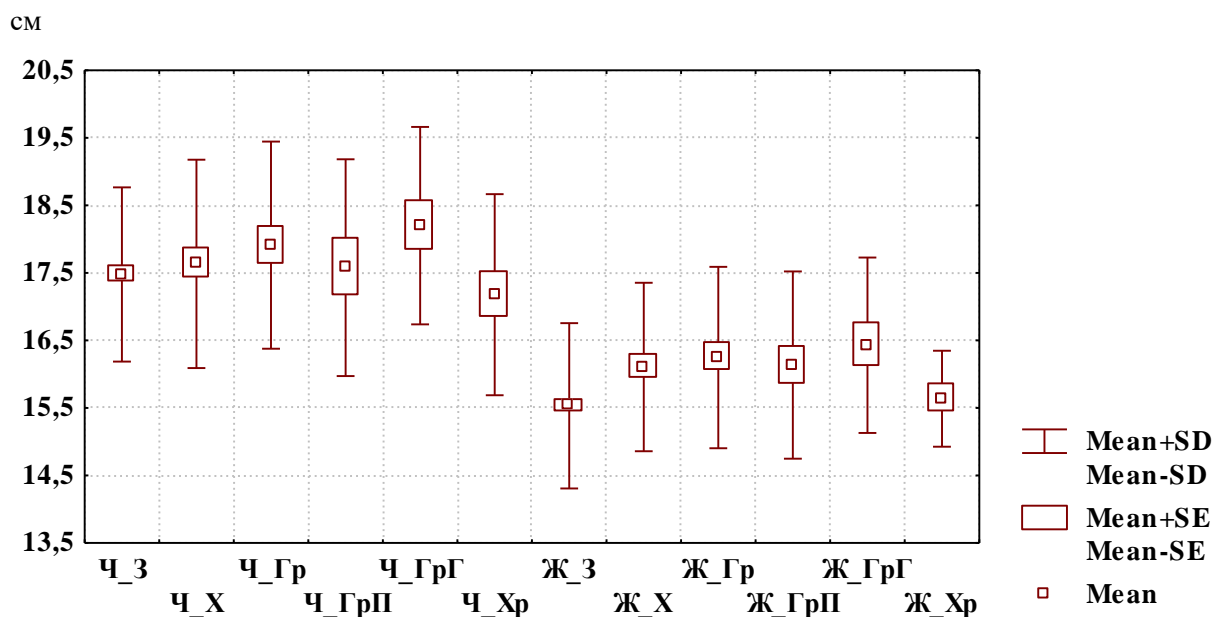
**Рис. 3.23.** Обхват передпліччя у проксимальній третині у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

Обхват передпліччя у проксимальній третині у хворих жінок з гострим перебігом дерматоза достовірно більший ( $p < 0,05$ ) та у хворих на поверхневі піодермії жінками має тенденцію ( $p = 0,068$ ) до більших значень порівняно із хворими на хронічні піодермії жінками (див. рис. 3.23; табл. В.23).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками і між хворими на різні форми піодермії чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей обхвата передпліччя у проксимальній третині (див. рис. 3.23; табл. В.23).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермії обхват передпліччя у проксимальній третині достовірно більший ( $p < 0,05-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.23; табл. В.23).

Встановлено, що *обхват передпліччя в дистальній третині* у хворих на глибокі піодермії чоловіків достовірно більший ( $p < 0,05$ ) порівняно із хворими на хронічні піодермії чоловіками (рис. 3.24; див. табл. В.24).



**Рис. 3.24.** Обхват передпліччя в дистальній третині у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

Обхват передпліччя в дистальній третині у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із хворими жінками загальної групи, з гострим перебігом дерматоза та з глибокими піодерміями (див. рис. 3.24; табл. В.24).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками і між хворими на різні форми піодермії жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей обхвата передпліччя в дистальній третині (див. рис. 3.24; табл. В.24).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермії обхват передпліччя в дистальній третині достовірно більший ( $p < 0,01-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.24; табл. В.24).

Встановлено, що *обхват стегна* у здорових чоловіків достовірно менший ( $p < 0,05$ ) порівняно із хворими чоловіками з гострим перебігом піодермії та має виражену тенденцію ( $p = 0,052$ ) до менших значень порівняно із хворими

чоловіками загальної групи (рис. 3.25; див. табл. В.25).

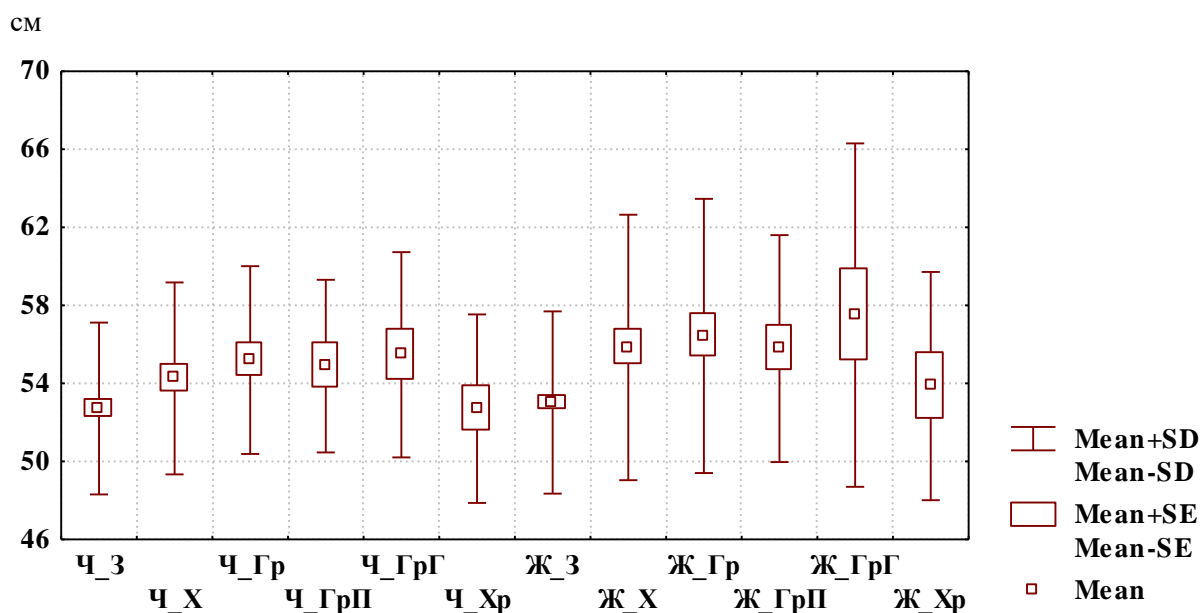


Рис. 3.25. Обхват стегна у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

Обхват стегна у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із хворими жінками загальної групи, з гострим перебігом дерматозу та з поверхневими і глибокими піодерміями (див. рис. 3.25; табл. В.25).

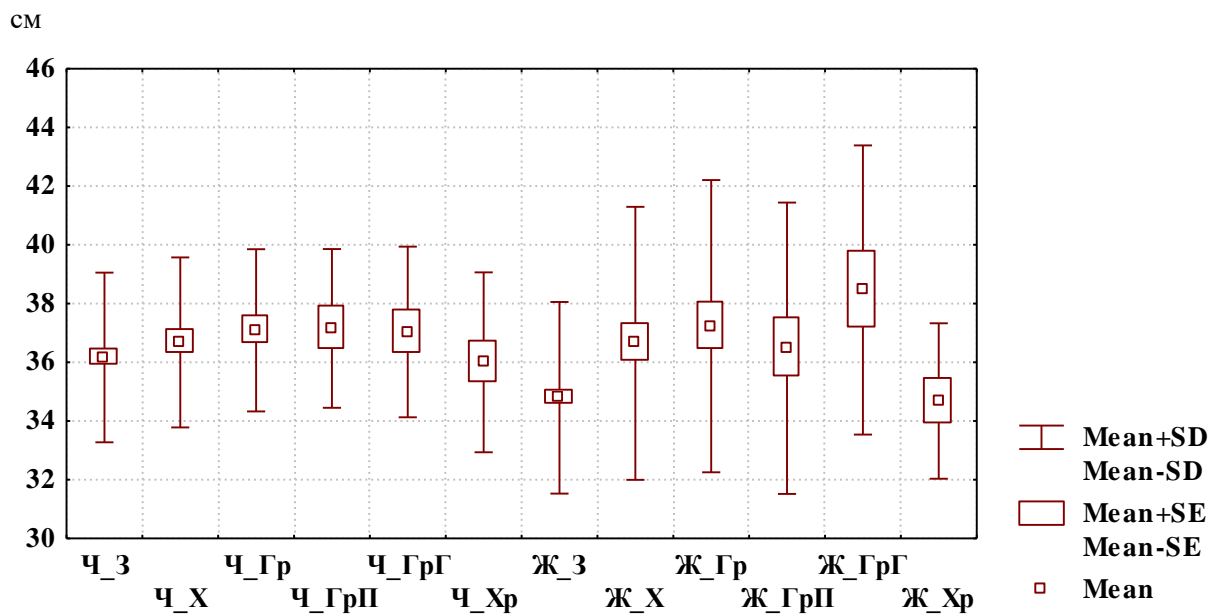
Між хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками та між відповідними групами порівняння чоловіків та жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей обхвата стегна (див. рис. 3.25; табл. В.25).

Встановлено, що *обхват гомілки у проксимальній третині* у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із хворими жінками загальної групи, з гострим перебігом дерматоза та з глибокими піодерміями (рис. 3.26; див. табл. В.26).

Обхват гомілки у проксимальній третині у хворих на глибокі піодермії жінок достовірно більший ( $p < 0,05$ ) порівняно із хворими на хронічні піодермії жінками (див. рис. 3.26; табл. В.26).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками і між хворими на різні форми піодермії чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей обхвата гомілки у проксимальній третині (див. рис. 3.26;





**Рис. 3.26.** Обхват гомілки у проксимальній третині у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

табл. В.26).

Лише у здорових чоловіків обхват гомілки у проксимальній третині достовірно більший ( $p < 0,01$ ), ніж у здорових жінок (див. рис. 3.26; табл. В.26).

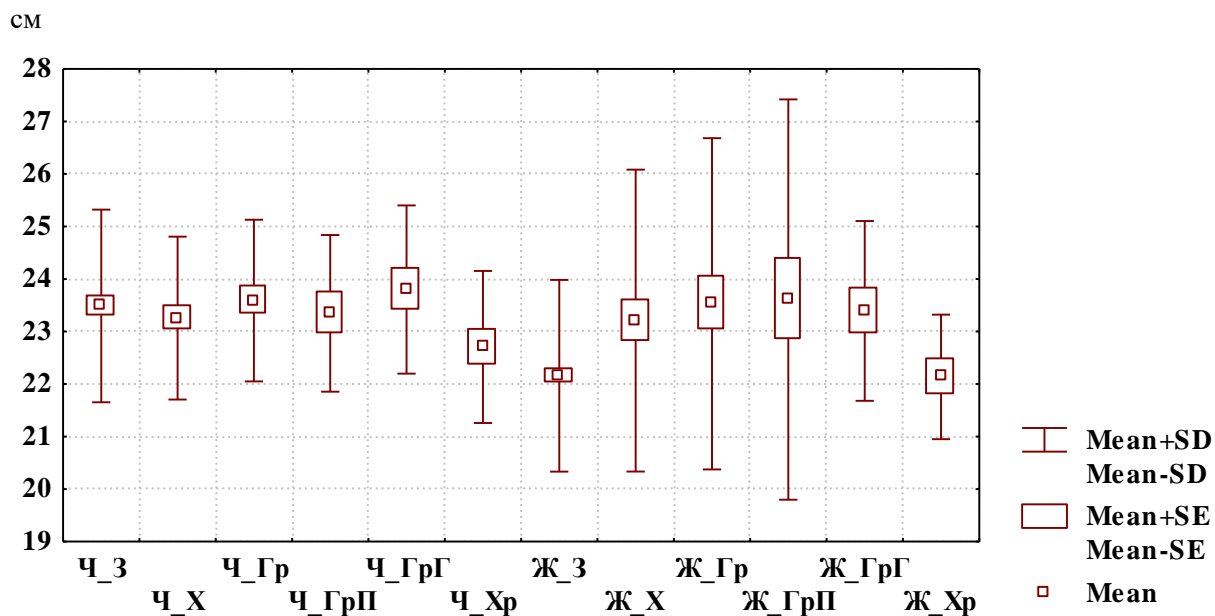
Встановлено, що *обхват гомілки в дистальній третині* у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,05$  в усіх випадках) порівняно із хворими жінками загальної групи, з гострим перебігом дерматоза та з глибокими піодерміями (рис. 3.27; див. табл. В.27).

Обхват гомілки в дистальній третині у хворих на глибокі піодермії жінок достовірно більший ( $p < 0,05$ ) порівняно із хворими на хронічні піодермії жінками (див. рис. 3.27; табл. В.27).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками і між хворими на різні форми піодермії чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей обхвата гомілки в дистальній третині (див. рис. 3.27; табл. В.27).

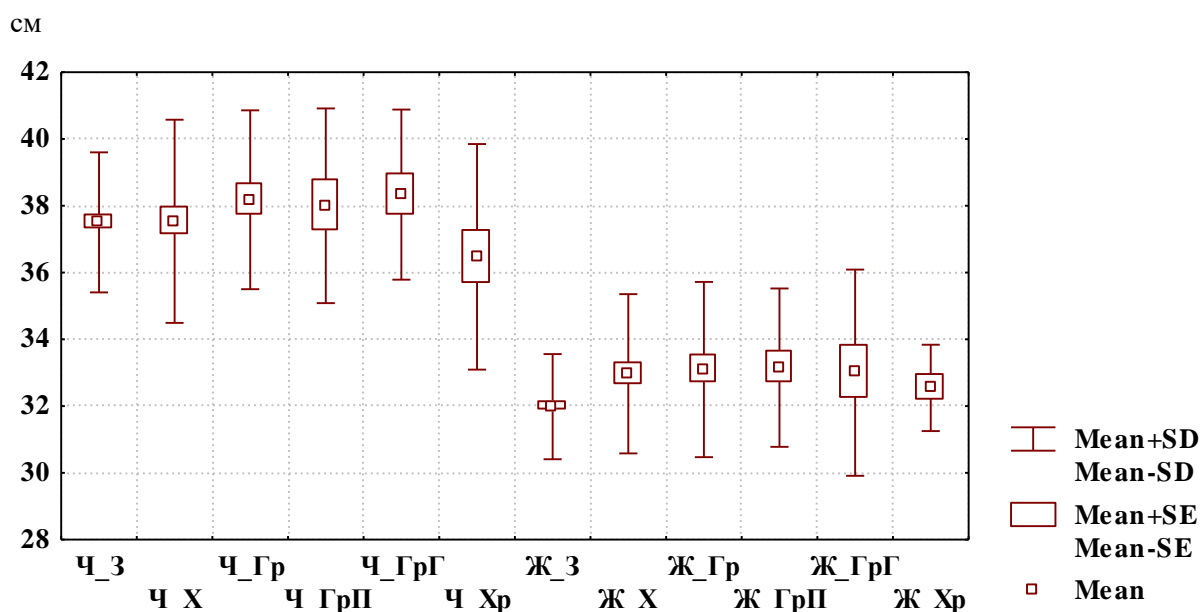
Лише у здорових чоловіків обхват гомілки в дистальній третині достовірно більший ( $p < 0,001$ ), ніж у здорових жінок (див. рис. 3.27; табл. В.27).

Встановлено, що *обхват шиї* у здорових жінок достовірно менший ( $p <$



**Рис. 3.27.** Обхват гомілки в дистальній третині у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

0,05 в усіх випадках) порівняно із хворими жінками загальної групи і з гострим перебігом дерматоза та з поверхневими піодерміями (рис. 3.28; див. табл. В.28).



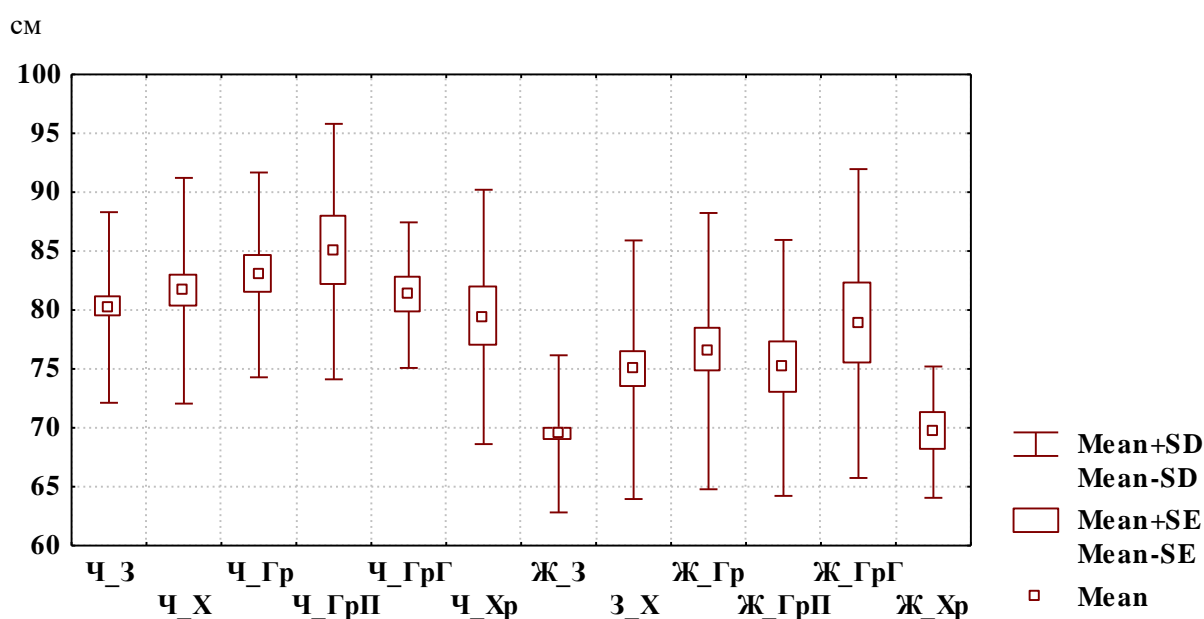
**Рис. 3.28.** Обхват шиї у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками і між хво-

рими на різні форми піодермій чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей обхвата шиї (див. рис. 3.28; табл. В.28).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермій обхват шиї достовірно більший ( $p < 0,001$  в усіх випадках), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.28; табл. В.28).

Встановлено, що *обхват талії* у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,05-0,001$ ) порівняно із хворими жінками загальної групи, з гострим перебігом дерматоза, з повехневими та глибокими піодерміями (рис. 3.29; див. табл. В.29).



**Рис. 3.29.** Обхват талії у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

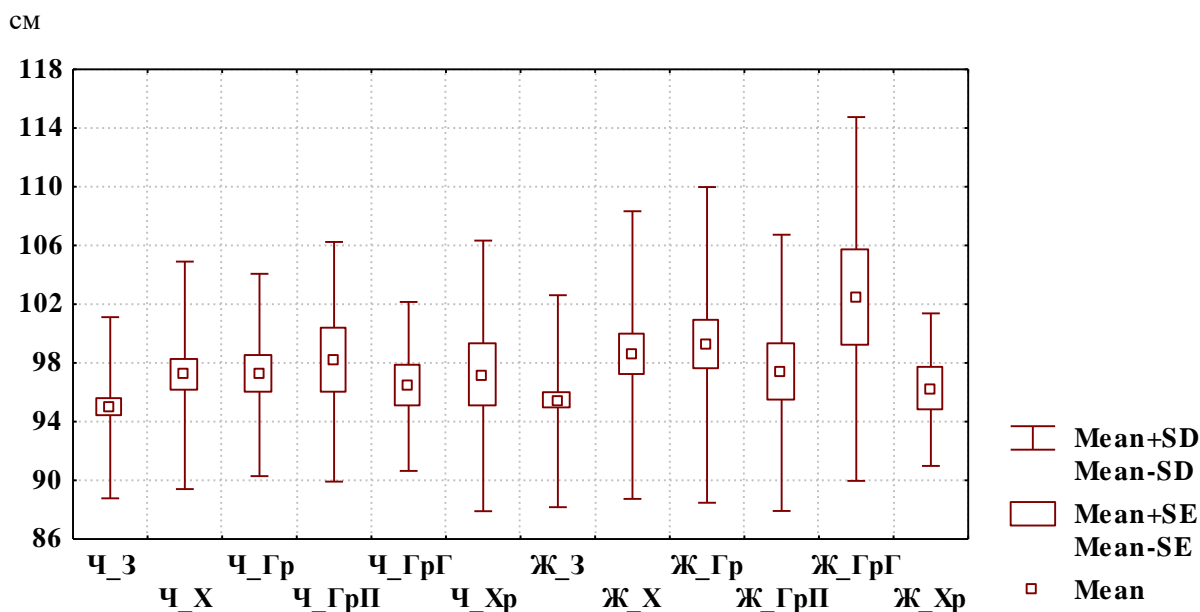
Обхват талії у хворих на глибокі піодермії жінок достовірно більший ( $p < 0,05$ ) порівняно із хворими на хронічні піодермії жінками (див. рис. 3.29; табл. В.29).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками і між хворими на різні форми піодермій чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей обхвата талії (див. рис. 3.29; табл. В.29).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермій (окрім досліджуваних з глибокими піодерміями) обхват талії достовірно

більший ( $p < 0,05-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.29; табл. В.29).

Встановлено, що *обхват стегон* у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із хворими жінками з гострим перебігом дерматоза і з глибокими піодерміями та має виражену тенденцію ( $p = 0,051$ ) до менших значень порівняно із хворими жінками загальної групи (рис. 3.30; див. табл. В.30).

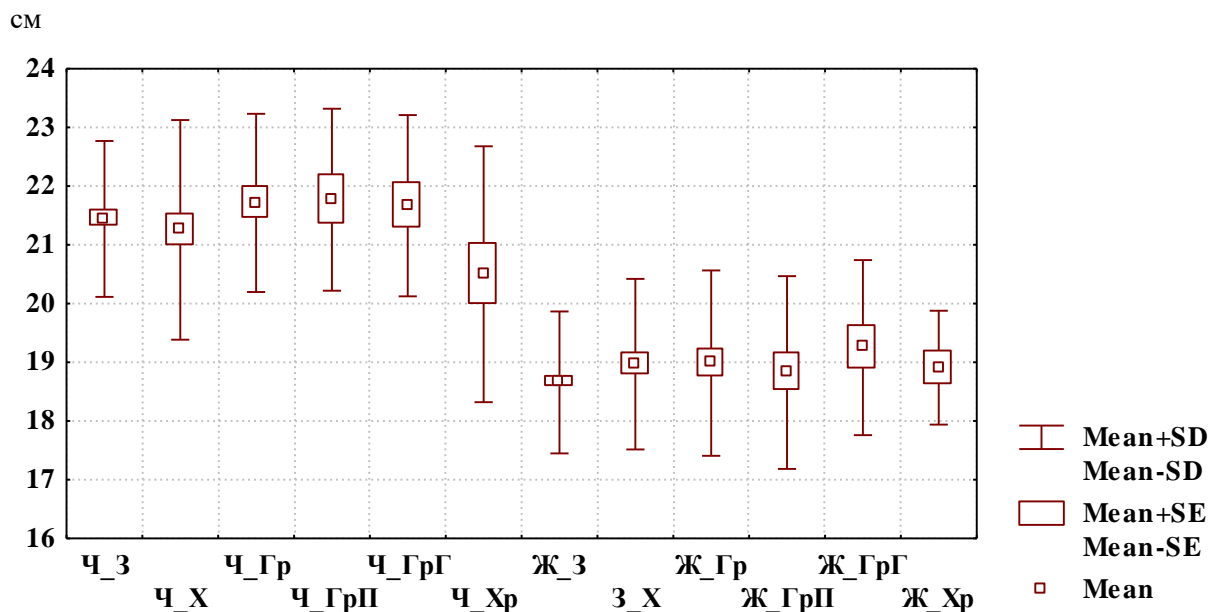


**Рис. 3.30.** Обхват стегон у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками і між хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей обхвата стегон (див. рис. 3.30; табл. В.30).

Лише у хворих на глибокі піодермії чоловіків обхват стегон достовірно менший ( $p < 0,05$ ), ніж у хворих жінок аналогічної групи порівняння (див. рис. 3.30; табл. В.30).

Встановлено, що між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками і між хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей *обхвата кисті* (рис. 3.31; див. табл. В.31).



**Рис. 3.31.** Обхват кисті у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

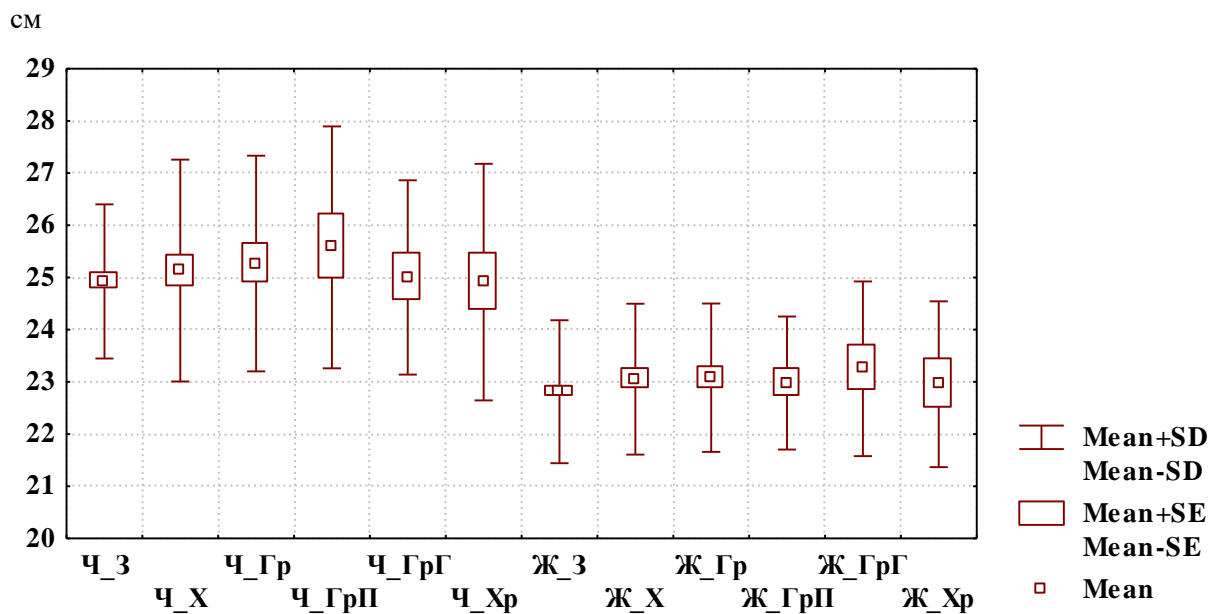
У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермій обхват кисті достовірно більший ( $p < 0,05-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.31; табл. В.31).

Встановлено, що між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками і між хворими на різні форми піодермій чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей *обхвату стопи* (рис. 3.32; див. табл. В.32).

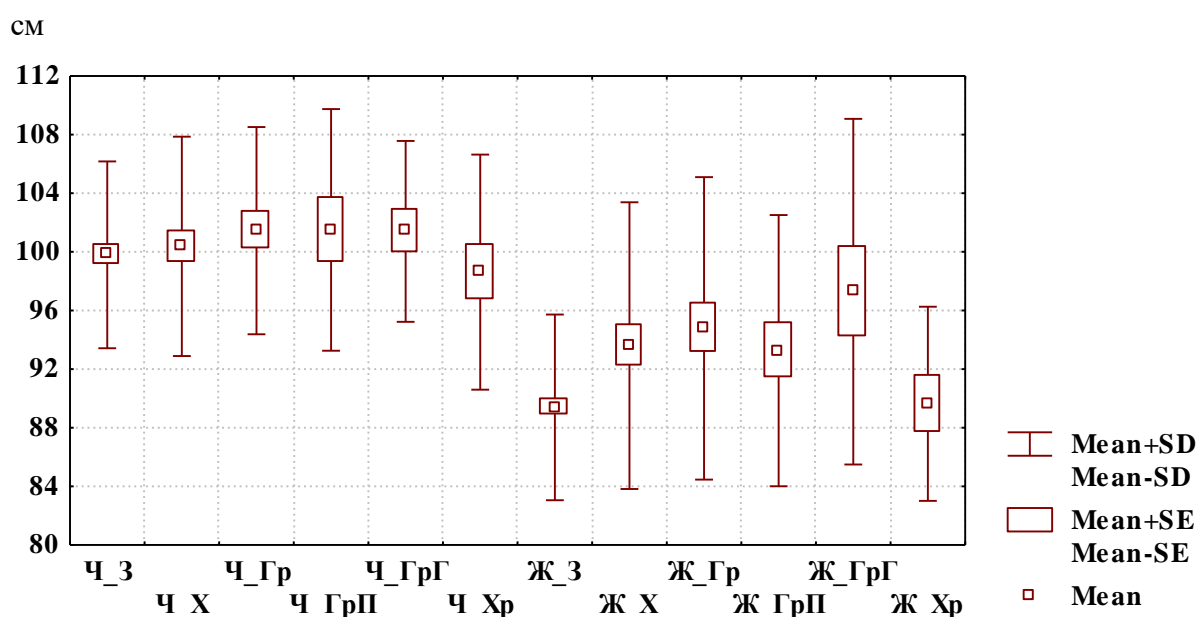
У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермій обхват стопи достовірно більший ( $p < 0,05-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.32; табл. В.32).

Встановлено, що *обхват грудної клітки при глибокому вдиху* у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із хворими жінками загальної групи, з гострим перебігом дерматоза і з глибокими піодерміями (рис. 3.33; див. табл. В.33).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками і між хворими на різні форми піодермій чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей обхвата грудної клітки при глибокому



**Рис. 3.32.** Обхват стопи у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).



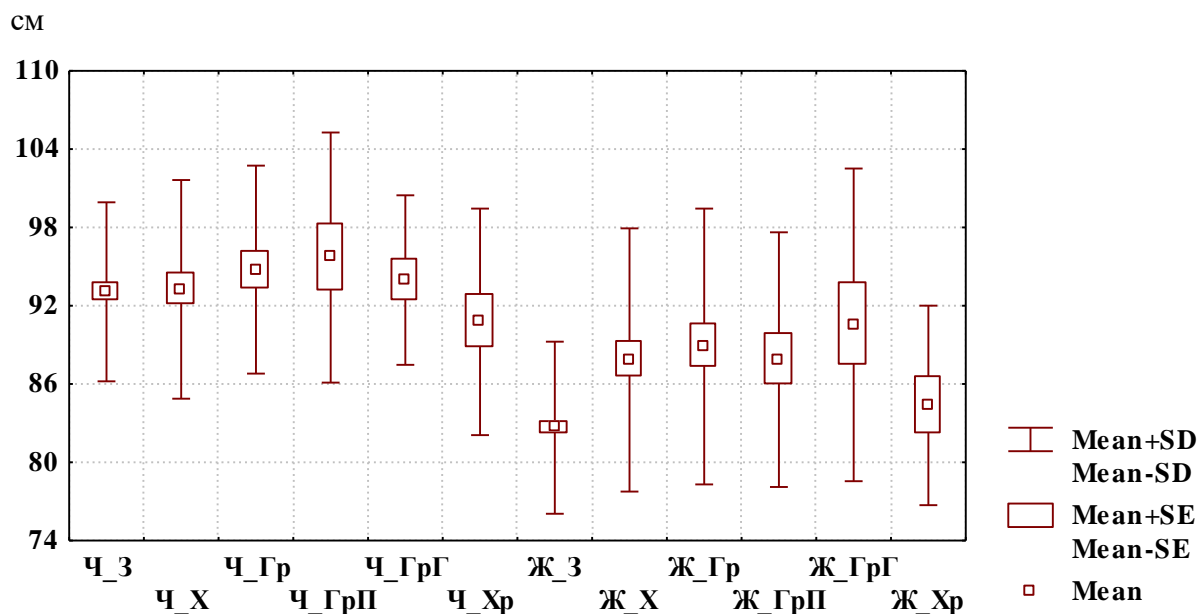
**Рис. 3.33.** Обхват грудної клітки при глибокому вдиху у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

вдиху (див. рис. 3.33; табл. В.33).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермій (окрім досліджуваних з глибокими піодерміями) обхват грудної клітки при глибокому вдиху достовірно більший ( $p < 0,01-0,001$ ), ніж у хворих жінок анало-

гічних груп порівняння (див. рис. 3.33; табл. В.33).

Встановлено, що *обхват грудної клітки при глибокому видиху* у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,05-0,001$ ) порівняно із хворими жінками загальної групи, з гострим перебігом дерматоза та з поверхневими і глибокими піодерміями (рис. 3.34; див. табл. В.34).

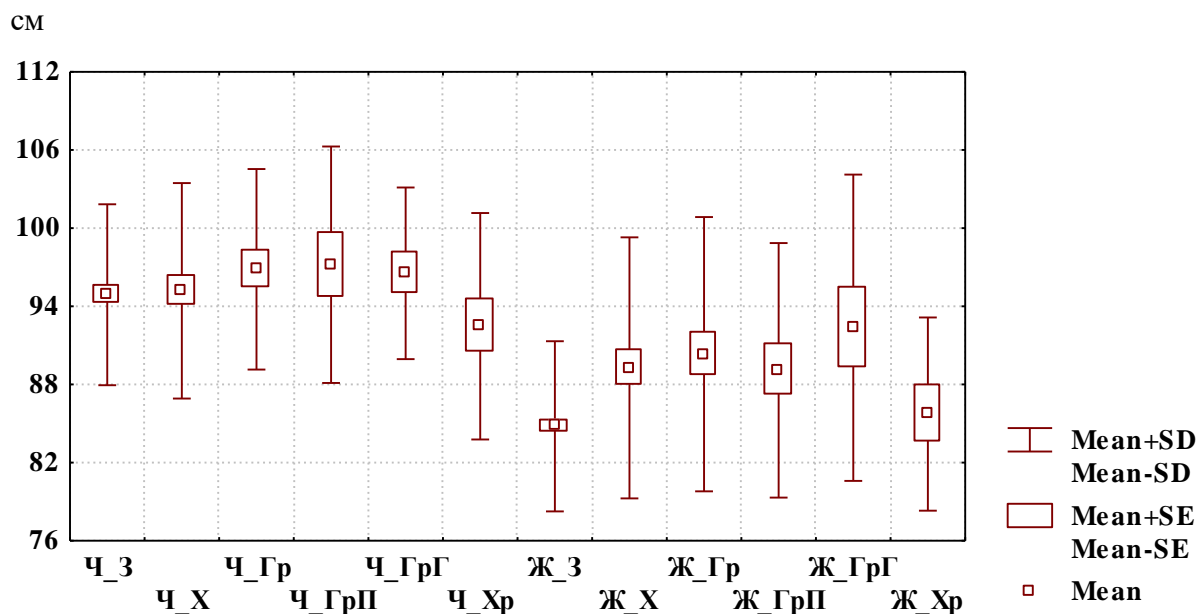


**Рис. 3.34.** Обхват грудної клітки при глибокому видиху у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками і між хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей обхвата грудної клітки при глибокому видиху (див. рис. 3.34; табл. В.34).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермії (окрім досліджуваних з глибокими піодерміями) обхват грудної клітки при глибокому видиху достовірно більший ( $p < 0,05-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.34; табл. В.34).

Встановлено, що *обхват грудної клітки при паузі* у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із хворими жінками загальної групи, з гострим перебігом дерматоза і з глибокими піодерміями (рис. 3.35; див. табл. В.35).



**Рис. 3.35.** Обхват грудної клітки при паузі у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (см).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками і між хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей обхвата грудної клітки при паузі (див. рис. 3.35; табл. В.35).

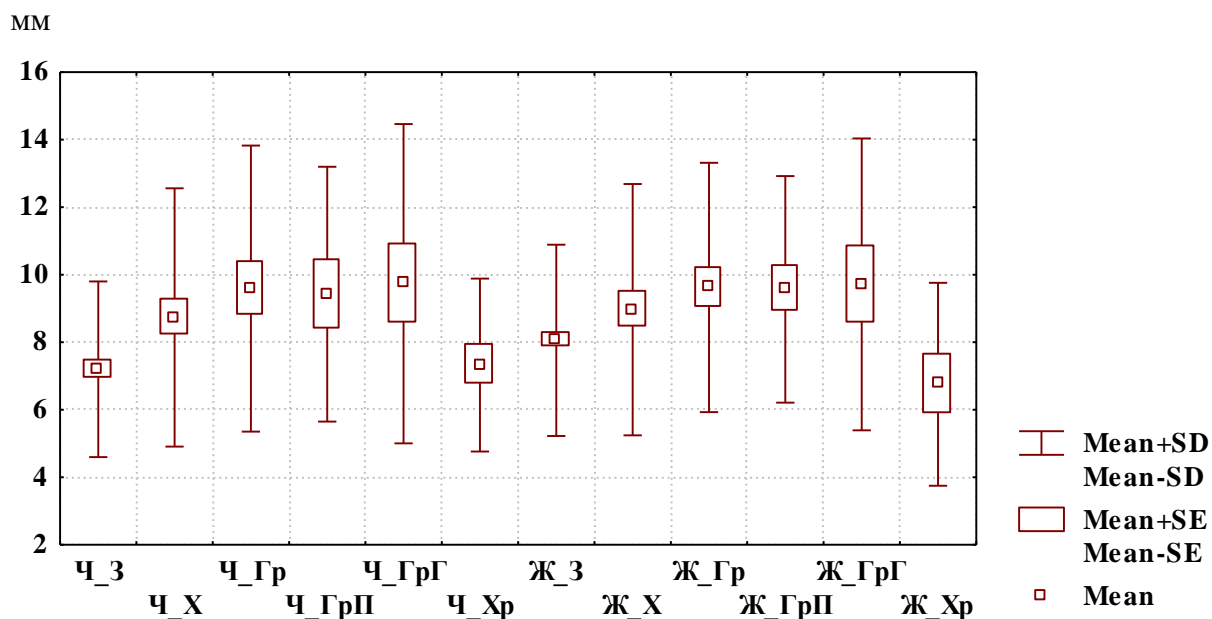
У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермії (окрім досліджуваних з глибокими піодерміями) обхват грудної клітки при паузі достовірно більший ( $p < 0,05-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 3.35; табл. В.35).

Встановлено, що товщина шкірно-жирової складки (ТШЖС) на задній поверхні плеча у здорових чоловіків достовірно менша ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із хворими чоловіками загальної групи, з гострим перебігом дерматоза та з поверхневими і глибокими піодерміями (рис. 3.36; див. табл. В.36).

ТШЖС на задній поверхні плеча у хворих на поверхневі піодермії чоловіків має тенденцію ( $p = 0,063$ ) до більших значень порівняно із хворими чоловіками з хронічними піодерміями (див. рис. 3.36; табл. В.36).

ТШЖС на задній поверхні плеча у здорових жінок достовірно менша ( $p < 0,05$  в обох випадках) порівняно із хворими жінками з гострим перебігом





**Рис. 3.36.** ТШЖС на задній поверхні плеча у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (мм).

дерматоза і з поверхневими піодерміями (див. рис. 3.36; табл. В.36).

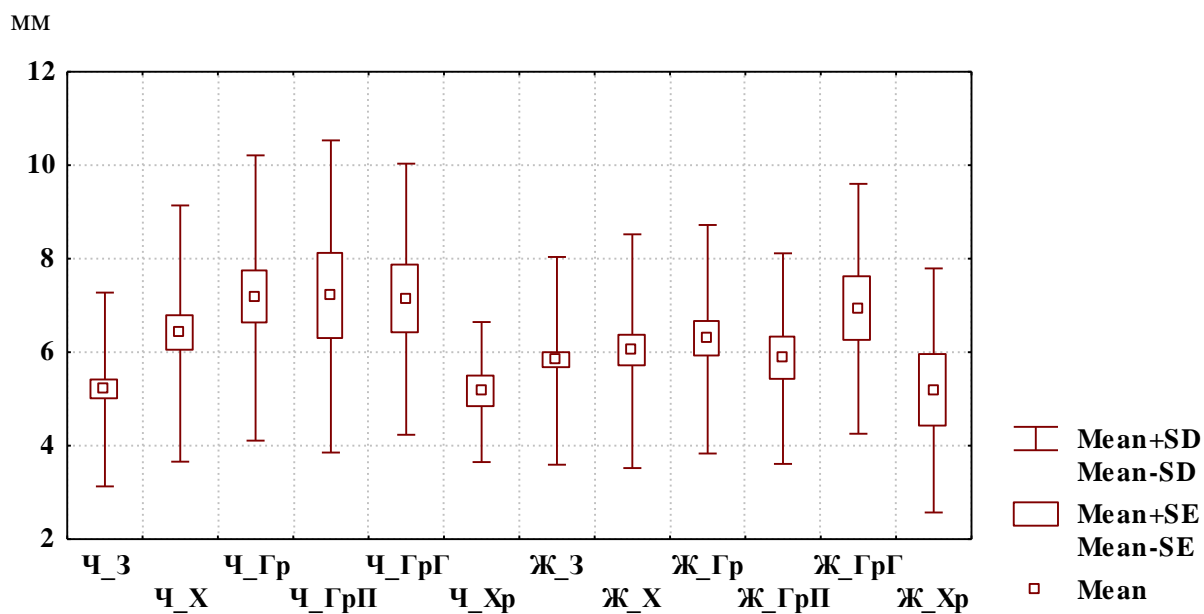
ТШЖС на задній поверхні плеча у хворих жінок з гострим перебігом і з поверхневими піодерміями достовірно більша ( $p < 0,05$  в обох випадках) порівняно із хворими жінками з хронічними піодерміями (див. рис. 3.36; табл. В.36).

Лише у здорових чоловіків ТШЖС на задній поверхні плеча достовірно менша ( $p < 0,05$ ), ніж у жінок аналогічної групи порівняння (див. рис. 3.36; табл. В.36).

Встановлено, що *ТШЖС на передній поверхні плеча* у здорових чоловіків достовірно менша ( $p < 0,05-0,001$ ) порівняно із хворими чоловіками загальної групи, з гострим перебігом дерматоза та з поверхневими і глибокими піодерміями (рис. 3.37; див. табл. В.37).

ТШЖС на передній поверхні плеча у хворих чоловіків з гострим перебігом піодермії достовірно більша ( $p < 0,05$ ) та у хворих на поверхневі та глибокі піодермії чоловіків має виражені тенденції ( $p = 0,054$  і  $p = 0,059$ ) до більших значень порівняно із хворими чоловіками з хронічними піодерміями (див. рис. 3.37; табл. В.37).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії жінками і між хво-



**Рис. 3.37.** ТШЖС на передній поверхні плеча у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (мм).

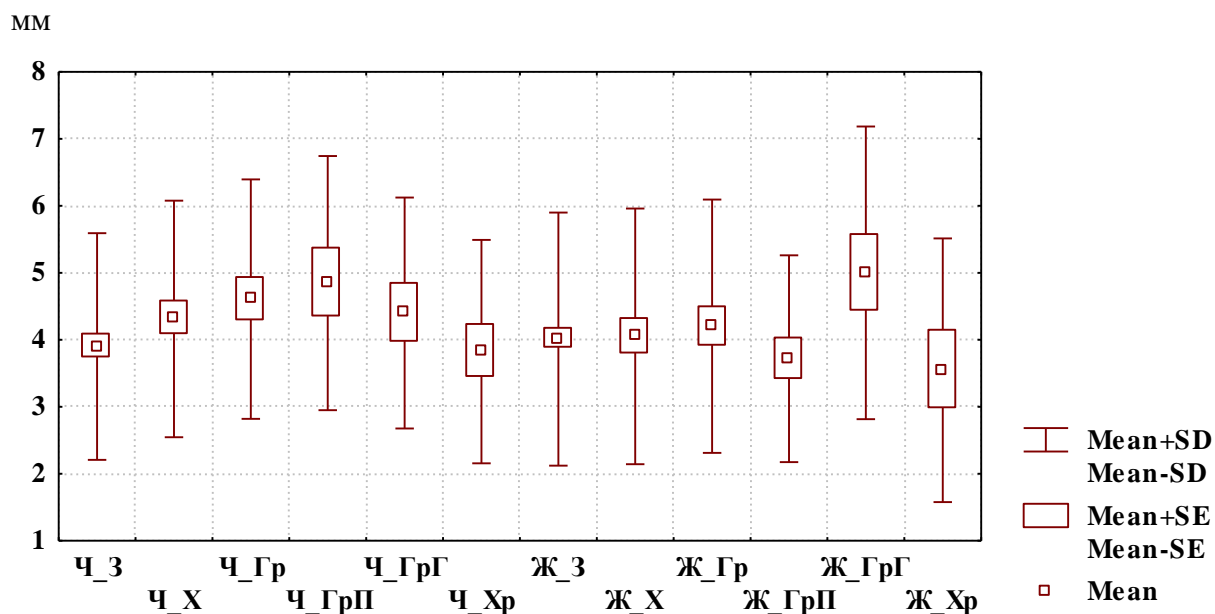
рими на різні форми піодермії жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей ТШЖС на передній поверхні плеча (див. рис. 3.37; табл. В.37).

Лише у здорових чоловіків ТШЖС на передній поверхні плеча достовірно менша ( $p < 0,05$ ), ніж у жінок аналогічної групи порівняння (див. рис. 3.37; табл. В.37).

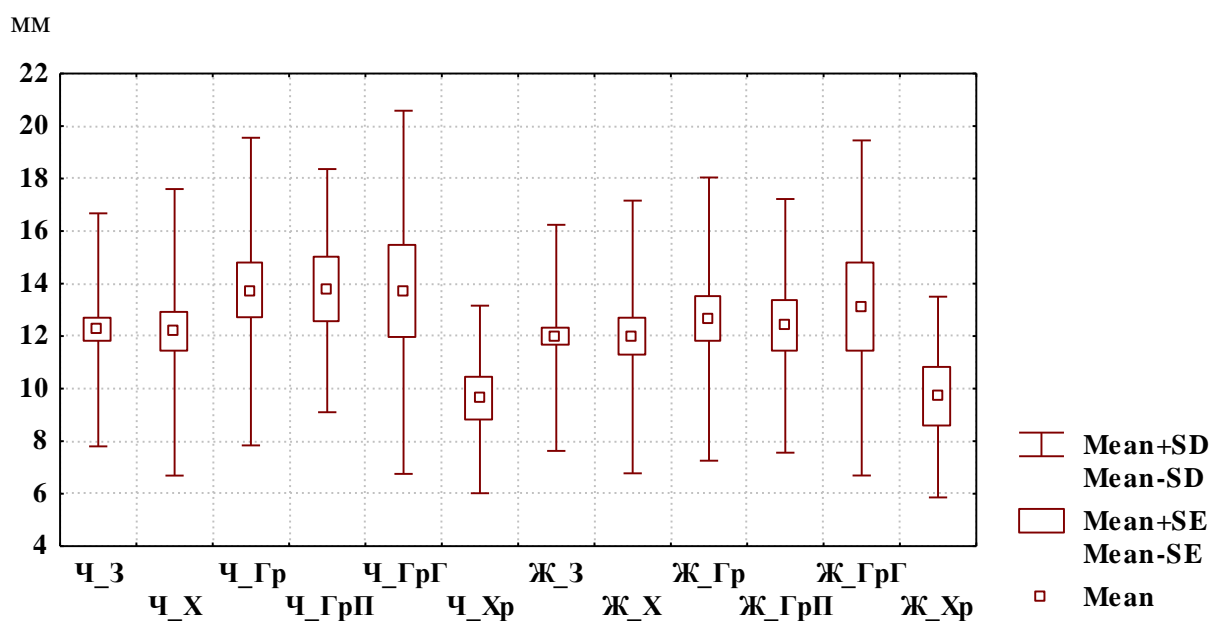
Встановлено, що *ТШЖС на передній поверхні передпліччя* у здорових чоловіків має виражену тенденцію ( $p = 0,061$ ) до менших значень порівняно із чоловіками з гострим перебігом дерматоза (рис. 3.38; див. табл. В.38).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками, між хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками, між відповідними групами чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей ТШЖС на передній поверхні передпліччя (див. рис. 3.38; табл. В.38).

Встановлено, що *ТШЖС під нижнім кутом лопатки* у здорових чоловіків достовірно більший ( $p < 0,05$ ) порівняно із хворими на хронічні піодермії чоловіками (рис. 3.39; див. табл. В.39).



**Рис. 3.38.** ТШЖС на передній поверхні передпліччя у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (мм).



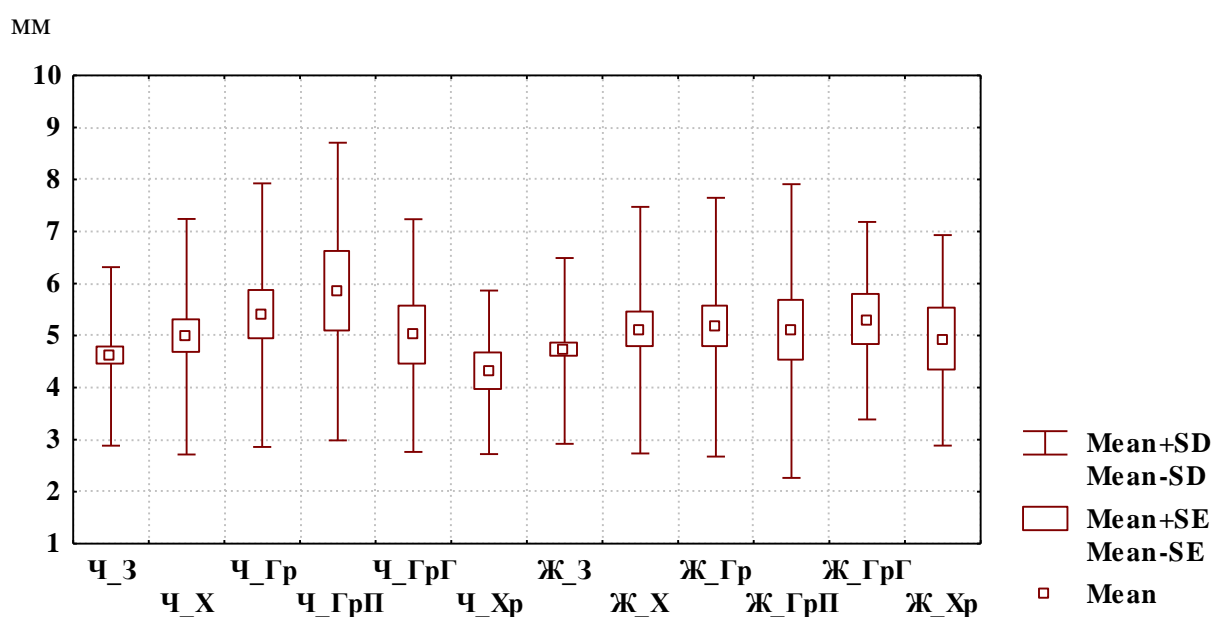
**Рис. 3.39.** ТШЖС під нижнім кутом лопатки у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (мм).

ТШЖС під нижнім кутом лопатки у хворих чоловіків з гострим перебігом і з поверхневими піодерміями достовірно більша ( $p < 0,01$  в обох випадках) та у чоловіків з глибокими піодерміями має виражену тенденцію ( $p = 0,057$ ) до більших значень порівняно із хворими на хронічні піодермії чоловіками (див. рис.

3.39; табл. В.39).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії жінками, між хворими на різні форми піодермії жінками, між відповідними групами чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей ТШЖС під нижнім кутом лопатки (див. рис. 3.39; табл. В.39).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками, між хворими на різні форми піодермії чоловіками або жінками, між відповідними групами чоловіків і жінок взагалі не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей *ТШЖС на грудях* (рис. 3.40; див. табл. В.40).



**Рис. 3.40.** ТШЖС на грудях у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (мм).

Встановлено, що *ТШЖС на животі* у здорових чоловіків достовірно менша ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із хворими чоловіками з гострим перебігом дерматоза і з поверхневими піодерміями та має тенденцію ( $p = 0,063$ ) до менших значень порівняно із чоловіками з глибокими піодерміями (рис. 3.41; див. табл. В.41).

ТШЖС на животі у хворих чоловіків з гострим перебігом піодермії та з поверхневими піодерміями достовірно більша ( $p < 0,05$  в обох випадках) порівняно із хворими чоловіками з хронічними піодерміями (див. рис. 3.41; табл.

В.41).

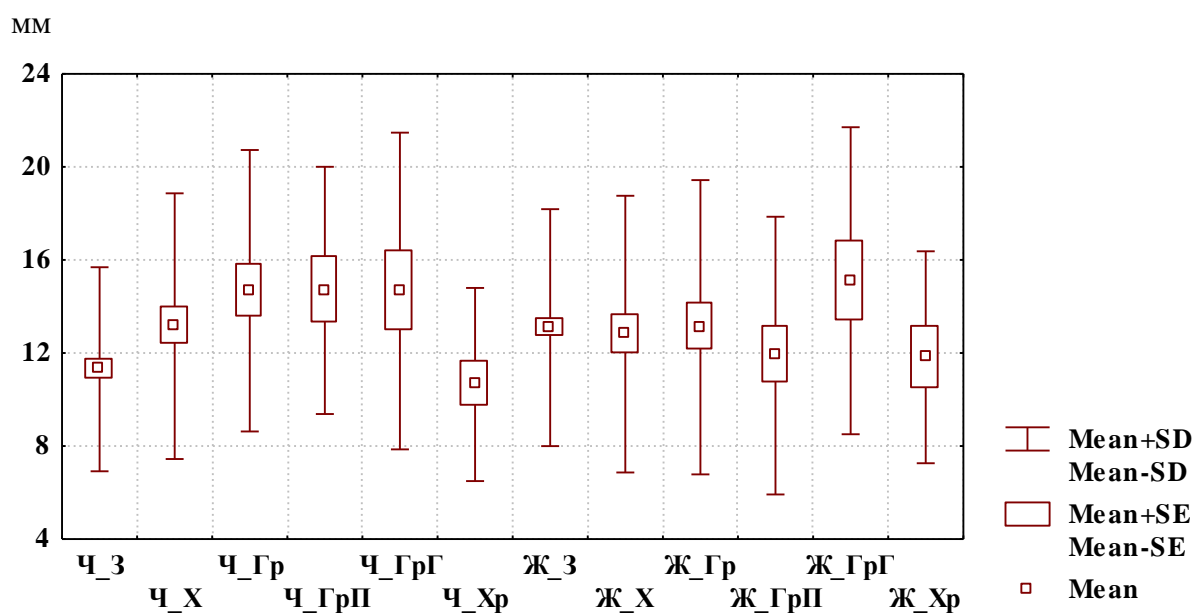


Рис. 3.41. ТШЖС на животі у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (мм).

Встановлено, що *ТШЖС на боці* у здорових чоловіків достовірно менша ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із хворими чоловіками загальної групи, з гострим перебігом дерматоза та з поверхневими і глибокими піодерміями (рис. 3.42; див. табл. В.42).

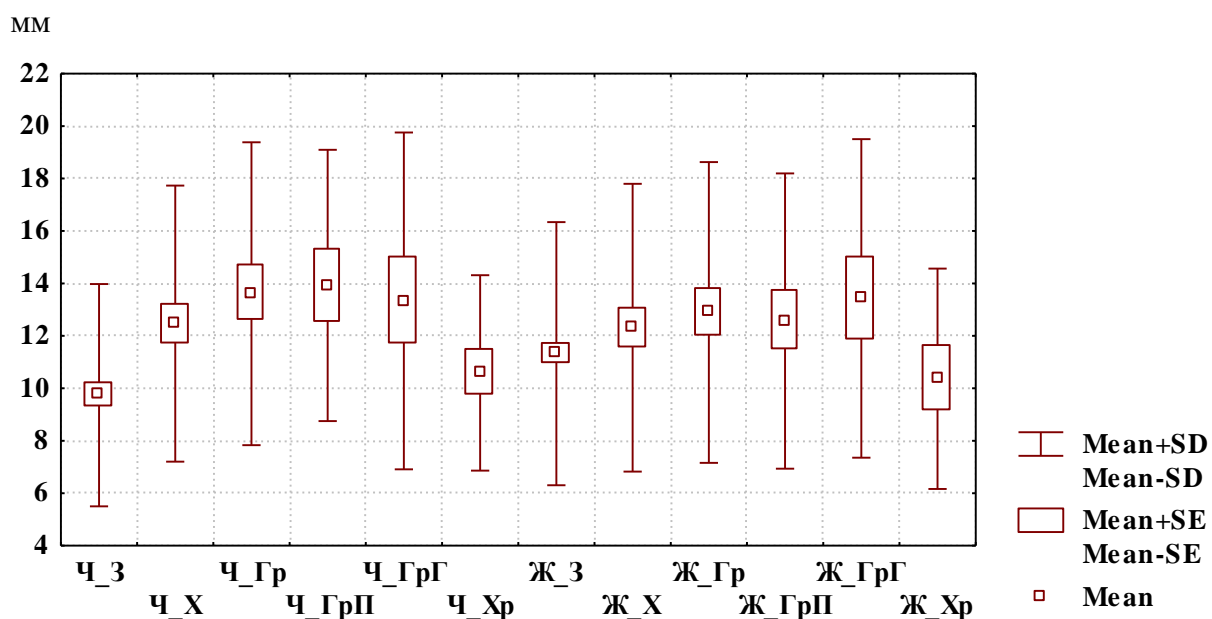


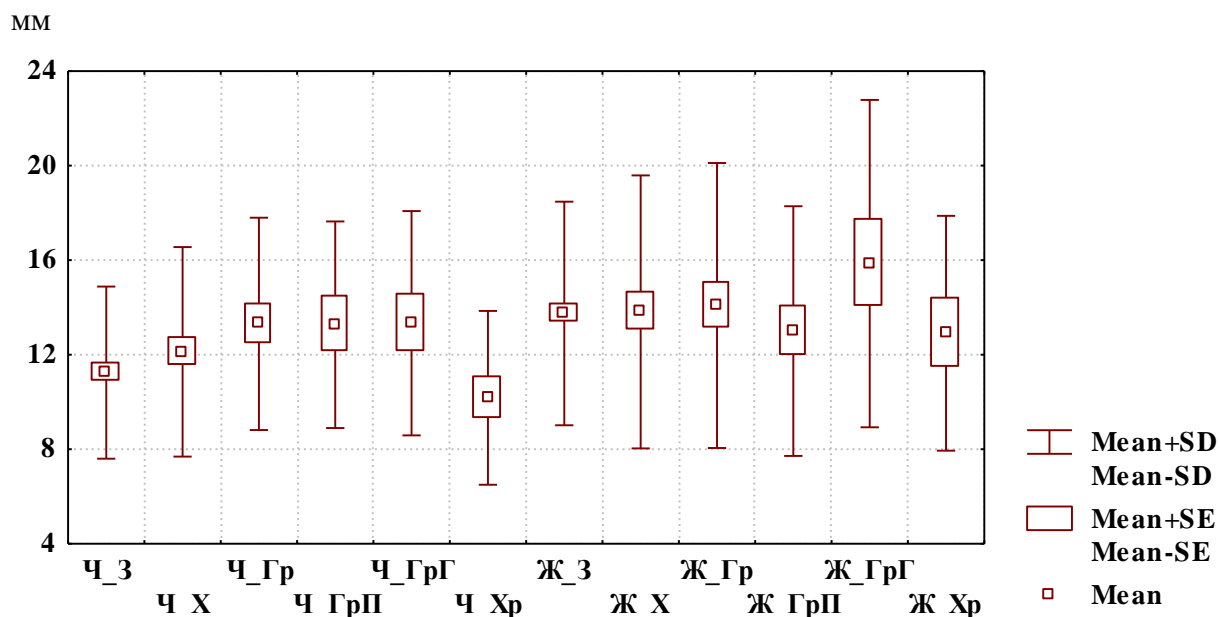
Рис. 3.42. ТШЖС на боці у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (мм).

ТШЖС на боці у хворих чоловіків з гострим перебігом піодермій та з поверхневими піодерміями має виражені тенденції ( $p=0,052$ ) до більших значень порівняно із хворими чоловіками з хронічними піодерміями (див. рис. 3.42; табл. В.42).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії жінками і між хворими на різні форми піодермій жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей ТШЖС на боці (див. рис. 3.42; табл. В.42).

Лише у здорових чоловіків ТШЖС на боці достовірно менша ( $p<0,05$ ), ніж у жінок аналогічної групи порівняння (див. рис. 3.42; табл. В.42).

Встановлено, що ТШЖС у проксимальній третині стегна у здорових чоловіків достовірно менша ( $p<0,05$ ) порівняно із хворими чоловіками з гострим перебігом піодермії (рис. 3.43; див. табл. В.43).



**Рис. 3.43.** ТШЖС у проксимальній третині стегна у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (мм).

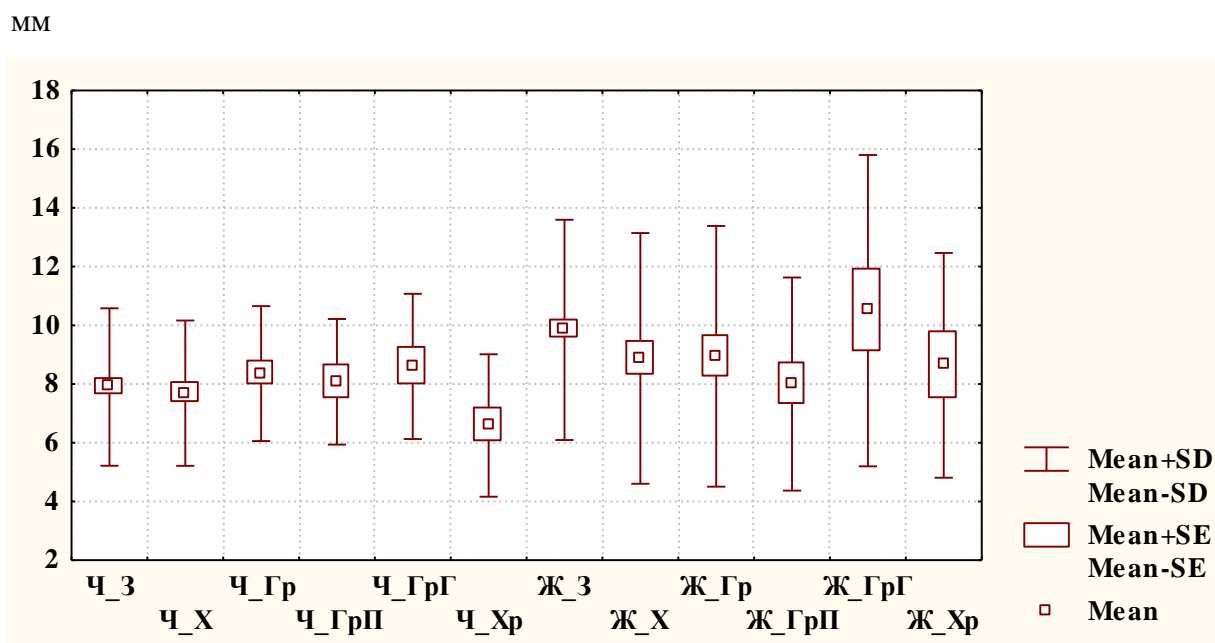
ТШЖС у проксимальній третині стегна у хворих чоловіків з гострим перебігом піодермій достовірно більша ( $p<0,05$ ) та з поверхневими піодерміями має тенденцію ( $p=0,066$ ) до більших значень порівняно із хворими чоловіками з хронічними піодерміями (див. рис. 3.43; табл. В.43).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії жінками і між хво-

рими на різні форми піодермій жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей ТШЖС у проксимальній третині стегна (див. рис. 3.43; табл. В.43).

Лише у здорових чоловіків ТШЖС у проксимальній третині стегна достовірно менша ( $p < 0,001$ ), ніж у жінок аналогічної групи порівняння (див. рис. 3.43; табл. В.43).

Встановлено, що ТШЖС на гомілці у хворих чоловіків з гострим перебігом піодермій та з глибокими піодерміями достовірно більша ( $p < 0,05$  в обох випадках) порівняно із хворими чоловіками з хронічними піодерміями (рис. 3.44; див. табл. В.44).



**Рис. 3.44.** ТШЖС на гомілці у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (мм).

ТШЖС на гомілці у здорових жінок достовірно більша ( $p < 0,05$ ) порівняно із хворими на поверхневі піодермії жінками (див. рис. 3.44; табл. В.44).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками і між хворими на різні форми піодермій жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей ТШЖС на гомілці (див. рис. 3.44; табл. В.44).

Лише у здорових чоловіків ТШЖС на гомілці достовірно менша ( $p < 0,001$ ), ніж у жінок аналогічної групи порівняння (див. рис. 3.44; табл. В.44).

Таким чином, у здорових і хворих на різні форми піодермій чоловіків і жінок Західного регіону України встановлені середні значення та стандартне відхилення тотальних, поздовжніх, обхватних і поперечних розмірів тіла, ширини дистальних кінців частин кінцівок і ТШЖС, а також відмінностей цих показників.

Переважає більшість достовірних, або тенденцій відмінностей антропометричних показників у чоловіків стосується ТШЖС; а у жінок – тотальних, поперечних і обхватних розмірів тіла, а також ШДЕ кінцівок. Встановлені виражені прояви статевого диморфізму антропометричних показників, а саме більші значення у здорових і хворих чоловіків тотальних, поздовжніх розмірів тіла, поперечних розмірів тулуба, ШДЕ кінцівок і більшості обхватних розмірів тіла. Лише у здорових жінок встановлені більші значення товщини більшості шкірно-жирових складок, ніж у здорових чоловіків.

Результати досліджень, що представлені у даному розділі дисертації, відображені нами в семи наукових статтях у фахових виданнях [70, 72, 73, 142, 144, 146, 222] (чотири з яких входять до переліку міжнародних наукометричних баз) та в чотирьох тезах міжнародних науково-практичних конференцій [148, 151, 152, 154].

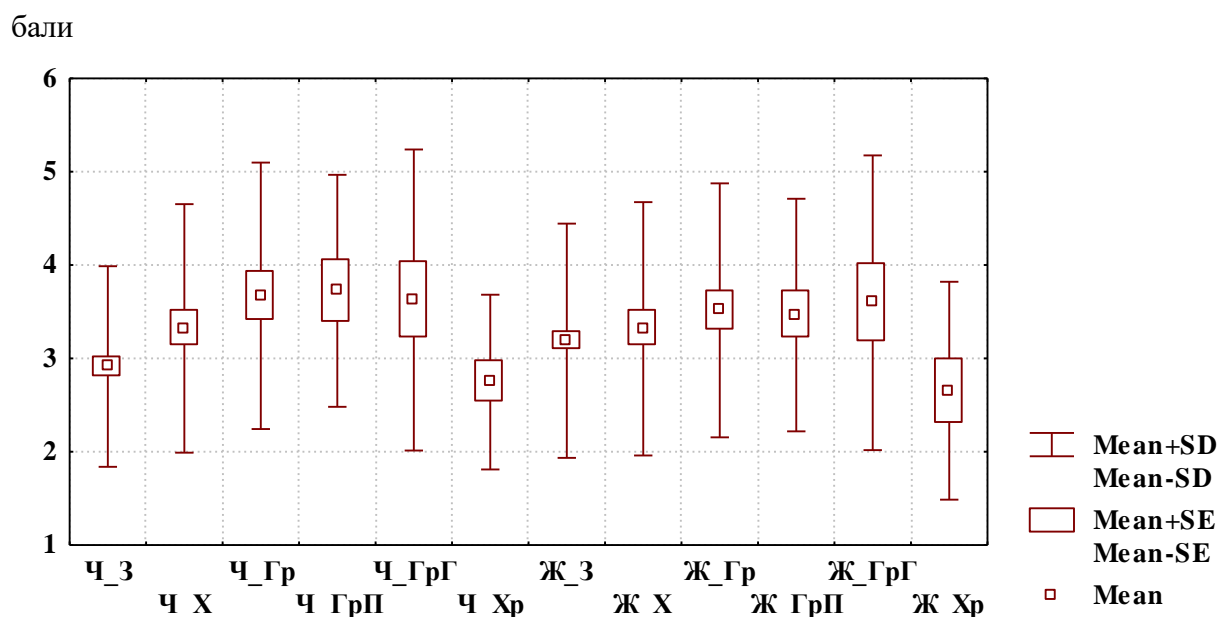


## РОЗДІЛ 4

### ОСОБЛИВОСТІ СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ТА ПОКАЗНИКІВ КОМПОНЕНТНОГО СКЛАДУ МАСИ ТІЛА У ЗДОРОВИХ ТА ХВОРИХ НА ПІОДЕРМІЇ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК

Соматотипологічні показники, розподіл представників різних соматотипів і показники компонентного складу маси тіла (середні значення та стандартне відхилення) у здорових і хворих на різні форми піодермій чоловіків і жінок представлені в таблицях В.45-В.57.

Встановлено, що *ендоморфний компонент соматотипу* у здорових чоловіків достовірно менший ( $p < 0,05$  в обох випадках) порівняно із хворими чоловіками з гострим перебігом піодермій та з поверхневими піодерміями (рис. 4.1; див. табл. В.45).



**Рис. 4.1.** Величина ендоморфного компоненту соматотипу у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (бали).

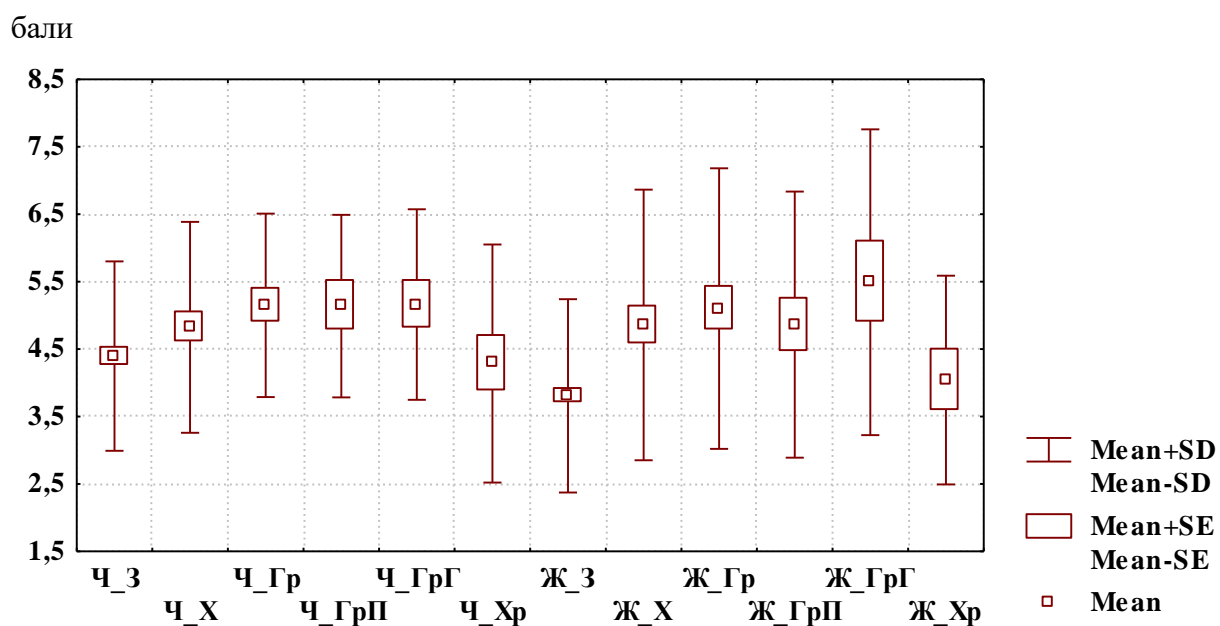
Ендоморфний компонент соматотипу у хворих чоловіків з гострим перебігом піодермій та з поверхневими піодерміями достовірно більший ( $p < 0,05$  в обох випадках) порівняно із хворими чоловіками з хронічними піодерміями

(див. рис. 4.1; табл. В.45).

Ендоморфний компонент соматотипу у хворих жінок з гострим перебігом піодермії та з поверхневими піодерміями має відповідно значну ( $p=0,056$ ) та тенденцію ( $p=0,068$ ) до більших значень порівняно із хворими на хронічні піодермії жінками (див. рис. 4.1; табл. В.45).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії жінками і між відповідними групами порівняння чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей ендоморфного компонента соматотипу (див. рис. 4.1; табл. В.45).

Встановлено, що мезоморфний компонент соматотипу у здорових чоловіків достовірно менший ( $p<0,05-0,01$ ) порівняно із хворими чоловіками з гострим перебігом піодермії та з поверхневими і глибокими піодерміями (рис. 4.2; див. табл. В.46).



**Рис. 4.2.** Величина мезоморфного компоненту соматотипу у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (бали).

Мезоморфний компонент соматотипу у хворих чоловіків з гострим перебігом піодермії достовірно більший ( $p<0,05$ ) порівняно із хворими чоловіками з хронічними піодерміями (див. рис. 4.2; табл. В.46).

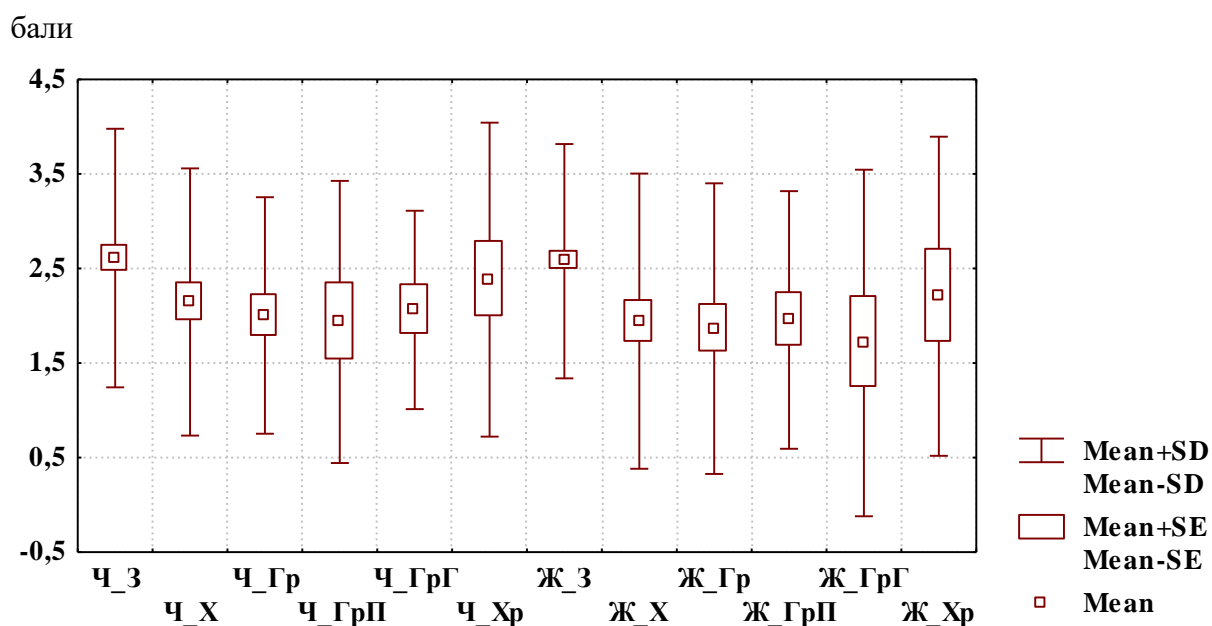
Мезоморфний компонент соматотипу у здорових жінок достовірно мен-

ший ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із хворими жінками загальної групи, з гострим перебігом піодермій та з поверхневими і глибокими піодерміями (див. рис. 4.2; табл. В.46).

Між хворими на різні форми піодермії жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей мезоморфного компонента соматотипу (див. рис. 4.2; табл. В.46).

Лише у здорових чоловіків мезоморфний компонент соматотипу достовірно більший ( $p < 0,01$ ), ніж у жінок аналогічної групи порівняння (див. рис. 4.2; табл. В.46).

Встановлено, що *ектоморфний компонент соматотипу* у здорових чоловіків достовірно більший ( $p < 0,05$ ) порівняно із хворими чоловіками з гострим перебігом піодермій та має виражену тенденцію ( $p = 0,052$ ) до більших значень порівняно із хворими чоловіками загальної групи (рис. 4.3; див. табл. В.47).



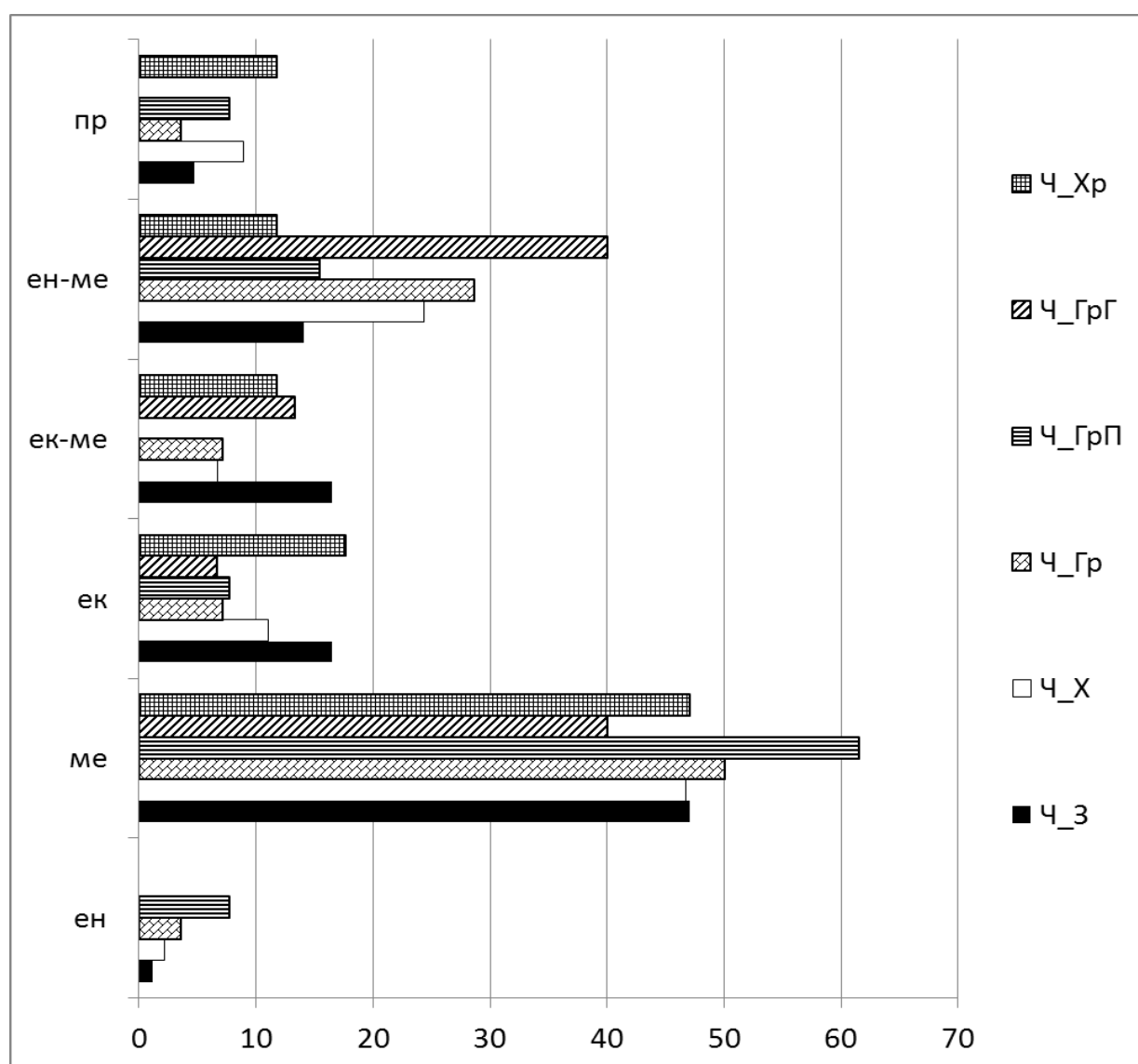
**Рис. 4.3.** Величина екторморфного компонента соматотипу у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (бали).

Екторморфний компонент соматотипу у здорових жінок достовірно більший ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із хворими жінками загальної групи, з гострим перебігом піодермій та з глибокими піодерміями (див. рис. 4.3; див. табл. В.47).

Між хворими на різні форми піодермії жінками або чоловіками і між ві-

дповідними групами порівняння чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей ектоморфного компонента соматотипу (див. рис. 4.3; табл. В.47).

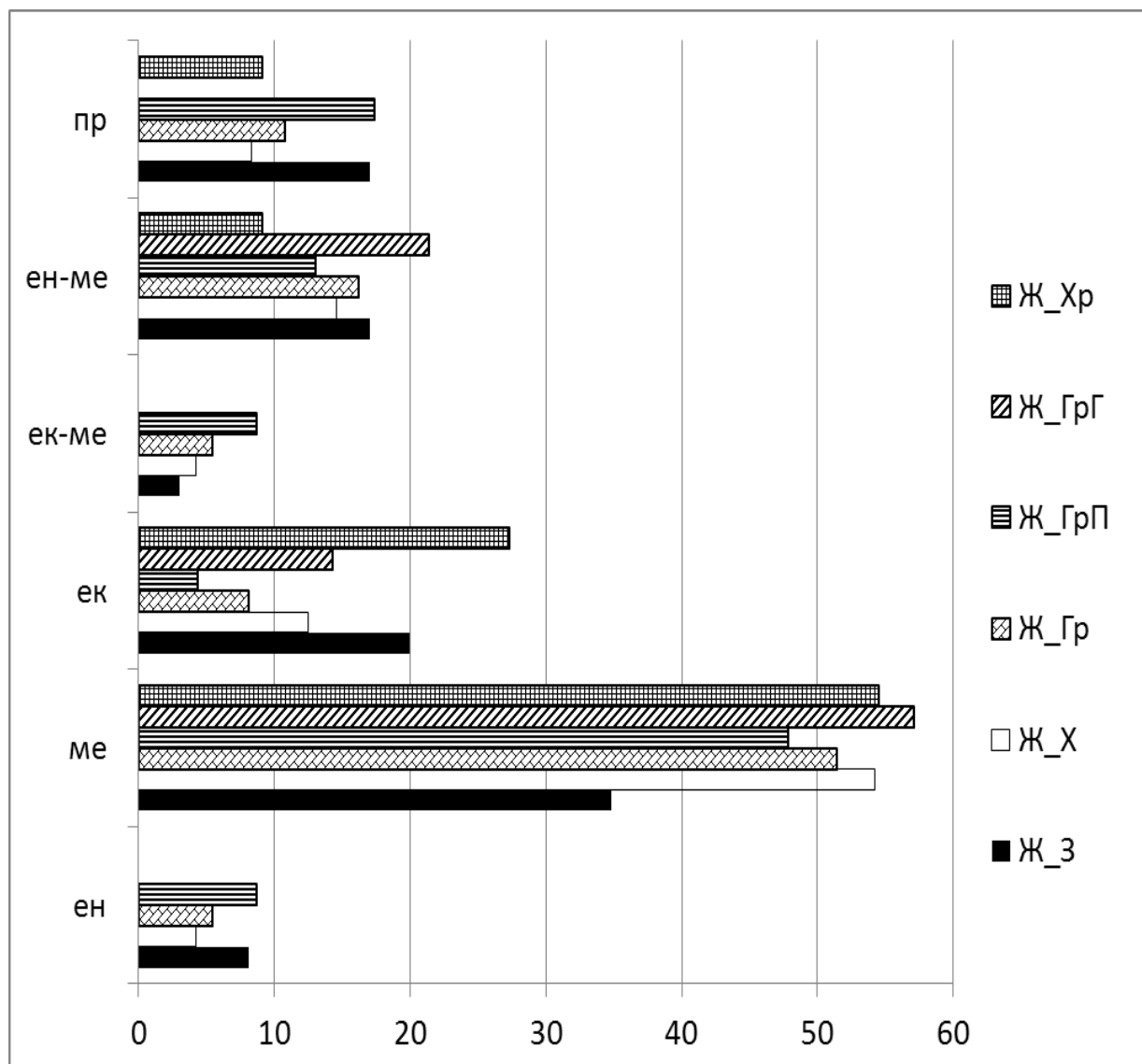
Встановлені відсоткові частки представників різних соматотипів у здорових і хворих на різні форми піодермій чоловіків та жінок (рис. 4.4-4.5). Вивчені достовірні відмінності цих показників між зазначеними групами порівняння (див. рис. 4.4-4.5; табл. В.48-В.53).



**Рис. 4.4.** Розподіл варіантів соматотипу у здорових та хворих на піодермії чоловіків (%). Тут і в подальшому:

1. ен – ендоморфний соматотип;
2. ме – мезоморфний соматотип;
3. ек – ектоморфний соматотип;

4. ек-ме – екто-мезоморфний соматотип;
5. ен-ме – ендо-мезоморфний соматотип;
6. пр – середній проміжний соматотип.



**Рис. 4.5.** Розподіл варіантів соматотипу у здорових та хворих на піодермії жінок (%).

У здорових чоловіків встановлена достовірно ( $p < 0,05$ ) менша відсоткова частка *ендоморфів* порівняно із здоровими жінками (див. рис. 4.4-4.5; табл. В.48).

У здорових жінок встановлена достовірно ( $p < 0,05$ ) менша відсоткова частка *мезоморфів* порівняно із хворими жінками загальної групи і відмічається тенденція ( $p = 0,068$ ) до її менших значень порівняно із хворими жінка-

ми з гострим перебігом піодермій (див. рис. 4.4-4.5; табл. В.49). У здорових чоловіків встановлена тенденція ( $p=0,070$ ) до більших значень відсоткової частки *мезоморфів* порівняно із здоровими жінками (див. рис. 4.4-4.5; табл. В.49).

У здорових жінок встановлена тенденція ( $p=0,070$ ) до більших значень відсоткової частки *ектоморфів* порівняно із хворими на поверхневі піодермії жінками (див. рис. 4.4-4.5; табл. В.50). У хворих на поверхневі піодермії жінок встановлена тенденція ( $p=0,060$ ) до менших значень відсоткової частки *ектоморфів* порівняно із жінками з хронічними піодерміями (див. рис. 4.4-4.5; табл. В.50).

У здорових чоловіків встановлена достовірно ( $p<0,001$ ) більша відсоткова частка *екто-мезоморфів* порівняно із здоровими жінками (див. рис. 4.4-4.5; табл. В.51).

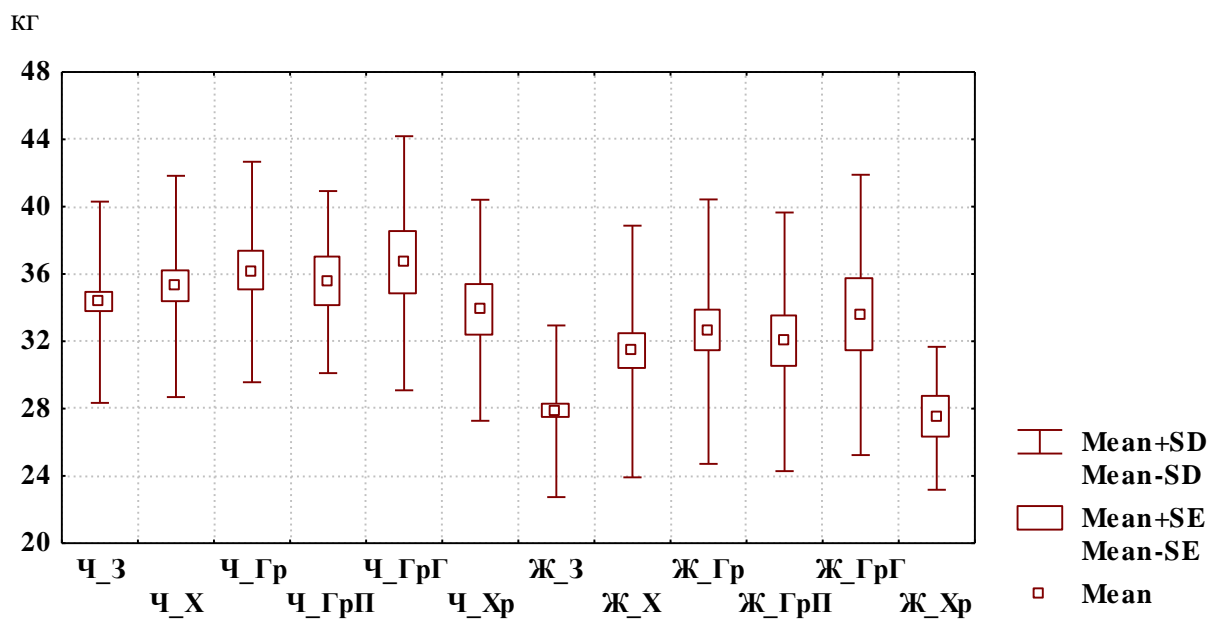
У здорових чоловіків встановлена достовірно ( $p<0,05$ ) менша відсоткова частка *ендо-мезоморфів* порівняно із хворими на глибокі піодермії чоловіками (див. рис. 4.4-4.5; табл. В.52).

У здорових чоловіків встановлена достовірно ( $p<0,01$ ) менша відсоткова частка *осіб з середнім проміжним соматотипом* порівняно із здоровими жінками (див. рис. 4.4-4.5; табл. В.53).

Встановлено, що *м'язовий компонент маси тіла, визначений за формулою Матейко* у здорових жінок достовірно менший ( $p<0,01-0,001$ ) порівняно із хворими жінками загальної групи, з гострим перебігом піодермій та з поверхневими і глибокими піодерміями (рис. 4.6; див. табл. В.54).

М'язовий компонент маси тіла, визначений за формулою Матейко у хворих жінок з гострим перебігом піодермій і глибокими піодерміями достовірно більший ( $p<0,05$ ) та у хворих на поверхневі піодермії жінок має тенденцію ( $p=0,063$ ) до більших значень порівняно із хворими жінками з хронічними піодерміями (див. рис. 4.6; табл. В.54).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками і між хворими на різні форми піодермії чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей м'язового компонента маси тіла, визначеного за фор-



**Рис. 4.6.** Величина м'язового компоненту маси тіла, визначеного за формулою Матейко у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (кг).

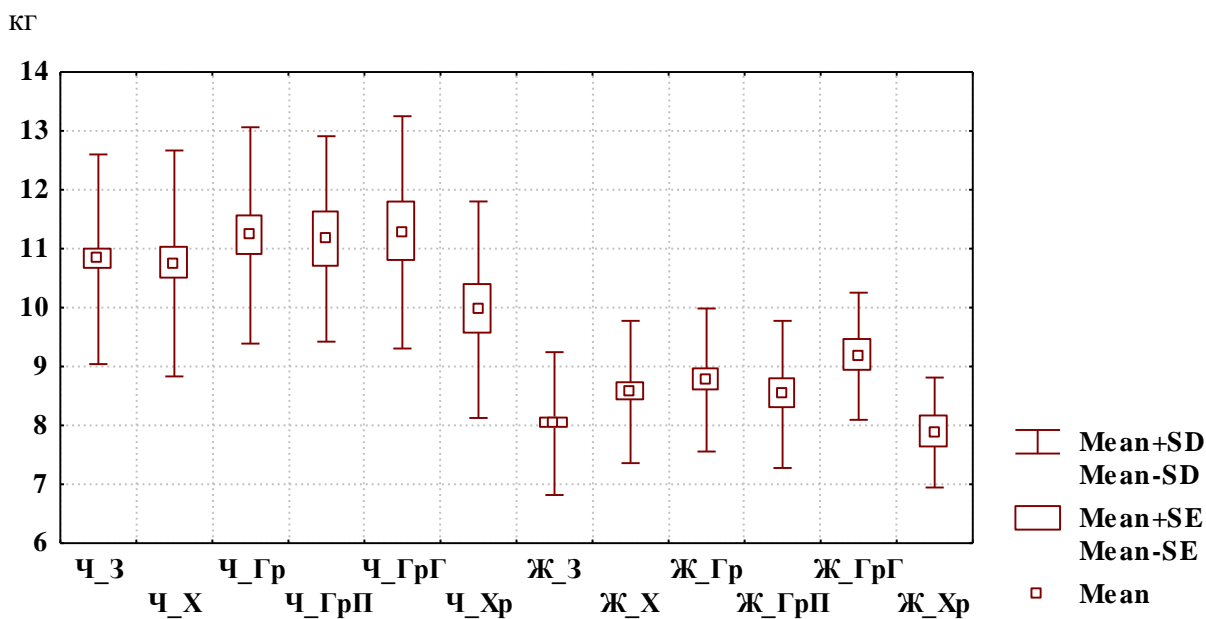
мулою Матейко (див. рис. 4.6; табл. В.54).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермій (окрім досліджуваних з глибокими піодерміями) м'язовий компонент маси тіла, визначений за формулою Матейко достовірно більший ( $p < 0,05-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 4.6; табл. В.54).

Встановлено, що кістковий компонент маси тіла, визначений за формулою Матейко у хворих чоловіків з гострим перебігом піодермій і поверхневими піодерміями має тенденції ( $p = 0,051$  і  $p = 0,066$ ) до більших значень порівняно із хворими чоловіками з хронічними піодерміями (рис. 4.7; табл. В.55).

Кістковий компонент маси тіла, визначений за формулою Матейко у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,01$  в усіх випадках) порівняно із хворими жінками загальної групи, з гострим перебігом піодермій та з глибокими піодерміями (див. рис. 4.7; табл. В.55).

Кістковий компонент маси тіла, визначений за формулою Матейко у хворих жінок з глибокими піодерміями достовірно більший ( $p < 0,01$ ) та у хворих з гострим перебігом жінок має виражену тенденцію ( $p = 0,056$ ) до більших значень



**Рис. 4.7.** Величина кісткового компонента маси тіла, визначеного за формулами Матейко у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (кг).

порівняно із хворими жінками з хронічними піодерміями. Крім того, даний компонент соматотипу у хворих на поверхневі піодермії жінок має тенденцію ( $p=0,065$ ) до менших значень порівняно із хворими на глибокі піодермії жінками (див. рис. 4.7; табл. В.55).

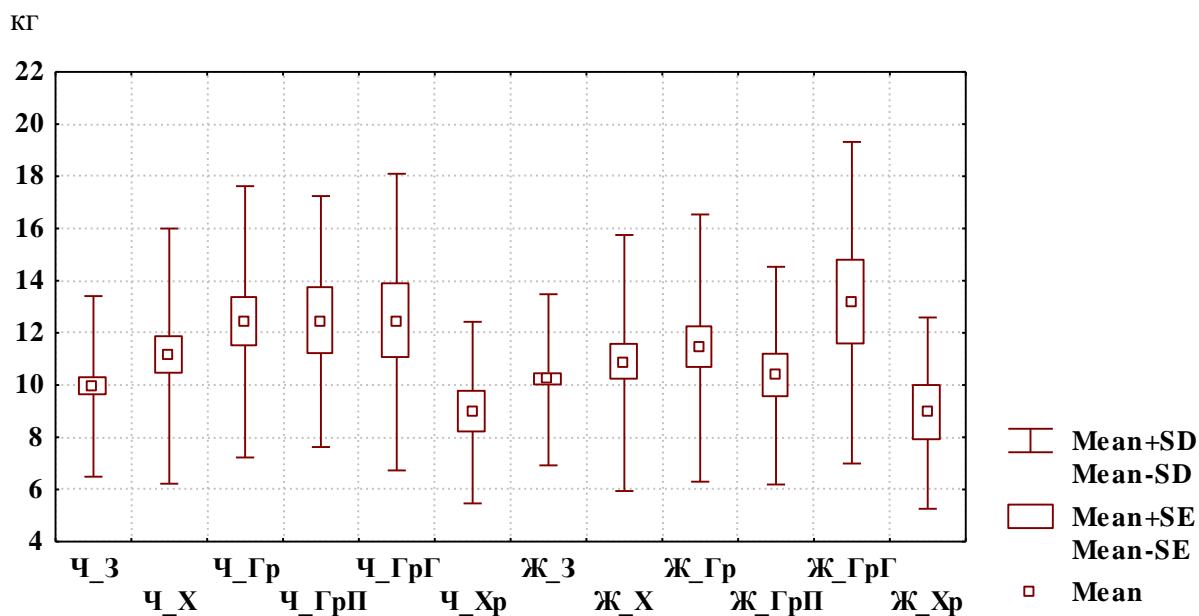
Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей кісткового компонента маси тіла, визначеного за формулою Матейко (див. рис. 4.7; табл. В.55).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермії кістковий компонент маси тіла, визначений за формулою Матейко достовірно більший ( $p<0,01-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 4.7; табл. В.55).

Встановлено, що *жировий компонент маси тіла, визначений за формулою Матейко* у здорових чоловіків достовірно менший ( $p<0,05$ ) порівняно із хворими чоловіками із гострим перебігом піодермії і має тенденцію ( $p=0,069$ ) до менших значень порівняно із хворими на поверхневі піодермії чоловіками (рис. 4.8; див. табл. В.56).

Жировий компонент маси тіла, визначений за формулою Матейко у хво-





**Рис. 4.8.** Величина жирового компоненту маси тіла, визначеного за формулою Матейко у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (кг).

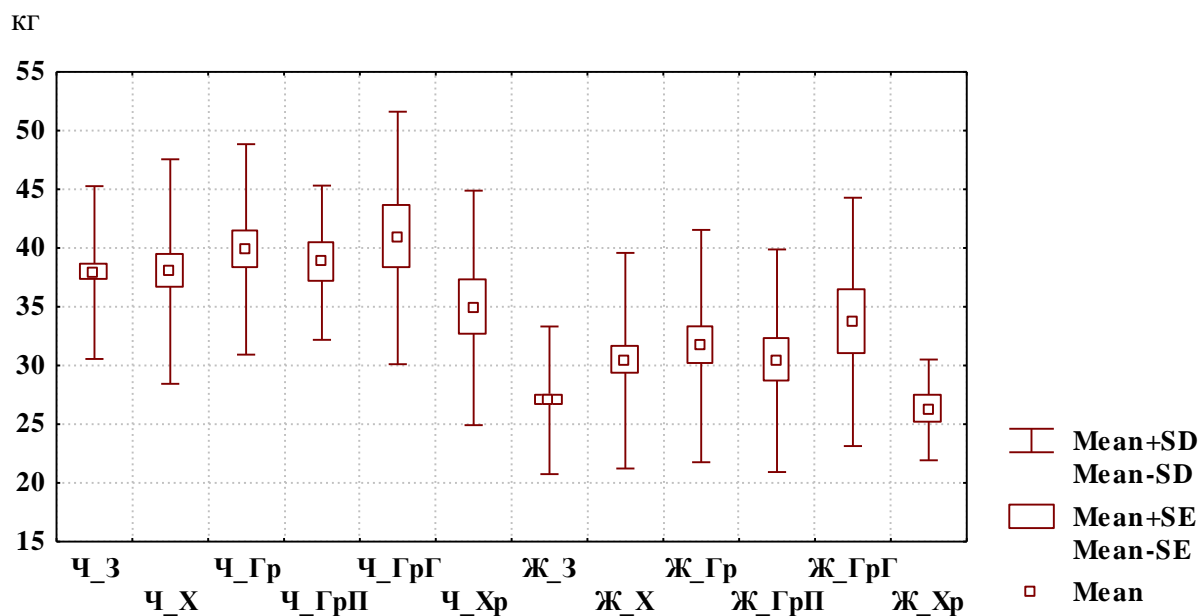
рих з гострим перебігом чоловіків, з поверхневими і глибокими піодерміями достовірно більший ( $p < 0,05$  в усіх випадках) порівняно із хворими на хронічні піодермії чоловіками (див. рис. 4.8; табл. В.56).

Жировий компонент маси тіла, визначений за формулою Матейко у здорових жінок має виражену тенденцію ( $p = 0,056$ ) до менших значень порівняно із хворими на глибокі піодермії жінками (див. рис. 4.8; табл. В.56).

Між хворими на різні форми піодермії жінками і між відповідними групами порівняння чоловіків і жінок не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей жирового компонента маси тіла, визначеного за формулою Матейко (див. рис. 4.8; табл. В.56).

Встановлено, що м'язовий компонент маси тіла, визначений за формулою АІХ у здорових жінок достовірно менший ( $p < 0,05-0,01$ ) порівняно із хворими жінками загальної групи, із гострим перебігом піодермії і глибокими піодерміями (рис. 4.9; див. табл. В.57).

М'язовий компонент маси тіла, визначений за формулою АІХ у хворих жінок з глибокими піодерміями достовірно більший ( $p < 0,05$ ) і у хворих жінок з гострим перебігом має тенденцію ( $p = 0,064$ ) до більших значень порівняно із



**Рис. 4.9.** Величина м'язового компоненту маси тіла, визначеного за формулою АІХ у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок (кг).

хворими на хронічні піодермії жінками (див. рис. 4.9; табл. В.57).

Між здоровими і хворими на різні форми піодермії чоловіками і між хворими на різні форми піодермії чоловіками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей м'язового компонента маси тіла, визначеного за формулою АІХ (див. рис. 4.9; табл. В.57).

У здорових та хворих чоловіків загальної групи та з усіма формами піодермії м'язовий компонент маси тіла, визначений за формулою АІХ достовірно більший ( $p < 0,05-0,001$ ), ніж у хворих жінок аналогічних груп порівняння (див. рис. 4.9; табл. В.57).

Таким чином, у здорових і хворих на різні форми піодермії чоловіків і жінок Західного регіону України встановлені відсоткові частки представників різних соматотипів, а також відмінності показників компонентів соматотипу, визначеного за методом Хіт-Картера та показників компонентного складу маси тіла, визначених за формулами Матейко та АІХ.

Переважає більшість достовірних, або тенденцій відмінностей даних показників у чоловіків стосується ендо- й мезоморфного компонентів соматотипу та жирового компоненту маси тіла; а у жінок – мезо- й екторморфного ком-

понентів соматотипу та м'язового (за формулами Матейка й АІХ) та кісткового компонентів маси тіла. Виражені прояви статевого диморфізму встановлені лише для м'язового (за формулами Матейка й АІХ) та кісткового компонентів маси тіла, а саме більші значення у здорових і хворих чоловіків.

Результати досліджень, що представлені у даному розділі дисертації, відображені нами в двох наукових статтях у фахових журналах [71, 149, 222] (одна з яких входить до переліку міжнародних наукометричних баз), а також в тезах міжнародної науково-практичної конференції [150].

## РОЗДІЛ 5

### ДИСКРИМІНАНТНІ МОДЕЛІ МОЖЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ПІОДЕРМІЙ У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОКАЗНИКІВ БУДОВИ ТА РОЗМІРІВ ТІЛА

#### 5.1. Моделювання можливості захворювання на піодермії

При урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників дискримінантна функція охоплює 84,7% *практично здорових чоловіків* і 66,7% *чоловіків хворих на піодермії*. Взагалі модель, що враховує показники будови та розмірів тіла у здорових і хворих на піодермії чоловіків коректна в 78,5% випадків.

Між здоровими та хворими на піодермії чоловіками дискримінантними змінними є товщина шкірно-жирових складок (ТШЖС) на боці, під нижнім кутом лопатки, на передній поверхні плеча, на гомілці, на животі та на стегні, висота вертлюгової та лобкової антропометричних точок, міжгребенева відстань таза, обхвати грудної клітки при глибокому вдиху та видиху (табл. 5.1). Найбільше значення в дискримінації між здоровими та хворими на піодермії чоловіками має ТШЖС під нижнім кутом лопатки. Більшість інших дискримінантних змінних мають незначний, але достовірний поодинокий вплив на дискримінацію між даними сукупностями (за винятком ТШЖС на животі та на стегні). В цілому сукупність усіх змінних має незначну (статистика Уїлкса лямбда = 0,618;  $F = 11,6$ ;  $p < 0,001$ ) дискримінацію між здоровими та хворими на піодермії чоловіками (див. табл. 5.1).

Нами визначені коефіцієнти класифікаційних дискримінантних функцій, що дають можливість обчислити показник класифікації ( $D_f$ ), за допомогою якого можливо віднести показники, що вивчалися, до «типових» для здорових чо-

ловіків або до «типових» для хворих на піодермії чоловіків, що надає можливість прогнозувати виникнення даного захворювання.

Таблиця 5.1

**Звіт дискримінантного аналізу здорових і хворих на піодермії чоловіків в залежності від особливостей будови та розмірів тіла.**

Wilks' Lambda: 0,618; F (11,2) = 11,6; p<0,0000				
Дискримінантні змінні	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove (1,74)	p-level
ТШЖС на боці	0,642	0,962	4,705	0,0321
ТШЖС під нижнім кутом лопатки	0,693	0,891	14,374	0,0002
ТШЖС на передній поверхні плеча	0,659	0,937	7,870	0,0059
ТШЖС на гомілці	0,662	0,933	8,418	0,0044
Висота вертлюгової антропометричної точки	0,674	0,917	10,693	0,0014
Міжгребенева відстань таза	0,655	0,944	7,049	0,0090
Висота лобкової антропометричної точки	0,641	0,963	4,488	0,0362
ТШЖС на животі	0,627	0,986	1,705	0,1942
Обхват грудної клітки при глибокому видиху	0,655	0,944	7,032	0,0091
Обхват грудної клітки при глибокому вдиху	0,645	0,958	5,139	0,0252
ТШЖС на стегні	0,633	0,976	2,887	0,0919

**Примітки:** тут і в подальшому

1. Wilks' Lambda – статистика Уїлкса лямбда;
2. Partial Lambda – статистика Уїлкса лямбда поодинокого внеску перемінної в дискримінацію між сукупностями;
3. F-remove – стандартний F-критерій пов'язаний з відповідною Partial Lambda;
4. p-level – p-рівень пов'язаний з відповідним F-remove

Нижче, у вигляді рівнянь, наведено визначення показника Df де віднесення до здорових чоловіків можливе при значенні Df, близькому до 264,7, а до хворих на піодермії чоловіків – при значенні Df, близькому до 266,9:

$Df$  (для здорових чоловіків) = – ТШЖС на боці  $\times$  1,459 – ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times$  0,765 + ТШЖС на передній поверхні плеча  $\times$  0,976 – ТШЖС на

гомільці  $\times 3,416$  + висота вертлюгової антропометричної точки  $\times 1,255$  + міжребенева відстань таза  $\times 4,364$  + висота лобкової антропометричної точки  $\times 0,861$  – ТШЖС на животі  $\times 1,232$  – обхват грудної клітки при глибокому видиху  $\times 0,493$  + обхват грудної клітки при глибокому вдиху  $\times 2,913$  + ТШЖС на стегні  $\times 2,012$  – 264,7;

Df (для хворих на піодермії чоловіків) = – ТШЖС на боці  $\times 1,232$  – ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times 1,123$  + ТШЖС на передній поверхні плеча  $\times 1,401$  – ТШЖС на гомільці  $\times 3,994$  + висота вертлюгової антропометричної точки  $\times 0,935$  + міжребенева відстань таза  $\times 4,723$  + висота лобкової антропометричної точки  $\times 1,079$  – ТШЖС на животі  $\times 1,083$  – обхват грудної клітки при глибокому видиху  $\times 0,752$  + обхват грудної клітки при глибокому вдиху  $\times 3,154$  + ТШЖС на стегні  $\times 2,274$  – 266,9,

де (тут і в подальшому), ТШЖС – в мм;

висота антропометричних точок – в см;

розміри таза – в см;

обхватні розміри тіла – в см.

Для визначення статистичної значимості усіх дискримінантних функцій було використано критерій  $\chi^2$  (табл. 5.2). Згідно результатів наведених у таблиці 5.2 видно, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації між здоровими та хворими на піодермії чоловіками при урахуванні конституціональних показників тіла.

Таблиця 5.2

**Звіт покрокового критерію з включенням для усіх канонічних коренів у здорових і хворих на піодермії чоловіків при урахуванні особливостей конституціональних показників тіла.**

	Eigenvalue	Canonical R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	Df	p-level
0	0,619	0,618	0,618	59,01	11	0,0000

**Примітки:** тут і в подальшому

1. Eigenvalue – значення коренів для кожної дискримінантної функції;
2. Canonical R – канонічне значення R для різних коренів;
3. Chi-Sqr. – стандартний критерій  $\chi^2$  послідовних коренів;
4. Df – кількість ступенів свободи.

При урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників дискримінантна функція охоплює 91,9% практично здорових жінок і 60,4% жінок хворих на піодермії. Взагалі модель, що враховує показники будови та розмірів тіла у здорових і хворих на піодермії жінок коректна в 83,6% випадків.

Між здоровими та хворими на піодермії жінками дискримінантними змінними є ТШЖС під нижнім кутом лопатки, на стегні та на грудях, мезоморфний компонент соматотипу, висота пальцевої, вертлюгової, лобкової та плечової антропометричних точок, міжгребенева відстань таза, ширина дистального епіфіза (ШДЕ) передпліччя та ширина плечей (табл. 5.3). Найбільше значення в дискримінації між здоровими та хворими на піодермії жінками мають висота вертлюгової та лобкової антропометричних точок. Більшість інших дискримінантних змінних мають незначний, але достовірний поодинокий вплив на дискримінацію між даними сукупностями (за винятком ТШЖС на грудях і ширини плечей). В цілому сукупність усіх змінних має незначну (статистика Уїлкса лямбда = 0,646; F = 11,5; p<0,001) дискримінацію між здоровими та хворими на піодермії жінками (див. табл. 5.3).

Таблиця 5.3

**Звіт дискримінантного аналізу здорових і хворих на піодермії жінок в залежності від особливостей будови та розмірів тіла**

Wilks' Lambda: 0,646; F (11,2) = 11,5; p<0,0000				
Дискримінантні змінні	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove (1,71)	p-level
ТШЖС під нижнім кутом лопатки	0,679	0,951	8,768	0,0035
Мезоморфний компонент соматотипу	0,664	0,972	4,953	0,0274
Висота пальцевої антропометричної точки	0,677	0,954	8,207	0,0047

Продовження табл. 5.3

ТШЖС на стегні	0,662	0,975	4,412	0,0372
Міжгребенева відстань таза	0,707	0,913	16,36	0,0001
Висота вертлюгової антропометричної точки	0,724	0,892	20,67	0,0000
Висота лобкової антропометричної точки	0,721	0,896	19,89	0,0000
ТШЖС на грудях	0,656	0,985	2,645	0,1057
Висота плечової антропометричної точки	0,669	0,965	6,125	0,0143
ШДЕ передпліччя	0,666	0,969	5,482	0,0204
Ширина плечей	0,660	0,979	3,707	0,0558

Показники класифікації (Df) для здорових і хворих на піодермії жінок в залежності від особливостей будови і розмірів тіла мають вигляд наступних рівнянь:

$Df$  (для здорових жінок) = – ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times 0,079$  + мезоморфний компонент соматотипу  $\times 1,501$  + висота пальцевої антропометричної точки  $\times 0,592$  + ТШЖС на стегні  $\times 0,198$  + міжгребенева відстань таза  $\times 0,031$  – висота вертлюгової антропометричної точки  $\times 0,030$  – висота лобкової антропометричної точки  $\times 0,592$  – ТШЖС на грудях  $\times 0,541$  + висота плечової антропометричної точки  $\times 3,935$  + ШДЕ передпліччя  $\times 11,32$  + ширина плечей  $\times 1,923$  – 327,6;

$Df$  (для хворих на піодермії жінок) = – ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times 0,485$  + мезоморфний компонент соматотипу  $\times 1,922$  + висота пальцевої антропометричної точки  $\times 0,766$  + ТШЖС на стегні  $\times 0,423$  + міжгребенева відстань таза  $\times 0,388$  – висота вертлюгової антропометричної точки  $\times 0,406$  – висота лобкової антропометричної точки  $\times 0,185$  – ТШЖС на грудях  $\times 0,345$  + висота плечової антропометричної точки  $\times 3,782$  + ШДЕ передпліччя  $\times 12,92$  + ширина плечей  $\times 1,747$  – 334,5,

де (тут і в подальшому), компоненти соматотипу – в балах;

ШДЕ кінцівок – в см;

діаметри тулуба – в см.



При визначенні значимості усіх дискримінантних функцій за допомогою критерію  $\chi^2$  встановлено, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації між здоровими та хворими на піодермії жінками (табл. 5.4).

Таблиця 5.4

**Звіт покрокового критерію з включенням для усіх канонічних коренів у здорових і хворих на піодермії жінок при урахуванні особливостей конституціональних показників тіла**

	Eigenvalue	Canonical R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	Df	p-level
0	0,549	0,595	0,646	76,81	11	0,0000

## 5.2. Моделювання особливостей перебігу піодермій

При урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників дискримінантна функція охоплює 84,6% чоловіків хворих на поверхневі піодермії, що протікають гостро, 66,7% чоловіків хворих на глибокі піодермії, що протікають гостро та 70,6% чоловіків хворих на хронічні піодермії. Взагалі модель, що враховує показники будови та розмірів тіла у хворих на різні форми піодермій чоловіків коректна в 73,3% випадків.

Між чоловіками хворими на поверхневі та глибокі піодермії, що протікають гостро, а також хронічні піодермії дискримінантними змінними є ТШЖС під нижнім кутом лопатки, ШДЕ плеча, обхвати передпліччя у нижній частині, стопи, талії та грудної клітки при паузі, висота лобкової антропометричної точки та площа поверхні тіла (табл. 5.5). Найбільше значення в дискримінації між хворими на різні форми піодермій чоловіками має висота лобкової антропометричної точки. Більшість інших дискримінантних змінних мають незначний, але достовірний поодинокий вплив на дискримінацію між даними сукупностями (за винятком ТШЖС під нижнім кутом лопатки, площі поверхні тіла та обхвату

грудної клітки в спокійному стані). В цілому сукупність усіх змінних має середню (статистика Уїлкса лямбда =0,416;  $F = 12,8$ ;  $p < 0,001$ ) дискримінацію між чоловіками хворими на різні форми піодермій (див. табл. 5.5).

Таблиця 5.5

**Звіт дискримінантного аналізу чоловіків хворих на різні форми піодермій в залежності від особливостей будови та розмірів тіла**

Wilks' Lambda: 0,416; $F(12,7) = 12,8$ ; $p < 0,0000$				
Дискримінантні змінні	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove (2,35)	p-level
ТШЖС під нижнім кутом лопатки	0,478	0,871	2,599	0,0886
ШДЕ плеча	0,475	0,876	3,469	0,0400
Обхват передпліччя у проксимальній третині	0,488	0,852	3,139	0,0492
Обхват стопи	0,498	0,835	3,451	0,0406
Висота лобкової антропометричної точки	0,545	0,764	5,417	0,0089
Обхват талії	0,511	0,815	3,968	0,0280
Площа поверхні тіла	0,487	0,855	2,970	0,0644
Обхват грудної клітки при паузі	0,476	0,875	2,891	0,0674

Показники класифікації (Df) для хворих на різні форми піодермій чоловіків в залежності від особливостей будови і розмірів тіла мають вигляд наступних рівнянь:

$Df$  (для чоловіків хворих на поверхневі піодермії, що протікають гостро) = – ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times 0,452$  + ШДЕ плеча  $\times 16,70$  + обхват передпліччя у дистальній третині  $\times 1,347$  – обхват стопи  $\times 1,589$  + висота лобкової антропометричної точки  $\times 4,788$  + обхват талії  $\times 1,095$  – площа поверхні тіла  $\times 190,5$  + обхват грудної клітки при паузі  $\times 2,911$  – 271,4;

$Df$  (для чоловіків хворих на глибокі піодермії, що протікають гостро) = – ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times 0,453$  + ШДЕ плеча  $\times 15,47$  + обхват передпліччя у дистальній третині  $\times 2,566$  – обхват стопи  $\times 2,106$  + висота лобкової антропометричної точки  $\times 4,530$  + обхват талії  $\times 0,779$  – площа поверхні тіла  $\times 178,1$  + обхват грудної клітки при паузі  $\times 3,008$  – 255,2,

$Df$  (для чоловіків хворих на хронічні піодермії) = – ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times 0,670$  + ШДЕ плеча  $\times 14,24$  + обхват передпліччя у дистальній третині  $\times 1,861$  – обхват стопи  $\times 1,125$  + висота лобкової антропометричної точки  $\times 4,367$  + обхват талії  $\times 0,970$  – площа поверхні тіла  $\times 173,6$  + обхват грудної клітки при паузі  $\times 2,732$  – 239,4,

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

площа поверхні тіла – в м<sup>2</sup>.

При визначенні значимості усіх дискримінантних функцій за допомогою критерію  $\chi^2$  встановлено, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації між усіма формами хворих на піодермії чоловіків (табл. 5.6).

Таблиця 5.6

**Звіт покрокового критерію з включенням для усіх канонічних коренів у хворих на різні форми піодермії чоловіків при урахуванні особливостей конституціональних показників тіла**

	Eigenvalue	Canonicl R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	Df	p-level
0	0,670	0,633	0,416	33,73	16	0,0059
1	0,438	0,552	0,695	13,99	7	0,0498

При урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників дискримінантна функція охоплює 91,3% жінок хворих на поверхневі піодермії, що протікають гостро, 50,0% жінок хворих на глибокі піодермії, що протікають гостро та 45,5% жінок хворих на хронічні піодермії. Взагалі модель, що враховує показники будови та розмірів тіла у хворих на різні форми піодермії жінок коректна в 68,8% випадків.

Між жінками хворими на поверхневі та глибокі піодермії, що протікають гостро, а також хронічні піодермії дискримінантними змінними є ШДЕ стегна та гомілки, обхват передпліччя у проксимальній третині, ширина плечей, довжина тіла, ТШЖС під нижнім кутом лопатки та величина жирового компоненту

маси тіла, що визначена за формулами Матейко (табл. 5.7). Найбільше значення в дискримінації між хворими на різні форми піодермії жінками має обхват передпліччя у проксимальній третині. Більшість інших дискримінантних змінних мають незначний, але достовірний поодинокий вплив на дискримінацію між даними сукупностями (за винятком довжини тіла та величини жирового компоненту маси тіла). В цілому сукупність усіх змінних має середню (статистика Уїлкса лямбда = 0,386;  $F = 13,4$ ;  $p < 0,001$ ) дискримінацію між жінками хворими на різні форми піодермії (див. табл. 5.7).

Таблиця 5.7

**Звіт дискримінантного аналізу жінок хворих на різні форми піодермії в залежності від особливостей будови та розмірів тіла**

Wilks' Lambda: 0,386; $F(12,8) = 13,4$ ; $p < 0,0000$				
Дискримінантні змінні	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove (2,39)	p-level
ШДЕ стегна	0,447	0,865	3,460	0,0447
ШДЕ гомілки	0,485	0,797	4,968	0,0120
Обхват передпліччя у проксимальній третині	0,541	0,714	7,802	0,0014
Ширина плечей	0,431	0,898	3,562	0,0371
Довжина тіла	0,437	0,884	2,962	0,0659
ТШЖС під нижнім кутом лопатки	0,472	0,819	4,320	0,0202
Жировий компонент маси тіла за Матейко	0,436	0,887	2,882	0,0710

Показники класифікації ( $D_f$ ) для хворих на різні форми піодермії жінок в залежності від особливостей будови і розмірів тіла мають вигляд наступних рівнянь:

$D_f$  (для жінок хворих на поверхневі піодермії, що протікають гостро) = ШДЕ стегна  $\times 71,70$  + ШДЕ гомілки  $\times 12,78$  – обхват передпліччя у проксимальній третині  $\times 5,183$  + ширина плечей  $\times 4,615$  + довжина тіла  $\times 5,382$  + ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times 4,205$  – величина жирового компонента маси тіла за Матейко  $\times 9,737 - 779,6$ ;

Df (для жінок хворих на глибокі піодермії, що протікають гостро) = ШДЕ стегна  $\times 74,35$  + ШДЕ гомілки  $\times 15,82$  – обхват передпліччя у проксимальній третині  $\times 6,310$  + ширина плечей  $\times 5,000$  + довжина тіла  $\times 5,383$  + ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times 3,729$  – величина жирового компонента маси тіла за Матейко  $\times 9,222$  – 808,8,

Df (для жінок хворих на хронічні піодермії) = ШДЕ стегна  $\times 71,18$  + ШДЕ гомілки  $\times 15,69$  – обхват передпліччя у верхній частині  $\times 6,000$  + ширина плечей  $\times 5,007$  + довжина тіла  $\times 5,199$  + ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times 3,713$  – величина жирового компонента маси тіла за Матейко  $\times 9,215$  – 758,8,

де, довжина тіла – в см;

компонентний склад маси тіла – в кг.

При визначенні значимості усіх дискримінантних функцій за допомогою критерію  $\chi^2$  встановлено, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації між усіма формами хворих на піодермії жінок (табл. 5.8).

Таблиця 5.8

**Звіт покрокового критерію з включенням для усіх канонічних коренів у хворих на різні форми піодермії жінок при урахуванні особливостей конституціональних показників тіла.**

	Eigenvalue	Canonici R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	Df	p-level
0	0,901	0,688	0,386	39,93	14	0,0003
1	0,361	0,515	0,735	12,96	6	0,0437

Для перевірки роботи побудованих дискримінантних моделей можливості захворювання та особливостей перебігу піодермії нами було додатково обстежено по 10 здорових і хворих на піодермії чоловіків і жінок Західного регіону України. На основі попереднього моделювання встановлено, що із 10 здорових чоловіків до групи ризику захворювання на піодермії потрапило 4 представники (40,0 %), а з 10 здорових жінок – 5 (50,0%). Відповідно із 10 хворих чоловіків – 5 (50,0%) потрапило до групи ризику захворювання на піодермії, а з 10 хворих

жінок – 5 (50,0%). Таким чином отримані результати, з урахуванням практичної перевірки роботи дискримінантних моделей можливості захворювання на піодермії в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла вказують на їх невисоку коректність як у чоловіків, так і у жінок Західного регіону України.

Серед 10 хворих чоловіків встановлено наступний розподіл різних форм піодермій: гострі поверхневі – 4, гострі глибокі – 3, хронічні – 3; а серед 10 хворих жінок: гострі поверхневі – 5, гострі глибокі – 3, хронічні – 2. На основі попереднього моделювання встановлено, що із 4 хворих на поверхневі піодермії чоловіків до групи ризику даної форми захворювання потрапило 3 представники (75,0%); із 3 хворих на глибокі піодермії чоловіків – 2 (66,7%), а з 3 хворих на хронічні піодермії чоловіків – 2 (66,7%). Відповідно, із 5 хворих на поверхневі піодермії жінок до групи ризику даної форми захворювання потрапило 4 представниці (80,0%); із 3 хворих на глибокі піодермії жінок – 2 (66,7%), а з 2 хворих на хронічні піодермії жінок – 1 (50,0%).

Таким чином отримані результати, з урахуванням практичної перевірки роботи дискримінантних моделей можливостей особливостей перебігу піодермій в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла, на відміну від можливості виникнення даного захворювання, вказують на їх досить високу коректність як у чоловіків, так і у жінок Західного регіону України.

Результати досліджень, що представлені у даному розділі дисертації, відображені нами в науковій статті у фаховому журналі [147] та статті у закордонному електронному фаховому журналі, що входить до переліку міжнародних наукометричних баз (Польща) [210]. Отримано два патенти на корисні моделі [155, 156] та авторське свідоцтво на твір [153].

## АНАЛІЗ Й УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ

У попередніх розділах дисертації встановлені антропометричні, соматотипологічні параметри та показники компонентного складу маси тіла у здорових та хворих на різні форми піодермії чоловіків і жінок Західного регіону України, а також розроблені дискримінантні моделі, які за допомогою конституціональних параметрів тіла дозволяють встановити ризик виникнення та особливості перебігу даного захворювання.

Аналіз фахової літератури свідчить, що перенесення акценту наукових досліджень з вивчення патогенезу і лікування хвороб на пізнання чинників, що зміцнюють здоров'я, наразі є одним із важливих завдань модернізації вітчизняної охорони здоров'я. У світлі вирішення даної проблеми необхідність деталізації інформації про стан здоров'я населення виступає в якості відправної точки розвитку концепції «Здоров'я здорової людини». Загальновизнаною частиною характеристики здоров'я вважається оцінка фізичного розвитку, загальної та локальної конституції, функціонального стану органів і їх систем в цілому [93, 96, 209, 235].

Виходячи з цього, сьогодні одним із головних завдань медичної науки є вироблення науково обґрунтованих кількісних критеріїв оцінки здоров'я і, власне, антропологічний підхід в оцінці схильності до певної патології людини є найбільш достовірним і доступним дослідженню [46, 121]. Визначення антропометричних і соматотипологічних параметрів дозволяє отримати більш вичерпну кількісну інформацію про певну людину [141, 243, 245, 249, 250].

Оскільки кожному типу конституції властиві характерні особливості, що включають як морфометричні показники, так і діяльність нервової й ендокринної систем, метаболізм, структуру і функції внутрішніх органів [240, 242], оскільки таксономічний зв'язок конституції і певного захворювання проявляється рядом конституційно залежних ознак, які нерідко розглядаються як фактори ризику захворювання [28, 97, 119, 132].

Хвороби шкіри займають одне із ведучих місць серед причин захворюваності українців [139]. Піодермія – найпоширеніше захворювання шкіри, яке проявляється як у осіб 12-30 років, так і в більш старшому віці. Дерматоз залишається важливою клінічною проблемою, що пов'язано з його широкою поширеністю, рецидивуючим перебігом, зростанням важких форм, високою питомою вагою хворих, які потребують стаціонарного лікування [5, 134, 180, 193, 194, 197, 201, 202, 213, 252].

Поява висипань при важкому перебігу піодермії може призвести надалі до виражених косметичних дефектів [186]. Навіть при легкому та середньому ступенях важкості у пацієнтів спостерігаються невротичні стани, замкнутість та лабільність психіки, адже на відміну від інших захворювань, дерматоз має зовнішні прояви. Це супроводжується тимчасовою, а в ряді випадків стійкою втратою працездатності [212, 217].

Особливості будови шкіри і велика кількість зовнішніх і внутрішніх факторів, що впливають на неї, обумовлюють різноманіття форм даної патології шкіри [230, 246, 247]. Захворювання нерідко набуває хронічного і рецидивуючого перебігу, що вимагає наполегливої, тривалої терапії, яка не завжди приводить до бажаного результату [7, 27, 196, 231].

Як відомо, чисто дерматологічних хвороб не існує. За яскраво вираженою реакцією шкіри криється порушення роботи печінки, нирок, а також лімфатичної та імунної систем [56, 221]. Тому, обстеження при дерматозах має складатися з ретельно вивіреного переліку аналізів та обстеження у лікарів іншої спеціалізації, які покликані не просто виявити захворювання шкіри, а виявити справжні причини всіх наявних в організмі розладів [118, 178]. Перспективним є поєднання вище згаданого діагностичного комплексу з антропосоматотипологічним дослідженням, власне, з вивченням основних морфологічних показників і варіабельності компонентів тіла [52, 65, 88, 217, 218].

Для зниження зростання захворюваності на різні форми і типи перебігу піодермії необхідна активна прогностично-профілактична робота, яка можлива лише при докладному вивченні конструкційних особливостей здорових та



хворих в ході скринінгового обстеження з подальшим виявленням груп ризику по виникненню дерматоза [16, 27, 65, 200].

Тому метою нашого дослідження було встановлення особливостей антропометричних, соматотипологічних параметрів і показників компонентного складу маси тіла у чоловіків і жінок Західного регіону України в нормі та хворих на піодермії.

При аналізі співвідношень типу конституції з захворюваністю основна проблема часто полягає у вирішенні питання первинності формування типу конституції або розвитку захворювання [44, 66, 68, 110, 204]. Наприклад, що первинне: крайні типи соматотипу або важкий перебіг піодермії. Так чи інакше, порівняння антропометричних параметрів у здорових та хворих на піодермії досліджуваних дозволило б виявити передумови, що зумовлюють особливості перебігу дерматозів у осіб різної конституційної приналежності, оцінити функціонально-адаптаційні резерви організму (неінвазивними методами) і своєчасно коректувати виявлені донозологічні відхилення, що лягає в основу завдань профілактичної медицини – збереження здоров'я здорової людини і попередження захворювань у групи ризику [137, 209, 211].

Найбільші конституціональні відмінності в значеннях притаманні тотальним, обхватним розмірам тіла, а також значенням шкірно-жирових складок, в той час як поздовжні і поперечні розміри тіла мають меншу конституціональність [28, 33, 169].

Згідно з результатами наукових досліджень [17, 41, 42, 61, 98, 108], встановлено асоціацію більшості дерматозів із надмірною масою тіла, однак цей параметр дещо менш чутливий у порівнянні із площею поверхні тіла. Остання є кращим показником метаболічного обміну, ніж маса тіла, оскільки менш залежить від зайвої кількості жирової тканини [65, 100].

Так, рядом науковців при груповому порівнянні габаритних параметрів (довжини, маси і площі поверхні тіла) тіла досліджуваних обох статей встановлено, що при однаковій довжині тіла хворі на такі дерматити як псоріаз [41],

піддермії [82, 83], сифіліс [59] мають значно більшу масу і площу поверхні тіла порівняно із здоровими однолітками.

Хронізація процесу сприяє високій сенсibiliзації макроорганізму до антигенного фактору мікроорганізмів, що призводить до появи різного ступеня алергічних реакцій іноді з аутоагресивним компонентом [27].

Доведено, що у хворих із хронічним перебігом піддермії відбувається дисбаланс специфічних і неспецифічних імунологічних реакцій організму з явищами диспротеїнемії, збільшеною кількістю моноцитів і нейтрофілів. Хронічні і декомпенсовані форми дерматитів є однією з причин порушень діяльності залоз внутрішньої секреції, відповідальних за ріст і розвиток [110].

Найбільш вірогідне пояснення менших значень антропометричних показників у хворих із хронічними піддерміями є виснаження тканинного субстрату, на побудову якого необхідна велика кількість його складових частин. В організмі відбувається дефіцит ферментів, гормонів, білків, жирів, вуглеводів і, як наслідок, гальмування росту і розвитку у даної категорії пацієнтів [52, 100].

Нами встановлені наступні розбіжності *тотальних розмірів тіла* між здоровими та хворими на різні форми піддермії чоловіками або жінками (табл. 6.1):

- у чоловіків – відсутні;
- у жінок – маса та площа поверхні тіла у здорових жінок має менші ( $p < 0,01-0,001$  і  $p = 0,054-0,062$ ) значення, ніж у хворих загальної групи, із гострим перебігом і з глибокою та поверхневою формою дерматоза, а у хворих із хронічними піддерміями має менші ( $p < 0,05-0,01$  і  $p = 0,069$ ) значення, ніж у хворих загальної групи, із гострим перебігом і глибокою піддермією; довжина тіла у хворих із хронічними піддерміями має менші ( $p < 0,05$  і  $p = 0,054$ ) значення, ніж у хворих із гострим перебігом і глибокою піддермією.

Розміри й форми тіла кожної людини генетично запрограмовані. Ця спадкова програма реалізується в ході онтогенезу, тобто в ході послідовних морфологічних, фізіологічних і біохімічних трансформацій організму від його за-

Таблиця 6.1

## Відмінності конституціональних показників у хворих на підермії

Показн.	Ч З	Ч Х	Ч Гр	Ч Гр/П	Ч Гр/Г	Ч Хр	Ж З	Ж Х	Ж Гр	Ж Гр/П	Ж Гр/Г	Ж Хр
W							∇↓	Δ	Δ↑	↑	ΔΔ	∇↓
H									↑		Δ	∇↓
S							∇↓	Δ↑	ΔΔ	↑	ΔΔ	∇↓
ATND												
ATL				Δ		∇						
ATPL												
ATP												
ATV	Δ↑	↓				∇						
EPPL				↑		∇	∇	Δ	Δ↑	Δ	ΔΔ	∇↓
EPPR	↑		↑			∇	∇	Δ	Δ	Δ		
EPB							∇	ΔΔ	ΔΔ	Δ	ΔΔ	∇
EPG	Δ		Δ	↑	↑	∇↓	∇	∇	∇	∇	Δ	
PSG			Δ	↑	Δ	∇↓	∇			↓	Δ↑	↓
PNG	↓		Δ		Δ↑	∇	∇	Δ	Δ	Δ	Δ	
SGK							∇	Δ↓	ΔΔ	Δ↓	ΔΔ↑	∇
ACR	Δ					∇				∇	Δ	
SPIN												
CRIS	∇	Δ	Δ		Δ		∇	Δ	Δ	Δ	Δ	
TROCH	↓		↑				∇	Δ	Δ		ΔΔ	∇
CONJ							∇↓	↑	Δ↑		ΔΔ	∇↓
OBPL1	↓		Δ↑		↑	∇↓	∇	Δ	ΔΔ	Δ	Δ	∇
OBPL2							∇	ΔΔ	Δ↑	Δ↑	ΔΔ	∇↓
OBPR1							∇	Δ	ΔΔ	Δ↑	Δ	∇↓
OBPR2					Δ	∇	∇	Δ	Δ	Δ	Δ	
OBB	∇↓	↑	Δ				∇	Δ	Δ	Δ	Δ	
OBG1							∇	Δ	Δ	Δ	ΔΔ	∇
OBG2							∇	Δ	Δ	Δ	ΔΔ	∇
OBSH							∇	Δ	Δ	Δ	Δ	
OBT							∇	Δ	Δ	Δ	ΔΔ	∇
OBBS							∇↓	↑	Δ		Δ	
OBK												
OBS												
OBGK1							∇	Δ	Δ		Δ	
OBGK2							∇	Δ	Δ	Δ	Δ	
OBGK3							∇	Δ	Δ		Δ	
GZPL	∇	Δ	Δ	Δ↑	Δ	↓	∇		Δ	Δ		∇
GPPL	∇	Δ	ΔΔ	Δ↑	Δ↑	∇↓						
GPR	↓		↑									
GL	Δ		Δ	Δ	↑	∇↓						
GGR												
GG	∇↓		Δ	Δ	↑	∇						
GB	∇	Δ	Δ↑	Δ↑	Δ	↓						
GBD	∇		Δ	↑		∇↓						
GGL			Δ		Δ	∇	Δ			∇		
FX	∇		Δ	Δ	Δ	∇			↑	↑		↓
MX	∇		ΔΔ	Δ	Δ	∇	∇	Δ	Δ	Δ	Δ	
LX	Δ↑	↓	∇				Δ	∇	∇		∇	
MM							∇	Δ	ΔΔ	Δ↑	ΔΔ	∇↓
OM			↑	↑		↓	∇	Δ	Δ↑	↓	ΔΔ↑	∇↓
DM	∇↓		ΔΔ	Δ↑	Δ	∇	↓				↑	
MA							∇	Δ	Δ↑		ΔΔ	∇↓

**Примітки:** тут і в подальшому

1.  $\Delta$  або  $\nabla$  – величина показника у межах відповідних груп чоловіків або жінок достовірно більша, або менша;

2.  $\uparrow$  або  $\downarrow$  – величина показника у межах відповідних груп чоловіків або жінок має виражену тенденцію до більших, або менших значень;

3. – кольором відмічено між якими показниками у чоловіків або жінок встановлені статистично значущі відмінності, або виражені тенденції відмінностей;

4. Ч<sub>–</sub> – чоловіки;

5. Ж<sub>–</sub> – жінки;

6. <sub>–</sub>З – здорові;

7. <sub>–</sub>Х – хворі;

8. <sub>–</sub>Гр – хворі на піодермії, що протікають гостро;

9. <sub>–</sub>Гр/П – хворі на поверхневі піодермії, що протікають гостро;

10. <sub>–</sub>Гр/Г – хворі на глибокі піодермії, що протікають гостро;

11. <sub>–</sub>Хр – хворі на хронічні піодермії;

12. W – маса тіла;

13. H – довжина тіла;

14. S – площа поверхні тіла;

15. ATND – висота верхньо-груднинної антропометричної точки;

16. ATL – висота лобкової антропометричної точки;

17. ATPL – висота плечової антропометричної точки;

18. ATP – висота пальцевої антропометричної точки;

19. ATV – висота вертлюгової антропометричної точки;

20. EPPL – ШДЕ плеча;

21. EPPR – ШДЕ передпліччя;

22. EPB – ШДЕ стегна;

23. EPG – ШДЕ гомілки;

24. PSG – поперечний середньо-груднинний розмір;

25. PNG – поперечний нижньо-груднинний розмір;

26. SGK – передньо-задній середньо-груднинний розмір;
27. ACR – ширина плечей;
28. SPIN – міжостьовий розмір таза;
29. CRIS – міжгребневий розмір таза;
30. TROCH – міжвертлюговий розмір таза;
31. CONJ – зовнішня кон'югата таза (тільки у жінок);
32. OBPL1 – обхват плеча при максимальній напрузі;
33. OBPL2 – обхват плеча в розслабленому стані;
34. OBPR1 – обхват передпліччя у проксимальній третині;
35. OBPR2 – обхват передпліччя в дистальній третині;
36. OBB – обхват стегна;
37. OBG1 – обхват гомілки у проксимальній третині;
38. OBG2 – обхват гомілки в дистальній третині;
39. OBSH – обхват шиї;
40. OBT – обхват талії;
41. OBBB – обхват стегон;
42. OBK – обхват кисті;
43. OBS – обхват стопи;
44. OBGK1 – обхват грудної клітки при глибокому вдиху;
45. OBGK2 – обхват грудної клітки при глибокому видиху;
46. OBGK3 – обхват грудної клітки при паузі;
47. GZPL – ТШЖС на задній поверхні плеча;
48. GPPL – ТШЖС на передній поверхні плеча;
49. GPR – ТШЖС на передній поверхні передпліччя;
50. GL – ТШЖС під нижнім кутом лопатки;
51. GGR – ТШЖС на грудях;
52. GG – ТШЖС на животі;
53. GB – ТШЖС на боці;
54. GBD – ТШЖС у верхній частині стегна;
55. GGL – ТШЖС на гомілці;

56. FX – ендоморфний компонент соматотипу за Хіт-Картером;
57. MX – мезоморфний компонент соматотипу за Хіт-Картером;
58. LX – екторморфний компонент соматотипу за Хіт-Картером;
59. MM – м'язовий компонент маси тіла, що визначений за формулами Матейко;
60. OM – кістковий компонент маси тіла, що визначений за формулами Матейко;
61. DM – жировий компонент маси тіла, що визначений за формулами Матейко;
62. MA – м'язовий компонент маси тіла, що визначений за формулою АІХ.

родження до кінця життя [100].

Пропорції тіла залежать від віку і статі людини та мають значні індивідуальні коливання. Проведені дослідження осіб різних етнічних і вікових груп свідчать про різні темпи зростання і розвитку у обох статей [6]. Особливо це стосується показників тотальних розмірів тіла, які, ймовірно, є стійкими індивідуальними характеристиками міжгрупового різноманіття та є специфічним проявом статевого диморфізму [40, 99]. Така ж стійкість і гендерні відмінності характерні і для картини міжгрупового різноманіття поздовжніх і поперечних розмірів тіла [28, 95].

При аналізі *статевих розбіжностей тотальних розмірів тіла* встановлено, що практично в усіх групах (за винятком глибоких піодермій для маси та площі поверхні тіла) у чоловіків дані показники мають більші ( $p < 0,01-0,001$ ) значення, ніж у жінок аналогічних груп (табл. 6.2).

Встановлено, що у формуванні конституції однаково участь беруть як зовнішнє середовище, так і спадковість. Спадково детермінуються головні ознаки конституції – поздовжні розміри тіла і домінуючий тип обміну речовин. Поперечні ж розміри залежать від умов життя людини, занять спортом. Вони найбільш тісно пов'язані із статтю, віком, професією індивіда. На зазначені розміри впливає ступінь розвитку м'язової і жирової тканини на різних

Таблиця 6.2

## Статеві розбіжності конституціональних показників

Показн.	Ч З	Ч Х	Ч Гр	Ч Гр/П	Ч Гр/Г	Ч Хр	Ж З	Ж Х	Ж Гр	Ж Гр/П	Ж Гр/Г	Ж Хр
W	•	•	•	•		•						
H	•	•	•	•	•	•						
S	•	•	•	•		•						
ATND	•	•	•	•	•	•						
ATL	•	•	•	•								
ATPL	•	•	•	•	•	•						
ATP	•	•	•	•								
ATV	•	•	•	•								
EPPL	•	•	•	•	•	•						
EPPR	•	•	•	•	•	•						
EPB	•	•	•	•		•						
EPG	•	•	•	•								
PSG	•	•	•	•		•						
PNG	•	•	•	•	•	•						
SGK	•	•	•	•		•						
ACR	•	•	•	•	•	•						
SPIN	•											
CRIS	•											
TROCH												
OBPL1	•	•	•	•	○	•						
OBPL2	•	•	•			•						
OBPR1	•	•	•	•	•	•						
OBPR2	•	•	•	•	•	•						
OB												
OBG1	•											
OBG2	•											
OB	•	•	•	•	•	•						
OBT	•	•	•	•		•						
OB											•	
OBK	•	•	•	•	•	•						
OBS	•	•	•	•	•	•						
OBGK1	•	•	•	•		•						
OBGK2	•	•	•	•		•						
OBGK3	•	•	•	•		•						
GZPL							•					
GPPL							•					
GPR												
GL												
GGR												
GG							•					
GB							•					
GBD							•					
GGL							•					
FX												
MX	•											
LX												
MM	•	•	•	•		•						
OM	•	•	•	•	•	•						
DM												
MA	•	•	•	•	•	•						

Примітки:

1. • – величина показника у межах відповідних груп між чоловіками та жінками достовірно більша;
2. о – величина показника у межах відповідних груп між чоловіками та жінками має виражену тенденцію до більших.

ділянках тіла [215].

Відхилення поздовжніх і поперечних розмірів тіла від вікової норми самі по собі є маркерами несприятливого стану організму, яке може бути наслідком серйозних соматичних порушень [58]. Більш того, вираженість таких відхилень дозволяє виділити найбільш напружені, з точки зору зростання і розвитку, і вразливі, з точки зору перебігу основного захворювання, моменти [209].

Встановлені наступні розбіжності *поздовжніх розмірів тіла* між здоровими та хворими на різні форми піодермій чоловіками або жінками (див. табл. 6.1):

- у чоловіків – висота вертлюгової точки у здорових чоловіків має більші ( $p < 0,05$  і  $p = 0,069$ ) значення, ніж у хворих загальної групи та з хронічними піодерміями, а висота лобкової точки у хворих із хронічними піодерміями має менші ( $p < 0,05$ ) значення, ніж у хворих із поверхневими піодерміями;
- у жінок – відсутні.

При аналізі *статевих розбіжностей поздовжніх розмірів тіла* встановлено, що практично в усіх групах (за винятком глибоких і хронічних піодермій для висоти лобкової, пальцевої та вертлюгової антропометричних точок) у чоловіків дані показники мають більші ( $p < 0,05-0,001$ ) значення, ніж у жінок аналогічних груп порівняння (див. табл. 6.2).

Встановлені наступні розбіжності *ШДЕ кінцівок* між здоровими та хворими на різні форми піодермій чоловіками або жінками (див. табл. 6.1):

- у чоловіків – ШДЕ кінцівок у хворих із хронічними піодерміями має менші ( $p < 0,05$  і  $p = 0,060-0,069$ ) значення, ніж у хворих із поверхневими піодерміями (для плеча), здорових і хворих із гострим перебігом піодермій (для пе-



*редпліччя*), а також здорових, хворих із гострим перебігом та, окремо, поверхневими й глибокими піодерміями (для *гомілки*);

- у жінок – ШДЕ плеча, *передпліччя* та *стегна* у здорових жінок має менші ( $p < 0,05-0,001$ ) значення, ніж у хворих загальної групи, із гострим перебігом та, окремо, з поверхневою і глибокою (за винятком *передпліччя*) формами дерматоза; у хворих жінок із хронічними піодерміями ШДЕ плеча та *стегна* має менші ( $p < 0,05-0,01$  і  $p = 0,068$ ) значення, ніж у хворих загальної групи (лише для *стегна*), із гострим перебігом і глибокими піодерміями; ШДЕ *гомілки* у хворих на глибокі піодермії жінок має більші ( $p < 0,05-0,01$ ) значення, ніж у здорових, хворих загальної групи, з гострим перебігом та поверхневими піодерміями.

При аналізі *статевих розбіжностей ШДЕ кінцівок* встановлено, що практично в усіх групах (за винятком глибоких піодермій для ширини дистальних кінців стегна й гомілки та хронічних піодермій для ШДЕ гомілки) у чоловіків дані показники мають більші ( $p < 0,05-0,001$ ) значення, ніж у жінок аналогічних груп порівняння (див. табл. 6.2).

Встановлені наступні розбіжності *поперечних розмірів тіла* між здоровими та хворими на різні форми піодермій чоловіками або жінками (див. табл. 6.1):

- у чоловіків – *поперечні середньо-груднинний та нижньо-груднинний розміри* у хворих із хронічними піодерміями чоловіків мають менші ( $p < 0,05$  і  $p = 0,065$ ) значення, ніж у хворих із гострим перебігом, поверхневими (лише для *середньо-груднинного розміру*) та глибокими піодерміями, крім того, *поперечний нижньо-груднинний розмір* у здорових чоловіків має менші ( $p < 0,067$ ) значення, ніж у хворих на глибокі піодермії; *ширина плечей* у здорових чоловіків має більші ( $p < 0,05$ ) значення, ніж у хворих на хронічні піодермії; *міжгребеневий та міжвертлюговий розміри таза* у здорових чоловіків мають менші ( $p < 0,05-0,01$  і  $p = 0,051$ ) значення, ніж у хворих загальної групи (лише *міжгребеневий*), з гострим перебігом та з глибокими (лише *міжгребеневий*) піодерміями.

- у жінок – більшість поперечних розмірів тіла (за винятком ширини плечей та міжкостьового розміру таза) у здорових жінок має менші ( $p < 0,05-0,001$ ) значення, ніж у хворих загальної групи (за винятком поперечного середньо-груднинного розміру), із гострим перебігом (за винятком поперечного середньо-груднинного розміру) та, окремо, з поверхневою (за винятком поперечного середньо-груднинного розміру) і глибокою формами дерматозу; у хворих на глибокі піодермії жінок поперечний середньо-груднинний розмір має більші ( $p = 0,061-0,065$ ) значення, ніж у хворих на хронічні та поверхневі піодермії; передньо-задній середньо-груднинний розмір у хворих з гострим перебігом і з глибокими піодерміями жінок має більші ( $p < 0,05-0,01$ ) значення, ніж у хворих на хронічні піодермії, а у хворих загальної групи та з поверхневими піодерміями має менші ( $p = 0,058$  і  $p = 0,069$ ) значення, ніж у хворих із глибокими піодерміями; ширина плечей у хворих жінок із поверхневими піодерміями менша ( $p < 0,05$ ) порівняно з хворими жінками із глибокими піодерміями; міжвертлюговий розмір таза у хворих на глибокі піодермії жінок більший ( $p < 0,05$ ) порівняно із хворими на хронічні піодермії жінками; поверхнева кон'югата у хворих на хронічні піодермії жінок має менші ( $p < 0,05$  і  $p = 0,059$ ) значення, ніж у хворих з гострим перебігом і на глибокі піодермії.

При аналізі статевих розбіжностей поперечних розмірів тіла встановлено, що практично в усіх групах лише поперечні розміри тулуба (за винятком глибоких піодермій для поперечного середньо-груднинного та передньо-заднього середньо-груднинного розмірів) у чоловіків дані показники мають більші ( $p < 0,05-0,001$ ) значення, ніж у жінок аналогічних груп порівняння (див. табл. 6.2). Для розмірів таза лише у здорових чоловіків міжкостьовий та міжгребневий розміри мають більші ( $p < 0,05-0,01$ ) значення, ніж у здорових жінок (див. табл. 6.2).

Доведено, що обхватні розміри тіла досить об'єктивно оцінюють соматотип і масивність окремих частин тіла. На обхватні розміри окремих частин тіла значний вплив мають товщина підшкірножирового шару і величина окремих

груп м'язів. На окремих етапах онтогенезу, а також статева приналежність роблять значний вплив на дані показники тіла. У зв'язку з цим, форма тіла людини на окремих етапах онтогенезу характеризується певними особливостями [4, 95, 248].

Встановлені наступні розбіжності *обхватних розмірів тіла* між здоровими та хворими на різні форми піодермій чоловіками або жінками (див. табл. 6.1):

- у чоловіків – *обхват плеча при максимальній нарузі* у здорових чоловіків має менші ( $p=0,059$ ) значення, ніж у хворих з гострим перебігом піодермій, а у хворих з хронічними піодерміями менші ( $p<0,05$  і  $p=0,069$ ) значення, ніж у хворих із гострим перебігом і з глибокими піодерміями; *обхват передпліччя в нижній частині* у хворих на глибокі піодермії чоловіків більший ( $p<0,05$ ), ніж у хворих на хронічні піодермії; *обхват стегна* у здорових чоловіків має менші ( $p<0,05$  і  $p=0,052$ ) значення, ніж у хворих загальної групи та з гострим перебігом піодермій;
- у жінок – *більшість обхватних розмірів тіла* (за винятком *обхватів кисті та стопи*) у здорових жінок має менші ( $p<0,05-0,001$  і  $p=0,051$ ) значення, ніж у хворих загальної групи, з гострим перебігом та, окремо, з поверхневою (за винятком *обхватів передпліччя у дистальній частині, гомілки у проксимальній та дистальній третинах, стегон і грудної клітки при глибокому вдиху та при паузі*) і глибокою (за винятком *обхвату шиї*) формами дерматозу; *обхват плеча при максимальній нарузі та у розслабленому стані*, а також *обхват передпліччя у проксимальній третині* у хворих на хронічні піодермії жінок має менші ( $p<0,05$  і  $p=0,056-0,066$ ) значення, ніж у хворих загальної групи (лише для *обхвату плеча у розслабленому стані*), з гострим перебігом дерматоза та, окремо, з поверхневими (за винятком *обхвату плеча при максимальній нарузі*) та глибокими (за винятком *обхвату передпліччя у проксимальній третині*) піодерміями; *обхват гомілки в проксимальній та дистальній частинах*, а також *талії* у хворих на глибокі піодермії жінок має більші ( $p<0,05$ ) значення, ніж у хворих на хронічні піо-

дермії.

Отже, отримані дані свідчать, що мінімальні середні значення вищеписаних параметрів фіксуються в групі хворих із поверхневою формою і хронічним перебігом піодермії, тоді як зі збільшенням ступеня важкості захворювання відзначається зростання обхватних параметрів грудної клітки й кінцівок.

При аналізі *статевих розбіжностей обхватних розмірів тіла* встановлено, що у чоловіків більшість даних показників мають більші ( $p < 0,05-0,001$  і  $p = 0,064$ ) значення (за винятком *обхватів стегна та стегон* в усіх групах; *обхватів гомілки у проксимальній та дистальній третинах* в усіх групах хворих на піодермії; *обхвату плеча у розслабленому стані* у хворих на поверхневі піодермії; *обхватів плеча при максимальній нарузі та у розслабленому стані, талії та усіх обхватів грудної клітки* у хворих на глибокі піодермії), ніж у жінок аналогічних груп порівняння (див. табл. 6.2). Лише *обхват стегон* у хворих на глибокі піодермії жінок має більші ( $p < 0,05$ ) значення, ніж у хворих на глибокі піодермії чоловіків (див. табл. 6.2).

Як відомо, вміст жиру в тілі, який опосередковано можна розрахувати за даними вимірювання ТШЖС, дозволяє судити про схильність до цілого ряду серйозних захворювань (серцево-судинних, цукрового діабету 2-го типу, інсульту, остеоартриту, гіпертонічної хвороби, хірургічної патології та ін.) [1, 10, 11, 21, 29, 39, 47-50, 66, 191, 198, 207, 236]. Визначення ТШЖС в 4 місцях (на плечі, боці, стегні, животі) виявляється найбільш значимим і дозволяє отримати інформацію про локалізацію, ступінь відкладення жиру в різних частинах тіла, а отже визначити тип ожиріння, як фактора ризику розвитку багатьох мультифакторіальних захворювань [237, 248].

У розглянутому вище ракурсі антропометричного дослідження піодермії вивчені мало. В зв'язку з цим, актуальним вважається порівняльне дослідження особливостей ТШЖС у здорових та хворих, яке б давало змогу виявляти не лише наявність ожиріння, але й варіанти оцінки, які межують з патологічними, і асоціюються зі збільшенням ризику захворюваності на даний дерматоз.

Встановлені наступні розбіжності *ТШЖС* між здоровими та хворими на

різні форми піодермії чоловіками або жінками (див. табл. 6.1):

- у чоловіків – *ТШЖС* на задній та передній поверхні плеча, а також на боці у здорових чоловіків має менші ( $p < 0,05-0,001$ ) значення, ніж у хворих чоловіків загальної групи, з гострим перебігом дерматозу та, окремо, з поверхневими і глибокими піодерміями; *ТШЖС* на передній поверхні передпліччя та на животі у здорових чоловіків має менші ( $p = 0,061$  і  $p = 0,063$ ) значення, ніж у хворих із гострим перебігом дерматозу (лише на передній поверхні передпліччя) та глибокими піодерміями (лише на животі); *ТШЖС* на животі та у у проксимальній третині стегна у здорових і хворих на хронічні піодермії чоловіків має менші ( $p < 0,05-0,01$ ) значення, ніж у хворих чоловіків з гострим перебігом дерматозу та з поверхневими піодерміями (лише на животі); *ТШЖС* під нижнім кутом лопатки у хворих на хронічні піодермії чоловіків має менші ( $p < 0,05-0,01$  і  $p = 0,057$ ) значення, ніж у здорових чоловіків, хворих з гострим перебігом дерматозу та, окремо з поверхневими і глибокими піодерміями; *ТШЖС* на задній поверхні плеча та у проксимальній третині стегна у хворих чоловіків з хронічними піодерміями має менші ( $p = 0,063$  і  $p = 0,066$ ) значення, ніж у хворих з поверхневими піодерміями; *ТШЖС* на передній поверхні плеча, на боці та на гоміліці у хворих чоловіків з хронічними піодерміями має менші ( $p < 0,05$  і  $p = 0,052-0,059$ ) значення, ніж у хворих із гострим перебігом дерматозу та, окремо, у хворих на поверхневі (за винятком *ТШЖС* на гоміліці) та глибокі (за винятком *ТШЖС* на боці) піодермії;
- у жінок – *ТШЖС* на задній поверхні плеча у здорових і хворих на з хронічні піодермії жінок має менші ( $p < 0,05$ ) значення, ніж у хворих з гострим перебігом дерматозу та з поверхневими піодерміями; *ТШЖС* на гоміліці у здорових жінок має більші ( $p < 0,05$ ) значення, ніж у хворих на поверхневі піодермії.

При аналізі *статевих розбіжностей ТШЖС* встановлено, що лише у здорових жінок показники *ТШЖС* на задній і передній поверхні плеча, на животі, на боці, у проксимальній третині стегна та на гоміліці мають більші ( $p <$

0,05-0,001) значення, ніж у здорових чоловіків (див. табл. 6.2).

Людина за свою багатовікову історію розвивалась в постійній боротьбі за виживання, в умовах тривалої зовнішньої небезпеки, коли перевагою була здатність довгий час обходитися без їжі, а значить, при найменшій можливості запасати в організмі енергію у вигляді жирової маси. Вважається, що процес накопичення жирів в організмі людини – це частина цілісного біологічного механізму виживання, покликаною допомагати людині у боротьбі з такими екстремальними умовами, як стрес, голод, холод, захворювання [214]. Науковими дослідженнями доведено, що жирові відкладення здатні захистити організм людини від неблагоприємних наслідків цукрового діабету, інсулінорезистентності, зниження рівнів естрогенів, загальної інтоксикації [234].

Отже, цілком логічно отримати більші значення ТШЖС у хворих досліджуваних порівняно із здоровими.

Дійсно, у хворих на піодермії чоловіків встановлено достовірно більші значення зазначених шкірно-жирових складок порівняно із здоровими досліджуваними аналогічної статі.

Між здоровими і хворими на піодермії жінками не встановлено жодних достовірних або тенденцій відмінностей товщини всіх шкірно-жирових складок. Це ймовірно, пов'язано з тим, що процес надлишкового жировідкладення у жінок фізіологічно пов'язаний із періодами пубертата, менархе, вагітності, лактації, менопаузи [92]. Більша адаптивність жінок до зовнішніх та внутрішніх стресорів дозволяє «згладити» відмінність даного антропометричного показника у хворих і здорових досліджуваних жіночої статі [68].

Інформативність визначення ТШЖС в різних місцях залежить від віку, статі, національності і генетичних особливостей, а також від характеру відкладення жиру при захворюваннях [1, 214, 248]. Наприклад, при цукровому діабеті відкладення жиру і ТШЖС більше на тулубі, ніж на кінцівках. Зміна маси тіла при лікуванні ожиріння також може характеризуватися втратою жиру в різних точках. З ризиком серцево-судинних захворювань і метаболічних порушень пов'язана ТШЖС на животі, а також відношення товщини шкірних складок плече

(в районі трицепсу) / лопатка. Поява надлишкових жирових відкладень на боці свідчить за андроїдне ожиріння (центральне), що більш типово для чоловіків [1, 237, 248].

У здорових і хворих на піодермії чоловіків достовірно відрізняються лише величини ТШЖС на задній, передній поверхні плеча і на боці, що розкриває відповідно метаболічну (обмінну) і нейродисгормональну природу даної патології.

Оскільки збільшення жирової маси у дорослих пов'язано з ростом захворюваності, точна кількісна і топічна діагностика надлишкового жировідкладення повинна проводитися для визначення ризику розвитку асоційованих з ожирінням захворювань.

Об'єктивною характеристикою складу тіла служать розрахунки компонентів маси тіла: жирового, м'язового і кісткового. Варто зазначити, що дані про компонентний склад тіла включаються в оцінку конституціональних типів і служать об'єктивними показниками міжгрупових відмінностей [167-169].

Вивчення жирового компонента і характеру жирових відкладень є важливою теоретичною і прикладною задачею медико-біологічних досліджень [6]. Сучасними дослідженнями встановлена провідна роль жирового компонента маси тіла в енергетичному забезпеченні рухової активності організму. Цей показник є найбільш інформативним в оцінці морфофункціональних можливостей організму. Показано, що характер підшкірних жировідкладень має істотний взаємозв'язок із адаптацією до різних умов зовнішнього середовища, у тому числі і до соматичних захворювань [15, 126, 169].

М'язовий компонент маси тіла людини належить до показників тілобудови та є індикатором її структурно-функціонального стану протягом онтогенезу [168]. Зміна кісткової маси визначається станом метаболічних процесів у певному періоді онтогенезу, регіонально – соціально-екологічними відмінностями, харчовим забезпеченням нутрієнтної рівноваги гомеостаза, станом соматичного здоров'я, режимом рухової активності і типом тілобудови людини [167].

За даними різних авторів, максимальним ризиком запальних захворювань шкіри характеризуються соматотипи зі значним розвитком жирової компоненти або жирової і м'язової тканин одночасно: пікнічний тип або черевно-м'язовий і м'язово-черевний варіанти [41, 61, 98, 108, 211]. Виявлено зв'язок не тільки зі ступенем, але і з топографією підшкірного жировідкладення [17].

Встановлено, що *ендоморфний компонент соматотипу* у здорових і хворих на хронічні піодермії чоловіків має менші ( $p < 0,05$ ) значення, ніж у хворих чоловіків з гострим перебігом піодермії та з поверхневими піодерміями; а у хворих жінок з гострим перебігом піодермії та з поверхневими піодерміями має тенденції ( $p = 0,056$  і  $p = 0,068$ ) до більших значень порівняно з жінками хворими на хронічні піодермії (див. табл. 6.1).

*Мезоморфний компонент соматотипу* у здорових чоловіків має менші ( $p < 0,05-0,01$ ) значення, ніж у хворих чоловіків з гострим перебігом піодермії та, окремо, з поверхневими й глибокими піодерміями, а також у хворих чоловіків з гострим перебігом піодермії має більші ( $p < 0,05$ ) значення, ніж у хворих на хронічні піодермії чоловіками; а у здорових жінок має менші ( $p < 0,05-0,01$ ) значення, ніж у хворих жінок загальної групи, з гострим перебігом піодермії та, окремо, з поверхневими й глибокими піодерміями (див. табл. 6.1).

*Ектоморфний компонент соматотипу* у здорових чоловіків має більші ( $p = 0,052$  і  $p < 0,05$ ) значення, ніж у хворих чоловіків загальної групи та з гострим перебігом піодермії; а у здорових жінок має більші ( $p < 0,05-0,01$ ) значення, ніж у хворих жінок загальної групи, з гострим перебігом піодермії та з глибокими піодерміями (див. табл. 6.1).

При аналізі *статевих розбіжностей компонентів соматотипу* встановлено, що лише у здорових чоловіків мезоморфний компонент має більші ( $p < 0,01$ ) значення, ніж у здорових жінок (див. табл. 6.2).

При аналізі *відсоткових часток представників різних соматотипів* у здорових і хворих на різні форми піодермії чоловіків або жінок Західних регіонів України встановлені наступні розбіжності:

- у чоловіків – лише у представників *ендо-мезоморфного соматотипу* вста-



новлена менша ( $p < 0,05$ ) відсоткова частка у здорових (14,1%), ніж у хворих на глибокі піодермії (40,0%);

- у жінок – у представниць *мезоморфного соматотипу* встановлена менша ( $p < 0,05$  і  $p = 0,068$ ) відсоткова частка у здорових (34,8%), ніж у хворих загальної групи (54,2%) та з гострим перебігом піодермії (51,4%); у представниць *ектоморфного соматотипу* встановлена менша ( $p = 0,070$  і  $p = 0,060$ ) відсоткова частка у хворих на поверхневі піодермії (4,3%), ніж у здорових (20,0 %) і хворих на хронічні піодермії (27,3%).

При аналізі *статевих розбіжностей відсоткових часток різних соматотипів* встановлено, що здорові чоловіки *екто-мезоморфного* (16,5%) та *мезоморфного* (47,1%) та *соматотипів* мають більші ( $p < 0,001$  і  $p = 0,070$ ) значення порівняно із здоровими жінками аналогічних соматотипів (відповідно 3,0% і 34,8%); та навпаки, здорові жінки *ендоморфного* (8,1%) та *середнього проміжного* (17,0%) *соматотипів* мають більші ( $p < 0,05$  і  $p < 0,01$ ) значення порівняно із здоровими чоловіками аналогічних соматотипів (відповідно 1,2% і 4,7%).

При аналізі *показників компонентного складу маси тіла* у здорових і хворих на різні форми піодермії чоловіків або жінок встановлені наступні розбіжності:

- у чоловіків – *кістковий компонент маси тіла* у хворих з гострим перебігом піодермії та поверхневими піодерміями має більші ( $p = 0,051$  і  $p = 0,066$ ) значення, ніж у хворих із хронічними піодерміями; *жировий компонент маси тіла* у здорових має менші ( $p < 0,05$  і  $p = 0,069$ ) значення, ніж у хворих із гострим перебігом піодермії та поверхневими піодерміями, а у хворих на хронічні піодермії має менші ( $p < 0,05$ ) значення, ніж у хворих із гострим перебігом піодермії та, окремо, з поверхневими й глибокими піодерміями;
- у жінок – *м'язовий компонент маси тіла, визначений за формулами Матейко та АІХ* у здорових має менші ( $p < 0,05-0,001$ ) значення, ніж у хворих загальної групи, з гострим перебігом піодермії та з поверхневими (лише за Матейко) й глибокими піодерміями, а у хворих на хронічні піодермії має менші

( $p < 0,05$  і  $p = 0,063-0,064$ ) значення, ніж у хворих з гострим перебігом піодермій, глибокими та поверхневими (лише за Матейко) піодерміями; *кістковий компонент маси тіла* у здорових має менші ( $p < 0,01$ ) значення, ніж у хворих загальної групи, з гострим перебігом піодермій та з глибокими піодерміями, у хворих з хронічними піодерміями має менші ( $p = 0,056$  і  $p < 0,01$ ) значення, ніж у хворих із гострим перебігом піодермій та з глибокими піодерміями, а у хворих на поверхневі піодермії має менші ( $p = 0,065$ ) значення, ніж у хворих на глибокі піодермії; *жировий компонент маси тіла* у здорових має менші ( $p = 0,056$ ) значення, ніж у хворих на глибокі піодермії.

При аналізі *статевих розбіжностей показників компонентного складу маси тіла* встановлено, що практично в усіх групах показники *м'язового компоненту маси тіла*, визначеного за формулами Матейко (окрім досліджуваних з глибокими піодерміями) й АІХ та *кісткового компоненту маси тіла* мають більші ( $p < 0,05-0,001$ ) значення, ніж у жінок аналогічних груп порівняння.

Таким чином, для виявлення антропометричних і соматотипологічних відмінностей між групами хворих із піодерміями і здоровими дослідженими та між хворими на різні форми піодермій із загального набору ознак виділена значна кількість параметрів, які найбільш інформативно описують соматотипологічні і гендерні особливості пацієнтів з даним дерматитом.

Очевидною є необхідність застосування на практиці підходів, що враховують особливості взаємної скорельованості ознак, для виявлення та оцінки соматотипологічних відмінностей пацієнтів з піодерміями та здорових людей. З цією метою був застосований дискримінантний аналіз.

Для того, щоб була можливість практичного застосування отриманих даних, власне для підтвердження конституціональних відмінностей між усіма виділеними групами, необхідно, щоб зони перекриття груп на графіках були мінімальні (досить висока якість дискримінації) [43, 51, 76]. Цей важливий результат вказує на те, що в кожному конкретному випадку ймовірність віднесення індивіда до тієї чи іншої групи досить висока. І навпаки, ймовірність потрапляння людини в зону перекриття векторів різних груп має бути незначною, тоб-

то помилка неправильного віднесення суб'єкта до тієї чи іншої групи дуже мала [85, 87, 101].

За допомогою *дискримінантного аналізу* нами побудовані моделі можливості захворювання та особливостей перебігу піодермій у чоловіків і жінок Західного регіону України в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла.

Встановлено, що модель у *здорових та хворих на піодермії чоловіків* коректна в 78,5% випадків і має незначну (статистика Уїлкса лямбда = 0,618; F = 11,6; p < 0,001) дискримінацію між здоровими та хворими на піодермії чоловіками. Найбільший внесок у дискримінацію між здоровими та хворими на піодермії чоловіками має ТШЖС під нижнім кутом лопатки. Показники класифікації (Df), за допомогою яких можливо віднести показники, що вивчалися, до «типових» для здорових чоловіків або до «типових» для хворих на піодермії чоловіків надають можливість прогнозувати ризик виникнення даного захворювання та мають вигляд наступних рівнянь:

$$Df \text{ (для здорових чоловіків)} = - \text{ТШЖС на боці} \times 1,459 - \text{ТШЖС під нижнім кутом лопатки} \times 0,765 + \text{ТШЖС на передній поверхні плеча} \times 0,976 - \text{ТШЖС на гомілці} \times 3,416 + \text{висота вертлюгової антропометричної точки} \times 1,255 + \text{міжгребенева відстань таза} \times 4,364 + \text{висота лобкової антропометричної точки} \times 0,861 - \text{ТШЖС на животі} \times 1,232 - \text{обхват грудної клітки при глибокому видиху} \times 0,493 + \text{обхват грудної клітки при глибокому вдиху} \times 2,913 + \text{ТШЖС на стегні} \times 2,012 - 264,7;$$

$$Df \text{ (для хворих на піодермії чоловіків)} = - \text{ТШЖС на боці} \times 1,232 - \text{ТШЖС під нижнім кутом лопатки} \times 1,123 + \text{ТШЖС на передній поверхні плеча} \times 1,401 - \text{ТШЖС на гомілці} \times 3,994 + \text{висота вертлюгової антропометричної точки} \times 0,935 + \text{міжгребенева відстань таза} \times 4,723 + \text{висота лобкової антропометричної точки} \times 1,079 - \text{ТШЖС на животі} \times 1,083 - \text{обхват грудної клітки при гли-$$

бокому видиху  $\times 0,752$  + обхват грудної клітки при глибокому вдиху  $\times 3,154$  + ТШЖС на стегні  $\times 2,274 - 266,9$ ,

де (тут і в подальшому), ТШЖС – в мм; висота антропометричних точок – в см; розміри таза – в см; обхватні розміри тіла – в см.

За допомогою критерію  $\chi^2$  підтверджено можливість достовірної інтерпретація отриманих показників класифікації між здоровими та хворими на піодермії чоловіками при урахуванні вищенаведених антропометричних показників.

Модель у здорових та хворих на піодермії жінок коректна в 83,6% випадків і має, як і у чоловіків, незначну (статистика Уїлкса лямбда = 0,646; F = 11,5;  $p < 0,001$ ) дискримінацію між здоровими та хворими на піодермії жінками. Найбільше значення в дискримінацію між здоровими та хворими на піодермії жінками мають висота вертлюгової та лобкової антропометричних точок. Показники класифікації (Df) для здорових і хворих на піодермії жінок в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла мають вигляд наступних рівнянь:

Df (для здорових жінок) = – ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times 0,079$  + мезоморфний компонент соматотипу  $\times 1,501$  + висота пальцевої антропометричної точки  $\times 0,592$  + ТШЖС на стегні  $\times 0,198$  + міжребенева відстань таза  $\times 0,031$  – висота вертлюгової антропометричної точки  $\times 0,030$  – висота лобкової антропометричної точки  $\times 0,592$  – ТШЖС на грудях  $\times 0,541$  + висота плечової антропометричної точки  $\times 3,935$  + ШДЕ передпліччя  $\times 11,32$  + ширина плечей  $\times 1,923 - 327,6$ ;

Df (для хворих на піодермії жінок) = – ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times 0,485$  + мезоморфний компонент соматотипу  $\times 1,922$  + висота пальцевої антропометричної точки  $\times 0,766$  + ТШЖС на стегні  $\times 0,423$  + міжребенева відстань таза  $\times 0,388$  – висота вертлюгової антропометричної точки  $\times 0,406$  – висота лобкової антропометричної точки  $\times 0,185$  – ТШЖС на грудях  $\times 0,345$  + висота плечової антропометричної точки  $\times 3,782$  + ШДЕ передпліччя  $\times 12,92$  +

ширина плечей  $\times 1,747 - 334,5$ ,

де (тут і в подальшому), компоненти соматотипу – в балах; ШДЕ кінцівок – в см; діаметри тулуба – в см.

При визначенні значимості усіх дискримінантних функцій за допомогою критерію  $\chi^2$  підтверджено можливість достовірної інтерпретація отриманих показників класифікації між здоровими та хворими на піодермії жінками при урахуванні вищенаведених антропометричних і соматотипологічних показників.

При аналізі побудованих моделей можливості захворювання на піодермії встановлено, що у чоловіків до їх складу входять ТШЖС (54,5%), поздовжні та обхватні розміри тіла (по 18,2%) і поперечні розміри тіла (9,1%); а у жінок – поздовжні розміри тіла (36,3%), ТШЖС (27,3%), поперечні розміри тіла (18,2%) та ШДЕ кінцівок і компоненти соматотипу (по 9,1%). Найбільший внесок у дискримінацію у чоловіків вносять показники ТШЖС (100%), а у жінок – поздовжні розміри тіла (100%).

Для перевірки роботи побудованих моделей можливості захворювання на піодермії нами було додатково обстежено по 10 здорових і хворих на піодермії чоловіків і жінок Західних регіонів України. Використовуючи попередньо побудовані моделі, нами встановлено, що із 10 здорових чоловіків до групи ризику захворювання на піодермії потрапило 4 чоловіків (40,0%), а з 10 здорових жінок – 5 представниць (50,0%). Відповідно із 10 хворих чоловіків до групи ризику захворювання на піодермії потрапило 5 представників (50,0%), а з 10 хворих жінок – також 5 представниць (50,0%).

Таким чином, отримані результати моделювання, з урахуванням практичної перевірки роботи дискримінантних рівнянь можливості захворювання на піодермії в залежності від особливостей антропометричних і соматотипологічних параметрів тіла, вказують на їх невисоку коректність як у чоловіків, так і у жінок Західного регіону України.

Встановлено, що модель у хворих на поверхневі та глибокі піодермії, що протікають гостро, а також хворих на хронічні піодермії чоловіків коректна в

73,3% випадків і має середню (статистика Уїлкса лямбда = 0,416;  $F = 12,8$ ;  $p < 0,001$ ) дискримінацію між чоловіками хворими на різні форми даного дерматозу. Найбільший внесок в дискримінацію між хворими на різні форми піодермій чоловіками має висота лобкової антропометричної точки. Показники класифікації (Df) для хворих на різні форми піодермій чоловіків в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла мають вигляд наступних рівнянь:

*Df (для чоловіків хворих на поверхневі піодермії, що протікають гостро) = –* ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times 0,452$  + ШДЕ плеча  $\times 16,70$  + обхват передпліччя у дистальній третині  $\times 1,347$  – обхват стопи  $\times 1,589$  + висота лобкової антропометричної точки  $\times 4,788$  + обхват талії  $\times 1,095$  – площа поверхні тіла  $\times 190,5$  + обхват грудної клітки при паузі  $\times 2,911$  – 271,4;

*Df (для чоловіків хворих на глибокі піодермії, що протікають гостро) = –* ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times 0,453$  + ШДЕ плеча  $\times 15,47$  + обхват передпліччя у дистальній третині  $\times 2,566$  – обхват стопи  $\times 2,106$  + висота лобкової антропометричної точки  $\times 4,530$  + обхват талії  $\times 0,779$  – площа поверхні тіла  $\times 178,1$  + обхват грудної клітки при паузі  $\times 3,008$  – 255,2,

*Df (для чоловіків хворих на хронічні піодермії) = –* ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times 0,670$  + ШДЕ плеча  $\times 14,24$  + обхват передпліччя у дистальній третині  $\times 1,861$  – обхват стопи  $\times 1,125$  + висота лобкової антропометричної точки  $\times 4,367$  + обхват талії  $\times 0,970$  – площа поверхні тіла  $\times 173,6$  + обхват грудної клітки при паузі  $\times 2,732$  – 239,4,

де (тут і в подальшому), обхватні розміри – в см; площа поверхні тіла – в м<sup>2</sup>.

При визначенні значимості усіх дискримінантних функцій за допомогою критерію  $\chi^2$  встановлено, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації між усіма формами хворих на піодермії чоловіків.

Модель у хворих на поверхневі та глибокі піодермії, що протікають гостро, а також хворих на хронічні піодермії жінок коректна в 68,8% випадків і має, як і у чоловіків, середню (статистика Уїлкса лямбда = 0,386; F = 13,4; p<0,001) дискримінацію між жінками хворими на різні форми даного дерматозу. Найбільший внесок в дискримінацію між хворими на різні форми піодермії жінками має обхват передпліччя у проксимальній третині. Показники класифікації (Df) для хворих на піодермії жінками в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла мають вигляд наступних рівнянь:

Df (для жінок хворих на гострі поверхневі піодермії) = ШДЕ стегна  $\times$  71,70 + ШДЕ гомілки  $\times$  12,78 – обхват передпліччя у проксимальній третині  $\times$  5,183 + ширина плечей  $\times$  4,615 + довжина тіла  $\times$  5,382 + ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times$  4,205 – величина жирового компонента маси тіла за Матейко  $\times$  9,737 – 779,6;

Df (для жінок хворих на глибокі піодермії, що протікають гостро) = ШДЕ стегна  $\times$  74,35 + ШДЕ гомілки  $\times$  15,82 – обхват передпліччя у проксимальній третині  $\times$  6,310 + ширина плечей  $\times$  5,000 + довжина тіла  $\times$  5,383 + ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times$  3,729 – величина жирового компонента маси тіла за Матейко  $\times$  9,222 – 808,8,

Df (для жінок хворих на хронічні піодермії) = ШДЕ стегна  $\times$  71,18 + ШДЕ гомілки  $\times$  15,69 – обхват передпліччя у проксимальній третині  $\times$  6,000 + ширина плечей  $\times$  5,007 + довжина тіла  $\times$  5,199 + ТШЖС під нижнім кутом лопатки  $\times$  3,713 – величина жирового компонента маси тіла за Матейко  $\times$  9,215 – 758,8,

де, довжина тіла – в см; компонентний склад маси тіла – в кг.

При визначенні значимості усіх дискримінантних функцій за допомогою критерію  $\chi^2$  встановлено, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації між усіма формами піодермії жінок.

При аналізі побудованих моделей можливості особливостей перебігу пі-

одермій встановлено, що у чоловік до їх складу входять обхватні розміри тіла (50,0%) та тотальні, поздовжні розміри тіла, ТШЖС і ЩДЕ кінцівок (по 12,5%); а у жінок – ЩДЕ кінцівок (28,6%) та тотальні, обхватні, поперечні розміри тіла, ТШЖС і показники компонентного складу маси тіла (по 14,3%). Найбільший внесок у дискримінацію у чоловіків вносять поздовжні розміри тіла (100%), а у жінок – обхватні розміри тіла (100%).

Для перевірки роботи побудованих моделей можливості особливостей перебігу піодермій нами були проаналізовані додатково обстежені 10 хворих на піодермію чоловіків і 10 жінок, мешканців Західного регіону України. Встановлено наступний розподіл різних форм піодермій: серед 10 хворих чоловіків – 4 з гострими поверхневими, 3 з гострими глибокими та 3 з хронічними; а серед 10 хворих жінок – 5 з гострими поверхневими, 3 з гострими глибокими та 2 з хронічними. Використовуючи попередньо побудовані моделі, нами встановлено, що із 4 хворих на поверхневі піодермії чоловіків до групи ризику даної форми захворювання потрапило 3 представники (75,0%); із 3 хворих на глибокі піодермії чоловіків – 2 представники (66,7%), а з 3 хворих на хронічні піодермії чоловіків – 2 представники (66,7%). Відповідно, із 5 хворих на поверхневі піодермії жінок до групи ризику даної форми захворювання потрапило 4 представниці (80,0%); із 3 хворих на глибокі піодермії жінок – 2 представниці (66,7%), а з 2 хворих на хронічні піодермії жінок – 1 представниця (50,0%).

Розроблена комп'ютерна програма можливості виникнення та особливостей перебігу піодермій у чоловіків і жінок Західного регіону України в залежності від особливостей будови й розмірів тіла пропонуються для використання у практичній медицині (рис. 6.1).

Таким чином отримані результати моделювання, з урахуванням практичної перевірки роботи дискримінантних рівнянь можливого перебігу піодермій в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла, на відміну від можливості виникнення даного захворювання, вказують на їх досить високу коректність як у чоловіків, так і у жінок Західного регіону України.





Підводячи підсумок усього дослідження, у розрізі актуального завдання



PyodermaTest V.01

### ПРОГНОЗУВАННЯ МОЖЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ПІОДЕРМІЇ

АНТРОПОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ	
висота вертлюгової антропометричної точки	84,2
висота лобкової антропометричної точки	87,6
міжребенева відстань тазу	34
обхват грудної клітки при глибокому вдиху	94
обхват грудної клітки при глибокому видиху	87
обхват грудної клітки при паузі	88
обхват передпліччя у нижній частині	17
обхват стопи	24
обхват талії	79
площа поверхні тіла	1,77
ТШЖС на боці	10
ТШЖС на гомілці	9
ТШЖС на животі	17
ТШЖС на передній поверхні плеча	2
ТШЖС на стегні	11
ТШЖС під нижнім кутом лопатки	9
ширина дистального епіфізу плеча	6,6

Прізвище: Кулигин  
 Ім'я: Сергій  
 Побатькові: Борисович

**СТАТЬ**  
 чоловіча  
 жіноча

Прогноз можливості захворювання  
 Прогноз перебігу захворювання

**ПОКАЗНИКИ КЛАСИФІКАЦІЇ (умовні одиниці)**

Для здорових- 18,1  
**Для хворих на піодермії- 17,9**  
 Поверхневі піодермії, що протікають гостро- 27,0  
 Глибокі піодермії, що протікають гостро- 11,5  
**Хронічні піодермії- 6,1**

**ВИСНОВОК:** Належить до пацієнтів схильних до піодермії

Прогноз перебігу: хронічні піодермії

**Рис. 6.1.** Вікно комп'ютерної програми можливості виникнення та особливостей перебігу піодермії у чоловіків і жінок Західного регіону України.

сучасної клінічної антропології, вивчено асоційованість окремих морфофункціональних ознак організму людини з виникненням і розвитком піодермії. Встановлені індивідуально-типологічні особливості досліджуваних і проведений дискримінантний аналіз відображають особливості клінічних проявів, дозволяють виділити групу ризику та спрогнозувати важкість його перебігу. Зазначене вище представляє великий інтерес для практичної медицини як в профілактики піодермії, так і для рекомендацій у проведенні корекційно-оздоровчих заходів, спрямованих на лікування та відновлення порушених функцій шкіри. З цих позицій, теоретична і практична значущість даного наукового напрямку досить актуальна.

## ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі пропонується нове вирішення науково-практичної задачі, яка полягає у встановленні особливостей антропометричних, соматотипологічних параметрів і показників компонентного складу маси тіла у здорових і хворих на різні форми піодермії чоловіків і жінок Західного регіону України, що дозволило розробити дискримінантні моделі можливості виникнення та особливостей перебігу даного захворювання.

1. У здорових чоловіків Західного регіону України встановлені менші значення ( $p < 0,05-0,001$ ) товщини шкірно-жирових складок (лише під нижнім кутом лопатки даний показник більший), ніж у хворих на гострі піодермії та, окремо, на поверхневі і глибокі, а також хронічні піодермії; менші значення ( $p < 0,05-0,01$ ) ендо- й мезоморфного компонентів соматотипу й жирового компоненту маси тіла та більші значення ( $p < 0,05$ ,  $p = 0,052$ ) ектоморфного компоненту соматотипу, ніж у хворих на гострий перебіг та, окремо поверхневі піодермії. Також у здорових чоловіків встановлена менша ( $p < 0,05$ ) відсоткова частка представників ендо-мезоморфного соматотипу (14,1%), ніж у хворих на глибокі піодермії (40,0%).

2. У здорових жінок встановлені менші ( $p < 0,01-0,001$ ) значення загальних (за винятком довжини тіла), поперечних, обхватних розмірів тіла, ширини дистальних епіфізів кінцівок, а також мезоморфного компоненту соматотипу, м'язового та кісткового компонентів маси тіла, а також більші ( $p < 0,01-0,01$ ) значення ектоморфного компоненту соматотипу, ніж у хворих загальної групи, хворих на гострі піодермії та, окремо, на поверхневі і глибокі дерматози. Також у здорових жінок встановлена менша ( $p < 0,05$  і  $p = 0,068$ ) відсоткова частка представниць мезоморфного соматотипу (34,8%), ніж у хворих загальної групи (54,2%) та з гострим перебігом піодермії (51,4%); та більша ( $p = 0,070$ ) відсоткова частка представниць ектоморфного соматотипу (20,0%), ніж у хворих на поверхневі піодермії (4,3%).

3. У хворих на хронічні піодермії чоловіків встановлені менші ( $p < 0,05-0,01$ ,  $p = 0,052-0,066$ ) значення поперечних середньо- та нижньогруднинного розмірів грудної клітки і товщини шкірно-жирових складок, ендоморфного компонентів соматотипу та кісткового й жирового компонентів маси тіла, ніж у чоловіків хворих на гострі піодермії та, окремо, на поверхневі й глибокі.

4. У хворих на хронічні піодермії жінок встановлені менші ( $p < 0,05-0,01$ ) значення тотальних, більшості обхватних розмірів кінцівок, половини поперечних розмірів таза, ширини дистальних епіфізів плеча та стегна, м'язового та кісткового компонентів маси тіла, ніж у жінок хворих на глибокі піодермії. Також у хворих на хронічні піодермії жінок встановлена більша ( $p = 0,060$ ) відсоткова частка представниць екоморфного соматотипу (27,3%), ніж у хворих на поверхневі піодермії (4,3%).

5. Встановлені виражені прояви статевого диморфізму конституціональних параметрів тіла, а саме більші ( $p < 0,05-0,001$ ) значення у здорових і хворих чоловіків тотальних, поздовжніх розмірів тіла, поперечних розмірів тулуба, ширини дистальних епіфізів кінцівок, більшості обхватних розмірів тіла, а також м'язового та кісткового компонентів маси тіла.

6. Дискримінантні моделі можливості захворювання на піодермії в залежності від особливостей антропометричних і соматотипологічних параметрів тіла з урахуванням практичної перевірки роботи вказують на їх невисоку коректність як у чоловіків (статистика Уїлкса лямбда = 0,618;  $F = 11,6$ ;  $p < 0,001$ ; коректність при практичній перевірці у 45,0% випадків), так і у жінок (статистика Уїлкса лямбда = 0,646;  $F = 11,5$ ;  $p < 0,001$ ; коректність при практичній перевірці у 50,0% випадків) Західного регіону України.

7. Розроблені на основі конституціональних параметрів тіла дискримінантні моделі дозволяють прогнозувати можливість перебігу піодермії у чоловіків (коректність від 66,7% до 84,6% випадків при різних формах дерматозу; статистика Уїлкса лямбда = 0,416;  $p < 0,001$ ) і жінок (коректність від 45,5% до 91,3% випадків при різних формах дерматозу; статистика Уїлкса лямбда =

0,386;  $p < 0,001$ ) Західного регіону України, що підтверджено перевіркою їх роботи на іншій вибірці хворих на різні форми піодермії чоловіків (від 66,7% до 75,0% випадків при різних формах дерматозу) і жінок (від 50,0% до 80,0% випадків при різних формах дерматозу) аналогічного віку та місця проживання. До складу моделей у чоловіків найчастіше входять обхватні розміри тіла (50,0%), а у жінок – ширина дистальних епіфізів кінцівок (28,6%). Найбільший внесок у дискримінацію у чоловіків вносять поздовжні розміри тіла (100%), а у жінок – обхватні розміри тіла (100%).

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Александров, А. А., Кухаренко, С. С., Беликова, О. А. (1996). Распределение жира в организме: с чем связаны его прогностические свойства в отношении сердечно-сосудистой заболеваемости. *Кардиология*, 3, 57-63.
2. Антоненко, О. В. (2016). Кореляції сонографічних параметрів селезінки з антропометричними, соматотипологічними показниками і показниками компонентного складу маси тіла практично здорових чоловіків Поділля. *Вісник морфології*, 22(2), 319-323.
3. Антоненко, О. В., Гунас, І. В., Кривко, Ю. Я., Прокопенко, С. В., Глушак, А. А. (2017). Зв'язки сонографічних параметрів селезінки з показниками будови й розмірів тіла практично здорових жінок різних соматотипів. *Вісник морфології*, 23(1), 84-89.
4. Антонова, О. А. (2008). *Возрастная анатомия и физиология*. М.: Высшее образование.
5. Аравийская, Е. Р. (2008). Дерматозы лица в практике дерматокосметолога. *Kosmetik international*, 5, 20-30.
6. Артеменков, А. А. (2011). Соматотипологические особенности развития жирового компонента у студентов. *Гигиена и санитария*, 4, 68-70.
7. Ахтямов, С. Н., & Бутов, Ю. С. (2008). *Практическая дерматокосметология*. М: Медицина.
8. Байкова, О. А., & Николаева, Н. Н. (1997). *Клинико-функциональные проявления дискинезий желчевыводящих путей у женщин мегалосомного соматотипа*. Тезисы представлены в материалах науч. конф. «Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии», Красноярск (стр. 117-118), Красноярск: Издательство КрасГМА.
9. Баранова, Н. И., Ащина, Л. А., Алексеева, Н. Ю. (2017). Гуморальный иммунный ответ у больных с пиодермией. *Аллергология и иммунология*, 18(1), 52-54.

10. Бахтєєва, Т. Д. (2013). Динаміка змін антропометричних показників у хворих на гіпертонічну хворобу з інсулінорезистентністю. *Клініч. фармація*, 17, 2, 24-29.
11. Безруков, С. Г., & Саєнко, Т. С. (2013). Динаміка змін антропометричних показників у хворих на генералізований пародонтит I-II ступеня на тлі ін'єкційної остеопластичної терапії. *Вісник стоматології*, 2, 4, 42-49.
12. Булик, Р. Є., Прокопенко, С. В., Семенченко, В. В. (2015). Важливість оцінки зв'язків між конституціональними параметрами організму та показниками гемодинаміки в нормі та при різних патологічних станах. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 19(2), 531-535.
13. Бунак, В. В. (1941). *Антропометрия: практический курс*. М.: Учпедгиз.
14. Бурбела, Е. І. (2013). Конституціональні особливості дітей шкільного віку з контрольованою бронхіальною астмою. *Соврем. педиатрия*, 5, 105-109.
15. Быкова, В. В. (2008). *Оценка состояния здоровья (методические рекомендации)*. Томск.: Том. гос. архит.-строит. ун-та.
16. Валевский, В. В., & Корнилов, А. Б. (2008). Проблемы эпидемиологии и профилактики болезней кожи и подкожной клетчатки. *Воен.-мед. журн.*, 3, 49-53.
17. Вартанова, О. Т. (2012). Характеристика выраженности жировой массы тела у мужчин, больных псориазом: научное издание. *Ж. анатомии и гистопатол.*, 1, 2, 55-56.
18. Височанський, О. В. (2014). Кореляції показників реовазограми стегна з антропометричними показниками у здорових міських підлітків екто-мезоморфного соматотипу. *Світ медицини та біології*, 4(47), 22-26.
19. Височанський, О. В. (2015). Відмінності кореляцій показників реовазограми стегна та гомілки з антропо-соматометричними параметрами у здорових хлопчиків Поділля різних соматотипів. *Світ медицини та біології*, 3(51), 15-19.
20. Височанський, О. В., Сергета, І. В., Гунас, І. В. (2011). Моделювання, за допомогою регресійного аналізу, нормативних показників дикротичного та

діастолічного індексу стегна у здорових міських підлітків різних соматотипів в залежності від особливостей будови тіла. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, 17, 46-49.

21. Власов, В. В., & Калиновський, С. В. (2013). Антропометричне дослідження хворих на пупкову грижу. *Клініч. анатомія та операт. хірургія*, 12, 1, 54-57.

22. Гайдаш, А. А., Чигодайкин, Г. П., Карачёва, Ю. В., Прохоренков, В. И., Николаев, В. Г., Синдеева, Л. В., Бабенко, О. Н. (2011). Структура межклеточного матрикса кожи различных соматотипов человека по данным атомно-силовой микроскопии. *Сибирский медицинский журнал*, 5, 34-38.

23. Гара, А. В. (2010). Погляд на атопічний дерматит через призму мультифакторіальності. *Biomedical and biosocial anthropology*, 15, 195-198.

24. Гара, А. В. (2014). Особливості соматотипологічних параметрів у хлопчиків і дівчаток Поділля хворих на атопічний дерматит. *Український морфологічний альманах*, 12, 2, 95-98.

25. Гара, А. В., Калюжная, Л. Д., Климас, Л. А., Гунас, И. В. (2013). Признаки ладонной папиллярной кожи у больных атопическим дерматитом. *Журнал анатомии и гистопатологии*, 2(4), 34-40.

26. Гара, А. В., Матешук-Вацеба, Л. Р., Клімас, Л. А., Очеретна, О. Л. (2012). Клінічно значущі варіанти пальцевої дерматогліфіки у дівчаток, хворих на атопічний дерматит. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 16(1), 43-48.

27. Гладько, В. В., Масюкова, С. А., Кахишвили, Н. Н. (2010). *Пиодермия: этиопатогенез, диагностика, клиника, лечение и профилактика: Учебное пособие*. М.: ГИУВ МО РФ.

28. Горбунов, Н. С., & Николаев, В. Г. (2001). *Общая, частная и локальная конституция*. Тезисы представлены в матер. науч. конф. «Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии», Красноярск (стр. 18-21), Красноярск: Издательство КрасГМА.

29. Громнацька, Н. М. (2014). Вірогідність використання антропометричних показників у діагностиці метаболічного синдрому у дітей. *Сімейна медицина*, 1, 150-153.
30. Гумінський, Ю. Й., Шепітько, В. І., Школьнік, Е. Я. (2015). Особливості розподілу соматотипів та краніотипів у здорових та хворих на гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків. *Вісник морфології*, 21(1), 148-152.
31. Гунас, І. В., & Гара, А. В. (2014). Моделювання за допомогою дискримінантного аналізу можливості захворювання хлопчиків і дівчаток Поділля на atopічний дерматит залежно від особливостей будови й розмірів тіла. *Світ медицини та біології*, 3(45), 35-39.
32. Гунас, І. В., Антонєць, Т. І., Сергета, І. В., Маєвський, О. Є. (2004). Прогнозування ризику виникнення алергічних ринітів в залежності від особливостей будови тіла у міських підлітків різної статі методом покрокового дискримінантного аналізу. *Вісник морфології*, 10, 1, 184-188.
33. Гунас, І. В., Коваленко, Д. А., Сарафинюк, Л. А., Благодарова, О. В. (2010). Кореляції між сонографічними параметрами нирок та антропосоматометричними показниками здорових жінок першого зрілого віку. *Вісник морфології*, 16(3), 644-648.
34. Гунас, І. В., Коваленко, Д. А., Фоміна, Л. В., Белік, Н. В., Федонюк, Л. Я. (2010). Моделювання, за допомогою регресійного аналізу, сонографічних параметрів нирок у залежності від антропометричних і соматотипологічних показників чоловіків і жінок першого зрілого віку. *Вісник морфології*, 16(4), 915-920.
35. Гунас, І. В., Маєвський, О. Є., Черкасова, Л. А. (2011). Аналіз кореляцій сонографічних параметрів серця з антропо-соматотипологічними показниками здорових міських дівчат Поділля загальної групи. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, 17, 50-53.
36. Гунас, І. В., Серебреннікова, О. А., Семенченко, В. В., Єрошенко, Г. А. (2017). Моделювання індивідуальних реоенцефалографічних показників в за-



лежності від конституціональних параметрів тіла практично здорових жінок Поділля екоморфного соматотипу. *Світ медицини та біології*, 2(60), 29-33.

37. Гунас, І. В., & Школьнік, Е. Я. (2014). Порівняльний антропометричний аналіз товщини шкірно-жирових складок тіла між здоровими та хворими на гострий гнійний гайморит юнаками і чоловіками без урахування та з урахуванням краніютипу. *Український морфологічний альманах*, 12(4), 21-25.

38. Гуревич, Е. Б., Колбаско, А. В., Подхомутников, В. М., Азумов, В. В. (Под ред. Алексиной, Л. А.) (2002). *Соматотипические особенности распространенности хронических бронхитов среди коренного населения республики Алтай*. Стаття представлена в матеріалах IV міжнародного конгреса по інтегративній антропології, Санкт-Петербург (стр. 96-98), СПб.: Издательство СПбГМУ.

39. Дегтярева, Л. А., & Беленова, Е. И. (2013). Влияние конституционально-морфологических особенностей на течение хронического верхушечного периодонтита. *Соврем. стоматология*, 4, 25-28.

40. Деревцова, С. Н. (2008). Восстановление произвольных движений верхней конечности у мужчин и женщин, перенесших инсульт, в зависимости от соматотипа и пропорциональности телосложения. *Морфологические ведомости*, 1-2, 149-151.

41. Дмитренко, С. В. (2006). *Використання конституціональних особливостей людини для діагностики та прогнозування псоріазу*. Тези представлені в матеріалах Науково-практичної конференції «Досягнення молодих вчених дерматовенерологів», Київ (стор. 37-39), Київ: [б.в.].

42. Дмитренко, С. В. (2014). Вікові та гендерні особливості іхтіозу в Подільському регіоні. *Український морфологічний альманах*, 12, 4, 30-32.

43. Дмитренко, С. В., Маєвський, О. Є., Макаруч, І. М. (2016). Дискримінантні моделі можливості захворювання та особливостей перебігу вугрової хвороби у дівчат подільського регіону України в залежності від розмірів тіла. *Світ медицини та біології*, 4(58), 30-33.

44. Дмитренко, С. В., Макаруч, І. М., Серебреннікова, О. А. (2017). Залежність поширення вугрової хвороби серед юнаків та дівчат Поділля від варіантів соматотипу. *Вісник морфології*, 23(1), 76-79.
45. Дмитриев, С. В., Николаев, В. Г., Павловская, З. А., Юсупов, А. Р. (2013). *Конституциональные и клинические особенности проявлений доброкачественной гиперплазии предстательной железы*. Тюмень: Айвекс.
46. Дубова, Н. А. (Под ред. Алексинной, Л. А.) (2002). *Здоровье популяции: антропологический подход*. Стаття представлена в матеріалах IV міжнародного конгреса по інтегративній антропології, Санкт-Петербург (стр. 126-128), СПб.: Издательство СПбГМУ.
47. Дугельний, А. Г. (2009). Порівняння товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими на хронічні вірусні гепатити «В» або «С» чоловіками і жінками Подільського регіону України. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 13(2), 424-428.
48. Дугельний, А. Г. (2010). Моделювання, за допомогою дискримінантного аналізу, можливості виникнення хронічних вірусних гепатитів С або В у залежності від особливостей будови тіла чоловіків та жінок Поділля. *Клінічна анатомія та оперативна хірургія*, 9, 2(32), 84-88.
49. Дугельний, А. Г., Даценко, Г. В., Мороз, Л. В., Прокопенко, С. В. (2009). Відмінності тотальних та поздовжніх розмірів тіла між здоровими та хворими на хронічні вірусні гепатити С або В чоловіками і жінками Поділля першого зрілого віку. *Вісник морфології*, 15(1), 130-134.
50. Дугельний, А. Г., Даценко, Г. В., Сікора, В. З., Гаврилюк, А. О. (2009). Відмінності поперечних розмірів тіла між здоровими та хворими на хронічні вірусні гепатити С або В чоловіками і жінками Поділля. *Biomedical and Biosocial anthropology*, 12, 15-19.
51. Дюк, В., & Эмануэль, В. (2003). *Информационные технологии в медико-биологических исследованиях*. СПб.: Питер.
52. Жвавий, Н. Ф., Койносов, П. Г., Орлов, С. А. (2008). Медицинская антропология – наука о человеке. *Морфология*, 133, 3, 42-43.

53. Жмурик, В. В. (2007). Прогнозування ризику виникнення цукрового діабету в залежності від особливостей будови тіла у дорослого міського населення різної статі методом покрокового дискримінантного аналізу. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, 8, 1-4.

54. Жмурик, В. В., Кухар, І. Д., Жмурик, Д. В. (2007). Особливості антропометричних показників та соматотипу у дорослого населення, хворого на інсулінозалежний цукровий діабет. *Вісник морфології*, 13, 1, 157-162.

55. Загромава, Т. А., Белобородова, Э. И., Корнетов, Н. А., Балаганская, М. А., Гладилина, Е. К. (2014). Возможности конституционального подхода в оценке течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в амбулаторной практике. *Справочник врача общей практики*, 1, 74-78.

56. Зоткин, А. В., Краев, Г. В., Новиков, В. А. (2008). Эпидемиологические и профилактические аспекты болезней кожи и подкожной клетчатки. *Вестн. Росс. воен.-мед. акад.*, 2, 726-727.

57. Исаева, Н. В., Николаев, В. Г., Руденко, П. Г., Терехов, А. Н. (2010). Конституциональные аспекты послеоперационного эпидурального фиброза у больных с поясничным остеохондрозом позвоночника. *Журн. теор. и практ. медицины*, 8, 169-172.

58. Казакова, Г. Н., Синдеева, Л. В., Ефремова, В. П. (2012). Изменчивость конституциональных признаков молодых мужчин-студентов по данным 20-летнего ретроспективного исследования. *Фундаментальные исследования*, 8-2, 316-320.

59. Карачева, Ю. В., Николаев, В. Г., Прохоренков, В. И. (2006). *Влияние индивидуально-типологических особенностей организма на клиническое течение сифилиса*. Тезисы представлены в матер. конф. «Актуальные вопросы дерматовенерологии», Красноярск (стр. 56-58), Красноярск: Издательство КрасГМА.

60. Касимцев, А. А., & Вахтина, Л. Ю. (Под ред. Алексиной, Л. А.) (2002). *Показатели корреляции структур бронхиального дерева с компонентным составом тела у мужчин различных соматотипов*. Статья представлена в мате-

риалах IV международного конгресса по интегративной антропологии, Санкт-Петербург (стр. 160-161), СПб.: Издательство СПбГМУ.

61. Кобилева, Н. Г. (2009). Этнические и конституциональные особенности проявления акне у юношей Хакасии. *Сибирское медицинское обозрение*, 2, 48-51.

62. Коваленко, Д. А. (2011). Особливості сонографічних лінійних розмірів, товщини паренхіми, об'єму та індексу форми нирок у загальних групах чоловіків і жінок першого зрілого віку та представників різних соматотипів. *Вісник морфології*, 17(2), 371-377.

63. Коваленко, Д. А. (2011). Особливості сонографічних показників площі поздовжнього та поперечного перерізів нирок, синусів нирок та ниркового індексу в загальних групах чоловіків і жінок першого зрілого віку та представників різних соматотипів. *Biomedical and Biosocial anthropology*, 17, 90-95.

64. Козлов, В. О., Руда, І. А., Рудий, Ю. Й., Вакар, А. А., Клімас, Л. А., Пролігіна, І. В. (2006). Особливості антропометричних та соматотипологічних параметрів будови тіла та їх зв'язок з інтенсивністю карієсу зубів у практично здорових міських підлітків. *Вісник Вінницького нац. мед. університету*, 10, 2, 376-377.

65. Койносов, А. П. (2010). *Клинико-конституциональные исследования в дерматологии. Учебное пособие*. Тюмень-Шадринск.

66. Константинов, В. В., Деев, А. Д., Капустина, А. В., Шестов, Д. Б., Тимофеева, Т. Н., Лельчук, И. Н., ... Оганов, Р. Г. (2002). Распространенность избыточной массы тела и ее связь со смертностью от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди мужского населения в городах разных регионов. *Кардиология*, 10, 45-49.

67. Корнетов, А. Н. (2001). *Роль конституциональных факторов в генезе суицидального поведения в молодом возрасте*. Тезисы представлены в материалах конф. «Актуальные вопросы интегративной антропологии», Красноярск (стр. 115-118), Красноярск: Издательство КрасГМА.

68. Корнетов, Н. А. (2006). *Клиническая антропология – методологическая основа целостного подхода в медицине*. Стаття представлена в материалах межд. конф. «Актуальные вопросы и достижения современной антропологии», Новосибирск (стр. 52-57). Новосибирск: НСИ.

69. Корнетов, Н. А. (2008). Концепция клинической антропологии в медицине. *Бюлл. сибирской медицины*, 1, 7-31.

70. Кривко, Ю. Я., & Чаплик-Чижо, І. О. (2016). Відмінності антропометричних показників між здоровими та хворими на хронічні піодермії чоловіками та жінками Західного регіону України. *Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина»*, 1, 53, 21-23.

71. Кривко, Ю. Я., & Чаплик-Чижо, І. О. (2016). Особливості розподілу соматотипів у здорових і хворих на гострі та хронічні піодермії чоловіків і жінок Західного регіону України. *Вісник проблем біології і медицини*, 3, 1, 201-206.

72. Кривко, Ю. Я., & Чаплик-Чижо, І. О. (2016). Розбіжності обхватних розмірів тіла між здоровими і хворими на піодермії чоловіками та жінками. *Світ медицини та біології*, 1, 55, 53-55.

73. Кривко, Ю. Я., Чернокульський, С. Т., Чаплик-Чижо, І. О. (2016). Особливості антропометричних показників у чоловіків і жінок Західного регіону України хворих на поверхневі та глибокі гострі піодермії. *Вісник морфології*, 22, 1, 125-127.

74. Кучеренко, О. М. (2016). Особливості гормонального фону у дівчат юнацького віку з аномальними матковими кровотечами різних морфотипів залежно від фаз менструального циклу. *Biomedical and biosocial anthropology*, 26, 26-29.

75. Кучеренко, О. М. (2016). Особливості статевого розвитку у дівчат пубертатного віку із аномальними матковими кровотечами різних соматотипів. *Вісник морфології*, 22(1), 128-131.

76. Ланг, Т. А., & Сесик, М. (2011). *Описание статистики в медицине. Руководство для авторов, редакторов и рецензентов*. М.: Практическая медицина.

77. Лузгина, Н. Г., Свечникова, Н. Н., Шкурупий, В. А. (2001). Роль сомато-типа больного в определении тяжести течения атопического дерматита. *Сибирский консилиум*, 5, 71-74.
78. Маєвський, О. Є. (2011). Моделі нормативних функціональних ехокардіографічних показників серця у здорових міських дівчат Поділля в залежності від антропо-соматотипологічних параметрів. *Вісник морфології*, 17(1), 146-154.
79. Маєвський, О. Є. (2011). Моделювання нормативних індивідуальних сонографічних розмірів серця у здорових дівчат Поділля в залежності від антропо-соматотипологічних показників. *Вісник проблем біології і медицини*, 2(2), 169-173.
80. Маєвський, О. Є. (2011). Особливості взаємозв'язків сонографічних параметрів серця з антропо-соматотипологічними показниками і компонентним складом маси тіла здорових міських юнаків загальної групи. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 15(2), 259-263.
81. Маєвський, О. Є., & Макарчук, І. М. (2014). Обхватні розміри тіла у здорових та хворих на вугрову хворобу юнаків та дівчат Поділля. *Світ біології та медицини*, 4(46), 34-40.
82. Макарчук, І. М. (2014). Відмінності тотальних та поздовжніх розмірів тіла між здоровими та хворими на вугрову хворобу юнаками та дівчатами з урахуванням та без урахування соматотипу. *Biomedical and Biosocial anthropology*, 23, 44-48.
83. Макарчук, І. М. (2014). Порівняння поперечних розмірів тіла між здоровими та хворими на вугрову хворобу юнаками та дівчатами Поділля з урахуванням і без урахування соматотипу. *Вісник морфології*, 20, 2, 482-488.
84. Макарчук, І. М. (2015). Особливості товщини шкірно-жирових складок у хворих на вугрову хворобу юнаків та дівчат Поділля з урахуванням і без урахування соматотипу. *Світ медицини та біології*, 4(54), 47-50.
85. Макарчук, І. М. (2017). *Можливість моделювання захворювання та особливостей перебігу вугрової хвороби в юнаків Поділля за допомогою дискримінантного аналізу* / І. М. Макарчук // Тези представлені в збірнику наукових

робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції «Рівень ефективності та необхідність впливу медичної науки на розвиток медичної практики», Київ (стор. 84-86). Київ: «Київський медичний науковий центр».

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

87. Макарчук, І. М., Маєвський, О. Є., Гунас, І. В. (2016). Моделювання за допомогою дискримінантного аналізу можливості захворювання та особливостей перебігу вугрової хвороби в юнаків Поділля. *Вісник морфології*, 22(1), 160-163.

88. Макитова, Л. Т., Мустафаєв, М. Ш., Хараєва, З. Ф. (2012). *Актуальные вопросы теоретической и практической медицины*. Тезисы представлены в материалах Международной интернет-конференции, посвященной 75-летию со дня рождения доктора медицинских наук, профессора Урусбамбетова Аслана Хусейновича, Нальчик (стр. 75-76), Нальчик: Каб.-Балк. ун-т.

89. Мальцев, В. И., Ефимцева, Т. К., Белоусов, Д. Ю. (2001). Этические принципы проведения клинических исследований. *Український медичний часопис*, 5, 66-80.

90. Мастюгина, Е. В., & Кондрашева, Н. Ф. (Под ред. Алексиной, Л. А.) (2002). *Конституциональные особенности детей, страдающих заболеваниями нервной системы*. Статья представлена в материалах IV международного конгресса по интегративной антропологии, Санкт-Петербург (стр. 225-227), СПб.: Издательство СПбГМУ.

91. Мельнов, С. Б., Рыбальченко, О. А., Белоокая, Т. В., Шафаренко, Л. В. (Под ред. Алексиной, Л. А.) (2002). *Динамика антропогенетического статуса у детей и подростков с патологией щитовидной железы*. Статья представлена

в материалах IV международного конгресса по интегративной антропологии, Санкт-Петербург (стр. 232-233), СПб.: Издательство СПбГМУ.

92. Назарова, Е. В., Назаров, Н. О., Мулик, А. Б. (2015). Индивидуальная специфика проявления адаптивных качеств организма у женщин в динамике овариально-менструального цикла. *Прикладные информационные аспекты медицины*, 18, 1, 130-135.

93. Негашева, М. А. (2007). Биологическая значимость иерархии связей различных систем признаков в структуре общей конституции человека. *Ученые записки Санкт-Петербургского Государственного Медицинского университета им. академика И.П. Павлова*, 14, 4, 17-21.

94. Никитюк, Б. А. (1991). Конституция человека. *Итоги науки и техники: Антропология*, 4, 152.

95. Никитюк, Б. А., & Хапалюк, А.В. (1997). *Конституциональные диссоциации и их клиническое значение*. Тезисы представлены в материалах конференции «Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии», Красноярск (стр. 64-65), Красноярск: Издательство КрасГМА.

96. Николаев, В. Г. (2009). Изменчивость морфофункционального статуса человека в биомедицинской антропологии (сообщ. 3). *Сибирское медицинское обозрение*, 1, 60-64.

97. Николаев, В. Г., Николаева, Л. В., Николаева, Н. Н. (2006). Методология современной клинической антропологии. *Сибирское медицинское обозрение*, 1, 50-54.

98. Николаев, В. Г., Синдеева, Л. В., Максименко, В. Г. (2006). Состав тела и псориаз: клинико-антропологические параллели. *Естествознание и гуманизм: сб. науч. тр.*, 3(3), 26-27.

99. Николаенко, В. Н., & Лукина, Г. А. (2008). Половой диморфизм тотальных размеров тела человека при различных типах телосложения. *Современ. наукоемкие технологии*, 5, 44.

100. Охалкіна, О. В., & Шкляр, А. С. (2008). *Соматотип та тілобудова: дефінітивний аналіз у контексті онтогенетичного розвитку*. Тези представлені



в матеріалах науково-практичної конф. «Демографія, здоров'я, медицина», Харків (стор. 85-88), Харків: [б.в.].

101. Петри, А., & Сэбин, К. (2010). *Наглядная медицинская статистика*. Москва: ГЭОТАР-МЕД.

102. Петрова, М. М., Романова, И. В., Штарик, С. Ю., Белова, Е. О. (1997). *Взаимосвязь острого инфаркта миокарда с конституцией человека*. Тезисы представлены в материалах конференции «Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии», Красноярск (стр. 151-153), Красноярск: Издательство КрасГМА.

103. Плакуев, А. Н. (2012). *Поражения кожи при заболеваниях внутренних органов. Возрастные изменения кожи: метод. рекомендации*. – Архангельск: СГМУ.

104. Ползик, Е. В., Казанцев, В. С., Якушева, М. Ю., Лежнин, В. Л., Шутова, И. А. (2012). *Теория и методы оценки предрасположенности к болезням*. Екатеринбург: УрО РАН.

105. Прокопенко, С. В., Булик, Р. Є., Антонець, О. В. (2015). Лінійні сонографічні розміри та акустична щільність селезінки у практично здорових чоловіків Поділля різних соматотипів. *Вісник морфології*, 21(2), 446-449.

106. Прокопенко, С. В., Мороз, Л. В., Даценко, Г. В., Дугельний, А. Г. (2010). Моделювання, за допомогою дискримінантного аналізу, ступеня активності хронічних вірусних гепатитів «С» або «В» у залежності від особливостей будови тіла чоловіків та жінок. *Вісник морфології*, 16(2), 468-473.

107. Прокопенко, С. В., Серебреннікова, О. А., Шаюк, А. В., Семенченко, В. В. (2016). Особливості зв'язків антропо-соматометричних параметрів практично здорових чоловіків Поділля мезоморфного соматотипу з показниками церебрального кровообігу. *Вісник морфології*, 22(2), 311-314.

108. Процюк, Т. Л., Суркова, Н. М., Герасимова, О. В., Лось, С. А., Ганіна, І. М. (2013). *Асоційованість соматотипів з особливостями перебігу atopічного дерматиту у дітей*. Тези представлені в матеріалах Всеукраїнської науково-

практичної конференції алергологів України, Харків (стор. 115-116), Харків: [б.в.].

109. Реброва, О. Ю. (2006). *Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA*. М.: МедиаСфера.

110. Родин, А. Ю., & Проскурякова, Н. А. (2013). *Перспективы соматических исследований в дерматологической практике*. Тезисы представлены на конференции «Инфекции, передаваемые половым путем и репродуктивное здоровье населения. Современные методы диагностики и лечения дерматозов», Казань (стр. 127-129). Казань: Изд-во КГМУ.

111. Романова, И. В., & Петрова, М. М. (1999). Особенности клинического течения инфаркта миокарда у женщин различных типов конституции. *Рос. морфологичесие ведомости*, 1-2, 126.

112. Русских, А. Н., Самотесов, П. А., Винник, Ю. С. (2010). Анатомия внутрипеченочной порто-кавальной системы мужчин разных соматотипов в норме и при циррозе. *Сибирский медицинский журнал*, 5, 48-52.

113. Семенченко, В. В. (2016). Кореляції конституціональних параметрів тіла практично здорових жінок Поділля мезоморфного соматотипу з показниками церебрального кровообігу. *Biomedical and biosocial anthropology*, 27, 49-52.

114. Семенченко, В. В. (2017). Моделювання за допомогою регресійного аналізу індивідуальних показників церебрального кровообігу в залежності від конституціональних параметрів тіла практично здорових жінок мезоморфного соматотипу. *Biomedical and biosocial anthropology*, 28, 24-27.

115. Семенченко, В. В., Серебреннікова, О. А., Гунас, І. В. (2018). Зв'язки конституціональних параметрів тіла практично здорових жінок ендомезоморфного соматотипу з реоенцефалографічними показниками. *Вісник наукових досліджень*, 1(90), 151-155.

116. Сергета, І. В., Гара, А. В., Клімас, Л. А. (2011). Клінічно значущі варіанти пальцевої дерматогліфіки у хлопчиків, хворих на атопічний дерматит. *Biomedical and biosocial anthropology*, 17, 57-63.

117. Симчера, В. М. (2008). *Методы многомерного анализа статистических данных*. М.: Финансы и статистика.
118. Скрипкин, Ю. К., & Бутов, Ю. С. (2009). *Клиническая дерматовенерология: руководство. В 2-х томах*. М.: ГЭОТАР-Медиа.
119. Скрипкин, Ю. К., Кубанова, А. А., Акимов, В. Г. (2009). *Кожные и венерические болезни: учебник*. Москва: ГЭОТАР-Медиа.
120. Скрипкина, Ю. К., Бутова, Ю. С., Иванова, О. Л. (2014). *Дерматовенерология. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа.
121. Сливкина, Н. В. (2010). Сравнительный анализ методик донозологической диагностики в оценке адаптационных возможностей организма подростков и молодежи призывного и допризывного возрастов. *Современные проблемы науки и образования*, 3, 28-32.
122. Смыкова, А. Н. (2011). Антропометрическая характеристика больных сифилисом. *В мире научных открытий*, 4, 16, 353-360.
123. Смыкова, А. Н., Прохоренков, В. И., Николаев, В. Г., Ефремова, В. П. (2011). Конституциональные особенности динамики клинико-серологических проявлений сифилиса. *В мире научных открытий*, 7.2, 19, 950-959.
124. Смыкова, А. Н., Прохоренков, В. И., Николаев, В. Г., Шергин, С. Н., Карачева, Ю. В. (2009). Сифилис и конституция человека: новый взгляд на старую проблему. *Клиническая дерматология и венерология*, 2, 65-69.
125. Соколов, В. В., & Чаплыгина, Е.В. (Под ред. Алексиной, Л. А.) (2002). *Соматометрическая характеристика детей с нарушением функционального состояния щитовидной железы*. Статья представлена в материалах IV международного конгресса по интегративной антропологии, Санкт-Петербург (стр. 345-346), СПб.: Издательство СПбГМУ.
126. Сокольская, Т. И., Максименко, В. Б., Гулин, А. В. (2010). Гендерно-возрастные особенности физического развития и составляющих массы тела у лиц с ожирением. *Вестн. Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки*, 15, 2, 669-672.

127. Тарасова, С. А. (2014). *Прогнозирование в клинической медицине*. Стаття представлена в матер. XXX междунар. науч.-практ. конф. «Инновации в науке», Новосибирск (162-165), Новосибирск: СибАК.
128. Терехов, А. Н., Деревцова, С. Н., Ачкасов, Е. Е., Штейнердт, С. В., Зайцева, О. И. (2013). Анализ антропометрических показателей сомы у мужчин с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника разных соматотипов. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*, 5, 47-49.
129. Терещенко, С. Ю., & Новицький, И. А. (2010). *Способ прогнозирования риска развития атопического дерматита у новорожденных*. Патент № 2331881 Російська Федерація, МПК (2006.-01) А 61В 1 0/00, Бюл. № 12.
130. Ткаченко, М. М., & Черкасова, Л. А. (2015). Вікові відмінності ехометричних параметрів матки та яєчників у різні фази менструального циклу у осіб підліткового та юнацького віку із різними соматотипами. *Biomedical and biosocial anthropology*, 24, 49-53.
131. Ткаченко, М. М., Прокопенко, С. В., Черкасова, Л. А. (2016). Математичне моделювання нормативних сонографічних розмірів матки та яєчників у різні фази менструального циклу в залежності від особливостей будови тіла дівчат екоморфного соматотипу. *Світ медицини та біології*, 4(58), 66-71.
132. Усоев, С. С. (2004). Понятия аномальных и условно-аномальных конституций человека. *Biomedical and biosocial anthropology*, 2, 87-88.
133. Устименко, О. С. (2017). Регресійні моделі сонографічних параметрів нирок у чоловіків мезоморфного соматотипу в залежності від особливостей розмірів тіла. *Biomedical and biosocial anthropology*, 28, 105-108.
134. Федорович, П. В. (2012). Піодермія. Thegaria. *Український медичний вісник: науковий журнал*, 10, 11-21.
135. Халиулина, А. Р. (2012). *Морфометрический анализ эпидермиса у лиц разной конституциональной принадлежности*. Стаття представлена в матеріалах збірника наукових трудов SWorld «Modern problems and ways of their solution in science, transport, production and education», Одеса (стр. 41-47), Одеса: КУПРИЕНКО.

136. Хендогина, Я. О. (2007). Соматотипологическая характеристика юношей, учащихся речного училища г. Красноярска, и особенности состояния здоровья их кожи. *Актуальные проблемы морфологии*, 142-144.
137. Хендогина, Я. О., & Николаев, В. Г. (2006). Частота встречаемости пигментных невусов в зависимости от соматотипов. *Актуальные вопросы дерматовенерологии*, 151-154.
138. Хендогина, Я. О., & Шарайкина, Е. П. (2008). Морфологическая характеристика учащихся речного училища. *Сиб. мед. Обозрение*, 6, 71-74.
139. Центр медичної статистики МОЗ України (2015). *Показники лікувально-профілактичної допомоги хворим шкірними і венеричними захворюваннями в Україні*. К. [б. в.].
140. Чайка, Г. В., Кучеренко, О. М., Ломачук, Б. О. (2015). Прогнозування пубертатних кровотеч у дівчат пубертатного віку різних морфотипів. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*, 1(15), 192-195.
141. Чайка, Г. В., Кучеренко, О. М., Прокопенко, С. В. (2015). Моделювання можливості виникнення аномальних маткових кровотеч у дівчат в залежності від особливостей сонографічних параметрів матки і яєчників. *Світ медицини та біології*, 4(53), 84-87.
142. Чаплик-Чижо, І. О. (2015). Відмінності поперечних розмірів тіла між здоровими і хворими на піодермії чоловіками та жінками. *Biomedical and Bio-social Anthropology*, 25, 85-87.
143. Чаплик-Чижо, І. О. (2015). Значення деяких антропометричних показників у розвитку та перебігу піодермій. *Журнал дерматовенерології та косметології ім. М.О. Торсуєва*, 1-2, 34, 47-50.
144. Чаплик-Чижо, І. О. (2015). Особливості тотальних, поздовжніх розмірів тіла і ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок. *Світ медицини та біології*, 4, 54, 79-81.
145. Чаплик-Чижо, І. О. (2015). Перспективи застосування антропометричних і соматотипологічних методів дослідження у превентивній діагностиці, про-

гнозуванні перебігу та профілактиці піодермій. *Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія*, 2, 94-100.

146. Чаплик-Чижо, І. О. (2016). Відмінності товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими на піодермії чоловіками і жінками. *Вісник проблем біології і медицини*, 2, 1, 121-124.

147. Чаплик-Чижо, І. О. (2016). Моделювання за допомогою дискримінантного аналізу можливості захворювання на піодермії чоловіків і жінок в залежності від особливостей будови та розмірів тіла. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, 26, 68-71.

148. Чаплик-Чижо, І. О. (2016). *Прояви статевого диморфізму антропосоматотипологічних показників у хворих на піодермії мешканців західних регіонів України першого зрілого віку*. Тези представлені в збірнику матеріалів міжнародної науково-практичної конференції "Вплив науково-технічного процесу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення", Київ (стор. 57-59), Київ: «Київський медичний науковий центр».

149. Чаплик-Чижо, І. О. (2016). Розбіжності компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла між здоровими та хворими на гострій і хронічній піодермії чоловіками і жінками. *Вісник морфології*, 22, 2, 98-102.

150. Чаплик-Чижо, І. О. (2016). *Статевий диморфізм компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла у хворих на гострі та хронічні піодермії*. Тези представлені в збірнику тез наукових робіт "Сучасна медицина: актуальні проблеми, шляхи вирішення та перспективи розвитку", Одеса (стор. 89-92), Одеса: «Південна фундація медицини».

151. Чаплик-Чижо, І. О. (2016). *Статеві розбіжності антропометричних показників у хворих на поверхневі, глибокі та хронічні піодермії*. Тези представлені в збірнику матеріалів науково-практичної конференції "Медична наука та практика: виклики і сьогодення", Львів (стор. 101-103), Львів: ГО «Львівська медична спільнота».

152. Чаплик-Чижо, І. О., & Дашко, М. О. (2016). *Відмінності товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими на піодермії*. Тези представ-

лені в програмі та матеріалах регіональної науково-практичної конференції "Святогірські дерматологічні дні: сучасні аспекти діагностики, лікування, профілактики дерматозів та інфекцій, що передаються статевим шляхом", Святогірськ (стор. 37-38), Святогірськ: [б.в.].

153. Чаплик-Чижо, І. О., & Костенко, М. П. (2016). *Комп'ютерна програма для прогнозування можливості захворювання на піодермії "PyodermaTest"*. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір, № 67709.

154. Чаплик-Чижо, І. О., Білинська, О. А. Бабак, І. Д. Дашко, М. О. (2016). *Особливості деяких антропометричних показників у хворих на піодермії*. Тези представлені в журналі «Дерматологія, косметологія, сексопатологія», 1-2, 3, 86.

155. Чаплик-Чижо, І. О., Сизон, О. О., Чайковська, С. Ю., Білинська, О. А., Бабак, І. Д. (2016). *Спосіб прогнозування ризику виникнення піодермій у чоловіків та жінок із застосуванням антропометричних, соматотипологічних показників і показників компонентного складу маси тіла*. Патент на корисну модель № 112063, Україна, МПК А61В 10/00, Бюл. № 22.

156. Чаплик-Чижо, І. О., Сизон, О. О., Чайковська, С. Ю., Возняк, І. Я., Дашко, М. О., Асцатуров, Г. Є. (2017). *Спосіб прогнозування розвитку клінічних форм піодермій у чоловіків та жінок та їх перебігу в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла*. Патент на корисну модель № 115237, Україна, МПК А61В 10/00, Бюл. № 7.

157. Чеботарев, В. В., Шиханова, Е. Н., Кошель, М. В. (2014). *Акне: етиологія, патогенез, лечение*. Ставрополь [б.и.].

158. Черепаха, О. Л. (2011). Зв'язки показників периферичної гемодинаміки за даними реовазограми гомілки з антропометричними показниками у здорових міських підлітків екто-мезоморфного соматотипу. *Вісник проблем біології і медицини*, 3, 2(88), 205-211.

159. Черепаха, О. Л., Сергета, І. В., Жуковський, В. Т. (2011). Моделювання нормативних показників реовазограми гомілки у підлітків різних соматотипів

в залежності від особливостей будови тіла на підставі використання статистичних моделей. *Вісник морфології*, 17(2), 323-327.

160. Черкасов, В. Г., & Устименко, О. С. (2017). Моделювання за допомогою регресійного аналізу сонографічних параметрів нирок в залежності від особливостей розмірів тіла практично здорових жінок мезоморфного соматотипу. *Світ медицини та біології*, 3(61), 73-76.

161. Черкасов, В. Г., Устименко, О. С., Башир-Заде, Т. М. (2017). Регресійні моделі сонографічних параметрів нирок у чоловіків екто-мезоморфного соматотипу в залежності від особливостей антропометричних показників. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 21(2), 405-409.

162. Черкасова Л. А. Особливості ехометричних показників матки у різні фази менструального циклу здорових міських дівчат Поділля різних соматотипів / Л. А. Черкасова, М. М. Ткаченко // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2014. – № 4(84). – С. 113-116.

163. Черкасова, Л. А. (2014). Особливості ехометричних параметрів яєчників у різні фази менструального циклу дівчат із різними соматотипами. *Світ медицини та біології*, 4(46), 53-58.

164. Черкасова, Л. А. (2016). Регресійні моделі сонографічних розмірів матки та яєчників у різні фази менструального циклу в залежності від особливостей будови тіла практично здорових дівчат мезоморфного соматотипу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 20(2), 329-333.

165. Шапаренко, П. П. (2000). *Антропометрія*. Вінниця: [б. в.].

166. Шеварова, В. Н. (2000). Качество жизни при заболеваниях кожи. *Вестник последипломного медицинского образования. Спец выпуск-психотерапия на рубеже тысячелетий*, 2, 24.

167. Шкляр, А. С. (2013). Кісткова компонента маси тіла людини: антропометрична оцінка на етапах постнатального онтогенезу (Методологічні, інноваційні та прикладні аспекти). *Вісник проблем біології та медицини*, 4, 2, 231-237.



168. Шкляр, А. С. (2013). М'язова компонента маси тіла людини: антропометрична оцінка на етапах постнатального онтогенезу (Методологічні, інноваційні та прикладні аспекти). *Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: збірник наукових праць*, 5, 119, 44-52.

169. Шкляр, А. С. (2014). Жирова компонента маси тіла людини: антропометрична оцінка на етапах постнатального онтогенезу (Методологічні, інноваційні та прикладні аспекти). *Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: збірник наукових праць*, 1, 121, 34-44.

170. Школьник, Э. Я., Гунас, И. В., Лисничук, Н. Е., Кириченко, И. М. (2015). Моделирование с помощью дискриминантного анализа возможности заболевания юношей и мужчин подольского региона Украины острым гнойным гайморитом в зависимости от особенностей строения и размеров тела. *Биология ватиббиёт муаммолари*, 2(83), 142-148.

171. Школьник Е. Я., (2013). Тотальні й поздовжні розміри тіла у здорових і хворих на гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків без урахування та з урахуванням краніотипу. *Український медичний альманах*, 16(6), 64-67.

172. Школьник, Е. Я. (2014). Обхватні розміри тіла у здорових та хворих на гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків без урахування та з урахуванням краніотипу. *Світ медицини та біології*, 4(46), 58-64.

173. Школьник, Е. Я. (2014). Порівняння поперечних розмірів тіла між здоровими та хворими на гострий гнійний гайморит юнаками і чоловіками без урахування та з урахуванням краніотипу. *Вісник наукових досліджень*, 4(77), 69-74.

174. Школьник, Е. Я. (2015). Вікові відмінності антропо-соматотипологічних показників між хворими на одно- і двобічний гострий гнійний гайморит юнаками і чоловіками. *Український науково-медичний молодіжний журнал*, 1(86), 23-26.

175. Шкурупий, В. А., Свечникова, Н. Н., Лузгина, Н. Г. (Под ред. Алексиной, Л. А.) (2002). *Ассоциированость соматотипов и дисплазий соединительной ткани с особенностями течения атопического дерматита*. Стаття пред-

ставлена в материалах IV международного конгресса по интегративной антропологии, Санкт-Петербург (стр. 418-419), СПб.: Издательство СПбГМУ.

176. Afifi, L., Sanchez, I. M., Wallace, M. M., Braswell, S. F., Ortega-Loayza, A. G., Shinkai, K. (2018). Diagnosis and management of peristomal pyoderma gangrenosum: A systematic review. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 78(6), 1195-1204.

177. Alavi, A., French, L. E., Davis, M. D., Brassard, A., Kirsner, R. S. (2017). Pyoderma Gangrenosum: An Update on Pathophysiology, Diagnosis and Treatment. *Am. J. Clin. Dermatol.*, 18(3), 355-372.

178. Alsterholm, M., Flytström, I., Bergbrant, I. M., Faergemann, J. (2010). Fusidic acid-resistant *Staphylococcus aureus* in impetigo contagiosa and secondarily infected atopic dermatitis. *Acta Derm. Venereol.*, 90, 1, 52-57.

179. Antonets, O. V. (2017). Sonographic parameters correlation of spleen with anthropo-somatotypological body indicators of practically healthy women from Podillya of first mature age. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 21, 1(2), 241-244.

180. Bajwa, J. (2018). Staphylococcal pyoderma: challenges and therapeutic considerations. *Vet. Rec.*, 182(15), 431-433.

181. Baliu-Piqué, C., & Mascaró, J. M. Jr. (2017). Multifocal and refractory pyoderma gangrenosum: Possible role of cocaine abuse. *Australas J. Dermatol.*, 58(3), 83-86.

182. Bandyopadhyay, D. (2018). In response to "Effectiveness of topical green tea against multidrug-resistant *Staphylococcus aureus* in cases of primary pyoderma: An open controlled trial". *Indian J Dermatol Venereol Leprol.*, 84(3), 309-310.

183. Bauset, S. M., Zazpe, I., Sanchis, A. M., González, A. L., Suárez-Varela, M. M. (2013). Are there anthropometric differences between autistic and healthy children? *J. Child. Neurol.*, 28, 10, 1226-1232.

184. Besner, M. C., Côté, B., Belisle, A. (2018). An interesting case of pyoderma gangrenosum with immature histiocytoid neutrophils. *J. Cutan. Pathol.*, 45(1), 63-66.

185. Bowen, A. C., Mahé, A., Hay, R. J., Andrews, R. M., Steer, A. C., Tong, S. Y., Carapetis, J. R. (2015). The Global Epidemiology of Impetigo: A Systematic Review of the Population Prevalence of Impetigo and Pyoderma. *PLoS One*, 10(8), e0136789.
186. Carapetis, J. R., Steer, A. C., Mulholland, E. K., Weber, M. (2005). The global burden of group A streptococcal diseases. *Lancet Infect. Dis.*, 5, 685-694.
187. Carter, J. (2003). *The Heath-Carter antropometric somatotype. Instruction manual*. Department of Exercise and Nutritional Sciences San Diego State University. CA. U.S.A.
188. Carter, J., & Heath, B. (1990). *Somatotyping – development and applications*. Cambridge University Press.
189. Casagrande, P. P., Stefanetti, V., Hyatt, D. R., Marenzoni, M. L., Capomaccio, S., Coletti, M., Bietta, A. (2015). Phenotypic and genotypic characterization of canine pyoderma isolates of *Staphylococcus pseudintermedius* for biofilm formation. *J. Vet. Med. Sci.*, 77(8), 945-951.
190. Chaika, G., & Kucherenko, O. (2016). Discriminant model possibility of occurrence pubertal uterine bleeding in girls depending on the characteristics of the structure and size of the body. *Current Issues in Pharmacy and Medical Sciences*, 29(3), 124-126.
191. Chen, S., Wu, B., Liu, X., Chen, Y., Li, Y., Li, M., ... Zou, H. (2013). Association of Anthropometric indexes with chronic kidney disease in a Chinese population. *Clin. Nephrol.*, 80, 5, 361-369.
192. Cho, N. H., Kim, J. Y., Kim, S. S., Shin, C. (2013). The relationship of metabolic syndrome and constitutional medicine for the prediction of cardiovascular disease. *Diabetes Metab Syndr.*, 7, 14, 226-232.
193. Chriba, M., Skellett, A. M., Levell, N. J. (2010). Beclometasone inhaler used to treat pyoderma gangrenosum. *Clin. and Experim. Dermatol.*, 35, 3, 337-338.
194. Cinotti, E., Labeille, B., Perrot, J. L., Pallot-Prades, B., Cambazard, F. (2014). Certolizumab for the treatment of refractory disseminated pyoderma gangrenosum associated with rheumatoid arthritis. *Clin. and Experim. Dermatol.*, 39, 6, 750-751.

195. Dantas, S. G., Quintella, L. P., Fernandes, N. C. (2017). Exuberant pyoderma gangrenosum in a patient with autoimmune hepatitis. *An Bras. Dermatol.*, 92(1), 114-117.
196. Dashko, M. O. (2015). The dynamics of fagocytosis indices in patients with piodermyas during comprehensive treatment. *Клін. та експерим. патол.*, 14, 1, 47-50.
197. Dashko, M. O., & Denisenko, O. I. (2015). Indicators of systemic immunity in patients suffering from pyodermatosis with various clinical course. *Буковинськ. мед. вісник*, 19, 1, 60-64.
198. De Ridder, J., Julián-Almárcegui, C., Mullee, A., Rinaldi, S., Van Herck, K., Vicente-Rodríguez, G., Huybrechts (2016). Comparison of anthropometric measurements of adiposity in relation to cancer risk: a systematic review of prospective studies. *Cancer Causes Control.*, 1, 5, 420-427.
199. DeFilippis, E. M., Feldman, S. R., Huang, W. W. (2015). The genetics of pyoderma gangrenosum and implications for treatment: a systematic review. *Br. J. Dermatol.*, 172(6), 1487-1497.
200. Demidowich, A. P., Freeman, A. F., Kuhns, D. B., Aksentijevich, I., Gallin, J. I., Turner, M. L., ... Holland, S. M. (2013). Genotype, Phenotype, and Clinical Course in Five Patients With PAPA Syndrome (Pyogenic Sterile Arthritis, Pyoderma Gangrenosum, and Acne). *Arthritis Rheum*, 64, 6, 2022-2027.
201. Dupuis, E., Zarbafian, M., Asgarpour, J., Parsons, L., Mydlarski, P. R. (2017). Plasmablasticlike lymphoma arising within chronic pyoderma gangrenosum. *JAAD Case Rep.*, 3(3), 200-201.
202. Giljača, V., Lulić, D., Ličina, M., Stimac, D., Cabrijan, L., Mijandrušić, S. B. (2014). Generalized pyoderma gangrenosum associated with unrecognized ulcerative colitis. *Acta Dermatovenerol. Croat.*, 22(1), 63-64.
203. Gunas, I., Glushak, A., Samoylenko, A. (2015). Transversal characteristics of dental arch in boys and girls with orthognathic bite depending on the shape of the head and face type. *Curr. Issues Pharm. Med. Sci.*, 28, 1, 44-47.

204. Gunas, I., Majewski, O., Makarchuk, I. (2016). Features of somatotype components and component composition of body weight in patients with acne boys and girls of Podillya. *Curr. Issues Pharm. Med. Sci.*, 29(2), 97-99.
205. 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. *Curr. Issues Pharm. Med. Sci.*, 29, 2, 94-96.
206. Gurian, M. B., Mitidieri, A. M., da Silva, J. B., da Silva, A. P., Pazin, C., Polinetto, O. B., ... Rosa-e-Silva, J. C. (2015). Measurement of pain and anthropometric parameters in women with chronic pelvic pain. *J. Eval. Clin. Pract.*, 21, 1, 21-27.
207. Jiménez-Monreal, A. M., Antonia-Murcia, M., Gómez-Murcia, V., Bibiloni Mdel, M., Pons, A., Tur, J. A., Martínez-Tomé, M. (2015). Anthropometric and Quality-of-Life Parameters in Acute Intermittent Porphyria Patients. *Medicine (Baltimore)*, 94, 30, 1023.
208. Kao, S., Yadgar, R., Enelow, T., Friedman, A. (2018). Blastomycosis-like pyoderma arising in lichen planus. *J. Drugs Dermatol.*, 17(2), 233-235.
209. Koleva, M., Nacheva, A., Boev, M. (2012). Somatotype and disease prevalence in adults. *Rev. Environ Health*, 17, 1, 68-84.
210. Kryvko, Yu. Ya., Gunas, I. V., Vastyanov, R. S., Chaplyk-Chyzho, I. O. (2016). Simulation using discriminant analysis the course of pyoderma in men and women of western region of Ukraine depending on the characteristics of constitutional parameters of body. *Journal of Education, Health and Sport*, 6, 6, 599-605.
211. Layton, A. M., Thiboutot, D., Berson, D., Kang, S., Perez, M. (2014). Large-scale international study enhances understanding of skin disease dependent from somatotype: adult person. *Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, 2, 127-128.
212. Le Hello, S., Doloy, A., Baumann, F., Roques, N., Coudene, P., Rouchon, B., ... Bouvet, A. (2010). Clinical and microbial characteristics of invasive *Streptococcus pyogenes* disease in New Caledonia, a region in Oceania with a high incidence of acute rheumatic fever. *J. Clin. Microbiol.*, 48, 2, 526-530.

213. Lepoutre, A., Doloy, A., Bidet, P., Leblond, A., Perrocheau, A., Bingen, E., ... D. Lévy-Bruhl, D. (2011). Epidemiology of Invasive *Streptococcus pyogenes* infections in France in 2007. *J. Clin. Microbiol.*, 49, 12, 4094-4100.
214. Lev-Ran, A. (2001). Human obesity: an evolutionary approach to understanding our bulging waistline. *Diabetes Metab. Res. Rev.*, 17, 347-362.
215. Lizana, A. P., Almagia, F. A., Simpson, L. C. (2012). Changes of somatotype in high school students, V region, Chile; 1985-2010. *Nutricion hospitalaria*, 27, 1, 270-275.
216. Loeffler, A., & Lloyd, D. H. (2018). What has changed in canine pyoderma? A narrative review. *Vet J.*, 235, 73-82.
217. Luca-Harari, B., Darenberg, J., Neal, S., Siljander, T., Strakova, L., Tanna, A., ... Henriques-Normark, B. (2009). Clinical and microbiological characteristics of severe *Streptococcus pyogenes* disease in Europe. *J. Clin. Microbiol.*, 47, 4, 1155-1165.
218. Lynskey, N. N., Lawrenson, R. A., Sriskandan, S. (2011). New understandings in *Streptococcus pyogenes*. *Curr. Opin. Infect. Dis.*, 24, 3, 196-202.
219. Manda, G., Finch, P., Mponda, K. (2018). Pyoderma gangrenosum associated with Crohn's disease in a Malawian teenage boy: case report and review of literature. *Trop. Doct.*, 48(1), 43-46.
220. Mansouri, M., Rakhshan, A., Shahidi-Dadras, M., Karimi, A., Alavi, S. (2015). Pyoderma vegetans: a case report in a child suspected to primary immunodeficiency and review of the literature. *Iran J. Med. Sci.*, 40(4), 381-385.
221. Marzano, A. V., Fanoni, D., Antiga, E., Quaglino, P., Caproni, M., Crosti, C., ... Cugno, M. (2014). Expression of cytokines, chemokines and other effector molecules in two prototypic autoinflammatory skin diseases, pyoderma gangrenosum and Sweet's syndrome. *Clin. and Experim. Immunol.*, 178, 1, 48-50.
222. 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, 50-55

223. Matiegka, J. (1921). The testing of physical effeciency. *Amer. J. Phys. Antropol.*, 2, 3, 25-38.
224. Mondelli, M., Curti, S., Farioli, A., Aretini, A., Ginanneschi, F., Greco, G., Mattioli, S. (2015). Anthropometric measurements as a screening test for carpal tunnel syndrome: receiver operating characteristic curves and accuracy. *Arthritis Care Res. (Hoboken)*, 67, 5, 691-700.
225. Moore, K. L., & Dalley, A. F. (2006). *Clinically oriented anatomy* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
226. Nacak, M., & Aynaciogly, A. S. (2006). Human arylamine N-acetyltransferaze 2 polymorphism and susceptibility to allargyc contact dermatitis. *Int. J. Dermatol.*, 45, 323-326.
227. Naciri, I., Meziane, M., Benzekri, L., Ghaouti, M., Senouci, K., Hassam, B. (2018). Recurrent postpartum pyoderma gangrenosum and fatal cardiomyopathy. *Ann. Dermatol. Venereol.*, 145(4), 261-265.
228. Nordgren, H., Vapalahti, K., Vapalahti, O., Sukura, A., Virtala, A. M. (2017). Questionnaire survey of detrimental fur animal epidemic necrotic pyoderma in Finland. *Acta Vet. Scand.*, 59(1), 54.
229. Novotny, F., Bagnaschi, P., Kolpakov, V. V. (2009). The concept of typological variability of dermatological individuality: Somatotype heterogeneity of population groups differing in habitual physical activity. *Medline from PubMed.*, 35, 66-73.
230. Ohtsuka, M., & Yamamoto, T. (2014). Rare association of pyoderma gangrenosum and palmoplantar pustulosis: a case report and review of the previous works. *J. Dermatol.*, 41, 8, 732-735.
231. Pandey, M., Langshaw, E., Hartas, J., Lam, A., Batzloff, M. R., Good, M. F. (2015). A synthetic M protein peptide synergizes with a CXC chemokine protease to induce vaccine-mediated protection against virulent streptococcal pyoderma and bacteremia. *J. Immunol.*, 194(12), 5915-5925.

232. Park, J. H., Kang, J. H., Hyun, J. E., Hwang, C. Y. (2018). Low prevalence of mupirocin resistance in *Staphylococcus pseudintermedius* isolates from canine pyoderma in Korea. *Vet. Dermatol.*, 29(2), 95-e37.
233. Pinchuk, S. V., Gunas, I. V. (2015). Links of computed tomography sizes lumbar spine in the median-sagittal sections with anthropo-somatotypological parameters of healthy young boy's mesomorph and endo-mesomorph girls. *Journal of Education, Health and Sport*, 5, 8, 177-186.
234. Plourde, G. (2002). Impact of obesity on glucose and lipid profiles in adolescents at different age groups in relation to adulthood. *BMC Family Practice*, 3, 3-18.
235. Prokopenko, S. V., & Antonets, O. V. (2018). The manifestations of sexual dimorphism correlation of spleen sonographic parameters with anthropo-somatometric parameters body of practically healthy men and women from general groups and various somatotypes. *Вісник наукових досліджень*, 1(90), 112-117.
236. Radivojevic, U. D., Lazovic, G. B., Kravic-Stevovic, T. K., Puzigaca, Z. D., Canovic, F. M., Nikolic, R. R., Milicevic, S. M. (2014). Differences in anthropometric and ultrasonographic parameters between adolescent girls with regular and irregular menstrual cycles: a case-study of 835 cases. *J. Pediatr. Adolesc Gynecol.*, 27, 4, 227-231.
237. Sardinha, L. B., Going, S. B., Teixeira, P. J., Lohman, T. G. (1999). Receiver operating characteristic analysis of body mass index, triceps skinfold thickness, and arm girth for obesity screening in children and adolescents. *Am. J. Clin. Nutr.*, 70, 1090-1095.
238. Schoch, J. J., Tolkachjov, S. N., Cappel, J. A., Gibson, L. E., Davis, D. M. (2017). Pediatric pyoderma gangrenosum: a retrospective review of clinical features, etiologic associations, and treatment. *Pediatr. Dermatol.*, 34(1), 39-45.
239. Scuderi, S., O'Brien, B., Robertson, I., Weedon, D. (2017). Heterogeneity of blastomycosis-like pyoderma: a selection of cases from the last 35 years. *Australas J. Dermatol.*, 58(2), 139-141.
240. Semenchenko, V. V. (2018). Correlation of anthropo-somatometric parameters of the body of practically healthy women of the ectomorphic somatotype with



cerebral blood circulation indicators. *Biomedical and biosocial anthropology*, 30, 27-35.

241. Serebrennikova, O. A., & Semenchko, V. V. (2017). Regression models individual performance cerebral circulation depending on anthropo-somatometric parameters of body in practically healthy men with mesomorphic somatotype. *Вісник морфології*, 23(1), 131-135.

242. Serebrennikova, O. A., Semenchko, V. V., Dmytrenko, S. V., Semenenko, A. I., Ocheretna, O. L., Maievskyi, O. Ye., Shayuk, A. V. (2018). Correlation constitutional parameters of a body in practically healthy women of middle intermediate somatotypes with rheoencephalography indicators. *World of Medicine and Biology*, 1(63), 75-78.

243. Serebrennikova, O. A., Semenchko, V. V., Shepitko, K. V. (2017). Modeling of individual indicators of cerebral blood circulation in dependence from anthroposomatometric parameters of practically healthy women of the medium intermediate somatotype. *Вісник морфології*, 23(2), 299-303.

244. Serebrennikova, O. A., Semenchko, V. V., Moskovko, H. S., Tsyhalko, D. V., Shayuk, A. V., Karliychuk, M. A. (2017). Regression models of rheoencephalographic indices, depending on the anthropo-somatometric parameters of the body in practically healthy women with endo-mesomorphic somatotype. *World of Medicine and Biology*, 4(62), 85-89.

245. Serheta, I. V., Vysochanskiy, O. V., Vastyanov, R. S., Vlasenko, O. V. (2015) Regression models of individual standard indicators of systolic amplitude wave and length of ascending part of rheovasography of thigh depending on the characteristics of the body structure in healthy boys and girls with various somatotype from Podillya. *Journal of Education, Health and Sport*, 5(8), 187-196.

246. Skov, L., & Baadsgaard, O. (2010). Bacterial superantigens and inflammatory skin diseases. *Clin. Exp. Dermatol.*, 25, 57-61.

247. Steer, A. C., Jenney, A. W., Kado, J., Good, M. F., Batzloff, M., Magor, G., ... Carapetis, J. R. (2009). Prospective surveillance of streptococcal sore throat in a tropical country. *Pediatr. Infect. Dis. J.*, 28, 6, 477-482.

248. Sweeting, H. N. (2007). Measurement and definitions of obesity in childhood and adolescence: a field guide for the uninitiated. *Nutr. J.*, 6, 32-39.
249. Tkachenko, M. M., & Cherkasova, L. A. (2015). Correlation echometric parameters of uterus and ovaries in different phases of the menstrual cycle with anthropo-somatotypological indicators of healthy girls of mesomorphic somatotype. *Journal of Education, Health and Sport*, 5(11), 363-372.
250. Ustymenko, O. S. (2018). Sonographic model parameters of kidney in men and women endo-mesomorphic somatotype depending on the anthropometric indices characteristics. *Biomedical and biosocial anthropology*, 30, 43-49.
251. Vacas, A. S., Bollea-Garlatti, M. L., Torre, A. C., Galimberti, R. L. (2018). Bullous pyoderma gangrenosum as a predictor of hematological malignancies. *An Bras. Dermatol.*, 93(1), 133-134.
252. Whitehall, J., Kuzulugil, D., Sheldrick, A., Wood, A. (2013). Burden of paediatric pyoderma and scabies in North West Queensland. *J. Paediatr. and Child Health*, 49, 2, 141-143.
253. Zuo, K. J., Fung, E., Tredget, E. E., Lin, A. N. (2015). A systematic review of post-surgical pyoderma gangrenosum: identification of risk factors and proposed management strategy. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.*, 68(3), 295-303.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

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

1. Чаплик-Чижо І.О. Особливості тотальних, поздовжніх розмірів тіла і ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок / І.О. Чаплик-Чижо // Світ медицини та біології. – 2015. – № 4. – С. 79-81.

2. Чаплик-Чижо І. О. Відмінності поперечних розмірів тіла між здоровими та хворими на піодермії чоловіками та жінками / І.О. Чаплик-Чижо // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2015. – № 25. – С. 85-87.

3. Кривко Ю.Я. Розбіжності обхватних розмірів тіла між здоровими та хворими на піодермії чоловіками та жінками / Ю.Я. Кривко, І.О. Чаплик-Чижо // Світ медицини та біології. – 2016. – № 1. – С. 53-55.

4. Чаплик-Чижо І. О. Відмінності товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими на піодермії чоловіками і жінками / І.О. Чаплик-Чижо // Вісник проблем біології і медицини. – 2016. – Том 1, Вип. 2. – С. 121-125.

5. Кривко Ю. Я. Особливості антропометричних показників у чоловіків і жінок Західного регіону України хворих на поверхневі та глибокі гострі піодермії / Ю.Я. Кривко, І.О. Чаплик-Чижо, С.Т. Чернокульський // Вісник морфології. – 2016. – Т. 22, № 1. – С. 125-127.

6. Кривко Ю.Я. Відмінності антропометричних показників між здоровими та хворими на хронічні піодермії чоловіками та жінками Західного регіону України / Ю.Я. Кривко, І.О. Чаплик-Чижо // Науковий вісник Ужгородського

університету, серія «Медицина». – 2016. – випуск 1 (53). – С. 21-23.

7. Кривко Ю.Я. Особливості розподілу соматотипів у здорових і хворих на гострі та хронічні піодермії чоловіків і жінок Західного регіону України / Ю.Я. Кривко, І.О. Чаплик-Чижо // Вісник проблем біології і медицини. – 2016. – Вип. 3. – С. 201-206.

8. Чаплик-Чижо І.О. Розбіжності компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла між здоровими та хворими на гострі й хронічні піодермії чоловіками і жінками / І.О. Чаплик-Чижо // Вісник морфології. – 2016. – Т. 22, № 2. – С. 98-102.

9. Чаплик-Чижо І.О. Моделювання за допомогою дискримінантного аналізу можливості захворювання на піодермії чоловіків і жінок в залежності від особливостей будови та розмірів тіла / І.О. Чаплик-Чижо // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2016. – № 26. – С. 68-71.

10. Simulation using discriminant analysis the course of pyoderma in men and women of western region of Ukraine depending on the characteristics of constitutional parameters of body / Yu.Ya. Kryvko, I.V. Gunas, R.S. Vastyanov, I.O. Chaplyk-Chyzho // Journal of Education, Health and Sport. – 2016. – Vol. 6, № 6. – P. 599-605.

11. Mateshuk-Vatseba L.R. The most pronounced constitutional differences between healthy and sick with pyoderma in men or women in the western region of Ukraine / L.R. Mateshuk-Vatseba, I.O. Chaplyk-Chyzho // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2018. – № 30. – P. 50-55.

12. Чаплик-Чижо І.О. Значення деяких антропометричних показників у розвитку та перебігу піодермій / І.О. Чаплик-Чижо // Журнал дерматовенерології та косметології ім. М.О. Торсуєва. – 2015. – № 1-2. – С. 47-49.

13. Чаплик-Чижо І.О. Перспективи застосування антропометричних і соматотипологічних методів дослідження у превентивній діагностиці, прогнозуванні перебігу та профілактиці піодермій / І.О. Чаплик-Чижо // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2015. – № 2. – С. 94-100.

14. Патент на корисну модель № 112063 Україна, МПК А61В 10/00. Спо-

сіб прогнозування ризику виникнення піодермій у чоловіків та жінок із застосуванням антропометричних, соматотипологічних показників і показників компонентного складу маси тіла / Чаплик-Чижо І.О., Сизон О.О., Чайковська С.Ю., Білинська О.А., Бабак І.Д., заявник та патентовласник Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. – № u201610303; заявл. 10.10.16; опубл. 25.11.16, Бюл. № 22.

15. Патент на корисну модель № 115237 Україна, МПК А61В 10/00. Спосіб прогнозування розвитку клінічних форм піодермій у чоловіків та жінок та їх перебігу в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла / Чаплик-Чижо І.О., Сизон О.О., Чайковська С.Ю., Возняк І.Я., Дашко М.О., Асцатуров Г.Є., заявник та патентовласник Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. – № u201610463; заявл. 17.10.16; опубл. 10.04.17, Бюл. № 7.

16. Чаплик-Чижо І.О. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №67709 Комп'ютерна програма для прогнозування можливості захворювання на піодермії "PyodermaTest" / І.О. Чаплик-Чижо, М.П. Костенко – 09.09.2016.

## **НАУКОВІ ПРАЦІ, ЯКІ ЗАСВІДЧУЮТЬ АПРОБАЦІЮ МАТЕРІАЛІВ ДИСЕРТАЦІЇ**

17. Чаплик-Чижо І.О. Відмінності товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими на піодермії / І.О. Чаплик-Чижо, М.О. Дашко // Програма та матеріали регіональної науково-практичної конференції "Святогірські дерматологічні дні: сучасні аспекти діагностики, лікування, профілактики дерматозів та інфекцій, що передаються статевим шляхом" 12-13 травня 2016р., м. Святогірськ, Україна – С. 37-38.

18. Чаплик-Чижо І.О. Прояви статевого диморфізму антропо-соматотипологічних показників у хворих на піодермії мешканців західних регіонів України першого зрілого віку / І.О. Чаплик-Чижо // Збірник матеріалів міжнародної

науково-практичної конференції "Вплив науково-технічного процесу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення" (8-9 липня 2016 року м. Київ). – Київ, 2016. – С. 57-59.

19. Особливості деяких антропометричних показників у хворих на піодермії / О.А. Білинська, І.О. Чаплик-Чижо, І.Д. Бабак, М.О. Дашко // Дерматологія, косметологія, сексопатологія. – 2016. – № 1-2 (3). – С. 86.

20. Чаплик-Чижо І.О. Статевий диморфізм компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла у хворих на гості та хронічні піодермії / І. О. Чаплик-Чижо // Збірник тез наукових робіт "Сучасна медицина: актуальні проблеми, шляхи вирішення та перспективи розвитку" (12-13 серпня 2016 року м. Одеса). – Одеса, 2016. – С. 89-92.

21. Чаплик-Чижо І.О. Статеві розбіжності антропометричних показників у хворих на поверхневі, глибокі та хронічні піодермії / І.О. Чаплик-Чижо // Збірник матеріалів науково-практичної конференції "Медична наука та практика: виклики і сьогодення" (26-27 серпня 2016 року м. Львів). – Львів, 2016. – С. 101-103.

22. Чаплик-Чижо І.О. Статеві відмінності обхватних розмірів тіла у мешканців західних регіонів України хворих на піодермії / І.О. Чаплик-Чижо, І.Я. Возняк, О.А. Білинська, І.Д. Бабак // Збірник наукових праць "Сучасні проблеми дерматовенерології, косметології та управління охороною здоров'я" (24 квітня 2017 року, м. Харків). – Харків, 2017. – Вип.14. – С. 152-153.

#### **Апробація результатів дисертації:**

- Всеукраїнській Таврійській науково-практична конференція за участю міжнародних спеціалістів "Сучасні технології в рішенні організованих, епідеміологічних, клінічних та діагностичних задач дерматовенерології"(м. Херсон, 4-5 червня 2015 р.) – усна доповідь і публікація;
- науково-практичній конференції за участі міжнародних спеціалістів "Індивідуальна анатомічна мінливість органів, систем, тканин людини та її значення для практичної медицини і стоматології (м. Полтава, 19-20 травня

2016 р.) – усна доповідь і публікація;

- регіональній науково-практичній конференції "Святогірські дерматологічні дні: сучасні аспекти діагностики, лікування, профілактики дерматозів та інфекцій, що передаються статевим шляхом" (м. Святогірськ, 12-13 травня 2016р) – усна доповідь і публікація;
- міжнародній науково-практичній конференції "Вплив науково-технічного процесу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення" ( м. Київ, 8-9 липня 2016 р.) – усна доповідь і публікація;
- науково-практичній конференції "Медична наука та практика: виклики і сьогодення" (м. Львів, 26-27 серпня 2016 р.) – публікація;
- науково-практичній конференції дерматовенерологів Львівської області (м. Львів, 16 листопада 2016 р.) – усна доповідь;
- науково-практичній конференції «Сучасні проблеми дерматовенерології, косметології та управління охороною здоров'я (24 квітня 2017 р., м. Харків) – публікація.

## Додаток Б1

ЗАТВЕРДЖУЮ



Проректор  
з науково-педагогічної роботи  
Львівського національного медичного університету  
імені Данила Галицького

д.б.н., професор

Магльований А.В.

«27» січня 2017 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиція для впровадження: Спосіб прогнозування ризику виникнення піодермії у чоловіків та жінок із застосуванням антропометричних, соматотипологічних показників і показників компонентного складу маси тіла
2. Установа-розробник: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, кафедра нормальної анатомії (79010 м. Львів, вул. Пекарська, 69).
3. Автори: здобувач кафедри нормальної анатомії Чаплик-Чижо Ірина Остапівна, професор Кривко Юрій Ярославович.
4. Джерело інформації:
  1. Чаплик-Чижо І.О. Моделювання за допомогою дискримінантного аналізу можливості захворювання на піодермії чоловіків і жінок в залежності від особливостей будови та розмірів тіла / І.О. Чаплик-Чижо // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2016. – № 26. – С. 68-71.
  2. Simulation using discriminant analysis the course of pyoderma in men and women of western region of Ukraine depending on the characteristics of constitutional parameters of body / Yu. Ya. Kryvko, I. V. Gunas, R. S. Vastyanov, I. O. Chaplyk-Chyzho // Journal of Education, Health and Sport. – 2016. – Vol. 6, № 6. – P. 599-605. ISSN 2391-8306.
  3. Чаплик-Чижо І.О. Свідчення про реєстрацію авторського права на твір №67709 Комп'ютерна програма для прогнозування можливості захворювання на піодермії "PyodermaTest" / І. О. Чаплик-Чижо, М.П. Костенко – 09.09.2016.
5. Базова установа, яка проводить впровадження: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, кафедра нормальної анатомії.
6. Термін впровадження: листопад 2016 року - січень 2017 року.
7. Форма впровадження: в наукову роботу кафедри.
8. Зауваження та пропозиції: не поступило.

Відповідальний за впровадження:  
завідувач кафедри нормальної анатомії людини  
д. мед. наук, професор

Матешук-Вацеба Л. Р.



## Додаток Б2

ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор  
з науково-педагогічної роботи  
Львівського національного медичного університету  
імені Данила Галицького  
д.м.н., професор Гжегоцький М.Р.  
«15» квітня 2016 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиція для впровадження: особливості тотальних, поздовжніх розмірів тіла і ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок в нормі та у хворих на піодермії.
2. Установа-розробник: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, кафедра нормальної анатомії (79010 м. Львів, вул. Пекарська,69).
3. Автори: здобувач кафедри нормальної анатомії Чаплик-Чижо Ірина Остапівна, професор Кривко Юрій Ярославович.
4. Джерело інформації:
  1. Чаплик-Чижо І.О. Особливості тотальних, поздовжніх розмірів тіла і ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок. / І.О. Чаплик-Чижо // Світ медицини та біології - 2015. - №4(54).- С.79-81.
  2. Чаплик-Чижо І.О. Перспективи застосування антропометричних і соматотипологічних методів дослідження у превентивній діагностиці, прогнозуванні перебігу та профілактиці піодермії. / І.О. Чаплик-Чижо // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія - 2015.- №2 - С.94-100.
4. Базова установа, яка проводить впровадження: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією.
5. Термін впровадження: березень-квітень 2016 року.
6. Форма впровадження: в наукову роботу кафедри.
7. Зауваження та пропозиції: не поступило.

Відповідальний за впровадження:  
завідувач кафедри  
оперативної хірургії з топографічною анатомією  
д. мед. наук, професор

Масна З.З.

## Додаток БЗ

ЗАТВЕРДЖУЮ  
Ректор Вінницького національного  
медичного університету  
імені М.І. Пирогова  
академік НАМН України  
д.мед.н., професор Мороз В.М.

« 18 » березня 2016 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиція для впровадження: особливості тотальних, поздовжніх розмірів тіла і ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок в нормі та у хворих на піодермії.
2. Установа-розробник: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, кафедра нормальної анатомії (79010 м. Львів, вул. Пекарська,69).  
Автори: здобувач кафедри нормальної анатомії Чаплик-Чижо Ірина Остапівна, професор Кривко Юрій Ярославович.
3. Джерело інформації:  
Чаплик-Чижо І.О. Особливості тотальних, поздовжніх розмірів тіла і ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок. / І.О. Чаплик-Чижо // Світ медицини та біології - 2015. - №4(54).- С.79-81.  
Чаплик-Чижо І.О. Перспективи застосування антропометричних і соматотипологічних методів дослідження у превентивній діагностиці, прогнозуванні перебігу та профілактиці піодермії. / І.О. Чаплик-Чижо // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія - 2015.- №2 - С.94-100.
4. Базова установа, яка проводить впровадження: Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією
5. Термін впровадження: лютий - березень 2016 року.
6. Форма впровадження: результати дослідження впроваджено у навчальний процес (тематичні заняття, лекційний курс).
7. Зауваження та пропозиції: не поступило.

Відповідальний за впровадження:  
завідувач кафедри оперативної хірургії  
та топографічної анатомії  
Вінницького національного медичного  
університету імені М.І. Пирогова  
доктор мед. наук, професор



Г.Я. Костюк

## Додаток Б4

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор  
з наукової роботи  
Тернопільського державного медичного  
університету імені І.Я. Горбачевського  
професор Кліщ І.М.  
« 24 » листопада 2016 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиція для впровадження: особливості тотальних, поздовжніх розмірів тіла і ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок в нормі та у хворих на піодермії.
2. Установа-розробник: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, кафедра нормальної анатомії (79010 м. Львів, вул. Пекарська,69).
3. Автори: здобувач кафедри нормальної анатомії Чаплик-Чижо Ірина Остапівна, професор Кривко Юрій Ярославович.
4. Джерело інформації:
  1. Чаплик-Чижо І.О. Особливості тотальних, поздовжніх розмірів тіла і ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок. / І.О. Чаплик-Чижо // Світ медицини та біології - 2015. - №4(54).- С.79-81.
  2. Чаплик-Чижо І.О. Перспективи застосування антропометричних і соматотипологічних методів дослідження у превентивній діагностиці, прогнозуванні перебігу та профілактиці піодермій. / І.О. Чаплик-Чижо // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія - 2015.- №2 - С.94-100.
4. Базова установа, яка проводить впровадження: Тернопільський державний медичний університету імені І.Я. Горбачевського кафедра анатомії людини.
5. Термін впровадження: січень-лютий 2016 року.
6. Форма впровадження: результати дослідження впроваджено у навчальний процес (тематичні заняття, лекційний курс).
7. Зауваження та пропозиції: не поступило.

Відповідальний за впровадження:  
завідувач кафедри  
анатомії людини  
д. мед. наук, професор



Герасимюк І.Є.



## Додаток Б5

ЗАТВЕРДЖУЮ



Проректор  
з науково-педагогічної роботи  
Ужгородського національного університету  
доктор біологічних наук, професор Фекета В. П.

«28» квітня 2016 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиція для впровадження: відмінності товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими на піодермії чоловіками і жінками.
2. Установа-розробник: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, кафедра нормальної анатомії (79010 м. Львів, вул. Пекарська,69).
3. Автори: здобувач кафедри нормальної анатомії Чаплик-Чижо Ірина Остапівна, професор Кривко Юрій Ярославович.
4. Джерело інформації:
  1. Чаплик-Чижо І.О. Відмінності товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими на піодермії чоловіками і жінками. / І.О. Чаплик-Чижо // Вісник проблем біології і медицини - Випуск 2, том 1(128) -С.121-125.
  2. Чаплик-Чижо І.О. Перспективи застосування антропометричних і соматотипологічних методів дослідження у превентивній діагностиці, прогнозуванні перебігу та профілактиці піодермій. / І.О. Чаплик-Чижо // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія - 2015.- №2 - С.94-100.
4. Базова установа, яка проводить впровадження: Ужгородський національний університет кафедра анатомії людини та гістології.
5. Термін впровадження: березень-квітень 2016 року.
6. Форма впровадження: в наукову роботу кафедри.
7. Зауваження та пропозиції: не постуило.

Відповідальний за впровадження:  
завідувач кафедри анатомії людини та гістології  
д. мед. наук, професор

Головацький А.С.

## Додаток Б6

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор  
з наукової роботи  
Харківського національного медичного університету  
д.м.н., професор М'ясоєдов В.В.  
« 30 » березня 2016 р.



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиція для впровадження: особливості тотальних, поздовжніх розмірів тіла і ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок в нормі та у хворих на піодермії.
2. Установа-розробник: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, кафедра нормальної анатомії (79010 м. Львів, вул. Пекарська,69).
3. Автори: здобувач кафедри нормальної анатомії Чаплик-Чижо Ірина Остапівна, професор Кривко Юрій Ярославович.
4. Джерело інформації:
  1. Чаплик-Чижо І.О. Особливості тотальних, поздовжніх розмірів тіла і ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок. / І.О. Чаплик-Чижо // Світ медицини та біології - 2015. - №4(54).- С.79-81.
  2. Чаплик-Чижо І.О. Перспективи застосування антропометричних і соматотипологічних методів дослідження у превентивній діагностиці, прогнозуванні перебігу та профілактиці піодермій. / І.О. Чаплик-Чижо // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія - 2015.- №2 - С.94-100.
4. Базова установа, яка проводить впровадження: Харківський національний медичний університет кафедра ОХТА ХНМУ.
5. Термін впровадження: лютий - березень 2016 року.
6. Форма впровадження: результати дослідження впроваджено у навчальний процес (тематичні заняття, лекційний курс).
7. Зауваження та пропозиції: не поступило.

Відповідальний за впровадження:  
завідувач кафедри  
ОХТА ХНМУ  
доктор мед. наук професор



Дуденко В.Г.

## Додаток Б7

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор  
з науково-педагогічної роботи  
Запорізького державного медичного університету  
д.мед.н., професор Візір В.А.  
«27» квітня 2016 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиція для впровадження: особливості тотальних, поздовжніх розмірів тіла і ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок в нормі та у хворих на піодермії.
2. Установа-розробник: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, кафедра нормальної анатомії (79010 м. Львів, вул. Пекарська,69)
3. Автор: здобувач кафедри нормальної анатомії Чаплик-Чижо Ірина Остапівна, професор Кривко Юрій Ярославович.
4. Джерело інформації:
  1. Чаплик-Чижо І.О. Відмінності поперечних розмірів тіла між здоровими та хворими на піодермії чоловіками та жінками. / І.О. Чаплик-Чижо // Biomedical and biosocial anthropology, scientific journal -2015 - №25. - С. 85-87
  2. Чаплик-Чижо І.О. Особливості тотальних, поздовжніх розмірів тіла і ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок. / І.О. Чаплик-Чижо // Світ медицини та біології - 2015. - №4(54).- С.79-81.
4. Базова установа, яка проводить впровадження: Запорізький державний медичний університет кафедра анатомії людини, оперативної хірургії та топографічної анатомії.
5. Термін впровадження: березень-квітень 2016 року.
6. Форма впровадження: результати дослідження впроваджено у навчальний процес (тематичні заняття, лекційний курс).
7. Зауваження та пропозиції: не поступило.

Відповідальний за впровадження:  
завідувач кафедри анатомії людини,  
оперативної хірургії та топографічної анатомії  
Запорізького державного медичного університету  
доктор мед. наук, професор

  
Волошин М.А.



## Додаток Б8

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Проректор з науково-педагогічної роботи  
ВДНЗ України «Буковинський державний  
медичний університет»  
доцент \_\_\_\_\_ І.В. Геруш  
«31» березня 2016 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиція для впровадження:** особливості тотальних, поздовжніх розмірів тіла і ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок в нормі та у хворих на піодермії.
2. **Установа-розробник:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, кафедра нормальної анатомії (79010 м. Львів, вул. Пекарська,69).
3. **Автори:** здобувач кафедри нормальної анатомії Чаплик-Чижо Ірина Остапівна, професор Кривко Юрій Ярославович.
4. **Джерело інформації:**
  1. Чаплик-Чижо І.О. Особливості тотальних, поздовжніх розмірів тіла і ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок. / І.О. Чаплик-Чижо // Світ медицини та біології - 2015. - №4(54).– С.79-81.
  2. Чаплик-Чижо І.О. Перспективи застосування антропометричних і соматотипологічних методів дослідження у превентивній діагностиці, прогнозуванні перебігу та профілактиці піодермії. / І.О. Чаплик-Чижо // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія - 2015.- №2 – С.94-100.
5. **Базова установа, яка проводить впровадження:** кафедра анатомії людини імені М.Г. Туркевича ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет».
6. **Форма впровадження:** у навчальний процес, матеріал лекцій та практичних занять з анатомії людини.
7. **Термін впровадження:** лютий – березень 2016 р.

Завідувач кафедри анатомії  
людини імені М.Г. Туркевича  
ВДНЗ України «Буковинський державний  
медичний університет»  
доктор медичних наук, професор



В.В. Кривецький

## Додаток Б9

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор Самбірського медичного коледжу  
Ковальчук Л. М.  
«29» квітня 2016 р.



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиція для впровадження: Відмінності товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими на піодермії чоловіками і жінками
2. Установа-розробник: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, кафедра нормальної анатомії (79010 м. Львів, вул. Пекарська,69).
3. Автори: здобувач кафедри нормальної анатомії Чаплик-Чижо І. О., професор Кривко Ю. Я., доцент Сизон О. О., асистент Дашко М.О.
4. Джерело інформації:
  1. Чаплик-Чижо І.О. Відмінності товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими на піодермії чоловіками і жінками // Вісник проблем біології і медицини - Випуск 2, том 1(128) -С.121-125.
  2. Чаплик-Чижо І.О. Перспективи застосування антропометричних і соматотипологічних методів дослідження у превентивній діагностиці, прогнозуванні перебігу та профілактиці піодермій. / І.О. Чаплик-Чижо // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія - 2015.- №2 - С.94-100.
4. Базова установа, яка проводить впровадження: Самбірський медичний коледж.
5. Термін впровадження: березень-квітень 2016 року.
6. Форма впровадження: в теоретичну частину практичного заняття.
7. Зауваження та пропозиції: не поступило.

Відповідальний за впровадження:  
викладач дисципліни "Шкірні та венеричні хвороби"

Місечко С.А.



## Додаток Б10

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар Львівського  
шкірно-венерологічного диспансеру  
Вісьтак Я.В.

» 18 \_\_\_\_\_ 2016р.



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

**1. Найменування пропозиції для впровадження:** Особливості антропометричного обстеження хворих з піодерміями.

**2. Установа, що розробила:** Кафедра нормальної анатомії та кафедра сімейної медицини та дерматології, венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (м. Львів, вул. Пекарська, 69; тел.: (032)2786305); Львівський обласний комунальний шкірно-венерологічний диспансер (м. Львів, вул. Коновальця, 1; тел.: (032)2385643)

**3. Укладачі:** Сизон Орися Орестівна, Чаплик-Чижо Ірина Остапівна, Дашко Маріанна Олегівна

**4. Джерело інформації:**

1. Чаплик-Чижо І.О. Значення деяких антропометричних показників у розвитку та перебігу піодермій\ Журнал дерматовенерології та косметології ім. М.О. Торсуєва. – 2015. №1-2 (34). – С. 47-50

2. Чаплик-Чижо І.О. Перспективи застосування антропометричних і соматотипологічних методів дослідження у превентивній діагностиці, прогнозуванні перебігу та профілактиці піодермій\ Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія - 2015 №2 - С.94-100

3. Койносов А.П. Клинико-конституциональные исследования в дерматологии. учебное пособие / А.П. Койносов.- Тюмень-Шадринск.-2010.- 135 с.

**4. Де впроваджено:** ЛОКШВД

**5. Результати використання методу за період з 18.09.2015 р. по 18.01.2016 р**

Позитивні (кількість спостережень) – 47

У хворих жінок встановлено достовірно більші значення частини тотальних розмірів більшості показників ширини дистальних епіфізів довгих

трубчастих кісток кінцівок відміну від здорових досліджуваних аналогічної статі. між здоровими та хворими на піодермії чоловіками не встановлено жодних відмінностей тотальних розмірів тіла та ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток.

**6.Ефективність впровадження:** Результати дослідження дозволять розробити математичні моделі для формування груп підвищеного ризик розвитку піодермії, що є основою для своєчасного застосування профілактичних заходів.

**7.Зауваження, пропозиції:** Метод простий і доступний у використанні, може застосовуватись в умовах практичної дерматології з метою прогнозування перебігу та профілактики піодермії..

“ 18 ” січня 2016р.



Відповідальний за впровадження

к.мед.н. Чемерис М.М.

## Додаток В

Антропо-соматотипологічні параметри у здорових та хворих на піодермії чоловіків та жінок.

Таблиця В.1

Маса тіла у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).

Групи	Маса тіла		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	73,58±10,49	59,22±8,42	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	76,28±13,19	66,46±15,46	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	77,93±12,50	66,70±16,42	<0,01
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	78,73±12,45	65,63±14,16	<0,01
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	77,23±12,93	73,76±19,07	>0,05
6. Хронічні піодермії	73,56±14,22	58,92±8,39	<0,01
p <sub>1-2</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	=0,054	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	=0,069	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	<0,05	

**Примітки:** тут і в подальшому

1.  $p$  – достовірність відмінностей показників (#) між відповідними групами чоловіків і жінок;
2.  $p_{1-2}$  – # між групою здорових і загальною групою хворих на піодермії чоловіків або жінок;
3.  $p_{1-3}$  – # між групами здорових і хворих на піодермії, що мають гострий перебіг, чоловіків або жінок;
4.  $p_{1-4}$  – # між групами здорових і хворих на поверхневій піодермії, що мають гострий перебіг, чоловіків або жінок;
5.  $p_{1-5}$  – # між групами здорових і хворих на глибокій піодермії, що мають гострий перебіг, чоловіків або жінок;
6.  $p_{1-6}$  – # між групами здорових і хворих на хронічній піодермії чоловіків або жінок;
7.  $p_{2-3}$  – # між загальною групою хворих і хворих на піодермії, що мають гострий перебіг, чоловіків або жінок;
8.  $p_{2-4}$  – # між загальною групою хворих і хворих на поверхневій піодермії, що мають гострий перебіг, чоловіків або жінок;
9.  $p_{2-5}$  – # між загальною групою хворих і хворих на глибокій піодермії, що мають гострий перебіг, чоловіків або жінок;
10.  $p_{2-6}$  – # між загальною групою хворих і хворих на хронічній піодермії чоловіків або жінок;
11.  $p_{3-4}$  – # між групами хворих на піодермії, що мають гострий перебіг, і хворих на поверхневій піодермії, що мають гострий перебіг, чоловіків або жінок;
12.  $p_{3-5}$  – # між групами хворих на піодермії, що мають гострий перебіг, і хворих на глибокій піодермії, що мають гострий перебіг, чоловіків або жінок;
13.  $p_{3-6}$  – # між групами хворих на піодермії, що мають гострий перебіг, і хворих на хронічній піодермії чоловіків або жінок;
14.  $p_{4-5}$  – # між групами хворих на поверхневій і глибокій піодермії, що мають гострий перебіг, чоловіків або жінок;

15.  $p_{4-6}$  – # між групами хворих на поверхневі піодермії, що мають гострий перебіг, і хворих на хронічні піодермії, чоловіків або жінок;

16.  $p_{5-6}$  – # між групами хворих на глибокі піодермії, що мають гострий перебіг, і хворих на хронічні піодермії, чоловіків або жінок.

Таблиця В.2

**Довжина тіла у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Довжина тіла		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	177,7±7,1	164,9±5,9	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	176,3±9,0	165,1±5,9	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	177,2±8,0	166,0±5,8	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	177,0±8,3	165,3±5,9	<0,001
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	177,4±8,0	167,1±5,5	<0,01
6. Хронічні піодермії	174,7±10,5	162,1±5,3	<0,01
$p_{1-2}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-6}$	>0,05	=0,054	
$p_{4-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{5-6}$	>0,05	<0,05	

Таблиця В.3

**Площа поверхні тіла у здорових і хворих на піодермію чоловіків  
та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Площа поверхні тіла		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	1,905±0,148	1,646±0,125	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	1,922±0,190	1,724±0,186	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	1,948±0,173	1,754±0,195	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	1,955±0,167	1,718±0,179	<0,001
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	1,943±0,184	1,814±0,212	>0,05
6. Хронічні піодермії	1,879±0,214	1,621±0,101	<0,001
$p_{1-2}$	>0,05	<0,01	
$p_{1-3}$	>0,05	<0,001	
$p_{1-4}$	>0,05	=0,062	
$p_{1-5}$	>0,05	<0,001	
$p_{1-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-6}$	>0,05	=0,069	
$p_{3-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-6}$	>0,05	<0,05	
$p_{4-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{5-6}$	>0,05	<0,01	

**Висота верхньогруднинної антропометричної точки у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Висота верхньогруднинної точки		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	144,9±6,951	134,5±5,8	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	144,2±8,4	134,8±5,5	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	145,2±7,6	135,5±5,3	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	145,2±6,7	134,9±5,4	<0,001
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	145,2±8,5	135,5±5,2	<0,01
6. Хронічні піодермії	142,6±9,7	132,4±5,5	<0,01
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Висота лобкової антропометричної точки у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Висота лобкової точки		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	90,21±5,44	85,09±5,18	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	89,24±5,56	85,58±5,17	<0,01
3. Гострий перебіг піодермій	90,54±5,75	85,80±4,93	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	91,92±5,76	85,26±4,63	<0,001
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	89,33±5,65	85,68±5,44	>0,05
6. Хронічні піодермії	87,12±7,41	84,86±6,10	>0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	



**Висота плечової антропометричної точки у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Висота плечової точки		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	147,4±6,77	137,0±5,8	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	146,1±8,7	137,0±5,8	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	147,1±7,9	137,8±5,8	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	146,9±7,1	137,3±6,1	<0,001
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	147,2±8,8	138,5±5,3	<0,01
6. Хронічні піодермії	144,6±10,0	134,4±5,2	<0,01
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Висота пальцевої антропометричної точки у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Висота пальцевої точки		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	66,26±5,52	63,19±4,00	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	66,43±5,03	64,55±5,47	<0,01
3. Гострий перебіг піодермій	67,30±4,58	65,07±5,74	<0,01
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	67,08±3,77	64,02±3,64	<0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	67,50±5,30	66,79±7,99	>0,05
6. Хронічні піодермії	65,00±5,53	62,82±4,20	>0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Висота вертлюгової антропометричної точки у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Висота вертлюгової точки		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	93,42±5,85	88,13±5,69	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	91,39±6,45	86,80±4,67	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	92,55±5,64	87,23±4,54	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	93,65±5,68	86,78±4,51	<0,001
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	91,60±5,62	87,96±4,67	>0,05
6. Хронічні піодермії	89,47±7,37	85,36±5,03	>0,05
p <sub>1-2</sub>	=0,069	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Ширина дистального епіфіза плеча у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Ширина дистального епіфіза плеча		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	6,872±0,530	5,942±0,452	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	6,931±0,591	6,215±0,520	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	7,064±0,499	6,292±0,523	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	7,169±0,541	6,248±0,599	<0,001
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	6,973±0,459	6,364±0,497	<0,01
6. Хронічні піодермії	6,712±0,677	5,955±0,391	<0,01
$p_{1-2}$	>0,05	<0,01	
$p_{1-3}$	>0,05	<0,001	
$p_{1-4}$	>0,05	<0,05	
$p_{1-5}$	>0,05	<0,01	
$p_{1-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-6}$	>0,05	=0,068	
$p_{4-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-6}$	=0,069	>0,05	
$p_{5-6}$	>0,05	<0,05	

**Ширина дистального епіфіза передпліччя у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Ширина дистал. епіфіза передпліччя		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	5,680±0,408	4,873±0,408	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	5,622±0,467	5,102±0,451	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	5,739±0,409	5,157±0,461	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	5,708±0,463	5,191±0,487	<0,01
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	5,767±0,372	5,100±0,426	<0,001
6. Хронічні піодермії	5,429±0,502	4,918±0,376	<0,01
$p_{1-2}$	>0,05	<0,01	
$p_{1-3}$	>0,05	<0,01	
$p_{1-4}$	>0,05	<0,01	
$p_{1-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-6}$	=0,068	>0,05	
$p_{2-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-6}$	=0,069	>0,05	
$p_{4-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{5-6}$	>0,05	>0,05	

**Ширина дистального епіфіза стегна у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Ширина дистального епіфіза стегна		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	8,856±0,624	8,119±0,594	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	8,831±0,685	8,429±0,612	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	8,979±0,667	8,543±0,604	<0,01
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	8,885±0,474	8,404±0,538	<0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	9,060±0,807	8,771±0,656	>0,05
6. Хронічні піодермії	8,588±0,660	8,045±0,489	<0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	<0,001	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,001	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	<0,01	

**Ширина дистального епіфізу гомілки у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Ширина дистального епіфізу гомілки		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	7,141±0,573	6,387±0,463	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	7,016±0,698	6,492±0,517	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	7,182±0,702	6,489±0,525	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	7,162±0,782	6,313±0,496	<0,01
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	7,200±0,652	6,779±0,449	>0,05
6. Хронічні піодермії	6,741±0,615	6,500±0,516	>0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-6</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>3-6</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>4-6</sub>	=0,060	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	=0,062	>0,05	

**Поперечний серединно-груднинний розмір у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Поперечний серединно-груднинний		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	28,45±2,50	25,24±1,76	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	28,59±2,68	26,01±3,18	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	29,13±2,83	26,20±3,51	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	28,88±3,14	25,35±3,05	<0,01
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	29,33±2,63	27,61±3,86	>0,05
6. Хронічні піодермії	27,71±2,23	25,36±1,63	<0,01
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	=0,065	
p <sub>4-6</sub>	=0,065	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	<0,05	=0,061	



**Поперечний нижньо-груднинний розмір у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Поперечний нижньогруднинний розмір		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	25,61±2,33	22,03±2,14	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	25,93±2,48	23,48±2,78	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	26,55±2,77	23,78±2,90	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	26,19±3,22	23,74±3,18	<0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	26,87±2,39	23,86±2,48	<0,01
6. Хронічні піодермії	24,91±1,46	22,45±2,11	<0,01
$p_{1-2}$	>0,05	<0,001	
$p_{1-3}$	>0,05	<0,001	
$p_{1-4}$	>0,05	<0,01	
$p_{1-5}$	=0,067	<0,01	
$p_{1-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-6}$	<0,05	>0,05	
$p_{4-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{5-6}$	<0,05	>0,05	

**Передньо-задній середньогруднинний розмір у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Передньо-задній середньогруднинний		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	19,85±1,95	17,14±1,51	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	20,50±2,60	18,07±2,61	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	20,82±2,76	18,43±2,75	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	20,96±2,82	17,87±2,88	<0,01
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	20,70±2,80	19,36±2,35	>0,05
6. Хронічні піодермії	19,97±2,28	16,86±1,58	<0,001
p <sub>1-2</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	<0,001	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,001	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	=0,069	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	=0,058	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	<0,01	

**Ширина плечей у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Ширина плечей		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	41,71±2,98	36,38±2,82	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	40,60±3,37	36,29±2,84	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	41,29±3,24	36,22±2,77	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	40,85±3,05	35,48±2,75	<0,001
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	41,67±3,46	37,43±2,44	<0,01
6. Хронічні піодермії	39,47±3,36	36,55±3,21	<0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Міжостьовий розмір таза у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Міжостьовий розмір таза		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	25,94±2,04	25,20±2,46	<0,05
2. Загальна група хворих на піодермію	26,21±2,53	25,83±2,19	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	26,66±2,45	25,84±2,36	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	26,35±2,69	25,70±2,46	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	26,93±2,29	26,07±2,27	>0,05
6. Хронічні піодермії	25,47±2,55	25,82±1,54	>0,05
$p_{1-2}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{5-6}$	>0,05	>0,05	

**Міжгребеневий розмір таза у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Міжгребеневий розмір таза		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	28,78±2,14	27,60±2,89	<0,01
2. Загальна група хворих на піодермію	29,81±2,19	29,15±2,56	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	30,18±1,99	29,49±2,45	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	29,96±2,20	29,13±2,44	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	30,37±1,84	30,07±2,43	>0,05
6. Хронічні піодермії	29,21±2,42	28,00±2,72	>0,05
$p_{1-2}$	<0,05	<0,05	
$p_{1-3}$	<0,01	<0,001	
$p_{1-4}$	>0,05	<0,05	
$p_{1-5}$	<0,05	<0,01	
$p_{1-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{5-6}$	>0,05	>0,05	

**Міжвертлюговий розмір таза у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Міжвертлюговий розмір таза		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	32,71±1,97	32,36±2,05	>0,05
2. Загальна група хворих на піодермію	33,37±2,25	33,19±2,46	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	33,61±2,19	33,46±2,63	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	33,65±2,54	33,09±2,25	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	33,57±1,92	34,07±3,15	>0,05
6. Хронічні піодермії	32,97±2,36	32,27±1,56	>0,05
$p_{1-2}$	>0,05	=0,055	
$p_{1-3}$	=0,051	<0,05	
$p_{1-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-5}$	>0,05	<0,01	
$p_{1-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{5-6}$	>0,05	<0,05	

**Поверхнева кон'югата у здорових і хворих на піодермію жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Поверхнева кон'югата		
		жінки	
1. Здорові		19,07±1,76	
2. Загальна група хворих на піодермію		19,96±2,52	
3. Гострий перебіг піодермій		20,35±2,72	
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг		19,88±2,61	
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг		21,12±2,81	
6. Хронічні піодермії		18,73±1,19	
$p_{1-2}$		=0,065	
$p_{1-3}$		<0,05	
$p_{1-4}$		>0,05	
$p_{1-5}$		<0,01	
$p_{1-6}$		>0,05	
$p_{2-3}$		>0,05	
$p_{2-4}$		>0,05	
$p_{2-5}$		>0,05	
$p_{2-6}$		>0,05	
$p_{3-4}$		>0,05	
$p_{3-5}$		>0,05	
$p_{3-6}$		=0,059	
$p_{4-5}$		>0,05	
$p_{4-6}$		>0,05	
$p_{5-6}$		<0,05	

**Обхват плеча при максимальній нарузі у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Обхват плеча при максимальній нарузі		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	32,68±3,04	28,39±2,85	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	33,30±3,94	30,25±4,35	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	34,25±3,47	30,95±4,54	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	33,85±2,88	30,48±4,23	<0,01
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	34,60±3,98	31,71±5,09	=0,064
6. Хронічні піодермії	31,74±4,28	27,91±2,63	<0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-3</sub>	=0,059	<0,01	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	<0,05	<0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	=0,069	<0,05	



**Обхват плеча у розслабленому стані у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Обхват плеча у розслабленому стані		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	29,89±3,12	26,78±2,79	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	30,52±3,74	28,57±4,28	<0,01
3. Гострий перебіг піодермій	31,14±3,50	29,36±4,30	<0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	30,38±3,13	28,98±4,06	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	31,80±3,78	30,00±4,75	>0,05
6. Хронічні піодермії	20,50±3,99	25,91±3,08	<0,05
$p_{1-2}$	>0,05	<0,01	
$p_{1-3}$	>0,05	<0,001	
$p_{1-4}$	>0,05	<0,05	
$p_{1-5}$	>0,05	<0,01	
$p_{1-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-6}$	>0,05	=0,066	
$p_{3-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-6}$	>0,05	<0,05	
$p_{4-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-6}$	>0,05	=0,056	
$p_{5-6}$	>0,05	<0,05	

**Обхват передпліччя в верхній частині у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Обхват передпліччя в верхній частині		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	27,03±2,10	23,59±1,96	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	27,34±2,67	24,67±2,65	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	27,77±2,33	25,09±2,78	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	27,65±2,07	25,07±2,82	<0,01
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	27,87±2,61	25,14±2,80	<0,05
6. Хронічні піодермії	26,65±3,10	23,23±1,51	<0,01
p <sub>1-2</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	=0,068	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Обхват передпліччя в нижній частині у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Обхват передпліччя в нижній частині		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	17,48±1,29	15,53±1,22	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	17,63±1,54	16,11±1,25	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	17,91±1,53	16,25±1,34	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	17,58±1,61	16,13±1,39	<0,01
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	18,20±1,46	16,43±1,30	<0,01
6. Хронічні піодермії	17,18±1,49	15,64±0,71	<0,01
p <sub>1-2</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	<0,05	>0,05	

Таблиця В.25

**Обхват стегна у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Обхват стегна		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	52,71±4,40	53,02±4,67	>0,05
2. Загальна група хворих на піодермію	54,26±4,92	55,84±6,80	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	55,20±4,81	56,43±7,03	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	54,88±4,43	55,78±5,82	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	55,47±5,26	57,50±8,80	>0,05
6. Хронічні піодермії	52,71±4,83	53,86±5,85	>0,05
$p_{1-2}$	=0,052	<0,01	
$p_{1-3}$	<0,05	<0,01	
$p_{1-4}$	>0,05	<0,05	
$p_{1-5}$	>0,05	<0,01	
$p_{1-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{5-6}$	>0,05	>0,05	

**Обхват гомілки в верхній частині у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Обхват гомілки в верхній частині		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	36,16±2,89	34,79±3,26	<0,01
2. Загальна група хворих на піодермію	36,68±2,89	36,65±4,65	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	37,09±2,76	37,23±4,98	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	37,15±2,70	36,48±4,96	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	37,03±2,91	38,46±4,92	>0,05
6. Хронічні піодермії	36,00±3,06	34,68±2,65	>0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	<0,05	

**Обхват гомілки в нижній частині у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Обхват гомілки в нижній частині		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	23,49±1,83	22,16±1,82	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	23,26±1,55	23,21±2,87	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	23,59±1,54	23,53±3,15	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	23,35±1,49	23,61±3,81	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	23,80±1,60	23,39±1,71	>0,05
6. Хронічні піодермії	22,71±1,45	22,14±1,19	>0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	<0,05	

**Обхват шиї у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Обхват шиї		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	37,75±2,10	31,98±1,58	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	37,53±3,04	32,97±2,38	<0,001
3. Гострий перебіг піодермії	38,18±2,68	33,09±2,62	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	38,00±2,92	33,15±2,37	<0,001
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	38,33±2,55	33,00±3,09	<0,001
6. Хронічні піодермії	36,47±3,38	32,55±1,29	<0,001
p <sub>1-2</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Обхват талії у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Обхват талії		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	80,21±8,09	69,49±6,67	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	81,63±9,58	74,94±10,98	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	82,98±8,69	76,51±11,73	<0,01
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	84,96±10,84	75,09±10,86	<0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	81,27±6,18	78,86±13,11	>0,05
6. Хронічні піодермії	79,41±10,79	69,64±5,57	<0,01
p <sub>1-2</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	<0,001	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	<0,05	



**Обхват стегон у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Обхват стегон		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	94,95±6,17	95,39±7,22	>0,05
2. Загальна група хворих на піодермію	97,16±7,75	98,53±9,80	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	97,18±6,89	99,23±10,75	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	98,08±8,16	97,33±9,41	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	96,40±5,75	102,4±12,4	<0,05
6. Хронічні піодермії	97,12±9,22	96,18±5,19	>0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	=0,051	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Обхват кисті у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Обхват кисті		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	21,44±1,33	18,66±1,21	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	21,26±1,87	18,97±1,45	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	21,71±1,52	18,99±1,58	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	21,77±1,55	18,83±1,64	<0,001
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	21,67±1,54	19,25±1,49	<0,001
6. Хронічні піодермії	20,50±2,18	18,91±0,97	<0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Обхват стопи у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Обхват стопи		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	24,92±1,48	22,81±1,37	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	25,13±2,13	23,05±1,44	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	25,27±2,07	23,08±1,42	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	25,58±2,32	22,98±1,27	<0,001
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	25,00±1,86	23,25±1,67	<0,05
6. Хронічні піодермії	24,91±2,27	22,95±1,59	<0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Обхват грудної клітки при глибокому вдиху у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Обхват груд. клітки при глибок. вдиху		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	99,80±6,37	89,39±6,34	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	100,4±7,5	93,60±9,78	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	101,4±7,1	94,78±10,32	<0,01
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	101,5±8,2	93,26±9,26	<0,01
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	101,4±6,2	97,29±11,79	>0,05
6. Хронічні піодермії	98,62±8,02	89,64±6,62	<0,01
p <sub>1-2</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Обхват грудної клітки при глибокому видиху у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Обхват груд. клітки при глибок. видиху		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	93,06±6,86	82,65±6,60	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	93,26±8,38	87,84±10,08	<0,01
3. Гострий перебіг піодермій	94,77±7,97	88,88±10,57	<0,01
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	95,69±9,59	87,87±9,76	<0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	93,97±6,49	90,54±11,98	>0,05
6. Хронічні піодермії	90,76±8,68	84,36±7,65	<0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	<0,001	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Обхват грудної клітки при паузі у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Обхват грудної клітки при паузі		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	94,89±6,94	84,79±6,53	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	95,19±8,27	89,27±10,02	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	96,84±7,70	90,32±10,53	<0,01
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	97,19±9,08	89,09±9,77	<0,01
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	96,53±6,59	92,36±11,76	>0,05
6. Хронічні піодермії	92,47±8,69	85,73±7,42	<0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Товщина шкірно-жирової складки (ТШЖС) на задній поверхні плеча  
у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок (M±σ).**

Групи	ТШЖС на задній поверхні плеча		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	7,199±2,602	8,056±2,832	<0,05
2. Загальна група хворих на піодермію	8,733±3,825	9,965±3,721	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	9,589±4,236	9,622±3,692	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	9,423±3,774	9,565±3,355	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	9,733±4,728	9,714±4,322	>0,05
6. Хронічні піодермії	7,324±2,561	6,755±3,005	>0,05
p <sub>1-2</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	<0,01	<0,05	
p <sub>1-4</sub>	<0,05	<0,05	
p <sub>1-5</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	=0,063	<0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча  
у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	ТШЖС на передній поверхні плеча		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	5,202±2,074	5,816±2,222	<0,05
2. Загальна група хворих на піодермію	6,400±2,740	6,021±2,500	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	7,161±3,052	6,278±2,445	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	7,192±3,339	5,864±2,253	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	7,133±2,900	6,929±2,674	>0,05
6. Хронічні піодермії	5,147±1,498	5,182±2,610	>0,05
$p_{1-2}$	<0,01	>0,05	
$p_{1-3}$	<0,001	>0,05	
$p_{1-4}$	<0,05	>0,05	
$p_{1-5}$	<0,01	>0,05	
$p_{1-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-6}$	<0,05	>0,05	
$p_{4-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{5-6}$	=0,059	>0,05	



**Товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні передпліччя  
у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	ТШЖС на перед. поверхні передпліччя		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	3,900±1,692	4,010±1,889	>0,05
2. Загальна група хворих на піодермію	4,311±1,765	4,052±1,908	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	4,607±1,787	4,203±1,891	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	4,846±1,897	3,717±1,544	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	4,400±1,724	5,000±2,184	>0,05
6. Хронічні піодермії	3,824±1,667	3,545±1,968	>0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	=0,061	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Товщина шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки  
у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	ТШЖС під нижнім кутом лопатки		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	12,24±4,44	11,93±4,30	>0,05
2. Загальна група хворих на піодермію	12,14±5,46	11,97±5,19	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	13,70±5,86	12,65±5,39	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	13,73±4,63	12,39±4,83	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	13,67±6,91	13,07±6,38	>0,05
6. Хронічні піодермії	9,588±3,572	9,682±3,823	>0,05
$p_{1-2}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-6}$	<0,05	>0,05	
$p_{2-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-6}$	<0,01	>0,05	
$p_{4-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-6}$	<0,01	>0,05	
$p_{5-6}$	=0,057	>0,05	

**Товщина шкірно-жирової складки на грудях у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	ТШЖС на грудях		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	4,600±1,715	4,705±1,786	>0,05
2. Загальна група хворих на піодермію	4,978±2,264	5,104±2,370	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	5,393±2,533	5,162±2,486	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	5,846±2,861	5,087±2,823	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	5,000±2,236	5,286±1,899	>0,05
6. Хронічні піодермії	4,294±1,572	4,909±2,023	>0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Товщина шкірно-жирової складки на животі у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	ТШЖС на животі		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	11,30±4,39	13,09±5,09	<0,01
2. Загальна група хворих на піодермію	13,16±5,71	12,81±5,95	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	14,58±6,05	13,11±6,32	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	14,69±5,31	11,89±5,97	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	14,67±6,81	15,11±6,60	>0,05
6. Хронічні піодермії	10,65±4,15	11,82±4,56	>0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	<0,01	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	=0,063	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Товщина шкірно-жирової складки на боці у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	ТШЖС на боці		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	9,739±4,237	11,32±5,02	<0,05
2. Загальна група хворих на піодермію	12,47±5,26	12,31±5,49	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	13,61±5,78	12,89±5,73	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	13,92±5,17	12,57±5,63	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	13,33±6,42	13,43±6,07	>0,05
6. Хронічні піодермії	10,59±3,73	10,36±4,20	>0,05
p <sub>1-2</sub>	<0,01	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	<0,01	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	<0,01	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	=0,052	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	=0,052	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Товщина шкірно-жирової складки у верхній частині стегна  
у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	ТШЖС у верхній частині стегна		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	11,24±3,64	13,75±4,73	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	12,12±4,43	13,81±5,77	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	13,30±4,49	14,08±6,03	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	13,27±4,37	13,00±5,28	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	13,33±4,75	15,86±6,93	>0,05
6. Хронічні піодермії	10,18±3,68	12,91±4,97	>0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	=0,066	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Товщина шкірно-жирової складки на гомілці у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	ТШЖС на гомілці		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	7,900±2,681	9,844±3,750	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	7,689±2,476	8,875±4,271	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	8,357±2,297	8,947±4,441	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	8,077±2,139	8,000±3,631	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	8,600±2,473	10,50±5,30	>0,05
6. Хронічні піодермії	6,588±2,425	8,636±3,828	>0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	<0,05	>0,05	

**Величина ендоморфного компонента соматотипу у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Ендоморфний компонент соматотипу		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	2,913±1,075	3,189±1,255	>0,05
2. Загальна група хворих на піодермію	3,322±1,332	3,317±1,357	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	3,671±1,427	3,515±1,361	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	3,724±1,243	3,465±1,246	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	3,626±1,613	3,596±1,578	>0,05
6. Хронічні піодермії	2,746±0,936	2,654±1,167	>0,05
$p_{1-2}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-3}$	<0,05	>0,05	
$p_{1-4}$	<0,05	>0,05	
$p_{1-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-6}$	<0,05	=0,056	
$p_{4-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-6}$	<0,05	=0,068	
$p_{5-6}$	>0,05	>0,05	



**Величина мезоморфного компонента соматотипу у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Мезоморфний компонент соматотипу		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	4,396±1,404	3,806±1,433	<0,01
2. Загальна група хворих на піодермію	4,823±1,564	4,858±2,007	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	5,149±1,360	5,101±2,080	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	5,136±1,354	4,863±1,972	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	5,160±1,413	5,492±2,267	>0,05
6. Хронічні піодермії	4,286±1,765	4,041±1,547	>0,05
$p_{1-2}$	>0,05	<0,01	
$p_{1-3}$	<0,01	<0,01	
$p_{1-4}$	<0,05	<0,05	
$p_{1-5}$	<0,05	<0,01	
$p_{1-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-6}$	<0,05	>0,05	
$p_{4-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{5-6}$	>0,05	>0,05	

**Величина ектоморфного компонента соматотипу у здорових і хворих  
на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Ектоморфний компонент соматотипу		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	2,611±1,367	2,577±1,239	>0,05
2. Загальна група хворих на піодермію	2,146±1,413	1,943±1,561	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	2,003±1,250	1,864±1,537	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	1,935±1,491	1,956±1,362	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	2,062±1,049	1,713±1,833	>0,05
6. Хронічні піодермії	2,382±1,660	2,207±1,687	>0,05
$p_{1-2}$	=0,052	<0,01	
$p_{1-3}$	<0,05	<0,01	
$p_{1-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-5}$	>0,05	<0,05	
$p_{1-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{5-6}$	>0,05	>0,05	

**Розподіл представників ендоморфного соматотипу  
у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок (%).**

Групи	Представники ендоморфного соматотипу		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	1,2 %, (n=85)	8,1 %, (n=135)	<0,05
2. Загальна група хворих на піодермію	2,2 %, (n=45)	4,2 %, (n=48)	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	3,6 %, (n=28)	5,4 %, (n=37)	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	7,7 %, (n=13)	8,7 %, (n=23)	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	0 %, (n=15)	0 %, (n=14)	>0,05
6. Хронічні піодермії	0 %, (n=17)	0 %, (n=11)	>0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Розподіл представників мезоморфного соматотипу у здорових і хворих на  
піодермію чоловіків та жінок (%).**

Групи	Представники мезоморфного соматотипу		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	47,1 %, (n=85)	34,8 %, (n=135)	<u>≠0,070</u>
2. Загальна група хворих на піодермію	46,7 %, (n=45)	54,2 %, (n=48)	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	50,0 %, (n=28)	51,4 %, (n=37)	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	61,5 %, (n=13)	47,8 %, (n=23)	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	40,0 %, (n=15)	57,1 %, (n=14)	>0,05
6. Хронічні піодермії	47,1 %, (n=17)	54,5 %, (n=11)	>0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	<u>≠0,068</u>	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Розподіл представників ектоморфного соматотипу  
у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок (%).**

Групи	Представники ектоморфного соматотипу		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	16,5 %, (n=85)	20,0 %, (n=135)	>0,05
2. Загальна група хворих на піодермію	11,1 %, (n=45)	12,5 %, (n=48)	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	7,1 %, (n=28)	8,1 %, (n=37)	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	7,7 %, (n=13)	4,3 %, (n=23)	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	6,7 %, (n=15)	14,3 %, (n=14)	>0,05
6. Хронічні піодермії	17,6 %, (n=17)	27,3 %, (n=11)	>0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	<u>=0,070</u>	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	=0,060	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Розподіл представників екто-мезоморфного соматотипу у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок (%).**

Групи	Представники екто-мезоморфного соматотипу		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	16,5 %, (n=85)	3,0 %, (n=135)	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	6,7 %, (n=45)	4,2 %, (n=48)	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	7,1 %, (n=28)	5,4 %, (n=37)	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	0 %, (n=13)	8,7 %, (n=23)	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	13,3 %, (n=15)	0 %, (n=14)	>0,05
6. Хронічні піодермії	11,8 %, (n=17)	0 %, (n=11)	>0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	

**Розподіл представників ендо-мезоморфного соматотипу у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок (%).**

Групи	Представники ендо-мезоморфного соматотипу		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	14,1 %, (n=85)	17,0 %, (n=135)	>0,05
2. Загальна група хворих на піодермію	24,4 %, (n=45)	14,6 %, (n=48)	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	28,6 %, (n=28)	16,2 %, (n=37)	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	15,4 %, (n=13)	13,0 %, (n=23)	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	40,0 %, (n=15)	21,4 %, (n=14)	>0,05
6. Хронічні піодермії	11,8 %, (n=17)	9,1 %, (n=11)	>0,05
$p_{1-2}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{1-5}$	<0,05	>0,05	
$p_{1-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-3}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{2-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-4}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{3-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-5}$	>0,05	>0,05	
$p_{4-6}$	>0,05	>0,05	
$p_{5-6}$	>0,05	>0,05	

**Розподіл представників середнього проміжного соматотипу у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок (%).**

Групи	Представники середнього проміжного соматотипу		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	4,7 %, (n=85)	17,0 %, (n=135)	<0,01
2. Загальна група хворих на піодермію	8,9 %, (n=45)	8,3 %, (n=48)	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	3,6 %, (n=28)	10,8 %, (n=37)	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	7,7 %, (n=13)	17,4 %, (n=23)	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	0 %, (n=15)	0 %, (n=14)	>0,05
6. Хронічні піодермії	11,8 %, (n=17)	9,1 %, (n=11)	>0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	>0,05	



Таблиця В.54

**Величина м'язового компоненту маси тіла, визначеного за формулами Матейко у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	М'язовий компонент маси тіла, визначений за формулами Матейко		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	34,32±5,98	27,84±5,10	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	35,26±6,57	31,39±7,48	<0,01
3. Гострий перебіг піодермій	36,12±6,55	32,57±7,86	<0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	35,52±5,41	31,97±7,68	<0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	36,64±7,55	33,57±8,33	>0,05
6. Хронічні піодермії	33,84±6,57	27,42±4,24	<0,01
p <sub>1-2</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	<0,001	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	=0,063	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	<0,05	

Таблиця В.55

**Величина кісткового компоненту маси тіла, визначеного за формулами Матейко у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Кістковий компонент маси тіла, визначений за формулами Матейко		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	10,82±1,78	8,032±1,213	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	10,75±1,92	8,567±1,208	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	11,23±1,84	8,772±1,214	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	11,17±1,74	8,527±1,249	<0,001
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	11,28±1,97	9,174±1,079	<0,01
6. Хронічні піодермії	9,964±1,837	7,879±0,933	<0,01
p <sub>1-2</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	=0,051	=0,056	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	=0,065	
p <sub>4-6</sub>	=0,066	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	<0,01	

Таблиця В.56

**Величина жирового компоненту маси тіла, визначеного за формулами Матейко у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	Жировий компонент маси тіла, визначений за формулами Матейко		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	9,950±3,462	10,20±3,28	>0,05
2. Загальна група хворих на піодермію	11,11±4,89	10,85±4,91	>0,05
3. Гострий перебіг піодермій	12,42±5,20	11,42±5,12	>0,05
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	12,44±4,81	10,36±4,17	>0,05
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	12,41±5,68	13,16±6,16	>0,05
6. Хронічні піодермії	8,946±3,479	8,925±3,666	>0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-3</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>1-4</sub>	=0,069	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	=0,056	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	<0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	<0,05	>0,05	

Таблиця В.57

**Величина м'язового компоненту маси тіла, визначеного за формулами АІХ  
у здорових і хворих на піодермію чоловіків та жінок ( $M \pm \sigma$ ).**

Групи	М'язовий компонент маси тіла, визначений за формулами АІХ		
	чоловіки	жінки	p
1. Здорові	37,91±7,36	27,04±6,29	<0,001
2. Загальна група хворих на піодермію	38,00±9,56	30,41±9,18	<0,001
3. Гострий перебіг піодермій	39,88±8,96	31,66±9,89	<0,001
4. Поверхневі піодермії, гострий перебіг	38,75±6,56	30,40±9,48	<0,01
5. Глибокі піодермії, гострий перебіг	40,86±10,75	33,71±10,57	<0,05
6. Хронічні піодермії	34,90±9,98	26,22±4,29	<0,05
p <sub>1-2</sub>	>0,05	<0,05	
p <sub>1-3</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>1-5</sub>	>0,05	<0,01	
p <sub>1-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>2-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-4</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>3-6</sub>	>0,05	=0,064	
p <sub>4-5</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>4-6</sub>	>0,05	>0,05	
p <sub>5-6</sub>	>0,05	<0,05	